

COMUNICAÇÕES 3

COMUNICAÇÕES 3

25 DE NOVEMBRO • 14:30 - 15:15 h
25TH NOVEMBER • 2:30 - 3:15 pm

COMUNICAÇÕES ORAIS | ORAL PRESENTATIONS

(18635) - ACHADOS CITOPATOLÓGICOS DO CANAL ANAL E DO COLO DO ÚTERO – EXISTEM DIFERENÇAS?

Garrido I¹, Coelho R¹, Silva M¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A incidência do cancro anal tem vindo a aumentar, particularmente em determinados grupos de risco. Por outro lado, o cancro do colo do útero é a terceira neoplasia maligna mais comum em mulheres em todo o mundo e continua a ser uma das principais causas de morte relacionadas com o cancro. A infeção pelo vírus do papiloma humano (HPV) tem um papel preponderante na patogénese de ambas as neoplasias. As lesões precursoras de cancro podem ser identificadas através de citologia numa perspetiva de rastreio e diagnóstico precoce do cancro anal e do colo do útero.

Objetivos: Comparar os achados citopatológicos do canal anal e do colo do útero numa população de mulheres submetida a rastreio de lesões displásicas do canal anal.

Material e métodos: Estudo retrospectivo que incluiu todas as doentes do sexo feminino submetidas a citologia do canal anal para rastreio de lesões displásicas em consulta especializada de Proctologia entre janeiro de 2018 e setembro de 2022.

Resultados: Um total de 272 mulheres realizaram citologia do canal anal durante o período de tempo avaliado. Destas, apenas 170 (idade média 49.9±8.6 anos) eram igualmente acompanhadas em consulta de Ginecologia e realizaram citologia cervico-vaginal. A maioria apresentava infeção pelo VIH (80.6%). Documentaram-se hábitos

tabágicos em 28.8% dos casos. Apenas 11.2% das doentes tinha sido vacinada contra o HPV. Foram identificadas lesões de alto grau (HSIL) em 12.9% (n=22) das citologias do canal anal e 0.6% (n=1) das citologias cervico-vaginais (p=0.010). Além disso, observaram-se células escamosas atípicas (ASC) em 31 (18.2%) doentes que realizaram citologia do canal anal e 8 (4.7%) doentes que realizaram citologia cervico-vaginal (p=0.018). Identificaram estirpes de HPV de alto risco em 126 (74,1%) citologias do canal anal e 54 (31.8%) citologias cervico-vaginais (p<0.001). Não se verificou relação estatisticamente significativa entre os resultados da citologia do canal anal e citologia cervico-vaginal (p=0.115). Quando avaliada a presença de lesões de alto grau (HSIL), verificou-se que a correlação entre as citologias era muito fraca (r=0.199, p=0.010). Obtiveram-se resultados semelhantes em relação à presença de células escamosas atípicas (r=0.182, p=0.018). No que diz respeito à presença de estirpes de HPV de alto risco, verificou-se que a correlação entre as citologias era fraca (r=0.277, p<0.001).

Discussão: Apesar da semelhança fisiopatológica, observamos comportamentos biológicos distintos entre os resultados da citologia do canal anal e citologia cervico-vaginal. A citologia do canal anal apresentou lesões mais avançadas e mais frequentemente estirpes de HPV de alto risco, o que reforça a importância de manter o rastreio do cancro anal nas populações de risco.

(18637) - SACRAL NEUROMODULATION AS A TREATMENT ALTERNATIVE FOR LOW ANTERIOR RESECTION SYNDROME - A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Pires M¹, Severo M², Lopes A², Neves S¹, Povo A¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Introduction: It is estimated that approximately 70% of patients with rectal cancer who undergo surgery will suffer from Low Anterior Resection Syndrome (LARS). In the last decades, sacral neuromodulation (SNM) has been widely used in urinary dysfunction and in faecal

incontinence refractory to optimized medical treatment. Its application in LARS has been studied and has shown promising results. The authors' aim is to present a systematic review and meta-analysis of the available literature and evaluate the therapeutic success of SNM in patients with LARS.

Methods: A systematic search was performed in several international health-related databases. Retrieved articles were screened and selected according to the inclusion criteria. Data items were collected and processed for each included article and a meta-analysis was done according to the PRISMA guidelines. The primary outcome was the number of successful SNM implants. Secondary outcomes included changes in bowel habits, incontinence scores, quality of life scores, anorectal manometry data and complications.

Results: A total of 18 studies were selected, with 164 patients being submitted to percutaneous nerve evaluation (PNE) with 91% responding successfully. During follow-up some were explanted and the final success rate was approximately 70%. Other outcomes, such as the frequency of incontinent episodes, faecal incontinence scores, quality of life scores were overall improved after SNM. The meta-analysis showed a decrease in approximately 10 incontinent episodes/week; a decrease of 9,86 points in the Wexner score and an increase in quality of life of 1,56 (pooled estimate). Changes in anorectal manometry were inconsistent. Local infection was the most common post-operative complication, followed by pain, mechanical issues, loss of efficacy and haematoma.

Discussion: This was the largest systematic review and meta-analysis ever made concerning the use of SNM in LARS patients and yet, despite its promising results, evidence to support SNM for faecal incontinence after rectal surgery is still limited and should be interpreted with caution. Larger multicentric studies are needed for further investigation before establishing a new formal indication for sacral neuromodulation.

(18685) - A UTILIDADE DE CRITÉRIOS CLÍNICOS E BIOMARCADORES SÉRICOS DO DIAGNÓSTICO PRECOCE DE DEISCÊNCIA ANASTOMÓTICA COLORECTAL: ESTUDO PROSPETIVO OBSERVACIONAL.

Rama N¹, Lages M², , Guarino M^{2,3}, Lourenço O⁴, Lima P¹, Parente D¹, Silva C^{2,3}, Castro R¹, Bento A¹, Rocha A⁵, Castro-Poças F⁵, Pimentel J⁶

1 - Centro Hospitalar de Leiria;

2 - ciThecCare;

3 - Instituto Politécnico Universitário de Leiria;

4 - Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra;

5 - Centro Hospitalar Universitário do Porto;

6 - Clínica de Montes Claros

Introdução: A deiscência anastomótica é uma das complicações mais temidas após a cirurgia coloproctológica, com uma incidência que pode atingir os 27%. Este evento associa-se ao aumento da morbilidade, mortalidade e dos custos com os cuidados de saúde. Sinais e sintomas inespecíficos precedem frequentemente a deterioração clínica aguda e rápida de um doente que desenvolve deiscência anastomótica coloproctológica (DAC). O diagnóstico e a terapêutica tardios aumentam a probabilidade de um resultado indesejável. Por conseguinte, o seu diagnóstico precoce é crucial para reduzir as consequências e custos clínicos. Atualmente, existe uma modesta capacidade de prever e identificar doentes em risco de desenvolvimento de DAC. Vários biomarcadores (BMK) foram propostos para a deteção precoce de complicações sépticas pós-operatórias, incluindo a DAC. A proteína C Reativa (PCR), uma proteína hepática de fase aguda, mostrou ter uma forte correlação com o desenvolvimento de complicações intrabdominais pós-operatórias. O valor sérico da PCR é o biomarcador mais estudado para o diagnóstico de DAC. A calprotectina (CLP) plasmática pode ser um biomarcador precoce promissor da resposta inflamatória amplificada, em quadros sépticos abdominais. À data, poucos estudos investigaram este biomarcador como preditor de CAL, tendo *Reisinger et al.* demonstrado a superioridade da CLP, em relação à PCR, na deteção de DAC, com um elevado valor preditivo. A melhor acuidade de diagnóstico foi obtida quando os níveis de PCR e CLP plasmáticas, combinados ao terceiro dia pós-operatório (POD).

Objetivo: O objetivo deste estudo foi determinar a utilidade da monitorização de critérios clínicos (dor abdominal e

condição clínica) e de um painel de cinco biomarcadores séricos (Contagem total de leucócitos – WBC; Contagem de eosinófilos – ECC, PCR, procalcitonina -PCT- e CLP) para detetar precocemente uma DAC, e deste modo reduzir o tempo para o seu diagnóstico.

Material e métodos: Foi realizado um estudo de observação monocêntrico prospetivo incluindo os doentes submetidos a ressecção coloretal com anastomose, de Março de 2017 a Agosto de 2019. Os doentes foram divididos em três grupos: G1 - sem complicações; G2 - complicações não relacionadas com DAC; e G3 – que desenvolveram DAC. Cinco biomarcadores foram medidos e analisados durante os primeiros cinco dias do período pós-operatório: WBC, ECC, PCR, CLP e PCT. Foram também avaliados critérios clínicos como a dor abdominal e o estado clínico. Foi avaliada a correlação entre os biomarcadores e o desenvolvimento de DAC. A análise da curva ROC (*Receiver Operating Characteristic*) foi utilizada para comparar a acuidade destes biomarcadores como preditores de DAC, e a área sob a curva ROC (AUC), especificidade (SP), sensibilidade (SS), valor preditivo positivo (PPV), e valor preditivo negativo (NPV) durante este período foram estimados.

Resultados: Vinte e cinco dos 396 pacientes desenvolveram DAC (6.3%), e o tempo médio para o diagnóstico foi de 9.0 ± 6.8 dias. Algumas características operatórias tais como abordagem cirúrgica, perda de sangue, complicações intraoperatórias, e duração do procedimento estiveram relacionadas com o desenvolvimento da DAC. A duração do internamento hospitalar foi significativamente mais elevada no grupo que desenvolveu DAC (mediana de 21 vs. 13 e 7 dias). Para a dor abdominal, a melhor capacidade preditiva foi alcançada ao POD4 e 5, com o maior AUC de 0.84 em POD4. Um agravamento do estado clínico foi associado ao diagnóstico de DAC, apresentando um maior efeito preditivo ao POD5, com uma AUC de 0.9. O WBC e o ECC mostraram um melhor efeito preditivo no POD5 (AUC=0.62 e 0.7, respetivamente). Estes marcadores também apresentaram um elevado NPV (94%-98%). A PCT obteve o melhor efeito preditivo ao POD5 (AUC=0,61), embora apresentando comparativamente, uma baixa acuidade. Contudo, este biomarcador revelou um elevado NPV aos POD3, 4, e 5 (96%, 95%, e 96%, respetivamente). O valor médio da CRP em POD5 foi significativamente mais

elevado no grupo que desenvolveu DAC em comparação com o grupo sem complicações (195.5 ± 139.9 mg/L vs. 59.5 ± 43.4 mg/L, $P < 0,00001$). Ao POD5, a CRP apresentou um NPV de 98%. O valor médio da CLP ao POD3 foi significativamente mais elevado no G3 em comparação com G1 (5.26 ± 3.58 µg/mL vs. 11.52 ± 6.81 µg/mL, $P < 0,00005$). A combinação de PCR e CLP ao POD3 mostrou o melhor desempenho, com um AUC de 0,82. De notar, no POD5, que a combinação de PCR e ECC também apresentou uma boa capacidade preditiva (AUC = 0,81). No entanto, com o objetivo de diagnóstico precoce de DAC, a combinação da PCR e CLP em POD3 foi selecionada. Com base num modelo de regressão (*Probit*) foi definida, para este classificador combinado, uma equação que determina a probabilidade de DAC e respetivo *cutoff* ótimo. A adoção deste classificador, o tempo para o diagnóstico de DAC foi reduzido em 5,2 dias, em comparação com o resultado do estudo prospetivo observacional.

Conclusão: Este estudo demonstrou o valor acrescentado dos critérios clínicos no alerta para o desenvolvimento de DAC. Os níveis plasmáticos de CLP e PCR têm potencial como melhores preditores iniciais de DAC, enquanto os níveis sistémicos de WBC, ECC e PCT têm um valor adicional limitado. Para a alta precoce, foram definidos valores otimizados para os biomarcadores séricos CRP, PCT e CLP. A combinação da PCR e CLP plasmáticas, após uma suspeita clínica mínima de DAC, demonstrou uma boa acuidade diagnóstica, permitindo ao clínico reduzir a tempo para a deteção de DAC.

(18691) - SERRATED POLYPOSIS SYNDROME: A DIAGNOSTIC CHALLENGE

Temido M J¹, Gama J², Oliveira R C², Gravito-Soares E^{1,3}, Gravito-Soares M^{1,3}, Amaro P¹, Graça A R¹, Figueiredo P^{1,3}

1 - Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Serviço de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

3 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: Serrated Polyposis Syndrome (SPS) is defined by the presence of multiple colorectal serrated lesions (SLs) fulfilling the recently renewed criteria proposed by the World Health Organization (WHO) in 2020. These criteria are based on size, location and cumulative

number of SLs throughout patient's lifetime, leading to a complex and sometimes delayed diagnosis. Formerly, this syndrome was considered to be rare (prevalence between 0.01-0.05%). However, SPS is becoming more common, probably due to increasing awareness and to the widespread use of high-definition colonoscopy. Despite this, serrated lesions detection rate remains relatively low and diagnostic criteria are not systematically being applied by gastroenterologists.

Aim: To assess the prevalence and features of SPS in a Portuguese population submitted to polypectomy of SLs in a tertiary hospital.

Methods: Retrospective single center cohort study. All consecutive patients that underwent polypectomy in a tertiary hospital, from January 2020 to December 2021, were reviewed. Patients with at least one SL histologically diagnosed were included. Other polyposis syndromes or previous colorectal surgery were exclusion criteria. Patients' data were reviewed searching for previous colonoscopy findings and final patient diagnosis assigned by the attending physician.

An evaluation of the fulfillment of the SPS WHO criteria was performed.

Results: During the study period, 1177 patients underwent polypectomy and 423 (35.9%) were included (65% male). Median age was 66 ± 11.7 years. Thirteen (3.1%) patients met SPS criteria (69.2% male) with a median age of 59 ± 12.5 years, 7 (53.8%) of these at the index colonoscopy. The total rate of SPS was 1.1%. Mean time between the first colonoscopy and the fulfillment of the WHO criteria was 36.9 months and the mean number of colonoscopies was 2 ± 1.2 . A diagnosis of SPS had not been previously assigned in 8 cases.

Conclusion: The prevalence of SPS in our series was higher than in the majority of previous reports.

However, the diagnosis of SPS according to recently updated WHO's criteria had not been assigned in several patients.

The strong association with colorectal cancer development makes the detection of this syndrome of the utmost importance. Awareness to the diagnosis of SPS must be reinforced.

(18721) - A EFICÁCIA DO BIOFEEDBACK NA INCONTINÊNCIA FECAL: REVISÃO SISTEMÁTICA E METANÁLISE

Brito J¹, Brandão R¹, Chaves S¹, Coutinho D¹, Matos F¹, Vieira A^{1,2}, Macedo A¹

1 - Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve;

2 - Centro Hospitalar e Universitário do Algarve

Introdução: A incontinência fecal, definida como a passagem involuntária de conteúdo fecal através do ânus, está associada a um impacto negativo na qualidade de vida e bem-estar. O tratamento inicial consiste numa abordagem conservadora que se tem revelado pouco eficaz para a maioria dos doentes, podendo esta ser complementada com o *biofeedback*. Este baseia-se na transmissão de informação visual/auditiva da atividade muscular pélvica durante exercícios esfinterianos para controlo da função anorretal. Estudos anteriores apresentam resultados discrepantes quanto à sua eficácia.

Objetivo: Avaliar a eficácia do *biofeedback* no tratamento da incontinência fecal de etiologia não sistémica ou ausência de defeitos anatómicos maior, em adultos.

Material e Métodos: Selecionaram-se ensaios clínicos aleatorizados, publicados nos últimos 10 anos, tendo-se realizado pesquisa no *PubMed* e *Web of Knowledge* com os termos de referência "*biofeedback*" e "faecal incontinence". Pelo menos dois autores selecionaram os artigos de forma independente, aplicando os critérios de elegibilidade. O programa *Review Manager v.5.4.1* foi utilizado para a metanálise e para avaliação da qualidade metodológica.

Resultados: Foram identificados 42 estudos, dos quais nove foram selecionados para esta revisão sistemática e metanálise. Os resultados obtidos comparando o antes e após tratamento com *biofeedback* demonstram uma diminuição na escala de gravidade de St. Mark ($p < 0,001$) e número de episódios diários de incontinência fecal ($p < 0,001$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas na avaliação manométrica das pressões de repouso e de contração máximas ($p = 0,72$ e $p = 0,15$, respetivamente). Para os outcomes secundários, verificou-se uma melhoria significativa nas escalas de CCFI ($p = 0,02$) e nas subescalas Estilo de Vida, Adaptação e Vergonha da FIQL ($p < 0,001$).

Discussão/Conclusão: De acordo com o *American College of Gastroenterology Clinical Guidelines: Management of Benign Anorectal Disorders*, o *biofeedback* é uma das recomendações clínicas atuais para o tratamento de incontinência fecal dos cerca de 80% dos indivíduos que não respondem ao tratamento conservador (educação, alterações na dieta, exercícios diários do pavimento pélvico, medicação para alteração da consistência das fezes). Contudo, vários estudos que incidiram no tratamento de incontinência fecal com *biofeedback* como tratamento de primeira linha obtiveram resultados divergentes ou sem significado estatístico. Esta metanálise, a única dos últimos 10 anos, avaliou a eficácia do *biofeedback* na incontinência fecal, tendo demonstrado o seu benefício clínico, nomeadamente na escala de St. Mark, no número de episódios diários de incontinência fecal, na escala de CCFI e nas subescalas Estilo de Vida, Adaptação e Vergonha da FIQL. Assim, os resultados desta metanálise sugerem a sua implementação como tratamento de primeira linha em indivíduos que apresentem critérios de incontinência fecal.

COMUNICAÇÕES 3

VÍDEOS

(18741) - MODIFIED OBANDO & MIWA-GANT TECHNIQUE BOTTON TO UP PILE PEXY TECHNIQUE - PIPETEC

Gonçalves E¹, Sousa P¹, Antunes A¹, Marques I L¹, Sousa A¹, Rodrigues J¹, Gonçalves N¹, Cavadas S¹, Santos P¹, Azevedo C², Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Hospital Cova Da Beira

Background and purpose: The aim of this video is to demonstrate the Modified Obando & Miwa-Gant procedure, also called PIPEtech, for symptomatic hemorrhoids (bleeding / prolapse).

Material and methods: Male patient, 56 year old with a medical history of diabetes mellitus type 2, dyslipidemia and hemorrhoids. The patient reported bleeding as the main complaint and the physical examination showed the presence of hemorrhoids (grade III). The patient underwent PIPEtech.

Results: The surgery was uneventful and the operative time was twenty minutes. This procedure was performed in a one-day surgery setting without complications.

Conclusion: The PIPEtech is safe and feasible with good results. This procedure combined the Gant-Miwa to reduce and treat a rectal prolapse with a mucosal plication and the Obando to treat the hemorrhoids with a suture ligation above the dentate line. It can be performed in a one-day surgery setting and is characterized to reduce the prolapse and stop the bleeding preserving the pile, be easy to reproduce, no expensive devices needed and without severe morbidity.

(18748) - D3 LYMPH NODE DISSECTION IN RIGHT COLON CANCER

Santos P¹, Lucas I², Pereira A², Azevedo C³, Antunes A², Cavadas S², Gonçalves E², Gonçalves N², Rodrigues J², Pedro J², Sousa P², Sousa A², Pereira J C²

1 - Hospital de Torres Vedras - Centro Hospitalar do Oeste;

2 - Hospital de Braga;

3 - Centro Hospitalar e Universitário Cova da Beira

Introduction: Complete mesocolic excision has been demonstrated to be a useful surgical procedure for advanced colon cancer.

Aim: Our goal is to present a video of a laparoscopic D3 lymph node dissection for a right colon cancer.

Material and methods: Here we show a video of laparoscopic right hemicolectomy for a cancer of the hepatic flexure in a 39-years-old woman.

Results: We begin the surgery with the dissection of the ileocolic vessels and the exposure of the superior mesenteric vein and the superior mesenteric artery. Afterwards, we proceed to the ligation of the ileocolic vessels at their origin, followed by the division and ligation of the right middle colic artery. Subsequent dissection of the gastrocolic trunk of Henle allows to identify the middle colic vein, the right gastroepiploic vein, the right superior colic vein and the anterior superior pancreaticoduodenal veins. Ligation of the right gastroepiploic vein and the right superior colic vein is then performed. Postoperative course was uneventful.

Conclusion(s): Laparoscopic D3 lymph node dissection for right colon cancer is a demanding surgical technique that can be safely performed by a highly experienced and skilled surgical team.

(18755) - LAPAROSCOPIC D3 LYMPHADENECTOMY FOR MID-TRANSVERSE COLON CANCER

Rodrigues J¹, Antunes A¹, Pereira A¹, Marques I¹, Cavadas A S¹, Azevedo C², Gonçalves E¹, Santos P³, Gonçalves N¹, Pinho J¹, Sousa A¹, Sousa P¹, Pereira C C¹, Pereira J C¹

1 - Hospital de Braga;

2 - Centro Hospitalar Cova da Beira;

3 - Centro Hospitalar do Oeste

Introduction: Carcinoma of the transverse colon accounts for 10% of all colorectal cancer.

The optimal surgical approach for transverse colon tumors remains unclear: some surgeons claim the safety and feasibility of less extensive procedures in contrast to a radical excision who sustains the necessity of an extended lymphadenectomy. Many studies showed a comparable 5-year disease-free survival. The lymph nodes harvested may be higher in an extended colectomy but the literature shows similar long-term oncological outcomes between them. The segmental colectomy of the transverse can be technically challenging. The segmental resection requires an extensive lymphadenectomy around the middle colic artery and vein and both flexures mobilization to perform a tension-free anastomosis.

Purpose: Presenting a laparoscopic segmental resection of the transverse colon with oncological D3 lymphadenectomy.

Material and methods: Clinical case and surgery video presentation.

Results: A 49-year-old-woman was diagnosed with colonic adenocarcinoma. The main symptom was hematochezia. This patient had a past medical history of arterial hypertension and a family history of colonic neoplasm (uncle over 50 years old).

The colonoscopy showed an ulcerated and stenosing neoplasm at the transverse colon. The CT scan revealed a bulky mass of the transverse colon with no metastatic lesions. The patient was submitted to a laparoscopic colectomy of the transverse colon with a D3 lymphadenectomy and the anastomosis was performed in a totally intracorporeal fashion.

After gaining access to the abdominal cavity, the transverse colon was identified and the tumoral mass was ea-

sily seen in the mid-transverse colon. The surgery started by approaching both colonic flexures in order to proceed to their mobilization, which is a key step to make sure that it is possible to obtain a tension-free anastomosis at the end. Then it was proceeded to the mesocolon incision using ultrasonic energy. After approaching the mesocolon above the pancreas and the duodenum, the superior mesenteric vein and artery were exposed. After identifying the superior mesenteric artery, the middle colic artery was identified and ligated at its origin. Then, the superior mesenteric vein was mobilized and the middle colic vein was exposed and ligated as well. After all ligations, the ischemic lines were identified and the colonic resection area was delimited. According to the resection area, the proximal and distal end of the colon were ligated with a 60-mm linear stapler. Then it was performed a side to side isoperistaltic anastomosis with a linear stapler, fully intracorporeal. The anastomotic mouth was sutured in two layers with a resorbable barbed suture. The specimen was removed through an assisting suprapubic incision.

The patient was discharged on post-operative day 2 without any surgical complications.

The histopathology examination revealed an adenocarcinoma, high grade, poorly differentiated, with no vascular or perineural invasion, with 7 lymph nodes with metastasis out of 55 isolated (pT3N2b (7/55) R0).

Discussion/Conclusion: Colectomy of the transverse colon with a D3 lymphadenectomy is a surgical approach that can be surgically safe without compromise the oncological outcomes. The segmental resection requires an extensive lymphadenectomy around the middle colic artery and vein. The lymph nodes harvested may be higher in an extended colectomy but the literature shows a similar long-term oncological outcomes especially if a careful lymphadenectomy is performed.

Keywords: D3 lymph node dissection; Segmental colectomy; Colorectal cancer; Transverse colon cancer

(18688) - RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE MICROPERFURAÇÃO APÓS DISSECÇÃO DA SUBMUCOSA DE LESÃO DO CEGO

Côrte-Real F¹, Nunes N¹, Moura D B¹, Rebelo C C¹, Lima M F¹, Taveira F¹, Santos MP C¹, Santos V C¹, Rego A C¹, Pereira J R¹, Paz N¹, Duarte M A¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER

A dissecação da submucosa é uma técnica associada a maior risco de hemorragia e perfuração, quando comparada com a mucosectomia. Apresentamos um caso de microperfuração durante a realização de dissecação da submucosa de lesão do cego, resolvida endoscopicamente. Doente do sexo feminino, de 65 anos de idade, proposta a dissecação da submucosa de lesão Paris 0-IIa, *laterally spreading tumor* do tipo granular homogéneo, JNET 2b, de 40mm de maior diâmetro, localizada no cego, na face oposta à válvula íleo-cecal, sobre uma prega, sem envolvimento do orifício do apêndice. Sem antecedentes pessoais relevantes ou medicação anticoagulante ou antiagregante.

Durante o procedimento, ocorreu perfuração, de, aproximadamente, 2mm de diâmetro. Foi realizada aspiração de porção do mesocólon, com panículo adiposo, para o interior do lúmen. Foram aplicados três clips Resolution 360™, de 11mm - Boston Scientific, com encerramento completo da perfuração, permitindo a continuação da realização do procedimento. A lesão foi recuperada em bloco.

Iniciou antibioterapia com piperacilina/tazobactam intra-procedimento. Três dias depois, após progressão da dieta, por dor abdominal espontânea, com empastamento na fossa ilíaca direita, sem dor à descompressão, foi efetuada tomografia computadorizada abdominopélvica, onde se observou pneumoperitoneu, sem coleções ou abscessos intraperitoneais. Permaneceu hemodinamicamente estável e apirética. Assistiu-se a uma evolução clínica favorável, tendo tido alta médica ao sétimo dia de internamento.

Atualmente, a taxa de perfuração na dissecação da submucosa é de 5.7%. A utilização de clips *through-the-scope* está indicada no caso de perfurações iatrogénicas <10mm. A evidência mostra que a maioria das complicações pode ser resolvida intraprocedimento, com aplicação de clips e tratamento médico conservador.

COMUNICAÇÕES 3 CASOS CLÍNICOS

(18632) - OXIGENIOTERAPIA HIPERBÁRICA NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL – MITO OU REALIDADE?

Garrido I¹, Lopes S¹, Macedo G¹

1 - Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar Universitário de São João

Introdução: A doença inflamatória intestinal é uma patologia crónica, de causa multifatorial, cuja prevalência tem vindo a aumentar nos últimos anos. Para alcançar a remissão clínica e endoscópica, os doentes são habitualmente medicados com terapêutica imunomoduladora e/ou imunossupressora. Muitos indivíduos podem ainda necessitar de tratamento cirúrgico devido a complicações graves ou ausência de resposta à terapêutica farmacológica. A oxigenioterapia hiperbárica é uma opção terapêutica promissora, que tem como objetivo melhorar a hipoxia tecidual e a inflamação.

Caso clínico: Doente do sexo masculino, 43 anos, com colite ulcerosa (classificação Montreal E1) sob mesalazina tópica id. Recorreu ao Serviço de Urgência por proctalgia intensa, associada a diarreia e retorragias com 1 semana de evolução. Analiticamente apresentava anemia ferro-pénica (Hb 11.8g/dL) e agravamento dos marcadores inflamatórios (leucocitose $15.00 \times 10^9/L$, PCR 35mg/dL). Toque retal doloroso, sem massas palpáveis, mas com evidente ulceração do canal anal. Realizou retossigmoidoscopia que revelou ulceração serpentina profunda desde a região perianal até aos 10cm da margem anal. Foi internado no Serviço de Gastrenterologia por colite ulcerosa agudizada, sob corticoterapia endovenosa. Realizou RMN pélvica que mostrou importante espessamento parietal concêntrico do reto e trajeto fistuloso com orifício interno à 6h ao nível linha pectínea, estendendo-se inferiormente em posição

interesfincteriana numa extensão longitudinal com cerca de 25mm, terminando numa área de captação mais global no sulco internadegueiro. Apresentou melhoria clínica parcial com o tratamento instituído, pelo que foi decidido iniciar terapêutica de indução com esquema acelerado de Infliximab (5mg/Kg na primeira toma e posteriormente 10mg/Kg). O doente manteve dor de difícil controlo, tendo sido pedida colaboração da Unidade Funcional da Dor Aguda para ajuste de analgesia – iniciou paracetamol 1000 mg 6/6h, tramadol + droperidol em perfusão e morfina 3 mg em SOS. Posteriormente, apresentou evolução clínica favorável, com melhoria progressiva das queixas álgicas, regularização do trânsito gastrointestinal e sem perdas hemáticas objetiváveis. Teve alta sob corticoterapia em esquema de desmame, mesalazina tópica id, infliximab 10mg/Kg 8-8 semanas, gabapentina 100mg 3id e buprenorfina em penso transdérmico 8,75mcg/dia. No entanto, manteve as queixas álgicas em ambulatório e elevação dos marcadores inflamatórios (calprotectina fecal 1258ug/g). Assim, optou-se por iniciar tratamento com oxigenioterapia hiperbárica. O doente realizou um total de 60 sessões, sem intercorrências. Apresentou melhoria sustentada das queixas álgicas, com desmame progressivo da terapêutica analgésica. Analiticamente com descida progressiva dos marcadores inflamatórios. Realizou colonoscopia de reavaliação, que mostrou mucosa dos 10 cm distais com aspeto cicatricial, eritematosa e com alguns pseudopólipos dispersos, em franca melhoria face ao exame prévio. A RMN pélvica revelou discreto espessamento do reto, sem evidência de trajetos fistulosos.

Discussão: Os autores descrevem o caso de um doente com colite ulcerosa agudizada com proctalgia intensa refratária à corticoterapia e terapêutica biológica. Verificou-se uma melhoria franca das queixas álgicas, assim como da doença perianal, após tratamento com oxigenioterapia hiperbárica, permitindo uma diminuição progressiva da medicação analgésica. Este caso destaca o potencial papel da oxigenioterapia hiperbárica no tratamento da doença inflamatória intestinal refratária a terapêuticas convencionais.

(18647) - "TULIP-BUNDLE" TECHNIQUE FOR THE HEMOSTASIS OF A LARGE COLONIC DIVERTICULUM

Estevinho M M¹, Silva J C¹, Afecto E¹, Correia J¹, Pinho R¹; Freitas T¹

1 - Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia Espinho

Introduction: Colonic diverticular bleeding is the most common cause of lower gastrointestinal bleeding. Even though bleeding spontaneous arrests in up to 90% of the cases, endoscopic or surgical treatments may be required to control bleeding in severe episodes. Clipping and band ligation are the main endoscopic techniques, although rebleeding has been reported to occur in 5-40% and 10%, respectively.

Aim: We describe the use of the "tulip-bundle" technique for the hemostasis of a large sigmoid diverticulum.

Case summary: A 71-year-old male with history of hypertension and gastric adenocarcinoma diagnosed in 2015 and submitted to Y-Roux gastrectomy and adjuvant chemotherapy, was admitted to the emergency department due to large volume hematochezia and dizziness. He denied pain, fever, or other accompanying symptoms. He was not taking any medication apart from anti-hypertensives. Upon admission, heart rate was 90-110 bpm and blood pressure 91/60 mmHg; the remaining physical examination was unremarkable. Hemoglobin concentration was 9.4 g/dL (he had 14.3 g/dL 4 months earlier, in a routine evaluation), the other parameters were within the normal range. An ileocolonoscopy was performed in the first 24 hours, after bowel preparation. Blood residues were observed along the colon, as well as multiple diverticula, some large. In the sigmoid, a 25 mm diverticulum was observed, a large blood clot was adherent, but no active bleeding was detected. After careful clot removal with a water jet, a 4-mm pulsatile vessel was observed. Considering the dimensions of the diverticulum and the presence of stigmata of high rebleeding risk (nonbleeding visible vessel), it was decided to apply one through-the-scope (TTS) clip over the vessel and then to close the diverticular orifice in a "zipper-like" fashion with seven TTS clips. Finally, a detachable snare was applied over the TTS clips (tulip-bundle technique).

The patient remained hospitalized in the following 16 hours and no additional blood losses or fall in hemoglobin was registered. No intercurrents were registered in the following month of follow-up.

Relevance: Complete closure of colonic diverticula with TTS clips has been reported to associate with immediate and long-term hemostasis in above 90% of the cases, with no reported episodes of diverticulitis. We report, for the first time, the use of the "tulip-bundle" technique in the setting of diverticular bleeding, diversifying the therapeutic repertoire for his condition.

(18672) - AUTOIMMUNE HEMOLYTIC ANEMIA IN A PATIENT WITH ULCERATIVE COLITIS TREATED WITH VEDOLIZUMAB

Temido M J¹, Lopes S¹, Graça A R¹, Trigo A¹, Silva A¹, Figueiredo P^{1,2}, Portela F^{1,2}

1 - Serviço de Gastreenterologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra;

2 - Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Introduction: Autoimmune hemolytic anemia (AIHA) is a blood disorder characterized by autoimmune (immunoglobulin G and/or M mediated) destruction of red blood cells. With an incidence of 1 per 100 000/year, this disease is most commonly secondary to an immunomodulated condition. The association between AIHA and inflammatory bowel disease (IBD) has been poorly investigated, but the incidence of this condition in this group of patients has been recognized to be higher than in the general population.

Objective: To report a case of AIHA in a patient with ulcerative colitis (UC) treated with Vedolizumab.

Case: We report a case of a 34-year-old woman with a 4-year history of left UC. The disease only extended to the left colon. The patient was firstly treated with mesalazine. There was also past medical history of prior episodes of acute pancreatitis of undetermined etiology, and sarcoidosis. The patient had previously been treated with Infliximab, but due to absence of response, initiated Vedolizumab. After this introduction, the UC was in clinical remission but with endoscopic activity (Mayo endoscopic subscore 2). Nine months after the initiation of Vedolizumab, the patient had a value of

5.8g/dL of hemoglobin in a routine analytical evaluation. Due to the absence of visible blood losses, other causes of anemia were suspected. The case was discussed with the Hematology department. Due to a positive result in the Coombs direct test, the diagnosis of AIHA was established. The patient initiated prednisolone firstly in a dose of 1mg/kg per day and after with 1.5mg/kg per day, with no response, with clinical and analytical worsening. The patient started having palpitations and severe fatigue. The value of hemoglobin was 4.9g/dL and lactate dehydrogenase (LDH), bilirubin and reticulocytes values were visibly worsening. Five days after treatment escalation to 2mg/kg per day of prednisolone without improvement, the patient started rituximab. Ten days after, Hb level, erythrocytes, and reticulocytes were improving.

Relevance: AIHA is characterized by auto-antibodies-mediated erythrocyte destruction. The diagnosis of an AIHA is based on the presence of anemia, hemolysis (hyper-reticulocytosis, elevation of indirect bilirubin, decrease of haptoglobin levels and high levels of LDH) and an autoimmune mechanism assessed by the Coombs Direct Test. In most cases AIHA is secondary to the activity of another immune-mediated disorder.

Up to 25% of patients with IBD have extraintestinal manifestations. The association between UC and AIHA has been scarcely reported, mostly in an active stage. Moreover, a few reports have already described an association between AIHA and Infliximab infusion. By contrary, to the best of our knowledge, this one of the first reports of a case of AIHA possibly associated with Vedolizumab. The presumptive diagnosis of a drug-induced AIHA is made if there is response to withdrawal of the drug. This was not present in our case, but there was also no response to corticosteroids, as there is in the majority of cases of AIHA.

This report highlights the importance of a high index of suspicion in patients with severe anemia and active IBD being treated with biologics. The differential diagnosis between inflammatory immunomediated activity or vedolizumab as the cause of the hemolytic anemia is complex and almost impossible to be established.

(18692) - DISSEÇÃO ENDOSCÓPICA DA SUBMUCOSA DE LESÃO PLANA DO RETO JUSTA-ANAL – UM DIAGNÓSTICO INESPERADO

Correia F¹; Alves A²; Martins A^{1,3}; Lourenço L C^{1,4}

1 - Serviço de Gastreenterologia, Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca;

2 - Serviço de Anatomia Patológica, Hospital Cuf Descobertas;

3 - Serviço de Gastreenterologia, Hospital Cuf Cascais;

4 - Centro de Gastreenterologia, Hospital Cuf Tejo/ Faculdade de Medicina da Universidade Nova de Lisboa

Apresentamos o caso de uma mulher de 68 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e obesidade (IMC 39 Kg/m²), referenciada a consulta de Gastreenterologia por obstipação de longa data e episódios ocasionais de hematoquézias de sangue vivo pós-defecatórias. Negava quaisquer outros sintomas gastrointestinais, incluindo dor abdominal ou sintomas proctológicos. Foi medicada com terapêutica laxante oral, sem grande eficácia, havendo, frequentemente, necessidade de aplicação de enemas/clisteres. Realizou colonoscopia total que mostrava, no reto justa-anal, uma lesão plana, não granular, com cerca de 2 cm de maior diâmetro. A avaliação com cromoendoscopia virtual (NBI) não levantava suspeita para invasão da submucosa, mas revelava um padrão de superfície que colocava como principais hipóteses lesão serreada vs. lesão adenomatosa displásica. Por esse motivo, dispensou-se a realização de biópsias e a doente foi proposta para ressecção em bloco da lesão por disseção endoscópica da submucosa, atendendo à dimensão e localização da mesma. Durante a DES, verificou-se a presença de algum tecido fibroso na camada submucosa (em lesão não biopsada/excisada previamente), o que dificultou o procedimento, mas não impediu uma ressecção em bloco, sem complicações. Durante o *follow-up*, verificou-se uma melhoria das queixas de obstipação, com necessidade de manter apenas terapêutica laxante oral, em menor quantidade. A avaliação histológica da peça ressecada revelava alterações hiperplásicas e regenerativas do epitélio e colageneização e fibrose da lâmina própria, sendo estes achados compatíveis com síndrome da úlcera solitária do reto/síndrome do prolapso da mucosa. Não havia evidência de tecido displásico ou neoplásico.

A síndrome da úlcera solitária do reto ou síndrome

do prolapso mucoso é uma entidade benigna, pouco comum, cujas apresentações clínica e endoscópica podem ser muito heterogéneas. As úlceras do reto estão presentes em apenas 40% dos doentes, encontrando-se nos restantes casos, alterações endoscópicas que podem variar desde áreas de hiperémia da mucosa até lesões polipóides pseudo-tumorais.

Apresentamos o caso e respetiva iconografia de uma doente com uma lesão pseudo-tumoral do reto, inicialmente interpretada como lesão serreada/adenomatosa, mas cuja histologia foi fundamental para o verdadeiro diagnóstico. A melhoria do quadro clínico após DES tem sido uma característica descrita em vários relatos na literatura, apoiando este diagnóstico e reforçando o potencial papel terapêutico dessa técnica nesta entidade. Reforçamos a necessidade de um alto grau de suspeição para esta patologia, já que se pode manifestar por uma clínica muito frustrante, alterações endoscópicas discretas e achados histológicos pouco reconhecidos.

(18731) - SÍNDROME DE INTESTINO CURTO – RELATO DO PRIMEIRO CASO DE TEDUGLUTIDO

Marques P¹, Silva E¹, Brandão P¹, Silva A C¹, Sampaio M¹, Santos M¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Porto

Introdução: O síndrome de intestino curto, definido como um comprimento de intestino delgado inferior a 200cm, é uma condição muitas vezes adquirida em consequência de ressecções intestinais extensas no contexto de isquemia. A falência intestinal crónica corresponde à dependência permanente de nutrição parentérica para assegurar o aporte nutricional necessário, ocorrendo entre outras situações, nos casos em que o intestino delgado é inferior a 100cm (na ausência de cólon) ou inferior a 60 cm de delgado, com válvula ileocecal e cólon preservados. Para além das dificuldades nutricionais e metabólicas destes doentes, o sobre crescimento bacteriano e as complicações associadas ao cateter central de longa duração destacam-se como principais complicações específicas desta patologia.

O teduglutido, um análogo de peptídeo-2 semelhante ao glucagon, eficaz no tratamento dos doentes com falência intestinal. Ao induzir a hiperproliferação das

vilosidades intestinais, melhora a capacidade intestinal de absorção de nutrientes e líquidos, induzindo o crescimento da mucosa e reduzindo a motilidade intestinal. A sua utilização associou-se à redução da necessidade de nutrição parentérica em doente com falência intestinal, estando descritos inclusive casos de autonomia da nutrição parentérica.

Objetivo: Descrever o primeiro caso selecionado para realização de teduglutido, num centro terciário com unidade de nutrição parentérica domiciliária.

Resumo do caso: Homem de 53 anos, com síndrome do intestino curto causado por trombose da artéria mesentérica superior em 2014 e 2015, atualmente com 60cm de jejuno, 10cm de íleon, válvula ileocecal e cólon, exceto sigmoide.

Iniciou programa de nutrição parentérica domiciliária, mantendo-se sob a mesma desde então, com otimização para três bolsas de nutrição parentérica total por semana. Do estudo etiológico para o contexto trombótico, com diagnóstico de deficiência de fibrinogénio, estando hipocoagulado.

Durante este período com múltiplas intercorrências, nomeadamente várias infeções de cateter venoso central com necessidade de troca do mesmo e 3 episódios de diverticulite, que culminaram em sigmoidectomia em 2020.

No presente ano, com várias complicações associadas a trombose de cateter, com trombose da veia subclávia, síndrome da veia cava superior e trombose da veia femoral direita. Submetido a recanalização e colocação de stent na veia cava superior, assim como colocação de filtro da veia cava para proteção embólica. Tentada construção de fistula arterio-venosa umerobasílica que trombosou.

Discutido caso e dado exaustão de acessos vasculares, decidido propor início de teduglutido. Previamente ao início do fármaco, o doente realizou estudo com colonoscopia, endoscopia e TC toraco-abdomino-pélvico para exclusão de neoplasia oculta, dado o efeito de fator de crescimento associado ao teduglutido.

Iniciou tratamento em Agosto de 2022, com um seguimento atual de cerca de 6 semanas. Até à data, sem evidência de complicações associadas à administração

de teduglutido (administrado 5mg/dia, subcutâneo). Mantém nutrição parentérica administrada três vezes por semana, aguardando-se desenvolvimentos posteriores quanto à possibilidade de redução ou autonomia completa da nutrição parentérica.

Relevância: O teduglutido é um fármaco eficaz na redução de necessidade de suporte parentérico em doentes com falência intestinal. A sua utilização pode permitir a autonomia de nutrição parentérica em doentes selecionados, com redução dos custos e das complicações associadas à falência intestinal.

(18757) - PROCTALGIA INCAPACITANTE ASSOCIADA A PROLAPSO CÓLICO NA ANASTOMOSE COLO-RECTAL APÓS RESSECÇÃO ANTERIOR DO RECTO COM TATME

Galvão D¹, Martins P², Sousa J A², Silva J P², Baía C², Pereira R³

1 - IPO – Porto, Hospital de Santo Espírito da Ilha Terceira.; 2 - IPO-Porto; 3 - Centro Hospitalar do Algarve

Introdução: A cirurgia poupadora de esfíncter tem vindo a ser utilizada de forma mais abrangente no tratamento do cancro do recto baixo permitindo menores taxas de estomas definitivos sem compromisso da qualidade de vida destes doentes.

As complicações associadas a esta cirurgia existem e têm um impacto muito relevante na qualidade de vida destes doentes. O prolapso da mucosa cólica na zona de uma anastomose colo-rectal após uma cirurgia poupadora de esfíncter, é uma complicação rara. A sua associação a sintomas anais como a proctalgia está descrita, mas não existem recomendações para a orientação destes doentes sendo o tratamento cirúrgico do prolapso muitas vezes a única solução encontrada.

Objetivo: Os autores pretendem partilhar a sua experiência com o caso de um doente que se apresentou com uma proctalgia intensa, incapacitante e refratária a vários tipos de medicação, após uma cirurgia poupadora de esfíncter para cancro do reto baixo. Esta partilha é feita de forma a que esta complicação seja salientada e que possa ser alvo de discussão entre pares na tentativa de encontrar algum tipo de abor-

dagem terapêutica que possa vir a ser usada em casos semelhantes que possam ocorrer no futuro de quem pratica este tipo de cirurgia.

Resumo do caso clínico: Os autores apresentam o caso de um doente do sexo masculino, de 54 anos, com antecedentes pessoais de DM Tipo 2, Dislipidemia e Cirurgia a Varizes dos MI's. Após PSOF positiva no Médico de Família realiza Colonoscopia que deteta uma lesão a 10 cm da margem anal, exóftica, friável ocupando 1/3 da circunferência. A lesão não era palpável ao toque rectal na consulta. A histologia revelou um Adenocarcinoma ulcerado moderadamente diferenciado. O estadiamento foi completado com uma RMN que localizou a lesão a 7 cm da margem anal, estadiando-a como um T3N+ com invasão de fáschia meso-rectal, e com uma TC-Toraco-Abdomino-Pélvica que não evidenciou qualquer lesão suspeita à distância.

O doente foi discutido em Grupo Oncológico e foi proposto para Terapêutica Neoadjuvante Total.

Terminou a Neoadjuvância a 28-12-2021 e foi submetido a cirurgia no dia 26-1-2022. A neoplasia encontrava-se na face anterior do recto a cerca de 6 cm da margem anal sendo palpável no toque rectal no intra-operatório. O doente foi submetido a ressecção anterior do recto por laparoscopia tendo sido descritos fenómenos de fibrose e edema locais secundários à neoadjuvância. Como complicação intra-operatória houve lesão iatrogénica do recto, distalmente à neoplasia, razão pela qual optou-se por realizar TaTME para completar a cirurgia e realizar a secção do recto abaixo da perfuração. O doente realizou assim uma ressecção anterior do recto baixa laparoscópica com TaTME, anastomose colo-rectal termino-terminal mecânica e ileostomia derivativa. O pós-operatório imediato no internamento decorreu sem intercorrências e o doente teve alta ao sexto dia de pós-operatório no dia 1-2-2022.

O doente teve 2 vindas ao serviço de atendimento não-programado do IPO com queixas de proctalgia intensa e incapacitante, a primeira ao 13º dia de pós-op e a segunda, ao 18º dia pós-op. Esta última vinda acontece após 5 dias de terapêutica com paracetamol, ibuprofeno e tramadol de horário, e mesmo assim com

mau controlo algico e um impacto grande na sua qualidade de vida com perturbação do sono associada. Foi proposto então o internamento para controlo algico e iniciada antibioterapia empírica.

No internamento conseguiu-se controlo parcial da dor, no entanto o doente referia agravamento das queixas quando fazia levantar e alívio parcial com o decúbito. Teve alta ao 2º dia de internamento com melhor controlo algico, revisão da analgesia e pedidos uma recto-sigmoidoscopia e RMN pélvica a realizar em ambulatório. Realizou a recto-sigmoidoscopia flexível com progressão até aos 15 cm da margem anal, interrompida por presença de fezes e dor. Anastomose colo-rectal ampla aos 5 cm da margem anal observando-se 2 orifícios milimétricos sem trajeto. Mucosa do reto congestiva e friável com presença de muco. Descrito também um prolapso da mucosa cólica ao nível da anastomose observado *in loco* durante o exame, que despoletou dor intensa no doente nesse momento.

A RMN Pélvica não encontrou coleções pélvica nem alterações do aparelho esfínctérico, tendo sido encontradas alterações de sinal locais secundárias à cirurgia e aos tratamentos com radioterapia.

Foi assumido o prolapso cólico na anastomose colo-rectal exacerbado pela gravidade associada ao levantar, como causa para a proctalgia do doente. Por apresentar alívio com o decúbito, assumiu-se um prolapso reversível com baixo risco de isquemia da mucosa, algo que se verificou, pois, o quadro clínico resolveu de forma conservadora sem necessidade de intervenção cirúrgica. Nas consultas de seguimento aos 5 e 10 meses de pós-operatório o doente não voltou a referir novas queixas de proctalgia manifestando estar bem, sem dor e sem necessidade de medicação analgésica.

Relevância: O prolapso cólico na anastomose colo-rectal após uma ressecção baixa do recto com cirurgia poupadora de esfíncter é uma complicação raramente descrita neste tipo de abordagem mas que pode estar presente no pós-operatório destes doentes. Os sintomas peri-anais como a proctalgia intensa ou drenagem de muco pelo ânus ocorrem e podem ter um impacto incapacitante na qualidade de vida dos doentes.

É importante que os cirurgiões que realizem este tipo de

procedimentos estejam conscientes desta complicação e para os efeitos que esta tem na qualidade de vida e no pós-operatório destes doentes. Não existem recomendações na literatura para a abordagem terapêutica destes casos, pelo que a discussão entre pares é um valioso contributo para a orientação destes doentes no futuro.

COMUNICAÇÕES 3 MELHORES POSTERES

(18709) - ENUCLEAÇÃO DE GIST PARA-RETAL POR VIA DE KRASKE

Tavares A¹; Martins J¹; Amado A¹; Queirós T¹; Leite M¹; Pereira B¹; Cardoso J¹; Gandra L¹; Oliveira M¹; Cabral A M²

1 - Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE;

2 - Hospital da Horta, EPE

Introdução: Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) representam os sarcomas mais comuns do trato gastrointestinal.¹

75% destes tumores têm mutação do gene KIT, e 10% têm mutação do gene PDGFRA.⁵ Estes tumores, de consistência frágil, surgem habitualmente na 7ª década de vida com um leque de sintomas variado, que depende do seu volume e do local onde surgem.^{2,6} Uma grande parte destes surge no estômago (cerca de 55%) e no intestino delgado (cerca de 30%), sendo as restantes localizações infrequentes. Apenas cerca de 2.5% surgem no reto.¹

A descoberta de mutações KIT nos GISTs levou à introdução do imatinib como terapêutica para esta patologia, o que resultou num aumento da sobrevida dos doentes. Em terapêutica contínua, existe evidência de que este fármaco é muito eficaz a diminuir, ou estabilizar, o volume destes tumores.^{1, 5} Na era pre-imatinib, os GISTs retais eram tratados muitas vezes com cirurgias radicais, incluindo com amputações abdominoperineais.^{3,4} Uma ressecção curativa era atingida apenas numa minoria dos doentes com doença metastática, os quais apresentavam uma sobrevida, em média, menor a 20 meses desde o diagnóstico.⁶ Nos últimos anos, o imatinib tem sido utilizado para o *downsize* de tumores localmente avançados e, assim, facilitar uma ressecção local R0 por via anterior ou posterior.^{3,4} A via de Kraske, uma técnica descrita inicialmente em 1885 para o tratamento cirúrgico de

neoplasias do reto, é uma via trans-sacroccócea que permite aceder ao espaço retro-retal.⁴ Esta abordagem evita a morbilidade associada a outros procedimentos, e pode ser uma mais valia nos GISTs, já que estes têm uma tendência a crescer extraluminalmente e raramente disseminam para gânglios linfáticos loco-regionais.⁷

Objetivo: Reportar um caso de um GIST retro-retal removido por via de Kraske.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico em formato poster.

Resultados: Um homem de 55 anos, com antecedentes de prostatectomia radical assistida por robô por um adenocarcinoma, realizou uma ressonância magnética pélvica por queixas de dor sacroccócea e dificuldade na defecação que tiveram início 24 meses antes, altura em que tinha sido submetido a uma hemorroidectomia de Milligan-Morgan. O relatório da ressonância relatava uma “volumosa lesão expansiva com 99 mm de maior eixo em topografia esquerda ao reto, mas na dependência da parede deste, envolvendo praticamente toda a fossa ísquio-retal, com componente exofítico (...) correspondendo muito provavelmente a um volumoso GIST a ser caracterizado por biópsia.(...)”

Na colonoscopia foi possível observar a obliteração quase total do lúmen do reto médio e distal, e por ecoendoscopia foi realizada biópsia da lesão por agulha fina. A histologia revelou compatibilidade com o diagnóstico de GIST (CD117 e DOG1 positiva). Foi pedido o estudo de mutações dos genes KIT e PDGFRA, que revelaram uma deleção no exão 11 do gene KIT, associada a sensibilidade ao tratamento com Imatinib. O doente foi também submetido a uma PET-FDG onde não foram evidenciados outros focos de avidéz para fluorodesoxiglicose para além da lesão já conhecida.

Após discussão em consulta de grupo multidisciplinar, o doente iniciou imatinib neoadjuvante, com boa tolerância e significativa redução das dimensões da lesão tumoral. Posteriormente, foi submetido a enucleação da lesão pela via de Kraske, que decorreu sem intercorrências, e manteve imatinib adjuvante. À data, o resultado

anatomopatológico da peça ainda não se encontra disponível.

Discussão/Conclusão: Os GISTs são tumores raros cujo diagnóstico e tratamento se têm alterado nos últimos anos. A introdução do imatinib alterou o tratamento desta patologia, com melhoria substancial do prognóstico dos doentes. A abordagem de Kraske permitiu uma boa exposição da lesão com a evicção dos riscos associados a outras abordagens.^{6,7}

REFERÊNCIAS

1. Ma GL, Murphy JD, et al. *Epidemiology of gastrointestinal stromal tumors in the era of histology codes: results of a population-based study.* Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2015 Jan;24(1):298-302. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-14-1002. Epub 2014 Oct 2. PMID: 25277795; PMCID: PMC4294949.
2. Mucciarini C, Rossi G, et al. *Incidence and clinicopathologic features of gastrointestinal stromal tumors. A population-based study.* BMC Cancer. 2007 Dec 20;7:230. doi: 10.1186/1471-2407-7-230. PMID: 18096058; PMCID: PMC2241631.
3. Cavnar MJ, Wang L, et al. *Rectal Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) in the Era of Imatinib: Organ Preservation and Improved Oncologic Outcome.* Ann Surg Oncol. 2017 Dec;24(13):3972-3980. doi: 10.1245/s10434-017-6087-9. Epub 2017 Oct 20. PMID: 29058144; PMCID: PMC5720861.
4. M. Aubert, D. Mege. *Kraske approach to retrorectal tumors: Surgical technique.* Journal of Visceral Surgery, 2022,159;3:229-233. ISSN 1878-7886, doi:10.1016/j.jvisurg.2022.01.009
5. Cavnar MJ, Seier K, et al. *Outcome of 1000 Patients With Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) Treated by Surgery in the Pre- and Post-imatinib Eras.* Ann Surg. 2021 Jan 1;273(1):128-138. doi: 10.1097/SLA.0000000000003277. PMID: 30946076; PMCID: PMC6774913
6. Gervaz P, Huber O, Morel P. *Surgical management of gastrointestinal stromal tumours.* Br J Surg. 2009;96(6):567-578. doi:10.1002/bjs.6601
7. Gervaz P, Huber O, et al. *Trans-sacral (Kraske) approach for gastrointestinal stromal tumour of the lower rectum: old procedure for a new disease.* Colorectal Dis. 2008;10(9):951-952. doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01489.

(18740) - ARTIFICIAL INTELLIGENCE AND CAPSULE ENDOSCOPY: AUTOMATIC CLASSIFICATION OF SMALL BOWEL AND COLON PREPARATION USING A CONVOLUTIONAL NEURAL NETWORK

Cardoso P¹; Saraiva M M¹; Afonso J¹; Ribeiro T¹; Mendes F¹; Martins M¹; Cardoso H¹; Andrade P¹; Ferreira J P S²; Macedo G¹

1 - Centro Hospitalar São João;

2 - Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto

Introduction: Capsule endoscopy (CE) allows minimally invasive inspection of the small bowel as well as the colonic mucosa (with *PillCam™* Crohn's Capsule), providing a panenteric assessment of the GI tract. An adequate bowel preparation is crucial for a conclusive CE exam and thus, the quality of bowel preparation is mandatory in CE reports. Different scales have been

applied for the evaluation of bowel preparation in CE videos, however their application is time-consuming and have a high interobserver variability. To date, no AI-based model has been developed for automatic evaluation of small bowel and colon preparation in CE exams.

Aim: We aimed to develop a Convolutional Neural Network (CNN) based model for automatic classification of bowel preparation in CE exams.

Methods: We developed, trained, and validated a CNN based on CE images. Each frame was labelled after a consensus of three experts in CE according to the quality of bowel preparation: excellent – ≥ 90% of visible mucosa; satisfactory – 50 to 90% of visible mucosa; unsatisfactory – < 50% of visible mucosa. A training dataset was used for development of the model and the performance of the network was evaluated using an independent dataset. The CNN's output was compared to the classification provided by the experts. The performance of the CNN was measured by the area under the curve (AUC), accuracy, sensitivity, specificity, positive and negative predictive values (PPV and NPV, respectively).

Results: For the small bowel analysis, a total of 5070 CE images were included: 1570 labelled as excellent bowel preparation; 2150 with satisfactory bowel preparation and 1350 with unsatisfactory bowel preparation. The model had an overall accuracy of 94.3%, a sensitivity of 93.6%, a specificity of 93.1%, a PPV of 92.6% and NPV of 95.7% for differentiation of classes of small bowel preparation. For the partial analysis of the colonic mucosa, a total of 59 CE exams were considered, with a total of 5774 frames used to develop the CNN. The model had an overall accuracy of 95.8%, a sensitivity of 92.7% and a specificity of 97.3% for differentiation of classes of colon preparation.

Discussion: We developed a CNN-based model for automatic classification of bowel preparation of both small bowel and colon mucosa based on a simple quantitative scale. The development of AI systems for automatic assessment of bowel preparation in CE may improve the reliability and reproducibility of bowel preparation scales.

(18621) - AVALIAÇÃO DA MELHORIA DE QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES SUBMETIDOS A TRATAMENTO INSTRUMENTAL DE DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Carvalho I M¹; Campelo P¹; Barros S¹; Relvas L¹; Gago T¹; Caldeira P¹

1 - Centro Hospitalar Universitário do Algarve

Introdução: A doença hemorroidária é uma das doenças mais comuns do trato gastro-intestinal inferior e as complicações relacionadas são uma das causas mais frequentes de procura de ajuda médica. Os sintomas associados à doença hemorroidária podem ocorrer de 5% a 50% da população adulta. O objetivo do tratamento passa por reduzir o fluxo sanguíneo para os plexos hemorroidários, obliteração parcial do plexo e formação de uma cicatriz de tecido conjuntivo que previne o seu prolapso. Este processo pode ser conseguido através de terapêutica médica e medidas comportamentais, instrumentalização ou intervenção cirúrgica nos casos graves ou refratários.

Objetivo: Realizamos um estudo prospetivo com o intuito de avaliar a melhoria dos sintomas e da qualidade de vida em doentes submetidos a terapêutica médica e instrumentalização com aplicação de bandas elásticas ou escleroterapia com polidocanol espumoso.

Métodos: Foram aplicados 2 questionários validados para a classificação de sintomas da doença hemorroidária (ECSHD) e escala de Saúde Curta da Doença Hemorroidária (SHS-HD) nos doentes observados em consulta de proctologia no primeiro semestre de 2022. Foram critérios de inclusão no estudo doentes com pelo menos uma avaliação inicial e uma subsequente no período em que este decorreu, com compreensão do intuito do estudo e preenchimento fiável das escalas.

Resultados e discussão: Foram selecionados um total de 24 doentes. Destes, foram excluídos 7 doentes por presença de comorbilidades confundidoras, como a fissura anal. Dos 17 doentes, 58.8% (n=10) foram submetidos a laqueação elástica e 41.2% (n=7) foram submetidos a escleroterapia. Entre os doentes avaliados, 94.1% (n=16) reportaram melhoria global dos sintomas. Destes, 76.5% (n=13) reportaram resolução total da hematoquécia e dor, enquanto os restantes 23.5% (n=3) reportaram diminuição da frequência destes sintomas.

58.8% (n=10) reportaram resolução total do prolapso e 35.3% (n=6) diminuição da frequência do prolapso. Apenas 1 doente reportou manutenção das queixas de dor, que associamos ao não cumprimento das medidas conservadoras e comportamentais. Em termos de qualidade de vida, todos os doentes reportaram melhoria significativa, principalmente nos componentes do “sentimento de bem-estar geral” e “interferência nas atividades de vida diárias”.

Conclusão: O nosso estudo demonstra uma melhoria global de sintomas e qualidade de vida dos doentes submetidos a tratamento instrumental associado às medidas médicas, enfatizando a importância de privilegiar uma abordagem combinada no tratamento da patologia hemorroidária. Salientamos, contudo, o facto de serem dados preliminares de um estudo prospetivo em curso para o estudo da melhoria de qualidade de vida na doença hemorroidária.

(18657) - QUANDO E COMO RECONFECIONAR UMA ANASTOMOSE COLOANAL ESTENÓTICA?

Sampaio M^{1,2}; Silva E¹; Brandão P^{1,2}; Silva C^{1,2}; Santos M D^{1,2,3}

1 - Unidade de Cirurgia colorretal, Departamento de Cirurgia, Centro Hospitalar Universitário do Porto;

2 - UMIB – Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, ICBAS – Instituto de Ciências Abel Salazar, Universidade do Porto;

3 - ITR – Laboratório para a Investigação Integrativa e Translacional em Saúde Populacional

Introdução: A estenose anastomótica após proctectomia com anastomose coloanal manual é uma complicação cujo tratamento é um desafio e raramente eficaz. A abordagem endoscópica é o tratamento de primeira linha para estenoses curtas, enquanto a cirurgia é o tratamento preferencial para estenoses longas e na falência da abordagem endoscópica. A seleção da melhor opção cirúrgica é complexa e limitada pela escassez de informação.

Objetivo: Apresentação dum caso clínico de estenose isquémica de anastomose coloanal manual tratada com reconfeção de anastomose com abordagem de York Mason.

Resumo do caso: Homem, 56 anos, IMC 37,5 Kg/m², com adenocarcinoma do recto baixo, cT3cN2M0, submetido a quimiorradioterapia neoadjuvante seguida de

proctomia laparoscópica com anastomose coloanal manual com ileostomia de proteção e quimioterapia adjuvante. 4 meses após a cirurgia, detetou-se estenose anastomótica completa, com lúmen indetetável ao exame digital ou endoscópico. O estudo imagiológico identificou cólon esquerdo com mobilização completa, com lúmen patente até ao nível do coccix, sem sinais de isquemia, e sem sinais de recidiva oncológica. Dez meses após a proctomia, perante uma estenose tardia, curta e completa, optou-se por abordagem de York Mason Modificada para reconfeção da anastomose coloanal manual. O pós-operatório decorreu sem intercorrências, com clister opaco sem fugas, motivo pelo qual a ileostomia de proteção foi encerrada. No seguimento a longo prazo manteve continência para fezes.

Relevância: Apesar da estenose anastomótica ser curta, era necessária uma abordagem cirúrgica por se tratar duma estenose completa e sem cicatriz passível de abordagem endoscópica. Para evitar a morbilidade duma abordagem abdominal optou-se pela reconfeção de anastomose por abordagem de York Mason Modificada.

Conclusão: A reconfeção da anastomose coloanal manual pela via de York Mason, pode ser uma alternativa eficaz para o tratamento da estenose anastomótica curta, sem tensão e com o cólon bem vascularizado.

(18716) - RETALHO DE AVANÇO TIPO "HOUSE FLAP" – UMA MAIS-VALIA

Rodrigues C¹; Magno L²; Silva C²; Frutuoso L²; Matos M L²; Costa J²; Nora M²

1 - Hospital da Horta;
2 - CHEDV

Introdução: A anoplastia com retalho de avanço cutâneo pode ser utilizada no tratamento de várias doenças anorretais. O retalho de avanço tipo "house flap", cuja designação traduz a sua forma, tem alcançado excelentes resultados. Como principal indicação destaca-se o tratamento da estenose anal grave. No entanto, este tem-se mostrado uma mais-valia na cobertura de defeitos secundários à exérese de lesões pré-malignas/malignas do canal anal e perineo.

Caso clínico: Apresentamos o caso de um homem de 43 anos, submetido a exérese de uma lesão do canal anal

sugestiva de se tratar de um condiloma, com diagnóstico incidental de carcinoma de células escamosas verrucoso, com margens insuficientes. Neste contexto, foi submetido a alargamento de margens com encerramento do defeito com um retalho de avanço tipo "house flap". Registou-se cicatrização do local cirúrgico às 2 semanas de pós-operatório, sem complicações neste período, com excelente resultado estético e funcional.

Conclusão: O retalho de avanço tipo "house flap" é simples e fácil de executar. Pode ser utilizado em várias doenças anorretais com excelentes resultados e poucas complicações, pelo que deverá constar no armamentário de todos os coloproctologistas.

(18743) - COLECTOMIA SUBTOTAL LAPAROSCÓPICA COM ANASTOMOSE INTRACORPÓREA CECO-RETAL

Freitas A¹; Quintanilha R²; Faustino A¹; Martins A B¹; Acosta D¹; Leite M I¹

1 - Hospital do Divino Espírito Santo em Ponta Delgada;
2 - Hospital do Espírito Santo em Ponta Delgada

Introdução/Objetivo: Desde a sua introdução em 1908, a colectomia total com anastomose ileorectal (CT-AIR) tornou-se o procedimento mais adotado no tratamento cirúrgico da obstipação de trânsito lento. No entanto, devido ao aumento da incidência de incontinência fecal pós-operatória, oclusão intestinal, diarreia e dor abdominal e consequente diminuição na qualidade de vida pós-operatória dos doentes, Leopoldo Sarli desenvolveu a colectomia subtotal com anastomose antiperistáltica ceco-retal (CST-ACR).

Material e métodos: Exposição da técnica cirúrgica laparoscópica (CST-ACR) e comparação dos resultados com a CT-AIR, com base na literatura.

Resultados: A técnica cirúrgica e sequência de mobilização na CST-ACR são idênticas à CT-AIR à exceção da preservação do pedículo ileocólico e os ramos para o cego; secção do cólon ascendente 5-7cm acima da válvula ileocecal; apendicectomia e ceco-proctostomia antiperistáltica intracorpórea mecânica.

Discussão/Conclusão: A obstipação de trânsito lento é uma patologia da motilidade comumente encontrada pelo cirurgião coloretal. O tratamento primário engloba

medidas conservadoras (farmacológica, ajustes dietéticos) no entanto, doentes com patologia refratária devem ser propostos para cirurgia. Das várias alternativas cirúrgicas existentes, sobressaem a CT-AIR e CST-ACR. Da apreciação da literatura existente, a técnica CST-ACR aparenta apresentar melhores resultados (resolução de dor, distensão abdominal e obstipação e menor incidência de incontinência fecal) ainda assim, são necessários mais estudos prospetivos comparativos de resultados a longo prazo para determinar superioridade de uma das técnicas

(18681) - NEOPLASIAS MUCINOSAS DO APÊNDICE – 7 ANOS DE CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Guidi G¹; Marques R¹; Marques C¹; Freitas F¹; Oliveira A¹; Próspero F¹; Sousa J P¹

1 - Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro

Introdução: As lesões mucinosas apendiculares são uma condição rara, com ligeiro predomínio nas mulheres (<55%), diagnosticadas nas 6^a/7^a décadas de vida.

Estas lesões caracterizam-se pela dilatação progressiva do apêndice pela acumulação intraluminal de mucina (benigna ou maligna) cuja distinção apenas pode ser confirmada por histologia.

Podem ser classificadas como não neoplásicas (mucocelo simples) ou neoplásicas (lesões serreadas, neoplasias mucinosas apendiculares de baixo grau (LAMN), neoplasias mucinosas apendiculares de alto grau (HAMN) e adenocarcinomas mucinosos).

A abordagem desta patologia depende do timing do diagnóstico, com necessidade frequente de decisão intra-operatória face à ausência de caracterização histológica prévia, representando até 0.3% das apendicectomias por apendicite aguda.

Objectivo: Analisar a casuística do serviço para ressaltar a importância da suspeita diagnóstica e sua orientação, uma vez que se trata de uma patologia rara com que os cirurgiões se deparam usualmente de urgência.

Material e métodos: Recolha de dados de todas as neoplasias mucinosas apendiculares submetidas a apendicectomia e Hemicolecotomia direita (urgentes ou eletivas) entre Janeiro de 2015 e Dezembro 2021. Análise de variáveis como: forma de apresentação, alterações

ao exame físico, antecedentes pessoais, resultado dos meios complementares de diagnóstico assim como das peças histológicas e seguimento destes doentes após o diagnóstico.

Resultados: Identificamos 27 neoplasias mucinosas apendiculares (17 LAMN, 1 HAMN, 3 lesões serreadas, 6 adenocarcinomas) operadas no nosso Centro Hospitalar.

A grande maioria apresentava como queixa principal dor abdominal na fossa ilíaca direita.

17 doentes foram submetidos a cirurgia electiva e 10 submetidos a cirurgia urgente.

Apenas 6 tinham como diagnóstico pré-operatório a suspeita de apendicite aguda (todos submetidos a cirurgia urgente).

Conclusão: As neoplasias mucinosas do apêndice são um grupo heterogéneo de tumores cujo tratamento é baseado no timing do diagnóstico (não suspeita, suspeita ou confirmada) bem como do regime (urgência ou eletiva) com especial atenção às consequências da perfuração tumoral. O conhecimento das diferentes variáveis histológicas é relevante para uma abordagem concertada e estratificação do risco.