

TL10-098

ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS ULTRASSONOGRÁFICAS NOS PACIENTES SUBMETIDOS A FISTULOTOMIA COM SEDENHO CORTANTE



Ana Carolina Parussolo André^a,
Antônio Lacerda Filho^a, Beatriz Deoti^a,
Kelly Cristine Lacerda Rodrigues Buzatti^a,
Renato Gomes Campanati^a,
Rodrigo Gomes da Silva^a, Sthela Regadas^b

^a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,
CE, Brasil

Objetivos: Avaliar os aspectos morfológicos do canal anal, através da ultrassonografia endorretal tridimensional, nos pacientes submetidos a tratamento de fístula anorretal primária com sedenho cortante. Avaliar se as possíveis alterações encontradas se relacionam com a continência anal.

Método: Pacientes com fístula anal idiopática e submetidos a fistulotomia com sedenho cortante foram selecionados para ser submetidos a ultrassonografia tridimensional do canal anal e responder ao questionário de incontinência anal de Wexner. A configuração anatômica do canal anal foi estudada e identificada a localização da lesão muscular esfinteriana resultante do tratamento com sedenho cortante.

Resultados: A idade média dos pacientes avaliados foi de 50 anos. Dos 40 pacientes avaliados, 16 (40%) eram do sexo feminino. A localização da fístula era anterior em 33 pacientes (82,5%) e posterior em sete (17,5%). Metade dos pacientes (20) tinha alguma queixa de incontinência anal pelo questionário de Wexner (pontuação maior do que 0) e, nesse grupo, a mediana da pontuação foi de 3,5. Pacientes com maior extensão do esfíncter anal externo (EAE) anterior total apresentaram menor taxa de incontinência anal ($p=0,009$), assim como aqueles com EAE anterior residual de maior extensão ($p=0,004$). Pacientes com maior percentual do fibrose no EAE anterior apresentaram maior taxa de incontinência anal ($p=0,031$). O ângulo da fibrose do EAE anterior não apresentou diferença significativa entre os grupos, porém os pacientes com maior ângulo de fibrose no esfíncter anal interno apresentaram maior taxa de incontinência ($p=0,003$).

Conclusão: O tratamento da fístula anal com sedenho cortante modifica a configuração do canal anal e pode impactar na função do complexo esfinteriano.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.397>

TL10-099

NEUROMODULAÇÃO SACRAL PARA TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES DO ASSOALHO PÉLVICO. RESULTADOS E COMPLICAÇÕES



Sthela Maria Murad-Regadas^{a,b,c},
Lara Burlamaqui Veras^{a,b,c},
Lusmar Veras Rodrigues^{a,b,c},

Francisco Sérgio Pinheiro Regadas^{a,b,c},
Francisco Sérgio Pinheiro Regadas Filho^{a,b,c},
Lia Barroso Simonetti Gomes^{a,b,c},
Carolina Murad Regadas^{a,b,c}

^a Unidade Assoalho Pélvico do Hospital São
Carlos, Fortaleza, CE, Brasil

^b Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,
CE, Brasil

^c Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza,
Fortaleza, CE, Brasil

Objetivo: Avaliar os resultados imediatos da neuromodulação sacral no tratamento das disfunções associadas do assoalho pélvico.

Método: Foram incluídos no estudo pacientes com sintomas de incontinência fecal-IF, urinária-IU e/ou evacuação obstruída-EO isoladas ou associadas que não responderam ao tratamento clínico e à reabilitação do assoalho pélvico submetidos à neuromodulação sacral. Todas foram submetidas à avaliação clínica com o escore da Cleveland Clinic de incontinência fecal-IFCCF e constipação-CCCF e o diário miccional associado a manometria anorretal e ultrassom-3D anorretal. Foram submetidas a implante de eletrodos na raiz sacral-S3 na fase I-Teste e avaliadas de acordo com a resposta nos escores usados, em duas a três semanas. Implantados o marcapasso definitivo (Interstim II) nos casos $\geq 50\%$ de melhoria nos sintomas.

Resultados: Incluídas 12 pacientes, média de 67 anos, oito foram submetidas a parto vaginal. Duas pacientes com cirurgia prévia de coluna; uma esfíncteroplastia e prévio acidente vascular cerebral (AVC) e alteração na função motora do membro inferior esquerdo-MIE. Apresentavam IF associada com IU em quatro casos; IU e EO em quatro; IU, IF e EO em três e IF em um. Média de pressão de repouso de 29 mmHg e pressão voluntária máxima de 71 mmHg e lesão parcial do esfíncter anal externo em quatro casos. Todas as pacientes foram submetidas ao implante definitivo. O IFCCF reduziu 9 vs. 0,5 ($p<0,0001$). O CCCF reduziu 10 vs. 3 ($p<0,0001$). Cinco pacientes permaneceram com irgência urinária. A média da amplitude do estímulo foi de 1,9 Mv. Não houve complicações durante a fase teste e nem definitiva. Paciente da cauda equina apresenta urina em jato contínuo e sem uso de sonda vesical e melhoria continua dos movimentos do MIE na paciente do AVC. Seguimento 12 meses.

Conclusão: A neuromodulação sacral é tratamento efetivo nas disfunções do assoalho pélvico, mesmo associadas. Nesta casuística, apresentou melhoria expressiva dos sintomas, sem evidência de complicações.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.398>

TL11-100

FATORES PREDITIVOS DE INSUCESSO NO TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL COM BIOFEEDBACK



Benjamin Ramos de Andrade Neto,
Sthela Maria Murad Regadas,
Lusmar Veras Rodrigues,
Felipe Ramos Nogueira,

Luis Bernardo Mendes Varela Moreira,
Nathalia Franco Cavalcanti,
Ricardo Everton Dias MontíAlverne

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC),
Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza,
CE, Brasil

Introdução: Biofeedback é um método eficaz de tratamento para a incontinência fecal (IF) e há controvérsias sobre fatores que podem ser correlacionados com a sua eficácia.

Objetivo: Avaliar a eficácia do biofeedback (BFD) no tratamento da incontinência fecal (IF), identificar os fatores preditivos relacionados ao insucesso do tratamento.

Métodos: Todos os pacientes com IF submetidos à terapia BFD de 2012-2016 foram identificados de forma prospectiva. Os sintomas foram avaliados com a classificação da Cleveland Clinic antes e seis meses após a conclusão da terapia. A resposta clínica ao tratamento com BFD foi avaliada de acordo com a porcentagem de resposta ao tratamento e os pacientes foram agrupados: GI=Satisfatório (a pontuação para IF diminuiu $\geq 50\%$) e GII: Insatisfatório (a pontuação para IF diminuiu $< 50\%$). Sexo, idade, escore, parto vaginal prévio, número de partos vaginais, cirurgia anterior anorretal e/ou colorretal, histerectomia, menopausa, pressões anais por manometria anorretal, lesões esfínterianas e anismus foram analisados e correlacionados com a porcentagem de resposta após o tratamento.

Resultados: Foram incluídos 136 pacientes. A pontuação mediana reduziu de 10 para 5. A pontuação para IF foi menor no GI do que no GII (8 vs. 12, $p=0,00$). As pacientes do GII tiveram mais parto vaginal prévio e cirurgia do que GI. A pressão média de contração sustentada foi maior no GI do que no GII. Os pacientes de GI e GII apresentaram gênero, idade, número de partos vaginais, menopausa, histerectomia, pressão média de repouso, pressão média de contração máxima comparada antes e após tratamento com BFD e evidência de lesões esfínterianas similares.

Conclusão: Fatores associados ao insucesso do tratamento incluem o escore de IF ≥ 10 , parto vaginal prévio, cirurgia anorretal e/ou colorretal prévia e pressão média de sustentação reduzida.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.399>

TL11-101

ELETROESTIMULAÇÃO SACRAL PERIFÉRICA EM PACIENTES CONSTIPADOS



José Bahia Sapucaia Filho, Crhistiano Fraguas

Clínica Dr. José Bahia Sapucaia, Salvador, BA,
Brasil

Introdução: A constipação intestinal consiste em um dos sintomas gastrointestinais mais frequentes nas consultas médicas ambulatoriais.

Objetivo: Mostrar a eficiência da eletroestimulação sacral periférica na melhoria da constipação intestinal em 36 pacientes enquadrados no sistema de Roma III.

Método: De 05/02/2017 a 25/05/2017 foram avaliados 36 pacientes, 20 do sexo feminino e 16 do masculino, de 19

a 58 anos, portadores de constipação intestinal crônica, desde a adolescência, enquadrados nos critérios de Roma III, submetidos previamente a tratamento clínico e avaliação manométrica prévia e sem resultados satisfatórios. Todos foram encaminhados ao Serviço de Fisiologia Anorretal para seguir um protocolo de atendimento, no qual fizemos sessões de eletroestimulação sacral, com eletrodos de superfície localizados nas raízes nervosas de S2-S3, foi usada uma corrente contínua de 20 HZ-200 Lp, durante 20 minutos. Após o mínimo de 10 sessões, todos os pacientes apresentaram alguma melhoria nas evacuações, seja na consciência evacuatória, como nos intervalos e ou no esforço para evacuar.

Discussão: Em termos fisiológicos, a valorização de mecanismos aferentes no controle da atividade retal infere que a propriocepção é essencial, atua através de arcos reflexos locais e centrais ou interações neuroneurais periféricas. Um exemplo desse último mecanismo é a interação entre inputs aferentes pelo nervo pudendo e nervos autônomos no plexo hipogástrico, que possivelmente é responsável pelos benefícios dessa técnica.

Conclusão: Acreditamos que a eletroestimulação sacral periférica é um fator a mais para a melhoria da constipação intestinal.

<https://doi.org/10.1016/j.jcol.2017.09.400>

TL11-102

ESTUDO-PILOTO DA QUALIDADE DE VIDA (QV) DE PACIENTES COM SÍNDROME DA RESSECÇÃO ANTERIOR DO RETO ANTES E APÓS O USO DA IRRIGAÇÃO TRANSANAL (IT)



Kelly Cristine de Lacerda Rodrigues Buzatti,
Beatriz Deoti, Renato Gomes Campanati,
Gabriela Maciel Cordeiro,
Magda Maria Profeta da Luz,
Franciele Profeta Rodrigues,
Rodrigo Gomes da Silva

Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG),
Belo Horizonte, MG, Brasil

Introdução: A ressecção anterior do reto (RAR), com excisão total do mesorreto (ETM) e anastomose colorretal baixa ou coloanal, é o tratamento padrão para o câncer do reto médio e inferior. Os pacientes submetidos a anastomoses baixas com preservação do esfíncter podem evoluir com síndrome da ressecção anterior do reto (Low Anterior Resection Syndrome [LARS]). Apresentam sintomas como defecação frequente em pequenos volumes, urgência evacuatória e incontinência anal.

Objetivo: Avaliar o impacto da irrigação transanal na QV de pacientes LARS.

Método: A população estudada é constituída por pacientes com diagnóstico de câncer de reto operados pelo grupo de coloproctologia e intestino delgado de um hospital universitário. Foram cadastrados pacientes submetidos à RAR sem estoma ou que já reconstruíram o trânsito intestinal, classificados após aplicação do questionário LARS em níveis leve (0 a 20), moderado (21 a 29) e grave (30 a 42). Os pacientes classificados como LARS grave, com mais de seis meses de fechamento do estoma, foram tratados com IT. O treinamento foi feito em