

# RECIDIVA DE CANCRO DO RECTO: EXENTERAÇÃO PÉLVICA COM SACRECTOMIA DISTAL

## PELVIC EXENTERATION WITH EN BLOC DISTAL SACRECTOMY FOR RECURRENT RECTAL CANCER

 JÚLIO S. LEITE<sup>1</sup>,  ANTÓNIO MANSO<sup>2</sup>,  MANUEL ROSETE<sup>3</sup>,  SHEILA MARTINS<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Chefe de Serviço de Cirurgia Geral. Professor Catedrático Jubilado

<sup>2</sup> Assistente Hospitalar Graduado de Cirurgia Geral, CHUC

<sup>3</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, CHUC

<sup>4</sup> Assistente Hospitalar de Cirurgia Geral, IPO Coimbra

 <https://youtu.be/0AXzcoUYzBI>

### INTRODUÇÃO

Nos casos de recidiva após cirurgia no cancro do recto a exenteração pélvica tem permitido controlar a doença com bons resultados à distância.

### MÉTODOS

Um doente de 72 anos apresentava recidiva local de cancro do recto com invasão do sacro distal. Tinha efetuado 16 meses antes ressecção anterior do recto após radioterapia longa. No vídeo mostra-se a técnica cirúrgica da abordagem perineal em decúbito ventral para a realização da sacrectomia distal. O cólon foi previamente mobilizado com o doente em litotomia, identificou-se o nível para a sacrectomia com fio de Kirschner e realizou-se a colostomia terminal. A incisão perineal perianal prolongou-se na linha média sobre o sacro para além da marca do fio de Kirschner e o sacro foi separado dos músculos glúteos. A secção do sacro foi efetuada com osteótomo na

### AIM

For locally recurrent rectal cancer, as observed in the presented patient, pelvic exenteration can achieve long-term disease control.

### METHOD

A 72 years old male had locally recurrent rectal cancer and on MRI with invasion of the lower sacrum and the levator ani. Sixteen months before had anterior resection after chemoradiation and the pathology pT4 N0, R2. The video shows the prone perineal phase of the pelvic exenteration with distal sacrectomy (S4-5). After laparotomy in lithotomy position for colon mobilization proximal to tumour margin, mark the appropriate level for sacrectomy with Kirschner wire and transection of the colon with terminal colostomy, the patient was turned to the prone position. The perianal incision was prolonged midline over the sacrum above the wire mark and



transição S3/S4 e completou-se a separação do sacro após secção bilateral dos ligamentos sacroespinhosos, ficando assim apenas fixo à massa tumoral. Após extração perineal do cólon procedeu-se à dissecação da massa em relação à próstata e à retirada em bloco da peça. A ferida perineal foi encerrada sem retalhos e utilizou-se um penso cirúrgico com pressão negativa permanente.

## RESULTADOS

O doente teve alta ao 9º dia e a anatomia patológica revelou pT3N0, R0.

## DISCUSSÃO

O presente caso demonstra a vantagem da ressecção R0 nos casos de neoplasia rectal com invasão do sacro, através da sacrectomia em posição ventral.

## CASO CLÍNICO

Esta intervenção foi realizada no CHUC, em Coimbra – Portugal, num doente de sexo masculino, de 72 anos, devido a recidiva local de um adenocarcinoma do reto.

Em 2015, realizou radioquimioterapia neoadjuvante e ressecção anterior apresentado invasão da fáscia mesorrectal na RM pélvica de estadiamento. O estudo microscópico da peça cirúrgica revelou um tumor pT4 N0, confirmando invasão da fáscia mesorectal, R2. Realizou também quimioterapia adjuvante.

Em 2017, a RM que se mostra no vídeo revelou progressão da doença com invasão do sacro S4-5, cóccix e esfíncter anal externo.

O procedimento iniciou-se com uma laparotomia em posição de litotomia para mobilização do cólon proximal e do tumor. Um fio de Kirschner foi colocado no nível adequado para sacrectomia para orientação cirúrgica em pronação (transição S3 / S4) e completou-se a separação do sacro após secção

freeing of the gluteus muscles off the sacrum. The sacrum was cut with an osteotome at S3/S4 level and the sacrospinous ligaments dived freeing the sacrum. The freed specimen was then delivered en bloc through the perineal wound after dissection from the prostate. An additional excision of fibrotic left pelvic side wall was performed. The perineal defeat was closed without any flap and a dressing with negative wound pressure.

## RESULTS

The patient was discharged at 9<sup>th</sup> postoperative day and the pathology revealed pT3N0 without circumferential or distal margin involvement R0.

## CONCLUSION

This case demonstrates the advantage of the sacrectomy with pelvic exenteration in the prone position to enable a R0 resectio

## CLINICAL CASE

This procedure was performed at the Coimbra University Hospital, Portugal, in a 72 years old male with a locally recurrent rectal cancer.

In 2015 this patient had neoadjuvant chemoradiotherapy and anterior resection due to a rectal cancer that showed in the MRI mesorectal fascia invasion. The pathology of the specimen reported pT4 N0, R2 resection.

In 2017 the MRI showed recurrent tumour with invasion of the sacrum S4-5, the coccis and the anal external sphincter.

The procedure began with a laparotomy in lithotomy position for colon mobilization proximal to the tumour.

A Kirschner wire was put at the adequate level for sacrectomy for surgical orientation in the prone



bilateral dos ligamentos sacroespinhosos, ficando assim apenas fixo à massa tumoral. Após exérese por via perineal do cólon procedeu-se à dissecação da massa em relação à próstata e à retirada em bloco da peça. A ferida perineal foi encerrada sem retalhos utilizando um penso cirúrgico de pressão negativa.

O doente teve alta ao 9º dia e a anatomia patológica revelou tratar-se de um tumor pT3N0, R0.

O presente caso demonstração a vantagem de ser efetuada ressecção R0 nos casos de neoplasia retal com invasão do sacro, através da sacrectomia em posição ventral, numa exenteração pélvica com sacrectomia distal a S3. O doente ficou com colostomia terminal.

O vídeo mostra o paciente em decúbito ventral. A incisão perianal foi prolongada na linha média sobre o sacro acima da marca do fio, separação dos músculos glúteo, lateralmente ao sacro até o nível S3; o músculo elevador do ânus foi seccionado bilateralmente utilizando o Ligasure. A transecção realizou-se ao nível da transição S3/ S4 utilizando um osteótomo na região marcada; os ligamentos sacroespinhosos foram seccionados bilateralmente e o cólon foi exteriorizado. Após mobilizar a anastomose coloretal, esta foi separada da próstata e da uretra e a peça foi removida.

A posição anatômica da próstata, da bexiga e da uretra na posição de decúbito ventral é mostrada no vídeo.

O estudo das margens não revelou células tumorais. Um dreno aspirativo foi deixado na ferida que foi encerrada sem necessidade de qualquer retalho ou prótese biológica. Depois de encerrar a pele também foi utilizado um penso de pressão negativa durante 5 dias. O doente teve alta no 9º dia pós-operatório sem complicações. O estudo da peça cirúrgica confirmou uma ressecção R0.

Este caso demonstra a vantagem da sacrectomia em bloco com exenteração pélvica, em decúbito ventral, com o objetivo de possibilitar uma ressecção R0.

position. Afterwards a terminal colostomy was performed.

The video shows the patient in the prone position. The perianal incision was prolonged midline over the sacrum above the wire mark. After progressive dissection of the sacrum and freeing of the gluteus muscles off the sacrum up to the S3 level, the elevator muscle was divided bilaterally with Ligasure.

The rectum was separated from the urethra and the prostate upward.

The lateral dissection of the left and right boarder of sacrum was performed and the level for the transection at the S3 S4 transition was cut with an osteotome and the wire mark was removed.

After complete cut of the sacrum, the sacrospinous ligaments was dived laterally with progressive freeing of the lower sacrum and enabling the mobilization of the colon after dissecting the colorectal anastomosis from the prostate and the removal of the specimen. Bone wax was put on the dived sacrum.

The anatomic position of the prostate, the bladder and the urethra in the prone position is shown in the video.

An additional excision of fibrotic left pelvic side wall was done and the pathology showed absence of tumour cells. A suction drain was left in the wound.

In this case, the perineal defeat was closed without the need of any flap or a biologic mesh. After closing the skin it was also used a dressing with negative wound pressure during 5 days. The patient was discharged at 9<sup>th</sup> postoperative day without complications. The pathology demonstrated that was done a R0 resection.

This case demonstrate the advantage of en bloc sacrectomy with pelvic exenteration in the prone position to enable a R0 resection.

*Correspondência:*

JÚLIO S. LEITE

e-mail: julio.s.leite@gmail.com

*Data de recepção do artigo:*

13/03/2021

*Data de aceitação do artigo:*

27/07/2021

