

ILEOSTOMIA DE PROTEÇÃO NA CIRURGIA ONCOLÓGICA DO RETO: A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

DEFUNCTIONING LOOP ILEOSTOMY IN RECTAL CANCER SURGERY: THE EXPERIENCE OF A REFERRAL CENTER

 TELMA FONSECA^{1*},  ELISABETE CAMPOS^{1,2*}, MARIA MANUEL CASTRO³, SUSANA COSTA³,
 ANA AZEVEDO^{1,4},  ELISABETE BARBOSA^{1,2}

¹ Serviço Cirurgia Geral, Centro Hospitalar Universitário São João

² Faculdade Medicina Universidade do Porto

³ Enfermeira Estomaterapeuta, Centro Hospitalar Universitário São João

⁴ Serviço Cirurgia Geral, Hospital da Luz – Arrábida

RESUMO

Introdução: Na cirurgia do reto, a ileostomia de proteção é frequentemente realizada para minimizar o impacto da deiscência anastomótica. Apesar da intenção temporária, uma significativa proporção de estomas tornam-se permanentes. O objetivo deste trabalho é determinar quais os fatores associados a uma menor probabilidade de encerramento da ileostomia de proteção após cirurgia de ressecção de reto. **Métodos:** Foi realizado um estudo observacional, retrospectivo e unicêntrico, tendo sido revistos os dados clínicos dos doentes com o diagnóstico primário de cancro do reto e que foram submetidos a cirurgia eletiva de ressecção com ileostomia de proteção entre 2008 e 2019. Foram avaliados os fatores de risco para não encerramento do estoma temporário nestes doentes. **Resultados:** Foram incluídos 201 doentes, dos quais 168 (83,58%) foram reconstruídos, com um tempo médio de espera até à reconstrução de 7,92 meses. Não foram reconstruídos 33 doentes, sendo que 10 (4,97%) faleceram antes dos 12 meses de pós-operatório, 1 doente (0,5%) recusou a reconstrução de trânsito e 3 doentes (1,49%) aguardam estudo endoscópico para agendamento da reconstrução. Ao excluir estes doentes, apenas dezanove doentes (9,45%) ficaram com estomas permanentes (ileostomias n=16, reversão em colostomia terminal definitiva n=3). **Conclusão:** Os fatores de risco independentes para o não encerramento da ileostomia de proteção foram: tumores do reto localizados mais perto da margem anal (≤ 7 cm), presença de metástases síncronas e a presença de recidiva local. Outros fatores que contribuíram para o não encerramento da ileostomia foram a realização de quimioterapia adjuvante e a presença de complicações na anastomose colo-retal. Doentes com estes fatores de risco devem ser advertidos para a possibilidade do não encerramento da ileostomia.

Palavras-chave: cancro do reto, ressecção anterior do reto, ileostomia de proteção, reconstrução de trânsito.

ABSTRACT

Introduction: In rectal surgery, protective ileostomy is frequent to minimize the impact of anastomotic dehiscence. Despite the temporary intent, a significant proportion of stomas become permanent. The objective of this study is to determine which factors are associated with a lower probability of closure of a protective ileostomy after rectal resection surgery. **Methods:** An observational, retrospective, single-center study was carried out. We reviewed the clinical data of patients with a primary diagnosis of rectal cancer and who underwent elective resection surgery with protective ileostomy between 2008 and 2019. Risk factors for not closing the temporary stoma were assessed. **Results:** 201 patients were included, of which 168 (83.58%) were reconstructed, with a

* Contribuíram de igual forma para o manuscrito, devem ser considerados como 1.º autor.



mean waiting time for reconstruction of 7.92 months. 33 patients were not reconstructed, 10 (4.97%) died before 12 months after surgery, 1 patient (0.5%) refused transit reconstruction and 3 patients (1.49%) are awaiting endoscopic study for scheduling the reconstruction. When excluding these patients, only nineteen patients (9.45%) were called with permanent stomas (ileostomies n = 16, reversion to definitive terminal colostomy n = 3). **Conclusion:** The independent risk factors for non-closure of the protective ileostomy were tumours located closer to the anal margin (≤ 7 cm), presence of synchronous metastases and presence of local recurrence. Other factors that contributed to the non-closure of the ileostomy were the performance of adjuvant chemotherapy and the presence of complications in the colorectal anastomosis. Patients with these risk factors should be advertised for the possibility of non-closure of the ileostomy.

Keywords: rectal cancer, anterior rectal resection, defunctioning loop ileostomy, transit reconstruction.

INTRODUÇÃO

O carcinoma do reto é o 8º cancro com incidência mais elevada no mundo (19.7/100 000) e o décimo mais mortal (3.2% de todas as mortes por cancro)¹ sendo que a sua incidência tem progressivamente aumentado a nível mundial¹. Apesar disso, tem ocorrido uma diminuição da mortalidade associada à neoplasia do reto consequência da deteção mais precoce e dos avanços no tratamento².

A cirurgia continua a ser o tratamento principal, podendo ser associada a radioterapia e/ou quimioterapia. O tratamento depende do estágio tumoral clínico e patológico, da localização do tumor e da invasão ou não do aparelho esfinteriano anal. A ressecção anterior do reto permite a preservação do esfíncter anal, contudo uma das principais complicações desta cirurgia é a deiscência anastomótica, sobretudo na cirurgia do reto baixo, apresentando uma incidência de 2 a 39%, e associa-se a uma maior taxa de re-intervenção e a um aumento da mortalidade^{3,4,5}. A realização de ileostomia de proteção concomitantemente com a ressecção anterior do reto provou estar associada a diminuição das complicações associadas à deiscência anastomótica, sendo por isso recomendada em casos selecionados^{3,4,5,6}.

Apesar da intenção temporária, vários estudos demonstram uma significativa proporção de estomas de proteção que se tornam permanentes, podendo chegar a taxas de não reconstrução de 21-28%^{3,5,7, 8,9,10}. Pacientes com estoma permanente

de uma forma geral apresentam qualidade de vida inferior, salientando-se alterações cutâneas peri-estoma, alteração da imagem corporal, diminuição do desejo sexual e comprometimento da vida social^{3,7}. Acresce que a presença de uma ileostomia e a própria cirurgia de encerramento não estão isentos de complicações^{7,11}.

Este estudo foi realizado com o objetivo de avaliar a taxa de encerramento da ileostomia temporária e o intervalo de tempo até à mesma, bem como conhecer os motivos e fatores de risco associados à não reconstrução. Consideramos que a discussão destes aspetos é importante, para que no pré-operatório, se possa definir em conjunto com o doente a melhor estratégia cirúrgica no tratamento do cancro do reto.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional, transversal, retrospectivo e descritivo de doentes com diagnóstico de neoplasia maligna do reto submetidos a ressecção anterior do reto com ileostomia de proteção num centro de referência em neoplasia do reto, entre 2008 e 2019. Os dados foram obtidos após seleção e revisão dos processos clínicos em base de dados dos doentes seguidos em consulta de enfermagem de estomaterapia.

Todos os doentes com o diagnóstico de neoplasia do reto são discutidos previamente em Reunião Oncológica Multidisciplinar para decisão terapêutica. As ileostomias de proteção



são consideradas em doentes com neoplasia do reto médio e baixo, em doentes que realizam QT/RT neoadjuvante e em situações cuja dificuldade cirúrgica intra-operatória seja considerada um risco aumentado de deiscência de anastomose.

Foram incluídos todos os doentes submetidos a cirurgia eletiva de ressecção do reto com anastomose e confeção de ileostomia de proteção por patologia maligna. Foram excluídos os doentes com mortalidade nos 30 dias de pós-operatório (n=2) e aqueles em que houve perda de seguimento em consulta (n=3) – figura 1.

Foram avaliados dados demográficos, clínico-patológicos e terapêuticos. Foram selecionados e avaliados os fatores de risco para o não encerramento das ileostomias de proteção já previamente descritos na literatura: sexo, idade, classificação ASA, tratamento neoadjuvante, localização do tumor, abordagem cirúrgica, evidência de metás-

tases síncronas e a presença de recidiva local ou à distância. A recidiva local foi considerada pela evidência imagiológica ou histológica de recidiva na anastomose ou na região pélvica, a recidiva a distância foi definida pela presença de disseminação ganglionar à distância, lesões secundárias noutros órgãos e/ou carcinomatose peritoneal.

Foi considerado um período de 12 meses após cirurgia de ressecção como o período máximo expectável para o encerramento do estoma. Foi definido este período considerando o volume de doentes admitidos no nosso centro hospitalar, a lista de doentes inscritos para cirurgia com caráter prioritário, o tempo necessário para realização de retoscopia para confirmação da integridade da anastomose colo-retal, o número de doentes submetidos a terapia adjuvante e o número de doentes submetidos a cirurgia secundária de ressecção hepática e pulmonar por metástases.

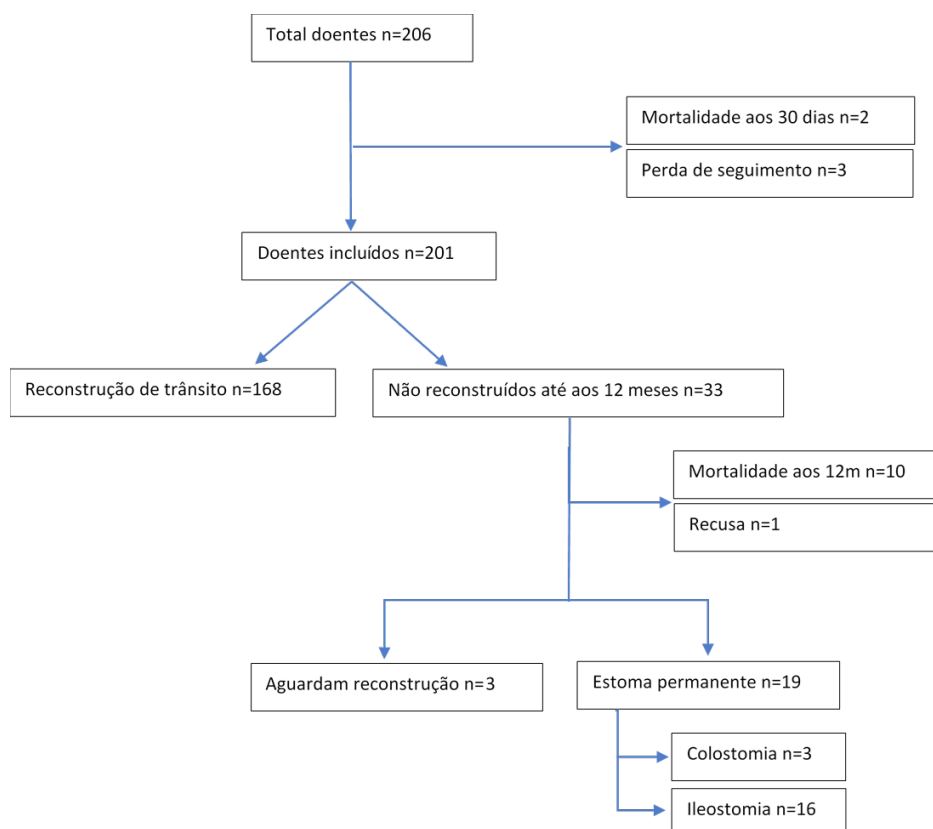


FIGURA 1 – Fluxograma da amostra em estudo.



Nos doentes propostos para quimioterapia adjuvante, foi averiguado o motivo para encerramento precoce (< 6 meses), sendo que o tratamento adjuvante é considerado uma contraindicação relativa para a reconstrução do trânsito precoce.

A análise estatística foi realizada através do programa SPSS 26.0®, foram considerados resultados estatisticamente significativos se $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante o período de estudo, foram realizadas 680 ressecções anteriores do reto, em 206 das quais foi efetuada uma ileostomia de proteção em ansa. Após exclusão dos doentes com mortalidade nos 30 dias de pós-operatório (n=2) e dos doentes em que houve perda de seguimento em consulta (n=3) foram incluídos 201. Nos dois casos de mortalidade peri-operatória esta foi consequência de um enfarte agudo do miocárdio e de pneumonia nosocomial.

Os doentes apresentavam uma mediana de idades de 62 anos (min.33-máx.87). Dos 201 doentes, a maioria (65,7%, n=132) eram do sexo masculino. A estatística descritiva dos doentes está apresentada na tabela 1. Destes doentes, 103 (51%) foram submetidos a quimiorradioterapia neoadjuvante. A abordagem cirúrgica laparoscópica foi preferida em 109 (54,2%) doentes.

Foram registadas 17 (8,45%) complicações relacionadas com a anastomose colo-retal, sendo a mais frequente a deiscência ou *leak* da anastomose (6,0%). Dos 12 doentes com deiscência anastomótica, 7 foram re-intervencionados, sendo que em apenas um doente foi necessário desmontar a anastomose colo-retal com confeção de colostomia definitiva. Os restantes 5 foram orientados conservadoramente. Os casos de fistula reto-vaginal ou vesical foram todos orientados conservadoramente.

A taxa de encerramento da ileostomia de proteção após ressecção anterior do reto foi de 83,59% (n=168), com um tempo médio de espera até à reconstrução de 7,92 meses. Nesta série, 72,13% dos

TABELA 1 – Estatística descritiva da amostra (n=201), CD – Classificação Clavien Dindo, *7 casos omissos

Idade (mediana,min-máx)		62 (33-87)
Sexo (n, %)	Masculino	132 (65,7)
	Feminino	69 (34,3)
ASA (n, %)	I	21 (10,4)
	II	134 (66,7)
	III	44 (21,9)
	IV	2 (1)
QT/RT neoadjuvante (n, %)		103 (51)
Localização (distância da margem anal, n, %)*	>7 cm	109 (56,2)
	≤7 cm	85 (43,8)
Abordagem cirúrgica (n, %)	Laparoscopia	109 (54,2)
	Laparotomia	92 (45,8)
Complicações anastomose (n, %)	Deiscência/Leak	12 (6,0)
	Fistula reto-vaginal	3 (1,49)
	Fistula reto-vesical	1 (0,5)
	Estenose	1 (0,5)



doentes foram reconstruídos antes dos 12 meses.

Em trinta e três doentes não foi possível o encerramento da ileostomia de proteção. Deste grupo, 10 doentes (4,97%) faleceram até aos 12 meses de pós-operatório (progressão da doença (n=6), complicações associadas à ileostomia de alto débito (n=2), sépsis com ponto de partida abdominal (n=2)); 1 doente (0,5%) recusou a reconstrução de trânsito e 3 doentes (1,49%) ainda aguardam estudo endoscópico para agendamento apesar de terem mais de 12 meses do pós-operatório.

Ao excluir estes doentes, apenas dezanove doentes (9,45%) ficaram com estomas permanentes (ileostomias n=16, reversão em colostomia terminal definitiva n=3 – dois por recidiva local na anastomose e um por deiscência na anastomose).

A causa mais frequente para o não encerramento da ileostomia de proteção foi a progressão da doença, quer local quer à distância, que foi constatada em 15

doentes (7,46%). As complicações da anastomose, deiscência e estenose, foram a causa para o não encerramento em 4 doentes (1,99%).

A descrição das causas de não encerramento do estoma está apresentada na tabela 2.

Na nossa amostra, 11 doentes à data do diagnóstico da neoplasia do reto apresentavam metastização hepática síncrona. Destes 11 doentes, apenas 5 doentes fizeram reconstrução de trânsito, 4 doentes mantiveram a ileostomia de forma permanente por progressão da doença e 2 faleceram no período de 12 meses após a cirurgia sem ser efetuada a reconstrução de trânsito – ver tabela 3.

Trinta e três doentes desenvolveram metástases à distância durante o período de seguimento (pulmonar (n=9), hepática (n=21), cerebral (n=2) ou peritoneal (n=1)). Destes doentes com metastização metácrona, apenas 7 não foram reconstruídos – ver tabela 3.

TABELA 2 – Motivos de não reconstrução do trânsito

Doentes com reconstrução de trânsito (n,%)		168 (83,59)
Doentes sem reconstrução de trânsito (n,%)		33 (16,41)
Motivos para não reconstrução	Óbito até aos 12 meses (n,%)	10 (4,97)
	Progressão da doença (n,%)	15 (7,46)
	Complicação da anastomose (n,%)	4 (1,99)
	Recusa (n,%)	1 (0,5)
Estoma permanente após 12 meses cirurgia resseção (n,%)		19 (9,45)
	Ileostomia (n,%)	16 (7,96)
	Colostomia (n,%)	3 (1,49)
Aguardam reconstrução após 12 meses cirurgia resseção (n,%)		3 (1,49)

TABELA 3 – Doentes com metastização vs reconstrução de trânsito

Reconstrução de trânsito (n,%)	Metástases síncronas n = 11		Metástases metácronas n = 33	
	Sim	Não	Sim	Não
	5 (45,5)	6 (54,5)	26 (78,8)	7 (21,2)
Motivo da não reconstrução				
Óbito até aos 12 meses (n,%)		2 (33,3)		1 (14,3)
Progressão da doença (n,%)		4 (66,7)		6 (85,7)



Em 88 doentes (43,8%) foi proposta quimioterapia adjuvante após ressecção do reto. Deste grupo, 69 doentes (78,4%) fizeram encerramento da ileostomia provisória num período médio de espera de 8,0 meses, e 12 doentes (13,64%) foram reconstruídos antes dos 6 meses de pós-operatório (2 por interrupção da quimioterapia por intolerância, 1 por suspeita de metastização esplênica, tendo sido efetuada esplenectomia e reconstrução de trânsito no mesmo tempo operatório, e os restantes 9 por ileostomia de alto débito com descompensação hidro-eletrolítica).

Na análise univariada, os fatores de risco estatisticamente significativos em relação ao não encerramento do estoma foram: a localização do tumor ($p=0,012$), a evidência de complicação na anastomose ($p=0,014$), a recidiva local da doença ($p<0,001$), a presença de metástases síncronas ($p=0,002$) e a necessidade de quimioterapia adjuvante ($p=0,043$). Não se observou diferenças estatisticamente significativas nos restantes fatores estudados como a idade, o sexo, a classificação ASA, tratamento neoadjuvante, abordagem cirúrgica e recidiva à distância – tabela 4. Há uma correlação entre a localização do tumor que quanto mais perto este se localiza da margem anal maior a probabilidade de este não ser reconstruído (coeficiente de Spearman -0.245 , $p<0,001$).

Na análise multivariada com regressão logística foi demonstrado que apenas a localização do tumor (OR 0,011, CI 0,346-3,265, $p=0,007$), a presença de metástases síncronas (OR 12,382, CI 3,623-92,264, $p<0,001$) e a recidiva local (OR 0,827, CI 0,007-0,170, $p<0,001$) foram fatores de risco independentes para a não reconstrução do estoma – tabela 5.

DISCUSSÃO

O diagnóstico precoce do cancro do reto e o tratamento neoadjuvante, permitem um maior número de cirurgias de ressecção do reto poupadoras do esfíncter anal, no entanto esse tipo de cirurgia está

TABELA 4 – Análise univariada (qui-quadrado, $p<0,05$) sobre fatores de risco para não reconstrução de trânsito

	Reconstrução de trânsito		p-value
	Não (n=29)*	Sim (n=168)	
Idade			
←65	19	104	0,836
→65	10	64	
Sexo			
Feminino	10	58	1,000
Masculino	19	110	
ASA			
I-II	21	131	0,482
III-IV	8	37	
QT/RT neoadjuvante			
Sim	17	84	0,427
Não	12	84	
Localização tumor**			
≤7	19	66	0,012
>7	9	96	
Abordagem cirúrgica			
Laparoscopia	16	90	1,000
Laparotomia	13	78	
Complicação anastomose			
Sim	7	10	0,010
Não	22	158	
Recidiva local			
Sim	9	3	←0,001
Não	20	1658	
Recidiva distância			
Sim	7	26	0,281
Não	22	142	
Metástases síncronas			
Sim	6	5	0,002
Não	23	163	
QT adjuvante			
Sim	18	69	0,043
Não	11	99	

* excluídos os 3 doentes que ainda aguardam reconstrução de trânsito e 1 doente que recusou o encerramento do estoma temporário,

** 7 casos omissos



TABELA 5 – Regressão logística multivariada sobre fatores de risco para a não reconstrução de trânsito

	Odds Ratio (OR)	Intervalo de confiança (CI)	p-value
Idade	0,011	0,346-3,265	0,915
ASA	0,180	0,385-4,400	0,672
Localização do tumor	7,346	0,072-0,655	0,007
Complicação da anastomose	1,868	0,630-13,391	0,172
Metástases síncronas	12,382	3,623-92,264	<0,001
Recidiva local	0,827	0,007-0,170	<0,001
QT adjuvante	1,940	0,736-2,122	0,164

associado a um risco aumentado de complicações relacionadas com a anastomose colo-retal^{10,16,17}.

A deiscência anastomótica é uma das principais complicações na cirurgia de cancro do reto e estão descritas taxas de deiscência de anastomose consideravelmente altas, entre 2 e 39%^{3,4,5}. Apesar de não haver evidência na literatura que a criação de um estoma derivativo diminua a taxa de deiscência da anastomose, este parece mitigar as consequências inerentes às complicações da anastomose^{8,18,19}. Tal como verificamos no nosso estudo dos 12 (6,0%) doentes com deiscência, 7(3,48%) foram reoperados mas em apenas 1 (0,5%) foi necessário desmontar a anastomose colo-retal com confeção de colostomia terminal definitiva e apenas 3 (1,5%) não encerraram a ileostomia de proteção.

A confeção de uma ileostomia de proteção, apesar de ser considerada um procedimento simples e seguro para a derivação do trânsito, não está isenta de complicações⁷, estando descrito na literatura taxas de complicações que podem variar entre 17 e 45%^{10,20}. Na nossa série 2 doentes faleceram de complicações associadas à ileostomia (1%). A ileostomia está associada a complicações como desidratação e lesão renal aguda por débito elevado, lesões cutâneas e a um impacto negativo na qualidade de vida do doente quer física quer emocionalmente^{7,10}. A reversão de uma ileostomia melhora a qualidade de vida geral da maioria dos pacientes^{7,21}.

De forma a melhorar o impacto negativo na qualidade de vida do doente e a diminuir as complicações associadas à ileostomia, é objetivo do doente e do cirurgião o encerramento o mais precoce possível do mesmo. No entanto, esse encerramento está dependente de vários fatores como o estado geral do doente, a progressão da doença oncológica, a realização de tratamentos adjuvantes e a existência de complicações da anastomose que interferem com a reconstrução do trânsito. Por isso, muitos estomas considerados temporários estão associados a um risco real de se tornarem uma solução permanente⁸.

Curiosamente, os pacientes submetidos à excisão abdominoperineal ou a ressecção do reto com colostomia permanente não apresentaram piores índices de qualidade de vida comparativamente a alguns daqueles submetidos à ressecção anterior de reto baixa²¹. Isto acontece porque após uma cirurgia de ressecção de reto baixo oncológica, há uma prevalência significativa de doentes²² que apresentam síndrome de ressecção anterior de reto baixa (LARS). Este síndrome abrange um amplo conjunto de sintomas incluindo urgência defecatória, defecação fracionada e incontinência fecal^{22,23}.

A qualidade de vida dos doentes submetidos a ressecção anterior do reto correlaciona-se significativamente com a gravidade da síndrome de ressecção anterior de reto baixa. A realização de radioterapia neoadjuvante e a localização do tumor



no reto baixo são os dois fatores que têm maior impacto na existência de um LARS grave^{23,24}.

Segundo alguns estudos, a presença de um estoma temporário por um período prolongado de tempo associa-se a uma pior função intestinal²². Nos doentes que apresentam síndrome de LARS com franco impacto na qualidade de vida a reabilitação do assoalho pélvico e o *biofeedback* são opções terapêuticas disponíveis²⁴. No entanto, deve considerar-se a realização de um estoma definitivo em doentes com LARS refratário à terapia há mais de 2 anos²⁴.

A taxa de estomas permanentes após resseção anterior do reto com anastomose colo-retal está descrita entre 3 e 27,5%^{3,7,8,13}, em sintonia, alguns estudos mostram que a probabilidade de não encerrar uma ileostomia derivativa é de 13,8-24,9%^{8,9,15}.

No nosso estudo obtivemos a taxa de não encerramento da ileostomia de 16,41%, ao fim de um ano de pós-operatório. Depois de excluídos os doentes que faleceram nesse período e o que recusou o encerramento, obteve-se uma taxa de estomas que se tornaram permanentes de 9,45%, sendo que a maioria manteve a ileostomia e 3 doentes foram convertidos numa colostomia permanente.

Mais uma vez, os resultados obtidos neste estudo confirmam que uma percentagem considerável destes doentes não encerra o estoma de proteção. No nosso estudo 10 doentes (4,97%) faleceram com o estoma provisório por progressão da doença no período de um ano. Assim, é importante perceber quais destes doentes com doença mais avançada beneficiam de uma cirurgia que apresenta melhor qualidade de vida como a resseção do reto tipo *Hartmann* ou optar por uma anastomose primária sem estoma derivativo. Esta última opção será apenas razoável para doentes com elevado risco para não reconstrução, mas com risco baixo ou intermédio de deiscência de anastomose⁹, sendo uma decisão ponderada do doente e do cirurgião.

Na literatura internacional estão descritos como fatores de risco para a não reconstrução de trânsito a deiscência anastomótica, idade

avançada, fragilidade física, co-morbilidades associadas, estágio tumoral mais avançado, recidiva local, cirurgia primária aberta, terapêutica neoadjuvante, incontinência fecal e fatores socioeconómicos^{3,5,7,8,9,10}.

Neste estudo a causa mais frequente para a não realização da reconstrução de trânsito intestinal foi a progressão da doença, quer local quer à distância, seguindo-se as complicações da anastomose, como deiscência e estenose.

Segundo os nossos resultados os fatores de risco estatisticamente significativos em relação ao não encerramento do estoma foram a localização do tumor, a evidência de complicação na anastomose, recidiva local, presença de metástases síncronas e a realização de quimioterapia adjuvante.

Não se observaram diferenças estatisticamente significativas nos restantes fatores estudados como a idade, o sexo, a classificação ASA, tratamento neoadjuvante, abordagem cirúrgica e recidiva à distância.

Neste estudo, apenas a localização do tumor, a recidiva local e a presença de metástases síncronas foram consideradas fatores de risco independentes na análise multivariada.

A localização do tumor mais perto da margem anal é provavelmente a razão mais frequente para a decisão de optar por uma ileostomia temporária, com o objetivo a proteger uma anastomose mais baixa que está invariavelmente associada a mais complicações¹⁰. Lim et al²⁵ demonstrou que tumores a menos de 5 cm da margem anal são fator de risco independente para o não encerramento do estoma. Matthiessen et al⁶ recomenda a realização de um estoma derivativo em casos com anastomoses localizadas a menos de 7 cm da margem anal. Neste estudo, foi possível demonstrar que tumores localizados até 7 cm da margem anal foram um fator de risco independente estatisticamente significativo para a não reconstrução da ileostomia.

No nosso estudo, demonstramos uma correlação entre a distância do tumor à margem anal e a não reconstrução do trânsito, o que significa que



doentes com tumores localizados mais perto da margem anal apresentam uma probabilidade menor de serem reconstruídos.

Numa metanálise de Zhou et al⁹, foi demonstrado que, à semelhança do nosso estudo, nos doentes com tumores do reto estágio IV, menos estomas foram encerrados devido à taxa de sobrevida global inferior.

Quanto à recidiva local, devido aos riscos de obstrução mecânica, esta é uma contra-indicação para o encerramento do estoma^{9,10}. Como observado no nosso estudo, a recidiva local foi um dos fatores independentes estatisticamente significativos para o não encerramento do estoma. Pelo contrário, a recidiva à distância não impede a reconstrução do trânsito, no entanto, a maioria destes doentes é submetido a quimioterapia, e alguns podem não apresentar condições sistémicas para a reconstrução do trânsito.

Em relação ao tempo ótimo para reconstrução, estão descritos tempos médios de reconstrução desde os 109 dias até 287 dias^{3,12,13}. Naverlo et al, num estudo realizado na Suécia descreveram um tempo médio para reconstrução de trânsito de 9,4 meses, em que 77% dos casos realizaram a intervenção mais de 6 meses após a ressecção anterior do reto e uma taxa de reconstrução de trânsito de 83%³, apresentando assim resultados muito semelhantes a este estudo apesar do nosso tempo médio de reconstrução ser inferior.

Gustafsson et al apesar de considerar como tempo expectável para reconstrução 9 meses e 12 meses

em doentes submetidos a quimioterapia adjuvante, defende que a reconstrução precoce aos 8-14 dias após cirurgia primária também é possível e segura⁷. Contudo, está reservada a doentes clinicamente estáveis e que não tenham apresentado complicações no pós-operatório^{7,14}.

CONCLUSÃO

Na nossa amostra de doentes, a taxa de não encerramento de ileostomia foi de 16,41%. A taxa de estomas provisórios que se tornaram permanentes 1 ano após cirurgia de ressecção anterior do reto foi de 9,45%.

Os doentes com estágio mais avançado, sobretudo com metástases síncronas (estádio IV), os doentes que desenvolvem recidiva local, e aqueles com tumores mais perto da margem anal parecem ter um risco aumentado para a não reconstrução de trânsito.

É fundamental a gestão de expectativas do doente na consulta pré-operatória quer em relação ao tempo esperado para a reconstrução quer ao risco de um estoma provisório se tornar permanente.

É também importante, nos doentes de alto risco, a discussão sobre outras opções mais definitivas, mas com melhor qualidade de vida que uma ileostomia, de forma a diminuir a morbilidade e cirurgias desnecessárias, aconselhando-se uma decisão conjunta.

REFERÊNCIAS

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. **Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** *CA Cancer J Clin.* 68:394–424, 2018.
2. Prashanth Rawla, Tagore Sunkara, Adam Barsouk. **Epidemiology of colorectal cancer: incidence, mortality, survival, and risk factors.** *Prz Gastroenterol.* 2019;14(2):89-103.
3. Simon Näverlo, Karin Strigård, Ulf Gunnarsson. **Long distance to hospital is not a risk factor for non-reversal.** *International Journal of Colorectal Disease.* 34:993–1000, 2019.
4. Montedori A, Cirocchi R, Farinella E, Sciannone F, Abraha I. **Covering ileo- or colostomy in anterior resection for rectal carcinoma (Review).** *Cochrane Database of Systematic Reviews.* Issue 5. Art. No.: CD006878, 2010.
5. A. J. Kuryba, N. A. Scott, J. Hill, J. H. van der Meulen and K. Walker. **Determinants of stoma reversal in rectal cancer patients who had an anterior resection between 2009 and 2012 in the English National Health Service.** *Colorectal Disease.* 2016.



6. Peter Matthiessen, Olof Hallbook, Jorgen Rutegård, Goran Simert, Rune Sjodahl. **Defunctioning Stoma Reduces Symptomatic Anastomotic Leakage After Low Anterior Resection of the Rectum for Cancer.** *Annals of Surgery.* 2007, Vol. Volume 246, Number 2.
7. Carl Pontus Gustafsson, Ulf Gunnarsson, Ursula Dahlstrand, Ulrik Lindfors. **Loop-ileostomy reversal—patient-related characteristics influencing time to closure.** *International Journal of Colorectal Disease.* 2018.
8. Chul Min Lee, Jung Wook Huh, Yoon Ah Park, Yong Beom Cho, Hee Cheol Kim, Seong Hyeon Yun, Woo Yong Lee, Ho-Kyung Chun. **Risk Factors of Permanent Stomas in Patients with Rectal Cancer after Low Anterior Resection with Temporary Stomas.** *Yonsei Med J.* 2015, Vols. 56(2):447-453.
9. Xin Zhou, Bingyan Wang, Fei Li, Jilian Wang, Wei Fu. **Risk Factors Associated With Nonclosure of Defunctioning Stomas After Sphincter-Preserving Low Anterior Resection of Rectal Cancer: A Meta-Analysis.** *Dis Colon Rectum.* 2017, Vols. 60: 544-554.
10. Rodrigo Oom, Rita Barroca, Francisca Rebelo, Ricardo Nogueira, Luís D'Orey Manoel, Manuel Limbert, Nuno Abecasis. **Estomas de proteção na cirurgia do reto — fatores de risco para o não encerramento.** *Revista portuguesa de coloproctologia.* MAIO/OUT 2017.
11. Åkesson O, Syk I, Lindmark G, Buchwald P. **Morbidity related to defunctioning loop ileostomy in low anterior resection.** *Int J Color Dis.* 27(12):1619-1623, 2012.
12. Yin TC, Tsai HL, Yang PF, Su WC, Ma CJ, Huang CW, Huang MY, Huang CM, Wang JY. **Early closure of defunctioning stoma increases complications related to stoma closure after concurrent chemoradiotherapy and low anterior resection in patients with rectal cancer.** *World J Surg Oncol.* 15(1):80, 2017.
13. Pan HD, Peng YF, Wang L, Li M, Yao YF, Zhao J, Zhan TC, Gu J. **Risk factors for nonclosure of a temporary Defunctioning ileostomy following anterior resection of rectal Cancer.** *Dis Colon Rectum.* 59(2):94-100, 2016.
14. Alkhamis, Ahmed A. Aljorfi and Abdulhameed H. **A Systematic Review of Early versus Late Closure of Loop Ileostomy.** *Hindawi Surgery Research and Practice.* 2020.
15. Theodor Junginger, Ursula Gonner, Tong T. Trinh, Andre Lollert, Katja Oberholzer, Manfred Berres. **Permanent Stoma After Low Anterior Resection for Rectal Cancer.** *Dis Colon Rectum.* 2010, Vols. 53: 1632-1639.
16. Paun BC, Cassie S, MacLean AR, Dixon E, Buie WD. **Postoperative complications following surgery for rectal cancer.** *Ann Surg.* 2010;251(5):807-818
17. Portier G, Ghouti L, Kirzin S, Guimbaud R, Rives M, Lazorthes F. **Oncological outcome of ultra-low coloanal anastomosis with and without intersphincteric resection for low rectal adenocarcinoma.** *Br J Surg.* 2007;94(3):341-345.
18. Shin US, Kim CW, Yu CS, Kim JC. **Delayed anastomotic leakage following sphincter-preserving surgery for rectal cancer.** *Int J Color Dis.* 2010;25(7):843-849.
19. Gastinger I, Marusch F, Steinert R, Wolff S, Koeckerling F, Lippert H. **Protective defunctioning stoma in low anterior resection for rectal carcinoma.** *Br J Surg.* 2005;92(9):1137-1142.
20. Bakx R, Busch ORC, Bemelman WA, Veldink GJ, Slors JFM, Van Lanschot JJB. **Morbidity of temporary loop ileostomies.** *Dig Surg.* 2004;21(4):277-281.
21. C-T Germer, C Isbert. **Quality of life after rectal cancer surgery,** *Chirurg.* 2009 Apr;80(4):316-23.
22. Alexander D.Croes, James M.Lonia, Alexandra F.Trollope, Venkat N.Vangaveti, Yik-HongHob. **A meta-analysis of the prevalence of Low Anterior Resection Syndrome and systematic review of risk factors.** *International Journal of Surgery,* Volume 56, August 2018, Pages 234-241
23. Keane, C.; Wells, C.; O'Grady, G.; Bissett, I.P. **Defining Low Anterior Resection Syndrome: A systematic review of the literature.** *Colorectal Disease,* (2017).
24. Theresa H Nguyen , Reena V Chokshi. **Low Anterior Resection Syndrome.** *Curr Gastroenterol Rep,* 2020 Aug 4;22(10):48.
25. Lim SW, Kim HJ, Kim CH, Huh JW, Kim YJ, Kim HR. **Risk factors for permanent stoma after low anterior resection for rectal cancer.** *Langenbecks Arch Surg.* 2013;398(2):259-264

Correspondência:

TELMA FONSECA

e-mail: tnvfonseca@gmail.com

Data de recepção do artigo:

26/09/2021

Data de aceitação do artigo:

13/12/2022

