Tratamento Endoscópico de Deiscências de Anastomose Esofágica em Pacientes Oncológicos - Série de Casos

XVII Semana Brasileira do Aparelho Digestivo

XVII SBAD

SEMANA PANAMERICANA DE LAS ENFERMEDADES DIGESTIVAS | SPED

17 a 20 novembro | 2018 | Transamérica Expo Center | São Paulo | SP

PRM em Endoscopia / INCA

Apresentador: Giovanni de Marco Antonello

Orientador: Dr. Alexandre Dias Pelosi

INCA
INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Autores: Giovanni de Marco Antonello, Alexandre Dias Pelosi, Jonas Bueno Barros Alves, Maria Aparecida Ferreira

Introdução

- ➔ **Complicação** pós operatória **grave** e **relativamente frequente** após procedimentos cirúrgicos
- ➔ **Altas taxas de morbimortalidade** associadas à terapia cirúrgica convencional[1,2]
- ➔ Tratamento da DA controverso, tendo em vista que as **indicações para terapia cirúrgica, conservadora e endoscópica permanecem não padronizadas**[3,4]
- ➔ **Intervenções endoscópicas vem sendo utilizadas de maneira crescente** em pacientes com DA, atualmente sendo considerada por alguns autores a primeira linha de terapia.[5]

Objetivos

➔ Determinar a **segurança** e **eficácia** e **destacar as melhorias recentes** no **manejo endoscópico da DA esofágica** após a cirurgia para o câncer de esôfago ou estômago

Metodologia

- ➔ Coleta de **dados retrospectivos** de pacientes com **DA relacionadas ao** tratamento cirúrgico do **câncer gastroesofágico** que foram submetidos a tratamento endoscópico no HC-I do INCA

- ➔ Período de janeiro de 2016 a julho de 2018

Metodologia

- ➔ Os tratamentos endoscópicos incluíram:

  (1) **Passagem de prótese metálica auto-expansível (PMAE)**

  (2) **Aplicação de terapia de pressão negativa** (também conhecida como fechamento endoscópico assistido por vácuo - E-VAC)

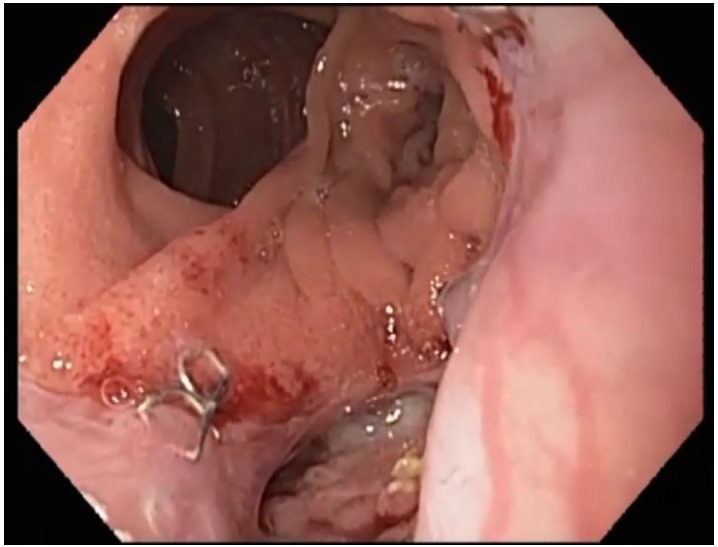
- ➔ Instituídos de acordo com os achados endoscópicos, estado clínico do paciente, disponibilidade de material e preferência do endoscopista.

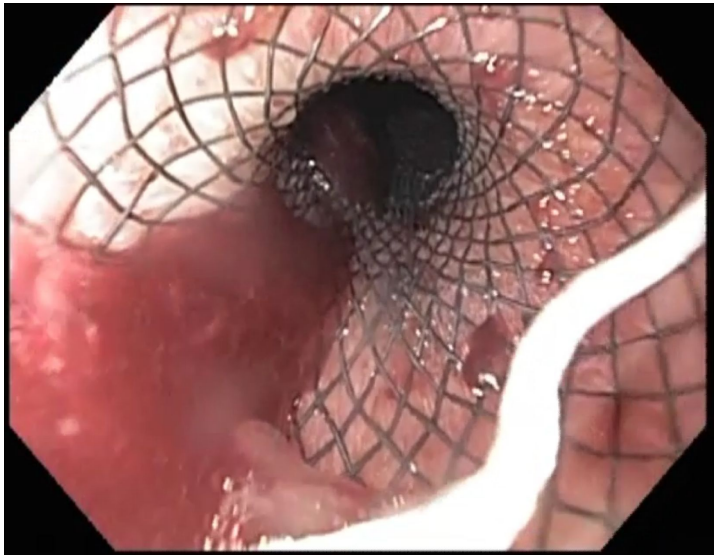
Metodologia

➔ As **PMAEs** empregadas foram **parcialmente ou totalmente recobertas**. As PMAEs foram **retiradas após cerca de 1 mês** para avaliação do fechamento da deiscência.

➔ Para o **E-VAC** foi **confeccionada uma esponja instalada via transnasal** com auxílio endoscópico após exame e lavagem da cavidade abscedada. A esponja foi **mantida em aspiração contínua** e **trocada periodicamente** em regime de **internação hospitalar** a cada **3-4 dias,** até fechamento ou diminuição considerável da fístula.

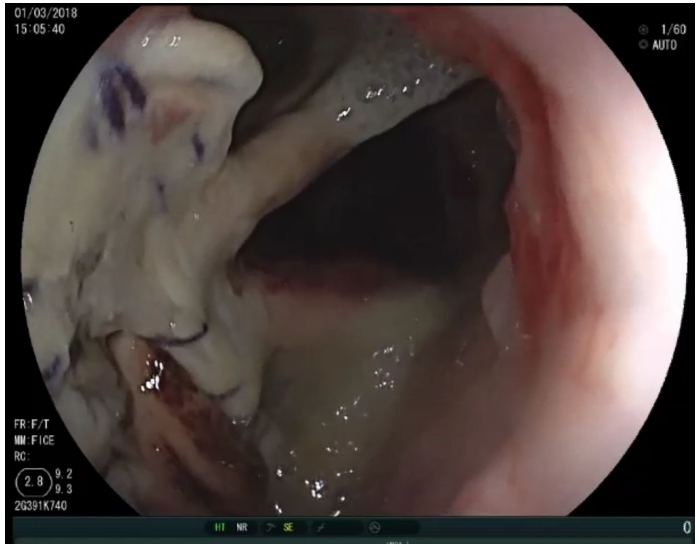
Metodologia

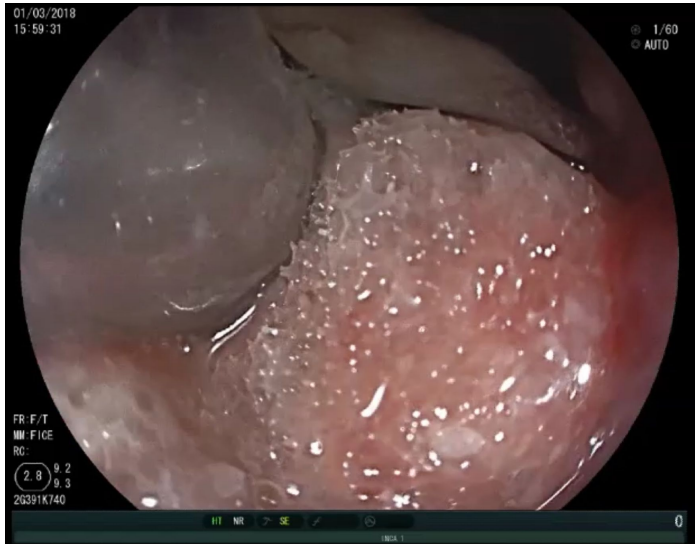




Exemplo de aplicação de PMAE em DA

Metodologia





Exemplo de aplicação de E-VAC em DA

Resultados

Características dos pacientes	***n***	**%**
Sexo		
Masculino	7	87.5%
Feminino	1	12.5%
Idade média	60 anos	Variação 50-69 anos
Quimiorradioterapia pré-operatória		
Sim	6	75%
Não	2	25%

Tabela 1 - Características gerais e dados demográficos

Resultados

Características dos pacientes	***n***	**%**
Tipo de câncer		
Adenocarcinoma de esôfago distal	1	12.5%
Adenocarcinoma de junção esofagogástrica (Siewert II)	1	12.5%
Adenocarcinoma gástrico com acometimento do terço proximal	4	50%
Carcinomas de células escamosas de esôfago	2	25%
Procedimento cirúrgico		
Esofagectomia com levantamento gástrico	4	50%
Gastrectomia total com reconstrução em Y de Roux	3	37.5%
Esofagogastrectomia com transposição colônica	1	12.5%

Tabela 1 - Características gerais e dados demográficos (cont.)

Resultados

Características dos pacientes	***n***	**%**
Margens da Ressecção		
R0	6	75%
R2	2	25%
Tipo de abordagem cirúrgica		
Laparoscópica	4	50%
Aberta	3	37.5%
Mista	1	12.5%
Tempo da deiscencia		
Precoce (7 dias ou menos)	3	37.5%
Tardio (Após 7 dias)	5	62.5%

Tabela 1 - Características gerais e dados demográficos (cont.)

Resultados

- ➔ Apenas **2 pacientes não necessitaram de abordagem** (cirúrgica ou percutânea) de **coleção infectada** posteriormente ao procedimento cirúrgico inicial.

- ➔ Os demais foram abordados com: drenagem torácica (4 pacientes), drenagem percutânea guiada por radiologia (1 paciente), decorticação pulmonar (2 pacientes) e laparotomia para drenagem de abscesso (1 paciente).

Resultados

- ➔ O intervalo entre a identificação da deiscência e o tratamento endoscópico variou de 0 a 33 dias (média de 11 dias).
- ➔ O **diâmetro do orifício** fistuloso variou desde **2mm até deiscência completa** (360°) com desabamento da anastomose.
- ➔ A passagem de **PMAE** foi realizada em **6 pacientes**, sendo **4 parcialmente** e **2 totalmente recobertas**.
- ➔ **TPN** foi o método de escolha em **2 casos**.

Resultados

- ➔ Ao todo, o tratamento endoscópico foi **bem sucedido em 6 (75%)** pacientes, **sendo 4 (66%) nos casos de PMAE** e **2 (100%) nos casos de TPN**.
- ➔ O **tempo médio de internação foi de 37 dias** (variação de 16-83 dias), sendo menor de 1 mês em 4 (50%) dos 8 pacientes tratados.
- ➔ Os **dois casos de falha do tratamento** endoscópico são de pacientes que evoluíram para **óbito por sepse** antes que fosse possível a constatação do fechamento ou não da deiscência. Ambos os pacientes ainda permaneciam com a PMAE previamente colocada.

Resultados

Efeitos adversos após passagem de **PMAE:**

➔ 1 caso de **migração** da PMAE, com reposicionamento endoscópico

➔ 1 caso de "**ingrowth"** (PMAE parcialmente recoberta) → **utilização de argônio** para destruição do tecido e retirada da prótese.

➔ 1 paciente evoluiu com **disfagia para sólidos** (formação de 2 projeções saculares adjacentes a anastomose).

Efeitos adversos após **TPN**:

➔ 1 paciente evoluiu com **estenose da anastomose**, vindo a ser submetido a várias sessões de dilatação endoscópica, estenotomia e injeção de corticóide

Conclusão

- ➔ Nossos resultados sugerem que as **DA esofágica após cirurgia de câncer de esôfago e estômago** podem ser, na **maioria dos casos**, manejadas com **sucesso e segurança com a terapia endoscópica.**
- ➔ **Manejo da coleção** e **controle do foco infeccioso precocemente** são fundamentais
- ➔ A **possível morbidade associada à inserção de stents** (migração, perfuração, encarceramento) **deve ser considerada** antes da decisão do tratamento.
- ➔ A **TPN** ao promover **simultaneamente** a **aposição das bordas do defeito e fornecer drenagem interna** desponta como terapia inovadora apresentando resultados promissores.

Referencias

1) Rutegard M, Lagergren P, Pouvelas I, et al. Intrathoracic anastomotic leakage and mortality after esophageal cancer resection: A population based study. Ann Surg Oncol 2012; 19: 99–103.
2) Lang H, Piso P, Stukenborg C, et al. Management and results of proximal anastomotic leaks in a series of 1114 total gastrectomies for gastric carcinoma. Eur J Surg Oncol 2000; 26:168–171.
3) Raju GS, Tarcin O. Endoscopic Management of Anastomotic Esophageal Leaks. Techniques in Gastrointestinal Endoscopy 2006; 8(2):66–71.
4) Pross M, Manger T, Reinheckel T, et al. Endoscopic treatment of clinically symptomatic leaks of thoracic esophageal anastomoses. Gastrointest Endosc 2000; 51(1):73–6.
5) Carrott PW, Low DE. Advances in the management of esophageal perforation. Thorac Surg Clin 2011; 21: 541-555.

Obrigado!