

MUCOSECTOMIA ENDOSCÓPICA *PIECEMEAL* DE LESÕES SUPERFICIAIS DO CÓLON ≥20 MM: DEVEMOS TATUAR MAIS?

Pedro Marcos¹, Liliana Eliseu¹, Carina Leal¹, Helena Vasconcelos¹
1 – Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Leiria

INTRODUÇÃO

A mucosectomia *piecemeal* (MP) de lesões superficiais do cólon não permite a avaliação adequada das margens da ressecção e acarreta elevado risco de ressecção incompleta/recorrência, obrigando a que a cicatriz da excisão tenha de ser localizada com precisão na(s) colonoscopia(s) de vigilância.

A identificação da cicatriz de uma MP nem sempre é fácil (ou mesmo possível), daí que vários autores e recomendações defendam que lesões do cólon ≥20 mm removidas por mucosectomia fragmentada devam ser tatuadas (exceto se localizadas no cego, reto distal ou adjacentes à válvula ileocecal - *landmarks*).

O objetivo principal do trabalho: avaliar a taxa de identificação de cicatrizes de MP de lesões superficiais do cólon na primeira colonoscopia de vigilância e determinar fatores que pareçam influenciar sua identificação.

MÉTODOS

Análise retrospectiva unicêntrica de todas as lesões superficiais do cólon ≥20 mm excisadas por MP nos últimos 7 anos

Criação da base de dados: levantamento e análise de todas as colonoscopias realizadas entre 2012 e 2017 (inclusive) no nosso centro, codificadas nos procedimentos realizados para “mucosectomia” ou “injeção endoscópica de fármacos + polipectomia”

CrITÉRIOS de inclusão:

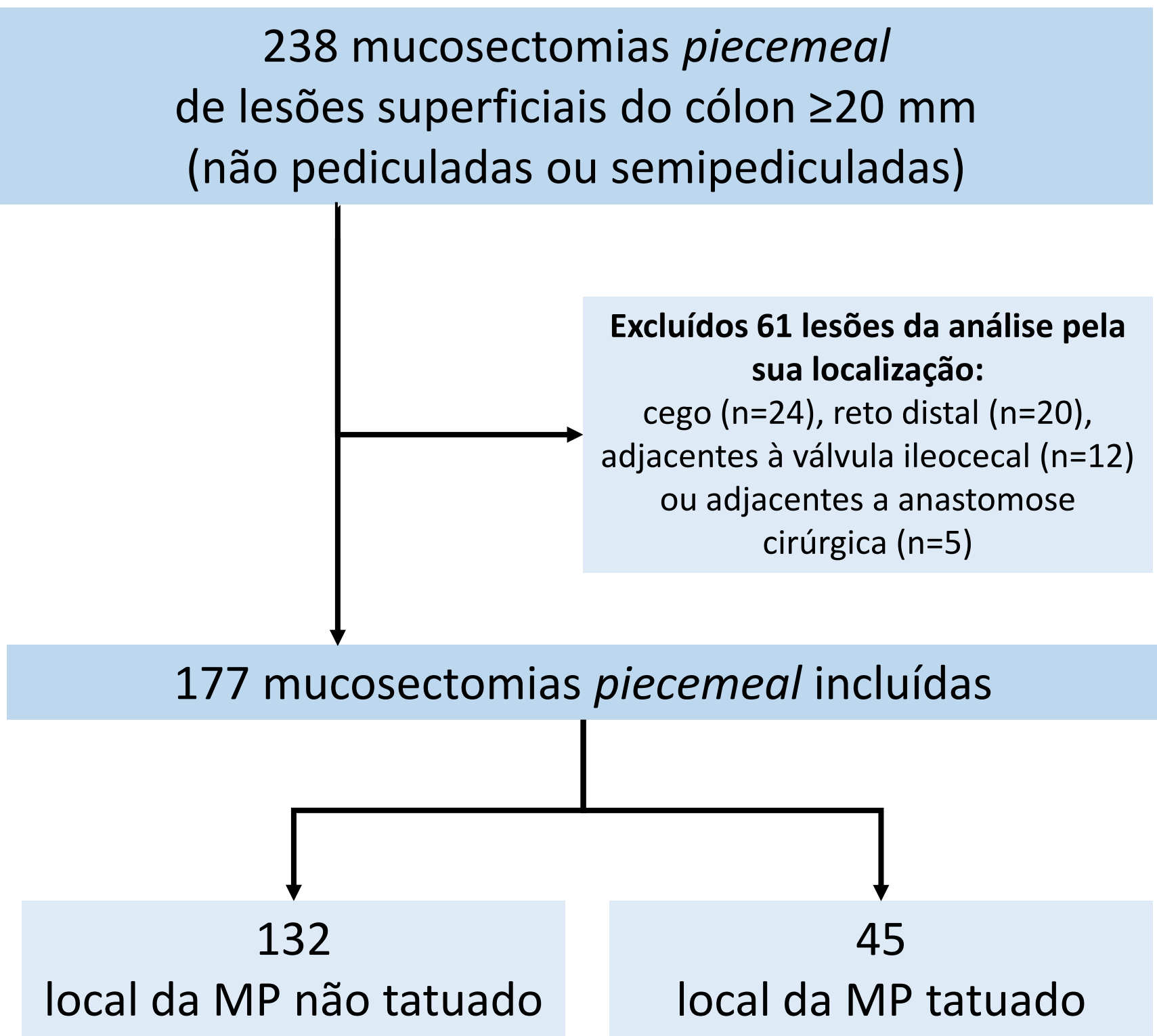
- Lesão superficial do cólon ≥20 mm (plana ou polipoide não pediculada) excisada por MP
- Ressecção endoscópica considerada completa aquando da MP
- Lesão histologicamente sem critérios de malignidade
- Reavaliação endoscópica em ≤12 meses

CrITÉRIOS de exclusão:

- Lesão localizada no cego, reto distal ou adjacente à válvula ileocecal
- Lesão pediculada ou semipediculada
- Ressecção endoscópica considerada incompleta aquando da MP
- Lesão histologicamente maligna
- Reavaliação endoscópica pós-MP depois dos 12 meses

Os casos incluídos na análise foram divididos em 2 grupos conforme tenha sido ou não realizada tatuagem com *India ink* (Spot®) para marcar o local da mucosectomia na colonoscopia índice (colonoscopia em que se realizou a MP):
Grupo 1 – não foi realizada marcação do local da mucosectomia com tatuagem cólica
Grupo 2 – foi realizada marcação do local da mucosectomia com tatuagem cólica

RESULTADOS



	Grupo 1 (local da MP não tatuado)	Grupo 2 (local da MP tatuado)	Valor <i>p</i>
Nº total de casos (n)	132	45	-
Identificação da cicatriz da mucosectomia, n (%)	93 (70,5)	45 (100)	<i>P</i> = 0,000
Tamanho médio das lesões, mm (desvio padrão)	29,99 (10,27)	28,38 (8,11)	-
Localização da lesão excisada, n			-
Reto	28	3	
Cólon esquerdo	24	17	
Transverso	15	11	
Ascendente	65	14	
Preparação intestinal na colonoscopia de reavaliação, n			-
Adequada	79	37	
Razoável	37	6	
Inadequada	16	2	
Histologia da lesão excisada, n			-
Adenoma com displasia de alto grau	38	16	
Adenoma com displasia de baixo grau	84	28	
Serreado com displasia	2	0	
Serreado sem displasia	2	1	
Hiperplásico	5	0	
<i>Timing</i> reavaliação endoscópica, meses	5,6	5,6	-

Num total de 177 MP, no grupo 1 e no grupo 2 a taxa de identificação da cicatriz da mucosectomia foi de 70,5% e 100%, respetivamente (p=0,00).

No grupo 1, lesões de dimensão ≥30 mm e preparações intestinais adequadas determinaram maior probabilidade de identificação da cicatriz na colonoscopia de vigilância.

No grupo 2, a tatuagem permitiu a identificação de todas as cicatrizes de MP independentemente dos principais fatores analisados (dimensão da lesão, preparação intestinal e *timing* da reavaliação).

Globalmente, quando se identificou a cicatriz verificou-se recidiva/lesão residual confirmada histologicamente em 31,2% dos casos (43/138).

CONCLUSÕES

A tatuagem da mucosa adjacente aos locais de MP de lesões superficiais do cólon ≥20 mm (não localizadas no cego, reto distal ou próximo da válvula ileocecal) permite uma vigilância pós-mucosectomia mais eficaz, podendo assim contribuir para a prevenção de alguns dos cancro colorretais de intervalo.

REFERÊNCIAS

Ferlitsch M et al. Colorectal polypectomy and EMR: ESGE. Endoscopy, 2017 | Rees C et al. Colonoscopy key performance indicators. Gut, 2016 | Zafar A et al. Colorectal polyps: when should we tattoo? Surg Endos, 2012