

CO-030 - QUESTIONÁRIO MULTICÊNTRICO INTERNACIONAL SOBRE O TRATAMENTO ENDOSCÓPICO DAS DEISCÊNCIAS ANASTOMÓTICAS DO TRATO DIGESTIVO SUPERIOR

Eduardo Rodrigues-Pinto⁷; Alessandro Repici¹; Gianfranco Donatelli²; Jacques Devière³; Jeanin E. Van Hooft⁴; Josemberg M Campos⁵; Manoel Galvao Neto⁶; Marco Silva⁷; Pierre Eisendrath⁸; Vivek Kumbhari⁹; Mouen A Khashab⁹; Guilherme Macedo⁷

1 - Humanitas University, Rozzano, Milan, Italy; 2 - Department of Gastroenterology and Hepatology, Hôpital Privé des Peupliers, 8 place de l'Abbé G. Hénocque, 75013, Paris, France; 3 - Department of Gastroenterology Hepatopancreatology, and Digestive Oncology, Erasme University Hospital, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium; 4 - Department of Gastroenterology and Hepatology, Amsterdam UMC University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; 5 - Department of Surgery, University of Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brazil; 6 - Herbert Wertheim College of Medicine at Florida International University, Department of Surgery, Miami, USA; 7 - Gastroenterology Department, Centro Hospitalar São João, Porto, Portugal; 8 - Department of Gastroenterology & Hepatology, CHU Saint Pierre, Université Libre de Bruxelles, Brussels, Belgium; 9 - Department of Medicine and Division of Gastroenterology and Hepatology, The Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, Maryland, USA

Introdução: Estão descritas diferentes técnicas endoscópicas para o tratamento das deiscências anastomóticas do trato digestivo superior (TDS); contudo, não existe um consenso definitivo sobre qual melhor abordagem terapêutica.

Objetivo: Avaliar a prática clínica na abordagem das deiscências anastomóticas do TDS.

Métodos: Foi distribuído um questionário com 35 perguntas de opinião e 4 casos clínicos entre endoscopistas terapêuticos dedicados ao tratamento endoscópico das deiscências anastomóticas do TDS.

Resultados: Quarenta e quatro por cento de um total de 163 questionários foram preenchidos; 69% correspondiam a gastroenterologistas e 56% tinham mais 10 anos de experiência. Um terço dos participantes trata 10–19 doentes anualmente. Cinquenta e seis por cento refere usar próteses metálicas auto-expansíveis (PMAE) totalmente recobertas como primeira opção; 80% usam técnicas para minimizar a migração das PMAEs; 4 semanas foi o tempo de permanência da PMAE mais referido. Sessenta por cento realizam ablação epitelial antes da colocação de OTSC ou sutura endoscópica. Em relação à terapêutica endoscópica de vácuo (TEV), 56% realizam dilatação com balão e TEV intracavitária em doentes com cavidades de grandes dimensões, mas com defeitos pequenos da parede. Em relação à septostomia endoscópica, 56% consideram um intervalo mínimo de 4 semanas desde a cirurgia e 90% consideram a necessidade de realizar mais do que uma sessão (Tabela 1). Em relação à drenagem endoscópica interna (DEI), a colocação de duas próteses plásticas e próteses mais curtas é a opção preferida. A definição preferida para falência endoscópica foi inflamação persistente com sepsis clínica associada. Relativamente aos casos clínicos, TEV/PMAE e TEV/DEI foram as opções terapêuticas preferidas em doentes com cirurgia oncológica prévia e cirurgia bariátrica prévia, respectivamente.

Conclusões: Existe uma grande variedade no tratamento de doentes com deiscências anastomóticas do TDS. São necessários estudos prospectivos para se passar de um tratamento baseado na experiência para um tratamento baseado na evidência.