

NOTA TÉCNICA

IDENTIFICAÇÃO DA REQUISIÇÃO

CÂMARA/VARA: 1ª UJ - 1º JD

COMARCA: Montes Claros

I – DADOS COMPLEMENTARES À REQUISIÇÃO:

NÚMERO DA SOLICITAÇÃO: 2024.0005450

IDADE: 59 anos

Sexo: Masculino

DOENÇA(S) INFORMADA(S): CID 10 K60

PEDIDO DA AÇÃO: procedimento tratamento minimamente invasivo
VAAFT

FINALIDADE / INDICAÇÃO: Tratamento para fístula perianal

REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL: CRMMG 24.487, 70.832,
82.168

II – PERGUNTAS DO JUÍZO:

a) da doença apresentada; b) se há comprovação da eficácia do tratamento à luz da Medicina baseada em evidências; c) se há recomendação do procedimento por órgãos técnicos de renome nacionais e estrangeiros, d) se o procedimento encontra-se no rol da ANS; e) se há pertinência do procedimento requerido à patologia apontada em detrimento àqueles disponibilizados pelo plano de saúde; f) Se há alternativas para tratamento da patologia, com prazo para resposta de até 10 (dez) dias após o envio da consulta.

III – CONSIDERAÇÕES/RESPOSTAS:

Conforme a documentação apresentada, datada de 17/11/2022, 13/01/2023, 20/10/2023 trata-se de RPP, **38 anos**, com **diagnóstico fístula perianal**. História de **dor perianal com saída de secreção purulenta em orifício da margem perianal com fistula perianal**. Esteve na urgência em 17/11/2022, **com dor e endurecimento local, sem presença de abscesso e RNM sem definir trajeto da fistula**, mas mostrando região inflamada. Mantido **tratamento conservado com antibioticoterapia e orientação de tratamento para correção da fistula posteriormente**.

Nova RNM de pelve revelando fistula perianal transesfincteriana complicada com abscesso fusiforme. Encaminhado para tratamento da fistula perianal com **coloproctologista que solicitou tratamento minimamente invasivo - VAAFT. Procedimento indeferido pelo Instituto de Previdencia dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais IPSM em 23/01/2023, por não está previsto na tabela de procedimentos do Sistema de Saúde – SISAU e, portanto, não é padronizado como liberação por parte do IPSM, além disso, é um tratamento que não está no rol de procedimentos da ANS.**

Uma **fístula anorretal é um trajeto tubular com uma abertura no canal anal e outra geralmente na pele perianal. As fístulas, surgem espontaneamente ou são secundárias à drenagem de um abscesso perirretal.** A maioria das fístulas tem origem nas criptas anorretais, etiologia criptoglandular, e 30 a 70% dos doentes com abscessos perianais se apresentarem com fístula perianal concomitante, que pode não ser detectada na fase do abscesso. **Geralmente após uma inflamação numa cripta anal se desenvolve como uma complicação, que secreta muco, evoluindo com o surgimento de um abscesso anal. O abscesso gera um acúmulo de pus que pode criar um canal que se estende do reto à pele, formando assim a fistula anal.** Outras causas são Doença de Crohn, tuberculose, diverticulite, câncer e trauma.

A apresentação clínica das fístulas perianais é muito mais insidiosa e a drenagem através da fístula pode ser parcial e intermitente. Os sintomas consistem em secreção e, algumas vezes, dor, com desconforto extremo, causando sintomas como dor ao evacuar, sangramento, secreção de pus, coceira e desconforto geral na região anal. História de abscesso anorretal recorrente seguido de secreção intermitente ou constante é comum. O diagnóstico é feito pelo exame físico pormenorizado que é importante e deve procurar identificar e caracterizar vários itens essenciais: a procura de um ou mais orifícios secundários (o orifício interno e externo da fístula), o trajeto

fistuloso, muitas vezes identificado pela palpação, e as **deformidades do ânus secundárias a cicatrizes da doença supurativa perianal ou cirurgias anteriores**. Deve ser avaliada a **tonicidade esfíncteriana e o grau de continência esfíncteriana** e ser **excluídas outras doenças subjacentes** que cursam com supuração como a doença de Crohn, infecção por HIV e neoplasias do períneo. Algumas vezes pode ser necessário a introdução uma sonda no trajeto pode determinar a profundidade e a direção da fístula; a anoscopia, sigmoidoscopia ou colonoscopia podem estar indicadas. **A RM apresenta uma sensibilidade superior a 90% para o diagnóstico de fístula perianal. Assim sendo, é considerada o “padrão ouro” imagiológico para a caracterização da anatomia das fístulas perianais. Deve ser efectuada de rotina em todas as fístulas perianais complexas.** A ultrasonografia endoscópica também pode ser usada. A sua acuidade é, contudo, muito dependente da experiência do operador. A combinação destas modalidades diagnósticas pode aumentar a taxa de diagnóstico para valores próximos dos 100%.

Uma vez **diagnosticada a presença fístula é importante classificá-las para auxiliar na decisão da opção de seu tratamento cirúrgico.**

Existem **duas classificações** frequentemente usadas para as fístulas:

- **A classificação de Parks que define quatro tipos de fístulas de acordo com a relação do trajecto primário com o aparelho esfíncteriano:** fístulas **interesfíncterianas** aquelas entre esfíncteres internos e externos (45% dos casos), fístulas **transesfíncterianas**, as entre esfíncteres externos (30% dos casos), fístulas **supraesfíncterianas**, as sobre os esfíncteres (20% dos casos) e fístulas **extraesfíncterianas** as que situam acima e através do levantador do ânus(5% dos casos).

- **A Associação Americana de Gastrenterologia classifica as fístulas em fístulas simples e fístulas complexas, definindo as últimas como:** fístulas que envolvam mais de 30% do esfíncter externo, fístulas proximais à linha pectínea, fístulas **extraesfínctéricas**, fístulas anteriores em mulheres, fístulas com múltiplos trajectos, fístulas

recorrentes e fístulas em doentes com história de incontinência fecal.

O tratamento da fístula anal pode ser complicado, devido à natureza complexa da anatomia da região, à possibilidade de acometimento da musculatura anal e à recorrência frequente da condição. O tratamento envolve cirurgia para fechar o canal anormal e permitir a drenagem adequada. Exige o conhecimento técnico das várias opções cirúrgicas disponíveis e as respectivas taxas de recidiva e de incontinência fecal. Nas diferentes técnicas, esses dois vectores associam-se de forma antagónica: a taxa de recidiva mais baixa (maior sucesso) associa-se a taxa de incontinência fecal mais elevada e vice-versa. A decisão da técnica cirúrgica a ser utilizada depende da localização, extensão e complexidade da fístula, bem como da condição de saúde geral do paciente devendo ser discutida com o doente. Para fins didáticos podem ser separadas em 4 grupos de acordo com resultado:

- Grupo 1 técnicas com taxa de sucesso alto e taxa de incontinência fecal aceitável são as Fistulotomia/Fistulectomia e o seton. A fistulotomia é a técnica cirúrgica standard e a mais eficaz para o tratamento da fístula perianal, com nível IB de evidência (moderada qualidade) e recomendação forte. O tratamento da fístula é direccionado à identificação do trajeto fistuloso e abertura interna com preservação do mecanismo de continência. É o tratamento efetivo para fístula simples resultando em 90% dos casos em cicatrização do trajeto. Nas interesfincterianas e nas fístulas que envolvem uma extensão de esfíncter externo inferior a 25-30% a fistulotomia é o tratamento ideal. Salienda-se, contudo, a dificuldade de avaliação quantitativa do esfíncter anal envolvido. Antes da decisão de realizar uma fistulotomia, além da avaliação da quantidade de esfíncter envolvido, é fundamental uma avaliação judiciosa da continência anal, sobretudo, nas mulheres em geral, nas multíparas em particular e naqueles doentes com cirurgia perineal prévia. A fistulotomia perianal **tem riscos de incontinência fecal**

relacionado com a quantidade de esfíncter seccionado. Devido ao risco de incontinência fecal a fistulotomia **não deve ser usada em fístulas perianais altas e complexas.** Na fistulectomia a cirurgia é direcionada à identificação do trajeto fistuloso e abertura interna, excisão do trajeto fistuloso com preservação do mecanismo de continência, incluindo **reparação do esfíncter.** Relativamente à decisão de fistulectomia versus fistulotomia a primeira é **associada a maior demora de cicatrização, maior taxa de incontinência e taxa de recidiva semelhante,** portanto tem desvantagens em relação à fistulotomia. **A fistulectomia e a fistulotomia são os procedimentos mais amplamente aceitos realizados para o tratamento de fístula anal simples com envolvimento mínimo do esfíncter anal.** A taxa de recorrência aproxima-se de 6,5%, sendo a maior parte causada pela não identificação da abertura interna no momento da cirurgia. O restante pode ser resultado da falta de reconhecimento dos ramos secundários ou do fechamento precoce da ferida cirúrgica. **O tratamento de fístulas complexas é muito complicado devido ao alto risco de complicações pós-operatórias, como a incontinência.** A fistulotomia tem sido recentemente defendida como uma boa técnica para fístulas complexas, com uma taxa de sucesso de 96% e parâmetros anais objetivos aceitáveis. A fistulotomia com esfínteroplastia primária término-terminal pode ser considerada uma opção terapêutica eficaz nas fístulas anais complexas, com baixa morbidade, alta taxa de sucesso mesmo no seguimento de longo prazo e baixíssima taxa de incontinência fecal grave pós-operatória, embora possa ocorrer um pequeno comprometimento da continência (sujidade pós-defecação).

O seton de latex é um tratamento eficiente na diminuição da taxa de abscessos recorrentes. É frequentemente usado como medida temporária de controle de infecção. Em doentes com fístulas perianais complexas, com múltiplas recidivas ou incontinência fecal prévia, pode ser recomendado o seu uso como medida de manutenção. Os setons

elásticos de latex, em que o esfíncter é muito lentamente cortado, sem o seton ser apertado, têm taxas de sucesso baixas e não estão isentos de distúrbios de continência. **As técnicas que utilizam setons elásticos de látex como etapa de uma estratégia de fistulotomia diferida (na primeira cirurgia colocar um seton latex e 2 a 3 meses depois, na segunda cirurgia, fazer a fistulotomia) têm distúrbios de continência variáveis que se relacionam com a fistulotomia subsequente, mas taxas de sucesso altas.**

- **GRUPO 2: técnicas com taxa de sucesso aceitável e taxa de incontinência fecal aceitável são descritas os LIFT e retalho com avanço endorectal.** No LIFT o trajecto fistuloso é abordado no espaço interesfínteriano e neste espaço é efectuado a ligadura do orifício interno e a remoção do tecido criptoglandular infectado. Os resultados apresentados são variáveis, mas alguns estudos descrevem taxas de sucesso de 78,1% e de incontinência fecal de 1,6%. Com frequência, em caso de recidiva, esta acontece sob a forma de fistula interesfíntérica com opções técnicas de tratamento com taxas de sucesso maiores, habitualmente técnicas do grupo 1. Já o retalho de avanço endorectal é uma técnica exigente do ponto de vista técnico e que necessita de um controle prévio da infecção local, frequentemente usando um seton de látex. O trajeto deve ser curetado, fechando com sutura o esfíncter interno e só aí o retalho avançado. O retalho de avanço pode incluir apenas a mucosa ou a parede do reto com músculo. A taxa de recorrência nos retalhos de parede retal total é inferior à taxa de recorrência associada aos retalhos de mucosa retal mas à custa de uma taxa de incontinência fecal superior. **Em alguns estudos a taxa de sucesso global é bastante alta, destacando-se um estudo com taxa de sucesso de 66 à 88% e uma taxa de incontinência fecal de 13,3%. A taxa de incontinência fecal, nesta técnica, é superior ao LIFT, tem grau de recomendação forte com nível 1B de evidencia (qualidade moderado).**

- **GRUPO 3: técnicas com taxa de sucesso variável ou baixo e taxa de**

incontinência fecal baixa são os PLUGS, colas de fibrina e o Laser. O uso de PLUGS consiste na introdução no trajecto fistuloso da fístula de um rolha de colagénio de origem porcina que actua como matriz extracelular promovendo a obliteração do trajecto pela proliferação celular assente na matriz induzida. O orifício interno da fístula deve ser encerrado. A taxa de sucesso é variável, entre 31% e 81%. As vantagens indiscutíveis são a taxa de incontinência fecal associada que é desprezível e o facto de poder ser repetida em caso de recidiva. A taxa de sucesso é um pouco mais alta do que a associada às colas de fibrina. A injeção de cola de fibrina no trajecto das fistulas apresentou-se inicialmente como um procedimento muito atractivo mas gradualmente tem diminuído o número de seguidores desta técnica. É fundamental a curetagem e a remoção do tecido de granulação do trajecto fistuloso e o encerramento do orifício interno da fístula. As taxas de sucesso, presentemente reportadas, são baixas e muito variáveis, entre 14% e 60% e as taxas de incontinência fecal são desprezíveis. Os trajectos fistulosos curtos têm menor taxa de sucesso. Esta técnica cirúrgica pode ser repetida sem risco de incontinência fecal. Já o LASER é utilizado para fechar o canal da fístula e estimular a cicatrização dos tecidos ao redor, com técnica semelhantes as obliterativas descritas. Existem poucos resultados publicados que nos permitam aferir a taxa de sucesso. Deve ser associado ao tratamento com laser o encerramento do orifício interno da fístula. Recomenda-se a utilização de um seton de drenagem antes da utilização da técnica do laser e a maior parte dos doentes com recidiva podem repetir o procedimento. Trata-se de procedimento menos invasivo do que a cirurgia tradicional e que pode proporcionar uma recuperação mais rápida, permitindo que o paciente retorne às suas atividades cotidianas com menos tempo de recuperação. A técnica também possibilita a preservação da musculatura anal, evitando o risco de incontinência fecal.

- **GRUPO 4: técnicas com taxa de sucesso alto e taxa de incontinência fecal alta Seton cortante.** O aspecto racional da técnica do **seton cortante** é semelhante à técnica de **fistulotomia**. O objetivo é permitir uma **secção gradual do esfíncter seguida de um processo de fibrose local**. A técnica da **fistulotomia com seton cortante** é consiste na **fistulotomia das porções do trajeto fistuloso fora dos esfíncteres**. A **anoderme e pele perianal** que recobre os esfíncteres é cortada. O aperto do seton só começa depois da **supuração resolvida**, habitualmente às 3 semanas de pós-operatório. São feitos apertos sucessivos cada 2 semanas. **O tratamento das fístulas perianais utilizando seton cortante é fortemente controverso**. A taxa de sucesso é alta mas a taxa de incontinência fecal associada é, proibitivamente alta e só podendo ser considerada em casos selecionados.

Vários novos procedimentos para salvar esfíncteres foram defendidos na última década. Estes incluem o tratamento de fístula anal assistido por vídeo (**VAAFT**), clipe over-the-scope (**OTSC**), o dispositivo FiXcision (**A.M.I**), **fechamento de fístula com laser**, já descrito e com a **EFLA**. Esses procedimentos dependem do dispositivo, são caros e exigem uma curva de aprendizado. A principal razão e intenção por trás da inovação destes procedimentos de preservação do esfíncter foi encontrar um procedimento seguro (risco mínimo para a continência) e eficaz para fístulas altas. Aliás, quase todos os estudos até o momento demonstraram eficácia moderada desses procedimentos em fístulas simples e baixas (40% a 70%), para as quais a **fistulotomia** oferece taxas de cura de 95% a 100%. Até o momento, nenhum estudo analisou a eficácia desses procedimentos mais recentes em uma coorte de fístulas exclusivamente de alta complexidade. Isto levanta uma questão sobre a sua utilidade e lugar exato no tratamento das fístulas anais. Vale lembra que a maioria das fístulas anais complexas tem um grau de componente interesfincteriano. Torna-se pertinente lidar eficazmente com este “**abscesso em espaço fechado**” (trato fistuloso no

espaço interesfincteriano). **Se o trajeto da fístula no espaço interesfincteriano não for tratado adequadamente, como acontece com o uso de tampão de fístula anal, VAAFT, clipe OTSC, FiXcision, FiLaC ou EFLA, as chances de recorrência são bastante altas. Se a fístula no espaço interesfincteriano for desviada para a fossa isquiorretal, o esfíncter anal externo é danificado, com deterioração da continência.**

O VAAFT é uma alternativa minimamente invasiva e que salva o esfíncter ao uso tradicional de seton. Desenvolvida por Meinero e Mori, a técnica compreende a fistuloscopia e a fulguração do trajeto fistuloso. O procedimento começa com a introdução de um endoscópio de alta definição no orifício externo da fístula anal, permitindo entender a extensão da fístula e sua complexidade. Durante o procedimento, uma pequena câmera de vídeo é inserida, permitindo que o cirurgião visualize a fístula em detalhes. Assim permite a visualização do trato em tempo real, a identificação precisa da anatomia por fistuloscopia e a fulguração do trato sob visão direta. As vias ramificadas e cavidades de abscesso, que impedem o sucesso do tratamento da fístula anal, também podem ser identificadas e tratadas de forma adequada. Além disso, a abertura interna pode ser adequadamente gerida quer por sutura quer por utilização de um dispositivo de agrafamento. A adoção da fistuloscopia juntamente com o fechamento da abertura interna por meio de sutura ou grampeamento permite um tratamento eficaz de fístulas anais complexas com preservação dos esfíncteres anais. Os principais objetivos desta técnica são a identificação da abertura interna, dos tratos secundários e dos abscessos com fechamento da abertura interna dos tratos fistulosos. Não há ferida externa e a morbidade é mínima. Pode ser considerada VAAFT pode ser considerado uma ferramenta diagnóstica eficaz e um método seguro para o tratamento das fístulas complexas e altas, obtendo resultados satisfatórios e complicações aceitavelmente baixas. Tem como principais vantagens: realizada em regime ambulatorial; evita as morbidades dos procedimentos convencionais

como feridas abertas na região perianal e distúrbios esfinterianos pós-operatórios; é um procedimento menos invasivo; é um procedimento econômico que requer menos exames pré-operatórios; oferece visualização da abertura interna; o instrumento é reutilizável após desinfecção de alto nível; e oferece benefício econômico ao paciente por ser um procedimento ambulatorial, ter curto período de recuperação, o que estimula um retorno mais rápido à vida rotineira dos pacientes e ao trabalho. Entretanto só pode ser realizada por profissionais experientes, com equipamento adequado, em centros especializados, elevando seu custo operacional. Quando introduzida apresentava índice de recorrência de 26,5%, nas fístulas persianas complexas. Estudos mais recentes referem que a taxa média ponderada de recorrência da fístula é de 17,7%, 19,6% de insucesso do fechamento da fístula e taxa 4,8% complicações. Quando comparada ao seton, apresenta um tempo cirúrgico mais longo do que o tratamento com seton ou com a fistulotomia e não apresenta diferença significativa na recorrência da fístula do que a técnica tradicional de seton. Em relação a fistulotomia, apresenta maior tempo cirúrgico, menor índice de recorrência, mas sem diferença significativa em relação a ocorrência de incontinência. Entretanto ainda está em fase de implementação e análise de longo prazo, já que não há estudo de qualidade do seu uso nas fístulas complexas que demonstrem seu grau de recomendação. Deste modo, não está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS) ou no rol de procedimentos da Agência Nacional de Saúde (ANS), que disponibilizam as opções cirúrgicas mais usadas fistulotomia/fistulectomia com ou sem seton.

Conclusão: trata-se de paciente de 38 anos, com fístula perianal. História de dor perianal com saída de secreção purulenta em orifício da margem perianal com fístula perianal. Na urgência em 17/11/2022, com dor e endurecimento local, sem presença de abscesso e RNM sem definir trajeto da fístula, mas mostrando região inflamada. Mantido

tratamento conservado com antibioticoterapia e orientação de tratamento para correção da fistula posteriormente. Nova RNM de pelve revelando fistula perianal transesfincteriana complicada com abscesso fusiforme. Encaminhado para tratamento da fístula perianal com coloproctologista que solicitou tratamento minimamente invasivo - VAAFT. Procedimento indeferido pelo Instituto de Previdência dos Servidores Militares do Estado de Minas Gerais IPSM em 23/01/2023, por não está previsto na tabela de procedimentos do Sistema de Saúde – SISAU e, portanto, não é padronizado como liberação por parte do IPSM, além disso, não está no rol de procedimentos da ANS.

Uma fístula anorretal é um trajeto tubular com uma abertura no canal anal e outra geralmente na pele perianal. As fístulas, surgem espontaneamente ou são secundárias à drenagem de um abscesso perirretal, e 30 a 70% dos doentes. Geralmente após uma inflamação numa cripta anal se desenvolve como abscesso anal. O abscesso gera um acúmulo de pus que pode criar um canal que se estende do reto à pele, formando assim a fistula anal. A apresentação clínica das fístulas perianais é muito mais insidiosa e a drenagem através da fístula pode ser parcial e intermitente, algumas vezes, dor, com desconforto extremo, causando sintomas como dor ao evacuar, sangramento, secreção de pus, coceira e desconforto geral na região anal. O diagnóstico é feito pelo exame físico pormenorizado. A RM apresenta uma sensibilidade superior a 90% para o diagnóstico de fístula perianal, sendo, o “padrão ouro” imagiológico para a caracterização da anatomia das fístulas perianais, que deve ser rotina em todas as fístulas complexas. Uma vez diagnosticada a presença fístula é importante classificá-las para auxiliar na decisão da opção de seu tratamento cirúrgico. Existem duas classificações frequentemente usadas para as fístulas: de Parks que define quatro tipos de fístulas de acordo com a relação do trajeto primário com o aparelho esfinteriano: fístulas interesfincterianas, transesfincterianas, supraesfincterianas, e as extraesfincterianas; a da

Associação Americana de Gastreenterologia classifica as fístulas em fístulas simples e fístulas complexas.

O tratamento da fístula anal pode ser complicado, devido à natureza complexa da anatomia da região, à possibilidade de acometimento da musculatura anal e à recorrência frequente da condição. O tratamento envolve cirurgia para fechar o canal anormal e permitir a drenagem adequada. Exige o conhecimento técnico das várias opções cirúrgicas disponíveis e as respectivas taxas de recidiva e de incontinência fecal. Nas diferentes técnicas, esses dois vectores associam-se de forma antagónica: a taxa de recidiva mais baixa (maior sucesso) associa-se a taxa de incontinência fecal mais elevada e vice-versa. A decisão da técnica cirúrgica a ser utilizada depende da localização, extensão e complexidade da fistula, bem como da condição de saúde geral do paciente devendo ser discutida com o doente. Dentre os 4 principais grupo de cirurgia o grupo 1 representado pelas as fistulotomias/fistulectomias e seton são técnicas com taxa de sucesso alto e taxa de incontinência fecal aceitável. Apresentam evidencia de moderada qualidade e forte grau de recomendação, assim são os mais utilizadas e estão disponíveis no SUS e no rol da ANS.

Vários novos procedimentos para salvar esfíncteres foram defendidos na última década. Estes incluem o VAAFT, OTSC, A.M.I, fechamento de fístula com laser já descrito e com a EFLA. Esses procedimentos dependem do dispositivo, são caros e exigem uma curva de aprendizado. A principal razão e intenção por trás da inovação destes procedimentos de preservação do esfíncter foi encontrar um procedimento seguro (risco mínimo para a continência) e eficaz para fístulas altas. Aliás, quase todos os estudos publicados até o momento demonstraram eficácia moderada desses procedimentos acionados por dispositivos em fístulas simples e baixas (40% a 70%), para as quais a fistulotomia oferece taxas de cura de 95% a 100%. Até o momento, nenhum estudo analisou a eficácia de tais procedimentos

em uma coorte de fístulas exclusivamente de alta complexidade. Isto levanta uma questão sobre a sua utilidade e lugar exato no tratamento das fístulas anais. Vale lembrar que a maioria das fístulas anais complexas tem um grau de componente interesfincteriano. Torna-se pertinente lidar eficazmente com este trato fistuloso no espaço interesfincteriano. Se o trajeto da fístula no espaço interesfincteriano não for tratado adequadamente, como acontece com o uso de tampão de fístula anal, VAAFT, clipe OTSC, FiXcision, FiLaC ou EFLA, as chances de recorrência são bastante altas. Se a fístula no espaço interesfincteriano for desviada para a fossa isquiorretal, o esfíncter anal externo é danificado, levando a uma deterioração da continência.

O VAAFT tem se mostrado como uma alternativa minimamente invasiva e que salva o esfíncter ao uso tradicional de seton. Desenvolvida por Meinero e Mori, a técnica compreende a fistuloscopia e a fulguração do trajeto fistuloso. A adoção da fistuloscopia juntamente com o fechamento da abertura interna por meio de sutura ou grampeamento permite um tratamento eficaz de fístulas anais complexas com preservação dos esfíncteres anais. O procedimento começa com a introdução de um endoscópio de alta definição no orifício externo da fístula anal, permitindo entender a extensão da fístula e sua complexidade. VAAFT pode ser considerado uma ferramenta diagnóstica eficaz e um método seguro para o tratamento de das fístulas complexas e altas, obtendo resultados satisfatórios e complicações aceitavelmente baixas. Quando introduzida apresentava índice de recorrência de de 26,5%, nas fístulas perianais complexas. Estudos mais recentes referem que a taxa média ponderada de recorrência da fístula é de 17,7%, 19,6% de insucesso do fechamento da fístula e taxa de 4,8% de complicações. Quando comparada ao seton, apresenta um tempo cirúrgico mais longo do que o tratamento com seton ou com a fistulotomia e não apresenta diferença significativa na recorrência da fístula do que a técnica tradicional de

seton. Em relação a fistulotomia, apresenta maior tempo cirúrgico, um menor índice de recorrência, mas sem diferença significativa em relação a ocorrência de incontinência. Entretanto ainda está em fase de implementação e análise de longo prazo, não sendo uma técnica consagrada para o tratamento das fístulas perianais, não estando disponível no SUS ou no rol de procedimentos da ANS, que disponibilizam as opções cirúrgicas mais usadas fistulotomia/fistulectomia com ou sem seton. Tem como principais vantagens: realizada em regime ambulatorial; evita as morbidades dos procedimentos convencionais como feridas abertas na região perianal e distúrbios esfinterianos pós-operatórios; é procedimento menos invasivo; econômico pois requer menos exames pré-operatórios; oferece visualização da abertura interna; o instrumento é reutilizável após desinfecção de alto nível; oferece benefício econômico ao paciente por ser um procedimento ambulatorial, ter curto período de recuperação, com curto tempo à vida rotineira dos pacientes e ao trabalho. Entretanto, só deve ser realizada por profissionais experientes, em centros especializados, com equipamento adequado, o que gera um custo operacional alto, sem estudo de qualidade em uma coorte de fístulas exclusivamente de alta complexidade que analise sua real eficácia e grau de recomendação

IV – REFERÊNCIAS:

- 1 Azevedo A, Horta D. Abscessos e fistulas perianais - Recomendações. **Rev Port Coloprocto**, 2020, jan-Marc
2. Siddique S, Changazi SH, Bhatti S, Afzal B, Hyidar Z, Rehman A, Ahmad QA, Ayyaz M. Outcomes in High Perianal Fistula Repair Using Video-Assisted Anal Fistula Treatment Compared With Seton Use: a Randomized Controlled Trial. **Cureus**, 2022, 14(2), e22166. Disponível em:
3. Kochhar G, Saha S, Andley M, Kumar A, Saurabh G, Pusuluri R, Bhise V, Kumar A. Video-assisted anal fistula treatment. **JSLs**. 2014;18(3): e2014. 00127. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236>

[078/pdf/e2014.00127.pdf](https://www.natjus.org.br/078/pdf/e2014.00127.pdf)

4. Sørensen KM, Möller S, Qvist N. Video-assisted anal fistula treatment versus fistulectomy and sphincter repair in the treatment of high cryptoglandular anal fistula: a randomized clinical study. **BJS Open** 2021 Sep 6;5(5):zrab097: 1-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8493008/pdf/zrab097.pdf>
5. Emile SH, Elfeki H, Shalaby M, Sakr A. A Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of video-assisted anal fistula treatment (VAAFT). **Surg Endosc**. 2018;32(4):2084-93. Disponível em:
6. Meinero P, Mori L. Video-assisted anal fistula treatment (VAAFT): a novel sphincter-saving procedure for treating complex anal fistulas. **Tech Coloproctol**. 2011;15(4):417–22. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3226694/pdf/10151_2011_Article_769.pdf
7. Greg P. Newer procedures need to demonstrate efficacy in high complex anal fistulas. **Ann Coloproctol**. 2023;39(4): 371–2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10475806/pdf/ac-2022-01109-0158.pdf>
8. Ratto C, Litta F, Parello A, Zaccone G, Donisi L, De Simone V. Fistulotomy with end-to-end primary sphincteroplasty for anal fistula: results from a prospective study. **Dis Colon Rectum**. 2013;56(2):226-33. Disponível em: https://journals.lww.com/dcrjournal/abstract/2013/02000/fistulotomy_with_end_to_end_primary.13.aspx
9. Tian Z, Li YL, Nan SJ, Xiu WC, Wang YQ. Video-assisted anal fistula treatment for complex anorectal fistulas in adults: a systematic review and meta-analysis. **Tech Coloproctol**. 2022;26(10):783-95. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10151-022-02614-z>
10. Hinksman M, Naidu S, Loon K, Grundy J. Long term efficacy of Video-Assisted Anal Fistula Treatment (VAAFT) for complex fistula-in-ano: a single-centre Australian experience. **ANZ J Surg**. 2022;92(5):1132-6. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/ans.17451>

V – DATA:

02/05/2024

NATJUS – TJMG