

Tratamento Videolaparoscópico da Doença do Refluxo Gastroesofágico

Videolaparoscopic Treatment for Gastroesophageal Reflux Disease

Luis Augusto Mello Sinisgalli, Eli Leiser Nagiel Cherwin, Christiana Maria Ribeiro Salles Vanni, Mirela Rodrigues Fernandez Perea, Paulo Fagundes Altenfelder Silva

Estudo realizado no Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital Nossa Senhora de Lourdes de São Paulo

RESUMO A doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é a afecção mais comum do trato gastro intestinal. Desde o relato inicial feito por Dallemagne (1991), houve uma crescente indicação da cirurgia videolaparoscópica para o seu tratamento. A via de acesso foi introduzida em nosso serviço como primeira opção para o tratamento cirúrgico da DRGE no ano de 1992. **OBJETIVO:** O presente trabalho visou analisar os resultados obtidos nos pacientes operados no ano de 2004, este período foi escolhido aleatoriamente, dentro das opções que tínhamos, considerando que já estava longe do fim da curva de aprendizado de todos os cirurgiões da equipe envolvida. **PACIENTES E MÉTODOS:** Foram analisados os resultados com pacientes submetidos a tratamento videolaparoscópico de DRGE entre janeiro de 2004 a dezembro do mesmo ano 56 pacientes, estudando entre outras variáveis as complicações pós-operatórias imediatas, tardias e o grau de satisfação. **RESULTADOS:** Foram 28 pacientes do sexo feminino e 28 do sexo masculino. A idade variou de 19 a 79 anos, sendo a média de 55,5 anos para os homens e para as mulheres 49,46 anos. Utilizamos a escala de Visick para grau de satisfação dos pacientes: Visick I: 39 pacientes, Visick II: 15 pacientes, Visick III: nenhum paciente e Visick IV: 3 pacientes, sendo 94,6% dos pacientes em I e II mostrando alto grau de satisfação. **CONCLUSÃO:** A cirurgia videolaparoscópica para a doença do refluxo é hoje o padrão ouro, segundo diversos autores e nossa análise permite ratificar esta conclusão. As complicações graves que tivemos (migrações agudas das válvulas) não levaram a morte e estão presentes em todas as grandes casuísticas, sendo prevalentes na via videolaparoscópica do que na via aberta.

Palavras-chave: DOENÇA DO REFUXO GASTROESOFÁGICO, HÉRNIA HIATAL, FUNDOPLICATURA, SATISFAÇÃO DO PACIENTE.

ABSTRACT *Gastroesophageal Reflux Disease (GERD) is the most common condition of the gastro-intestinal tract. Since the initial report by Dallemagne in 1991, there has been an increase in indications for videolaparoscopic surgery for its treatment. The access pathway was introduced at our clinic as the first option for the surgical treatment of GERD in 1992. OBJECTIVE: The aim of this study was to analyze the results obtained with patients who underwent surgery in 2004. This period was chosen at random within the options we had, and also because all surgeons in the group had already reached the end of the learning curve a long time ago. PATIENTS AND METHODS: We evaluated the outcomes of 56 patients who underwent videolaparoscopic treatment for GERD between January to December 2004. Early and late postsurgical complications and the degree of satisfaction were some of the variables analysed. RESULTS: A total of 56 patients, 28 females and 28 males, ages ranging from 19 to 79 years (average of 55.5 years for men and 49.46 for women) were analyzed. We used the Visick scale to find out the degree of satisfaction: Visick I: 39 patients, Visick II: 15 patients, Visick III: no one patient and Visick IV: 3 patients. Ninety-four point six percent of the patients in I and II showed a high degree of satisfaction.*

CONCLUSION: According to several authors, videolaparoscopic surgery for the reflux disease is today the golden standard, and our analysis allows us to corroborate this conclusion. The severe complications we had (acute valve migration) did not lead to death and are part of large groups of cases, and are more prevalent in videolaparoscopic than in the open technique.

Key words: GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE, HIATAL HERNIA, FUNDOPLICATION, PATIENT'S SATISFACTION.

SINISGALLI L.A.M., CHERWIN E.L.N., VANNI C.M.R.S., PEREA M.R.F., SILVA P.F. A. Tratamento Videolaparoscópico da Doença do Refluxo Gastroesofágico. Rev bras videocir 2007;5(2):57-60.

A doença do refluxo gastro esofágico (DRGE) é a afecção mais comum do trato gastro intestinal. É estimado que 25% a 30% da população tenham azia ou refluxo, e que 10% a 15% dos pacientes com esta doença desenvolvem serias complicações como úlceras, estenoses ou a metaplasia de Barrett. Desde o relato inicial feito por Dallemagne em 1991, houve uma crescente indicação da cirurgia videolaparoscópica para o seu tratamento.^{1, 2, 3, 4, 5.}

Tradicionalmente a abordagem terapêutica inicial é clínica, porém o número de indicações cirúrgicas tem aumentado substancialmente em função dos bons resultados da cirurgia videolaparoscópica.^{6,7, 8.}

A videolaparoscopia foi introduzida em nosso serviço, como primeira opção para o tratamento cirúrgico da DRGE, no ano de 1992, utilizando as válvulas de Nissen clássico, Lind, ou Nissen modificado com resultados bastante satisfatórios.^{3, 9.}

O presente trabalho teve como objetivo analisar os resultados obtidos em uma amostra parcial da casuística escolhida aleatoriamente dentro do universo de 854 pacientes operados ao longo de 15 anos.

PACIENTES E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo com revisão dos prontuários de pacientes operados no período compreendido entre janeiro de 2004 a dezembro do mesmo ano.

Em nossa rotina os pacientes são operados no período da manhã, recebendo alimentação líquida ao final do dia e, salvo complicações, recebem alta no primeiro dia pós-operatório, obtendo orientações para manterem dieta pastosa por uma semana, branda na segunda semana e finalmente geral, na terceira semana. São convidados a retornar ao consultório por volta do 40º dia de pós-operatório para realização de endoscopia digestiva alta (EDA) de controle. Entretanto uma parcela de pacientes não retorna nem comparecem ao exame endoscópico de controle, exigindo contato telefônico.

As variáveis analisadas foram: idade, sexo, complicações pós-operatórias imediatas, índice de recidiva, complicações tardias e grau de satisfação.

Utilizamos a escala de Visick¹¹ para classificar a satisfação dos pacientes segundo sua sintomatologia clínica como se segue abaixo:

- Visick I: paciente assintomático,
- Visick II: paciente com sintomas eventuais, uso esporádico de medicação,
- Visick III: pacientes sintomáticos com uso contínuo de medicação,
- Visick IV: pacientes insatisfeitos com os resultados obtidos.

RESULTADOS

Foram 56 pacientes operados no período de 1º de Janeiro a 31 de Dezembro de 2004. Destes, 28 eram do sexo feminino e 28 do sexo masculino. A idade variou de 19 a 79 anos, sendo a média de 55,5 anos para os homens e para as mulheres de 49,46 anos.

O tempo de seguimento foi de 3 anos.

As operações realizadas foram:

- Nissen - 14 casos,
- Nissen modificado (válvula mista) - 40 casos,
- Lortat Jacob - 02 casos.

Todos os pacientes possuíam esofagite de refluxo e hérnia hiatal, sendo que dois deles tinham hérnia hiatal recidivada após cirurgia vídeo laparoscópica prévia. Em nossa casuística, três dos pacientes estudados apresentavam esofagite de Barrett sendo dois curtos e um longo.

Dos 56 pacientes, apenas um teve complicação no período perioperatório. Esta paciente de 49 anos havia recebido alta hospitalar no 1º dia de pós-operatório e retornou ao hospital no 6º de pós-operatório com quadro de migração aguda de válvula. Foi reoperada por laparotomia constatando-se a migração, necrose e perfuração do fundo gástrico. Foi realizada uma gastrectomia segmentar na região da perfuração e refeita a hiato-plastia (já que esta havia se rompido) além de jejunostomia.

Uma outra paciente apresentou após 67 dias de pós-operatório um quadro agudo de migração da

válvula. Foi operada de urgência por vídeo laparoscopia constatando-se intussuscepção do fundo gástrica por dentro da válvula, tratada com nova hiato plastia, desfeita a válvula prévia de Nissen e praticada manobra anti-refluxo de Lortat-Jacob.

Até o presente momento registramos apenas um caso de recidiva. Esta paciente foi reoperada recentemente por vídeo laparoscopia, observando-se em ato cirúrgico a abertura do hiato e migração parcial da válvula em direção ao cárdia. A conduta adotada foi desfazer a válvula, realizar a hiato plastia e reconstruir a válvula à Nissen clássico.

Todos os demais pacientes evoluíram bem e nenhum óbito foi registrado.

Ao controle ambulatorial recomendado, compareceram 52 pacientes (92,8%). Os 4 (7,2%) pacientes que abandonaram o controle atenderam a convocação via contato telefônico. Portanto, todos foram avaliados clinicamente (Tabela-1) de acordo com a escala de satisfação de Visick, embora apenas 48 pacientes (85,7%) tenham comparecido à avaliação endoscópica.

Tabela 1 - Resultados clínicos de acordo com critérios de Visick (n= 56).

Grau da Escala Visick	N	%
I	39	69,6
II	14	25,0
III	0	0
IV	3	5,3
Total	56	100,0

DISCUSSÃO

A análise da presente amostra doze anos após o início da série além de estar longe da curva de aprendizado da equipe tem a vantagem. Os equipamentos e instrumentos utilizados nesta amostra eram de melhor qualidade, incluindo câmeras de três chips, monitores de alta definição,

bisturi harmônico, o que sem dúvida propicia qualidade total ao procedimento cirúrgico. Porém, o período de tempo decorrido entre as operações e a nosso estudo é curto, limitando a análise de resultados em longo prazo. Por este motivo, este mesmo material será objeto de nova análise quando completar cinco anos de seguimento.

A migração aguda de válvula tem sido referida em diversas casuísticas e sabemos estar relacionada a vômitos e esforços físicos no pós-operatório imediato. Em um de nossos casos ocorreu, a despeito da utilização de Ondasentron, que é administrado de rotina no intra-operatório. Nesta situação a reoperação emergencial é mandatória, mas nem sempre a via videolaparoscópica é possível devido a grande pressão de aspiração exercida pelo tórax no fundo gástrico.

Em outra paciente que evoluiu com migração aguda da válvula, isto ocorreu atipicamente, dois meses após a cirurgia e nestas condições a reoperação por vídeo laparoscopia foi exequível e mais fácil.¹¹

No controle ambulatorial temos observado que embora recomendado, os pacientes assintomáticos, totalmente satisfeitos com os resultados cirúrgicos, tendem a não retornar, e mesmo quando o fazem, em geral recusam a endoscopia. A despeito disso conseguimos realizar 48 endoscopias digestivas altas (85,7%) e 52 acompanhamentos ambulatoriais que representam 92,8% sendo o seguimento clínico de 100%, incluindo a busca ativa.

Considerando que realizamos 14 válvulas de Nissen e 40 de Nissen modificado (técnica proposta por Nelson Brandalize que se constitui de uma válvula mista com dois pontos de Nissen gastro-gástricos e quatro pontos gastro-esofágicos) em nossos controles clínico e endoscópico não encontramos qualquer diferença nos resultados entre estes dois grupos de pacientes, embora isto não tenha sido propósito deste estudo.

Um total de 53 pacientes (96,4%) classificados como Visick I e II mostram o alto grau de satisfação. As complicações graves que tivemos (migração aguda da válvula em 2 casos), embora não tenham levado a morte, estão presentes em todas as casuísticas e são mais prevalentes na via

videolaparoscópica do que na via aberta, razão pela qual devemos insistir em prescrever rotineiramente Ondasentron e recomendar fortemente aos anestesistas que estes pacientes devem acordar suavemente, utilizando-se todos os recursos para evitar contrações abdominais e espasmos no pós-operatório imediato. Nos primeiros meses após a cirurgia os pacientes devem ser alertados a não realizar esforços abdominais exagerados, o que sem dúvida predispõe à migração aguda da válvula.

Interessante notar que após 20 anos do início da era videocirúrgica as complicações são eficientemente tratadas pelo mesmo método, exceção feita à migração aguda da válvula em pós-operatórios imediatos, pelos motivos já citados.

CONCLUSÃO

A cirurgia vídeo laparoscópica para a doença do refluxo é hoje o padrão ouro, segundo diversos autores como Dallemagne e De Meester e nossa análise permite ratificar esta conclusão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dallemagne, B. et al. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. *Surg Endosc*, 20:159-165; 2006.
2. Dallemagne, B. et al. Results of laparoscopic Nissen fundoplication. *Hepatogastroenterology*, 45: 1338-1343; 1998.
3. De Meester, TR et al. Nissen fundoplication for gastroesophageal reflux disease: Evaluation of primary repair in 100 consecutive patients. *Ann Surg*, 204: 9-20; 1996.
4. Peters, JH et al. The treatment of gastroesophageal reflux disease with laparoscopic Nissen fundoplication: Prospective evaluation of 100 patients with typical symptoms. *Ann Surg*, 228: 40-50; 1998.
5. Purmani, KG et al. Evaluation of the anti reflux mechanisms following laparoscopic fundoplication. *Br J Surg*, 84: 1157-1161; 1997.
6. Hiran, CF et al. Quality of life after antireflux surgery compared with non operative management for severe gastroesophageal reflux disease. *J Am Coll Surg*, 194: 1, 23-27; 2002.
7. Spechler, SJ et al. Long term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease: follow up a Randomized controlled trial. *JAMA*, 285: 2331-2338; 2001
8. Zilberstein, B et al. Esofagostrofundoplicatura videolaparoscópica por técnica mista. *Rev Col Bras Cir*; 26: 6, 341-345; 1999.
9. Rakita, S et al. laparoscopic Nissen fundoplication offers High patient satisfaction with relief of extraesophageal symptoms of gastroesophageal reflux disease. *American Surgeon* 72: 3; 207-212. 2005.
10. Visick, AH et al. A study of the failures after gastrectomy. *Ann R Coll Surg Engl*, 3: 266-284; 1948
11. Bataille D, Simoens Ch, Mendes da Costa P. Laparoscopic revision for failed anti-reflux surgery. Preliminary results. *Hepatogastroenterology*, 53: 67, 86-88. 2006.
12. Fornari, F et al. Questionario de sintomas na doença do refluxo gastroesofágico. *Arq Gastroenterol*, 41: 4 263-267; 2004.

Endereço para correspondência

LUIS AUGUSTO MELLO SINISGALLI

Rua dos Narcisos, nº 37. Mirandópolis

CEP 04048-040

São Paulo – SP. Brasil

Tel: 005511 50184236 Fax: 005511 50184400

E-mail: luisaugusto.dir@nsl.com.br