

CÉSAR LAZZAROTTO

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS TARDIOS NA
CIRURGIA ANTI-REFLUXO VIDEOLAPAROSCÓPICA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do curso de graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

CÉSAR LAZZAROTTO

**AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS RESULTADOS TARDIOS NA
CIRURGIA ANTI-REFLUXO VÍDEO-LAPAROSCÓPICA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do curso de graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Prof. Dr. Viriato João Leal da Cunha**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2006**

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por iluminar meu caminho.

Ao meu orientador Prof. Dr. Viriato João Leal da Cunha, pelos ensinamentos, pela dedicação, e pelo incentivo.

Aos meus pais Itamar Lazzarotto e Maria Aparecida Lazzarotto e aos meus irmãos Mônica Lazzarotto e André Lazzarotto, pelo amor e permanente confiança em tudo o que tenho realizado.

Aos meus amigos Dênis Burger, Nelson Fabrício Goetten de Lima, Ricardo Cardoso Backer, Rodrigo Rodrigues da Silva, Ronny de Souza Machado e Thiago Wolff da Costa, pela amizade nesses quase 6 anos de graduação.

Aos doutores Eduardo Miguel Schmidt, Édén Edimur Rossi Junior e Maurício Mendes de Albuquerque, pelo apoio na realização desse trabalho.

Aos doutores Ernesto Damerou e Wilmar Athayde Gerent, por fazer parte da equipe de cirurgiões referente a esse trabalho.

À Sabrina, secretária da Clínica Endogastro, pela ajuda no momento da coleta de dados.

Aos funcionários do SAME do Hospital de Caridade de Florianópolis, pelo auxílio prestado na coleta de dados.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a satisfação dos pacientes com os resultados tardios da cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica.

Métodos: Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, analisando-se os prontuários médicos de 42 pacientes que foram submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti por via videolaparoscópica no Hospital de Caridade de Florianópolis, no período de setembro de 2002 a janeiro de 2004. Foi investigada a presença de sintomas pré-operatórios, complicações da cirurgia, taxa de conversão para cirurgia aberta, procedimento cirúrgico adicional por falha primária da funduplicatura. Após isso, a presença de sintomas pós-operatórios e a satisfação dos pacientes após mais de 2 anos do procedimento cirúrgico foram avaliadas através de entrevista por telefone.

Resultados: Vinte e quatro pacientes (57,1%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 42,9 anos. Todos os pacientes apresentavam sintomas antes do procedimento cirúrgico, sendo que a pirose estava presente em 83,3%. Não houve conversão para cirurgia aberta, complicações intra-operatórias e mortalidade. Falha da funduplicatura primária e subsequente retorno da sintomatologia da DRGE foram observados em 7,15% da amostra. O sintoma pós-operatório mais referido foi a disfagia (26,2%). Após a cirurgia, 21,4% dos pacientes necessitaram auxílio médico devido a alterações funcionais pós-operatórias ou a sintomas relacionados à DRGE. Dentre os 42 pacientes, 95,2% estavam satisfeitos com a funduplicatura de Nissen-Rossetti após mais de 2 anos da cirurgia.

Conclusão: A grande maioria dos pacientes submetidos à funduplicatura total videolaparoscópica está satisfeita com os resultados tardios dessa cirurgia.

ABSTRACT

Objective: Clinical evaluation of patient's satisfaction with the late results of Nissen-Rossetti laparoscopic fundoplication

Methods: It was done a retrospective study, descriptive and transversal, analyzing 42 medical records of patients submitted to Nissen-Rossetti laparoscopic fundoplication surgery at the Hospital de Caridade, Florianópolis in the period from September of 2002 to January of 2004. It was investigated the occurrence of symptoms pre-operation, surgery's complications, conversion rate to open surgery, additional surgical procedure after primary failure. After that, the occurrence of symptoms post-operation and patient's satisfaction after more than 2 years of post-operation was evaluated through an interview by telephone.

Results: Twenty-four patients (57.1%) were females. The medium age was 42.9 years. All the patients showed symptoms before the surgical procedure, heartburn was present in 83.3% of them. There wasn't conversion to traditional surgery, intra-operation complications or mortality. Fundoplication primary failure and subsequent recurrency of the GERD symptoms was observed in 7,15% of the sample. The most common post-operation symptom was dysphagia (26.2%). After surgery, 21.4% of the patients needed medical care because of post-operation functional modification or symptoms of GERD. From 42 patients, 95.2% were satisfied with Nissen-Rossetti laparoscopic fundoplication.

Conclusion: The majority of the patients are satisfied with late results of the laparoscopic surgery treatment.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos sintomas pré-operatórios apresentados pelos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	12
Tabela 2 – Distribuição das comorbidades apresentadas pelos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	12
Tabela 3 – Distribuição dos procedimentos adicionais realizados em 10 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	13
Tabela 4 – Distribuição dos sintomas pós-operatórios apresentados pelos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	14
Tabela 5 – Distribuição da gravidade dos sintomas pós-operatórios apresentados pelos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro a 2004.....	14
Tabela 6 – Distribuição da classificação da disfagia pós-operatória apresentada por 11 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti por videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	15

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes conforme o sexo, submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	11
Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes conforme a necessidade de auxílio médico após serem submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	15
Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes conforme a classificação de Visick, submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	17
Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes conforme a satisfação com a cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti realizada no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.....	17
Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes conforme a pergunta: “Você se sente curado(a) da DRGE após ser submetido(a) à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti há mais de 2 anos?”	18

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE TABELAS	vi
LISTA DE GRÁFICOS	vii
SUMÁRIO	viii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVO	4
3 MÉTODOS	5
3.1 Técnica operatória	6
3.2 Recomendações na alta hospitalar	10
4 RESULTADOS	11
5 DISCUSSÃO	19
6 CONCLUSÃO	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
NORMAS ADOTADAS	29
ANEXO	30

1. INTRODUÇÃO

A Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE) é uma condição crônica, comumente associada à pirose e regurgitação ácida, que inclui sintomas e lesão da mucosa esofágica devido ao refluxo do conteúdo gástrico ¹.

Esse refluxo gastroesofágico foi reconhecido como entidade clínica em meados de 1930. Atualmente, na prática clínica, a DRGE é uma das mais prevalentes desordens do aparelho gastrointestinal superior ².

O esfíncter esofágico inferior (EEI) tem o papel primário de impedir o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. Esse esfíncter é identificado claramente como um local de alta pressão, no qual vários fatores contribuem para a formação dessa zona de pressão elevada. Dentre eles, podem ser citados a musculatura intrínseca do esôfago distal, as fibras musculares oblíquas da cárdia, o diafragma e a pressão transmitida pela cavidade abdominal. Dessa maneira, o refluxo gastroesofágico pode ocorrer quando a zona de alta pressão no esôfago distal é baixa o suficiente para permitir a passagem do conteúdo gástrico para o esôfago, ou quando um esfíncter com pressão normal apresenta relaxamento espontâneo não associado a uma onda peristáltica do corpo esofágico ³.

Algum grau de refluxo está presente na maioria dos indivíduos. Portanto, a distinção entre a DRGE e refluxo gastroesofágico fisiológico deve ser feita levando-se em conta as características do refluxo e a avaliação clínica do paciente.

Os sintomas atribuídos à DRGE são extremamente comuns, abrangendo um variado espectro de gravidade, desde uma leve pirose até um dano erosivo na mucosa esofágica ⁴. Juntamente com a pirose, a regurgitação, dor epigástrica e a disfagia são alguns sintomas encontrados nessa doença. Além disso, essa enfermidade está frequentemente associada a sintomas e manifestações respiratórias, como tosse, rouquidão, pigarro, asma e bronquite. A micro-aspiração para dentro da árvore respiratória e estimulação do nervo vago pelo refluxo são consideradas os 2 principais mecanismos fisiopatológicos indutores dos sintomas presentes no aparelho respiratório ⁵.

A DRGE pode estar associada a severos e eventuais sintomas a longo prazo acarretando num impacto negativo na qualidade de vida dos pacientes ⁶. Esse impacto é, em muitas circunstâncias, pior do que o encontrado em outras afecções como diabetes, hipertensão arterial sistêmica, infarto do miocárdio, ou artrite ^{1,7}.

Os tratamentos disponíveis para o manejo da DRGE incluem a mudança do estilo de vida, terapia medicamentosa (usualmente por um longo período de tempo) e tratamento cirúrgico ⁴.

A terapia medicamentosa tem o objetivo de reduzir a acidez gástrica e subsequentemente o refluxo. As drogas utilizadas são os inibidores de bomba de prótons, os antagonistas dos receptores histamínicos ² e drogas procinéticas ¹.

A cirurgia anti-refluxo (funduplicatura) tornou-se mais freqüente em meados de 1950 depois que foi reconhecida que a hérnia hiatal estava associada ao refluxo gastroesofágico. No entanto, esse procedimento cirúrgico assumiu um papel fundamental quando um esfíncter esofágico inferior defeituoso foi identificado juntamente com uma doença esofágica avançada e de difícil controle clínico ².

A funduplicatura total consiste basicamente do envolvimento do esôfago distal por uma porção do fundo gástrico criando uma válvula de 360 graus e impedindo que o refluxo gástrico atinja o esôfago. Várias adaptações foram subsequentemente adicionadas à técnica original, como o estreitamento do hiato esofágico, maior ou menor mobilização do fundo gástrico e modificações na extensão da válvula ⁸.

Nos últimos 15 anos a Medicina tem testemunhado uma significativa mudança no contexto da cirurgia da DRGE. Inicialmente, a cirurgia anti-refluxo era reservada somente para pacientes que não se beneficiaram com os vários tipos de terapia medicamentosa. Atualmente, ela faz parte do algoritmo de tratamento da DRGE ⁹. Certamente, pacientes com evidência de lesão esofágica grave (úlceras, estenose, ou esôfago de Barrett) e melhora incompleta dos sintomas após o tratamento clínico são candidatos para a intervenção cirúrgica. Além disso, indivíduos que apresentam efeitos adversos à terapia medicamentosa, ou pacientes jovens que preferem cirurgia ao tratamento medicamentoso por um longo período da vida podem ser indicados para o tratamento cirúrgico.

O advento da tecnologia laparoscópica renovou o interesse no tratamento cirúrgico da DRGE. Desde a introdução em 1991 por Dallemagne¹⁰, a funduplicatura por via videolaparoscópica vem ganhando popularidade entre os cirurgiões, tornando-se o método de escolha no tratamento cirúrgico da DRGE.

A técnica laparoscópica é caracterizada por proporcionar menos dor pós-operatória, menor tempo de internação hospitalar, retorno precoce às atividades diárias e completo conforto da maioria dos sintomas de refluxo ^{11,12}.

Além disso, a funduplicatura videolaparoscópica mostrou ser uma cirurgia segura e tão efetiva quanto à funduplicatura a céu aberto^{13,14}. Dessa maneira, o número de pacientes submetidos à cirurgia laparoscópica aumentou significativamente².

Apesar da comprovada eficiência da funduplicatura laparoscópica, algumas complicações após esse procedimento têm sido descritas. Dentre elas destaca-se a disfagia, falha da cirurgia e subsequente retorno dos sintomas preexistentes, perfuração visceral, estenose do hiato esofágico, herniação para-esofágica aguda e pneumotórax^{15,16}. Alguns desses problemas podem ocorrer devido a modificações das técnicas operatórias, objetivando facilitar a abordagem cirúrgica, enquanto outras complicações podem ocorrer devido à inexperiência dos cirurgiões durante a evolução do procedimento laparoscópico¹⁵.

A inovação dos procedimentos cirúrgicos pode estar associada com uma curva de aprendizado. Dessa maneira, bons resultados com a cirurgia anti-refluxo por via videolaparoscópica são obtidos quando cirurgiões treinados realizam a operação¹⁷.

Há vários relatos na literatura científica sobre a curva de aprendizado da cirurgia anti-refluxo por via videolaparoscópica, no entanto, existem divergências sobre a sua verdadeira extensão^{13,15-17}. Apesar dessa discordância, percebe-se uma queda no número de complicações, conversões para via a céu aberto, reoperações e menor tempo de cirurgia quando o cirurgião passa por um período de aprendizado do procedimento cirúrgico^{16,17}.

O resultado cirúrgico do tratamento da DRGE pode ser avaliado através da melhora da sintomatologia do refluxo referida pelo paciente ou por parâmetros fisiológicos através de exames como a pHmetria, endoscopia digestiva alta, e manometria esofágica¹⁸.

Mais recentemente, a estimativa da qualidade de vida e a satisfação dos pacientes após o procedimento cirúrgico estão sendo adicionadas na discussão no que diz respeito ao melhor tratamento da DRGE¹⁸. Estudos científicos^{1,7,11,19-23} utilizando diferentes índices de qualidade de vida têm mostrado uma significativa melhora dos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo por via vídeo-laparoscópica.

A avaliação da qualidade de vida depois da cirurgia anti-refluxo é importante não somente para observar o desaparecimento dos sintomas do refluxo, mas também para determinar o surgimento dos efeitos adversos do procedimento cirúrgico⁷. Por esse motivo, essa avaliação clínica está se tornando um importante instrumento no acompanhamento pós-operatório desses pacientes²³.

O presente estudo tem o intuito de avaliar, por meio da utilização de parâmetros clínicos, a satisfação dos pacientes com os resultados tardios da cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rosetti vídeo-laparoscópica.

2. OBJETIVO

Avaliar a satisfação dos pacientes com os resultados tardios no tratamento cirúrgico por via videolaparoscópica da Doença do Refluxo Gastroesofágico.

3. MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo, descritivo e transversal, no qual foram avaliados clinicamente os pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica há mais de 2 anos, por uma equipe de cirurgiões do aparelho digestivo do Hospital de Caridade de Florianópolis, Santa Catarina.

Esse estudo foi realizado por meio da análise de prontuários dos pacientes submetidos a esse procedimento cirúrgico. O acesso a esses prontuários foi viabilizado pelo Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do Hospital de Caridade, nos quais foram obtidos os registros dos pacientes internados. Além dos prontuários, foram analisadas as fichas de atendimento nos consultórios médicos.

Os primeiros cinquenta procedimentos de toda a equipe cirúrgica envolvida nesse trabalho científico foram excluídos da amostra, devido à curva de aprendizado da funduplicatura videolaparoscópica¹⁶. Dessa maneira, o período considerado para a captação dos dados foi de setembro de 2002 a janeiro de 2004. Foram analisados 54 prontuários médicos.

Após a análise dos prontuários, foi realizado contato telefônico com os pacientes. Foram localizados 42 pacientes, sendo entrevistados por via telefônica por meio do emprego de um protocolo de atendimento (Anexo I). Os 12 pacientes restantes foram excluídos do estudo, pois não foi possível localizá-los.

Por meio da avaliação dos prontuários e fichas médicas, foram identificados o sexo e idade dos pacientes, presença de sintomas pré-operatórios, comorbidades preexistentes, duração da cirurgia, permanência hospitalar, necessidade de cirurgia adicional, necessidade de conversão para cirurgia a céu aberto e complicações intra e/ou pós-operatórias.

O acompanhamento clínico pós-operatório tardio dos pacientes (após mais de 2 anos da cirurgia) levou em conta 3 principais campos: sintomas pós-operatórios relacionados à doença do refluxo gastroesofágico, medidas terapêuticas necessárias para tratar os sintomas e satisfação com a cirurgia.

Os sintomas foram graduados de acordo com a sua gravidade em: ausente, leve (sintomas presentes ocasionalmente, sem interferência nas atividades diárias), moderado (sintomas presentes frequentemente, interferindo nas atividades diárias), grave (sintomas presentes constantemente com incapacidade de exercer as atividades diárias)¹. A disfagia foi

classificada em ausente, disfagia com dieta líquida, disfagia com dieta pastosa ou disfagia com dieta sólida. A dificuldade para eructar e para vomitar também foi questionada.

Mudança no estilo de vida e na dieta alimentar, necessidade de procurar auxílio médico após a cirurgia devido a sintomas relacionados à DRGE ou a alterações funcionais pós-operatórias, tratamento farmacológico pós-operatório e necessidade de outro procedimento cirúrgico, como dilatação esofágica endoscópica e reoperação por falha da funduplicatura foram também determinados.

Os pacientes foram questionados se fariam a cirurgia novamente e se indicariam a cirurgia para seus familiares, além de serem interrogados sobre a satisfação com o resultado tardio da funduplicatura total. Finalizando, para analisar a qualidade de vida dos pacientes após mais de 2 anos do procedimento cirúrgico foi utilizada a classificação de Visick ¹¹ (Quadro 1).

Quadro 1 – Classificação de Visick

VISICK	
I	Ausência de sintomas.
II	Sintomas mínimos, que não requerem mudança do estilo de vida, sem necessidade de auxílio médico.
III	Sintomas significantes que requerem mudança do estilo de vida e necessidade de auxílio médico.
IV	Sintomas pós-operatórios piores que os sintomas pré-operatórios.

FONTE: Pessaux P, Arnaud JP, Delattre JF, Meyer C, Baulieux J, Mosnier H. Laparoscopic antireflux surgery: five-year results and beyond in 1340 patients. Arch Surg. 2005 Oct;140(10):946-951.

3.1 Técnica operatória

As cirurgias foram realizadas sob anestesia geral. Os pacientes foram colocados na mesa cirúrgica em decúbito dorsal, em posição de litotomia. O cirurgião posicionou-se entre os membros inferiores do paciente. Os auxiliares se posicionaram nas laterais do paciente. Após a anti-sepsia, realizou-se punção da cavidade abdominal com agulha de Veress, que foi introduzida na linha mediana, acima da cicatriz umbilical, instituindo o pneumoperitônio com insuflação de dióxido de carbono. Manteve-se uma pressão intra-cavitária de 12-15 mmHg. Prosseguiu-se a operação com a colocação de cinco trocateres que deram acesso à cavidade abdominal. Os trocateres que denotam os portais de trabalho da mão esquerda e direita do

cirurgião situam-se no hipocôndrio direito e hipocôndrio esquerdo respectivamente. Os portais localizados no epigástrico, região supra-umbilical e flanco esquerdo foram utilizados para o afastador de fígado, o videolaparoscópio e a mão direita do assistente, respectivamente (Figura 1).



Figura 1 - posicionamento dos trocateres que darão acesso à cavidade abdominal na funduplicatura total videolaparoscópica.

Após o posicionamento dos trocateres, iniciou-se a exploração da cavidade abdominal, afastando-se o fígado e identificando o estômago. Os ramos do pilar diafragmático direito foram dissecados pelo cirurgião. A abordagem dos vasos gástricos curtos não foi necessária em nenhum dos procedimentos cirúrgicos desse trabalho científico. O ligamento frenoesofágico sobre o ramo esquerdo do pilar diafragmático direito foi dissecado até que as fibras crurais fossem identificadas.

A dissecação do ramo direito do pilar diafragmático direito foi realizada, revelando o ramo esquerdo já dissecado e expondo o hiato. Foi tomado cuidado em preservar o vago anterior e posterior durante essa mobilização. Um dreno de Penrose foi colocado ao redor do esôfago para facilitar a dissecação mais proximal e ajudar na confecção da válvula de 360 graus. Com o esôfago mobilizado e deslocado para a esquerda e para frente, os ramos do pilar diafragmático direito foram reaproximados posteriormente com pontos de fio inabsorvível,

permitindo a passagem de uma sonda oro-gástrica número 20 pela luz esofágica com facilidade (Figura 2).

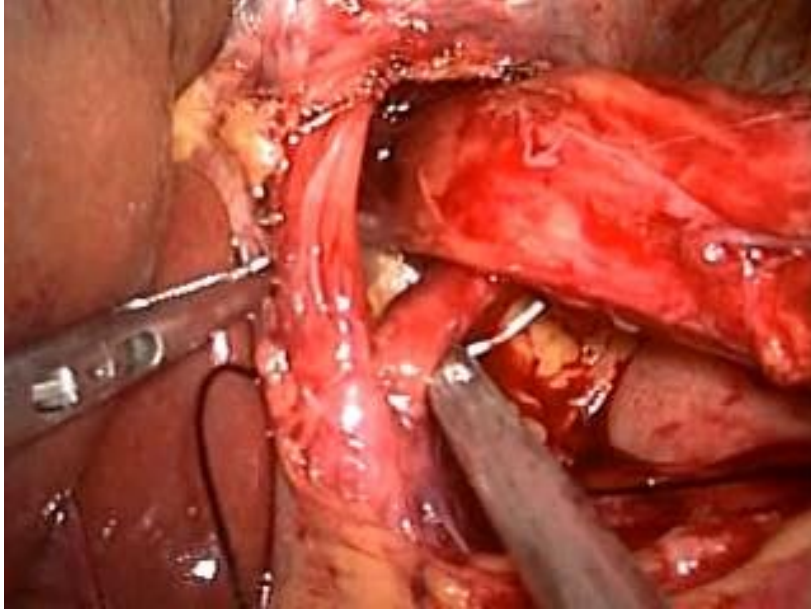


Figura 2 - estreitamento do hiato esofágico por meio da aproximação dos ramos do pilar diafragmático direito.

Realizou-se, a seguir, a válvula anti-refluxo através da fundoplicatura total. A face anterior do fundo gástrico foi passada posteriormente ao esôfago da esquerda para a direita (Figura 3). A válvula de 360 graus foi criada, envolvendo todo o esôfago distal, numa extensão de 3 cm com três pontos simples de fio inabsorvível (Figura 4). Após isso, a válvula foi inspecionada.

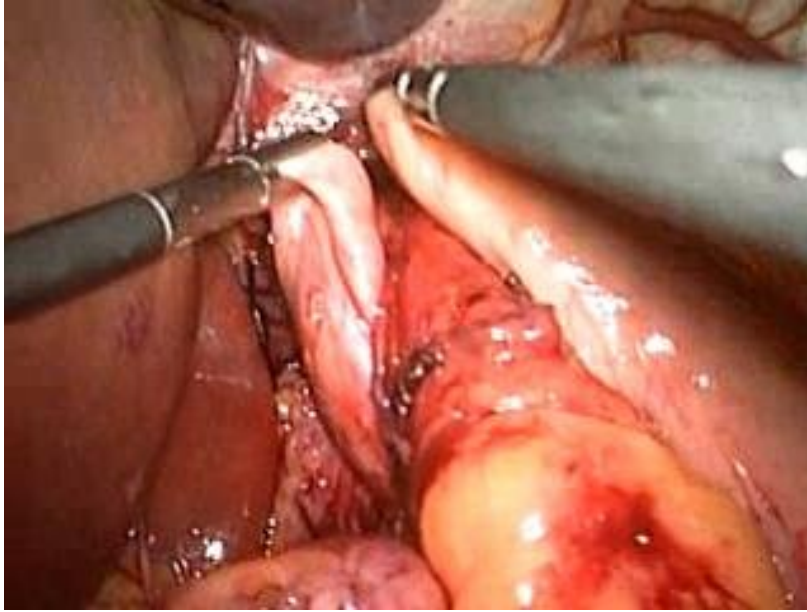


Figura 3 - criação da válvula anti-refluxo de 360 graus passando uma porção do fundo gástrico posteriormente ao esôfago distal.



Figura 4 - válvula anti-refluxo de 360 graus envolvendo toda a circunferência do esôfago distal.

Prosseguiu-se com inspeção criteriosa da cavidade abdominal. Foram observados os locais de punção dos trocateres, sob visão direta, com o objetivo de inspecionar eventuais

sangramentos no momento da retirada dos trocateres. Após isso, o pneumoperitônio foi desfeito. A aponeurose das vias de acesso dos trocateres foi suturada com um ou dois pontos de fio absorvível. Aproximou-se a pele com pontos de fio simples inabsorvível, retirados posteriormente. Utilizou-se um curativo estéril seco no local das punções.

3.2 Recomendações na alta hospitalar

Os pacientes permaneceram em jejum por 8 horas após o procedimento cirúrgico. No momento da alta hospitalar, foi recomendada uma dieta líquida nos primeiros 7 a 10 dias. Em seguida, a dieta pastosa foi instituída por 4 a 6 semanas. Passado esse período, a dieta tornou-se livre (sólidos), levando em conta algumas mudanças no hábito alimentar, como ingestão de pequeno volume em cada refeição, mastigação lenta e refeições a cada 2-3 horas.

4. RESULTADOS

Foram avaliados os dados de 42 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica, entre setembro de 2002 e janeiro de 2004, no Hospital de Caridade, Florianópolis/SC, dos quais 24 (57,1%) eram do sexo feminino e 18 (42,9%) do sexo masculino (Gráfico 1).

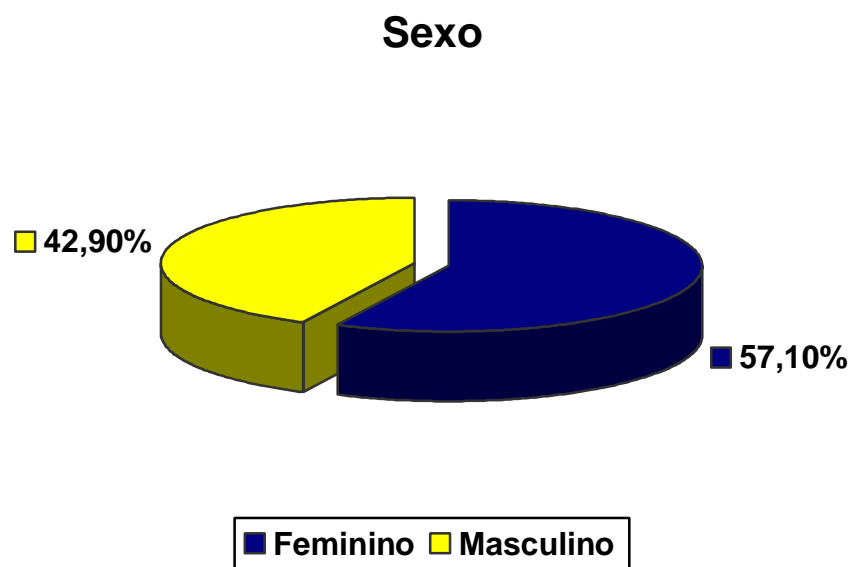


Gráfico 1 – Distribuição dos pacientes conforme o sexo, submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

A distribuição segundo a faixa etária dos pacientes variou entre 19 e 70 anos, com uma idade média de 42,9 anos. O valor da mediana foi de 43,5 anos.

Todos os pacientes apresentavam um ou mais sintomas típicos ou atípicos da DRGE antes de realizarem a cirurgia. A pirose foi o sintoma pré-operatório mais referido, presente em 35 (83,3%) pacientes, seguida da regurgitação, evidenciada em 30 (71,4%) pacientes (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição dos sintomas pré-operatórios apresentados pelos 42 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

Sintomas pré-operatórios	n	%
Pirose	35	83,3%
Regurgitação	30	71,4%
Dor epigástrica	19	45,2%
Vômitos	9	21,4%
Tosse	8	19%
Disfagia	7	16,7%
Náuseas	7	16,7%

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Vinte e dois (52,4%) pacientes apresentavam comorbidades antes de realizarem o procedimento cirúrgico. A hipertensão arterial sistêmica e a asma presentes em 12 (28,6%) e 6 (14,3%) pacientes, respectivamente, foram as enfermidades mais referidas. Alguns deles tinham mais de uma comorbidades (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição das comorbidades apresentadas pelos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

Comorbidades	n	%
Hipertensão arterial sistêmica	12	28,6%
Asma	6	14,3%
Bronquite	4	9,5%
Hipotireoidismo	4	9,5%
Diabetes melito	3	7,1%
Intolerância à lactose	2	4,8%
Hipertireoidismo	1	2,4%
Insuficiência coronariana	1	2,4%
Insuficiência renal crônica	1	2,4%
Hepatite B	1	2,4%

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

O procedimento cirúrgico foi realizado num período de tempo que variou entre 60 e 120 minutos, com uma média de 81 minutos.

Dos 42 pacientes da amostra, 41 (97,6%) permaneceram internados somente um dia após o procedimento. Um paciente ficou 2 dias internado.

Dez (23,8%) pacientes foram submetidos a procedimentos adicionais no mesmo ato cirúrgico da funduplicatura total. A colecistectomia videolaparoscópica foi efetuada em 8 (19%) desses pacientes. Lise de aderências pélvicas e sinusectomia frontal, devido a osteoma em seio frontal da face, foram os outros procedimentos adicionais realizados (Tabela 3).

Tabela 3 – Distribuição dos procedimentos adicionais realizados em 10 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

Cirurgia adicional	n	%
Colecistectomia vídeo-laparoscópica	8	19,0%
Lise de aderências pélvicas	1	2,4%
Sinusectomia de seio frontal da face	1	2,4%
Total	10	23,8%

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Conversão da videolaparoscopia para cirurgia a céu aberto, complicações intra-operatórias e mortalidade não foram relatadas em nenhum dos pacientes desta amostra.

Complicações pós-operatórias tardias (após 30 dias da cirurgia) foram observadas em 6 (14,3%) pacientes. A disfagia persistente e contínua foi relatada por 3 (7,15%) pacientes, sendo que em 2 deles foi necessária intervenção médica através do emprego de dilatação esofágica endoscópica. A falha da funduplicatura primária e subsequente necessidade de nova funduplicatura foram responsáveis pelos outros 7,15% (3 pacientes) das complicações tardias.

Vinte e quatro (57,1%) pacientes relataram um ou mais sintomas de grau e frequência variáveis após mais de 2 anos do procedimento cirúrgico que podem estar relacionados a alterações funcionais pós-operatórias ou à DRGE (Tabela 4). A maioria desses sintomas foi classificada, de acordo com a gravidade, como sintomas leves (presentes ocasionalmente, sem interferências nas atividades diárias). (Tabela 5).

Tabela 4 – Distribuição dos sintomas pós-operatórios apresentados por 24 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

Sintomas pós-operatórios	n	%
Disfagia	11	26,2%
Síndrome de retenção gasosa (gas-bloat syndrome)	6	14,3%
Dor epigástrica	5	11,9%
Flatulências	5	11,9%
Náuseas	3	7,15%
Pirose	3	7,15%
Tosse	3	7,15%
Regurgitação	2	4,8%
Vômitos	1	2,4%

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Tabela 5 – Distribuição da gravidade dos sintomas pós-operatórios apresentados por 24 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro a 2004.

Sintomas pós-operatórios	leve	moderado	grave	total
Síndrome de retenção gasosa (gas-bloat syndrome)	6	0	0	6
Dor epigástrica	4	1	0	5
Flatulências	4	1	0	5
Náuseas	2	1	0	3
Pirose	3	0	0	3
Regurgitação	1	1	0	2
Tosse	2	1	0	3
Vômitos	1	0	0	1

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

A disfagia com dieta sólida e com dieta pastosa foi relatada por 8 (19%) e 3 (7,15%) pacientes, respectivamente. Nessa amostra, não foi relatada disfagia com dieta líquida (Tabela 6).

Tabela 6 – Distribuição da classificação da disfagia pós-operatória apresentada por 11 pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti por videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

Disfagia	n	%
Disfagia com dieta líquida	0	0%
Disfagia com dieta pastosa	3	7,15%
Disfagia com dieta sólida	8	19,00%
Total	11	100%

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Dificuldade para eructar e para vomitar estava presente, nessa ordem, em 11 (26,2%) e 6 (14,3%) pacientes. Todos os pacientes referiram, de acordo com a gravidade, sintomas leves, exceto um paciente que relatou dificuldade moderada para eructar, havendo, dessa maneira, interferência nas suas atividades diárias.

Após o procedimento cirúrgico, 9 (21,4%) pacientes necessitaram auxílio médico devido à permanência, piora ou surgimento de um ou mais sintomas relacionados à DRGE ou por causa do aparecimento de complicações ou alterações funcionais relacionadas com a cirurgia (Gráfico 2).

Necessidade de auxílio médico

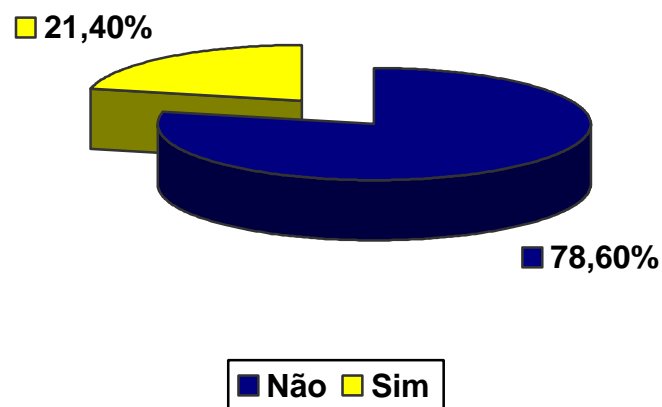


Gráfico 2 – Distribuição dos pacientes conforme a necessidade de auxílio médico após serem submetidos à fundoplicatura total videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Dentre os 42 pacientes, 2 (4,8%) precisaram de dilatação endoscópica esofágica até 3 meses após o procedimento cirúrgico por causa do aparecimento de disfagia persistente e contínua, e 3 (7,15%) foram submetidos à nova cirurgia anti-refluxo videolaparoscópica por falha da primeira funduplicatura e subsequente retorno da sintomatologia da DRGE. Essa nova abordagem cirúrgica foi realizada após 8 meses, 2 anos e 4 anos da primeira cirurgia em questão. Após esse novo procedimento, todos os pacientes relataram melhora da sintomatologia e se sentiram satisfeitos com o resultado após mais de 2 anos da primeira cirurgia.

No momento da avaliação clínica, somente 2 (4,8%) pacientes estavam tomando medicamento (inibidor de bomba de próton – IBP) para controle dos sintomas da DRGE. Um paciente referiu o uso diário dessa droga e outro relatou que a utiliza raramente (1 a 2 vezes por mês).

A maioria dos pacientes relatou mudança no estilo de vida, como ingestão calórica reduzida, maior duração de tempo reservado para as refeições e prática de exercícios físicos.

Trinta e quatro (81%) pacientes responderam que não evitam nenhum tipo de alimento, ou seja, ingerem a mesma variedade de alimentos como faziam antes da cirurgia anti-refluxo. Os outros 8 (19%) pacientes estão restringindo alguns alimentos que antes da cirurgia eram ingeridos habitualmente, pois relataram que não se sentem bem após a ingestão dos mesmos.

De acordo com a classificação de Visick¹¹, 18 (42,85%) pacientes foram enquadrados como Visick I e 18 (42,85%) como Visick II. Cinco (11,9%) pacientes foram classificados como Visick III e 1 (2,4%) como Visick IV (Gráfico 3).

CLASSIFICAÇÃO DE VISICK

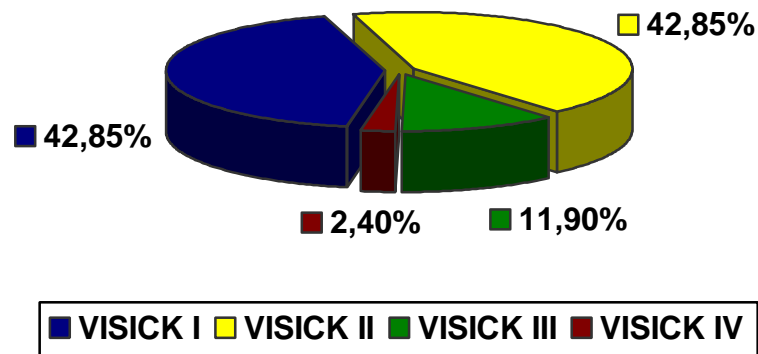


Gráfico 3 – Distribuição dos pacientes conforme a classificação de Visick, submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Dentre os 42 pacientes, 40 (95,2%) estão satisfeitos com o resultado da cirurgia (Gráfico 4). Os mesmos 40 pacientes não se arrependeram da escolha em realizar esse procedimento cirúrgico, e se submeteriam à nova cirurgia anti-refluxo se houvesse necessidade. Esses pacientes também indicariam o procedimento cirúrgico para seus familiares. Apenas 2 (4,8%) pacientes estão insatisfeitos com a cirurgia, desse modo, não se submeteriam à cirurgia novamente e não a indicariam para seus familiares (Gráfico 4).

SATISFAÇÃO COM A CIRURGIA

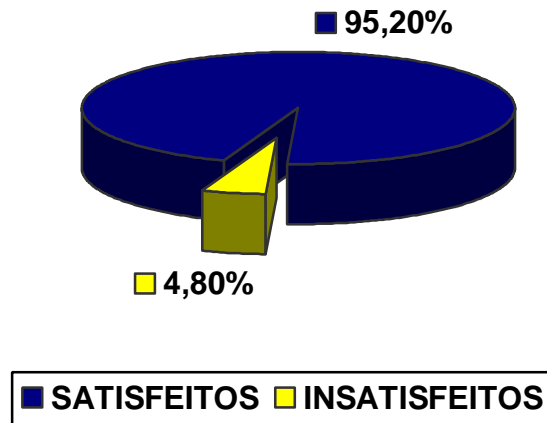


Gráfico 4 – Distribuição dos pacientes conforme a satisfação com a cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti realizada no Hospital de Caridade entre setembro de 2002 a janeiro de 2004.

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

Do total da amostra, 40 (95,2%) pacientes sentem-se curados da DRGE após mais de 2 anos da cirurgia de funduplicatura total (Gráfico 5).

SENTEM-SE CURADOS

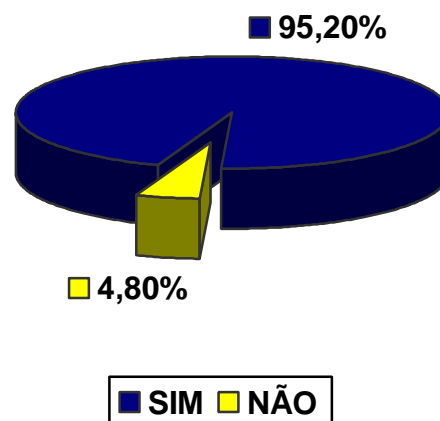


Gráfico 5 – Distribuição dos pacientes conforme a pergunta: “Você se sente curado (a) da DRGE após ser submetido (a) à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti há mais de 2 anos?”.

FONTE: Serviço de Arquivo Médico do Hospital de Caridade, Florianópolis (2002-2004).

5. DISCUSSÃO

Desde a introdução da cirurgia anti-refluxo de Nissen por via videolaparoscópica em 1991, o seu emprego aumentou exponencialmente ¹⁸. Atualmente, essa técnica está sendo considerada o método de escolha no tratamento cirúrgico da DRGE quando comparado à técnica de cirurgia a céu aberto, uma vez que possui vantagens como duração da cirurgia e dor pós-operatória reduzidas, menor permanência hospitalar, rápido retorno às atividades diárias, e finalmente, melhor resultado estético ²¹.

A cirurgia videolaparoscópica para tratamento da DRGE é uma técnica relativamente nova. Desse modo, trabalhos científicos foram realizados para avaliar a eficiência desse procedimento ^{9,11,19-22,24}. O presente estudo avaliou retrospectivamente o resultado das cirurgias anti-refluxo de Nissen-Rossetti por via videolaparoscópica realizadas no Hospital de Caridade em Florianópolis, SC de setembro de 2002 a janeiro de 2004, por meio da avaliação da satisfação dos pacientes.

Foram utilizados exclusivamente critérios clínicos para a avaliação da satisfação dos pacientes com o procedimento cirúrgico em questão. Dessa maneira, nesse estudo os exames complementares, como a endoscopia digestiva alta, manometria esofágica e pHmetria não foram considerados na avaliação pré-operatória e no acompanhamento pós-operatório desses pacientes. Em um estudo de coorte realizado por Anvari e colaboradores ²⁴, não foi encontrada diferença significativa na satisfação dos pacientes após a funduplicatura vídeo-laparoscópica no grupo de pacientes que sofreu estudos objetivos como a pHmetria e a manometria esofágica no acompanhamento pós-operatório comparado com o grupo que não quis se submeter a esses testes objetivos após a cirurgia.

No presente trabalho, 77,8% da amostra dos pacientes forneceu as informações do acompanhamento clínico pós-operatório após mais de 2 anos do procedimento cirúrgico. O acompanhamento clínico de quase 80% do total da amostra é comparável com a maioria dos estudos de avaliação pós-operatória da cirurgia de funduplicatura total por via videolaparoscópica ^{4,11,19,20,25}.

Como em outros procedimentos cirúrgicos, um período de aprendizado é requerido, especialmente quando se tem uma transição de cirurgia a céu aberto para uma técnica minimamente invasiva ²⁶. Bons resultados da cirurgia anti-refluxo por via vídeo-laparoscópica são obtidos quando cirurgiões experientes a executam ^{15,17}. A funduplicatura vídeo-

laparoscópica exige habilidade para realizar uma cirurgia em múltiplos planos através de uma visualização bidimensional. A aquisição dessa habilidade juntamente com a necessidade de adaptação a novos instrumentos e técnicas de sutura são mudanças necessárias para atingir um resultado seguro e efetivo¹³. Com a experiência do cirurgião, observa-se uma queda no tempo da cirurgia e de hospitalização, taxa de conversão para cirurgia a céu aberto e complicações intra e pós-operatórias^{13,15-17,26}. Dessa forma, o presente estudo considera uma curva de aprendizado, excluindo os primeiros 50 procedimentos de toda a equipe cirúrgica envolvida no estudo, de acordo com o trabalho publicado por Watson e colaboradores¹⁶, no qual avaliaram os resultados obtidos em 280 funduplicaturas videolaparoscópicas.

No presente estudo a presença de complicações intra-operatórias não foi observada. Pessaux e colaboradores¹¹, em um estudo prospectivo publicado em 2005 encontraram uma taxa de complicações intra-operatórias de 2,1%, em sua maioria provocada por sangramento dos vasos gástricos curtos. Em um estudo prospectivo utilizando uma técnica cirúrgica vídeo-laparoscópica de dissecação paraesofágica mínima, sem a divisão dos vasos gástricos curtos, Anvari e colaboradores²⁴ não encontraram complicações intra-operatórias. Então, concluiu-se que a dissecação paraesofágica menos agressiva tem sido um fator para evitar complicações intra-operatórias. Na técnica operatória utilizada no presente estudo (funduplicatura de Nissen-Rossetti) não foi necessária a divisão dos vasos gástricos curtos em nenhum dos pacientes da amostra. Dessa forma, pode-se dizer que o emprego dessa técnica cirúrgica foi importante para evitar essa complicação.

No entanto, complicações pós-operatórias tardias, ou seja, após mais de 30 dias do ato cirúrgico, foram notadas em 6 (14,3%) pacientes. A disfagia persistente e contínua foi relatada por 3 (7,15%) pacientes, enquanto que a falha da funduplicatura primária, com subsequente retorno da sintomatologia preexistente, foi responsável por 7,15% (3 pacientes) dessas complicações. Esses achados são compatíveis com os resultados apresentados por Hahnloser e colaboradores²⁷ em um estudo retrospectivo, no qual encontraram complicações pós-operatórias tardias em 13% dos pacientes. Desses, 4% apresentaram disfagia severa e persistente e em 3% houve falha da funduplicatura primária.

No presente estudo, não houve conversão da cirurgia por via vídeo-laparoscópica em cirurgia a céu aberto. No estudo prospectivo de Lafullarde e colaboradores¹⁹, no qual 178 pacientes foram acompanhados por mais de 5 anos, foi observado uma taxa de conversão para cirurgia a céu aberto de 12%, sendo as principais causas: o excesso de gordura intra-abdominal, a dificuldade na identificação da anatomia da região gastroesofágica e impossibilidade de reduzir hérnias hiatais extensas. Essa taxa de conversão foi considerada

alta pelos próprios autores, já que não excluíram do estudo os pacientes operados no início da curva de aprendizado dos cirurgiões. No entanto, em um trabalho publicado em 1998²⁵, no qual 381 pacientes foram submetidos à cirurgia videolaparoscópica por um único cirurgião experiente, observou-se uma taxa de conversão de 1,1%. A razão dessas conversões foi visualização inadequada da região gastroesofágica por obesidade mórbida ou por aderência prévias significativas. Dessa maneira, pode-se afirmar que a exclusão dos pacientes submetidos à cirurgia no período da curva de aprendizado dos cirurgiões nesse presente estudo pode ter influenciado na inexistência de conversão para cirurgia a céu aberto.

Segundo um estudo publicado em 2001¹⁹, a reoperação por falha da funduplicatura primária foi necessária em 15% dos pacientes da amostra. As causas da falha primária foi hérnia hiatal paraesofágica, disfagia severa e persistente e recorrência dos sintomas da DRGE. Em outro trabalho publicado por Anvari e colaboradores²⁴, 4% de um total de 332 pacientes foram submetidos a uma nova reoperação por recorrência dos sintomas. Analisando os resultados do presente estudo, observou-se a necessidade de uma nova intervenção cirúrgica videolaparoscópica por falha da funduplicatura primária e subsequente retorno dos sintomas da DRGE em 3 (7,15%) pacientes. Essa nova abordagem cirúrgica foi realizada depois de 8 meses, 2 e 4 anos da primeira cirurgia em questão. Após esse novo procedimento, todos os pacientes relataram melhora da sintomatologia e se sentiram satisfeitos com o resultado após mais de 2 anos da primeira cirurgia. Esses achados confirmam a eficiência da refunduplicatura por via videolaparoscópica, que causa a melhora dos sintomas do paciente. Conseqüentemente, essa nova abordagem cirúrgica aumenta a qualidade de vida após acompanhamento pós-operatório por um período maior que 3 anos²⁸.

Analisando a presença de sintomas referidos pelos pacientes após mais de 2 anos de cirurgia, observou-se que 18 (42,9%) pacientes estavam totalmente assintomáticos. É importante lembrar que todos os pacientes dessa amostra apresentavam um ou mais sintomas típicos ou atípicos da DRGE no pré-operatório (tabela 1). Além disso, foi visto que 3 (7,15%) pacientes persistiam com pirose, 2 (4,8%) com regurgitação e 5 (11,9%) com dor epigástrica. Apesar disso, todos os pacientes referiram melhora significativa dos sintomas após a cirurgia anti-refluxo, com exceção de um indivíduo que relatou piora da regurgitação. Resultados semelhantes foram encontrados por Bammer e colaboradores²² que em um estudo prospectivo evidenciaram pirose e regurgitação em 5,8% e 6,4% dos pacientes respectivamente, após mais de 5 anos de acompanhamento, da mesma forma que todos os indivíduos dessa amostra referiram melhora dos sintomas após o procedimento cirúrgico.

A disfagia é uma queixa comum depois da fundoplicatura total por via videolaparoscópica. Ela é geralmente leve, intermitente e melhora até 30 dias sem requerer nenhuma intervenção^{11,29}. Esse sintoma no pós-operatório imediato é causado principalmente por 2 fatores: trauma, evoluindo para edema na região da fundoplicatura e por problemas em se adaptar a um novo modelo de hábito alimentar²⁹. Disfagia pós-operatória tem uma relação direta com fatores cirúrgicos, fisiológicos e com a experiência do cirurgião. Dessa maneira, os pacientes necessitam mudar seu padrão de alimentação, uma vez que a cirurgia anti-refluxo altera a anatomia e a fisiologia da junção gastroesofágica²⁹. Além disso, aspectos psicológicos como o stress ou a personalidade do paciente operado podem influenciar na percepção individual do grau de severidade da disfagia^{27,29}.

No presente estudo, a presença de disfagia após mais de 2 anos da fundoplicatura foi investigada, não levando em conta a existência desse sintoma no pós-operatório imediato. Dessa maneira, notou-se que 11 (26,2%) pacientes apresentavam esse sintoma. Desses, apenas 2 (4,8%) pacientes relataram necessidade de dilatação esofágica endoscópica até 3 meses da fundoplicatura devido à disfagia contínua. Esses indivíduos referiram melhora dessa queixa após o procedimento de dilatação. No momento da entrevista desses 11 pacientes, 10 (23,8%) relataram disfagia esporádica, com melhora após a mudança dos hábitos alimentares e sem necessidade de auxílio médico. Apesar disso, sentem-se satisfeitos com o resultado da cirurgia. Apenas uma paciente relatou disfagia contínua após dieta pastosa, sem melhora com mudança dos hábitos alimentares. Apesar da insatisfação da paciente com o resultado cirúrgico, ela não procurou auxílio médico. Esses achados assemelham-se aos resultados do estudo de Bammer e colaboradores²². Nesse trabalho, foi encontrada uma taxa de disfagia de 27,5% após mais de 5 anos de cirurgia anti-refluxo, sendo necessário o emprego da dilatação esofágica em apenas 7% desses pacientes.

DRGE está frequentemente associada com sintomas respiratórios, como tosse, rouquidão, pigarro e asma. Esses sintomas podem ser encontrados em até 25% dos pacientes acometidos por essa doença^{5,30}. Alguns mecanismos podem explicar a patogênese do refluxo que envolve o trato respiratório. Esofagite com subsequente edema submucoso, perda de fibras musculares e aumento do colágeno submucoso devido à inflamação crônica pode causar uma deterioração na peristalse esofágica levando à microaspiração do refluxo gástrico⁵. O restabelecimento cirúrgico de uma barreira anti-refluxo mostrou ser efetivo nos pacientes com sintomas respiratórios³¹. Em um estudo publicado por Ciovica e colaboradores⁵, no qual foram acompanhados 338 pacientes, notou-se que 75% dos pacientes que relataram tosse no pré-operatório, somente 3% apresentavam esse sintoma após 12 meses

de cirurgia. No presente estudo, foi visto um resultado semelhante à literatura científica. Nove pacientes relatavam tosse no período pré-operatório, e após 2 anos do procedimento cirúrgico, somente 3 (33,3%) referiram esse sintoma.

Nesse estudo, notou-se a existência da síndrome de retenção gasosa (gas-bloat syndrome) e aumento de flatulências no pós-operatório. Do total da amostra, 11 pacientes (26,2%) referiram, no momento da entrevista, que sofrem de algum dos sintomas mencionados anteriormente. Além disso, 17 indivíduos (40,5%) alegaram dificuldade no ato de vomitar ou eructar. Em um estudo publicado em 2006 por Vidal e colaboradores³², foram encontrados resultados semelhantes ao estudo atual, no qual 15% apresentavam síndrome de retenção gasosa e 45 % dificuldade para vomitar ou eructar. A existência dessa dificuldade em eructar e de um reduzido volume do fundo gástrico pode predispor o desenvolvimento da síndrome de retenção gasosa e aumento na eliminação de flatulências após a cirurgia de funduplicatura²⁴. No entanto, estudos^{21,33} comprovaram a existência de flatulências e síndrome de retenção gasosa no pré-operatório, e não notaram nenhuma diferença estatisticamente significativa em relação a esses sintomas no pós-operatório. Dessa maneira, no presente estudo não foi possível analisar o real aumento da frequência desses sintomas, uma vez que não foi avaliada a existência e a gravidade dos mesmos no pré-operatório.

A satisfação dos pacientes com a funduplicatura total vídeo-laparoscópica após mais de 2 anos do procedimento varia entre 86% a 96,5%^{4,8,11,19-22,24,32,34-37}. Nesse presente estudo, a avaliação dos 42 pacientes submetidos à funduplicatura apontou uma satisfação de 95,2%. No momento da entrevista, 36 pacientes (85,7%) foram classificados como Visick I e II, sendo que esses indivíduos estão livres dos sintomas da DRGE ou apresentam sintomas mínimos, sem a necessidade de procurar auxílio médico. Os outros 6 (14,3%) pacientes foram graduados como Visick III ou IV, necessitando de auxílio médico por sintomas significantes da DRGE ou por piora do quadro após o procedimento cirúrgico. Quatro dos pacientes graduados como Visick III e IV afirmam que a cirurgia amenizou os sintomas da DRGE. Essa melhora da sintomatologia do refluxo nesses 4 indivíduos após a cirurgia pode explicar a discrepância entre a percentagem dos pacientes classificados como Visick I e II (85,7%) e a percentagem dos indivíduos satisfeitos com a cirurgia (95,2%). Dessa forma, apesar de um significativo número de pacientes apresentarem sintomas de grau e frequência variáveis no pós-operatório ou efeitos adversos da cirurgia, necessitando de auxílio médico, eles se sentem melhores após o procedimento cirúrgico. Discordância similar entre a classificação de Visick e a satisfação dos pacientes foi relatada por Booth e colaboradores²⁰.

Dois (4,8%) pacientes estão insatisfeitos com a cirurgia. Um deles afirmou que a funduplicatura piorou a regurgitação enquanto que o outro relatou que a cirurgia não aliviou seus sintomas da DRGE além de ter provocado disfagia com dieta alimentar pastosa.

Todos os pacientes que sofreram uma nova cirurgia anti-refluxo após a abordagem inicial estão satisfeitos com a cirurgia após mais de 2 anos do primeiro procedimento. Apesar da recorrência dos sintomas da DRGE e de serem submetidos a um novo procedimento cirúrgico os pacientes afirmam que estão satisfeitos com o resultado desse tratamento. Essa boa aceitação após a refunduplicatura por via videolaparoscópica foi também relatada em um estudo prospectivo por Anvari e colaboradores²⁴.

Analisando os resultados descritos acima, percebe-se que a grande maioria dos pacientes (95,2%) está satisfeita com o procedimento cirúrgico. Dessa maneira, pode-se afirmar, na casuística avaliada, que a cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti videolaparoscópica é um método seguro e eficaz no tratamento da DRGE.

6. CONCLUSÃO

A grande maioria dos pacientes (95,2%) submetidos à cirurgia anti-refluxo videolaparoscópica está satisfeita com o resultado do tratamento cirúrgico, decorridos mais de 2 anos da evolução pós-operatória.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Revick DA, Wood M, Maton PN, Sorensen S. The impact of gastroesophageal reflux disease on health-related quality of life. *Am J Med.* 1998 Mar;104:252-258.
2. Peters JH, DemeesterTR, Crookes P, Oberg S, de Vos Shoop M, Hagen JA, et al. The treatment of gastroesophageal reflux disease with laparoscopic Nissen fundoplication: prospective evaluation of 100 patients with typical symptoms. *Ann Surg.* 1998 Jul;228(1):40-50
3. Katzka DA, Sidhu M, Castell DO. Hypertensive lower esophageal sphincter pressures and gastroesophageal reflux: an apparent paradox that is not unusual. *Am J Gastroenterol.* 1995;90:280-284.
4. Liu JY, Woloshin S, Laycock WS, Schwartz LM. Late outcomes after laparoscopic surgery for gastroesophageal reflux. *Arch Surg.* 2002 April;137(4):397-401.
5. Ciovica R, Gadenstatter M, Klingler A, Neumayer C, Schwab GP. Laparoscopic antireflux surgery provides excellent results and quality of life in gastroesophageal reflux disease patients with respiratory symptoms. *J Gastrointest Surg.* 2005;9(5):633-637.
6. Lundell L, Miettinen P, Myrvold HE, Pedersen SA, Liedman B, Hatlebakk JB, et al. Continued (5-year) follow-up of a randomized clinical study comparing antireflux surgery and omeprazole in gastroesophageal reflux disease. *J Am Coll Surg.* 2001 Feb;192(2):172-179.
7. Slim K, Bousquet J, Kwiatkowisk F, Lescure G, Pezet D, Chipponi J. Quality of life before and after laparoscopic fundoplication. *Am J Surg.* 2000 Jul;180:41-45.
8. Dallemagne B, Weerts JM, Jeahes C, Markiewicz S. Results of laparoscopic Nissen fundoplication. *Hepato-gastroenterol.* 1998;45(23):1338-1343.
9. Granderath FA, Kamolz T, Schweiger UM, Pasiut M, Haas CF, Wykypiel H, et al. Long-term results of laparoscopic antireflux surgery. Surgical outcome and analysis of failure after 500 laparoscopic antireflux procedures. *Surg Endosc.* 2002 Feb;16:753-757.
10. Dallemagne B, Weerts JM, Jeahes C, Markiewick S, Lombard R. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. *Surg Laparosc Endosc.* 1991 Sep;1(3):138-143.
11. Pessaux P, Arnaud JP, Delattre JF, Meyer C, Baulieux J, Mosnier H. Laparoscopic antireflux surgery: five-year results and beyond in 1340 patients. *Arch Surg.* 2005 Oct;140(10):946-951.
12. Trus TL, Laycock WS, Branum G, Waring JP, Mauren S, Hunter JG. Intermediate follow-up of laparoscopic antireflux surgery. *Am J Surg.* 1996 Jan;171:32-35.
13. Soot SJ, Eshraghi N, Farahmand M, Brett C, Deveney CW. Transition from open to laparoscopic fundoplication: the learning curve. *Arch Surg.* 1999 Mar;134(3):278-281.

14. Nilsson G, Wenner J, Larsson S, Johsson F. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open fundoplication for gastroesophageal reflux. *Br J Surg*. 2004 May;91(5):552-559.
15. Watson DI, Jamieson GG, Baigrie RJ, Mathew G, Devitt PG, Game PA, et al. Laparoscopic surgery for gastro-oesophageal reflux: beyond the learning curve. *Br J Surg*. 1996 Sep;83(9):1284-1287.
16. Watson DI, Baigrie RJ, Jamieson GG. A learning curve for laparoscopic fundoplication: definable, avoidable, or a waste of time? *Ann Surg*. 1996 Aug;224(2):198-203.
17. Menon VC, Manson JMck, Baxter JN. Laparoscopic fundoplication: learning curve and patient satisfaction. *Ann R Coll Surg Engl*. 2003;85:10-13.
18. Markus PM, Horstmann O, Kley C, Neufang T, Becker H. Laparoscopic fundoplication. Is there a correlation between pH studies and patient's quality of life? *Surg Endosc*. 2001 Oct;16:48-53.
19. Lafullarde T, Watson DI, Jamieson GG, Myers JC, Game PA, Devitt PG. Laparoscopic Nissen fundoplication: five-year results and beyond. *Arch Surg*. 2001 Feb;136(2):180-184.
20. Booth MI, Jones L, Stratford J, Dehn TCB. Results of laparoscopic Nissen fundoplication at 2-8 years after surgery. *Br J Surg*. 2002 April;89(4):476-481.
21. Dallemagne B, Weerts J, Markiewick S, Dewandre JM, Wahlen C, Monami B, et al. Clinical results of laparoscopic fundoplication at ten years after surgery. *Surg Endosc*. 2005 Dec;20:159-165.
22. Bammer T, Hinder RA, Klaus A, Klinger PF. Five- to eighth-year outcome of the first laparoscopic Nissen fundoplications. *J Gastrointest Surg*. 2001; 5(1):42-48.
23. Contini S, Bertelè A, Nervi G, Zinicola R, Scarpignato C. Quality of life for patients with gastroesophageal reflux disease 2 years laparoscopic fundoplication. *Surg Endosc*. 2002 Jun;16:1555-1560.
24. Anvari M, Allen C. Five-year comprehensive outcomes evaluation in 181 patients after laparoscopic Nissen fundoplication. *J Am Coll Surg*. 2003 Jan;196(1):51-59.
25. Anvari M, Allen C. Laparoscopic Nissen fundoplication: two-year comprehensive follow-up of a technique of minimal paraesophageal dissection. *Ann Surg*. 1998 Jan;227(1):25-32.
26. Deschamps C, Allen MS, Trastek VF, Johnson JO, Pairolero PC. Early experience and learning curve associated with laparoscopic Nissen fundoplication. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1998 Feb; 115(2):281-285.
27. Hahmloser D., Schumacher M, Cavin R, Cosendey B, Petropoulos P. Risk factors for complications of laparoscopic Nissen fundoplication. *Surg Endosc*. 2001 Oct;16:43-47.

28. Granderath FA, Kamolz T, Schweiger UM, Pointner R. Long-term follow-up after laparoscopic fundoplication for failed antireflux surgery: quality of life, symptomatic outcome, and patient satisfaction. *J Gastrointest Surg.* 2002; 6(6):812-818.
29. Kamolz T, Bammer T, Pointner R. Predictability of dysphagia after laparoscopic Nissen fundoplication. *Am J Gastroenterol.* 2000 Feb;95(2):408-414.
30. Novitsky YW, Zawacki JK, Irwin RS, French CT, Hussey VM, Callery MP. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease. *Surg Endosc.* 2002;16:567-571.
31. Wetscher GJ, Glaser K, Hinder RA. Respiratory symptoms in patients with gastroesophageal reflux disease follow-up medical therapy and following antireflux surgery. *Am J Surg.* 1997;174:639-643.
32. Vidal O, Lacy AM, Pera M, Valentini M, Bollo J, Lacima G, et al. Long-term control of gastroesophageal reflux disease symptoms after laparoscopic Nissen-Rossetti fundoplication. *J Gastrointest Surg.* 2006;10:863-869.
33. Hunter JG, Trus TL, Branun GN, Waring JP, Wood WC. A physiologic approach to laparoscopic fundoplication for gastroesophageal reflux disease. *Ann Surg.* 1996 Jun;223(6):673-687.
34. Draaïma WA, Rijnhart-de Jong HG, Broeders IAMJ, Smout AJPM, Furnee EJB, Gooszen HG. Five-year subjective and objective results of laparoscopic and conventional Nissen fundoplication: a randomized trial. *Ann Surg.* 2006 Jul;244(1):34-41.
35. O'Boyle CJ, Watson DI, Jamieson GG, Myers JC, Game PA, Devitt PG. Division of short gastric vessels at laparoscopic Nissen Fundoplication: a prospective double-blind randomized trial with 5-year follow-up. *Ann Surg.* 2002 Feb;235(2):165-170.
36. Zornig C, Strate U, Fibbe C, Emmermann A, Lauer P. Nissen vs Toupet laparoscopic fundoplication. A prospective randomized study of 200 patients with and without preoperative esophageal motility disorders. *Surg Endosc.* 2002 Feb;16:758-766.
37. Baigrie RJ, Cullis SNR, Ndhluni AJ, Cariem A. Randomized double-blind trial of laparoscopic Nissen fundoplication versus anterior partial fundoplication. *Br J Surg.* 2005 Jul;92(7):819-823.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão de Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

ANEXO

Anexo 1

Avaliação clínica dos pacientes submetidos à cirurgia anti-refluxo de Nissen-Rossetti vídeo-laparoscópica há mais de 2 anos.

Protocolo

Identificação

Prontuário: _____

Nome: _____ Tel: _____

Sexo: _____

DN: _____

Pré-operatório

Sintomas típicos: () pirose () regurgitação () disfagia () dor epigástrica

Sintomas atípicos: respiratórios () tosse () asma () bronquite

outros () vômitos () náuseas () eructação

Comorbidades: () sim () não Qual?: _____

Data da cirurgia: _____ Cirurgião responsável: _____

Duração da cirurgia: _____

Permanência hospitalar: _____

Cirurgia adicional: () sim () não Qual?: _____

Conversão para cirurgia aberta: () sim () não

Avaliação pós-operatória

Complicações: intra-operatórias: () sim () não Qual?: _____

imediatas: () sim () não Qual?: _____

precoces (30 dias) () sim () não Qual?: _____

tardias (> 30 dias) () sim () não Qual?: _____

Mortalidade: () sim () não

Paciente sente-se bem, sem sintomas relevantes? () sim () não

Sintomas:

pirose: () ausente () leve () moderada () grave

regurgitação: () ausente () leve () moderada () grave

disfagia () ausente () líquidos () pastosos () sólidos

dor epigástrica () ausente () leve () moderada () grave

plenitude gástrica () ausente () leve () moderada () grave

vômitos () ausente () leve () moderada () grave

tosse () ausente () leve () moderada () grave

pigarro () ausente () leve () moderada () grave

asma () ausente () leve () moderado () grave

gases () ausente () leve () moderado () grave

Dificuldade para eructar () ausente () leve () moderado () grave

Dificuldade para vomitar () ausente () leve () moderada () grave

Necessitou de auxílio médico após a cirurgia? () sim () não Porque? _____

Realizou outro procedimento

() dilatação melhora () sim () não

() reoperação Qual?: _____ melhora () sim () não

Medicação pós-operatória

() qual?: _____ por que?: _____

() raramente 1-2 x/mês

() ocasionalmente 3-4 x/mês

() frequentemente 2-3 x/sem

() diariamente

Alívio: () sim () não

Houve piora dos sintomas após a cirurgia?

() sim () não Qual sintoma?: _____

Mudou seu estilo de vida?

() sim () não

Alimentação normal? (anterior aos sinais/sintomas de DRGE)

() sim () não

Satisfação com a cirurgia

() satisfeito () insatisfeito () regular

Faria a cirurgia novamente?

() sim () não

Indicaria a cirurgia para seus familiares?

() sim () não

Sente-se curado?

() sim () não