

RALPH BRAGA DUARTE

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA DO REFLUXO
GASTRO-ESOFÁGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
FUNDOPLICATURA DE NISSEN POR
VIDEOLAPAROSCOPIA HÁ TRÊS ANOS**

**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
2009**

RALPH BRAGA DUARTE

**AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA DO REFLUXO
GASTRO-ESOFÁGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À
FUNDOPLICATURA DE NISSEN POR
VIDEOLAPAROSCOPIA HÁ TRÊS ANOS**

**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 Pereira
Professor orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Ferreira da Cunha
Professor co-orientador: Prof. Dr. Franco Haritsch**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2009**

AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores, Dr. Antônio Carlos Ferreira da Cunha e Dr. Franco Haritsch, pelo apoio no desenvolvimento deste trabalho.

Aos pacientes estudados, pela paciência e colaboração.

Aos meus amigos Marcelo de Ávila Tireck, Rodrigo C. S. da Costa, Deyvid Medeiros, Bernardo Vieira Machado, Rodrigo Zimath, Guilherme Cesa e Rafael Fernandes, por terem contribuído com meus momentos de lazer, decisivos para que o desenvolvimento deste trabalho não fosse um fator estressante em minha vida.

RESUMO

Introdução: A Doença do Refluxo Gastro-esofágico é muito comum. Seus principais sintomas são pirose e regurgitação. O tratamento é feito principalmente através de mudanças nos hábitos de vida e de medicamentos inibidores de bomba de prótons, porém em alguns casos há a indicação de tratamento cirúrgico. A cirurgia mais utilizada é a Fundoplicatura de Nissen por videolaparoscopia, que já é bem documentada e mostra-se muito eficaz na maioria dos estudos a curto prazo, porém ainda existem poucos estudos sobre a eficácia do tratamento a médio e longo prazo.

Objetivos: Este estudo foi realizado a fim de se avaliar a eficácia do tratamento cirúrgico a longo prazo e a satisfação dos pacientes após suas cirurgias.

Métodos: Foram entrevistados 26 pacientes submetidos à cirurgia há 3 anos, e seus sintomas atuais foram comparados àqueles referidos no pré-operatório.

Resultados: Após a média de 50 meses pós cirurgia, a nova avaliação dos pacientes mostrou que: Pirose(N=26) teve alívio parcial em 4(15,3%) pacientes e cessou em 20(77%); eructação(N=21) teve alívio parcial em 3(14,3%) e cessou em 16(76,2%); regurgitação(N=19) cessou em 17(89,5%); dor epigástrica(N=18) cessou em 17(94,4%); plenitude pós-prandial(N=18) teve alívio parcial em 3(16,6%) e cessou em 12(66,7%); náusea(N=9) teve alívio parcial em 2(22,3%) e cessou em 7(77,7%); e dor retroesternal(N=6), tosse(N=6), disfagia(N=3) e rouquidão(N=3) cessaram em 100% dos pacientes.

Conclusões: A Fundoplicatura de Nissen por videolaparoscopia é um procedimento seguro e eficaz a longo prazo. A grande maioria dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da Doença do Refluxo Gastro-esofágico fica satisfeita com os seus resultados.

ABSTRACT

Background: The Gastro-esophageal reflux disease is very common. Its main symptoms are heartburn and regurgitation. Treatment is primarily through changes in living habits and proton pump inhibitors drugs, but in some cases there is the indication of surgical treatment. The Laparoscopic Nissen Fundoplication is the most used surgery, and is already well documented and is very effective in most studies in the short term, but there are few studies on the effectiveness of treatment in the medium and long term.

Objective: This study was conducted in order to assess the long-term effectiveness of surgical treatment and to assess satisfaction of patients after their surgeries.

Method: Were interviewed 26 patients underwent surgery 3 years ago, and their symptoms were compared to those present preoperatively.

Results: After an average of 50 months after surgery, a new assessment of the patients showed that: Heartburn (N = 26) had partial relief in 4 (15.3%) patients and ceased in 20 (77%), eructation (N = 21) had partial relief in 3 (14.3%) and ceased in 16 (76.2%), regurgitation (N = 19) ceased in 17 (89.5%), epigastric pain (N = 18) ceased in 17 (94.4%), post-prandial fullness (N = 18) had partial relief in 3 (16.6%) and ceased in 12 (66.7%), nausea (N = 9) had partial relief in 2 (22.2%) and ended at 7 (77.7%) and retrosternal pain (N = 6), cough (N = 6), dysphagia (N = 3) and hoarseness (N = 3) deaths in 100% of patients.

Conclusions: The Laparoscopic Nissen Fundoplication is a safe and effective procedure with long-term durability. The majority of patients undergoing surgical treatment of the Gastro-esophageal reflux disease are satisfied with the results.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DRGE	Doença do Refluxo Gastro-esofágico
EEI	Esfíncter esofágico inferior
IBP	Inibidor de Bomba de Prótons
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
IC95%	Intervalo de confiança de 95%
TGI	Trato Gastrointestinal

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	vi
SUMÁRIO	vii
1 INTRODUÇÃO	1
2 OBJETIVOS	6
3 MATERIAIS E MÉTODOS	7
3.1 Pacientes	7
3.2 Técnica cirúrgica	7
3.3 Questionário	8
3.4 Aspectos éticos	8
3.5 Delineamento da pesquisa	8
3.6 Avaliação dos sintomas	8
3.7 Análise Estatística	9
4 RESULTADOS	10
4.1 Avaliação dos sintomas pós-operatórios	10
4.2 Uso de medicamentos para doença do refluxo após a cirurgia	12
4.3 Sintomas novos	12
5 DISCUSSÃO	13
5.1 Eficácia do tratamento cirúrgico da DRGE	13
5.2 Comparação de sintomas novos	14
5.3 Comparação de pacientes que voltaram a tomar medicamentos	15
6 CONCLUSÕES	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXOS	20

1. INTRODUÇÃO

A Doença do Refluxo Gastro-esofágico (DRGE) é muito comum, sendo que entre 10 e 40% da população no mundo ocidental experimenta algum de seus diversos sintomas.^{1,2}

As principais queixas associadas à DRGE são pirose e regurgitação, mas outras como disfagia, dor epigástrica e até mesmo algumas de origem respiratória podem estar presentes.

Estas manifestações clínicas são causadas pela exposição do esôfago ao conteúdo ácido refluído do estômago. A estrutura responsável por evitar este refluxo é o esfíncter esofágico inferior (EEI), que é uma estrutura fisiológica que está associada a uma estrutura anatômica denominada zona de alta tensão, que se dá em função da musculatura intrínseca do esôfago distal, das fibras em alça do cárdia, da pressão exercida pelo diafragma e pela pressão transmitida pela cavidade abdominal. Quando esta zona está com uma pressão diminuída ela não consegue evitar que o conteúdo gástrico penetre no esôfago e então ocorre o refluxo gastro-esofágico. Este refluxo pode ocorrer ainda quando o esfíncter sofre relaxamento espontâneo não associado a uma onda peristáltica no corpo do esôfago.³ A figura 1 mostra o EEI fechado e aberto.

Quase todos os pacientes com DRGE apresentam uma pressão do EEI reduzida.⁴ Muitas vezes, está associada a uma hérnia de hiato, sendo que a mais comum é a hérnia Tipo I, que está presente quando a junção gastro-esofágica não é mantida na cavidade abdominal pelo ligamento frenoesofágico.³

Se não tratada, a DRGE pode ocasionar complicações graves, como estenose de esôfago, hemorragia, Esôfago de Barret e Adenocarcinoma.⁵

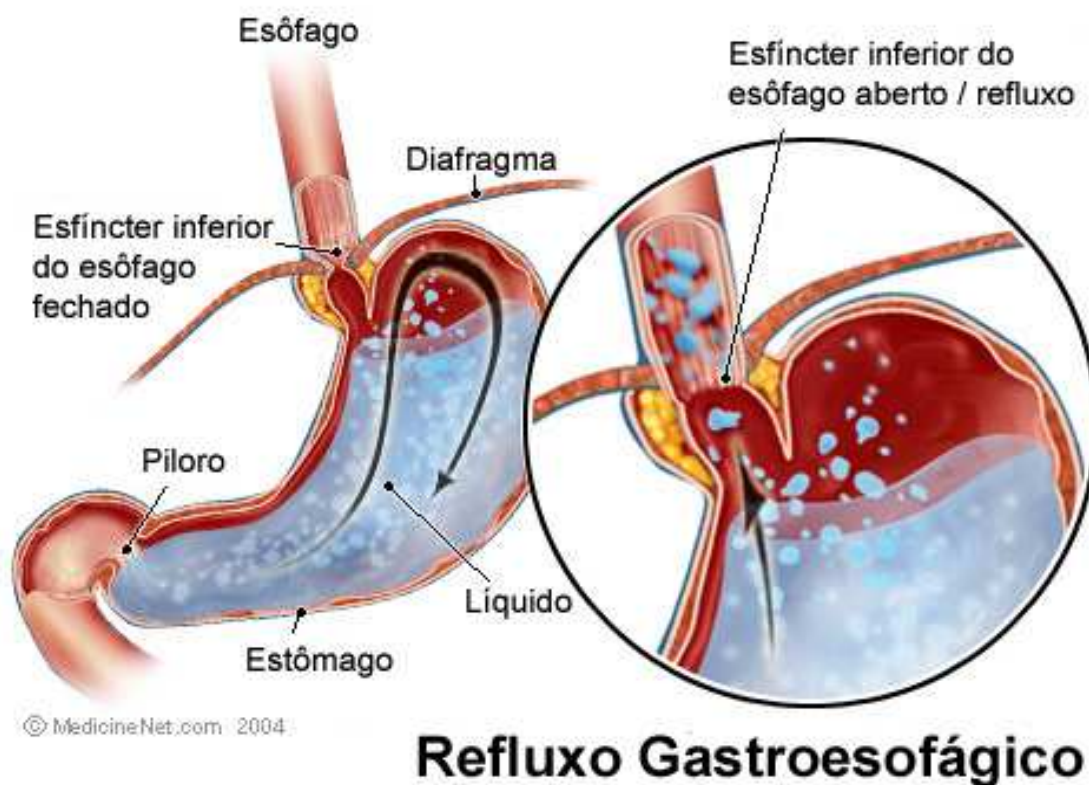


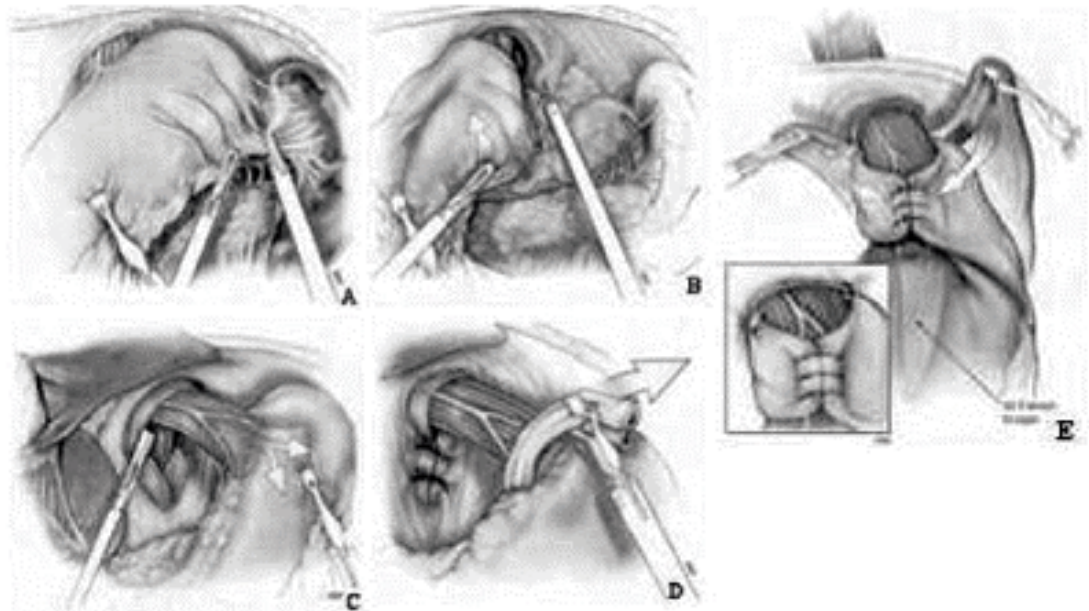
Figura 1 – Esfíncter esofágico inferior, fechado e aberto.

O tratamento de primeira linha para a DRGE consiste em modificações no estilo de vida e Inibidor de bomba de prótons (IBP), porém em alguns casos é necessária a intervenção cirúrgica, como nos pacientes com as complicações supracitadas, bem como em pacientes que não respondem à terapêutica clínica em dose máxima ou mesmo naqueles que descartam a hipótese de medicação oral por toda a vida.⁵ Dentre as modificações do estilo de vida que causam o alívio ou a cessação dos sintomas da DRGE estão: evitar dietas copiosas, evitar refeições pouco tempo antes de deitar-se, evitar a ingestão determinados alimentos (refrigerantes, café, chocolate, por exemplo), perder peso (em casos de obesidade), elevar a cabeceira da cama e evitar o tabagismo.

O objetivo da cirurgia, aberta ou por via laparoscópica, é a eliminação dos sintomas do refluxo e a prevenção do progresso e das complicações da DRGE.⁶

Dr. Rudolph Nissen é o responsável por desenvolver a cirurgia anti-refluxo. Em 1936, em Istambul, ele tratou um paciente com úlcera em esôfago distal ressecando o esôfago distal e o estômago proximal. Para proteger a anastomose esôfago-gástrica ele embutiu o coto esofágico dentro da parede do estômago. Ao observar a melhora dos sintomas neste paciente

ele desenvolveu a fundoplicatura como tratamento para a DRGE.⁷ Em dezembro de 1955, realizou a primeira fundoplicatura de 360 graus para a DRGE.^{8,9} Esta técnica compõe-se, resumidamente, dos seguintes passos: A) dissecação do pilar esquerdo do diafragma e da grande curvatura do estômago; B) dissecação da membrana frenoesofágica, sobre o pilar esquerdo, até as fibras do pilar serem identificadas; C) dissecação do pilar direito, abrindo-se o pequeno omento e mobilizando-o no sentido da membrana frenoesofágica, à direita; D) reaproximação dos pilares, posteriormente, através de fios grossos não absorvíveis; E) a face posterior do fundo gástrico é passada por trás do esôfago.³ A figura 2 mostra todos estes passos, inclusive o resultado final da fundoplicatura ancorada no esôfago, pilar direito e hiato (detalhe da figura E).



Fonte: Sabiston, 16ª edição

Figura 2 – Fundoplicatura de Nissen

Em 1991, Com o sucesso da cirurgia minimamente invasiva para o funcionamento de colecistectomia, cirurgiões começaram a explorar a possibilidade de se realizar a laparoscopia para fundoplicaturas.¹⁰ A primeira Fundoplicatura de Nissen por videolaparoscopia foi relatada em 1991 por Dallemagne e colaboradores.¹¹ Os resultados desta operação levaram a um despertar do interesse no tratamento cirúrgico da DRGE. Entre 1991 e 1995, cerca de 2000 casos foram relatados na literatura, com algumas séries contendo várias centenas de casos. Tanto os pacientes quanto os médicos ficaram satisfeitos

com a mínima morbidade, a curta permanência hospitalar e o rápido regresso às atividades normais oferecidos pela técnica laparoscópica.¹²

Hoje em dia, a fundoplicatura de Nissen por videolaparoscopia é a cirurgia mais freqüentemente realizada para tratar a DRGE.¹³

Segundo Galen Perdikis e colaboradores¹², as razões pelas quais a fundoplicatura de Nissen impede refluxo gastro-esofágico são:

- * O aumento da porção do esôfago intra-abdominal
- * Aumento da pressão em repouso do esfíncter esofágico inferior
- * Acentuação do ângulo HIS
- * Acentuação da mucosa da borda da válvula na junção esofagogástrica
- * Angulação do esôfago inferior durante a fundoplicatura
- * Diminuição do tamanho e funcionamento do fundo com aumento da velocidade de esvaziamento gástrico

Os resultados da intervenção cirúrgica podem ser avaliados pelo alívio dos sintomas e melhora da exposição ácida, das complicações e dos fracassos.³

A resposta sintomática ao tratamento cirúrgico da DRGE é excelente. A maioria dos autores relata índices de respostas de 90 a 94%³. Porém ainda existem controvérsias quanto à durabilidade do procedimento cirúrgico.¹⁴ A curto prazo, os resultados da Fundoplicatura de Nissen por videolaparoscopia são bastante bons, com 85-95%^{15,16} de excelente controle dos sintomas, mas recentemente dois estudos realizados a longo prazo têm sugerido que esses bons resultados precoces podem diminuir com o tempo.^{17,18}

As complicações da Fundoplicatura de Nissen podem ser divididas naquelas que são identificadas por ocasião da operação e naquelas identificadas no período pós-operatório. Dentre as primeiras tem-se o pneumotórax(mais comum), lesões gástricas e esofágicas, e lesões hepática e esplênicas(raras). Já as complicações pós-operatórias são decorrentes da plicatura propriamente dita, a qual restringe a dilatação da transição esôfago-gástrica, e são manifestadas por queixas de disfagia, dificuldade para eructação, dificuldade para regurgitação e flatulência. Existem ainda casos de recidivas em 5% dos pacientes. A maioria destes pode ser tratada com supressão ácida, com bons resultados. De qualquer forma, a anatomia da plicatura deve ser revisada pois na presença de alteração anatômica a recidiva é

quase sempre mais bem tratada com reoperação. Ainda nos casos de anatomia normal da plicatura verifica-se alívio dos sintomas após reoperação. A morte é rara nessa operação.³

Os principais tópicos discutidos pela maioria dos estudos atuais sobre o assunto são: 1.A eficácia do tratamento cirúrgico para cada sintoma; 2.O surgimento de sintomas novos após a cirurgia; e 3.A necessidade de se retornar ao uso de medicamentos após a intervenção cirúrgica.

2. OBJETIVOS

Este estudo foi realizado a fim de se avaliar a eficácia do tratamento cirúrgico da DRGE a longo prazo, bem como a satisfação dos pacientes após suas cirurgias.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Pacientes

Para este estudo, foi selecionada a totalidade dos pacientes submetidos à cirurgia da DRGE nos anos 2004 e 2005 no serviço de cirurgia do aparelho digestivo de Joinville-SC, por um único cirurgião. Esta casuística correspondeu à quantidade de 39 pacientes. Foram critérios de exclusão previamente estabelecidos (não sendo aplicado o protocolo nesses casos): 1. Pacientes com idade inferior a 20 anos e superior a 60 anos. 2. Pacientes com comorbidades importantes que possam interferir no pós-operatório(Insuficiência Cardíaca Congestiva, Diabete Melito descompensada, Acidente Vascular Cerebral prévio ou no período pós-operatório,etc.). 3. Pacientes com hérnias de hiato volumosas (>8cm). 4. Pacientes que não aceitassem participar do estudo. 5. Pacientes que não fossem localizados.

De acordo com estes critérios, 5(cinco) pacientes foram excluídos: 1(um) portador de Paralisia Cerebral, 1(um) portador de ICC, 2(dois) com idade superior a 60 anos, e 1(um) paciente o qual faleceu por outra causa que não relacionada à DRGE(linfoma). Além destes, houve ainda uma perda de 8(oito) pacientes(23,5%) com os quais não se conseguiu fazer contato.

Portanto, foram estudados 26 pacientes(67,5%), sendo 13 homens(50%) e 13 mulheres(50%), com idades entre 24 e 59 anos (média de 38,4 anos). O tempo pós cirurgia variou entre 41 e 63 meses, com média de 50 meses, ou seja, 4,2 anos.

3.2 Técnica cirúrgica

A técnica utilizada nas cirurgias foi a plicatura de 360° (Fundoplicatura de Nissen) por videolaparoscopia.

3.3 Questionário

O questionário foi realizado conforme o protocolo (anexo I) criado especialmente para este estudo, que foi aplicado a cada paciente selecionado através de ligações telefônicas. Dados da identificação e do pré-operatório (ver questionário – anexo I) de cada paciente foram colhidos de seus prontuários. Pelo telefone, os pacientes foram questionados quanto à persistência dos sintomas após o longo prazo de suas cirurgias. O questionário procurou também avaliar o surgimento de novos sintomas após a cirurgia, tais como flatulência e disfagia, e a necessidade de tratamento com medicamentos após a mesma.

3.4 Aspectos éticos

No ato das ligações telefônicas, os pacientes foram informados sobre os objetivos do estudo e sobre a possibilidade deles participarem ou não, conforme sua vontade. Foram informados ainda que, caso estivessem dispostos a participar, teriam que assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo III), que estaria a sua disposição, e que permitiria que suas respostas ao questionário fossem usadas para o estudo em questão.

O projeto de pesquisa do presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina, sob o protocolo 048/09.

3.5 Delineamento da pesquisa

A pesquisa se trata de um estudo de natureza transversal e observacional. Não foi realizada amostragem aleatória, sendo candidatos a participar do estudo todos os pacientes que foram submetidos à cirurgia da DRGE (Funduplicatura de Nissen) entre 2004 e 2006, por livre demanda.

3.6 Avaliação dos sintomas

Neste estudo foram avaliados os sintomas da DRGE separadamente, ou seja, avaliou-se o sucesso do tratamento para cada um dos sintomas relatados pelos pacientes antes de suas cirurgias. Estes sintomas, bem como as porcentagens de pacientes acometidos, estão dispostos na tabela 1.

Tabela 1 - % de sintomas antes da cirurgia

Sintomas antes da cirurgia	Pacientes acometidos (%)
Pirose	26(100)
Erução	21(80,7)
Regurgitação	19(73)
Dor epigástrica	18(69,2)
Plenitude pós-prandial	18(69,2)
Náusea	9(34,6)
Dor retroesternal	6(23)
Tosse	6(23)
Disfagia/Odinofagia	3(11,5)
Rouquidão	3(11,5)

Os dados coletados conforme o protocolo(anexo I) foram interpretados e dispostos na tabela de resultados(anexo II). Sobre a análise desta tabela, foi considerado “sucesso” quando os sintomas cessaram ou aliviaram parcialmente após a cirurgia, e insucesso quando estes se mantiveram ou pioraram.

Foram avaliadas ainda as porcentagens de sintomas novos referidos pelos pacientes.

3.7 Análise estatística

A análise estatística deste estudo foi realizada com o programa Microsoft Office Excel 2003. Através do teste do Qui-quadrado foi calculado o intervalo de confiança para $p = 0,05$ (IC95%) a fim de se encontrar o valor mínimo esperado de “sucesso” para cada um dos principais sintomas da doença do refluxo gastro-esofágico e, com isso, observar se havia significância estatística dos resultados obtidos, ou seja, se as porcentagens de sucesso encontradas no estudo eram superiores aos valores mínimos esperados encontrados pela análise.

4. RESULTADOS

4.1 Avaliação dos sintomas pós-operatórios

Após a média de 50 meses pós cirurgia, a nova avaliação dos pacientes mostrou que: 2(dois) pacientes não obtiveram nenhum benefício com a cirurgia, sendo que um deles foi reoperado e só então obteve resultados positivos, e o outro paciente já foi submetido a outras duas cirurgias, não obtendo resposta, e atualmente trata a DRGE clinicamente com IBP. O restante dos pacientes relatou melhora da maioria dos sintomas, apresentando o seguinte resultado: Pirose(N=26) teve alívio parcial em 4(15,3%) pacientes e cessou em 20(77%); eructação(N=21) teve alívio parcial em 3(14,3%) e cessou em 16(76,2%); regurgitação(N=19) cessou em 17(89,5%); dor epigástrica(N=18) cessou em 17(94,4%); plenitude pós-prandial(N=18) teve alívio parcial em 3(16,6%) e cessou em 12(66,7%); náusea(N=9) teve alívio parcial em 2(22,3%) e cessou em 7(77,7%); dor retroesternal(N=6) cessou em 6(100%); tosse(N=6) cessou em 6(100%); disfagia ou odinofagia(N=3) cessou em 3(100%); e rouquidão(N=3) cessou em 3(100%) pacientes. (Ver tabela 2)

Tabela 2 – Avaliação dos resultados

SINTOMAS	ANTES DA CIR.	DEPOIS DA CIR.		
		CESSOU	ALÍVIO PARCIAL	IGUAL OU PIOR
PIROSE	26	20 (77%)	4 (15,3%)	2
REGURGITAÇÃO	19	17 (89,5%)		2
DISFAGIA/ODINOFAGIA	3	3		
DOR RETROESTERNAL	6	6		
DOR EPIGÁSTRICA	18	17 (94,4%)		1
PLENITUDE PÓS-PRANDIAL	18	12 (66,7%)	3 (16,6%)	3
NÁUSEA	9	7 (77,7%)	2 (22,3%)	
TOSSE	6	6		
ROUQUIDÃO	3	3		
ERUCTAÇÃO	21	16 (76,2%)	3 (14,3%)	2
		SUCESSO		INSUCESSO

De acordo com o que foi definido como sucesso para cada sintoma, ou seja, cessação ou alívio parcial, obteve-se : 92,3% de sucesso para Pirose; 90,5% para a Eructação; 89,5% para a Regurgitação; 94,4% para a Dor epigástrica; e 83,3% para a Plenitude pós-prandial. Para os demais sintomas obteve-se sucesso em 100% dos casos, porém isto se deve ao fato de que tais sintomas são menos freqüentes e menos expressivos em pacientes com DRGE, o que explica a melhora dramática dos mesmos. As porcentagens de sucesso para os principais sintomas estão ilustradas no gráfico 1, divididas entre alívio parcial e cessação.

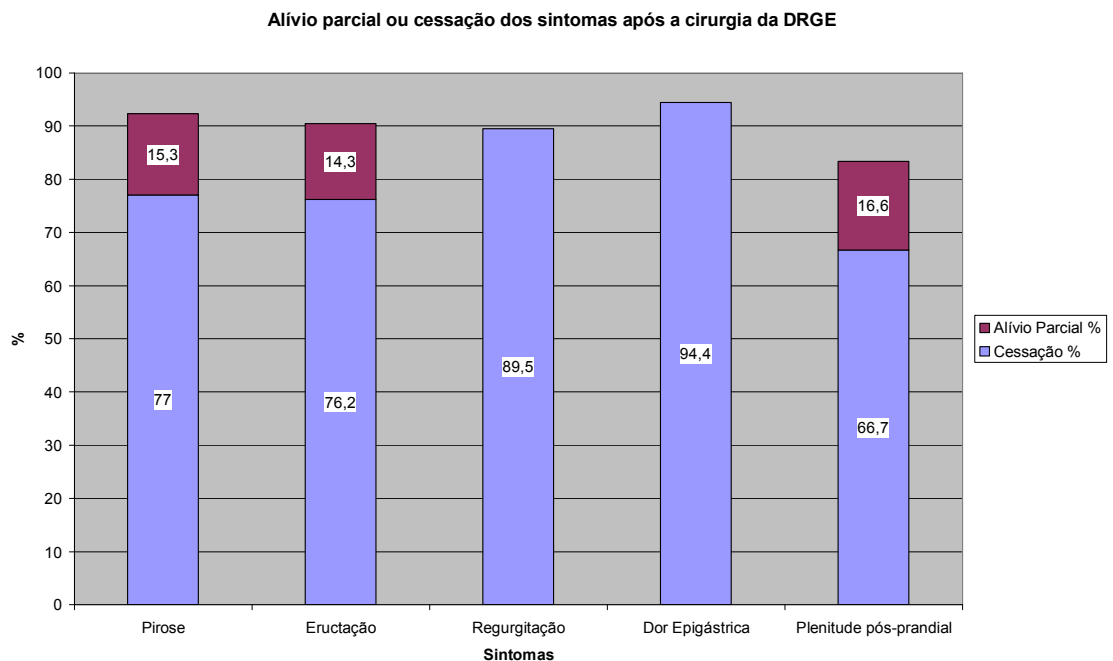


Gráfico 1

Na análise estatística realizada sobre a tabela de avaliação dos resultados(Tabela 2), obteve-se o IC(95%) para “sucesso” em cada um dos principais sintomas relatados. Estes intervalos variaram de 66,1-100% para plenitude pós-prandial até 83,9-100% para a dor epigástrica. O gráfico 2 mostra estes e os outros intervalos de confiança de 95% (colunas azuis), bem como as porcentagens de sucesso obtidas no presente estudo, as quais se situaram todas dentro dos IC95%, ou seja, os resultados encontrados foram estatisticamente significantes.

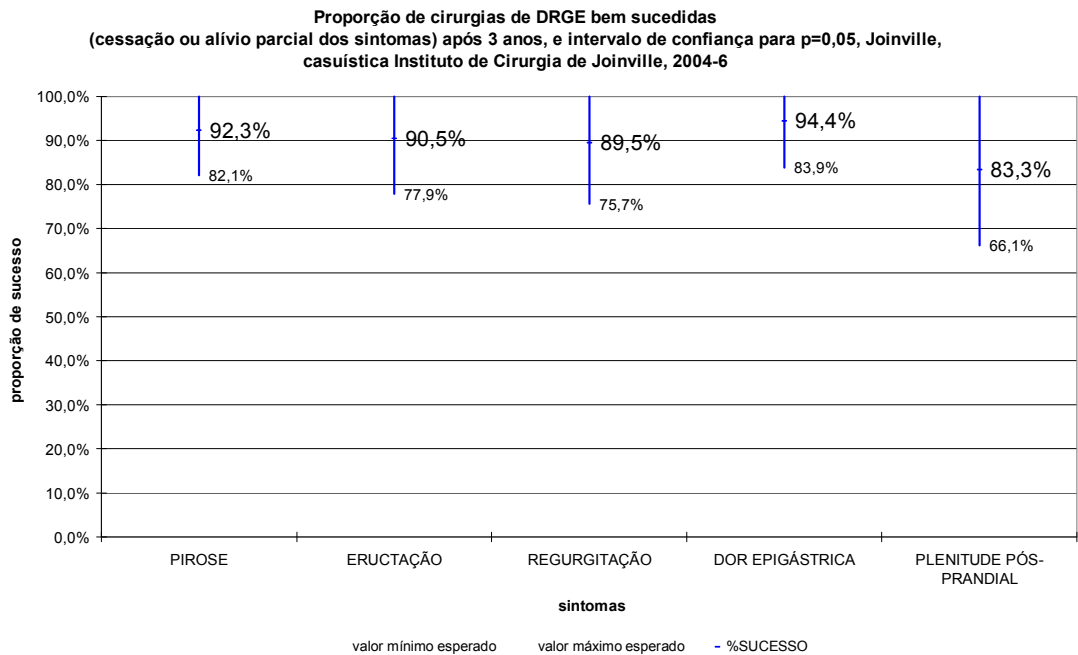


Gráfico 2

4.2 Uso de medicamentos para refluxo gastro-esofágico após a cirurgia

Dos 26 pacientes estudados, 1(3,85%) faz uso de IBP diariamente, porém este paciente é o que não teve resposta após 3 cirurgias. O paciente que foi reoperado e atualmente está assintomático não faz uso de nenhum tipo de medicamento contra o refluxo gastro-esofágico. Dos 24 pacientes que referiram melhora dos sintomas após a cirurgia, 1(3,85%) referiu que faz uso de antiácido esporadicamente, obtendo alívio completo dos sintomas, e o restante, 23(88,4%) pacientes, não necessita de qualquer tipo de medicamento para sintomas de refluxo gastro-esofágico.

4.3 Sintomas novos

Nos pacientes estudados (N= 26), os sintomas novos relatados foram: flatulência, em 15(57,7%) pacientes; Disfagia(“engasgo”), em 8(30,7%) pacientes; dificuldade para eructação, em 6(23%) pacientes; e dificuldade para regurgitação, em 3(11,5) pacientes.

5. DISCUSSÃO

5.1 Eficácia do tratamento cirúrgico da DRGE

A maioria dos estudos apresenta seus resultados com base na eficácia da cirurgia para a resolubilidade(o que neste estudo é denominado “sucesso”) dos principais sintomas da DRGE: Pirose e Regurgitação.

Em seu estudo, Oelschlager e colaboradores¹⁹ mostraram: para Pirose, alívio parcial em 23% e cessação em 67% dos casos, portanto, resolubilidade(sucesso) de 90%; e para Regurgitação, 22% de alívio parcial e cessação em 70%, sendo 92% de resolubilidade.

Já Morgenthal e colaboradores²⁰ obtiveram: 15% de alívio parcial e 64,6% de cessação para Pirose, totalizando 89,6% de resolubilidade; e 14% de alívio parcial e 73,1% de cessação para a regurgitação, totalizando 87,1% de sucesso.

No Gráfico 3 comparam-se os resultados do presente estudo com os dos estudos acima, bem como com outros semelhantes.

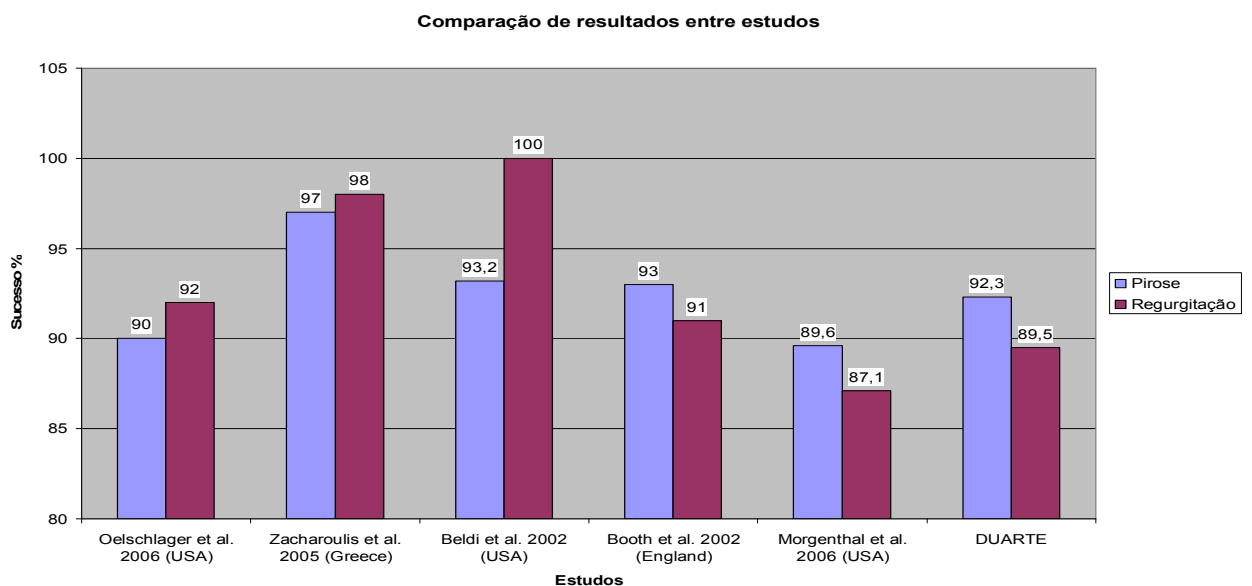


Gráfico 3

5.2 Comparação de sintomas novos

Os principais sintomas relatados após a Fundoplicatura de Nissen são disfagia, flatulência, dificuldade para eructação e dificuldade para regurgitação, além de outros como diarreia e dor epigástrica.^{6,13,19}

A disfagia relatada após a cirurgia é diferente da relatada no pré-operatório, sendo a do pós-operatório explicada pelos pacientes como um “engasgo”.

Estes sintomas são decorrentes, em sua maioria, do “fechamento” realizado na válvula esôfago-gástrica com intuito de reduzir o refluxo do conteúdo gástrico para o esôfago. Este “fechamento” restringe o espaço de passagem dos alimentos por este local, causando a disfagia(engasgo). Da mesma forma que o procedimento impede o retorno do conteúdo gástrico para o esôfago, após a cirurgia há também o impedimento de retorno do ar que é deglutido, o que explica a dificuldade para eructação, bem como o aumento da flatulência, visto que se o ar não é expelido pela boca, o mesmo acaba seguindo o trânsito intestinal e sendo eliminado ao final do TGI.

Beldi e colaboradores¹³ trazem ainda em seu estudo a ocorrência de diarreia após a cirurgia, e explicam este sintoma com duas possibilidades: 1. Pode haver lesão do nervo vago ou irritação do mesmo resultando em aceleração do trânsito intestinal, e 2. Pode haver a associação de distúrbios gastrintestinais, tais como síndrome do intestino irritável. Na verdade, em uma recente revisão da literatura, Nastaskin e colaboradores²¹ apontam uma prevalência de 50% na Síndrome do Intestino Irritável em pacientes com DRGE.

Em seu estudo, Beldi¹³ apresenta uma tabela comparando seus resultados com os de outros que relataram a incidência de sintomas novos após a Fundoplicatura de Nissen por laparoscopia. Os principais estudos e sintomas desta tabela foram selecionados e encontram-se na tabela 3 deste trabalho comparados tanto ao estudo de Beldi¹³ quanto ao estudo em questão.

Tabela 3 – Comparação de sintomas novos

	Ano	Tempo de Cirurgia(meses)	Número de pacientes	Flatulência%	Dificuldade para regurgitação%	Disfagia(engasgo)%	Dificuldade para eructação%
Kiviluoto	1998	24	200	12		3	7
Peters	1998	21	95	47	25	2	20
Luostarinen	1999	36	49	43	22	27	20
Rantanen	1999	33	30	77	53	20	23
Rydberg	1999	36	53	61		10	
Watson	1999	6	53	49		40	36
Beldi	2001	42	55	60	27	25	22
Duarte	2009	50	26	57,7	11,5	30,7	23

5.3 Comparação de pacientes que voltaram a tomar medicamentos

Alguns autores consideram o uso de medicamentos como uma medida de desfecho da cirurgia da DRGE.¹⁷ Oelschlager e colaboradores¹⁹ relataram que 23% dos pacientes em seu estudo estavam tomando IBP ou bloqueadores H2 e que outros 18% estavam fazendo uso ocasional de antiácido.

Salminen e colaboradores²² relataram que 30 % de seus pacientes voltaram a fazer uso de medicamentos após a cirurgia, mas que apenas 11% o faziam diariamente.

No presente estudo 2 pacientes não obtiveram sucesso com o tratamento cirúrgico e 1 dos pacientes que obtiveram sucesso referiu fazer uso esporádico de medicamento. Portanto, a título de discussão, foi considerado o número de pacientes os quais não fazem uso de nenhum medicamento após 3 anos da cirurgia da DRGE, ou seja, 23(88,4%) pacientes.

Estudos semelhantes a este, tanto em tempo de pós-operatório quanto em resolubilidade para a pirose, são comparados na tabela 4 quanto à quantidade de pacientes sem uso de medicamento no pós-operatório.

Tabela 4 – Comparação de pacientes sem uso de medicamentos no pós-operatório

	Tempo cir.	Pirose	Sem uso de Medicamento pós-op.
Bammer et al. 2001 (Mayo, FL, USA)	6.4	94	86
Lafullarde et al. 2001 (Australia)	6	87	89
Booth et al. 2002 (England)	4	93	86
Duarte	4,2	92,3	89

6. CONCLUSÕES

- A Fundoplicatura de Nissen por videolaparoscopia é um procedimento seguro e eficaz a longo prazo.
- A grande maioria dos pacientes submetidos ao tratamento cirúrgico da DRGE fica satisfeita com os seus resultados, inclusive aqueles que cursam com complicações pós-operatórias como flatulência e disfagia (“engasgo”).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nebel OT, Fornes MF & Castell DO. Symptomatic gastroesophageal reflux: incidence and precipitating factors. *American Journal of Digestive Diseases* 1976; 21: 953–956.
2. Thompson WE & Heaton KW. Heartburn and globus in apparently healthy people. *Canadian Medical Association Journal* 1982; 126: 46–48.
3. Townsend Jr CM, Harris JW. *Sabiston Tratado de Cirurgia*. 16 ed: Guanabara Koogan S.A; 2002.
4. Lieberman, D.A. Medical therapy for chronic reflux esophagitis: long-term follow-up. *Arch. Intern. Med.*147:1717-1720, 1987.
5. Shields A. *The Washington Manual*. 1 ed. Washington: Washington School of Medicine; 2005.
6. Granderath FA, Kamolz T, Schweiger UM, Pointner R. Quality of life, surgical outcome, and patient satisfaction three years after laparoscopic Nissen fundoplication. *World J Surg* 2002;26(10):1234-8.
7. Safady BY. Laparoscopic antireflux surgery. *Minerva Chir* 2004; 59:447-59.
8. Nissen R. A simple operation for control of reflux esophagitis (in German). *Schweiz Med Wochenschr* 1956;86:590–592.
9. Ellis FH Jr. The Nissen fundoplication. *Ann Thorac Surg* 1992;54:1231–1235.
10. Hinder, R.A., and Filipi, C.J. The technique of laparoscopic Nissen fundoplication. *Surg. Laparosc. Endosc.* 2:265-272, 1992.
11. Dallemagne B, Weerts JM, Jehaes C, et al. Laparoscopic Nissen fundoplication: preliminary report. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1991;1: 138–143.
12. Perdikis G, Hinderb RA, Lund RJ, Katada N. Laparoscopic Fundoplication: The Alternative to Long-term Medical Therapy for Severe Gastroesophageal Reflux Disease. *Yale Journal of Biology and Medicine* 1996;69: 283-288.
13. Beldi G, Glättli A. Long-term Gastrointestinal Symptoms After Laparoscopic Nissen Fundoplication. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2002; 12(nº 5): 316-319.
14. Zacharoulis D, O'Boyle CJ, Sedman PC, Brough WA, Royston CM. Laparoscopic fundoplication: a 10-year learning curve. *Surg Endosc* 2006;20(11):1662-70.

15. Eubanks T, Omelanczuk P, Richards C, et al. Outcomes of laparoscopic antireflux procedures. *Am J Surg* 2000;179:391–5.
16. Peters J, DeMeester T, Crookes P, et al. The treatment of gastroesophageal reflux disease with laparoscopic Nissen fundoplication: A prospective evaluation of 100 patients with “typical” symptoms. *Ann Surg* 1998;228:40–50.
17. Spechler S, Lee E, Ahnen D, et al. Long-term outcome of medical and surgical therapies for gastroesophageal reflux disease. *JAMA* 2001;285:2331–8.
18. Lundell L, Mittinen P, Myrvold H, et al. Continued (5-year) follow-up of a randomized clinical study comparing anti-reflux surgery and omeprazole in gastroesophageal reflux disease. *J Am Coll Surg* 2001;192:172–81.2003;349:2117–27.
19. Oelschlager BK, Quiroga E, Parra JD, Cahill M, Polissar N, Pellegrini CA. Long-Term Outcomes After Laparoscopic Antireflux Surgery. *Am J Gastroenterol* 2008;103:280–287.
20. Morgenthal CB, Shane MD, Stival A, Gletsu N, Milam G, Swafford V, et al. The Durability of Laparoscopic Nissen Fundoplication: 11-Year Outcomes. *J Gastrointest Surg* 2007; 11:693–700.
21. Nastaskin I, Mehdikhani E, Conklin J, et al. Studying the overlap between IBS and GERD: A systematic review of the literature. *Dig Dis Sci* 2006;51:2113–20.
22. Salminen PTP, Laine SO, Ovaska JT. Late Subjective Results and Symptomatic Outcome After Laparoscopic Fundoplication. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2006;16:203–207.

ANEXO I

PROTOCOLO

Nome:

Idade (quando realizou a cirurgia):

Sexo: () Masculino () Feminino

Profissão:

Telefone(s):

Cirurgias Prévias: () Não () Sim. Quais?

Comorbidades: () Não () Sim. Quais?

EDA pré-operatória: () Hérnia de hiato

() Esofagite de Refluxo

() Estenose de esôfago

() Esôfago de Barret

() Hemorragia

() Adenocarcinoma

Data da cirurgia:

Exclusão: () Não () Sim. Motivo:

SINTOMAS ANTES DA CIRURGIA	SIM	NÃO
PIROSE		
REGURGITAÇÃO		
DISFAGIA/ODINOFAGIA		
DOR RETROESTERNAL		
DOR EPIGÁSTRICA		
PLENITUDE PÓS-PRANDIAL		
NÁUSEA		
TOSSE		
ROUQUIDÃO		
ERUCTAÇÃO		

SINTOMAS 3 ANOS APÓS A CIRURGIA	SIM			NÃO
	Melhor	Igual	Pior	
PIROSE				
REGURGITAÇÃO				
DISFAGIA/ODINOFAGIA				
DOR RETROESTERNAL				
DOR EPIGÁSTRICA				
PLENITUDE PÓS-PRANDIAL				
NÁUSEA				
TOSSE				
ROUQUIDÃO				
ERUCTAÇÃO				

APRESENTA ALGUM SINTOMA NOVO? () NÃO () SIM. QUAL?

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO ATUALMENTE? () NÃO () SIM. QUAL?

ANEXO II**TABELA DE RESULTADOS**

SINTOMAS	ANTES DA CIR.	DEPOIS DA CIR.		
		CESSOU	ALÍVIO PARCIAL	IGUAL OU PIOR
PIROSE				
REGURGITAÇÃO				
DISFAGIA/ODINOFAGIA				
DOR RETROESTERNAL				
DOR EPIGÁSTRICA				
PLENITUDE PÓS-PRANDIAL				
NÁUSEA				
TOSSE				
ROUQUIDÃO				
ERUCTAÇÃO				
		SUCESSO		INSUCESSO

ANEXO III

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa: “AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À FUNDOPLICATURA DE NISSEN POR VIDEOLAPAROSCOPIA HÁ 3 ANOS” está sendo conduzida pelo médico e pesquisador Franco Haritsch e pelo aluno de Medicina da UFSC e pesquisador Ralph Braga Duarte.

A pesquisa tem o objetivo de avaliar se houve melhora ou não dos sintomas que os pacientes estudados tinham antes de serem submetidos à cirurgia da Doença do Refluxo Gastro-esofágico.

Os estudos serão baseados no questionário realizado pelo aluno de medicina Ralph Braga Duarte, sem qualquer tipo de risco aos participantes. Todas as dúvidas que os pacientes tiverem serão esclarecidas pelos pesquisadores através de contato telefônico ou por e-mail.

Você tem plena liberdade de se recusar a participar desta pesquisa e, uma vez que aceite participar, a qualquer momento pode retirar seu consentimento, sem prejuízos para a sua pessoa ou seu tratamento.

A sua identidade será mantida em sigilo, assim como todas as informações fornecidas aos pesquisadores através do questionário.

A qualquer momento que desejar entrar em contato com os pesquisadores, isso poderá ser feito através de e-mail para ralphbraga@hotmail.com ou pelo telefone: (48)9935-0224.

Eu, _____, entendi os objetivos e métodos da pesquisa e aceito participar da pesquisa “AVALIAÇÃO DOS SINTOMAS DA DOENÇA DO REFLUXO GASTRO-ESOFÁGICO EM PACIENTES SUBMETIDOS À FUNDOPLICATURA DE NISSEN POR VIDEOLAPAROSCOPIA HÁ 3 ANOS”, realizada pelos pesquisadores Ralph Braga Duarte e Franco Haritsch. Para tal, autorizo a utilização das minhas respostas ao questionário o qual respondi.

Florianópolis, de _____ de 2009.

Ass. _____

RG _____

Ralph Braga Duarte
Aluno de Medicina da 11ª fase – Pesquisador

Franco Haritsch
Médico - Pesquisador