

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA: ANÁLISE DOS 65 CASOS INICIAIS

LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY: ANALYSIS OF THE 65 INITIAL CASES

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC-PR¹
Domingos da Silva Costa, TCBC-MA²
Manoel Lages C. B. Neto³
Márcio Jorge de Carvalho Gonçalves⁴
Ailton José Rodrigues Silva⁵
Osvaldo Malafaia, TCBC-PR⁵

RESUMO: Os autores apresentam 57 colecistectomias videolaparoscópicas realizadas em 65 pacientes submetidos ao método. A idade variou de 18 a 77 anos (média: 44,5 anos) e havia 48 mulheres (73,9%) e 17 homens (26,1%). Em oito casos (12,3%) houve a necessidade de conversão para colecistectomia convencional devido a colecistite aguda, coledocolitíase e dificuldade técnica para dissecação dos elementos anatômicos do pedículo biliar. O tempo operatório, a permanência hospitalar e as complicações demonstraram a curva de aprendizado com o método laparoscópico. Nestes pacientes, à medida que a equipe cirúrgica se tornou mais experiente, o tempo de operação e o índice de intercorrências caíram de forma significativa. Os autores concluem que a realização segura e eficiente deste procedimento requer um treinamento específico monitorado por profissional qualificado.

Unitermos: Colecistectomia laparoscópica; Colelitíase.

INTRODUÇÃO

A colecistectomia videolaparoscópica, desde a sua introdução em julho de 1987, em Lyon, França, por Phillippe Mouret¹, tem despertado de maneira expressiva o interesse da comunidade médica^{2,3}.

Os excelentes resultados observados estão relacionados à invasão mínima, ao aspecto estético, à redução do tempo de permanência hospitalar e ao rápido retorno ao trabalho^{4,5}.

Para que o cirurgião se torne seguro e eficiente na realização da colecistectomia videolaparoscópica, este deve passar por um processo de treinamento adequado e que, ao final, seja capaz de realizar o procedimento de forma tão eficiente quanto a colecistectomia convencional⁶. O que deve ser questionado é a partir de que momento o cirurgião deve ser considerado apto a realizar esta cirurgia sozinho, sem comprometer os seus resultados. Este estudo tem por

objetivo analisar de forma prospectiva a experiência dos autores com a colecistectomia videolaparoscópica.

PACIENTES E MÉTODO

No período de janeiro a setembro de 1993, 65 pacientes foram submetidos a videolaparoscopia com a finalidade de se realizar a colecistectomia. A idade variou de 18 a 77 anos (média: 44,5 anos), sendo 17 homens (26,1%) e 48 mulheres (73,9%), e o peso variou de 40 a 97 quilogramas.

Todos os pacientes eram portadores de colecistite crônica calculosa, sintomáticos, confirmados por ultra-sonografia, colangiografia venosa ou colecistograma oral. A avaliação pré-operatória acrescentava, ainda, a dosagem sérica das bilirrubinas e enzimas hepáticas. As doenças associadas observadas foram hipertensão arterial em nove pacientes (13,8%), *diabetes mellitus* em três pacientes (4,6%) e doença hemorroidária em um paciente (1,5%).

1. Professor Assistente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão. Mestre em Cirurgia - UFPR.

2. Médico do Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital São Domingos. Mestre em Cirurgia.

3. Professor Auxiliar de Ensino de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão.

4. Médico Residente de Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Maranhão.

5. Professor Titular e Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Clínica Cirúrgica da Universidade Federal do Paraná.

Recebido em 17/8/94

Aceito para publicação em 2/1/95

Trabalho realizado no Serviço de Clínica Cirúrgica do Hospital São Domingos - São Luís - MA.

Nove pacientes (13,8%) apresentavam cicatriz cirúrgica no abdome inferior, decorrente de intervenções ginecológicas. Todos os pacientes fizeram uso de Ig de cefalotina por via endovenosa durante a indução anestésica e foram operados sob anestesia geral e com sonda orogástrica.

O pneumoperitônio foi realizado com CO₂ a uma pressão intra-abdominal mantida em torno de 14 mmHg. Foram utilizados quatro trocartes (dois de 11 mm e dois de 5 mm), através dos quais, sob visão videolaparoscópica, foram realizadas as operações. O procedimento cirúrgico consistiu em pinçamento e tração do fundo e colo da vesícula; dissecação do pedículo cístico, ligadura dupla do dueto cístico e da artéria cística com cliques metálicos; descolamento da vesícula com gancho e tesoura; revisão da hemostasia e retirada da vesícula através da incisão umbilical; síntese das incisões na pele com pontos subdérmicos.

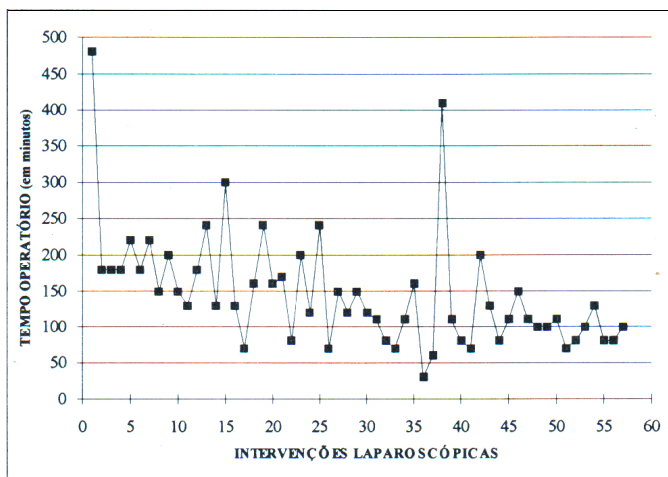
A colangiografia operatória foi realizada em seis pacientes (9,2%) e a cavidade abdominal foi drenada com dreno laminar tipo Penrose em nove pacientes (13,8%).

RESULTADOS

A colecistectomia foi realizada pelo método videolaparoscópico em 57 pacientes (87,7%), enquanto em oito pacientes (12,3%) houve necessidade de conversão para colecistectomia convencional. As causas de conversão foram a colecistite aguda em quatro pacientes, coledocolitíase e dificuldade técnica de dissecação do pedículo em dois pacientes cada. Dos oito casos de conversão, seis (75%) ocorreram nos vinte primeiros pacientes.

O tempo operatório variou de 30 a 480 minutos (média: 125 min); nos primeiros 15 pacientes este tempo variou de 130 a 480 minutos (média: 208,6 min), enquanto nos 15 últimos pacientes o tempo operatório sofreu uma variação de 60 a 150 minutos (média: 102 min) (Gráfico).

As intercorrências operatórias em 85% dos casos ocorreram nos 25 primeiros pacientes; as principais foram a



Colecistectomia videolaparoscópica – Tempo operatório e intervenções cirúrgicas (57 pacientes)

perfuração da vesícula em 12 pacientes (21,0%), cálculos na cavidade em 5 (8,7%) e lesão do parênquima hepático em 2 pacientes (3,5%).

Após a cirurgia videolaparoscópica, dois pacientes (3,5%) foram reoperados por via convencional.

O primeiro (protocolo n°- 9) apresentou colíperitônio por clipamento deficiente do dueto cístico. Na reoperação foi realizada a ligadura dupla do dueto, limpeza da cavidade abdominal e drenagem de Penrose, recebendo alta hospitalar no quarto dia pós-operatório. O segundo paciente (protocolo n°-13) apresentou dor abdominal, náuseas, vômitos e febre; a ultra-sonografia revelou abscesso hepático. O paciente foi então submetido a laparotomia com drenagem do abscesso. Evoluiu favoravelmente e recebeu alta hospitalar no 12º dia pós-operatório.

A permanência hospitalar dos pacientes submetidos a colecistectomia videolaparoscópica variou de 20 a 96 horas (média: 52 horas). A média de permanência hospitalar dos dez últimos pacientes foi de 36,8 horas (variação de 20 a 42 horas). Complicações pós-operatórias foram observadas em 13 pacientes (22,8%), sendo a infecção umbilical em quatro (7,0%) e náuseas, vômitos e dor abdominal em nove (15,8%).

DISCUSSÃO

O treinamento em cirurgia videolaparoscópica deve ser feito de forma segura por não ser um método isento de complicações, além de trabalhoso em algumas situações. É de fundamental importância o conhecimento dos conceitos básicos da cirurgia convencional e aceitar sempre a conversão como uma alternativa e não como um fracasso^{8,9}. A insistência em concluir uma colecistectomia difícil para reduzir os índices pessoais de conversão pode trazer consequências desagradáveis para o paciente¹⁰. Os fatores determinantes de conversão têm sido bem estudados e, no presente estudo, as conversões ocorreram por colecistite aguda, cálculos na via biliar principal e dificuldade técnica para dissecação do pedículo, situações consideradas esperadas no início do aprendizado. Estes índices de conversão caem de forma natural à medida que a equipe se torna mais hábil.

A realização de operações mais complexas exige um maior treinamento e estas só devem ser iniciadas após uma completa familiarização com o método, exatamente no momento em que os melhores resultados são observados^{11,12}.

A curva de aprendizado deve ser admitida e, nesse período, é necessário o acompanhamento por um cirurgião mais experiente^{13,14}. Os resultados iniciais, em geral, apresentam um maior índice de morbidez, porém, devem ser evitados. O tempo operatório, quando a equipe cirúrgica se torna mais experiente, tende a diminuir, como observado neste e em outros estudos¹⁴. É importante ressaltar que este tempo reduzido não deve ser obtido à custa da segurança do paciente. Cirurgias rápidas não devem ser acompanhadas pelo aumento do número de complicações.

A perfuração da vesícula biliar e cálculos na cavidade são situações desagradáveis e devem ser evitadas. Estas intercorrências observadas neste estudo não interferiram nos resultados. A redução da permanência hospitalar é um ponto importante na colecistectomia videolaparoscópica.

A média de permanência observada neste estudo (52 horas) assemelha-se à média observada na literatura e está diretamente relacionada aos baixos índices de complicações

pós-operatórias observados^{8,13,14}. Passado o período de entusiasmo, o momento agora é de reconhecer que uma equipe cirúrgica bem treinada, equipamento adequado, paciência e bom senso são os ingredientes necessários e indispensáveis para a realização da cirurgia videolaparoscópica. A segurança do paciente deve vir em primeiro lugar, e o número de cirurgias supervisionadas deve ser o *quantum satis* para não comprometer a segurança e a eficiência do método.

SUMMARY

The authors presented 57 laparoscopic cholecystectomies performed in 65 patients subjected to the procedure. The mean age of the patients was 44,5 years (ranges from 18 to 77 years); 48 (73,9%) were female and 17 (26,1%) male. In eight cases (123%) the procedure was converted to conventional cholecystectomy. The reasons for conversion were acute cholecystitis, choledocolithiasis, and inability to define the anatomy of the region of the cystic and common duct. The operative time, hospital stay, and complications reflected the "learning curve" of the method. In this series, when the surgical team became more experienced, operating time and the incidence of misadventure decreased significantly. The authors concluded that the safe use of the procedure requires specific training and adequate clinical experience.

Key Words: *Laparoscopic cholecystectomy; Cholelithiasis.*

REFERENCIAS

1. Mouret P - La chirurgie des voies biliaires. In Testas P et Delaitre B - Chirurgie Digestive par voie coelioscopique. Ed. Maloine, Paris, 1991.
2. Dubois F, Icard P, Berthelot G et al - Coeliocopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. Ann Surg 1990; 211: 60-62.
3. Berci G, Sackier JM - The Los Angeles experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:382-384.
4. Aranha NC, Brandalise NA - Colecistectomia videolaparoscópica: análise prospectiva dos 247 primeiros pacientes. Rev Col Bras Cir 1993;20:113-117.
5. Nogueira CED, Andrade NA, Martins FP et al - Colecistectomia laparoscópica: análise dos 200 casos iniciais consecutivos. Rev Col Bras Cir 1993; 20:65-70.
6. Deziel D, Millikan K, Economou SG et al - Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4.292 hospitals and an analysis of 77.604 cases. Am J Surg 1993; 165:9-14.
7. Ponsky J - Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:393-395.
8. Dent TL - Training, credentialling, and grating of clinical privileges for laparoscopic general surgery. Am J Surg 1991; 161:399-403.
9. Perissat J, Collet D, Belliard R et al — Laparoscopic cholecystectomy: the state of the art. Report on 700 consecutive cases. World J Surg 1992; 16:1.074-1.082.
10. Fried GM, Barkun JS, Sigman HH - Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1994; 167:35-41.
11. Silva RA, Pacheco Jr A M, Rasslan S et al - Colecistectomia de invasão mínima: riscos e complicações. Rev Col Bras Cir 1993;20:191-195.
12. Nogueira MVF, Winkler A, Azevedo JCS - Colecistectomia videolaparoscópica na obesidade mórbida. Rev Col Bras Cir 1994; 21:99-101
13. Sariego J, Spitzer L, Matsumoto T - The "learning curve" in the performance of laparoscopic cholecystectomy. Int Surg 1993; 78:1-3.
14. Zucker, KA, Bailey RW, Gadacz TR et al - Laparoscopic guided cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161:36-44.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA
Prof. Orlando Jorge Martins Torres
Hospital de Clínicas - UFPR
Rua General Carneiro, 181/736 (CAD)
80060-150 - Curitiba - PR