

FATORES DE RISCO EM RELAPAROTOMIA NA CIRURGIA DE URGÊNCIA

Marcel Autran Cesar Machado, Almerindo Lourenço de Souza Jr,
Renato Sérgio Poggetti, Edivaldo Massazo Utiyama,
Paulo David Branco e Dario Birolini.

MACHADO, M.A.C. e col. - Fatores de risco em relaparotomia na cirurgia de urgência. *Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo*, 49(1): 17-20, 1994

RESUMO : A reoperação em cirurgia abdominal é um dos problemas mais difíceis e angustiantes para o cirurgião geral. Para decidir com precisão a sua indicação e tática operatória, o cirurgião, muitas vezes, não possui muitos dados além de sua experiência pessoal.

Este trabalho tem a finalidade de aferir a frequência de relaparotomia nos pacientes submetidos a cirurgia abdominal de urgência no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de março de 1990 a março de 1992, e estabelecer fatores de risco para o óbito, nas reoperações abdominais em cirurgia de urgência, analisando-se comparativamente o diagnóstico inicial do doente, o número, a causa e a época da relaparotomia, a existência de doenças associadas, a idade e a gravidade do paciente após a primeira cirurgia.

DESCRITORES : Relaparotomia. Urgência

Conceituamos relaparotomia como sendo uma reintervenção durante o período pós operatório de uma laparotomia e que é diretamente ligado à primeira cirurgia. Geralmente é realizada durante a mesma internação, com raras exceções.

A reintervenção em cirurgia abdominal é um dos problemas mais difíceis e angustiantes para o cirurgião geral. Para decidir com precisão a sua indicação e tática operatória, o cirurgião, muitas vezes, não possui muitos dados além de sua experiência pessoal.

A complexidade do problema e o repúdio que muitos autores tem em relatar suas complicações e lidar com elas, faz com que o número de publicações sobre este tema seja pequeno.

A relaparotomia pode ser devido a erro técnico, e portanto evitável, pode ser decorrente da patologia de base e, desta maneira, inevitável ou complicação da primeira cirurgia, que poderia ser ou não evitada.

Este trabalho tem a finalidade de estabelecer fatores de risco para o óbito, nas reoperações abdominais em cirurgia de urgência, analisando-se compa-

rativamente o diagnóstico inicial do doente, o número, a causa e a época da relaparotomia, a existência de doenças associadas, a idade e a gravidade do paciente após a primeira cirurgia.

MATERIAL E MÉTODOS

Quarenta doentes (trinta e três do sexo masculino e sete do feminino) submetidos a cirurgia de urgência no Pronto Socorro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no período de março de 1990 a março de 1992 e que foram submetidos a relaparotomia são objeto de estudo.

Foram analisados comparativamente: idade, causa da reoperação, intervalo entre a primeira cirurgia e a reoperação, presença de moléstia associada, o número de reoperações, a causa da primeira cirurgia e o Apache-II dos pacientes⁶. Estes dados foram correlacionados com

a mortalidade pós operatória.

Os testes utilizados para o estudo estatístico foram o qui quadrado (A^2) e o teste "t" de Student através de programas previamente elaborados para computador PC-AT.

RESULTADOS

Dos quarenta pacientes, onze doentes (27,5%) apresentavam abdome agudo inflamatório, sete (17,5%) apresentavam abdome agudo perfurativo, cinco doentes (12,5%) apresentavam abdome agudo hemorrágico, três doentes (7,5%) apresentavam abdome agudo vascular, dois doentes (5,0%) apresentavam abdome agudo obstrutivo, enquanto que onze (27,5%) apresentavam trauma abdominal. A discriminação do tipo de abdome agudo em relação a mortalidade consta da tabela 1. A mortalidade global foi de 42,5%.

A mortalidade resultante de relaparotomia em pacientes vítimas de trauma abdominal não foi estatisticamente diferente daquela em pacientes que foram submetidos a reoperação por abdome

agudo não traumático (Tabela 2).

O número de reoperações, em si, não afetou a mortalidade resultante, não sendo estatisticamente significativa a diferente mortalidade encontrada entre os pacientes com mais de uma reoperação (Tabela 3).

Os motivos que levaram os pacientes a serem submetidos a relaparotomia e a mortalidade resultante estão presentes na Tabela 4. Nota-se não haver diferença estatisticamente significativa entre eles.

De modo análogo, o intervalo decorrido entre a primeira cirurgia e a reoperação, também não influenciou em maior taxa de mortalidade (Tabela 5).

A presença de patologias associadas elevou de modo estatisticamente significativo a taxa de mortalidade dos pacientes submetidos a relaparotomia (Tabela 6). A relação das patologias associadas está presente na Tabela 7.

A idade também contribuiu para uma maior mortalidade nesses pacientes, sendo estatisticamente significativa naqueles com idade acima de 50 anos (Tabela 8).

Os pacientes com Apache-II superior a 10 tiveram mortalidade significativamente superior que os demais, conforme podemos observar na Tabela 9.

Analisando as causas evitáveis de relaparotomia, encontramos dez pacientes (25%) com evisceração e portanto decorrente de erro técnico. Destes, 6 pacientes tiveram sua aponeurose fechada com sutura contínua (quatro deles com uso de fio absorvível), 2 com sutura em pontos separados e 2 sem registro. A mortalidade deste grupo foi de 40%.

Outra causa importante de reintervenção cirúrgica foi a hemorragia em 7 pacientes (17,5%). Destes, cinco foram decorrentes de falha técnica na primeira cirurgia. A mortalidade deste grupo foi de 42,85%.

Quatro pacientes tiveram sua reoperação programada devido a quadro de pancreatite aguda grave. Outros seis

pacientes apresentaram sepsis de origem abdominal e foram reoperados para lavagem consecutiva da cavidade e de maneira pré estabelecida.

Os pacientes restantes foram reoperados de acordo com complicações pós operatórias diversas.

DISCUSSÃO

Qualquer irregularidade no transcorrer do período pós operatório, nos faz suspeitar que uma complicação pode estar ocorrendo. Devemos ter a habilidade de diferenciar uma complicação generalizada de uma local e decidir se esta é reversível, com a possibilidade de tratamento conservador, ou se é de natureza irreversível, sendo a relaparotomia o único meio de tratamento.

A incidência de relaparotomia gira entre 0,5% a 4%, com mortalidade entre 28% e 70%^{3,4,7}. Ao compilarmos várias publicações, encontramos incidência de 1% com mortalidade de 43%¹⁰. Na nossa casuística encontramos mortalidade de 42,5%, que não difere muito da encontrada na literatura.

A mortalidade não variou de acordo com o tipo de abdome agudo que gerou a primeira intervenção cirúrgica. Não temos dados para concluir qual é o tipo de estado patológico inicial que leva a um maior índice de reintervenção cirúrgica, mas a maior causa de reoperação, neste estudo, foi deiscência da sutura da parede abdominal (Tabela 4).

Ao contrário do encontrado em outras publicações, o número de reoperações, em si, não afetou a mortalidade no grupo estudado. Driver e col.², mostraram relação linear entre o número de reoperações e a mortalidade em pacientes que sofreram trauma abdominal. Talvez por termos estudado uma amostra onde estão agrupadas todas faixas etárias e incluídas diversas patologias, esta relação não é vista claramente.

Na nossa série, o intervalo decorrido entre a primeira cirurgia e a reoperação

não alterou, de modo significativo, a mortalidade. De modo análogo, Zer e col.¹¹ mostraram que geralmente a demora em reoperar o paciente é maior nos casos onde as complicações são precoces do que nas complicações tardias, no entanto, não conseguiram demonstrar que este atraso resultou em índice maior de mortalidade.

A presença de patologias associadas aumentou, de modo significativo, a mortalidade dos pacientes reoperados, com ênfase especial a dois pacientes portadores de SIDA, que faleceram em consequência de sepsis abdominal, sendo um deles após apendicectomia e o outro em virtude de abdome agudo perfurativo por ileíte terminal.

A idade contribuiu de modo significativo para uma maior mortalidade nos pacientes reoperados na nossa casuística. Machado e col.⁵, em trabalho realizado no nosso meio, mostrou que o paciente geriátrico (com mais de 60 anos) não tolera bem as complicações pós operatórias, relatando uma mortalidade de 95,65% quando reoperados após cirurgia por abdome agudo.

Nas situações em que a reoperação é inevitável: pancreatite aguda e sepsis intra abdominal, a reoperação pode trazer benefício e por si só não eleva a mortalidade.

Nos pacientes com sinais localizatórios de foco de sepsis abdominal (ultrasonografia e tomografia computadorizada), 94% tiveram achados positivos na reoperação e, de alguma forma, se beneficiaram desta reintervenção. Naqueles em que um esforço para localizar foco de sepsis, ou seja relaparotomia não dirigida, o resultado foi precário e a mortalidade elevada¹.

Teichmann e col.⁹ demonstraram que a lavagem repetida da cavidade no tratamento da peritonite difusa pode melhorar a sobrevida destes pacientes e o uso do zíper, pode facilitar a manipulação e a reoperação. Na nossa casuística utilizamos o zíper em três de nossos

pacientes, com resultados satisfatórios.

Algumas normatizações de técnica cirúrgica podem contribuir para uma menor incidência de deiscência, como a escolha do fio de sutura, de preferência monofilamentar e inabsorvível e sutura em pontos separados sem tensão excessiva. Conforme observamos na nossa casuística, o fechamento da aponeurose com sutura contínua de fio multifilamentar e absorvível é utilizado de forma constante o que pode ter contribuído para ocorrência de deiscência.

Ross⁸, analisando a relaparotomia no trauma, concluiu que os principais fatores predisponentes à complicações que necessitaram de reoperação foram: trauma de vários órgãos e sistemas, trauma abdominal fechado e retardo ou inadequação da cirurgia inicial.

O menor número de relaparotomias pode ser conseguido com a unificação de táticas médicas, observação restrita de técnicas operatórias e cuidado responsável no pós-operatório.

Nos casos em que a relaparotomia é

programada, a utilização do zíper é de grande auxílio e diminui o tempo cirúrgico da reintervenção, diminuindo a morbidade e facilitando a manipulação.

Concluimos que na casuística analisada, a presença de doenças associadas, a idade maior do que 50 anos e a intensidade de gravidade do paciente, traduzida pelo APACHE-II maior que 10, correlacionaram-se com uma maior mortalidade na relaparotomia em cirurgia de urgência.

TABELA 1

TIPO DE ABDOME AGUDO	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
INFLAMATÓRIO	11	5	45,5
PERFURATIVO	7	3	42,9
HEMORRÁGICO	5	3	60,0
VASCULAR	3	1	33,3
OBSTRUTIVO	2	1	50,0
TRAUMÁTICO	11	4	36,4
TOTAL 40	17	42,5	

CORRELAÇÃO ENTRE O TIPO DE ABDOME AGUDO E A MORTALIDADE.

TABELA 2

CAUSA DA 1ª CIRURGIA	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
TRAUMA	11	4	36,4 +
NÃO TRAUMA	29	13	44,8 +

CORRELAÇÃO ENTRE A CAUSA DA PRIMEIRA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA E A MORTALIDADE EM PACIENTES REOPERADOS.
+ P > 0,05

TABELA 3

NÚMERO DE REOPERAÇÕES	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
UMA	24	9	37,5 +
DUAS	7	3	42,9 +
TRÊS	7	5	71,4 +
ACIMA DE 3	2	0	0,0 +

CORRELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE REOPERAÇÕES E A MORTALIDADE RESULTANTE.

+ P > 0,05

TABELA 4

CAUSA DA REOPERAÇÃO	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
HEMORRAGIA	6	3	50,0 +
ÍLEO	7	1	14,3 +
PERITONITE DIFUSA	6	5	83,3 +
PERITONITE LOCALIZADA	2	0	0,0 +
DEISCÊNCIA	10	4	40,0 +
OUTRAS	9	4	44,4 +

CORRELAÇÃO ENTRE A CAUSA DA REOPERAÇÃO E A MORTALIDADE EM PACIENTES REOPERADOS.

+ P > 0,05

TABELA 5

INTERVALO ENTRE a 1ª e a 2ª CIRURGIA	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
ATÉ 7 DIAS	24	12	50,0 +
7 A 15 DIAS	8	3	37,5 +
MAIS 15 DIAS	8	2	25,0 +

CORRELAÇÃO ENTRE O INTERVALO DE TEMPO ENTRE A PRIMEIRA CIRURGIA E A REOPERAÇÃO E A MORTALIDADE NOS PACIENTES ESTUDADOS.

+ P > 0,05

TABELA 6

PATOLOGIA ASSOCIADA	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
PRESENÇA	12	9	75,0 *
AUSÊNCIA	28	8	28,6 *

CORRELAÇÃO ENTRE A PRESENÇA OU AUSÊNCIA DE PATOLOGIA ASSOCIADA E A MORTALIDADE EM PACIENTES REOPERADOS.

* P < 0,05

TABELA 7

PATOLOGIA ASSOCIADA	NÚMERO DE PACIENTES
CARDIOPATIA	4
DIABETES	3
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	2
SIDA	2
NEOPLASIA	2
MISCELÂNEA	6

RELAÇÃO DAS PATOLOGIAS ASSOCIADAS.

TABELA 8

IDADE	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
ATÉ 50 ANOS	24	6	25,0 *
MAIOR QUE 50 ANOS	16	11	68,8 *

CORRELAÇÃO ENTRE A IDADE DOS PACIENTES E A MORTALIDADE NOS PACIENTES REOPERADOS.

* P < 0.05

TABELA 9

VALOR DO APACHE-II	NÚMERO DE PACIENTES	NÚMERO DE MORTES	MORTALIDADE (%)
ATÉ 10	25	7	28,0 *
MAIOR QUE 10	15	10	66,7 *

CORRELAÇÃO ENTRE O APACHE-II DOS PACIENTES E A MORTALIDADE NOS PACIENTES REOPERADOS.

* P < 0.05

S U M M A R Y

MACHADO, M.A.C. et al - Risk factors in emergency surgery relaparotomy Rev. Hosp. Clín. Fac. Med.S.Paulo 49(1): 17-20, 1994. Reintervention in abdominal surgery is a very complex issue because it involves the difficulty of precise indication, the limitations of surgical technics during the operation, it brings to

evidence possible professional errors and it presents a very high morbimortality index. In order to establish risk factors for death rate, we comparatively analysed the initial diagnoses, the number, the cause and the time of relaparotomy, the existence of associated diseases, the age and the illness severity, using APACHE-II after the

first surgical intervention. During a two years period starting 1990 we retrospectively analysed charts of 40 patients submitted to relaparotomy in the Emergency Service of Hospital das Clínicas of Medicine University of São Paulo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BUNT, T.J. Non-directed relaparotomy for intra abdominal sepsis. A futile procedure. Am. Surg. 52:294-8, 1986.
- DRIVER, T.; KELLY, G.L. & ELSEMAN, B. - Reoperation after abdominal trauma. Am. J. Surg. 135:747, 1978.
- GUÉNIN, P & LEVY-LEMANN, S. - Les réinterventions précoces en chirurgie abdominale. Mém. Acad. Chir. 90:687, 1964.
- HOLLENDER, L.F.; MEYER, C.; PHILIPPIDES, J.P.; PIÉRARD, T. & CORDEIRO, F. - Les relaparotomies an chirurgie abdominale bilan et réflexions portant sur 238 cas. Chirurgie 108:43, 1982.
- MACHADO, M.A.C.; PEREIRA, E.A.R.; LOURENÇÃO, J.L.; BRANCO, P.D. & BIROLINI, D. - Abdome agudo em paciente geriátrico. Rev. Hosp. Clín. Fac. Med. S. Paulo 45:15, 1990.
- NYSTROM, P.O.; BAX, R.; DILLINGER, E.P. et al. - Proposed definitions for diagnosis, severity scoring, stratification and outcome for trials on intra-abdominal infection. World J. Surg. 14:148, 1990.
- POILLEUX, H.; LARRIEU, H. & PLUMERAULT, J. - Les problèmes des réintervention précoce en chirurgie abdominale. Mém. Acad. Chir. 90:580, 1964.
- ROSS, S.E. & MOREHOUSE, P.D. Urgent and emergent relaparotomy in trauma. A preventable cause of increased mortality ? Am. Surg. 52:308-11, 1986.
- TEICHMANN, W.; WITTMANN, D.H. & ANDREONE, P.A. Scheduled reoperations (etappenlavage) for diffuse peritonitis. Arch. Surg. 121:147-52, 1986.
- TERA, H. & ÅBERG, C. - Relaparotomy. A ten-year series. Acta Chir Scand 141:637, 1975.
- ZER, M.; DUX, S. & DINTSMAN, M. - The timing of relaparotomy and its influence on prognosis. A 10 year survey. Am. J. Surg. 139:338, 1980.