

Pneumoplastia Redutora no Enfisema Pulmonar Difuso: Sim ou Não?

Rui Haddad *

Um dos tópicos de maior repercussão na cirurgia torácica atual é a possibilidade de melhorar sintomaticamente "pacientes selecionados", com DPOC incapacitante, utilizando um tratamento multidisciplinar, que inclui a cirurgia de redução volumétrica de pulmão como um dos seus itens.

Este tratamento congrega, entre outros, o serviço de pneumologistas e de fisioterapeutas, na fase de avaliação e preparo clínico dos pacientes. A fase de tratamento envolve, além destas duas especialidades já citadas, a participação de cirurgiões de tórax, anesthesiologistas e intensivistas.

São selecionados para o procedimento, pacientes muito sintomáticos, incapazes de realizar satisfatoriamente, e por si, as tarefas diárias mais comuns (tomar banho, trocar de roupa, comer, andar em casa etc.), ou seja, aqueles casos que cursam com péssima qualidade de vida. Estes pacientes são rigorosamente

avaliados, com prova de função pulmonar, gasometria arterial, RX de tórax em inspiração e em expiração máximas, tomografia computadorizada do tórax de alta resolução e cintilografia pulmonar quantitativa inalatória e perfusional. Apenas os pacientes que apresentam hiperinsuflação pulmonar importante, com heterogeneidade na distribuição do enfisema na TC de tórax, são selecionados para o programa preparatório. Isto significa, à luz dos conhecimentos atuais, que ainda estão em evolução, que pacientes que apresentam áreas menos comprometidas, mescladas com áreas muito doentes de pulmão, são os que realmente se enquadram no processo inicial de seleção. Por outro lado, pacientes com doença avançada e homogeneamente difusa têm a cirurgia usualmente contra-indicada.

São excluídos da indicação cirúrgica, ainda, pacientes com idade superior a 80 anos, pacientes que apresentam hiperten-

são pulmonar (PAP > 35 mmHg de média, ou sistólica > 45 mmHg), hipercapnia importante (> 60 mmHg), sintomas de asma brônquica, cifoscoliose grave, disfunção importante de ventrículo esquerdo, toracotomia ou pleurodese prévias, pacientes em uso crônico de corticosteróides (esta medicação deve ser descontinuada no pré-operatório) e os casos de impossibilidade de seguir o programa de reabilitação. Discute-se ainda a contra-indicação relativa destes procedimentos em pacientes com $PaO_2 < 55$ mmHg e $VEF_1 < 500$ ml.

Para se ter uma idéia global dos critérios rígidos de seleção de pacientes para o programa de cirurgia de redução volumétrica pulmonar (CRVP), é importante salientar que os 189 pacientes aceitos para cirurgia, até abril de 1995, no programa de CRVP da Washington University em St. Louis, EUA, representavam 18% dos 1047 casos que tiveram seus exames avaliados pelo grupo de estudo

* Prof. Adjunto IV do Departamento de Cirurgia da FM da UFRJ; Chefe da Seção de Cirurgia de Tórax do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ e do Hospital São Vicente de Paulo; Coordenador do Departamento de Cirurgia Torácica da Sociedade de Pneumologia e Tisiologia do Estado do Rio de Janeiro e Diretor da Seção de Cirurgia Torácica do Núcleo Central do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

(RX, gasometria, PFR e TC de tórax) e 43% dos 442 casos selecionados para avaliação clínica.

O preparo pré-operatório visa não só uma melhora respiratória, mas também uma otimização geral dos pacientes para suportar o procedimento cirúrgico. Estes pacientes são muito graves do ponto de vista respiratório. Exercícios respiratórios, nebulizações, antibióticos, mucolíticos, exercícios com pesos, esteira rolante ou bicicleta ergométrica são utilizados, na dependência da necessidade de cada caso, no pré-operatório, até o paciente atingir um objetivo pré-estabelecido.

A cirurgia é realizada sob anestesia geral, com intubação orotraqueal com tubo de dupla luz. Um catéter epidural torácico é cuidadosamente colocado pelo anestesista para minimizar a quantidade de anestésicos e para se ter analgesia pós-operatória mais efetiva, pela utilização de anestésicos locais, no PO imediato, e de fentanil epidural contínuo, no PO mais tardio. A via de acesso cirúrgica mais utilizada é a esternotomia mediana e o ideal é que se opere os dois pulmões no mesmo ato. Alguns autores estão realizando esta cirurgia por videotoracoscopia, mas ainda não se tem, por esta técnica, um número significativo de casos que permita uma acurada análise comparativa. O pulmão a ser operado primeiro é o que apresenta a doença mais extensa, identificada pela cintilografia quantitativa. A pleura mediastinal é aberta com todo o cuidado, para permitir seu fechamento após terminada a cirurgia. São feitos de cinco a oito *tiros de stapler* de 9mm, protegido com pericárdio bovino, em cada pul-

mão, de forma a ressecar cerca de 20 a 30% da área de cada um. Antes de ser iniciada a ressecção, o tubo orotraqueal é clampeado por cinco a dez minutos e as áreas que se mantêm insufladas são ressecadas. É importante que se mantenha a forma e a curvatura do pulmão, para que não haja espaço residual após sua expansão. As cavidades pleurais são drenadas com dois drenos # 28 e 32FR, cada, que são deixados em selo d'água simples (no início da experiência, utilizava-se sucção contínua dos drenos, mas esta prática se mostrou prejudicial). Deve-se extubar o paciente no centro cirúrgico, sempre que possível (isto se consegue em mais de 90% dos casos).

O pós-operatório é feito em CTI. O fisioterapeuta recebe o paciente e inicia imediatamente sua reabilitação PO. A analgesia deve, por isto, ser perfeita. O₂ úmido nasal ou por máscara é administrado generosamente para manter saturação arterial acima de 90%. Mantém-se doses máximas de broncodilatores inalados e usam-se antibióticos de largo espectro profilaticamente ou como continuação de esquema pré-operatório. O paciente é mantido com hidratação basal, evitando-se administrar grandes quantidades de líquidos.

Os resultados são excelentes. O grupo de CRVP da Washington University, que foi o precursor deste procedimento, conta com mais de 200 pacientes operados. A mortalidade é de 6% e os 94% que sobrevivem ao procedimento apresentaram graus importantes de melhora clínica e fisiológica, chegando a uma média de aumento do VEF₁ de mais de 80%, man-

tidos estáveis inclusive no pequeno grupo de casos com mais de dois anos de PO.

Desta forma, podemos dizer que a cirurgia de redução volumétrica de pulmão para o enfisema pulmonar difuso é mais uma realidade dos anos 90. Já existe um número importante de casos e os bons resultados se espalham pelo mundo, indo dos EUA ao Japão, passando pela Europa, pelo Uruguai, Brasil, Argentina e Chile.

Respondendo à questão formulada no título deste artigo, podemos então claramente dizer "sim" à pneumoplastia redutora. A chave para o sucesso deste procedimento multidisciplinar é a seleção adequada dos pacientes, seu preparo pré-operatório e, principalmente, a realização da cirurgia e do pós-operatório em um hospital bem equipado pessoal e materialmente, para que se possa dar ao paciente as melhores chances de recuperação desta grave enfermidade. É importante frisar que existem riscos e que o procedimento padrão, por utilizar instrumentos descartáveis, está ainda fora das possibilidades financeiras da maioria dos nossos pacientes. Torna-se vital, portanto, que os hospitais universitários, alguns hospitais selecionados do SUS e principalmente a Medicina de Grupo (os convênios) passem a autorizar e a oferecer esta importante modalidade terapêutica aos seus pacientes.

Para encerrar, salientamos que este procedimento não visa curar o enfisema pulmonar, mas melhorar a sintomatologia respiratória dos pacientes, proporcionando-lhes uma qualidade de vida mais adequada e restaurando sua vontade de viver.