

MESA REDONDA\*

# Avaliação do risco operatório na cirurgia de ressecção pulmonar\*

## Introdução\*\*

MARIA TERESA MAGALHÃES GODINHO\*\*

A ressecção cirúrgica é a terapêutica que oferece maiores possibilidades de cura no tratamento do Cancro do Pulmão. Ora se, por um lado, esta doença se tornou a primeira causa de morte por Cancro no Homem, por outro, dado o aumento da esperança de vida da população em geral, são cada vez mais os doentes em idades avançadas que nos são enviados. Finalmente, a associação reconhecida de Cancro do Pulmão como tabaco e deste com a Bronquite Crónica e as Doenças Cardiovasculares, faz com que nos vejamos cada vez mais confrontados com a necessidade de operar doentes com uma co-morbilidade significativa e um déficite respiratório importante.

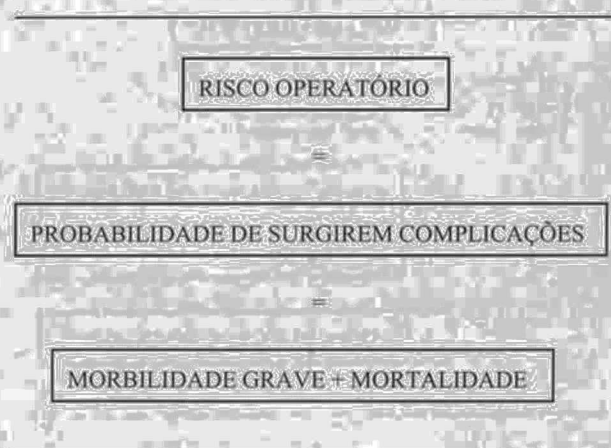
Se nem todas as ressecções praticadas o são por Cancro do Pulmão, estas constituem hoje em dia o maior número e são na nossa experiência as que se acompanham de maior morbilidade.

Para obtermos bons resultados (e para os melhorarmos), com uma taxa de complicações e de mortalidade aceitáveis, é imprescindível uma correcta

avaliação pré-operatória, com uma estimativa da probabilidade de surgirem complicações no pós-operatório (somatório da morbilidade grave com a mortalidade) ou seja daquilo que se designa por *risco operatório*. (Quadro I).

### QUADRO I

Definição de risco operatório



Este problema tem preocupado Cirurgiões, Anestésistas, Pneumologistas, etc. tendo-se assistido nos últimos anos e até meses, a um recrudescimento desse interesse com diversos artigos publicados sobre o assunto.

\* Integrada no X Congresso de Pneumologia, Lisboa, II de Novembro de 1994.

\*\* Chefe de Serviço de Cirurgia Torácica, Hospital de Pulido Valente, Lisboa.

Recebido para publicação: 95.XI.28

Os resultados da Cirurgia de ressecção pulmonar têm-se aliás modificado nas últimas décadas: nos anos 50, a mortalidade e morbilidade graves rondavam os 40%, tendo descido para 9 a 27% nos anos 60. Os progressos técnicos cirúrgicos e anestésicos e de cuidados pós-operatórios levaram a uma nova descida, variando as taxas de mortalidade recentes entre 2 e 11%.

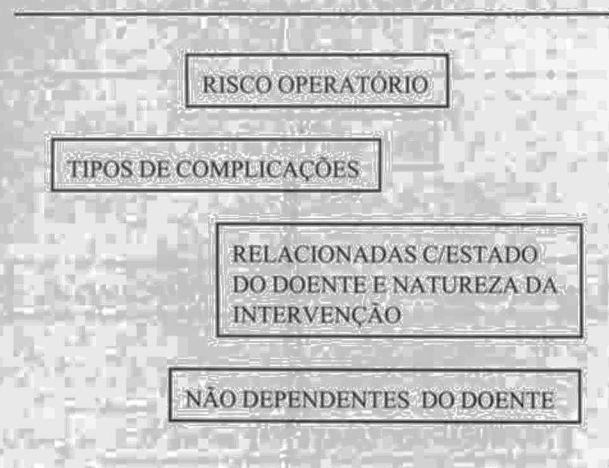
Assim por exemplo, duas estatísticas americanas publicadas em 1994, (6,1) referem uma 17% de complicações (39% nas pneumectomias e 19% nas lobectomias) e uma mortalidade de 1% (Boston) e a outra uma mortalidade de 6% e 39% de complicações pulmonares.

Na experiência do nosso Serviço, em 1231 ressecções pulmonares (maiores do que ressecções atípicas) a taxa de complicações foi 12% e a mortalidade 1,8%.

As complicações que surgem podem estar ou não dependentes do doente (Quadro II) e daí termos a

**QUADRO II**

Tipos de complicações pós-operatórias

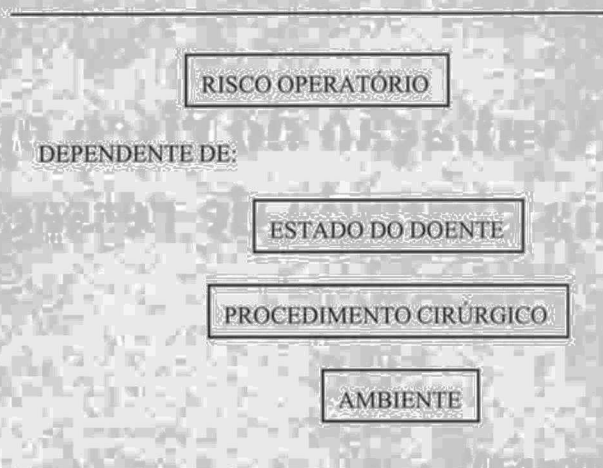


considerar na avaliação do risco operatório três vertentes: o estado do doente, o procedimento cirúrgico e o ambiente ou meio em que se dá à intervenção (Quadro III).

No estado do doente, são relevantes os seguintes parâmetros: doença actual, doenças associadas,

**QUADRO III**

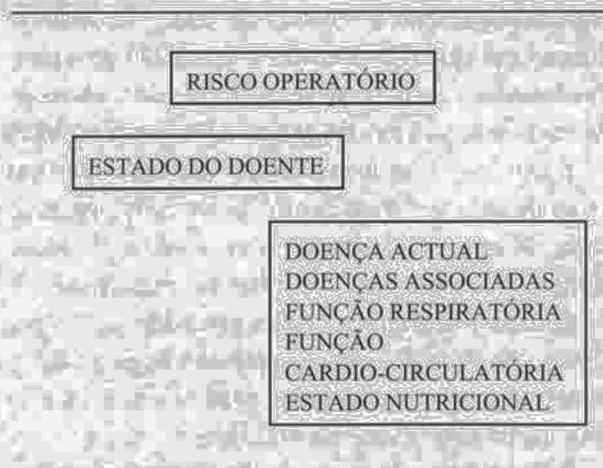
Factores de risco operatório



função respiratória, função cardio-circulatória, estado nutricional (Quadro IV).

**QUADRO IV**

Risco dependente do doente (parâmetros)



O risco do procedimento cirúrgico tem dois aspectos (Quadro V): o risco inerente ao tipo de intervenção a que vai ser submetido o doente (o risco é maior quanto maior a ressecção a efectuar, também é maior nas doenças malignas por exemplo) e o risco anestésico. Este tem segundo Brunner 4 factores: o

**QUADRO V**

Risco do procedimento cirúrgico



estado físico do doente, as drogas usadas na anestesia, o local e a necessidade da operação, o meio cirúrgico e perícia do pessoal, podendo surgir dois grupos de complicações: as que estão relacionadas com o estado do doente (e daí terem surgido sistemas de avaliação como o sistema ASA) e as que dependem unicamente da natureza da Cirurgia e habilidade do pessoal. Na Cirurgia Torácica, as 4 ameaças mais comuns são a hemorragia, a arritmia cardíaca, a interferência mecânica com o Mediastino, e os problemas de ventilação/oxigenação.

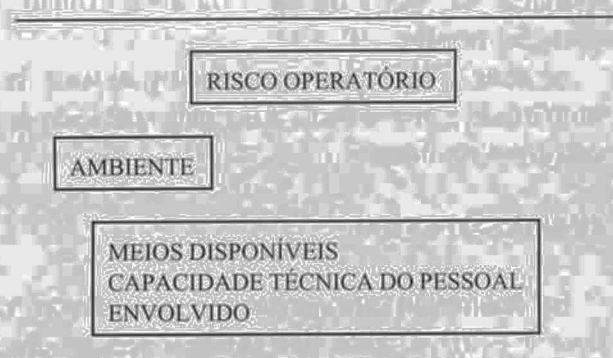
O risco operatório relacionado com o *meio* em que se faz a intervenção (Quadro VI) é real, mas dificilmente quantificável e frequentemente "escamoteado".

O estudo das complicações pós-operatórias e causas de morbidade e mortalidade, é um primeiro passo que se nos afigura extremamente positivo no sentido de melhorar as condições em que são realizadas as intervenções.

Nesta Mesa Redonda, será encarada a avaliação do risco no que respeita à Função Respiratória, à Função Cardio-circulatória, aos aspectos nutricionais e metabólicos, e ainda o risco sob o ponto de vista anestésico.

**QUADRO VI**

Risco técnico



**BIBLIOGRAFIA**

1. BUSCHE VERAZING, ANTKOWIAK JG, DRISCOLL D, TAKITA H. Pulmonary complications in patients undergoing thoracotomy for lung carcinoma. *Chest* 1994; 105:760-766.
2. EPSTEIN SC, FALING J, DALY BDT, CELLI BR. Predicting complications after pulmonary resection. Preoperative exercise testing vs a multifactorial cardiopulmonary risk index. *Chest* 1993; 104:694-700.
3. GASS GD, OLSEN GN. Preoperative pulmonary function testing to predict postoperative morbidity and mortality. *Chest* 1986; 89:127-135.
4. GOLDMAN L, CALDERA DL, NUSSBAUM SR et al. Multifactorial index of cardiac risk in non-cardiac surgical procedures. *New Engl J Med* 1977; 297:845-850.
5. HOLDEN DA, RICE TW, STELMACH K, MEEKER DP. Exercise testing, 6. min walk and stair climb in the evaluation of patients at high risk for pulmonary resection. *Chest* 1992; 102:1774-1779.
6. KEARNEY DJ, LEE TH, REILLY JJ, DECAMP MM, SUGARBAKER DJ. Assessment of operative risk in patients undergoing lung resection. Importance of predicted pulmonary function. *Chest* 1994; 105:753-759.
7. OLDER P, SMITH R, COURTNEY P, HONE R. Preoperative evaluation of cardiac failure and ischemia in elderly patients by cardiopulmonary exercise testing. *Chest* 1993; 104:701-704.
8. OLSEN GN, WEIMAN DS, BOLTON JWR et al. Submaximal invasive exercise testing and quantitative lung scanning in the evaluation for tolerance of lung resection. *Chest* 1989; 95:267-273.
9. REILLY JJ, MENTZER SJ, SUGARBAKER DJ. Preoperative assessment of patients undergoing pulmonary resection. *Chest* 1993; 103:342s-345s.