



Prática clínica

Adrenalectomia posterior retroperitoneoscópica – introdução da técnica num hospital generalista



Carlos Serra^{a,b,*}, António Pereira Canudo^a e Ana Silvestre dos Santos^c

^a Serviço de Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia, Hospital dos SAMS, Lisboa, Portugal

^b Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

^c Serviço de Anestesiologia, Departamento de Anestesiologia e Reanimação, Hospital dos SAMS, Lisboa, Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 13 de maio de 2015

Aceite a 2 de fevereiro de 2016

On-line a 12 de março de 2016

Palavras-chave:

Adrenalectomia posterior

Retroperitoneoscópica

Cirurgia posterior

Keywords:

Posterior Adrenalectomy

Retroperitoneoscopic

Posterior surgery

R E S U M O

A adrenalectomia posterior retroperitoneoscópica, técnica cirúrgica relativamente pouco utilizada na abordagem da glândula suprarrenal, parece apresentar algumas vantagens sobre a via transperitoneal, nomeadamente uma menor necessidade de analgesia, menor tempo operatório e menor tempo de recuperação global.

O principal óbice à adesão a esta via tem sido o escasso «domínio» que os cirurgiões gerais e endócrinos têm do espaço retroperitoneal.

Este trabalho tem como objetivo primordial a divulgação da técnica, descrevendo as dificuldades encontradas na sua implementação num hospital geral e analisando os primeiros 11 casos operados.

Com base nesta experiência inicial, identificam-se as condições consideradas indispensáveis para a execução segura da técnica.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Posterior Retroperitoneal Adrenalectomy–Introduction of the technique in a general hospital

A B S T R A C T

Posterior retroperitoneoscopic adrenalectomy, a seldom performed surgical approach to the adrenal glands seems to offer several advantages when compared with the transperitoneal approach. They include, among others, lesser need for analgesia, inferior surgical time and faster global recuperation period.

Its main drawback has been the fact that most general and endocrine surgeons are unfamiliar and feel uncomfortable when dealing with the retroperitoneal space area.

It is our main purpose with this paper to contribute to a better understanding and knowledge of this surgical procedure. The steps that led to its implementation among us are summarily described. Our first eleven patients are reported.

This approach is discussed at the light of our experience and the verified outcomes, particularly in what concerns the technical and logistic conditions that are deemed mandatory to allow it to be properly and safely performed.

© 2016 Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondência.

Correio eletrónico: caaserra@me.com (C. Serra).

Introdução

A localização anatómica da glândula suprarrenal no espaço retroperitoneal levou a que nunca existisse consenso sobre a sua melhor abordagem cirúrgica.

As virtudes e defeitos das vias anterior (ou ântero-lateral) e posterior têm dividido os cirurgiões envolvidos no tratamento da patologia suprarrenal ao longo dos anos.

Em 1992, Gagner realizou a primeira adrenalectomia por via laparoscópica transperitoneal, a qual rapidamente se tornou técnica «gold standard» para abordagem da glândula suprarrenal por patologia benigna. As vantagens da técnica sobre as alternativas abertas eram inquestionáveis: menor dor no pós-operatório, menor tempo de internamento, mais rápido retorno às atividades físicas e laborais, menores perdas sanguíneas¹.

Pouco tempo depois, começaram a surgir relatos de adrenalectomias efetuadas por via retroperitoneoscópica, essencialmente provenientes de grupos que privilegiavam a abordagem posterior aberta, acompanhando a natural tendência para uma menor invasibilidade dos procedimentos^{2,3}.

A popularização e standardização da técnica deveu-se, em grande parte, aos trabalhos de Walz, que sustentado em estudos fisiológicos demonstrou a tolerância dos pacientes a pressões de insuflação elevada (> 20 mm Hg), essenciais à criação do espaço de trabalho^{4,5}.

Esta técnica permite, de facto, um acesso direto e rápido à glândula, mesmo em pacientes com cirurgias abdominais prévias e/ou com índices de massa corporal elevados.

Estudos subsequentes mostraram uma diminuição do tempo operatório, do tempo de recuperação global e da utilização de analgésicos, quando comparados com a via laparoscópica transabdominal^{6,7}.

A maior limitação técnica está relacionada com as dimensões do tumor, tornando-se o ato cirúrgico mais difícil em tumores maiores de 6 cm, facto que, no entanto, não constitui contraindicação para um cirurgião experiente na mesma⁸.

O carcinoma adrenocortical, face às características de invasibilidade que apresenta, continua a ter indicação para cirurgia aberta, já que esta oferece maior probabilidade de cura aos pacientes⁹.

A maior dificuldade para a popularização da adrenalectomia posterior retroperitoneoscópica tem sido a menor familiarização com o espaço retroperitoneal por parte dos cirurgiões gerais e endócrinos, contrariamente aos urologistas que utilizam frequentemente abordagens retroperitoneais em cirurgia renal.

A ausência de referências anatómicas tem sido referida como o principal fator dissuasor para a adoção da técnica.

Atualmente, menos de 20% das adrenalectomias efetuadas por técnicas minimamente invasivas são efetuadas por esta via¹⁰, sendo que, em Portugal, só temos conhecimento de outro centro onde foi tentada esta abordagem.

Este trabalho pretende contribuir para a divulgação da técnica junto da comunidade científica nacional, com base no relato da experiência adquirida na implementação desta no Hospital dos SAMS (Serviços de Assistência Médico-social do Sindicato dos Bancários do Sul e Ilhas), reportando os primeiros 11 casos, efetuados pelos autores entre dezembro de 2012 e março de 2015.

O início

O Hospital dos SAMS, com 120 camas, é um hospital de âmbito geral, que dispõe de todas as valências médicas e cirúrgicas, incluindo uma unidade de cuidados intensivos, permitindo uma quase completa autonomia no tratamento dos seus utentes.

A organização do departamento de cirurgia, não comportando pela sua dimensão uma divisão em unidades funcionais, não pode,

contudo, deixar de acompanhar a tendência universal para a subespecialização, com a criação de consultas autónomas de que a consulta de cirurgia endócrina foi uma das pioneiras, permitindo uma referência prioritária dos pacientes.

No âmbito dessa subespecialização, o primeiro autor deste artigo teve oportunidade de efetuar a aprendizagem da técnica junto do Professor Doutor Martin K. Walz.

Em dezembro de 2012, efetuámos no Hospital dos SAMS a primeira adrenalectomia posterior retroperitoneoscópica, que decorreu sem intercorrências.

Este sucesso inicial foi seguido por 2 insucessos relativos, já que, nos 2 pacientes subsequentes, a instabilidade hemodinâmica dos mesmos obrigou à conversão para via posterior aberta, em ambos os casos no início da cirurgia, sem qualquer intercorrência cirúrgica justificativa.

Estas ocorrências levaram-nos a solicitar junto do departamento de anestesiologia do hospital a deslocação de um elemento ao mesmo centro, para melhor perceção das especificidades anestésicas da técnica, nomeadamente face ao posicionamento em decúbito ventral e ao pneumoretroperitoneu com elevadas pressões de insuflação, permitindo o reinício da técnica com uma confiança acrescida.

Os seguintes 8 pacientes foram operados sem intercorrências major, anestésicas ou cirúrgicas.

Técnica operatória

Após a indução da anestesia geral e intubação orotraqueal – em que é necessária particular atenção à fixação do tubo orotraqueal para impedir a sua deslocação durante o decúbito ventral –, são colocados os acessos vasculares: cateter venoso central (todos os casos) e linha arterial radial (feocromocitoma ou suspeita do mesmo).

Também a algaliação é efetuada em todos os pacientes por rotina, sendo retirada cerca de 4 horas após a cirurgia.

O paciente é posicionado em decúbito ventral, com as coxas e joelhos fletidos cerca de 90- 100°, com o abdómen contido em «moldura» (utilizada habitualmente em cirurgia da coluna vertebral [fig. 1]).

A primeira incisão cutânea, com cerca de 2 cm, é efetuada sobre a ponta da 12.^a costela. Após preparação do tecido subcutâneo e músculo por dissecação roma, o espaço retroperitoneal é facilmente acessível por perfuração digital da fâscia dorsolombar. A dissecação digital nesse plano permite criar o espaço necessário à colocação de trocarte de 5 mm em posição lateral



Figura 1. Posicionamento do doente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3278208>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3278208>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)