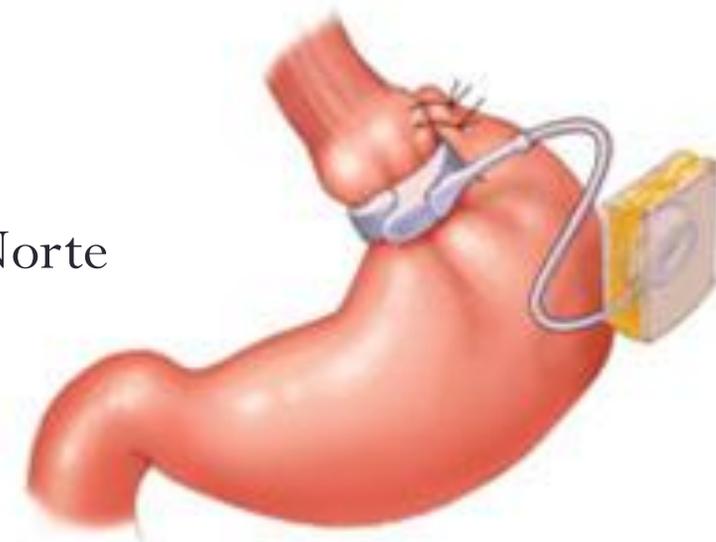


O PAPEL DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA NO DOENTE BARIÁTRICO ANÁLISE DE PREDITORES DE EVOLUÇÃO COMPLICADA



Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia Centro Hospitalar Lisboa Norte



Samuel Fernandes, Liliane Meireles, Luís Carrilho Ribeiro, José Velosa

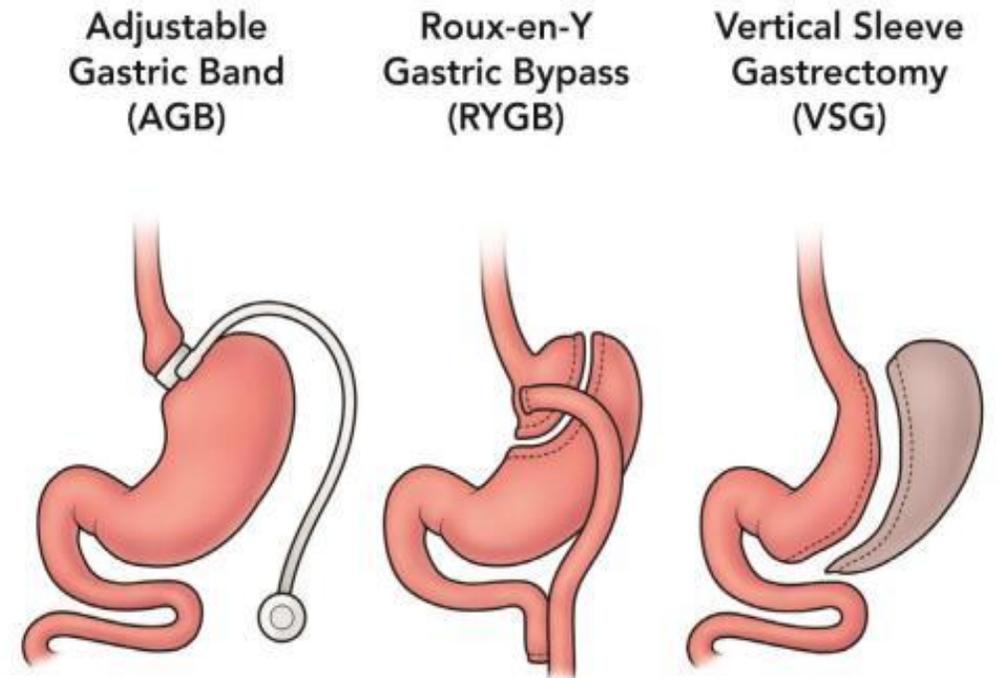
INTRODUÇÃO

- A obesidade está a **aumentar** nos países desenvolvidos
- ↑ risco HTA, dislipidémia, diabetes, doença coronária, doença vesicular, osteoartrite, apneia do sono, cancro...
- 2010 = **3.4 milhões** de mortes e 3.9% de anos de vida perdidos

- Ogden CL, JAMA. 2014 Feb 26;311(8):806–14.
- Stevens Ga, Popul Health Metr. 2012;10(1):22.
- Nguyen NT, J Am Coll Surg. 2008;207(6):928–34.

INTRODUÇÃO

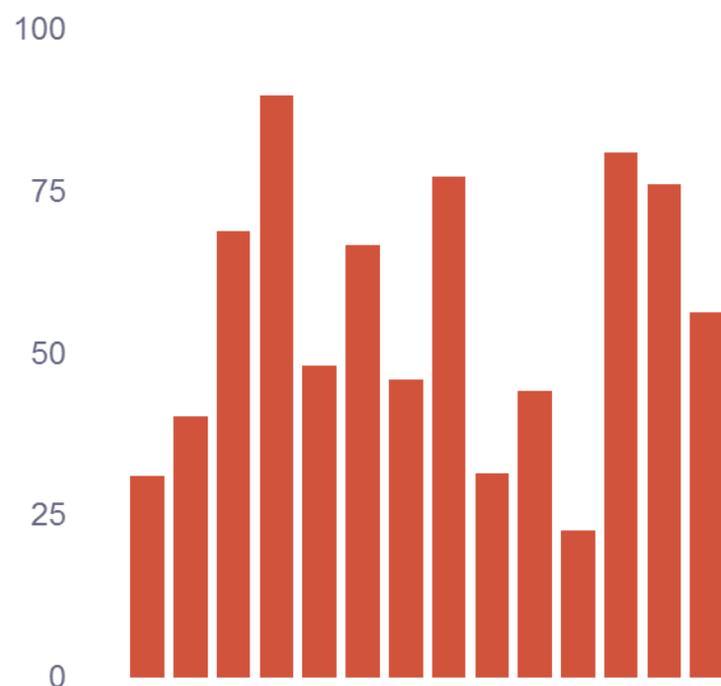
- Em doentes selecionados, a cirurgia representa um tratamento eficaz a longo prazo.
- As guidelines atuais recomendam a realização de EDA antes da realização de cirurgia bariátrica.



Racional para EDA pré-cirurgia

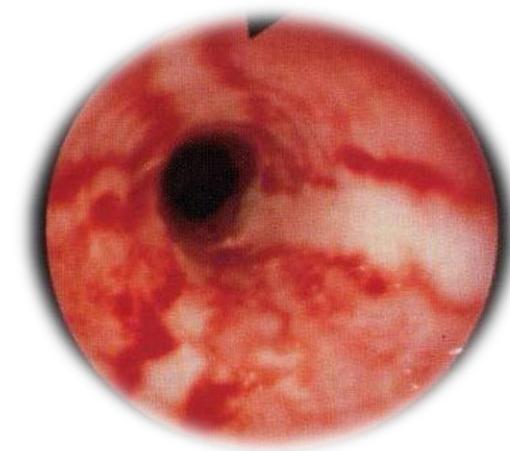
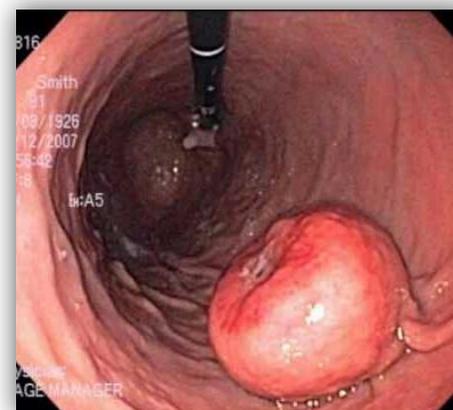
1

Elevada prevalência de achados endoscópicos em diversos estudos



2

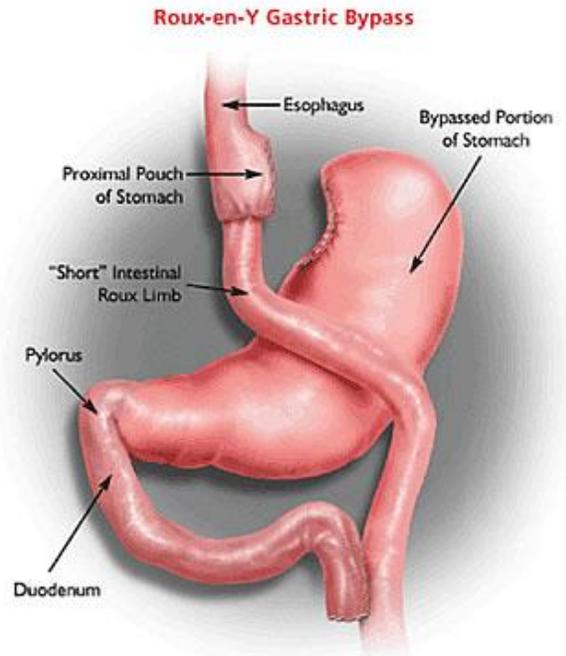
Medo de não identificar uma lesão importante (ex. cancro)



Racional para EDA pré-cirurgia

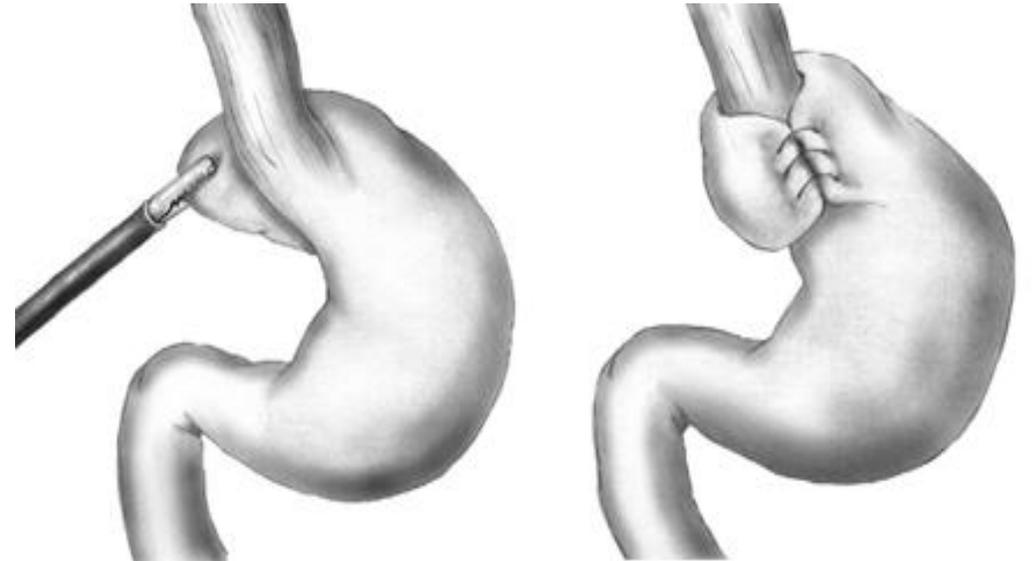
3

Incapacidade de avaliar o estômago e duodeno após cirurgia (ex. bypass)



4

Alteração da cirurgia com base em achados endoscópicos (ex. hérnia hiato)



EXPOSIÇÃO DO PROBLEMA



- Na experiência clínica, a maioria dos achados endoscópicos são benignos, duvidosamente influenciando o procedimento cirúrgico.
- Frequentemente, achados benignos levam a adiamento da cirurgia ou realização de exames/cirurgias desnecessários (ex gastrectomia por polipos benignos).

Azagury D, Obes. Surg. 2006;**16**:1304–11.

Estévez-Fernández S. Rev Esp Enferm Dig. 2015 Jul;**107**(7):408-412.

EXPOSIÇÃO DO PROBLEMA



Persiste a dúvida acerca de quais os achados endoscópicos que deverão atrasar ou condicionar o procedimento cirúrgico

OBJETIVOS

- Caraterizar os achados endoscópicos em doentes bariátricos;
- Avaliar preditores de endoscopia anormal;
- Estabelecer uma correlação entre os achados endoscópicos e complicações pós-operatórias.

Caraterísticas do estudo



- Estudo unicêntrico, retrospectivo, 2004-2015;
- **Amostra:** doentes com indicação para cirurgia bariátrica* submetidos a EDA pré-operatória.



IMC $> 40 \text{ kg/m}^2$
IMC $> 35 \text{ kg/m}^2$
+
comorbilidades associadas à obesidade

Caraterísticas do estudo



- **Caraterísticas da população:** Idade, sexo, IMC
- **Achados endoscópicos**
- **Achados histológicos:** em doentes com alterações em EDA.
- *H.pylori* – avaliação histológica. A terapêutica de erradicação ficou à descrição do médico assistente.

Caraterísticas do estudo

- **Cirurgia**
 - Tipo de procedimento
 - Complicações pós-operatórias
 - Outcome pós-operatório



RESULTADOS

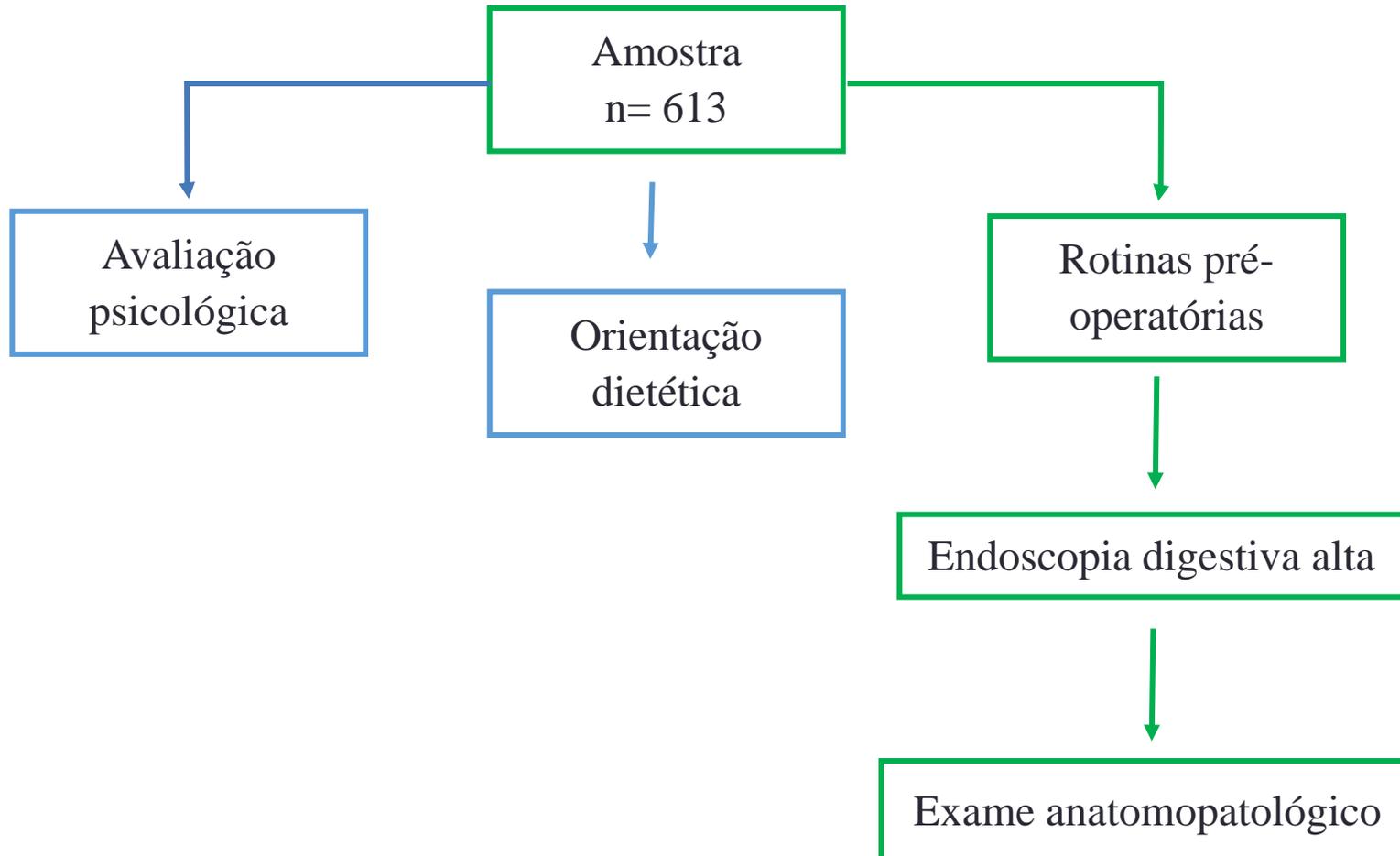


Resultados gerais

Caraterísticas da amostra	
N	613
Sexo feminino (%)	477 (77.8)
Idade (dp) anos	46.5 ± 11.6
IMC (dp) kg/m²	44.7 ± 4.2

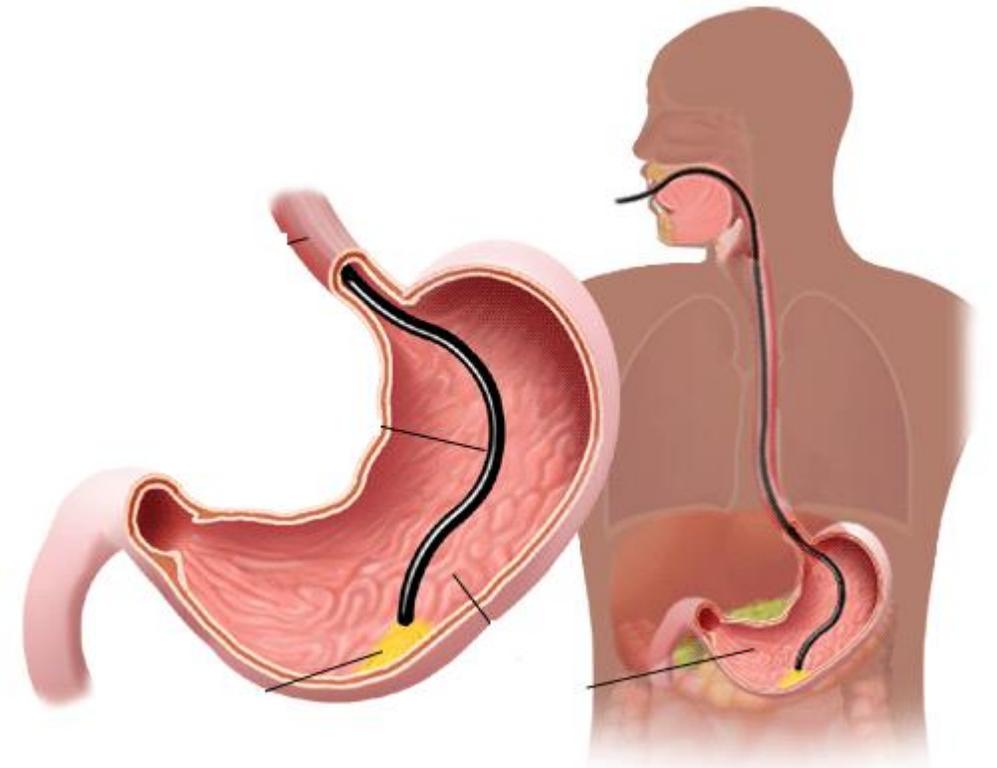


Avaliação endoscópica



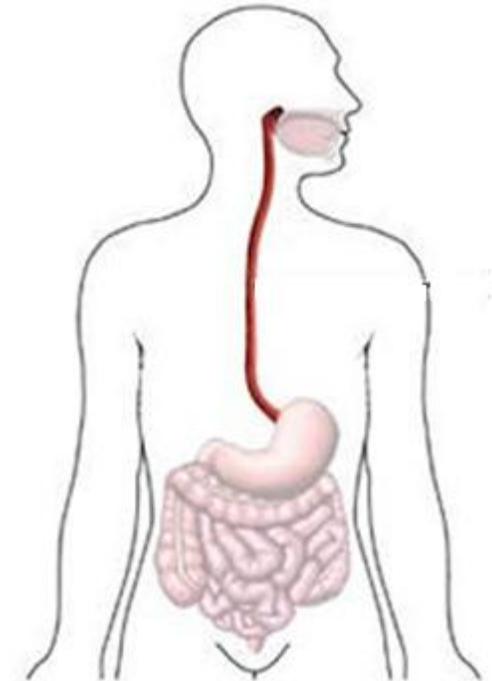
Achados endoscópicos

	n (%)
Normal	268 (43.7)
Patologia esofágica	136 (22.2)
Patologia gástrica	256 (41.8)
Patologia duodenal	70 (11.4)



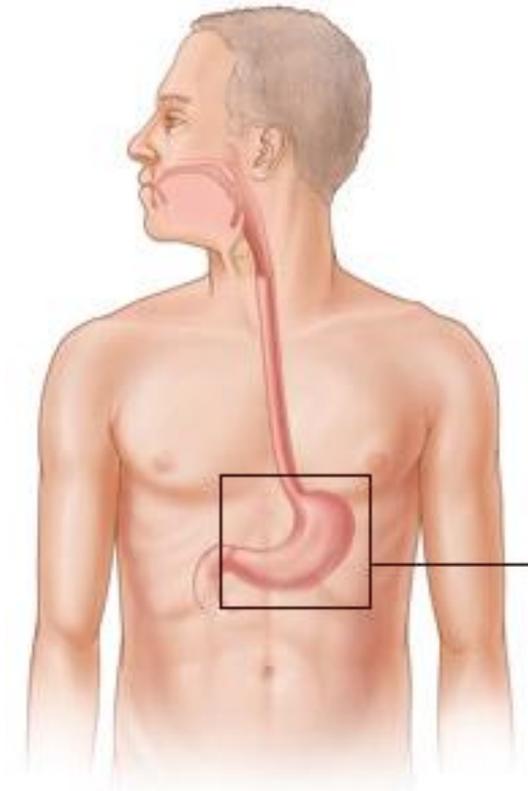
Achados endoscópicos

Patologia esofágica	n
• Hérnia do hiato	105 (17.1)
○ 1-2 cm	48
○ 3-6 cm	55
○ 7-10 cm	2
• Esofagite péptica (A/B/C)	32/14/1
• Suspeita de Barrett	3



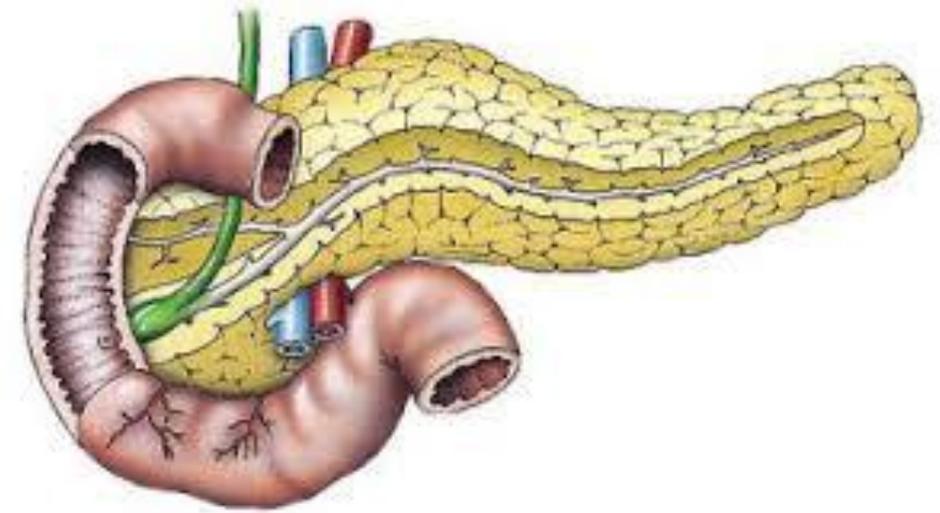
Achados endoscópicos

Patologia gástrica	n
• Gastrite não-erosiva	119
• Gastrite erosiva	111
• Úlceras gástricas (Forrest I/II/III)	0/0/9
• Pólipos	29



Achados endoscópicos

Patologia duodenal	n
• Duodenite não-erosiva	32
• Duodenite erosiva	33
• Úlceras duodenais (Forrest I/II/III)	0/0/3
• Irregularidade da mucosa	2



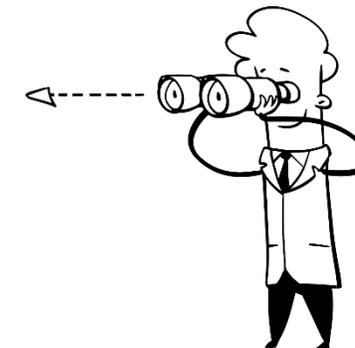
Achados histológicos



	Estômago	n
Pólipos	● Gastrite crônica	243
	● Gastrite atrófica/Metaplasia	21/16
	● <i>H. pylori</i>	114 (48.3)
	● Linfoma Malt*	1
	● Hiperplásicos/Inflamatórios	1/2
	● Fúndicos/Leioimioma	1/1
	Total	259

	Esófago	n
● Barrett (sem displasia)		3
Duodeno		n
● Duodenite incharacterística		20
● Heterotopia gástrica		1
Total		21

Fatores preditivos de EDA anormal



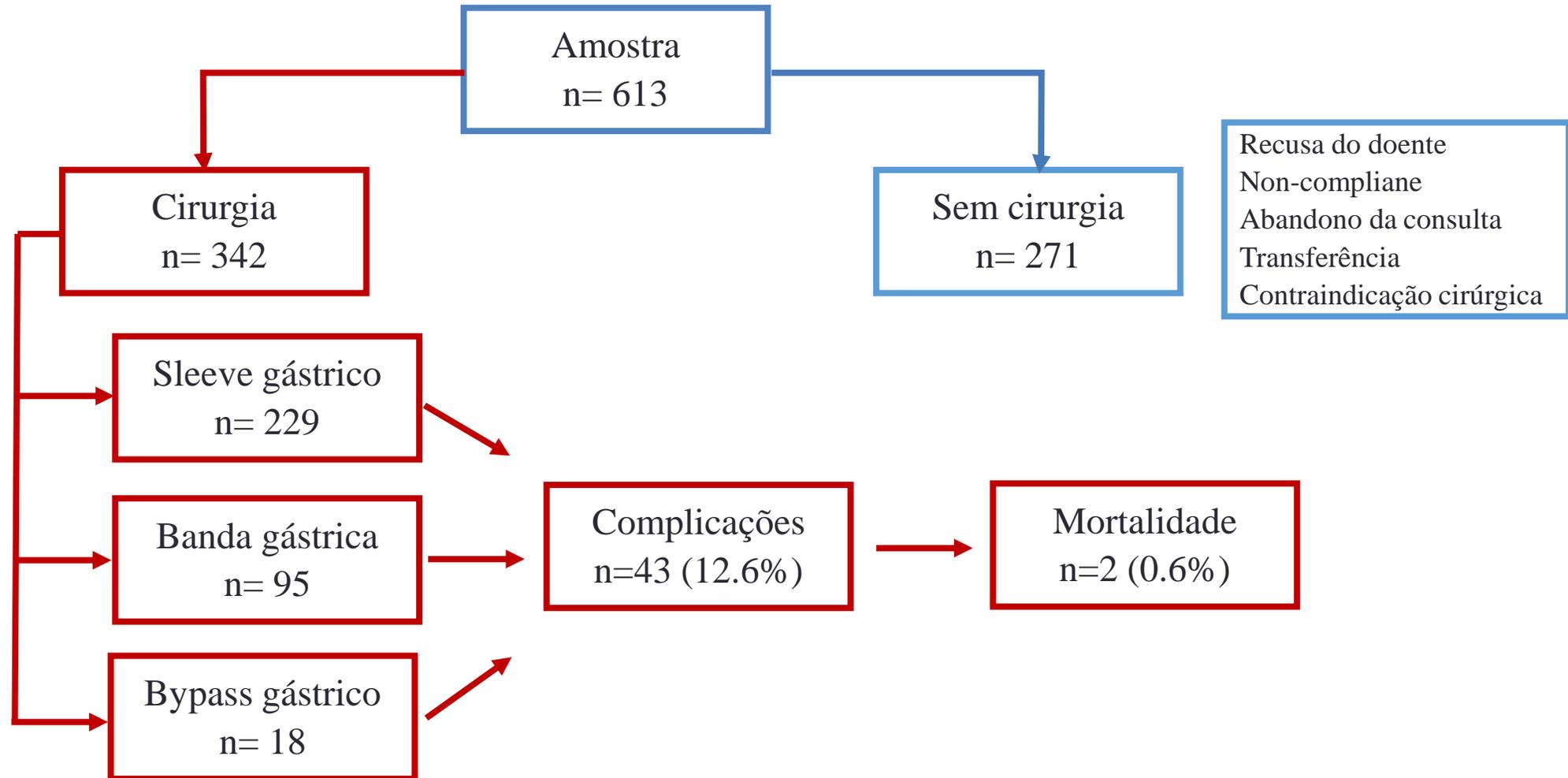
Análise univariada

Fator preditivo	Odds ratio [95%CI]	p
Idade	1.027 [1.013-1.042]	<0.001
IMC	0.994 [0.953-1.037]	0.792
Sexo	1.466 [0.993-2.165]	0.054
H. pylori	9.843 [4.408-21.976]	<0.001

Análise multivariada

Fator preditivo	Odds ratio [95%CI]	p
Idade	1.030 [1.000-1.060]	0.05
H. pylori	10.304 [4.577-23.195]	<0.001

Cirurgia bariátrica



Complicações pós-operatórias

	n
Fístula	19
Infeção / sépsis	9
Migração de banda	6
Hemorragia gastrointestinal	7
Estenose	2



Fatores preditivos de complicações pós-operatórias

Preditores demográficos

Fatores	Odds ratio [95%CI]	p
Idade	1.010 [0.981-1.041]	0.501
IMC	0.859 [0.734-1.005]	0.058
Sexo	0.907 [0.402-2.064]	0.822

Preditores cirúrgicos

Fatores	Odds ratio [95%CI]	p
Sleeve vs banda	0.537 [0.274-1.054]	0.071
Banda vs bypass	0.757 [0.347-1.653]	0.485
Sleeve vs bypass	1.068 [0.231-4.929]	0.933

Fatores preditivos de complicações pós-operatórias

Preditores endoscópicos

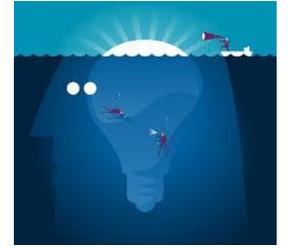
Achados endoscópicos	Odds ratio [95%CI]	p
Esofagite	1.771 [0.682-4.601]	0.241
Hérnia do hiato	1.278 [0.110-3.165]	0.538
Gastrite	1.145 [0.590-2.221]	0.690
Úlceras gástricas	11.10 [1.80-68.467]	0.010
Duodenite	1.628 [0.630-4.204]	0.314
Úlceras duodenais	7.071 [0.434-115.196]	0.169
Endoscopia anormal	1.091 [0.575-2.068]	0.790

Fatores preditivos de complicações

	Odds ratio [CI 95%]	p
Fístula		
Úlceras gástricas	13.292 [2.073-85.239]	0.006
Úlceras duodenais	19.937 [1.192-333.461]	0.037
Sépsis		
Úlceras gástricas	10.281 [1.030-102.629]	0.047
Hemorragia gastrointestinal		
Idade	1.097 [1.006-1.195]	0.036

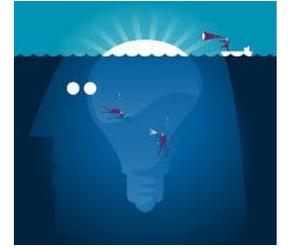
- Sem preditores de estenose ou migração de banda.
- Todas as úlceras apresentavam evidência de infecção a *H.pylori*.

Conclusões (1)



- Elevada frequência de achados endoscópicos (56.3%)
- Prevalência de *H.pylori* ~ 50%
- Correlação entre ***H.pylori*** e **achados endoscópicos** incluindo úlcera péptica

Conclusões (2)



- **Doença ulcerosa péptica:** principal determinante de complicações pós-operatórias.

Poderá a erradicação profilática de *H.pylori* poderá diminuir % de complicações pós operatórias?



IBP ?

O PAPEL DA ENDOSCOPIA DIGESTIVA NO DOENTE BARIÁTRICO

ANÁLISE DE PREDITORES DE EVOLUÇÃO COMPLICADA



Serviço de Gastrenterologia e Hepatologia
Centro Hospitalar Lisboa Norte

Samuel Fernandes, Liliane Meireles,
Luís Carrilho Ribeiro, José Velosa



O Pensador bariátrico