

Estudo retrospectivo publicado na Endoscopy (epub ahead of print) que avaliou o tratamento endoscópico de pacientes com fístula na linha de sutura com grampo após gastrectomia vertical (Sleeve), acompanhados em 7 centros Franceses.

A ocorrência de fístula após o Sleeve é uma complicação grave. Na série relatada ela foi associada a uma grande morbidade, e com mortalidade de 2,7%. Apesar desta complicação ocorrer em apenas 2 a 4% dos pacientes submetidos à Gastrectomia vertical, ela tem um impacto significativo devido à combinação do aumento do número de cirurgias bariátricas, o longo tempo para recuperação (média de 113 dias nesta série (5 -1315 dias), e as múltiplas endoscopias necessárias para o tratamento (média de 4,7 por paciente).

Pacientes

Neste estudo foram incluídos 110 pacientes, sendo que 104 foram submetidos à procedimentos endoscópicos.

O tempo médio de ocorrência de fístula foi de 10 dias (1-803 dias) após a realização do *sleeve*, sendo que 45,4% ocorreram nos primeiros 7 dias (aguda 0-3 dias: 20,9%; precoce 4-7 dias: 24,5%; intermediária 8-42 dias: 38,2%; e tardia >42 dias: 16,4%). Entre os 110 pacientes, 44 (40%) apresentaram fístula com orifício considerado grande(>1 cm), e 95 (87,3%) foram submetidos à procedimentos de drenagem como primeiro tratamento (cirúrgica, endoscópica ou percutânea).

A primeira abordagem dos pacientes com fístula é geralmente cirúrgica, e foi realizada em 83 pacientes (75,5%). Essa conduta permite irrigação e drenagem das coleções intra-abdominais, porém a sutura do orifício fistuloso é raramente possível devido à inflamação local. O tratamento subsequente envolve terapia intensiva, antibióticos, suporte nutricional, drenagem percutânea complementar e procedimentos endoscópicos.

No geral, 79,1% dos pacientes foram tratados com sucesso por tratamento medicamentoso e endoscópico, sem a necessidade de procedimento cirúrgico específico para a fístula. Entre estes pacientes 5,5 % apresentaram fechamento espontâneo (6 pacientes, todos com fístulas entre 1-3 mm) e 73,6% obtiveram fechamento da fístula após procedimentos endoscópicos.

Dezenove pacientes (17,3%) necessitaram tratamento cirúrgico, incluindo gastrectomia total, transformação em bypass com Y de Roux, e derivação fístula-jejunal.

O sucesso do tratamento endoscópico se correlacionou com a duração do tratamento. Os pacientes apresentaram uma redução na chance de cicatrização com o atraso no início do tratamento endoscópico. Nos primeiros 3 meses, 65,6% dos pacientes foram curados endoscopicamente, 28,1% por cirurgia e 1,6% espontaneamente. Essas taxas reduziram para 48,5%, 48,5% e 0%, respectivamente, com fístulas com 6 meses de duração, e para 41,7%, 50% e 0%, respectivamente, quando o tratamento durou 1 ano.

Técnicas Endoscópicas

Várias técnicas endoscópicas foram utilizadas para o fechamento das fístulas. As três mais utilizadas foram a colocação de próteses (totalmente e parcialmente recobertas), aplicação de cliques e aplicação de cola.

PRÓTESES

No estudo a colocação de prótese esofágica em ponte foi a técnica mais frequente (177 próteses em 88 pacientes). Geralmente a prótese foi associada a outros procedimentos como irrigação, desbridamento, clipe ou aplicação de cola.

CLIPES

O uso de cliques para o fechamento de pequenas fístulas já é utilizado há bastante tempo. Mais recentemente a aplicação de cliques "over the scope" (OTSCs) foi proposta para essa indicação. No estudo cliques foram colocados em 45 pacientes durante 71 procedimentos. Quatorze pacientes foram tratados com OTSCs, 9 deles também receberam uma prótese metálica recoberta, e 2 associados à utilização de cola. A aplicação de OTSCs foi geralmente realizada como um procedimento final em fístulas pequenas. Dos 14 pacientes, 11 cicatrizaram com o tratamento endoscópico.

COLAS

Dois tipos de colas foram usadas para tratar 32 pacientes em 72 procedimentos: cola de fibrina (Beriplus e Tissucol, 22 pacientes, 46 procedimentos) e colas acrílicas inabsorvíveis biocompatíveis (Glubran e Ifabond: 12 pacientes, 26 procedimentos).

DRENAGEM ENDOSCÓPICA

Outras técnicas aplicadas incluíram drenagem endoscópica com duplo pig-tail e cateter naso-cavitário. Trinta pacientes foram tratados com drenagem endoscópica em 51 procedimentos.

PLUGUE (MATRIZ ACELULAR FIBROGÊNICA)

Dez pacientes foram tratados com plugue (9,1%) em associação com próteses metálicas recobertas.

A estratégia mais comum foi a colocação de prótese recoberta (80% dos casos) após drenagem efetiva da fístula (83,6%). A aplicação de cliques e cola foram usadas geralmente em fístulas pequenas, presentes no começo do tratamento. No caso de coleções não drenadas, a realização de drenagem percutânea, endoscópica ou cirúrgica é mandatória.

Complicações

A morbidade da endoscopia intervencionista neste estudo foi exclusivamente devida à colocação de próteses. As complicações observadas foram: migração, ulceração na borda da prótese, perfuração e encarceramento (crescimento de tecido sobre a malha dificultando a remoção).

A migração intragástrica foi a complicação mais frequente e ocorreu em 42,9% dos pacientes. Tendo sido mais comum nos pacientes com próteses totalmente recobertas. Já o encarceramento foi mais frequente nas próteses parcialmente recobertas. Um paciente morreu devido à perfuração duodenal após a migração da prótese. Quando próteses parcialmente recobertas são colocadas a remoção não deve exceder 2-3 semanas, caso contrário o encarceramento é inevitável.

Nesta série os pacientes com fístula apresentaram uma perda do excesso de peso estatisticamente maior do que a esperada quando comparada com o *sleeve* não complicado. Aos 6 meses a perda foi de 64,2% vs. 49% (p 0,001) e aos 12 meses 89,35% vs. 59,5% (p 0,001). Estes pacientes apresentam um risco aumentado de desnutrição com complicações infecciosas e deficiências vitamínicas.

Fatores de bom prognóstico no tratamento Endoscópico

Na análise multivariada, o sucesso no tratamento endoscópico foi associado à ausência de banda gástrica prévia (p=0,04), fístulas pequenas ≤ 1 cm (p=0,01), intervalo entre a cirurgia e a fístula menor ou igual à 3 dias (p=0,01) e um intervalo entre o diagnóstico da fístula e a primeira terapêutica endoscópica menor que 21 dias (p=0,003).

Conclusão

- A endoscopia intervencionista foi efetiva no tratamento da fístula em 73,6% dos pacientes.
- Drenagem da coleção e colocação de prótese é o tratamento mais comum, porém associado à alta morbidade.
- Realização de endoscopia precoce (antes de 21 dias aumenta a chance de sucesso).
- A eficácia do tratamento endoscópico é maior nos primeiros 6 meses de tratamento. Após 6 meses o tratamento cirúrgico deve ser considerado.

Referência

[Christophorou D, Valats JC, Funakoshi N, Duflos C, Picot MC, Vedrenne B, et al. Endoscopic treatment of fistula after sleeve gastrectomy: results of a multicenter retrospective study. Endoscopy 2015. DOI: 10.1055/s-0034-1392262](https://doi.org/10.1055/s-0034-1392262)

