



PERSPECTIVA DOS CIRURGIÕES SOBRE PANCREATITE CRÔNICA ALCOÓLICA VS. NÃO-ALCOÓLICA DE UM CENTRO TERCIÁRIO NA ÍNDIA

Alcoholic vs. non-alcoholic chronic pancreatitis: Surgeons' perspective from a tertiary centre in India

Koustav JANA¹, Sukanta RAY¹, Roby DAS¹, Dilip KUMAR¹, Tuhin S MANDAL¹, Somak DAS¹

RESUMO - Racional: Embora o álcool seja a causa mais comum de pancreatite crônica em todo o mundo, a forma idiopática é prevalente na Índia. A história natural e a progressão da doença são diferentes entre esses dois grupos. Há escassez de dados comparando o resultado cirúrgico e a qualidade de vida entre eles. **Objetivo:** Avaliar as características clínicas, o resultado cirúrgico e a qualidade de vida entre esses dois grupos de pacientes. **Método:** Todos os pacientes com pancreatite crônica operados foram revisados retrospectivamente. **Resultados:** Do total de 98 pacientes, 42 eram alcoolistas. O número de homens e a idade média no momento da operação foi significativamente maior nos alcoolistas. Tabagismo, taxa de internação pré-operatória e prevalência de complicações locais como massa inflamatória da cabeça do pâncreas, estenose biliar e hipertensão portal do lado esquerdo foram distintamente mais comuns no grupo de alcoolistas e o procedimento de Frey foi exigido mais comumente neste grupo. A média de internação pós-operatória e a taxa geral de complicações pós-operatórias foram comparáveis entre os dois grupos. Ao longo de acompanhamento médio de 18 meses houve melhora significativa na qualidade de vida e pontuação de dor em ambos os grupos. A melhora no escore de funcionamento físico foi significativamente maior no grupo de alcoolistas, mas a necessidade de medicamentos analgésicos foi significativamente maior nos alcoolistas. No entanto, a perda de apetite foi mais percebida pelo grupo não alcoólico. **Conclusão:** A pancreatite crônica alcoólica se apresenta com mais complicações locais associadas à pancreatite crônica. O procedimento de Frey é operação segura e bem aceita neste grupo. Embora exigissem mais necessidade de analgésicos no acompanhamento em curto prazo, outros aspectos da qualidade de vida são semelhantes ao grupo não alcoólico.

DESCRITORES: Pancreatite crônica. Alcoolismo. Procedimento de Frey. Qualidade de vida.

Mensagem central

As complicações locais da pancreatite crônica são mais frequentes em pacientes alcoolistas e as ressecções são os procedimentos mais comumente realizados neste grupo.

Perspectiva

A história natural e a progressão da doença são diferentes na pancreatite crônica alcoólica e não alcoólica. Neste estudo, descobrimos que complicações locais como massa benigna da cabeça do pâncreas e estenose biliar são significativamente mais comuns no grupo de alcoolistas. Como resultado, a cirurgia de ressecção e a cirurgia associada são mais comumente realizadas nesses pacientes. Embora o resultado cirúrgico imediato seja semelhante em ambos os grupos, os pacientes com pancreatite crônica alcoólica requerem mais medicamentos analgésicos no acompanhamento de médio prazo. Novamente, eles experimentaram mais melhora no funcionamento físico em comparação com pacientes não alcoolistas durante o acompanhamento.

ABSTRACT - Background: Although alcohol is the most common cause for chronic pancreatitis worldwide, idiopathic type is prevalent in India. Natural history and disease progression are different between these two groups. There is paucity of data comparing surgical outcome and quality of life in these patients. **Aim:** To evaluate clinical features, surgical outcome and quality of life between these two groups of patients. **Method:** All patients with chronic pancreatitis who underwent surgery were prospectively reviewed. **Results:** From 98 patients, 42 were alcoholic. Number of male and the mean age at the time of operation was significantly more in alcoholic patients. Smoking, preoperative hospital admission rate and the prevalence of local complications like inflammatory pancreatic head mass, biliary stricture and left sided portal hypertension were distinctly more common in alcoholic group. Frey procedure was required more commonly in alcoholic group. Mean postoperative hospital stay and overall postoperative complication rate were comparable between the two groups. Over a median follow up of 18 months there was significant improvement in quality of life and pain score in both the groups. Improvement of physical functioning score at follow-up was significantly more in alcoholic group but the requirement for analgesic medications were significantly more in alcoholic group. However, appetite loss was more perceived by non-alcoholic group. **Conclusion:** Alcoholic chronic pancreatitis presents with more local complications associated with chronic pancreatitis. Frey procedure is a safe and well accepted surgery in this group. Though they required more analgesic requirement in short term follow up, other aspects of quality of life are similar to non-alcoholic group.

HEADINGS: Chronic pancreatitis. Alcoholic. Frey procedure. Quality of life.



www.facebook.com/abcdrevista



www.instagram.com/abcdrevista



www.twitter.com/abcdrevista

Trabalho realizado no ¹Department of Surgical Gastroenterology, SSKM Hospital and IPGMR, Kolkata, West Bengal-700020, India

Como citar esse artigo: Jana K, Ray S, Das R, Kumar D, Mandal TS, Das S. Perspectiva dos cirurgiões sobre pancreatite crônica alcoólica vs. não-alcoólica de um centro terciário na Índia. ABCD Arq Bras Cir Dig. 2021;34(2):e1595. DOI: /10.1590/0102-672020210001e1595

Correspondência:

Koustav Jana
E-mail: koustavbsmc@gmail.com

Fonte de financiamento: não há.
Conflito de interesse: não há
Recebido para publicação: 25/11/2020
Aceito para publicação: 04/03/2021

INTRODUÇÃO

A pancreatite crônica (PC) é doença inflamatória progressiva que causa danos irreversíveis ao pâncreas. A etiologia mais comum no Ocidente é a ingestão crônica de álcool, enquanto a pancreatite idiopática (ou pancreatite tropical) é relatada como a etiologia mais comum na Índia e na China, correspondendo a aproximadamente 70% de todos os pacientes¹³. Poucos artigos recentes sugeriram o alcoolismo como causa dominante na Índia^{15,22}. Embora o estudo genético e as características clínicas tenham sugerido que a pancreatite tropical é diferente da pancreatite crônica idiopática¹², uma coisa é comum tanto na pancreatite idiopática quanto na tropical: a ausência de ingestão de álcool. A história natural da pancreatite alcoólica é diferente da não alcoólica². Estudo recente mostrou o padrão genético diferente para pancreatite crônica alcoólica em comparação com outras pancreatites crônicas²⁸. Nesta parte da Índia, onde a análise genética não é amplamente prevalente, a etiologia da PC pode ser amplamente classificada como alcoólica e não alcoólica.

A dor é o sintoma mais angustiante e a maioria dos pacientes procura orientação médica para tratar a dor incapacitante. Visto que a pancreatite crônica é doença benigna não curável com curso natural prolongado, o alívio da dor como resultado bem-sucedido da doença reflete apenas um aspecto do resultado multidimensional. Com isso, a qualidade de vida relacionada à saúde, percebida subjetivamente pelo paciente, vem se tornando um grande problema na avaliação de qualquer intervenção terapêutica, principalmente em pacientes com doenças crônicas. Na atual abordagem intensiva, a cirurgia é considerada o último recurso quando outras modalidades falham. Vários estudos^{3,4,17,18,24,25} demonstraram que a cirurgia para PC leva ao alívio da dor e à melhora substancial da qualidade de vida relacionada à saúde no seguimento em longo prazo. A maioria desses estudos avalia a natureza da operação e seu efeito em longo prazo no curso da doença. No entanto, a qualidade de vida de qualquer alcoólatra é bastante diferente de indivíduos saudáveis ou mesmo de pacientes não alcoólatras. Diversos fatores psicológicos e sociais interagem para determinar a qualidade de vida em dependentes de álcool²³. Como afirmado anteriormente, a história natural da pancreatite crônica alcoólica é diferente da não alcoólica², as modalidades de tratamento e o resultado podem diferir no acompanhamento longo.

O objetivo deste estudo foi avaliar as características clínicas, o resultado cirúrgico e a qualidade de vida após operação na pancreatite crônica alcoólica e não alcoólica.

MÉTODO

Esta é pesquisa observacional prospectiva realizada no Departamento de Gastroenterologia Cirúrgica, Escola de Doenças Digestivas e Hepáticas, Hospital Memorial Seth Sukhlal Karnani e no Instituto de Educação e Pesquisa Médica de Pós-Graduação, Calcutá, Índia. Entre outubro de 2016 e outubro de 2019, todos os pacientes submetidos à cirurgia para pancreatite crônica foram incluídos desde que tivessem dados clínicos detalhados. Pacientes com diagnóstico de doença maligna, doença viral aguda em quatro semanas e incapacidade de entender o questionário foram excluídos. O diagnóstico de pancreatite crônica foi baseado na história típica de dor abdominal e calcificação do parênquima/ductal pancreática e/ou dilatação do ducto pancreático principal nas imagens. PC alcoólica foi diagnosticada na presença de ingestão diária de álcool >80 g/dia de álcool por pelo menos cinco anos¹. Outras investigações incluíram hemograma completo, teste de função hepática e teste de função renal. Endoscopia digestiva alta foi sugerida na suspeita de hipertensão portal.

Procedimentos operatórios

A decisão e o tipo de operação eram finalizados após reunião multidisciplinar entre gastroenterologista, radiologista e cirurgião.

Apenas a drenagem ductal pancreática (pancreaticojejunostomia longitudinal - LPJ) era realizada na presença de ducto dilatado por estenose ou cálculo, sem massa inflamatória na cabeça. Uma alça de Roux jejunal era anastomosada lado a lado em toda a extensão do pâncreas da cauda à cabeça em uma única camada de sutura contínua (polipropileno 3-0 ou 4-0). Mantinha-se o comprimento da alça Roux em torno de 60 cm, pois ela poderia ser usada posteriormente para derivação biliar se o paciente desenvolver estenose biliar no futuro. Procedimento de drenagem combinado com ressecção local, conforme descrito por Frey e Smith¹¹, foi realizado na presença de grande massa inflamatória na cabeça (>4 cm ou mais). No entanto, o bypass bilioentérico simultâneo foi realizado com a mesma alça na presença de icterícia obstrutiva ou stent de ducto biliar comum. O procedimento de Izbicki foi realizado na doença do pequeno ducto (diâmetro de DPM ≤3 mm), conforme descrito por Izbicki e colaboradores¹⁸. A reconstrução foi semelhante ao LPJ. A pancreaticoduodenectomia era realizada apenas em caso de obstrução duodenal grave ou malignidade não descartada no pré-operatório. A pancreatectomia distal com ou sem esplenectomia era realizada em caso de doença extensa no corpo distal ou região da cauda. No entanto, os pacientes que apresentaram malignidade após o exame histopatológico foram excluídos do estudo.

Coleta de dados e acompanhamento

Os dados clinicopatológicos e operatórios foram coletados de banco de dados mantido prospectivamente. As complicações pós-operatórias foram avaliadas de acordo com a classificação de Clavien-Dindo⁸ e a mortalidade pós-operatória definida como óbito em até 90 dias após a operação. Fístulas pancreáticas pós-operatórias, esvaziamento gástrico retardado e hemorragia pós-operatória eram diagnosticados e classificados com base nos critérios do Grupo de Estudo Internacional de Cirurgia Pancreática^{6,26,27}. Os pacientes foram acompanhados ambulatorialmente. O protocolo de acompanhamento em nosso departamento é a cada três meses nos primeiros dois anos, a seguir semestralmente nos próximos três anos e, depois, anualmente pelo resto da vida. No seguimento, foram registrados os seguintes parâmetros: peso corporal, dor, necessidade de analgésicos, necessidade de suplementação enzimática, necessidade de internação e glicemia (tanto em jejum como pós-prandial). Diabetes melito ou insuficiência endócrina foi definida se o açúcar no sangue em jejum fosse superior a 126 mg/dl e a hemoglobina glicosilada sérica fosse superior a 6,5%. Insuficiência pancreática exócrina foi considerada na presença de esteatorreia e/ou necessidade de suplementação de enzimas pancreáticas. A estimativa da elastase fecal não estava disponível em nossa instituição para avaliar a função exócrina pancreática.

Avaliação da qualidade de vida e pontuação da dor

A qualidade de vida foi avaliada pela versão em Bengali e Hindi do Questionário de Qualidade de Vida da Organização Europeia para Pesquisa e Tratamento do Câncer (EORTC QLQ C-30)¹⁰. É composto por cinco escalas funcionais, três escalas de sintomas, uma escala global de estado de saúde/QV e seis itens únicos. Diferentes conjuntos de perguntas estão incluídos na escala de vários itens. Todas as escalas e medidas de item único variam em pontuação de 0 a 100. Uma pontuação alta em qualquer escala funcional denota nível alto/saudável de funcionamento, mas pontuação alta para uma escala/item de sintoma representa alto nível de sintomatologia/problemas. As escalas funcionais incluem funcionamentos físico, do desempenho, emocional, cognitivo e social. As escalas/itens de sintomas incluem fadiga, náusea e vômito, dor, dispneia, insônia, perda de apetite, constipação, diarreia e dificuldades financeiras. A experiência de dor desta doença debilitante foi avaliada pelo score de dor de Izbicki validado⁹, tendo os seguintes componentes: frequência de ataques de dor, uma escala visual analógica de dor, medicação analgésica usada e incapacidade para trabalhar. Todos os participantes foram solicitados a preencher o questionário EORTC QLQ C30 e o score

de dor de Izbicki no hospital antes da operação e durante cada visita de acompanhamento.

Análise estatística

Todas as variáveis categóricas foram expressas como porcentagem e as variáveis contínuas foram expressas como média +/- DP, bem como mediana e valor de intervalo. As comparações de vários domínios da QV e escores de dor antes e após a operação foram realizadas usando "teste t pareado". A comparação de vários domínios de QV e escores de dor entre alcoólatras e não alcoólatras foi realizada usando "teste t de amostra individual". $p \leq 0,05$ foi considerado significativo. Todos os cálculos foram realizados com o software IBM SPSS, versão 26.0.

RESULTADOS

Cento e seis pacientes com PC foram operados durante o período do estudo. Oito foram excluídos porque cinco tinham menos de 15 anos, dois apresentavam malignidade na biópsia final e uma doença aguda em quatro semanas. Assim, 98 pacientes foram incluídos no presente estudo. Destes, o álcool foi a causa em 42 casos e no geral 63 eram homens (64,3%). Proporção masculina:feminina dentre alcoólatras foi de 41:1 e de 22:34 no

grupo não alcoólatra ($p=0,00$). A média de idade no momento da operação foi de 34,15 anos e de 39,62 e 30,05 anos no grupo de alcoólatras e não alcoólatras, respectivamente ($p=0,00$). Houve mais tabagismo no grupo etilista (18 vs. 6, $p=0,00$). PC alcoólica também experimentou admissão hospitalar pré-operatória frequente devido à dor abdominal (18,14 vs. 9,20, $p=0,05$). Massa da cabeça do pâncreas e estenose biliar foram distintamente predominantes no grupo de alcoólatras (18 vs. 4, $p=0,00$ e 10 vs. 4, $p=0,03$, respectivamente). Outros dados demográficos e clínicos pré-operatórios no grupo de alcoólatras e não alcoólatras estão apresentados na Tabela 1.

Dados operatórios

Os procedimentos operatórios e seus dados estão sumarizados na Tabela 2.

O procedimento cirúrgico mais frequente foi o de Frey (46,9%), seguido de perto pela pancreaticojejunostomia lateral (43,9%). No entanto, Frey foi mais comum no grupo de alcoólatras (28 vs. 18), enquanto LPJ foi nitidamente mais comum no grupo não-alcoólatra (35 vs. 8). O procedimento adicional mais comum foi a colecistectomia. O tempo operatório médio foi de 248,54 min (+/- 43,08) e a perda média de sangue foi de 161,73 ml (+/- 121,79). Não houve diferença no tempo operatório e perda de sangue intraoperatória nos grupos de alcoólatras e não alcoólatras ($p=0,16$).

TABELA 1 - Dados demográficos e clínicos pré-operatórios

	Total (n=98) (média+/- dp)	Alcoólico (n=42) (média+/- dp)	Não-alcoólico (n=56) (média+/- dp)	p
Idade em anos)	34,15+/-11,25	39,62 +/- 10,27	30,05+/- 10,22	0,00
Gênero (M:F)	63:35	41:1	22:34	0,00
Peso (em kg)	50,43+/-8,47	51,03+/-8,45	49,98+/-8,53	0,54
Duração da dor (em meses)	59,9+/-59,21	54,19+/-64,33	64,18+/-55,28	0,41
Número de hospitalização anterior	13,03+/- 22,89	18,14 +/-28,62	9,20+/- 16,68	0,05
Operação prévia / terapia endoscópica	15	4	11	0,25
Fumante	24(24,5%)	18	6	0,00
Insuficiência endócrina	30(30,6%)	11	19	0,50
Insuficiência exócrina	6(6,1%)	3	3	1,00
Albumina pré-operatória	3,88+/-0,61	3,76+/- 0,60	3,96+/-0,60	0,10
Hemoglobina pré-operatória	11,60+/-1,84	11,92+/-2,05	11,35+/-1,65	0,12
Bilirrubina pré-operatória	0,73+/-0,43	0,69 +/-0,23	0,77+/- 0,53	0,39
ALP pré-operatório	201,92+/-156,15	229,45 +/-177,96	181,27+/-135,58	0,13
Massa cabeça do pâncreas	22(22,4)	18	4	0,00
Estenose biliar	14(14,3)	10	4	0,03
Pedra na vesícula	1	0	1	1,00
Pseudocisto	2	1	1	1,00
Trombose da veia esplênica	2	1	1	1,00
Pseudoaneurisma	2	1	1	1,00
Diâmetro MPD	7,12+/-2,95	6,47+/- 2,52	7,51+/-3,26	0,09

TABELA 2 – Procedimentos e dados operatórios

	Total	Alcoólico	Não-alcoólico	p
Tipo de operação				
Frey	46(46,9)	28	18	0,00
Pancreaticojejunostomia longitudinal	43(43,9)	8	35	
Pancreatectomia distal	5(5,1)	3	2	
Procedimento Izbicki	3(3,1)	2	1	
Pancreaticogastrotomia	1(1,0)	1	0	
Operação associada				
Colecistectomia	9(9,1)	5	4	0,14
Coledocojejunostomia	6(6,1)	4	2	
Hepaticojejunostomia	5(5,1)	3	2	
Reinserção de CBD na cavidade	5(5,1)	4	1	
Cistojejunostomia	3(3,1)	2	1	
Perda de sangue	161,73+/-121,79	160,71+/-109,62	162,50+/-131,16	0,94
Duração da operação	248,54+/-43,08	255,52+/-41,788	243,30+/-43,676	0,16
Hipertensão portal do lado esquerdo	21(21,4)	14	7	0,02
Tecido removido em Frey	9,33+/-5,36	10,12+/-6,26	8,11+/-3,34	0,21

e 0,94, respectivamente). Hipertensão portal do lado esquerdo foi encontrada em 21 pacientes (21,6%) e foi significativamente maior no grupo de alcoólatras (14 vs. 7, $p=0,02$). O peso médio do tecido removido da cabeça do pâncreas no procedimento de Frey foi de 9,33 g (+/- 5,36) e de 10,12 (+/- 6,26) g e 8,11 (+/- 3,34) g nos grupos alcoólatra e não alcoólico, respectivamente ($p=0,21$).

Dados pós-operatórios

A média de internação hospitalar foi de 9,41 dias (+/- 2,96). Cinquenta complicações pós-operatórias foram desenvolvidas em um total de 39 pacientes (39,79%). Entre eles, 21 não eram alcoólatras e 18 sim (37,5% vs. 42,85%, $p=0,67$). Doze complicações principais (Clavien Dindo 3 ou superior) ocorreram em 10 pacientes. Não houve mortalidade pós-operatória no presente estudo (Tabela 3).

TABELA 3 - Complicações pós-operatórias (n=39)

Complicação Grau	Complicações (n=50)	Detalhes
I	16	Infecção leve da ferida tratada na enfermaria n = 10 Vazamento bioquímico (Gr APF) sem intervenção n = 6
II	22	Vazamento bioquímico (Gr APF) exigindo descarga com dreno abdominal e removido dentro de três semanas, n = 9 Hemorragia pós-pancreatectomia exigindo transfusão de sangue, n = 3 Infecção torácica tratada com antibióticos e fisioterapia respiratória, n = 2 Esvaziamento gástrico retardado (Gr A), administrado com procinéticos, n = 3 Vazamento de quilo, tratado com nutrição parenteral e triglicérido de cadeia média, n = 1 Convulsões, controladas com drogas antiepilépticas, n = 1 Ascite, tratada com albumina IV e diuréticos, n = 1 Hipoglicemia, n = 1 Reação de transfusão, n = 1
IIIa	6	Infecção grave da ferida que requer sutura secundária, n = 3 PF grau B, n = 3 (em dois pacientes foi colocado dreno percutâneo e, em outro paciente, foi feito o reposicionamento do dreno)
IIIb	4	Deiscência completa da ferida (abdômen rompido), exigindo sutura secundária sob anestesia geral, n = 1 Reexploração devido a hemorragia pós-pancreatectomia (Gr B / C), n = 3
IVa	2	Reexploração devido a HPP com disfunção de um único órgão, n = 2 (um desenvolveu neurite óptica não arterítica e outro desenvolveu insuficiência renal aguda)
IVb	0	Sem disfunção de múltiplos órgãos no grupo de estudo
V	0	Sem morte pós-operatória no grupo de estudo

A complicação pós-operatória mais comum foi vazamento pancreático (n=18). Quinze pacientes tiveram vazamento bioquímico que foi tratado de forma conservadora. Três tiveram fistula pancreática pós-operatória grau B. Um apresentou drenagem persistente por mais de três semanas e necessitou de reposicionamento do dreno. Outros dois desenvolveram coleção abdominal para a qual foi colocado dreno percutâneo guiado por ultrassom. Hemorragia pancreática pós-operatória ocorreu em oito pacientes. Dentre eles, a operação de Frey foi realizada em sete e a de Izbicki em um. Três pacientes foram tratados de forma conservadora e cinco necessitaram de reexploração. A origem do sangramento foi retirada da cavidade da cabeça em todos os cinco. Um paciente com hemorragia pós-operatória desenvolveu neurite óptica isquêmica não arterítica devido a hipotensão grave. A permanência hospitalar e as complicações específicas foram comparadas, não sendo encontrada diferença entre os grupos de alcoolistas e não alcoólicos (Tabela 4).

TABELA 4 - Comparação de dados pós-operatórios

	Total (n=98)	Alcoólico (n=42)	Não-alcoólico (n=56)	p
Permanência no hospital (em dias)	9,41 +/- 2,96	9,83 +/- 3,06	9,09 +/- 2,87	0,22
Complicações gerais (número de pacientes)	39 (39,79%)	18 (42,85%)	21 (37,5%)	0,67
POPF	18 (18,36%)			
Nota A	15	9	6	0,21
Série b	3	2	1	
PPH	8 (8,16%)			
Nota A	1	1	0	0,67
Série b	4	2	2	
Grau C	3	1	2	

POPF=fístula pancreática pós-operatória; PPH=hemorragia pancreática pós-operatória

Dados de acompanhamento

O acompanhamento médio foi de 18 meses (6-30). Durante este período, novo início de diabetes melito foi documentado em três pacientes (dois deles foram submetidos ao procedimento de Frey, outro LPJ). Ao final do acompanhamento, 33 pacientes (33,67%) eram diabéticos. Destes, 23 estavam em uso de insulina e 10 em hipoglicemiantes orais. Nenhum desenvolveu novo início de insuficiência exócrina e não houve melhora da insuficiência exócrina diagnosticada no pré-operatório. Estenose biliar benigna foi desenvolvida em dois pacientes submetidos ao procedimento de Frey anteriormente. A coledocojejunostomia foi realizada em ambos com a mesma alça que foi usada para a pancreaticojejunostomia. Um paciente desenvolveu hérnia incisional e foi realizado reparo com tela de prolene. O peso corporal não melhorou significativamente após a operação em ambos os grupos (Tabela 5).

TABELA 5 - Comparação do peso corporal

Peso corporal	Pré-operatório	Seguimento	p
Alcoólico	51,036 +/- 8,45	51,988 +/- 8,18	0,269
Não-alcoólico	49,982 +/- 8,53	48,893 +/- 8,33	0,234
Total	50,434 +/- 8,47	50,219 +/- 8,36	0,738

Avaliação de qualidade de vida e pontuação de dor

A qualidade de vida geral e o escore de dor de Izbicki melhoraram significativamente após a operação (Tabela 6), embora 10 pacientes (10,2%) tenham apresentado alívio incompleto da dor em sua última consulta de acompanhamento. Entre eles, seis pertenciam ao grupo dos alcoólatras e quatro aos não alcoólicos.

TABELA 6 - Pontuação de qualidade de vida e pontuação de dor antes e após a operação

Parâmetros	Pre-operatório Média±DP	Seguimento Média±DP	p
Pontuação global de saúde	46,58±18,04	74,31±14,44	0,001
Pontuação de funcionamento físico	67,21±18,84	89,45±16,77	0,001
Pontuação de desempenho da função	62,92±29,26	88,60±15,43	0,001
Pontuação de funcionamento emocional	60,79± 21,67	86,64±14,69	0,001
Pontuação de funcionamento cognitivo	63,94±27,98	86,56±18,48	0,002
Pontuação de funcionamento social	63,26±28,31	85,20±18,67	0,001
Pontuação de fadiga	46,14±23,84	14,51±17,93	0,002
Pontuação de náusea e vômito	39,45±29,54	12,58±14,76	0,002
Pontuação de dor	46,93±30,58	16,83±19,80	0,001
Pontuação de dispneia	34,69±29,47	9,52±17,91	0,002
Pontuação de insônia	47,27±30,99	17,00±23,56	0,001
Pontuação de perda de apetite	45,91±30,08	15,30±22,53	0,002
Pontuação de constipação	34,69±32,43	13,94±21,89	0,001
Pontuação de diarreia	33,33±31,74	12,58±18,85	0,001
Pontuação de dificuldades financeiras	49,65±32,19	13,26±22,82	0,001
Pontuação de dor			
Pontuação visual analógica	85,82±16,74	12,35± 22,64	0,002
Frequência de ataque	71,68±24,51	12,24±23,61	0,001
Medicamentos analgésicos	18,86±11,36	2,35±5,73	0,001
Incapacidade de trabalhar	50,00±21,23	6,38±14,07	0,001
Pontuação de dor	56,58±12,12	8,32±14,75	0,001

TABELA 7 - Escore de QV e escore de dor em alcoólatras e não alcoólatras

	Pré-operatório			Seguimento		
	Alcoólico	Não-alcoólico	p	Alcoólico	Não-alcoólico	p
Pontuação QOL						
Pontuação GH	45,52±19,64	47,80±16,92	0,540	73,17±14,37	75,14±14,56	0,507
Pontuação PF	63,73±17,95	69,7±19,23	0,123	93,33±10,95	86,67±19,55	0,052
Pontuação RF	61,38±25,39	64,03±31,93	0,660	89,83±14,85	87,71±15,91	0,506
Pontuação EF	59,95±20,51	61,40±22,63	0,747	88,00±13,31	85,67±15,65	0,440
Pontuação CF	61,38±27,24	65,78±28,59	0,445	89,02±18,10	84,79±18,70	0,266
Pontuação SF	59,34±27,90	66,08±28,51	0,248	85,36±14,52	85,08±21,28	0,942
Pontuação FA	47,69±24,24	45,02±23,7	0,588	11,92±16,55	16,37±18,79	0,228
Pontuação NV	42,68±29,59	37,13±29,54	0,362	9,34±9,16	14,91±17,44	0,066
PA	50,4±29,92	44,44±31,07	0,344	17,07±20,91	16,66±19,15	0,921
Pontuação DY	35,77±28,27	33,91±30,53	0,760	8,13±17,92	10,52±17,99	0,516
Pontuação SL	43,90±27,32	49,70±33,40	0,363	17,07±23,71	16,95±23,67	0,981
Pontuação AP	48,78±30,81	43,85±29,65	0,427	9,75±17,06	19,29±25,15	0,038
Pontuação CO	34,95±30,68	34,5±33,9	0,946	10,56±20,32	16,37±22,81	0,197
Pontuação DI	39,02±31,53	29,23±31,54	0,133	13,82±19,68	11,69±18,35	0,585
Pontuação FI	58,53±30,53	43,27±32,09	0,020	12,19±22,05	14,03±23,52	0,696
Pontuação de dor						
Frequência de ataque	76,22±23,68	68,42±24,78	0,121	9,15±17,46	14,47±27,11	0,273
VAS	86,34±16,24	85,44±17,22	0,794	11,46±22,42	12,98±22,98	0,75
Medicamentos analgésicos	18,41±10,51	19,18±12,02	0,746	3,68±7,15	1,39±4,26	0,05
Incapacidade de trabalhar	52,44±20,77	48,25±21,57	0,338	7,32±15,04	5,70±13,37	0,577
Pontuação de dor	58,35±11,75	55,32±12,32	0,224	7,90±14,30	8,36±15,18	0,810

PF=funcionamento físico; RF=função funcional; EF=funcionamento emocional; CF=funcionamento cognitivo; SF=funcionamento social; FA=fadiga; NV=náusea e vômito; PA=dor; DY=dispneia; SL=insônia; AP perda de apetite; CO=constipação; DI=diarreia; FI=dificuldades financeiras

Em 95 pacientes (96,9%) houve melhora em todos os parâmetros de qualidade de vida, enquanto em três houve melhora apenas no escore global de saúde. Outros parâmetros de qualidade de vida não melhoraram significativamente neles. Quando comparada a QV pré-operatória e o escore de dor entre o grupo de alcoólatras e não alcoólatras, encontra-se dificuldade financeira significativamente maior no grupo de alcoólatras ($p=0,020$). Durante o período de acompanhamento, o funcionamento físico melhorou significativamente no grupo de alcoólatras ($p=0,05$), mas a perda de apetite foi mais percebida no grupo de não alcoólatras ($p=0,03$). A necessidade de medicamentos analgésicos foi maior no grupo de alcoolistas ($p=0,05$, Tabela 7).

DISCUSSÃO

O termo "pancreatite tropical" foi cunhado por Zuidema et al.³⁰ para descrever a pancreatite crônica idiopática em países em desenvolvimento. Um estudo de revisão recente por Garg PK¹² mostrou que a pancreatite tropical e a idiopática têm curso clínico distinto, padrão genético diferente e prognóstico diferente. No entanto, a pancreatite crônica idiopática (ou pancreatite tropical) é considerada a variedade mais comum na Índia¹³. Em nosso estudo encontramos pancreatite alcoólica em 42,8% dos casos e não alcoólica em 57,2%. Embora poucos casos de divisão do pâncreas tenham sido identificados, na ausência de análise genética não fomos capazes de diferenciar entre pancreatite crônica idiopática e pancreatite crônica tropical. Como resultado, a etiologia não alcoólica continua sendo a mais comum em nosso grupo de estudo. Uma pesquisa do sul da Índia²² indica o consumo de álcool como causa emergente dominante de PC e Halder SK et al.¹⁵ também mencionaram o álcool como a causa mais comum em sua população de estudo.

A ingestão de álcool não é comum por mulheres na cultura indiana e, como resultado, encontramos predomínio distinto de homens na pancreatite crônica alcoólica. Também encontramos idade média significativamente maior no grupo de alcoólatras do que no grupo de não alcoólatras. Isso reflete vários anos de alcoolismo crônico que leva à PC e também à pancreatite crônica idiopática e à pancreatite crônica tropical, ambas ocorrendo na 2ª e 3ª décadas¹². O tabagismo é, por si só, fator de risco para

PC e também acelera a progressão da PC em alcoolistas^{19,29}. Um estudo nacional da Índia por Balakrishnan et al.⁵ identificou 28,3% de fumantes em pacientes com PC e 59% dos alcoólatras homens eram fumantes. Em nossos dados, o tabagismo esteve presente em 42,8% (18/42) nos alcoólatras e apenas 10,7% (6/56) no grupo não alcoolista. Isso pode ser explicado pela predominância de homens no grupo de PC alcoólatras e, também, os bebedores pesados costumam ser fumantes pesados^{5,7}.

A incidência de diabetes (geral 30,6%) foi semelhante à outras séries indianas relatadas^{5,20}, mas a incidência de insuficiência exócrina (geral 6,1%) foi menor em comparação com a série ocidental^{14,21}. A possível explicação pode ser menos ingestão de gordura na dieta pela população indiana. Durante o período de acompanhamento, apenas três pacientes desenvolveram novo início de diabetes e nenhum novo início de insuficiência exócrina. A baixa incidência de novo diabetes e nova insuficiência exócrina em nosso estudo pode ser devido à duração muito curta do acompanhamento. A função exócrina e endócrina pode se deteriorar com o tempo e precisa de acompanhamento em longo prazo. No entanto, não foi possível documentar a melhora do peso corporal. Esse resultado pode ser atribuído ao período de acompanhamento de curtíssimo prazo.

Massa pancreática na cabeça de foi identificada no pré-operatório em 18 casos (42,8%) no grupo etilista. Bordacahar et al.⁷ encontraram significativamente mais inflamação local no plano posterior do pâncreas (53% em PC alcoólica e 25% em controles, $p=0,05$). Estenose biliar esteve presente em 14,3% em nosso estudo. Resultado semelhante foi obtido em estudo de Hao et al.¹⁶, onde encontraram estenose do ducto biliar comum em 15,8% dos casos. Eles incluíram fatores como gênero masculino, idade de início, tabagismo, índice de massa corporal e morfologia do ducto pancreático principal para desenvolver um nomograma para prever estenose do ducto biliar comum em pacientes com pancreatite crônica. O perfil clínico da pancreatite crônica alcoólica também está se refletindo na natureza da operação realizada. O procedimento de Frey foi realizado com mais frequência no grupo de alcoólatras, enquanto o LPJ foi mais comumente realizado no grupo de não-alcoólatras. Curiosamente, realizamos um total de 46 procedimentos de Frey, enquanto no pré-operatório identificamos massa na cabeça do pâncreas apenas em 22 casos. Isso pode ser explicado por relatórios de tomografia computadorizada

pré-operatórios insatisfatórios ou inadequados e/ou a massa era menor que <4 cm (não sendo registrada como massa da cabeça do pâncreas). Essa diferença se refletiu na quantidade de tecido removido no procedimento de Frey. Embora não seja significativamente diferente em dois grupos, no grupo de alcoólatras estava no lado superior (10,12 vs. 8,11 g). No estudo de Gestic et al.¹⁴, a mediana de tecido removido em Frey foi de 14,8 g (7-78). Em seu trabalho, a causa da PC foi o abuso de álcool em 95,9% dos casos.

Vários artigos^{3,4,25} compararam Frey com procedimentos de Whipple ou Beger e não encontraram nenhuma diferença significativa em termos de alívio da dor, mortalidade e morbidade em longo prazo. No entanto, o procedimento de Frey é tecnicamente mais fácil e nosso método preferido. Novamente, na presença de hipertensão portal extra-hepática/esquerda, a dissecação abaixo do colo do pâncreas, conforme exigido nos procedimentos de Beger ou Whipple, é provavelmente tediosa e arriscada²¹. Em nosso estudo, encontramos hipertensão portal do lado esquerdo em 21,4% dos casos e foi significativamente maior no grupo de alcoólatras (14 vs. 7, p=0,02). Resultado semelhante também foi obtido por Bordacahar et al.⁷. Eles encontraram hipertensão portal segmentar significativamente mais em PC alcoólica em comparação com PC não alcoólica (69% vs. 31%, p=0,0069).

Não houve mortalidade perioperatória em nosso estudo e a morbidade geral esteve presente em 39,79% dos pacientes, o que é comparável a outros estudos^{14,20,21}. Fístula pancreática grau A ou vazamento bioquímico foi a complicação mais comum em nosso estudo. O grau B ocorreu apenas em três. A textura dura do parênquima pancreático e a capacidade diminuída da função secretora podem explicar esse número muito baixo de fístula pancreática pós-operatória clinicamente relevante.

Em nosso estudo, o questionário EORTC QLQ C-30 e o escore de dor de Izbicki foram usados para avaliar a qualidade de vida e o controle da dor. Ambos foram bem aceitos por nossos pacientes e levaram cerca de 22 min (15-40) para serem concluídos. Houve melhora significativa em todos os domínios da QV após a operação (p<0,005), semelhante ao relatado por diversos autores^{4,17,18,24,25}. Em nosso estudo, descobrimos que a dificuldade financeira era significativamente maior em pacientes alcoólatras antes da operação, o que pode ser atribuído ao próprio consumo de álcool. Novamente, pode refletir as diferentes condições socioeconômicas do paciente alcoolista⁹.

Em nosso estudo, verificou-se que 90% apresentaram alívio completo da dor. Resultado semelhante foi refletido por vários estudos com seguimento em muito longo prazo^{14,20,21}. Fatores como uso pré-operatório de opiáceos, padrão contínuo de dor, longa duração da dor (>6 anos), complicações pós-operatórias e idade ≥38 anos foram sugeridos para alívio incompleto da dor pós-operatória²⁰. Bordacahar et al.⁷ também sugeriram operação precoce e o tabagismo pré-operatório completo como fator favorável para melhora da qualidade de vida após operação em pacientes com PC alcoólica.

Durante o acompanhamento, a pontuação de funcionamento físico melhorou significativamente após a operação no grupo de alcoólatras. A de funcionamento físico envolveu questões associadas ao trabalho físico (por exemplo, qualquer problema durante exercício extenuante ou longa caminhada, necessidade de ficar na cama durante o dia, etc.). Essas perguntas podem não ser muito apropriadas para pacientes mais jovens que não estão muito acostumados a esse tipo de atividade física. Esta pode ser uma razão para encontrar pontuação de funcionamento físico melhor no grupo de alcoólatras, onde a maioria dos pacientes é de homens e tem faixa etária relativamente mais elevada. Curiosamente, a necessidade de analgésicos foi maior no grupo de alcoólatras durante o período de acompanhamento. Novamente, pode refletir o abuso de narcóticos no grupo de alcoólatras.

No entanto, existem várias limitações nesta pesquisa. Em primeiro lugar, este estudo foi realizado em um grande centro de referência de cuidados terciários. Portanto, pode refletir doença mais grave do que os pacientes com pancreatite crônica atendidos na

atenção primária ou na prática de gastroenterologia comunitária. Em segundo lugar, nosso período médio de acompanhamento foi de apenas 18 meses. O controle da dor e a qualidade de vida podem mudar no acompanhamento em longo prazo. Terceiro, não analisamos os fatores para o alívio incompleto da dor no período de acompanhamento.

CONCLUSÃO

A pancreatite crônica alcoólica se apresenta com mais complicações locais do que a pancreatite crônica não alcoólica. O tabagismo é prevalente neste grupo e eles experimentam mais internações hospitalares antes da operação. Massa da cabeça do pâncreas, estenose biliar benigna e hipertensão portal segmentar ou do lado esquerdo são significativamente mais proeminentes no grupo de alcoólatras em comparação com a pancreatite idiopática ou tropical. Como resultado, operação de ressecção é mais realizada em pacientes alcoólatras. O procedimento de Frey é seguro e bem aceito com resultado em curto prazo muito bom. Embora haja diferença significativa em alguns aspectos da qualidade de vida (funcionamento físico e perda de apetite) e no escore de dor (necessidade de analgésicos), outros dados em longo prazo precisam ser avaliados para a conclusão adequada desses parâmetros.

REFERÊNCIAS

1. Ammann RW. A clinically based classification system for alcoholic chronic pancreatitis: summary of an international workshop on chronic pancreatitis. *Pancreas*. 1997 Apr 1;14(3):215-21.
2. Ammann RW, Buehler H, Muench R, Freiburghaus AW, Siegenthaler W. Differences in the natural history of idiopathic (nonalcoholic) and alcoholic chronic pancreatitis. A comparative long-term study of 287 patients. *Pancreas*. 1987 Jan 1;2(4):368-77.
3. Bachmann K, Tomkoetter L, Erbes J, Hofmann B, Reeh M, Perez D, Vashist Y, Bockhorn M, Izbicki JR, Mann O. Beger and Frey procedures for treatment of chronic pancreatitis: comparison of outcomes at 16-year follow-up. *Journal of the American College of Surgeons*. 2014 Aug 1;129(2):208-16.
4. Bachmann K, Tomkoetter L, Kutup A, Erbes J, Vashist Y, Mann O, Bockhorn M, and Izbicki JR. 2013. Is the Whipple procedure harmful for long-term outcome in treatment of chronic pancreatitis? 15-years follow-up comparing the outcome after pylorus-preserving pancreatoduodenectomy and Frey procedure in chronic pancreatitis. *Annals of Surgery*, 258(5), pp.815-821.
5. Balakrishnan V, Unnikrishnan AG, Thomas V, Choudhuri G, Veerajaru P, Singh SP, Garg P, Pai CG, Devi RN, Bhasin D, Jayanthi V. Chronic pancreatitis. A prospective nationwide study of 1,086 subjects from India. *JOP: Journal of the pancreas*. 2008 Sep 2;9(5):593-600.
6. Bassi C. International Study Group on Pancreatic Fistula Definition; Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery*. 2005;138:8-13.
7. Bordacahar B, Couvelard A, Vullierme MP, Bucchini L, Sauvanet A, Dokmak S, Ruszniewski P, Lévy P, Rebours V. Predicting the efficacy of surgery for pain relief in patients with alcoholic chronic pancreatitis. *Surgery*. 2018 Nov 1;164(5):1064-70.
8. Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. *Annals of surgery*. 2004 Aug;240(2):205.
9. Eashwar VA, Umadevi R, Gopalakrishnan S. Alcohol consumption in India—An epidemiological review. *Journal of family medicine and primary care*. 2020 Jan;9(1):49.
10. Fayers P, Bottomley AE, EORTC Quality of Life Group. Quality of life research within the EORTC—the EORTC QLQ-C30. *European Journal of Cancer*. 2002 Mar 1;38:125-33.
11. Frey CF, Smith GJ. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis. *Pancreas*. 1987 Jan 1;2(6):701-7.
12. Garg PK. Chronic pancreatitis in India and Asia. *Current gastroenterology reports*. 2012 Apr;14(2):118-24.
13. Garg PK, Tandon RK. Survey on chronic pancreatitis in the Asia-Pacific region. *Journal of gastroenterology and hepatology*. 2004 Sep;19(9):998-1004.
14. Gestic MA, Callejas-Neto F, Chaim EA, Utrini MP, Cazzo E, Pareja JC. Surgical treatment of chronic pancreatitis using Frey's procedure: a Brazilian 16-year single-centre experience. *Hpb*. 2011 Apr 1;13(4):263-71.

15. Halder SK, Bhattacharjee PK, Bhar P, Das C, Pandey P, Rakshit KP, Pachaury A. A Comparative Study Between Longitudinal Pancreaticojejunostomy v/s Lateral Pancreaticogastrostomy as a Drainage Procedure for Pain Relief in Chronic Pancreatitis Done in a Tertiary Referral Centre of Eastern India. *Indian Journal of Surgery*. 2015 Apr;77(2):120-4.
16. Hao L, Bi YW, Zhang D, Zeng XP, Xin L, Pan J, Wang D, Ji JT, Du TT, Lin JH, Ye B. Risk Factors and Nomogram for Common Bile Duct Stricture in Chronic Pancreatitis. *Journal of clinical gastroenterology*. 2019 Mar 1;53(3):e91-100.
17. Izbicki JR, Bloechle C, Broering DC, Knoefel WT, Kuechler T, Broelsch CE. Extended drainage versus resection in surgery for chronic pancreatitis: a prospective randomized trial comparing the longitudinal pancreaticojejunostomy combined with local pancreatic head excision with the pylorus-preserving pancreatoduodenectomy. *Annals of surgery*. 1998 Dec;228(6):771.
18. Izbicki JR, Bloechle C, Knoefel WT, Kuechler T, Binmoeller KF, Broelsch CE. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis. A prospective, randomized trial. *Annals of surgery*. 1995 Apr;221(4):350.
19. Luaces-Regueira M, Iglesias-García J, Lindkvist B, Castiñeira-Alvariño M, Nieto-García L, Lariño-Noia J, Domínguez-Muñoz JE. Smoking as a risk factor for complications in chronic pancreatitis. *Pancreas*. 2014 Mar 1;43(2):275-80.
20. Negi S, Singh A, Chaudhary A. Pain relief after Frey's procedure for chronic pancreatitis. *British Journal of Surgery*. 2010 Jul;97(7):1087-95.
21. Pessaux P, Kianmanesh R, Regimbeau JM, Sastre B, Delcenserie R, Sieleznoff I, Arnaud JP, Sauvanet A. Frey procedure in the treatment of chronic pancreatitis: short-term results. *Pancreas*. 2006 Nov 1;33(4):354-8.
22. Rajesh G, Girish BN, Panicker S, Balakrishnan V. Time trends in the etiology of chronic pancreatitis in South India. *Tropical Gastroenterology*. 2015 May 1;35(3):164-7.
23. Srivastava S, Bhatia MS. Quality of life as an outcome measure in the treatment of alcohol dependence. *Ind Psychiatry J*. 2013;22(1):41-46. doi:10.4103/0972-6748.123617
24. Strate T, Bachmann K, Busch P, Mann O, Schneider C, Bruhn JP, Yekebas E, Kuechler T, Bloechle C, Izbicki JR. Resection vs drainage in treatment of chronic pancreatitis: long-term results of a randomized trial. *Gastroenterology*. 2008 May 31;134(5):1406-11.
25. Strate T, Taherpour Z, Bloechle C, Mann O, Bruhn JP, Schneider C, Kuechler T, Yekebas E, Izbicki JR. Long-term follow-up of a randomized trial comparing the Beger and Frey procedures for patients suffering from chronic pancreatitis. *Annals of surgery*. 2005 Apr 1;241(4):591-8.
26. Wente MN, Bassi C, Dervenis C, Fingerhut A, Gouma DJ, Izbicki JR, Neoptolemos JP, Padbury RT, Sarr MG, Traverso LW, Yeo CJ. Delayed gastric emptying (DGE) after pancreatic surgery: a suggested definition by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS). *Surgery*. 2007 Nov 30;142(5):761-8.
27. Wente MN, Veit JA, Bassi C, Dervenis C, Fingerhut A, Gouma DJ, Izbicki JR, Neoptolemos JP, Padbury RT, Sarr MG, Yeo CJ. Postpancreatectomy hemorrhage (PPH)— an international study group of pancreatic surgery (ISGPS) definition. *Surgery*. 2007 Jul 31;142(1):20-5.
28. Whitcomb DC. Genetics of alcoholic and non-alcoholic pancreatitis. *Current opinion in gastroenterology*. 2012 Sep;28(5).
29. Yadav D, Slivka A, Sherman S, Hawes RH, Anderson MA, Burton FR, Brand RE, Lewis MD, Gardner TB, Gelrud A, DiSario J. Smoking is underrecognized as a risk factor for chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2010;10(6):713-9.
30. Zuidema PJ. Cirrhosis and disseminated calcification of the pancreas in patients with malnutrition. *Tropical and geographical medicine*. 1959;11(1):70-4.