

Como o Coloproctologista Brasileiro Vê a Doença Hemorroidária – Análise de Dados Colhidos de Questionário Dirigido aos Especialistas Filiados à Sociedade Brasileira de Coloproctologia

How Brazilian Coloproctologists See Hemorrhoidal Diseases – Analysis of Data Collected from a Questionnaire Answered by Specialists Members of the Brazilian Society of Coloproctology

GERALDO MAGELA GOMES DA CRUZ¹; ISABELLA MENDONÇA ALVARENGA²; JOSÉ ROBERTO MONTEIRO CONSTANTINO²; MÔNICA MOURTHÉ DE ALVIM ANDRADE³; DANIEL MARTINS BARBOSA MEDEIROS GOMES³; FLÁVIA FONTES FARIA³; RODRIGO GUIMARÃES OLIVEIRA³

¹ Mestre, Doutor e Professor Titular de Coloproctologia, Coordenador do Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (GCP-SCBH e FCMMG), TSBCP, TALACP, TISUCRS, FASCRS; ² Assistentes do GCP-SCBH e FCMMG e membros afiliados da Sociedade Brasileira de Coloproctologia; ³ Residentes do GCP-SCBH e FCMMG.

CRUZ GMG; ALVARENGA IM; CONSTANTINO JRM; ANDRADE MMA; GOMES DMBM; FARIA FF; OLIVEIRA RG. Como o Coloproctologista Brasileiro Vê a Doença Hemorroidária – Análise de Dados Colhidos de Questionário Dirigido aos Especialistas Filiados à Sociedade Brasileira de Coloproctologia. *Rev bras Coloproct*, 2009;29(2): 174-191.

RESUMO: A análise das 52 respostas dadas pelos 77 especialistas ao questionário permite as seguintes conclusões: **Epidemiologia:** A média temporária de exercício profissional foi 18,6 anos; os 77 especialistas atenderam $\pm 1.097.860$ pacientes, tendo diagnosticado DH em ± 393.763 (35,86%), tendo operado ± 102.400 pacientes ($\pm 26\%$). A média aproximada de incidência de DH por gênero foi de 42% em homens e 58% em mulheres, e de hemorroidectomia de 43% em homens e 57% em mulheres, sendo as incidências de DH por faixas etárias: até 20 anos, 7%; de 21 a 40 anos, 40%; de 41 a 60 anos, 40%; e acima de 60 anos, 13%. **Tratamento clínico e não intervencionista:** o tratamento clínico foi dispensado a ± 291.363 , e $\pm 81,5\%$ foram tratados com cuidados higiêno-dietéticos, pomadas e cremes. O tratamento intervencionista não cirúrgico de escolha foi a LE (94,0% dos especialistas), mais indicada em DH interna grau II (85,2%), com preferência de abordagem de um mamilo por sessão (74,1%), e preferência pela não realização de plicomectomia (67,1%), sendo os graus de satisfação ótimos e bons de 91%. A LE foi feita em ± 48.273 pacientes (12,50%), tendo a maioria (42 médicos; 53,95%) negado complicações, destacando-se, dentre os que admitiram complicações, 69 casos de hemorragia que levaram à revisão (0,142% de 48.273 LE). **Hemorroidectomia:** a média anual foi de $\pm 80,34$ cirurgias, totalizando 102.400, sendo a principal indicação cirúrgica a intensidade de sintomas independentemente do grau da DH (64,47%), com preferência pela técnica aberta de Milligan-Morgan (65,79%) seguida pela fechada de Ferguson (21,05%). A preferência anestésica absoluta foi pelos bloqueios raqueano (52,63%) e peridural (26,32%), os posicionamentos preferidos foram em canivete (44,73%) e ginecológica forçada (22,37%) e ginecológica (21,05%), e o regime preferido o hospitalar (78,94%), sendo 55,26% com pernoite (55,26%) e 23,68% sem pernoite. O uso de antibióticos foi preferido por 77,0%, sendo 47,0% em casos especiais e 30,0% de rotina, sobretudo a cefalosporina de segunda geração (13,0%) e associação de metronidazol com aminoglicosídeo (7,5%). **Pós-operatório:** os anti-inflamatórios (29,0%), paracetamol (21,5%), morfina (15,3%) e diclofenato sódico (13,0%) foram os analgésicos preferidos. O toque retal (TR) foi feito de rotina por 44 especialistas (57%), 34,5% como finalidade de detectar uma possível estenose e 25,5% para impedir o progresso de uma eventual estenose anal. Dentre as complicações pós-operatórias destacaram-se a hemorragia (52% dos especialistas) e a estenose anal (9% dos especialistas). 58 (75,0%) enviam o material, de rotina, para exame histopatológico; 55,52% não admitem cirurgias concomitantes à hemorroidectomia; 57,89% preferem o tratamento clínico em trombose hemorroidária. PPH: 35 (45%) nunca usaram e 38 já usaram o PPH (49%); dos 38 17 (22%) não continuaram a usá-lo e 21

Trabalho realizado pelo Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (GCP-SCBH e FCMMG).

Recebido em 23/03/2009

Aceito para publicação em 08/05/2009

continuaram; dos 35 especialistas que admitiram nunca ter usado o PPH, 62% não experimentaram e nem têm disposição para fazê-lo; dos 17 especialistas que experimentaram PPH, mas não continuaram a usá-lo, 42,85% por que não gostaram dos resultados, que são inferiores à técnica usada por cada um, 21,42% por que os custos são proibitivos e 21,42% por que os convênios não pagam; dos 42,85%. Nos 487 casos de PPH feitos por 12 especialistas foram necessárias aplicações de pontos extras em 55 pacientes (11,29%); foram observadas sete complicações pós-operatórias, das quais quatro estenoses (0,8%), duas hemorragias (0,4%) e um resultado insatisfatório com indicação de hemorroidectomia (0,2%).

Descritores: Doença hemorroidária; questionário sobre DH; Coloproctologistas brasileiros.

INTRODUÇÃO

A doença hemorroidária (DH) é uma doença cosmopolita, não havendo exceções à sua imensa incidência na humanidade. Paralelamente ao fato de ser uma das doenças mais estudadas, é, também, das mais desconhecidas, sendo seus conhecimentos eivados de crendices, atavismos e folclores, mandingas, rezas e benzeduras.

Muitos aspectos importantes cercam a DH, desde o diagnóstico ao pós-operatório. Em decorrência de as perdas de sangue vermelho vivo pelo ânus serem o principal sintoma provocado pela DH (e também pelo câncer colorretal), não estando o especialista atento para tal fato, certamente amargará erros diagnósticos graves. O diagnóstico de DH jamais pode incentivar o especialista a terminar a propedêutica, lembrando-se sempre de que o câncer colorretal pode incidir em indivíduos portadores e não portadores de DH.

Os vários tratamentos para DH incluem abordagens clínicas, não-cirúrgicas e cirúrgicas. Dentre os primeiros devem ser salientados, desde medidas higiênicas e dietéticas até medicações que atenuam seus mais variados sintomas, como ardência, dor, prurido, dentre outros. O arsenal de abordagens não-cirúrgicas inclui escleroterapia, crioterapia, ligadura elástica e fotocoagulação. As técnicas cirúrgicas, que basicamente são descritas como de cinco naturezas básicas – aberta, fechada, semifechada, amputativa e com PPH – multiplicam-se às dezenas, chegando ao ponto de quase toda equipe desenvolver toques pessoais sobre as várias técnicas básicas citadas. Formas de incisão da pele e da mucosa no processo de exérese de mamilos, independentemente da técnica utilizada pelo especialista, variam de tesouras ou bisturi de lâmina fria, a eletrocautérios, diatermia, bisturis à laser, bisturis harmônicos.

O regime de cirurgia é, também, um ponto muito controverso, havendo especialistas que operam a DH com o paciente em regime ambulatorial, em regime de

day-patient (paciente-dia) e em regime de internação formal. Para uns a anestesia melhor é o bloqueio raqueano, mas para outros é o bloqueio peridural, a anestesia geral a anestesia local, a analgesia associada a qualquer das formas de anestesia.

Da mesma forma, as posições do paciente em mesa cirúrgica variam de especialista para especialista: decúbito ventral, posição de Sims, posição em *jackknife* (canivete), litotomia ou posição ginecológica.

Cuidados pós-operatórios dividem os que se dedicam a operar pacientes de DH, sendo constantes discussões sem fim sobre conteúdos pós-operatórios adotados por cada um: antibióticos, dietas, laxantes, fibras, banhos quentes de assento, aplicação de gelo, toques retais de rotina, anti-inflamatórios, analgésicos, relaxantes musculares, repouso.

Enfim, DH é um tema sempre presente quando dois coloproctologistas se encontram para conversar sobre sua especialidade, pois é uma doença de elevada prevalência na clínica coloproctológica, admitindo, alguns especialistas, representar a DH até 30% de seus pacientes.

OBJETIVO

O objetivo deste trabalho é analisar as respostas a um amplo questionário com 52 perguntas sobre doença hemorroidária (DH) enviado pelo Grupo de Coloproctologia da Santa Casa de Belo Horizonte e Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (GCP-SCBH-FCMMG) aos sócios da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP) e veiculado no site da referida sociedade. O questionário continha 52 perguntas, tendo o GCP recebido as respostas de 77 especialistas. A finalidade específica do questionário era de ilustrar um livro sobre o assunto, embora de forma limitada, em decorrência da própria finalidade. Este trabalho se propõe aprofundar o assunto e ilustrar o mesmo de forma mais abrangente.

MATERIAL E MÉTODO

O questionário com 52 perguntas sobre DH enviado aos especialistas através da Sociedade Brasileira de Coloproctologia continha dois tipos de perguntas:

Perguntas conjunturais, envolvendo números exatos, assinalando opções inquestionáveis, referindo-se a um número previamente conhecido - os 77 especialistas que responderam ao questionário. Assim, as respostas dadas a qualquer questionamento conjuntural foram passíveis de tratamento estatístico. Servem como exemplos: “Qual a técnica cirúrgica de sua preferência para hemorroidectomia?”, “Qual a anestesia de sua escolha para hemorroidectomia?”, “Você já usou PPH?”.

Perguntas envolvendo números e que são respondidas com valores aproximados, como, por exemplo: “Quantas hemorroidas, aproximadamente, você já operou em sua vida profissional?”, “Qual a proporção presumida de homens e de mulheres você operou de DH?” É evidente que os números enfatizados nas respostas a tais tipos de perguntas são números aproximados, presumíveis, e, portanto, sem condições de tratamento estatístico, a menos que precedidos do sinal “±” e referidos por “cerca de”, com abordagens apenas de percentuais, servindo as porcentagens “aproximadas” para avaliação de tendências.

Foram usadas as seguintes siglas e abreviações com finalidade de se evitarem cansativas repetições textuais: DH (doença hemorroidária), LE (ligadura elástica), TR (toque retal), PPH (procedimento para hemorroidas prolapsadas – *procedure for prolapsed haemorrhoids*), ± (“cerca de”, “aproximadamente”).

Foram as seguintes as perguntas formuladas no questionário:

1. Quantos anos você tem de exercício profissional?
2. Quantos pacientes, independentemente das várias fontes, você acha que deva ter atendido, como primeira consulta, desde que mantém consultório de coloproctologia?
3. Quantos casos de DH você acha que deva ter diagnosticado como doença principal?
4. Quantos pacientes você acha que deva ter operado de DH?
5. Qual a proporção aproximada (%) de pacientes operados de DH em relação aos pacientes portadores de DH aos quais você indicou cirurgia?

6. Qual a proporção aproximada, por gênero (masculino e feminino), de diagnóstico de DH (%)?

7. Qual a proporção aproximada, por gênero (masculino x feminino), de pacientes operados de DH (%)?

8. Em quais décadas etárias você acha que se enquadra a maioria de seus pacientes com DH (%)?

9. Independentemente dos graus da DH, de fatores e condições e doenças concomitantes, não havendo a cirurgia, qual a abordagem clínica de sua preferência?

10. Independentemente dos graus da DH, de fatores e condições e doenças concomitantes, não havendo a cirurgia, qual a abordagem intervencionista não cirúrgica de sua preferência?

11. Quando você indica ligadura elástica (LE)?

12. Qual sua técnica preferida para LE?

13. Como você faz LE, de rotina, considerando-se três mamilos hemorroidários?

14. Havendo mamilos externos (hemorroidas mistas), você associa LE à ressecção dos mamilos externos?

15. Em quantos pacientes, aproximadamente, você presume já ter feito LE?

16. Tem observado alguma complicação com a LE?

17. Se sua resposta foi afirmativa, quais e quantas foram as complicações com a LE?

18. Quando bem indicada, qual seu grau de satisfação (e de seu paciente) com LE?

19. Quando bem indicada, qual seu grau de satisfação (e de seu paciente) com a fotocoagulação?

20. Qual a sua média anual aproximada de cirurgias para DH?

21. Quantos pacientes, aproximadamente, você acredita que deva ter operado de DH em sua vida profissional?

22. O que você mais leva em conta na indicação cirúrgica da DH?

23. Indicar, com os números 1 e 2 a ordem da técnica cirúrgica de sua preferência (com ou sem modificações de cunhos pessoais), com porcentagens aproximadas:

24. Indicar, com os números 1 e 2, a ordem de anestesia, de rotina, de sua preferência:

25. Indicar, com os números 1 e 2, a ordem das posições do paciente em mesa de cirurgia, de rotina, de sua preferência:

26. Indicar, com os números 1 e 2, o regime de abordagem do paciente com DH de sua preferência:

27. Qual sua preferência no tocante à antibioticoterapia, de rotina?

28. Se você usa antibioticoterapia de rotina ou independentemente da forma, qual esquema prefere?

29. Quais os analgésicos de sua preferência? (pode marcar mais de um, enumerando a ordem de sua preferência)?

30. Marcar quais são os vários cuidados e medidas que você adota, como rotina, em pós-operatórios de DH:

31. Você faz toque retal (TR) no pós-operatório de hemorroidectomia, como rotina?

32. Se você faz TR no pós-operatório, de rotina, destacar:

33. Se você faz TR de rotina, destacar as finalidades:

34. Se você não faz TR de rotina no pós-operatório, assinalar as circunstâncias em que faz o TR:

35. Quais as incidências (% aproximada) de complicações cirúrgicas (que exigem cirurgias corretivas) presume ter observado no pós-operatório de suas hemorroidectomias?

36. Se você detecta sinais de estenose anal importante no pós-operatório, até um mês depois da cirurgia, qual sua primeira providência?

37. Em caso de hemorragia pós-operatória grave, em que tem que levar o paciente à sala de cirurgia, qual a sua conduta?

38. Você envia os mamilos ressecados para exame histopatológico, de rotina?

39. Se você envia o material para exame histopatológico, quais e quantas doenças não diagnosticadas pelo exame proctológico, aproximadamente, você já verificou?

40. Em pacientes ASA I e hígdidos, você admite operar DH em conjunto com outras cirurgias para outras doenças?

41. Qual a sua conduta de rotina na abordagem da trombose hemorroidária, desde que seja um paciente sem co-morbidades e hígdido?

42. Você já usou o PPH em DH?

43. Se você assinalou a opção “nunca experimentei o PPH”, especifique os motivos:

44. Se você assinalou a opção “experimentei o PPH, mas não passei a usá-lo”, especifique os motivos:

45. Se você assinalou a opção “experimentei, mas não passei a fazer, por que não gostei dos resultados do PPH”, especifique como adquiriu experiência:

46. Se você assinalou a opção “experimentei o PPH, mas não passei a utilizá-lo, por que não gostei dos resultados do PPH”, especifique por que não gostou:

47. Se você assinalou a opção “experimentei e passei a fazer o PPH em todos ou em quase todos os meus pacientes com DH”, especificar as vantagens que verificou:

48. Se você assinalou a opção “experimentei e passei a fazer o PPH na maioria dos pacientes com DH”, assinalar quais são “a minoria”:

49. Se você assinalou a opção “experimentei e passei a fazer o PPH em alguns casos selecionados de DH”, especificar quais são os casos selecionados:

50. Se você tem feito o PPH, como rotina, informar quantos casos de PPH, aproximadamente, você já fez:

51. Para os que responderam à pergunta do item # 9, informar quantas das eventualidades per-operatórias já observou:

52. Se você tem praticado o PPH (item # 9 afirmativo), qual foi a incidência das seguintes complicações observadas no pós-operatório:

RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS RESPOSTAS

1. Tempo de exercício profissional: A média temporária de exercício profissional dos 77 coloproctologistas que responderam ao questionário foi 18,6 anos, com os extremos de dois e 46 anos (figura 1).

2. Número de pacientes atendidos: Os 77 especialistas atenderam cerca de 1.097.860 pacientes (cerca de 59.024 por ano de exercício profissional) (figura 2).

3. Número de DH diagnosticada: Dentre os 1.097.860 pacientes atendidos, em primeira consulta, foi diagnosticada DH em cerca de 393.763 (35,86% de DH em consultório de coloproctologia, ou seja, aproximadamente um terço dos pacientes) (figura 2).

4. Número de DH operada: Dos 393.763 casos de DH diagnosticados cerca de 102.400 foram operadas (cerca de 26%) (figura 2).

5. Proporção DH diagnosticada vs. DH operada: A proporção média de DH operada por DH

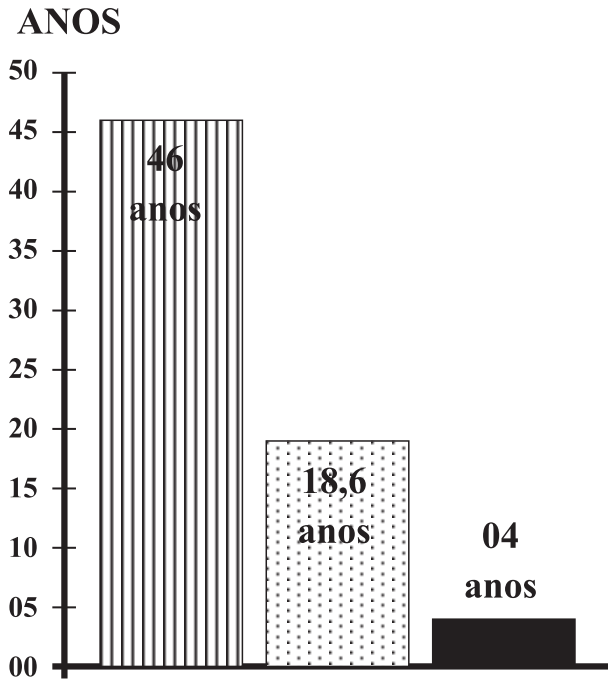


Figura 1 (pergunta 1) - Tempo de exercício profissional dos 77 especialistas (após residência): média de 18,6 anos, com os extremos de 4 e 46 anos.

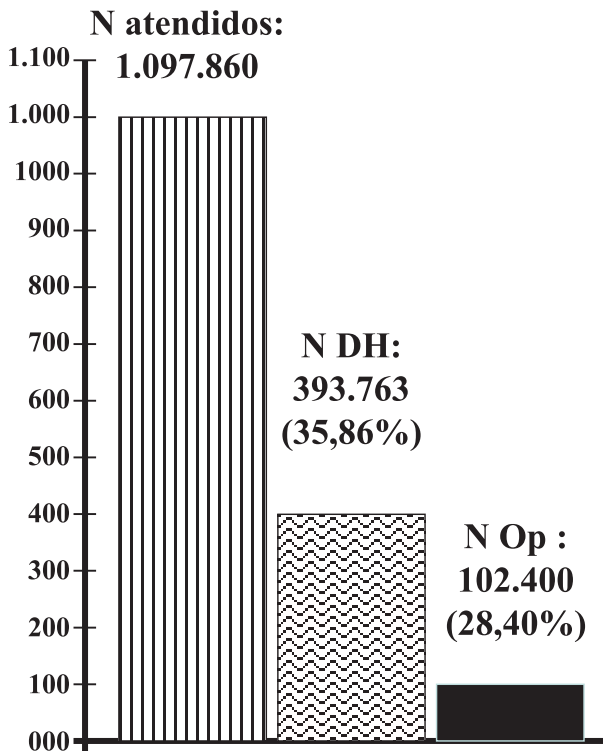


Figura 2 (perguntas 2, 3 e 4) - Pacientes atendidos ($\pm 1.097.860$), número de DH diagnosticada (± 393.763 ; 35,86%) e número de DH operada (± 102.400 ; 28,40%).

diagnosticada foi de cerca de 10% (16 especialistas), 20% (três especialistas), 30% (21 especialistas), 40% (10 especialistas), 50% (sete especialistas), com média de aproximadamente 28,4%. (figura 3)

6. Incidência de DH por sexo: A média aproximada de incidência de DH foi de 42% em homens e 58% em mulheres (figura 4).

7. Incidência de hemorroidectomia por sexo: A média aproximada de incidências de

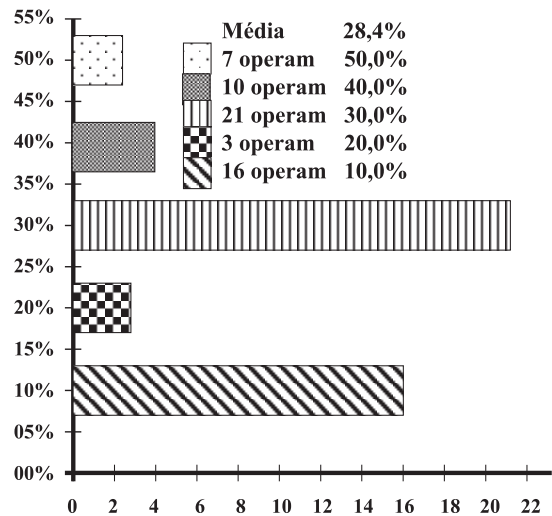


Figura 3 (pergunta 5) - Proporção de DH diagnosticada e operada: média de 28,4%, 10% (por 16 especialistas), 20% por três especialistas), 30% (por 21 especialistas), 40% (por 10 especialistas) e 50% (por sete especialistas).

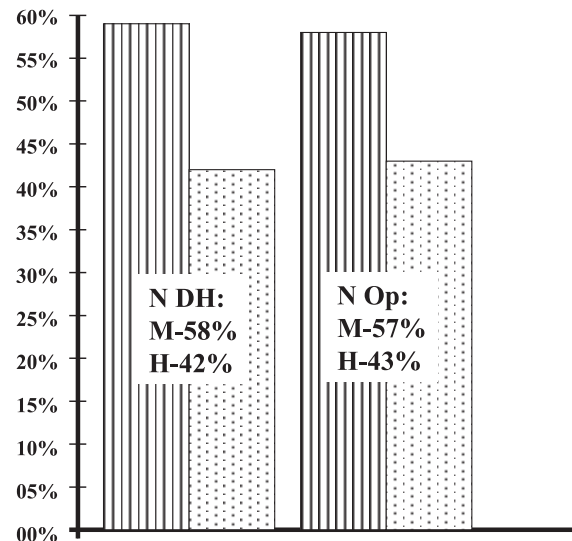


Figura 4 (perguntas 6 e 7) - Incidência de DH (N DH) por sexo em ± 393.763 pacientes: 42% em homens e 58% em mulheres; e incidência de DH operada (N Op) por sexo: 43% em homens e 57% em mulheres, pelos 77 especialistas.

hemorroidectomia foi de 43% em homens e 57% em mulheres (figura 4).

8. Incidência etária da DH: As incidências aproximadas de DH por faixas etárias foram: até 20 anos, 7%; de 21 a 40 anos, 40%; de 41 a 60 anos, 40%; e acima de 60 anos, 13% (figura 5).

9. Tratamento clínico da DH: Dentre os 393.763 pacientes portadores de DH cerca de 102.400 foram operados, sendo as seguintes as condutas clínicas dos 77 especialistas para os cerca de 291.363 pacientes não operados, além de cuidados higienodietéticos (CHD) (22,3%): CHD e pomadas e cremes (59,2%), CHD e pomadas, cremes e supositórios (7,8%) e medicações orais que agem sobre vasos sanguíneos (10,5%) (figura 6).

10. Abordagem intervencionista não cirúrgica: A preferência dos especialistas na abordagem intervencionista não cirúrgica da DH foi pela ligadura elástica (LE) (94,0%), seguida, de longe pela escleroterapia (5,2%) e fotocoagulação (2,6%), sem opção pela crioterapia (figura 7).

11. Ligadura elástica - indicação: A preferência absoluta pela abordagem da DH pela LE é: DH interna grau II (85,2%), seguida da DH interna grau III (38,1%), da DH interna de grau I (28,9%), da DH interna de grau IV (3,9%), da DH mista (2,6%), alguns

(7,8%) usando LE para coibir sangramento de DH, independente do seu grau (figura 8).

12. Ligadura elástica - técnicas: São as seguintes as técnicas de LE usadas pelos 77 especialistas: LE por tração (42,01%) e LE por sucção (46,05%) (figura 9).

13. Ligadura elástica - conduta: São três as formas pelas quais os 77 especialistas abordam a

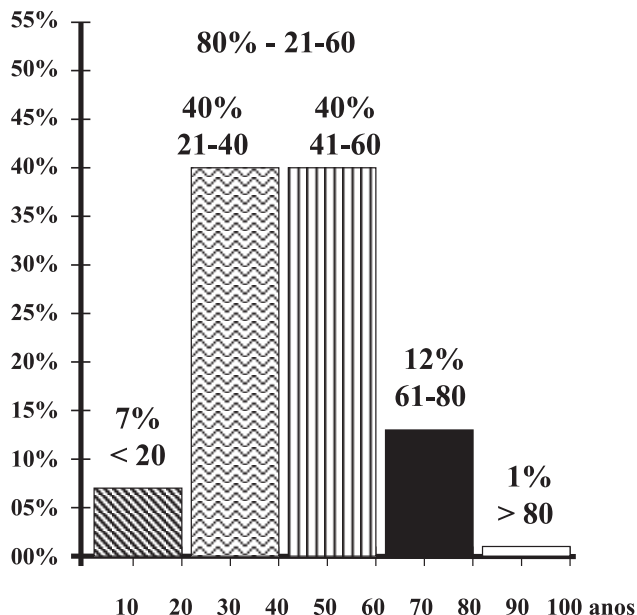


Figura 5 (pergunta 8) - Incidência etária de DH em ± 393.763 pacientes, pelos 77 especialistas: 7% até 20 anos; 40% entre 21 e 40 anos; 40% entre 41 e 60 anos; 13% acima de 60 anos.

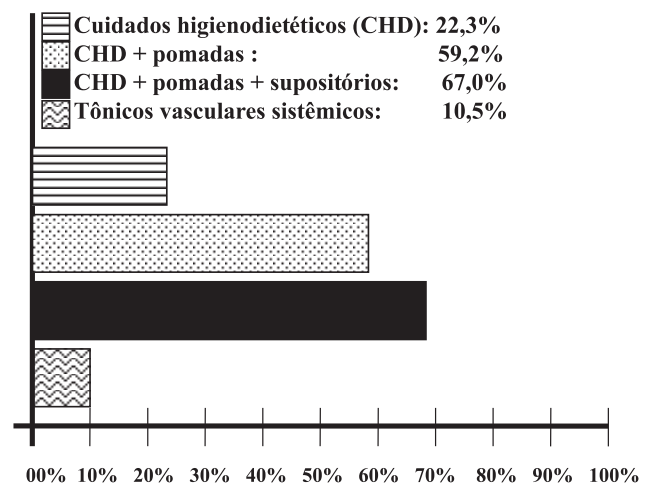


Figura 6 (pergunta 9) - Tratamento clínico da DH em ± 291.363 pacientes não operados, pelos 77 especialistas: cuidados higienodietéticos (CHD) (22,3%); CHD e pomadas/cremes (59,2%); CHD e pomadas/cremes/supositórios (67,0%); e medicações que agem sobre vasos sanguíneos (10,5%).

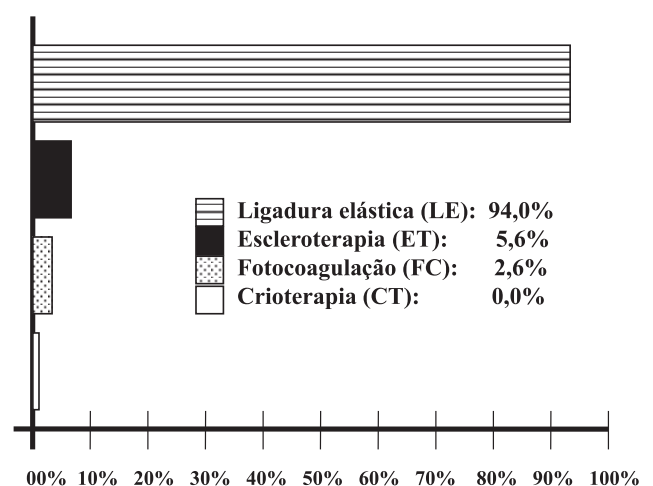


Figura 7 (pergunta 10) - Abordagem intervencionista não cirúrgica da DH pelos 77 especialistas: ligadura elástica (LE) (94,0% dos especialistas); escleroterapia (ET) (5,6 dos especialistas); fotocoagulação (FC) (2,6% dos especialistas) e crioterapia (CT) (0%).

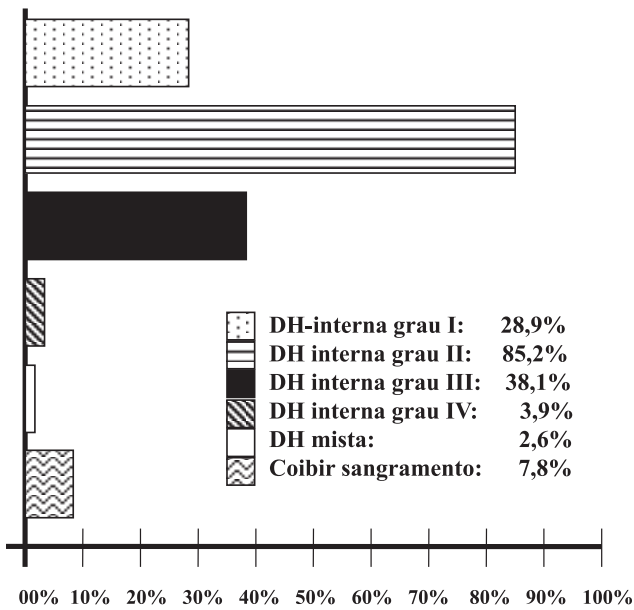


Figura 8 (pergunta II) - Ligadura Elástica (LE) pelos 77 especialistas - Indicação: DH interna grau II (85,2%); III (38,1%); I (28,9%); IV (3,9%); mista (2,6%); coibir sangramento (7,8%).

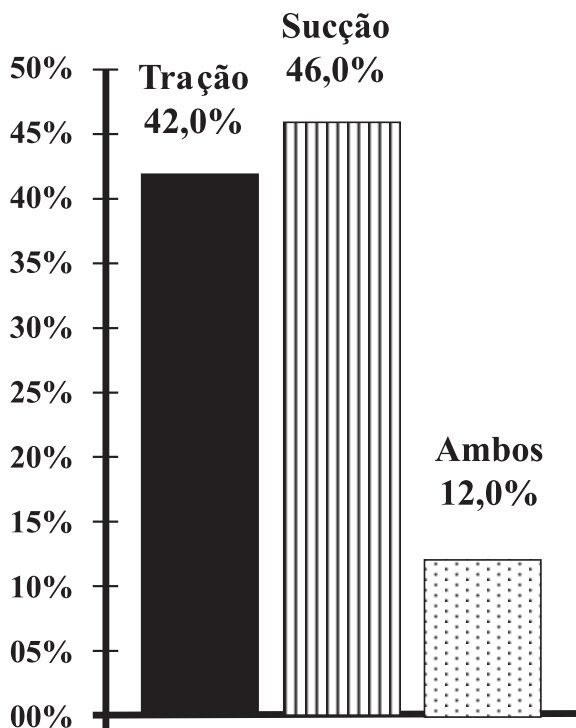


Figura 9 (pergunta 12) - Ligadura elástica (LE) – técnicas usadas pelos 77 especialistas: por tração (42,0%); por sucção (46,0%) em ± 48.273 pacientes submetidos à LE.

DH pela LE: LE em uma sessão para cada mamilo (74,1%), LE de até dois mamilos por sessão (18,9%) e LE de todos os mamilos de uma só vez (5,1%). (figura 10)

14. Ligadura elástica & plicomectomia:

Associação de LE à ressecção de plicomas: 67,10% nunca fazem a LE & plicomectomia, 26,31% somente fazem nos casos em que o próprio paciente solicita e 2,63% fazem de rotina (figura 11).

15. Ligadura elástica – casuística:

A LE foi feita em aproximadamente 48.273 pacientes dos cerca de 393.763 portadores de DH, ou seja em 12,50% (figura 12).

16. Ligadura elástica – complicações - incidência:

A maioria dos especialistas (42 médicos; 53,95%) não teve complicações com a LE, mas 35 (46,05%) tiveram, com a incidência variando entre 1 e 21%; 34,28% dos especialistas que admitiram complicações relatam uma incidência de 1 a 2%, ficando a incidência global de complicações em torno de 3,04% (figura 13).

17. Ligadura elástica – complicações - conduta:

A incidência de complicações decorrentes das 48.273 LE executadas foi de, aproximadamente:

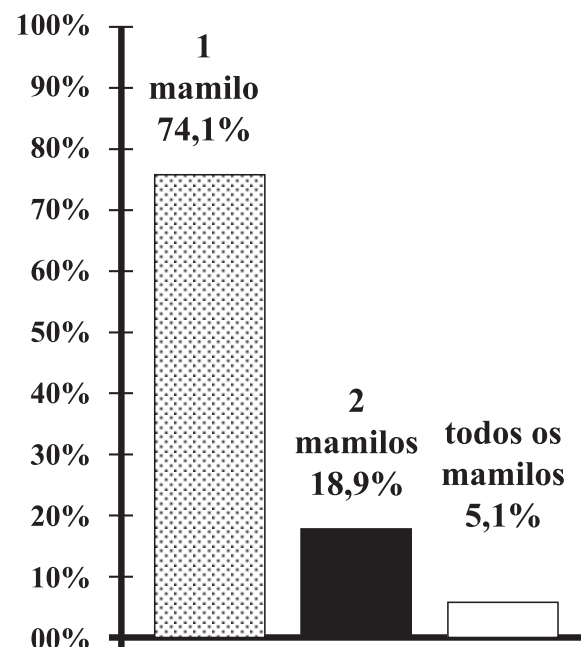


Figura 10 (pergunta 13) - Ligadura elástica (LE) – conduta dos 77 especialistas: 1 mamilo por sessão (74,1%); dois mamilos por sessão (18,9%); todos os mamilos de uma só vez (5,1%), em ± 48.273 pacientes submetidos à LE.

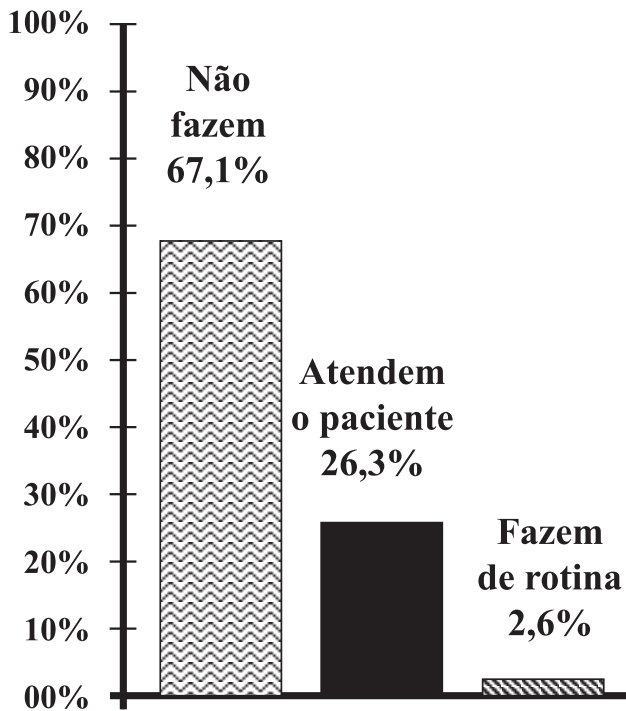


Figura 11 (pergunta 14) – Ligadura Elástica (LE) associada à plicomectomia: dos 77 especialistas que praticaram \pm 48.273 LE, 67,10% nunca fazem; 26,31% fazem quando o próprio paciente solicita; e 2,63% fazem de rotina.

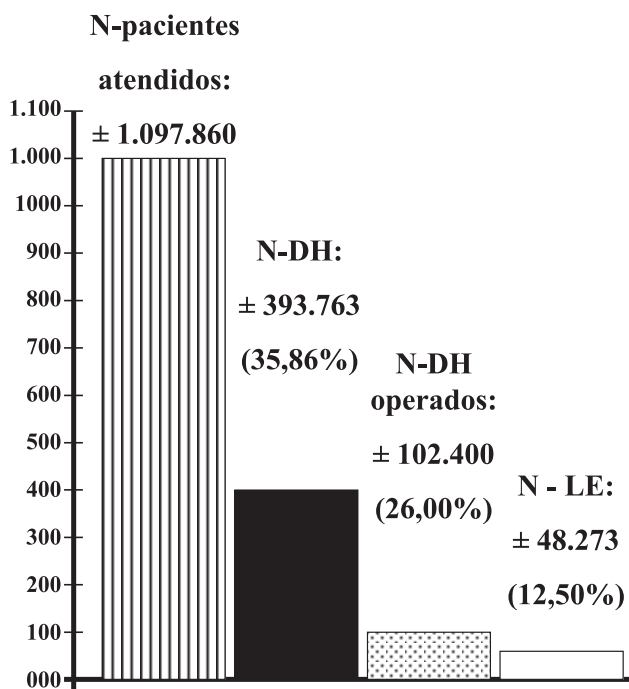


Figura 12 (pergunta 15) - Ligadura Elástica (LE) – casuística dos 77 especialistas: \pm 48.273 LE (12,50%) em \pm 393.763 portadores de DH.

69 casos de hemorragia que levaram à revisão (0,142% de 48.273 LE), 16 casos de infecção (0,033% de 48.273 LE) e quatro casos de fasciíte necrotizante (síndrome de Fournier) que levaram à revisão cirúrgica e abordagem clínica grave (0,008% de 48.273 LE) (figura 14).

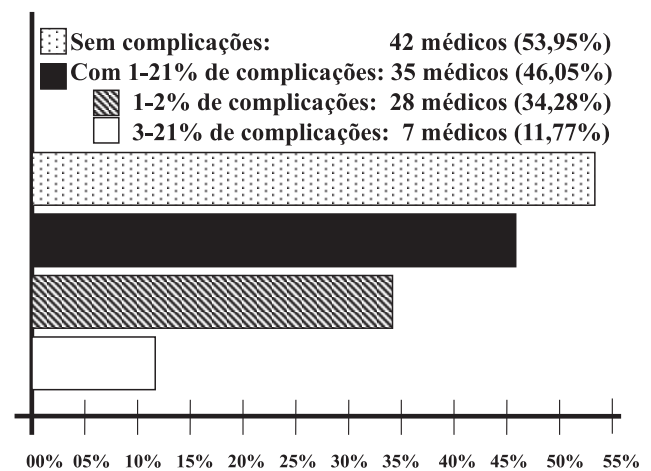


Figura 13 (pergunta 16) - Ligadura Elástica (LE): incidência de complicações observadas pelos 77 especialistas que fizeram \pm 48.273 LE foi de 3,04%; variando de 0% (42 especialistas; 53,95%); a 1-21% (35; 46,05%); a 1 a 2% (28 especialistas; a 34,28%); e a 3 a 21% (7 especialistas; 11,77%).

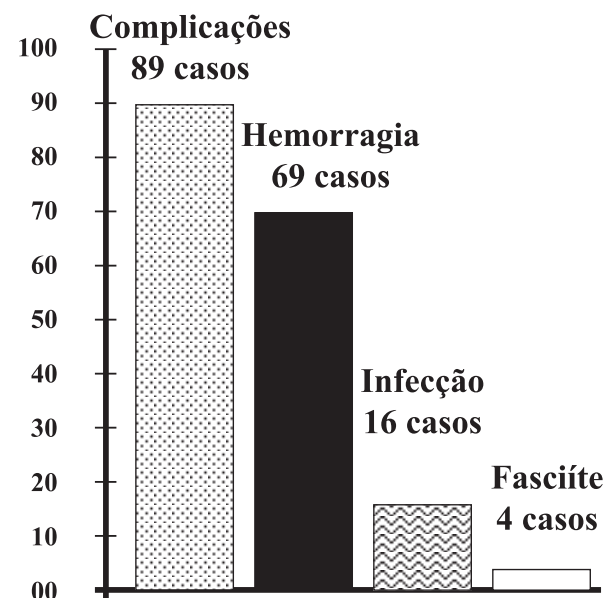


Figura 14 (pergunta 17) - Ligadura Elástica (LE): tipos de complicações e condutas pelos 77 especialistas que submeteram \pm 48.273 pacientes à LE: 89 casos de complicações, a saber, 69 casos de hemorragia (0,142%) com revisão; 16 casos de infecção (0,033%) com antibioticoterapia; e 4 casos de fasciíte necrotizante (0,008%) com revisão clínico-cirúrgica.

18. Ligadura elástica – grau de satisfação:

São os seguintes os graus de satisfação com a LE dos 77 especialistas: 57,89% relatam resultados ótimos (75-100% de melhora), 34,21% resultados bons (50-75% de melhora), 1,31% resultados regulares (25 a 50% de melhora); 6,58% não responderam (figura 15).

19. Fotocoagulação – grau de satisfação:

A fotocoagulação foi usada por apenas 15 (19,74%) dos 77 especialistas, com os seguintes graus de satisfação: 40% de resultados regulares (25 a 50% de melhora), 26,66% de resultados ótimos (75-100% de melhora), 20% de resultados bons (50-75% de melhora), e 13,33% de resultados ruins (abaixo de 25% de melhora) (figura 16).

20. Hemorroidectomia- casuística: A média anual aproximada de hemorroidectomias dos 77 especialistas foi de 80,34 cirurgias ao ano, ou 6,6 hemorroidectomias por mês.

21. Hemorroidectomia – totalização: A somatória das hemorroidectomias executadas pelos 77 especialistas que participaram deste questionário foi de 102.400 casos.

22. Hemorroidectomia – indicações: Os parâmetros para se indicar cirurgia para DH pelos 77 especialistas foram: intensidade de sintomas apresentados, independentemente do grau da DH (64,47%), grau da DH diagnosticada, independentemente dos sintomas (17,10%) e vontade do paciente de ser operado, mesmo oligossintomáticos (13,16%) (figura 18).

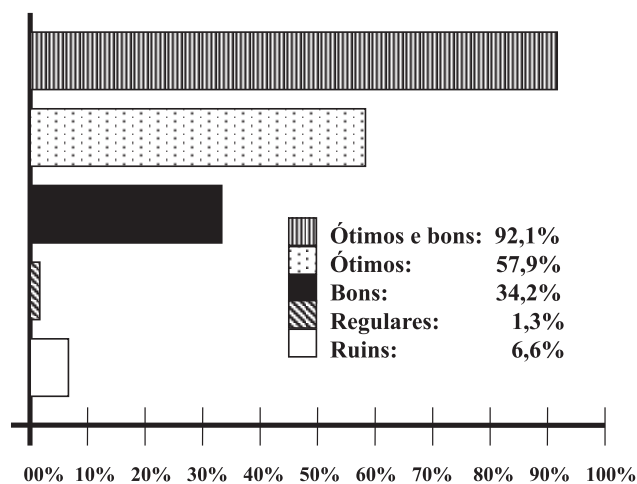


Figura 15 (pergunta 18) - Ligadura Elástica (LE) – grau de satisfação dos 77 especialistas: 57,9% relataram ótimos resultados (75-100%); 34,2% bons resultados (50-75%); 1,3% resultados regulares (25-50%); e 6,6% resultados ruins (0-25%).

23. Hemorroidectomia – técnicas:

Como primeira opção foram as seguintes as técnicas cirúrgicas preferidas para abordagem da DH, segundo os 77 especialistas que atenderam ao questionário: aberta de Milligan-Morgan (65,79%), fechada de Ferguson (21,05%), PPH (2,63%), aberta de Obando (2,63%), ligadura elástica & plicomectomia (1,31%), amputativa ou circular de Whitehead, submucosa de Parks, fechada de Sokol, aberta de Fidel-Ruiz, à Laser (0%) (figura 19).

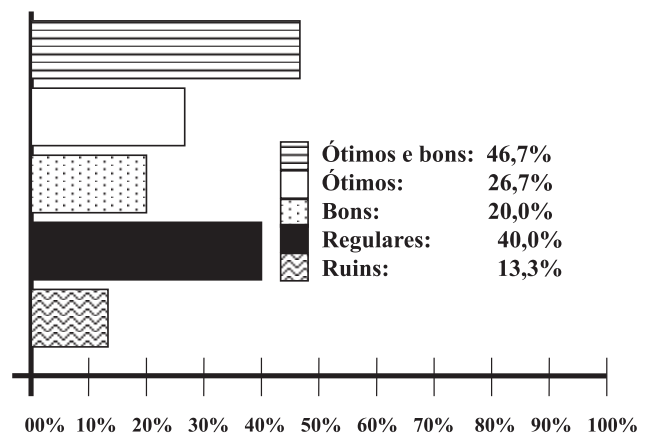


Figura 16 (pergunta 19) - Fotocoagulação (FC) – grau de satisfação dos 77 especialistas: 26,7% relataram ótimos resultados (75-100%); 20% bons resultados (50-75%); 40% resultados regulares (25 a 50%); e 13,3% resultados ruins (<25%).

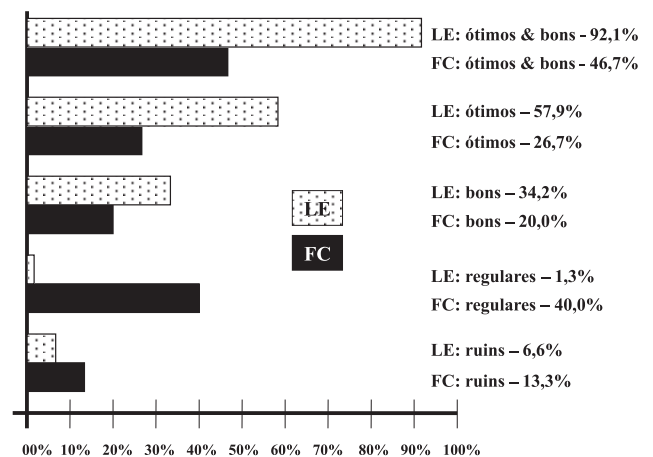


Figura 17 (perguntas 18 e 19) - Tratamento intervencionista não-cirúrgico da DH – comparação dos graus de satisfação com Ligadura Elástica (LE) e Fotocoagulação (FC) dos 77 especialistas: LE – 57,9% ótimo (75-100%); 34,2% bons (50-75%); 1,3% resultados regulares (25-50%); 6,6% resultados ruins (0-25%); e FC (FC) - 26,7% ótimo (75-100%); 20% bons (50-75%); 40% regular (25 a 50%); 13,3% ruim (<25%).

24. Hemorroidectomia – anestésias: Foram as seguintes as anestésias preferidas pelos 77 especialistas na abordagem dos 102.400 pacientes submetidos à hemorroidectomia: anestesia raqueana (32,90%), anestesia raqueana sob sedação (19,73%),

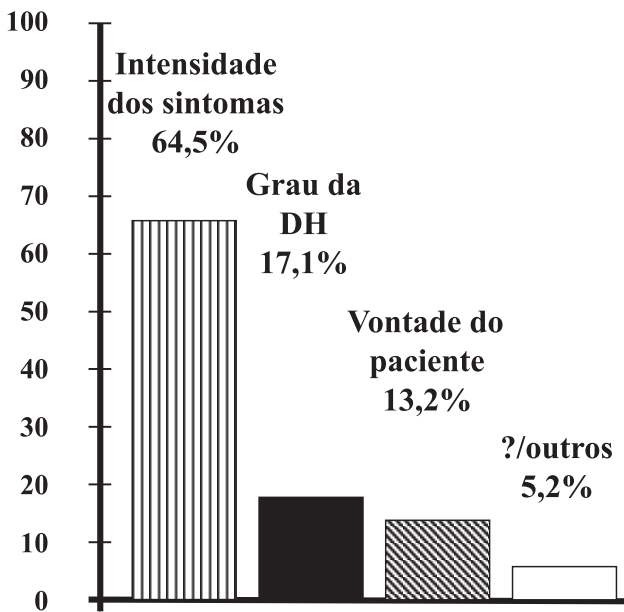


Figura 18 (pergunta 22) - Hemorroidectomia - indicação cirúrgica de ± 102.400 hemorroidectomias pelos 77 especialistas: intensidade de sintomas (64,5%), grau da DH (17,1%) e vontade do paciente em ser operado (13,2%).

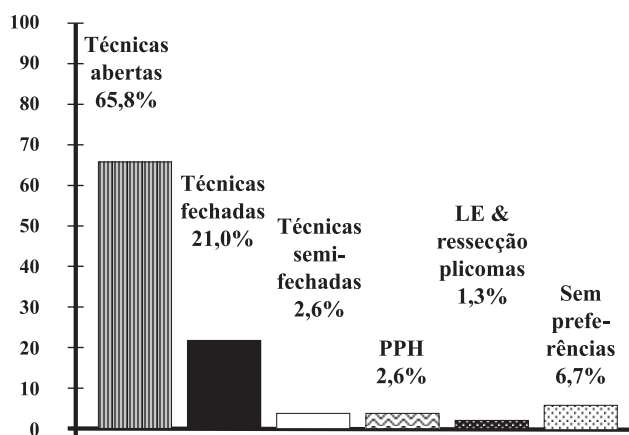


Figura 19 (pergunta 23) - Hemorroidectomia – técnicas preferidas pelos 77 especialistas nas ± 102.400 hemorroidectomias: técnica aberta (Milligan-Morgan) (65,8%); técnica fechada (Ferguson) (21,0%); PPH (2,6%); técnicas semi-fechadas (2,6%); ligadura elástica associada à plicomectomia (1,3%); e sem preferências (6,7%).

anestesia local sob sedação (13,16%), anestesia peridural sob sedação (13,16%), anestesia peridural (6,58%), anestesia local (6,58%), anestesia geral com intubação (1,32%). Portanto: anestesia raqueana com e sem sedação (52,63%), anestesia peridural com e sem sedação (26,32%) e anestesia local com e sem sedação (19,74%) e anestesia geral com intubação (1,32%) (figura 20).

25. Hemorroidectomia – posicionamento do paciente: Foram os seguintes os posicionamentos dos pacientes na mesa de cirurgia usadas pelos 77 especialistas na abordagem dos 102.400 pacientes submetidos à hemorroidectomia: em canivete (44,73%), ginecológica forçada (22,37%), ginecológica (21,05%), Sims (5,26%) e outras (3,95%) (figura 21).

26. Hemorroidectomia – regime hospitalar vs. ambulatorial: Foram os seguintes os regimes de atendimento preferidos pelos 77 especialistas na abordagem dos 102.400 pacientes submetidos à hemorroidectomia: hospitalar (78,94%), sendo com o paciente internado com pernoite (55,26%) e sem pernoite (23,68%); ambulatorial em clínica ou consultório (10,53%) e ambulatorial em ambiente hospitalar (10,53%) (figura 22).

27. Hemorroidectomia – antibioticoterapia: Foram as seguintes as condutas no tocante à antibioticoterapia adotadas pelos 77 especialistas na

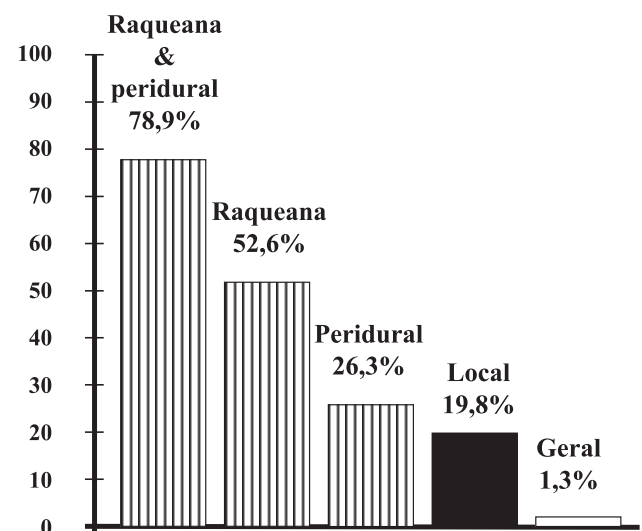


Figura 20 (pergunta 24) - Hemorroidectomia – primeira opção de anestesia pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: raqueana (52,6%); peridural (26,3%); local (19,8%); geral (1,3%); os bloqueios raqueanos e peridurais totalizaram 78,9%.

abordagem dos 102.400 pacientes submetidos à hemorroidectomia: nunca usam antibiótico (15,0%) e usam antibióticos (77,0%), dos quais, usam antibióticos em casos especiais (47,0%), usam antibióticos, de rotina, em dose única, no peroperatório (21,0%), usam antibióticos de rotina, por três dias (2,5%), usam antibióticos de rotina, por cinco dias (4,0%) e usam antibióticos de rotina, por sete dias (2,5%) (figura 23).

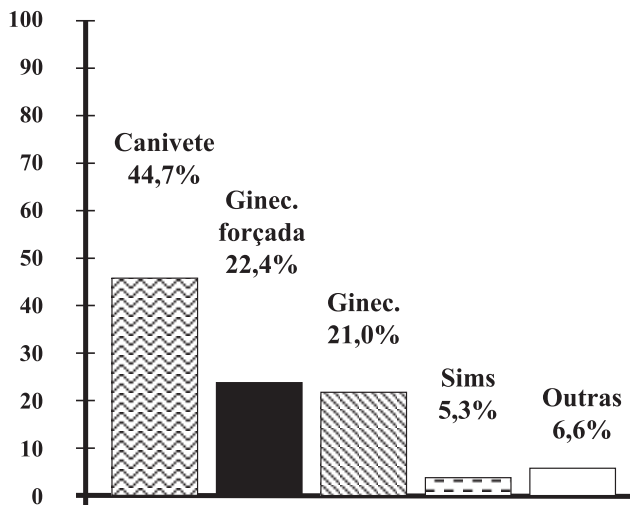


Figura 21 (pergunta 25) - Hemorroidectomia – posicionamentos do paciente na mesa cirúrgica, pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: canivete (44,73%); ginecológica forçada (22,37%); ginecológica (21,05%); Sims (5,26%); outras (3,95%).

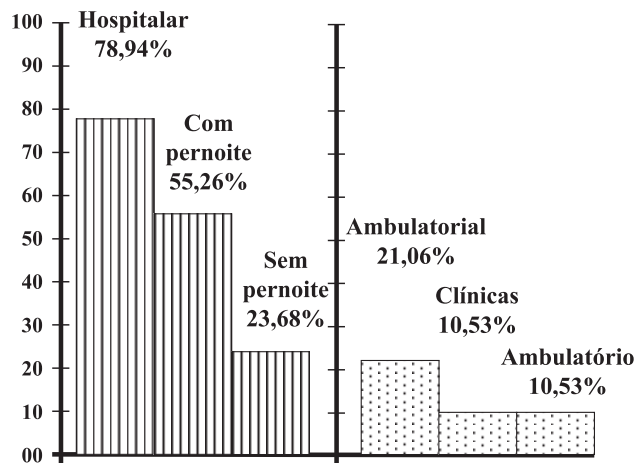


Figura 22 (pergunta 26) - Hemorroidectomia – regimes hospitalar e ambulatorial - preferências dos 77 especialistas em ± 102.400 hemorroidectomias foram: hospitalar (78,94%), com pernoite (55,26%) e sem pernoite (23,68%); ambulatorial (21,06%), em clínica ou em consultório (10,53%) e ambulatório ou hospital (10,53%).

28. Hemorroidectomia

antibioticoterapia: Foram as seguintes os antibióticos usados pelos 59 especialistas que usam antibióticos, de alguma forma (do total de 77) na hemorroidectomia: cefalosporina de segunda geração (13,0%), celalosporina de terceira geração (2,5%), metronidazol e aminoglicosídeo (7,5%), metronidazol e Floxacina (2,5%), penicilina e cloranfenicol (2,5%) e outros esquemas de antibióticos não especificados (13%) (figura 24).

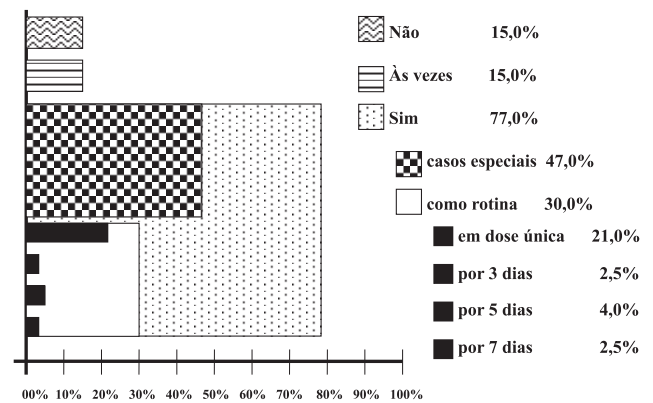


Figura 23 (pergunta 27) - Antibioticoterapia: preferências dos 77 especialistas em ± 102.400 hemorroidectomias: 77,0% usam, 15,0% não usam e 15,0% usam às vezes. Dos 77,0% que usam, fazem das seguintes formas: 47% em casos especiais; e 30% como rotina, dos quais 21,0% em dose única; 2,5% por 3 dias; 4,0% por 5 dias e 2,5% por 7 dias.

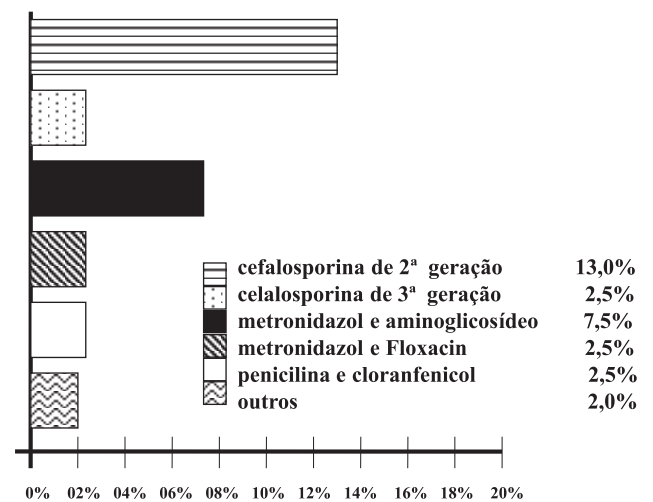


Figura 24 (pergunta 28) - Antibioticoterapia – preferências específicas por antibióticos, pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: cefalosporina de 2ª geração (13,0%); celalosporina de 3ª geração (2,5%); metronidazol e aminoglicosídeo (7,5%); metronidazol e Floxacina (2,5%); penicilina e cloranfenicol (2,5%); outros (2%), totalizando 30,0%.

29. Hemorroidectomia – analgesia: Foram as seguintes as preferências de analgesia dos 77 especialistas na abordagem dos 102.400 pacientes submetidos à hemorroidectomia: antiinflamatórios (29,0%), seguidos, como segunda preferência, do paracetamol (21,5%), da morfina (15,3%) e do diclofenato sódico (13,0%) (figura 25).

30. Hemorroidectomia – condutas pós-operatórias: Foram os vários cuidados e medidas mais comuns que os 77 especialistas tomaram na abordagem dos 102.400 pacientes submetidos à hemorroidectomia: analgésicos (17,00%), fibras (17,00%), banhos quentes de assento (16,00%), antiinflamatórios (15,50%) e dieta de alto resíduo (10,00%) (figura 25).

31. Toque retal (TR) - sim ou não: O toque retal (TR), como rotina no pós-operatório de hemorroidectomia, é executado por 44 (57%) e não executado por 33 (36%) dos 77 especialistas que operaram 102.400 pacientes de DH (figura 26).

32. Toque retal (TR) - técnica: Assim, dos 44 (57%) especialistas que fazem o TR, como rotina, no pós-operatório de hemorroidectomia, 34% fazem três vezes e 23% fazem quatro vezes. A preferência é para se fazerem TR a partir do décimo dia (23%) e primeiro dia (6%) de pós-operatório. A primeira preferência é se fazerem os TR com intervalos de sete dias (23%); e a segunda preferência, 15 dias (16%) (figura 26).

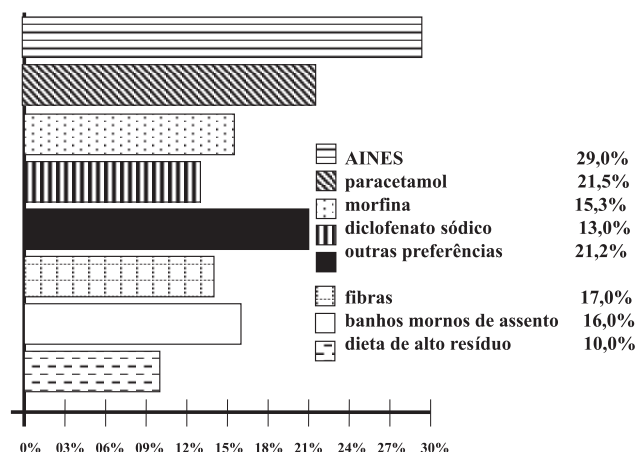


Figura 25 (perguntas 29 e 30) - Hemorroidectomia – analgesia - preferências por analgésicos pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: AINES (29,0%); paracetamol (21,5%); morfina (15,3%); diclofenato sódico (13,0%); e : fibras (17,0%); banhos mornos de assento (16,0%); dieta de alto resíduo (10,0%).

33. Toque retal (TR) – estenose anal: A maioria dos especialistas que faz o TR como rotina (34,5%) tem, como finalidade, detectar uma possível estenose; e 25,5% impedir o progresso de uma estenose anal diagnosticada pelo próprio TR (figura 27).

34. Toque retal (TR) – estenose anal: Sempre o TR está relacionado à estenose anal, sendo o principal motivo que levou 19 especialistas a fazerem TR no pós-operatório de hemorroidectomia, fora de rotina, foi a suspeita de “estenose anal” (39%), seguido de eventualidade de um paciente ter desenvolvido estenose anal em hemorroidectomia (18,5%) e quando

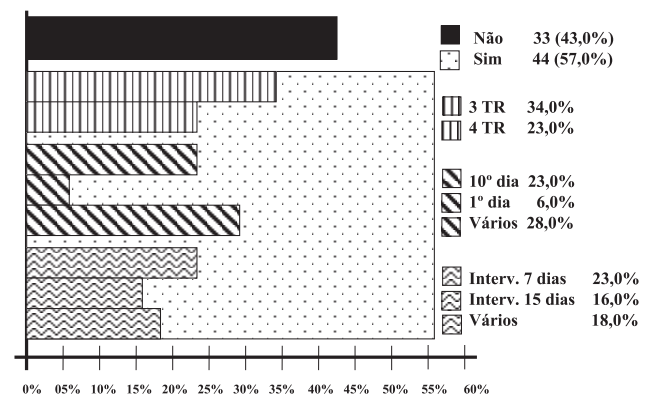


Figura 26 (perguntas 31 e 32) - Toque retal (TR) de rotina no pós-operatório, pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: sim (44 especialistas; 57%); não (33 especialistas; 43%); preferências pelo número de TR: 3 TR (34%) e 4 TR (23%); preferências a partir de que dia de pós-operatório: 10º dia (23%) e 1º dia (6%); preferências por intervalos de TR: 7 dias (23%) e 15 dias (16%).

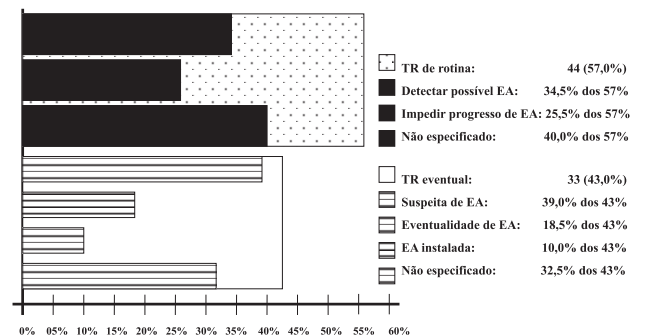


Figura 27 (perguntas 33 e 34) - Motivos do TR de rotina defendido pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: detectar uma possível estenose (34,5%); impedir o progresso de uma estenose (25,5%) e os motivos do TR eventual, pelos 77 especialistas, na condução do pós-operatório de ± 102.400 hemorroidectomias: suspeita de estenose (39%); eventualidade de estenose (18,5%); estenose instalada (10%).

a estenose anal se instala no pós-operatório imediato (10%) (figura 27).

35. Hemorroidectomia – complicações pós-operatórias: No tocante às complicações pós-operatórias, foram admitidos: hemorragia pós-operatória de abordagem cirúrgica 48% negam e 52% admitem ter observado, e, dentre os últimos, 37% dos especialistas notam sua ocorrência com incidência de 1 a 2% dos pacientes operados; no tocante à estenose anal pós-operatória de indicação cirúrgica, 51% dos especialistas negam e 49% admitem, sendo que 35% dos especialistas admitem a incidência de 1 a 2% de estenose anal em hemorroidectomias; a infecção da ferida cirúrgica foi negada por 80% dos especialistas, tendo 20% admitido, dos quais, 10% em incidência acima de 2%; abscessos anais de abordagem cirúrgica foram negados por 91% dos especialistas, sendo que, os 9% que já tiveram tal complicação a referem com a incidência de 1 a 2% das hemorroidectomias; 95% jamais tiveram um único caso de fasciite necrotizante (síndrome de Fournier), sendo que os 5% que já a observaram, admitem uma incidência entre 1 a 2% dos operados de DH (figura 28).

36. Estenose pós-operatória - condutas: As principais providências tomadas pelos 77 especialistas quando detectaram sinais de estenose anal pós-operatória foram: fazer dilatações anais com TR e observar (52,5%) e abordar com medidas clínicas (pomadas e/ou supositórios e/ou medicações orais antiinflamatórias e medidas gerais) (17,5%) (figura 29).

37. Hemorragia pós-operatória - condutas: A conduta preferida frente à hemorragia pós-operatória é explorar a região, e detectando o ponto de sangramento, executar ligadura do mesmo (56,0%); não encontrando o local de sangramento, a abordagem 25,0% ficam apenas na exploração, sem ligaduras vasculares, embora 15,0% procedam à transfixação de todos os pedículos não encontrando qualquer um deles sangrando (figura 30).

38. Hemorroidectomia – exame histopatológico dos mamilos: Dos 77 especialistas que operaram 102.400 DH, 58 (75,0%) enviam o material, de rotina, para exame histopatológico, procedendo 19 (25,0%) de forma contrária (figura 31).

39. Hemorroidectomia – doenças encontradas pelo exame histopatológico: As doenças mais encontradas em mamilos hemorroidários ressecados e enviados para exame histopatológico pelos 77 especialistas foram, em ordem de incidência: HPV (56

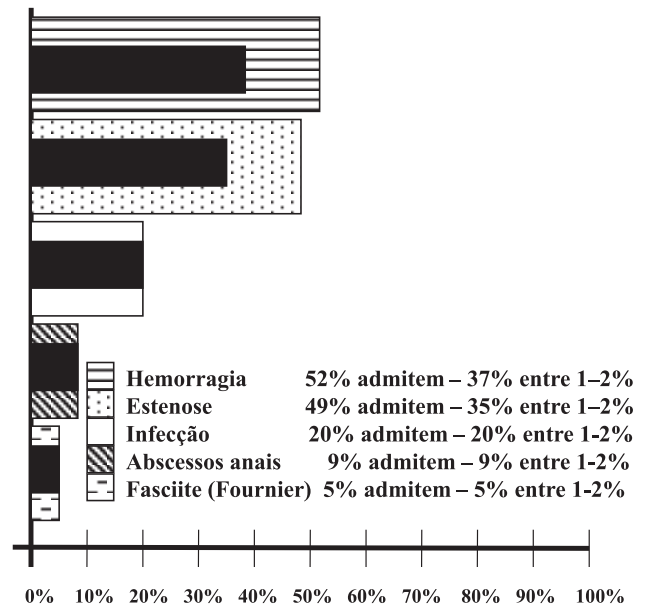


Figura 28 (pergunta 35) - Hemorroidectomia – complicações pós-operatórias: foram as seguintes as complicações observadas pelos 77 especialistas, em ± 102.400 hemorroidectomias: hemorragia grave - 48% negam e 52% admitem, com incidência entre 1-2% (37%); estenose cirúrgica - 51% negam e 49% admitem, entre 1-2% (35%); infecção cirúrgica - 80% negam e 20% admitem, acima de 2%; abscessos anais - 91% negam e 9% admitem, entre 1 e 2%; fasciite necrotizante (Fournier) - 95% negam e 5% admitem, entre 1 e 2%.

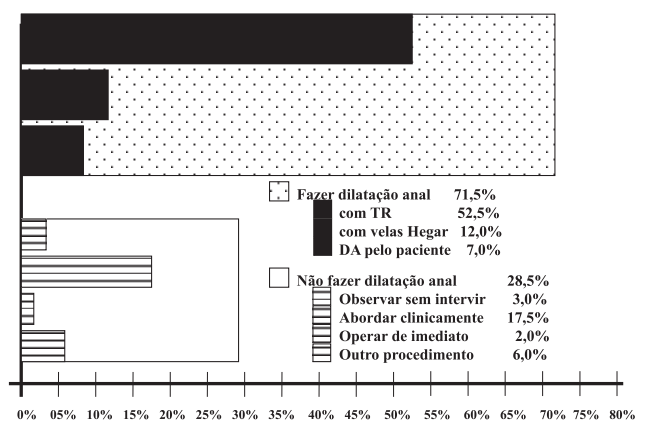


Figura 29 (pergunta 36) - Conduta na estenose anal importante no pós-operatório: foram as seguintes as condutas tomadas pelos 77 especialistas, na condução estenoses anais oriundas de ± 102.400 hemorroidectomias: fazer dilatações anais (71,5%), dos quais, com TR (52,5%), com velas de Hegar (12,0%) e dilatação pelo próprio paciente (7,0%); e não fazer dilatação anal (28,5%), dos quais, observar sem intervir (3,0%), abordar com medidas clínicas (pomadas, supositórios e medidas gerais) (17,5%), operar de imediato (2,0%) e outros procedimentos (6,0%).

casos), CCE (40 casos), esquistossomose (29 casos), doença de Crohn (21 casos) e outras.

40. Hemorroidectomia concomitante a outras cirurgias: A maioria dos especialistas admite cirurgias concomitantes à hemorroidectomia, com restrições (55,52%); 23,68% não admitem; e uma absoluta minoria (6,57%) admite quaisquer cirurgias em concomitância à hemorroidectomia (figura 32).

41. Conduta na trombose hemorroidária: A maioria dos 77 especialistas radicalizou em duas suas condutas quanto à trombose hemorroidária: preferência absoluta pelo tratamento clínico (57,89%); e, sendo a trombose circunferencial, tratamento clínico; e sendo trombo isolado, ressecção do trombo, ficando a hemorroidectomia para depois (19,73%) (figura 33).

42. Você já experimentou o PPH?: 35 (45,00%) dos 77 (73 responderam esta pergunta) especialistas que responderam ao questionário nunca usaram o PPH e 38 usaram (49,00%). Dos que usaram o PPH 17 (22,00%) não continuaram a usá-lo, sendo que dos que continuaram, apenas dois (2,50%) passaram a usar o PPH como rotina e apenas um (1,25%) na maioria dos casos, preferindo 18 (23,25%) usar o recurso apenas em casos selecionados (figura 34).

43. Porque você nunca experimentou o PPH?: dos 35 especialistas que admitiram nunca ter usado o PPH, 62% não experimentaram e nem têm disposição para fazê-lo (47% deles por estarem satisfeitos com as técnicas que usam na abordagem da DH e 15% por serem contra empresas ganharem mais que o próprio médico); e 24% não experimentaram mas experimentaríamos se tivessem oportunidade (figura 35).

44. Porque você experimentou o PPH, mas não passou a usá-lo?: dos 17 especialistas que experimentaram PPH, mas não continuaram a usá-lo, 42,85% porque não gostaram dos resultados, que são inferiores à técnica usada por cada um, 21,42% porque os custos são proibitivos e 21,42% porque os convênios não pagam (figura 36).

45. Se você (42,85%) experimentou o PPH e não passou a usá-lo por não ter gostado dos resultados, como você adquiriu sua experiência: 72,72% experimentaram o PPH em menos de 10 pacientes e COM orientação de quem sabe fazer; e 27,28% experimentaram o PPH SEM orientação de quem sabe fazer, dos quais, 9,10% em menos de 10 pacientes e 18,8% em mais de 10 pacientes (figura 37).

46. Se você (42,85%) experimentou o PPH e não passou a usá-lo por não ter gostado dos resultados, como você adquiriu sua experiência:

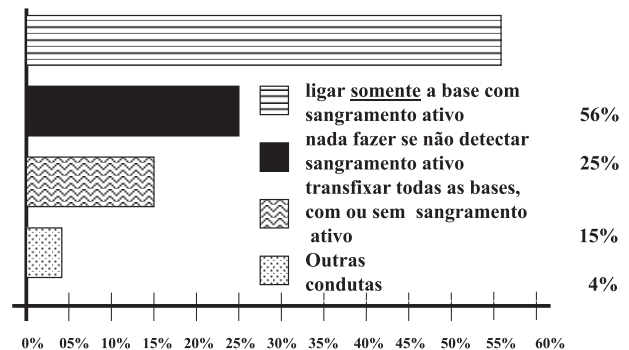


Figura 30 (pergunta 37) - Conduta na hemorragia pós-operatória grave: todos os 77 especialistas fazem a ligadura do vaso que eventualmente sangra; e foram as seguintes as condutas tomadas por eles dentro do bloco cirúrgico, na condução de hemorragia grave em ± 102.400 hemorroidectomias: nada fazer se não detectar sangramento ativo (25%), ligar somente a base com sangramento ativo (56%), transfixar todas as bases, com ou sem sangramento ativo (15%) e outras condutas (4%).

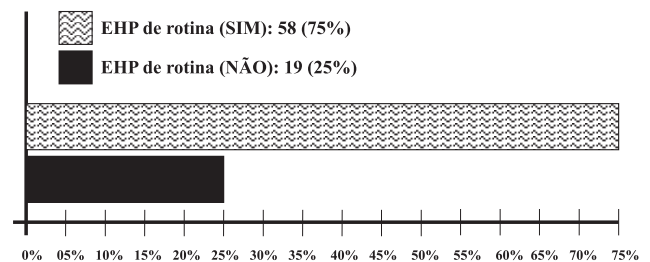


Figura 31 (pergunta 38) - Exame histopatológico (EHP) dos mamilos hemorroidários ressecados: dos 77 especialistas que operaram ± 102.400 hemorroidectomias, 58 (75,0%) solicitam de rotina; e 19 (25,0%) somente solicitam em caso de alguma suspeita.

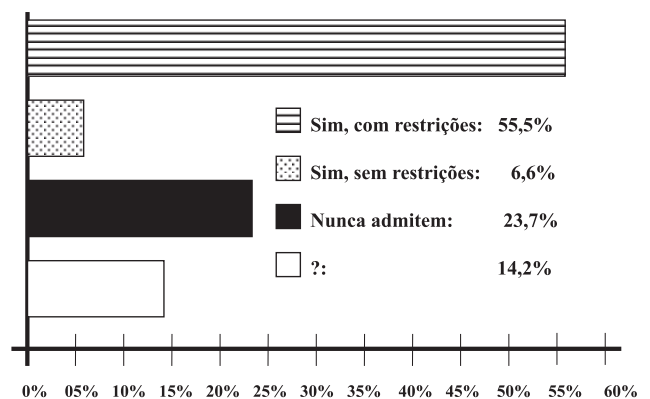


Figura 32 (pergunta 40) - Hemorroidectomia concomitante a outras cirurgias extra-anais: são as seguintes as condutas dos 77 especialistas, na condução de ± 102.400 hemorroidectomias: admitem com restrições (55,5%); nunca admitem (23,7%); admitem sem restrições (6,6%).

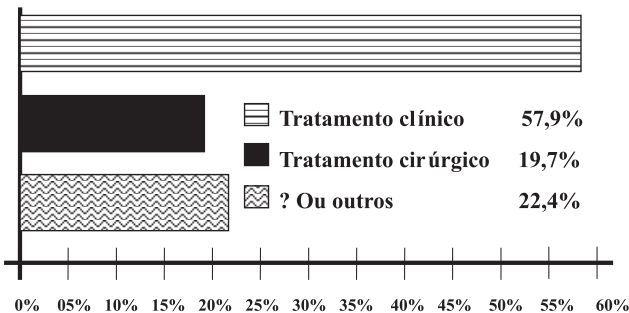


Figura 33 (pergunta 41) - Conduta preferida na trombose hemorroidária pelos 77 especialistas: tratamento clínico (57,9%); tratamento cirúrgico (19,7%); outros (22,4%).

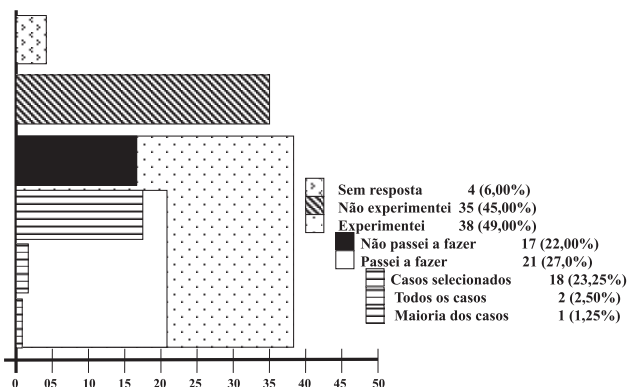


Figura 34 (pergunta 42) - Você já usou o PPH; continua usando?: 35 (45,00%) dos 77 (73 responderam esta pergunta) especialistas que responderam ao questionário nunca usaram o PPH e 38 usaram (49,00%), dos quais, 17 (22,00%) não continuaram a usar, 18 (23,25%) passaram a usar apenas em casos selecionados, 2 (2,50%) passaram a usar em todos os pacientes e 1 (1,25%) passou a usar na maioria dos pacientes.

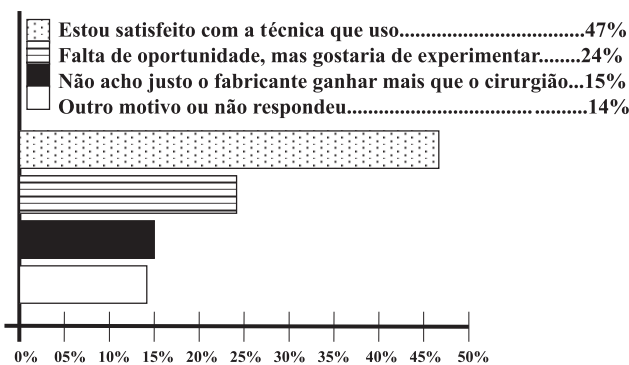


Figura 35 (pergunta 43) - Se você assinalou a opção “nunca experimentei o PPH”, especifique os motivos: dos 35 especialistas que admitem nunca ter usado o PPH foram os seguintes os motivos: falta de oportunidade, mas gostaria de experimentar (24%), estou muito satisfeito com os resultados que tenho com a técnica que uso (47%), por que não acho justo o fabricante ganhar mais em uma cirurgia que o próprio cirurgião (convênios) (15%) e sem resposta (14%).

42,85% disseram que “por que além de grampear tenho que retirar mamilos externos convencionalmente?”; 14,28% “porque havia o mesmo nível de dor pós-operatória que a técnica que uso”; 14,28% “porque o período de recuperação era o mesmo que na técnica cirúrgica que uso”; 14,28% “porque tiveram outros motivos que preferiram não especificar”; e 7,14% porque tiveram dificuldade técnica” (figura 38).

47. Se você (2,50%) experimentou o PPH e passou a usá-lo em todos ou quase todos os casos de DH especificar as vantagens que verifi-

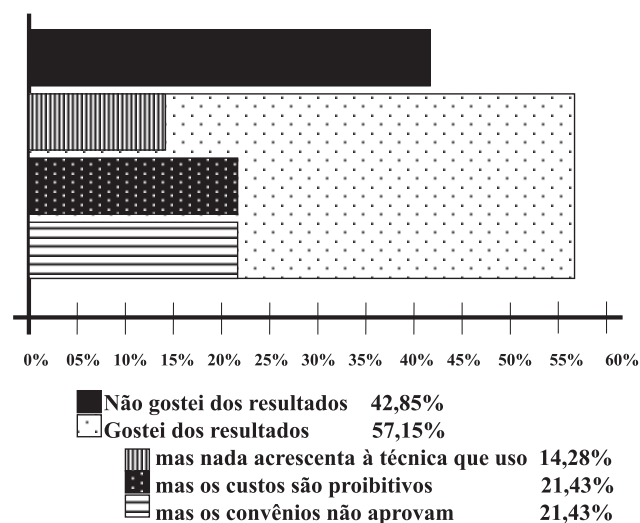


Figura 36 (pergunta 44) - Se você assinalou a opção “experimentei o PPH mas não passei a usá-lo” especifique os motivos: : não gostei dos resultados e a técnica que uso é melhor (42,85%); gostei dos resultados, mas nada acrescenta à técnica que uso (14,28%), gostei dos resultados, mas os custos são proibitivos (21,43%); gostei dos resultados, mas os convênios não aprovam (21,43%).

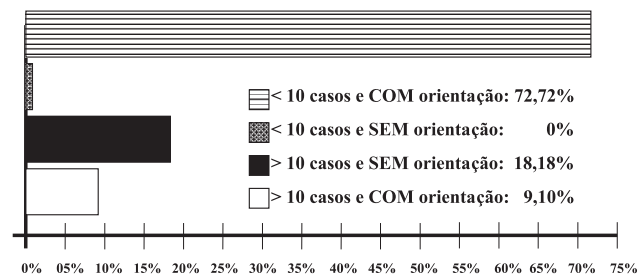


Figura 37 (pergunta 45) - Se você assinalou a opção “experimentei, mas não passei a usar, por que não gostei dos resultados do PPH”, especifique como adquiriu experiência com a técnica: fiz menos de 10 casos e sem orientação de quem sabe fazer (0%); fiz menos de 10 casos e com orientação de quem sabe fazer (72,72%); fiz mais de 10 casos e sem orientação de quem sabe fazer (18,18%); e fiz mais de 10 casos e sem orientação de quem sabe fazer (9,10%).

cou: Esta pergunta não obteve uma única resposta, o que pode ser explicado pelo fato de ela ter sido dirigida a apenas três especialistas.

48. Se você (1,25%) experimentou o PPH e passou a usá-lo na maioria dos pacientes com DH, assinalar quais são “a minoria”: Como apenas um (1,25%) se enquadra nesta pergunta, sua resposta foi “evita a realização do PPH quando há doenças anais concomitantes e na DH com grande componente cutâneo”.

49. Se você (18; 23,25%) experimentou o PPH e passou a usá-lo em alguns casos selecionados de DH, assinalar quais são “os casos selecionados”: na DH com prolapso mucoso (18; 100%), na DH com prolapso hemorroidário (12; 66,66%), nos processos hemorroidários circunferenciais (12; 66,66%) e na DH com pequeno componente externo (oito; 44,44%) (figura 39).

50. Quantos PPH vocês já fizeram? (pergunta respondida por 12 especialistas): 487 casos.

51. Quais e quantas complicações peroperatórias já observou (pergunta respondida por 12 especialistas; 487 PPH): 55 complicações (11,29%), representadas por sangramento cirúrgico, tendo sido aplicados pontos extras; e nenhum caso de lesão da parede posterior da vagina (figura 40).

52. Quais e quantas complicações pós-operatórias, de indicação cirúrgica, você já ob-

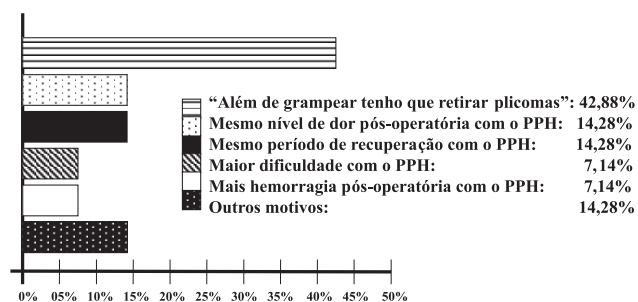


Figura 38 (pergunta 46) - Se você assinalou a opção “experimentei, mas não passei a usar, por que não gostei dos resultados com o PPH”, especifique por que não gostou dos resultados: maior dificuldade com o PPH que com a técnica que uso (7,14%); mais hemorragia pós-operatória com o PPH (7,14%); mais estenose pós-operatória com o PPH que com a técnica que uso (0,0%); mesmo nível de dor pós-operatória com o PPH que com a técnica que uso (14,28%); mesmo período de recuperação com o PPH que com a técnica que uso (14,28%); “por que além de grampear tenho que retirar mamilos externos” (42,88%); outros motivos (14,28%).

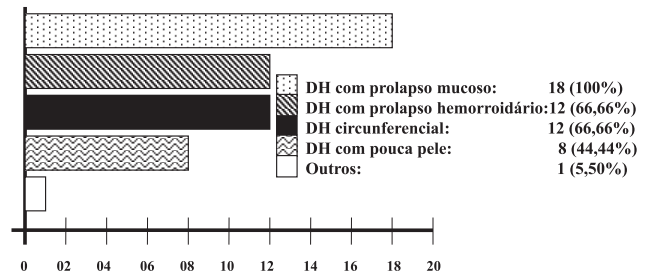


Figura 39 (pergunta 49) - Se você assinalou a opção “experimentei e passei a fazer o PPH em alguns casos selecionados de DH (18 especialistas), especifique quais casos são os selecionados: DH com prolapso hemorroidário (12; 66,66%); DH com prolapso mucoso (18; 100%); processos hemorroidários circunferenciais (12; 66,66%); DH com pequeno componente cutâneo (8; 44,44%); e outros 1; 5,50%).

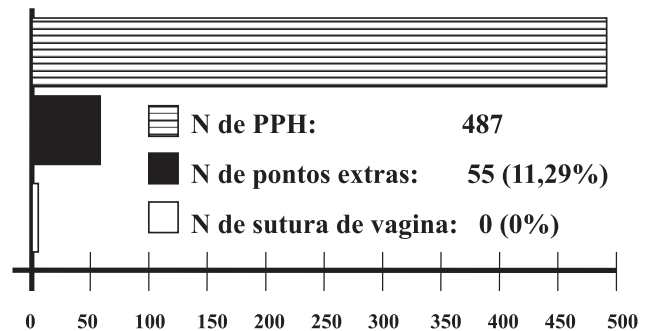


Figura 40 (pergunta 51) - Se você tem feito PPH de rotina ou eventualmente, informar quantas e quais eventualidades peroperatórias já observou: aplicaram pontos extras para coibir sangramento (55 casos; 11,29%); aplicaram sutura para coibir lesão de parede posterior da vagina (nenhum caso; 0%).

servou (pergunta respondida por 12 especialistas; 487 PPH): sete complicações, sendo quatro estenoses anais (0,8%), duas hemorragias (0,4%) e um resultado insatisfatório com indicação de hemorroidectomia (0,2%).

CONCLUSÕES

As condutas de 77 especialistas na condução de ± 393.763 (35,86%) casos de DH diagnosticadas em um universo de ± 1.097.860 pacientes, a maioria mulheres (58%), sobretudo entre 21 e 60 anos (80,0%), foram:

1. 102.400 (26,0%) dos 393.763 portadores de DH foram operados e 291.363 (74,0%) receberam tratamento não cirúrgico clínico, e destes, 48.273 (12,50%) foram abordados por ligadura elástica, que foi a conduta intervencionista não cirúrgica mais usada (94,0% dos especialistas).

2. A LE foi mais indicada em DH interna grau II (85,2%), com preferência de abordagem de um mamilo por sessão (74,1%), e preferência pela não realização de plicomectomia (67,1%), sendo os graus de satisfação ótimos e bons de 91 %.

3. A principal indicação cirúrgica da DH foi a intensidade de sintomas (64,47%), com preferência pela técnica aberta de Milligan-Morgan (65,79%), sobretudo com bloqueios raqueano (52,63%) e peridural (26,32%), de preferência com o paciente em posição em canivete (44,73%), em regime hospitalar (78,94%), com uso de antibióticos (77,0%), sejam em casos especiais (47,0%) seja de rotina (30,0%).

4. Os analgésicos mais usados no pós-operatório foram os anti-inflamatórios (29,0%), o paracetamol (21,5%), a morfina (15,3%) e o diclofenato sódico (13,0%); e o toque retal (TR) foi feito de rotina

por 44 especialistas (57%), sendo 34,5% com a finalidade de detectar uma possível estenose e 25,5% para impedir o progresso de uma eventual estenose anal. Dentre as complicações pós-operatórias a hemorragia foi admitida por 52% dos especialistas (de 1 a 2%), seguida da estenose anal, admitida por 49% (1 a 2%).

5. No tocante ao PPH, 35 (45%) nunca usaram e 38 já usaram (49%); dos 38 que usaram, 17 (22%) não continuaram a usá-lo e 21 continuaram; dos 35 especialistas que admitiram nunca ter usado o PPH, 62% não experimentaram e nem têm disposição para fazê-lo; dos 17 especialistas que experimentaram PPH, mas não continuaram a usá-lo, 42,85% porque não gostaram dos resultados, que são inferiores à técnica usada por cada um, 21,42% porque os custos são proibitivos e 21,42% porque os convênios não pagam.

ABSTRACT: Analysis of a questionnaire with 52 questions about hemorrhoidal disease (HD) answered by 77 Brazilian specialists allowed the following conclusions: **Epidemiology:** The meantime of medical practice was 18.6 years; the 77 specialists attended $\pm 1,097.860$ patients, HD being diagnosed in $\pm 393,763$ (35.86%), and $\pm 102,400$ patients ($\pm 26\%$) undergoing surgical treatment. The approximate incidence by gender of HD was 42% in men and 58% in women, and the incidence of surgery 43% in males and 57% in females. The incidences of HD according to age were: 7% under 20 years, 40% between 21 and 40 years, 40% between 41 and 60 years and 13% above 60 years of age. **Clinical and non surgical treatment:** clinical approach for HD was carried out in ± 291.363 patients. The non surgical treatment of choice was rubber band ligation (94,0% of the specialists), mainly for second grade internal hemorrhoids (85.2%), being the most common procedure the approach of a single ligation by each session (74.1%), without plicomectomy (67.1%). Satisfaction grade reached 91.0% (good and optimal). Rubber band ligation was used in $\pm 48,273$ patients (12.50%), no complication being reported by most of the specialists (42 specialists, 53.95%), being hemorrhage the most common complication (69 cases, 0.142% of 48,273 ligations). **Hemorrhoidectomy:** 102,400 hemorrhoidectomies were performed by the 77 specialists, being the intensity of anal symptoms the main indication for surgery despite of the grade of the HD (64.47%). Open hemorrhoidectomy (Milligan-Morgan) was the most used technique (65.79%) followed by closed hemorrhoidectomy (Ferguson) (21.05%). The most used anesthesia were spinal blocks, being 52.63% of raquianesthesia and 26.32% of peridural anesthesia. Knife position was the number one in preference (44.73%), followed by forced gynecologic position (22.37%) and regular gynecological position (21.05%). Most of the specialists preferred to perform hemorrhoidectomy in hospitalized patients (78.94%), being 55.26% as full day patients (55.26%) and 23.68% as day-patient. Antibiotic therapy was admitted by 77.0% of the specialists, being 47.0% in selected cases and 30.0% as routine; second generation cefalosporin was the most used antibiotic (13.0%) followed by the association of metronidazol and aminoglycoside (7.5%). **Post operatory:** Among the analgesics used anti-inflammatory occupied the first place (29.0%), following paracetamol (21.5%), morphine (15.3%) and sodium diclophenate (13.0%). Routine rectal touch was carried out by 44 specialists (57.0%), being 34.5% with the aim of detection a possible anal stenosis and 25.5% to forbid the progress of an eventual stenosis. Among several post operatory complications called the attention the hemorrhage (admitted by 52.0% of the specialists) and anal stricture (9.0% of the specialists). 58 specialists (75.0%) ordered routine histopathology examination of the resected specimens. 55.52% of the specialists do not perform associated surgeries with HD. 57.89% of the specialists use clinical approach as far as hemorrhoid thrombosis is concerned. **PPH (Procedure for Prolapsed Hemorrhoids):** 35 specialists never tried PPH (45.0%) and 62% of them have never tried and do not feel like trying the technique. 38 specialists stated they tried this procedure (49.0%); 17 (22.0%) did not continue with PPH while 21 continued to use the technique. Of the 17 specialists 42.85% did not pursued using PPH because they did not like the results (not so good as the surgical techniques they use); 21.42% because the costs of the procedure are prohibitive; and 21.42% because the plans of health insurance companies they are affiliate do not authorize the technique. In the 487 cases of PPH carried out by the 12 specialists extra hand stitches were necessary in 55 patients (11.29%) and complications were confirmed in seven patients: four cases of anal stenosis (0.8%), two cases of hemorrhage (0.4%) and one case of unsatisfactory result with indication of conventional surgery (0.2%).

Key word: Hemorrhoidal Disease; Questionnaire about Hemorrhoidal Disease; Brazilian Coloproctologists.

REFERÊNCIAS

1. Cruz GMG. Doença Hemorroidária. Yendis Editora Ltda., São Paulo, SP, ISBN-978-85-7728-073-5, 2008. São Paulo, SP, 2008.
2. Alvarenga IM, Cruz GMG, Chamone BC, Constantino JRM, Andrade MMA, Gomes DMBM. Como o Coloproctologista Brasileiro Vê a Doença Hemorroidária. In: Cruz GMG, Doença Hemorroidária, Ed. Yendis, ISBN-978-85-7728-073-5, São Paulo, SP, 2008, VI; 37: 422 – 440.
3. Alvarenga IM, Cruz GMG, Chamone BC, Constantino JRM, Andrade MMA, Gomes DMBM. Como o Coloproctologista Brasileiro Vê o PPH. In: Cruz GMG, Doença Hemorroidária, Ed. Yendis, ISBN-978-85-7728-073-5, São Paulo, SP, 2008, VI; 42: 528 – 535.

Endereço para correspondência:

Rua Rio de Janeiro, 2017, ap. 1401
Lourdes, Belo Horizonte (MG)
CEP: 30160-042