



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

TRABALHO FINAL DO 6º ANO MÉDICO COM VISTA À ATRIBUIÇÃO DO GRAU DE MESTRE NO ÂMBITO DO CICLO DE ESTUDOS DE MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

HENRIQUE JOÃO DE MIRANDA LEMOS DONATO BENTO

QUALIDADE DE VIDA NOS DOENTES COM ACALÁSIA

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE GASTROENTEROLOGIA

TRABALHO REALIZADO SOB A ORIENTAÇÃO DE:

PROF. DOUTOR JOSÉ MANUEL ROMÃOZINHO

DR. PAULO SOUTO

MARÇO / 2011

Qualidade de Vida nos Doentes com Acalásia

Henrique João de Miranda Lemos Donato Bento

Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal

e-mail: donato.henrique@gmail.com

Resumo

Introdução: A acalásia é um raro distúrbio esofágico com impacto significativo na qualidade de vida dos doentes.

Objectivos: Analisar uma amostra de novos casos de acalásia, avaliando a evolução do quadro clínico e da qualidade de vida com o tratamento, bem como a relação entre remissão clínica e qualidade de vida.

Metodologia: Numa amostra de novos casos de acalásia, foram analisados dados demográficos, clínicos e a qualidade de vida, antes e após tratamento. Utilizaram-se a escala sintomática de Eckardt, questionário de qualidade de vida específico para acalásia (questionário de Urbach) e questionário SF-36.

Resultados: Dezoito doentes efectuaram tratamento, 33,3% eram homens, sendo a média de idades de 46,5 anos ($\pm 18,42$) e a mediana do tempo de atraso de diagnóstico 2,4 anos. Foram classificados como acalásia vigorosa 33,3% dos casos. Previamente ao tratamento, 94,4% dos doentes apresentavam disfagia frequente, 55,6% regurgitação frequente, 38,9% dor retroesternal frequente, 33,3% perda ponderal importante. A mediana na escala de Eckardt era 6,5; no questionário de Urbach 57 e nas escalas do SF-36: 87,5 na função física; 100 no desempenho físico; 46,5 na dor corporal; 46 na saúde geral; 40 na vitalidade; 50 na função social; 67 no desempenho emocional; 40 na saúde mental. Após o tratamento, 38,9% apresentavam disfagia frequente, 1 doente regurgitação frequente, 11,1% dor retroesternal frequente, nenhum doente perda ponderal importante. A mediana na escala de Eckardt era 2; no questionário de Urbach 33 e nas escalas do SF-36: 95 na função física; 100 no desempenho físico; 73 na dor corporal; 58,5 na saúde geral; 67,5 na vitalidade; 81,5 na função social; 100 no desempenho emocional; 74 na saúde mental. Verificou-se uma melhoria significativa na

escala de Eckardt, no questionário de Urbach e nas escalas do SF-36 ($p < 0,05$), exceptuando, neste último caso, o desempenho físico e emocional. A remissão clínica foi detectada em 61,1% dos doentes, com valor mediano no questionário de Urbach de 23, enquanto os que não estavam em remissão apresentavam o valor de 52. Neste último grupo, não se observou melhoria significativa da qualidade de vida com o tratamento.

Conclusões: O tratamento da acalásia tem impacto positivo tanto na sintomatologia como na qualidade de vida dos doentes. Uma boa qualidade de vida é geralmente alcançada. A qualidade de vida, avaliada pelo questionário de Urbach, correlaciona-se bem com a gravidade sintomática.

Palavras-chave

Acalásia; Qualidade de vida; Questionários; Resultado de tratamento; Remissão clínica.

Abstract

Introduction: Achalasia is a rare disorder of the esophagus with significant impact on the patients' quality of life.

Objectives: To examine a sample of new cases of achalasia, assessing changes in clinical presentation and quality of life with treatment, as well as the relation between clinical remission and quality of life.

Methods: Demographic, clinical and quality of life factors were examined, before and after treatment, in a sample of new cases of achalasia. Eckardt symptom score, achalasia specific quality of life questionnaire (Urbach questionnaire) and SF-36 were used.

Results: Eighteen patients received treatment, 33,3% of which were men. Mean age was 46,5 years ($\pm 18,42$), median delay of diagnosis was 2,4 years. Vigorous achalasia was detected in 33,3% of cases. Before treatment, 94,4% of patients had frequent dysphagia, 55,6% frequent regurgitation, 38,9% frequent retrosternal pain and 33,3% significant weight loss. Median Eckardt score was 6,5; median Urbach questionnaire score was 57. Median scores in SF-36 scales were: physical function – 87,5; role-physical – 100; bodily pain – 46,5; general health – 46; vitality – 40; social function – 50; role-emotional – 67; mental health – 40. After treatment, 38,9% had frequent dysphagia, one patient had frequent regurgitation, 11,1% had frequent retrosternal pain. No patient had significant weight loss. Median Eckardt score was 2; median Urbach questionnaire score was 33. Median scores in SF-36 scales were: physical function – 95; role-physical – 100; bodily pain – 73; general health – 58,5; vitality – 67,5; social function – 81,5; role-emotional – 100; mental health – 74. A significant improvement was observed in the Eckardt score, the Urbach questionnaire score and in the SF-36 scales ($p < 0,05$). Exceptions in this last case were role-physical and role-emotional. Clinical remission

was observed in 61,1% of patients, with a median Urbach score of 23. Patients not in remission had a median Urbach score of 52. These patients didn't show improvement in quality of life with treatment.

Conclusions: Treatment has a positive impact on both patients' symptoms and quality of life. In general, a good quality of life is achieved. Quality of life, evaluated by the Urbach questionnaire, correlates well with symptom severity.

Introdução

A acalásia é um raro distúrbio motor primário do esófago, com uma incidência anual estimada de 1 em 100.000.¹ Resulta de um processo neurodegenerativo, que conduz a aperistalse e incompleto relaxamento do esfíncter esofágico inferior (EEI) com a deglutição. Tais alterações são responsáveis pelo quadro clínico de disfagia para sólidos e líquidos, perda ponderal, regurgitação, dor torácica e pirose.^{2,3} A progressão destes sintomas é geralmente indolente, levando a adaptações graduais que limitam a vida social.²

Para o diagnóstico de acalásia são geralmente realizados trânsito esofágico baritado, endoscopia digestiva alta (EDA) e manometria esofágica. O primeiro revela alterações sobretudo em formas mais avançadas. A EDA é geralmente realizada para exclusão diagnóstica. A manometria esofágica é o “gold standard” para o diagnóstico de acalásia. Na apresentação clássica são características a aperistalse, hipertensão do EEI e relaxamento incompleto deste com a deglutição.² No entanto, existem doentes em que o peristaltismo esofágico está aumentado, a acalásia vigorosa.³

Nenhum tratamento consegue reverter ou impedir a degeneração neuronal. O objectivo daquele é reduzir a pressão do EEI, de modo a permitir a progressão dos alimentos.⁴ Relativamente às opções terapêuticas, a farmacológica é claramente limitada e a injeção endoscópica de toxina botulínica está associada a uma recorrência sintomática extremamente alta após dois anos.⁵ A dilatação pneumática endoscópica e a miotomia de Heller combinada com procedimento anti-refluxo, por via laparoscópica, permanecem como as duas opções de tratamento mais eficazes.⁶

É importante avaliar o impacto do tratamento nos sintomas crónicos e na qualidade de vida, pelo facto dele ser dirigido à palição das queixas, que permanecem residualmente na maioria

dos doentes tratados.^{7,8} A eficácia clínica das modalidades de tratamento diminui com o decorrer do tempo, realçando a importância do seguimento.⁶

Métodos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde são frequentemente utilizados para analisar o efeito de tratamentos,^{9,10} tendo os específicos por patologias recebido muito interesse nos últimos 20 anos.¹⁰ No entanto, no que respeita a acalásia, a informação publicada sobre a frequência pós-tratamento de sintomas tem sido limitada.¹¹ O efeito do tratamento na qualidade de vida só recentemente tem sido avaliado, assim como a relação da remissão clínica com a recuperação da qualidade de vida.^{11,12}

O sucesso dos tratamentos tem sido determinado subjectivamente pelo grau de satisfação dos doentes, que não se correlaciona bem com a gravidade sintomática. Eckardt et al promoveram um método de avaliação sintomática na acalásia,¹³ no qual os parâmetros considerados são a frequência de disfagia, regurgitação e dor retroesternal, bem como o grau de perda ponderal.

O SF-36 é uma medida genérica de saúde desenvolvida pelo *Medical Outcomes Study*, nos anos 80. Contém 36 itens, cobrindo oito dimensões do estado de saúde: função física, desempenho físico, dor corporal, saúde em geral, vitalidade, função social, desempenho emocional e saúde mental. Existe uma versão traduzida e validada para a população portuguesa.¹⁴

Urbach et al desenvolveram e validaram um questionário de qualidade de vida específico para acalásia, que avalia a tolerância alimentar, modificações do comportamento relacionadas com disfagia, dor, pirose, sofrimento, limitações ao estilo de vida e grau de satisfação.¹⁵ Foi também utilizado com sucesso na população holandesa.¹⁰

Este estudo propôs-se: analisar a prevalência dos sintomas associados à acalásia; avaliar a evolução sintomática e da qualidade de vida com o tratamento; comparar a qualidade de vida

da acalásia com a de outras situações crónicas, referenciadas na literatura; avaliar a relação da remissão clínica com a qualidade de vida.

Materiais e métodos

Materiais

O estudo incidiu sobre 25 novos casos de acalásia do Serviço de Gastrenterologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), recrutados de Novembro de 2009 a Fevereiro de 2011. Foi confirmada a presença de acalásia por manometria esofágica, realizada por um gastrenterologista experiente, cumprindo os actuais critérios de diagnóstico.

Foi efectuada uma análise prospectiva, sem interferência na evolução clínica e na qualidade de vida dos doentes após tratamento. No momento de diagnóstico, por ocasião do exame manométrico, procedeu-se à recolha de dados, através de entrevista presencial com o doente, para avaliação clínica e da qualidade de vida. Posteriormente, num período de tempo de um mês até um ano pós-terapia, foi efectuada segunda avaliação clínica e da qualidade de vida. Esta segunda avaliação foi efectuada presencialmente ou por telefone.

No entanto, só 18 dos iniciais 25 doentes realizaram tratamento, e portanto, cumpriram a avaliação pós-terapêutica.

Métodos

Para a recolha de dados de cada doente foi preenchida uma folha de identificação, que incluía dados demográficos, data de início dos sintomas, evolução ponderal, história familiar, datas e resultados de exames complementares.

Para a avaliação clínica, antes e após o tratamento, foi utilizada a escala de gravidade sintomática desenvolvida por Eckardt et al.¹³ Este score atribui uma pontuação de 0 a 3, consoante a frequência dos sintomas disfagia, regurgitação e dor retroesternal (não presente, ocasional, diária, todas as refeições) ou o grau de perda ponderal (não presente, < 5 kg, 5-10 kg, > 10 kg).¹⁶ Através da soma dos valores numéricos é obtida uma escala de 0 a 12, convertida em estádios (0 a III), correspondendo os estádios 0 e I (pontuação < 4) a remissão clínica. Os estádios II e III (≥ 4) são considerados reveladores de insucesso terapêutico.¹³

Relativamente à medição da qualidade de vida de cada doente, antes e após a terapêutica, esta foi realizada, a nível do estado de saúde em geral, com o questionário SF-36, validado para a população portuguesa.¹⁴ Os dados em bruto, provenientes da codificação das respostas, são transformados numa pontuação de 0 a 100, para cada uma das 8 escalas que compõem este questionário. Uma pontuação maior equivale a uma melhor qualidade de vida.

A aferição da qualidade de vida foi também efectuada a nível específico da acalásia, através de uma versão traduzida do questionário criado por Urbach et al.¹⁵ A tradução para português foi efectuada por três pessoas com conhecimento da língua inglesa, sendo utilizada uma versão de consenso. A pontuação total (mínimo 10, máximo 31) é calculada através da soma dos valores numéricos obtidos em cada um dos 10 parâmetros, sendo depois convertida numa escala de 0 a 100. Uma pontuação menor corresponde a uma melhor qualidade de vida.

Análise

Os dados são apresentados como médias e desvios padrão ou como medianas e limites mínimo e máximo. Para cada indivíduo, foi determinado o tempo de atraso diagnóstico,

definido como o período de tempo decorrido entre o início dos sintomas e o diagnóstico de acalásia por manometria esofágica.

Em relação à escala de Eckardt, para cada doente foi calculada, antes e após tratamento, a pontuação e estágio correspondente. Foi também especificada a prevalência de sintomas frequentes, isto é, disfagia, regurgitação ou dor retroesternal diárias (pontuação de 2 nestes parâmetros) ou a todas as refeições (pontuação de 3). Foi ainda determinada a prevalência de perda ponderal importante (definida como superior a 5 kg em relação ao peso habitual), correspondendo a uma pontuação de 2 (perda de 5-10 kg) ou 3 (>10 kg) neste parâmetro.

Em relação à avaliação da qualidade de vida, foram calculadas as pontuações nos dois questionários, anteriormente referidos, antes e após a terapêutica.

Foi ainda aferido o efeito da remissão clínica (definida pela escala de Eckardt como uma pontuação inferior a 4) na qualidade de vida após tratamento.

Na comparação entre as duas medições, antes e após terapêutica, foi utilizado o teste de pares emparelhados de Wilcoxon.

Resultados

Caracterização da amostra

A amostra inicial consistiu em 25 novos casos de acalásia, 18 dos quais (72,0%) realizaram tratamento. Todos os elementos que realizaram tratamento efectuaram a segunda avaliação após terapêutica.

Foram analisados os 18 casos que cumpriram as duas avaliações do estudo, antes e após terapêutica. Destes, 6 (33,3%) eram do sexo masculino (Fig. 1) e a média de idades era de 46,5 anos ($\pm 18,42$). Para o tempo de atraso de diagnóstico foi determinada a mediana, 868,5 dias, correspondendo aproximadamente a 2,4 anos. Os limites mínimo e máximo foram 110 dias e 15 anos (5451 dias), respectivamente.

Todos os doentes foram diagnosticados por exame manométrico, apresentando 13 doentes (72,2%) pressurização do corpo esofágico. Seis doentes (33,3%) foram classificados como sofrendo de acalásia vigorosa e 12 (66,6%) catalogados como acalásia clássica (Fig. 2).

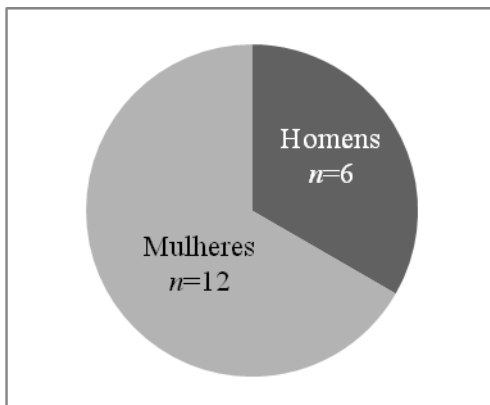


Fig. 1. Distribuição por sexo

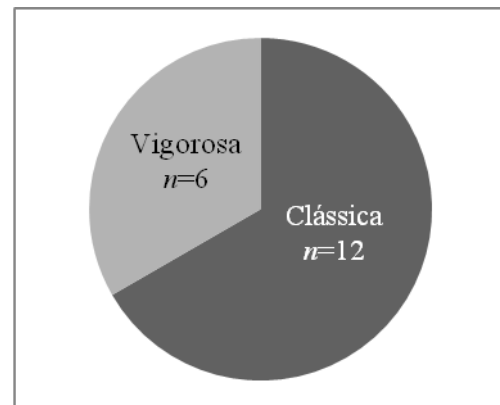


Fig. 2. Classificação manométrica de acalásia

Avaliação pré-tratamento

A Tabela I apresenta a distribuição pelos estádios clínicos classificados pela escala de Eckardt. A mediana da classificação pré-tratamento foi de 6,5 em 12 (mínimo:3; máximo:11), correspondendo ao estágio III.

Determinou-se a prevalência pré-tratamento de sintomas frequentes. Deste modo, 17 doentes (94,4%) tinham disfagia frequente, 10 (55,6%) tinham regurgitação frequente e 7 doentes

(38,9%) referiam dor retroesternal frequente. Seis doentes (33,3%) apresentavam uma perda ponderal importante, por altura do diagnóstico.

Tabela I – Distribuição pelos estádios clínicos da escala de Eckardt, antes e após tratamento.

Número de doentes	Estádio 0	Estádio I	Estádio II	Estádio III
Pré-tratamento	0	1	8 (44,4%)	9 (50,0%)
Pós-tratamento	8 (44,4%)	3 (16,7%)	6 (33,3%)	1

As pontuações 0 e 1 correspondem ao estágio 0; 2 e 3 ao estágio I; 4 a 6 ao estágio II e maior que 6 ao estágio III¹³

Em relação à qualidade de vida antes do tratamento, a mediana da pontuação no questionário específico para a acalásia foi de 57 (mínimo:33; máximo:86), numa escala de 0 a 100 (Fig. 3.).

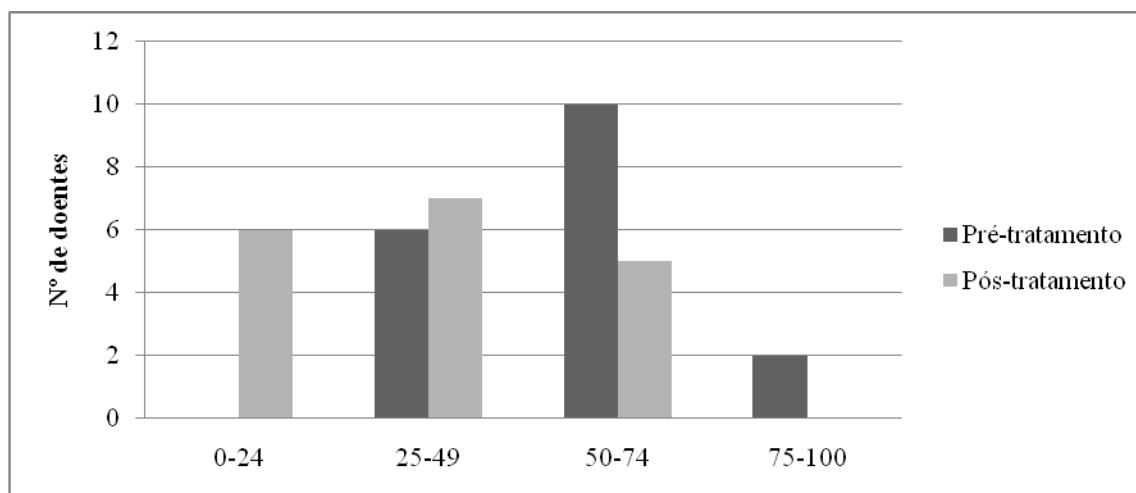


Fig. 3. Distribuição da pontuação no questionário de Urbach, antes e após tratamento

As medianas das pontuações nas 8 escalas do questionário de estado saúde geral SF-36 foram as seguintes: 87,5 na função física (mínimo:5; máximo:100) (Fig. 4.); 100 no desempenho

físico (mínimo:0; máximo:100) (Fig. 5.); 46,5 na dor corporal (mínimo:22; máximo:100) (Fig. 6.); 46 na saúde geral (mínimo:10; máximo:77) (Fig. 7.); 40 na vitalidade (mínimo:25; máximo:80) (Fig. 8.); 50 na função social (mínimo:13; máximo:100) (Fig. 9.); 67 no desempenho emocional (mínimo:0; máximo:100) (Fig. 10.); 40 na saúde mental (mínimo:36; máximo:96) (Fig. 11.).

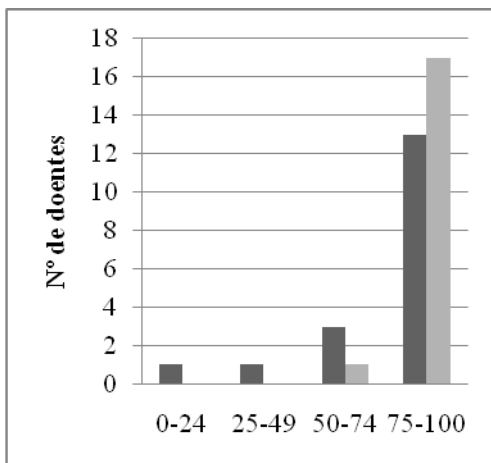


Fig. 4. Distribuição da pontuação na função física

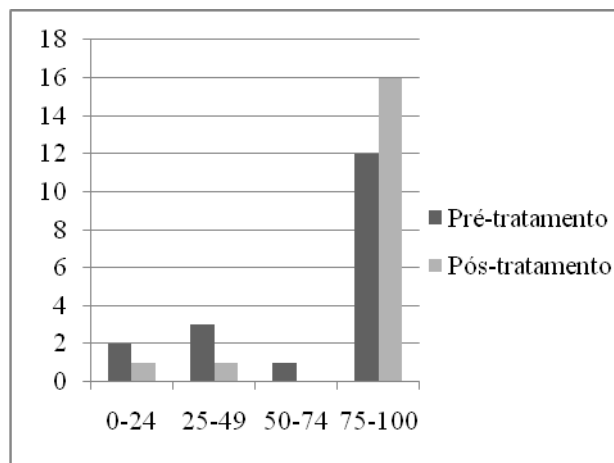


Fig. 5. Distribuição da pontuação no desempenho físico

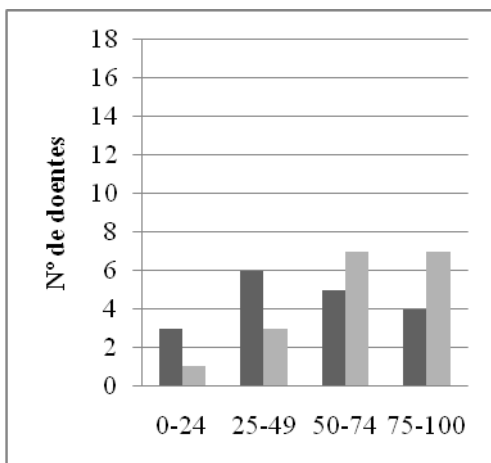


Fig. 6. Distribuição da pontuação na dor corporal

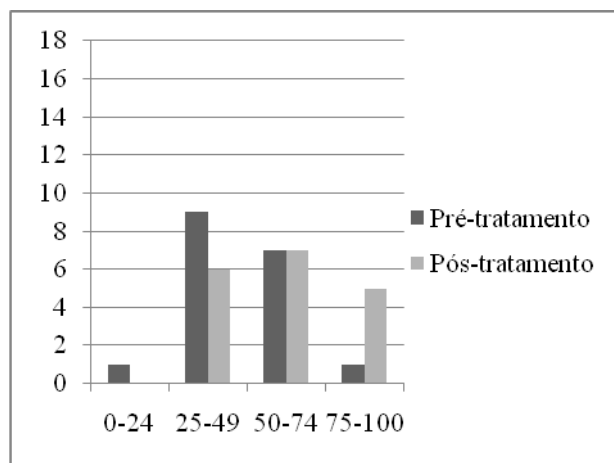


Fig. 7. Distribuição da pontuação na saúde geral

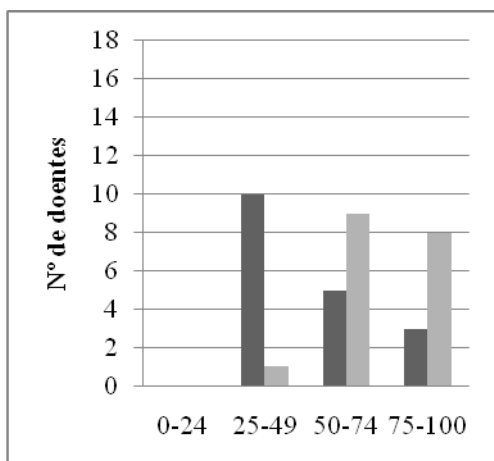


Fig. 8. Distribuição da pontuação na vitalidade

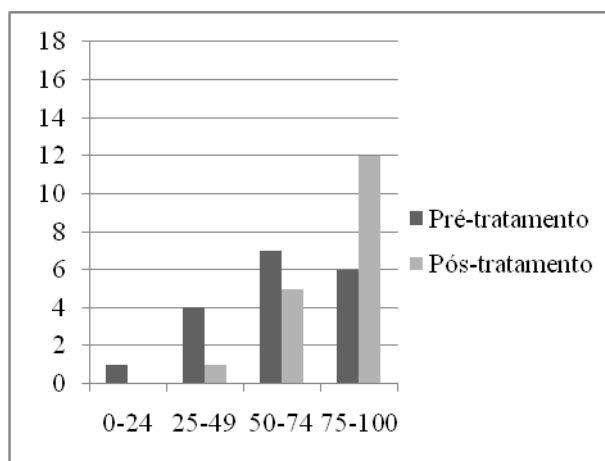


Fig. 9. Distribuição da pontuação na função social

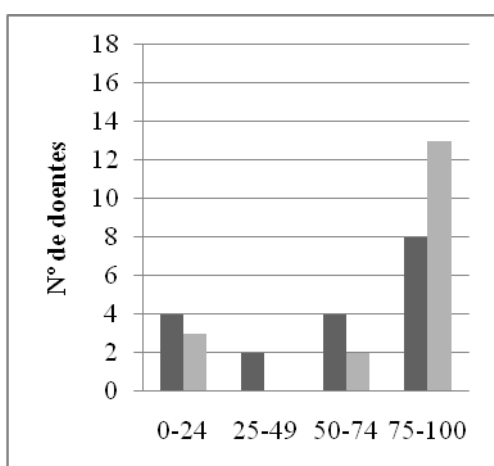


Fig. 10. Distribuição da pontuação no desempenho emocional

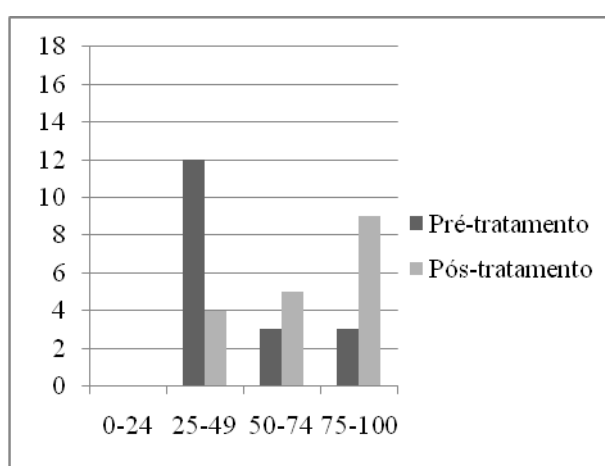


Fig. 11. Distribuição da pontuação na saúde mental

Na Tabela II, podem ser comparados os valores pré e pós-tratamento das 8 escalas do questionário SF-36 em doentes com acalásia, com os valores normais da população portuguesa¹⁷ e com valores médios de outras patologias.^{8,18,19}

Em relação à população normal, verificou-se que os parâmetros mais afectados nestes doentes são dor corporal, saúde geral, vitalidade, função social e saúde mental. Em relação a outras patologias crónicas, os mesmos itens revelaram-se mais atingidos, excepto a saúde geral.

Tabela II - Comparação da qualidade de vida em relação ao estado geral de saúde, medida pelo questionário SF-36

Escala do SF-36	Acalásia pré-tratamento	Acalásia pós-tratamento	População normal portuguesa ¹⁷	DRGE ⁸	IRC em hemodiálise ¹⁸	DPOC pré-tratamento ¹⁹
FF	87,5	95,0	75,27	79,7	81,6	68,9
DF	100	100	71,21	71,6	68,0	48,8
DC	46,5	73,0	63,34	58,1	70,2	73,4
SG	46,0	58,5	55,83	67,7	51,0	46,9
VT	40,0	67,5	58,43	57,4	59,2	61,0
FS	50,0	81,5	74,95	79,1	74,5	74,3
DE	67,0	100	73,56	77,8	74,6	54,9
SM	40,0	74,0	64,04	71,2	68,5	68,8

DRGE – doença do refluxo gastro-esofágico, IRC – insuficiência renal crónica, DPOC – doença pulmonar obstrutiva crónica, FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, SG – saúde geral, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

Avaliação pós-tratamento

A Fig. 12. apresenta os tratamentos efectuados pelos 18 doentes. Na totalidade, foram efectuados 21 tratamentos, 10 cirúrgicos e 11 endoscópicos. Três doentes receberam tratamento cirúrgico após insucesso inicial do tratamento endoscópico.

A distribuição pelos estádios clínicos, segundo a escala de Eckardt, é apresentada na Tabela I. Conclui-se que 11 doentes (61,1%) se encontram em remissão clínica. O valor mediano após terapia foi de 2 em 12 (mínimo:0; máximo:7), correspondendo ao estágio I. Foi constatada uma diminuição estatisticamente significativa da pontuação na escala de Eckardt com o tratamento, correspondendo a uma melhoria do estado clínico (Tabela III).

Quanto à prevalência pós-tratamento de sintomas frequentes, constatou-se que dos 18 doentes tratados 7 (38,9%) apresentavam disfagia frequente, 1 doente apresentava regurgitação

frequente e 2 doentes (11,1%) apresentavam dor retroesternal frequente. Nenhum doente mantinha perda de peso importante, após a terapêutica. De referir ainda que somente 5 doentes (27,8%) se apresentavam livres de sintomas, após a terapêutica.

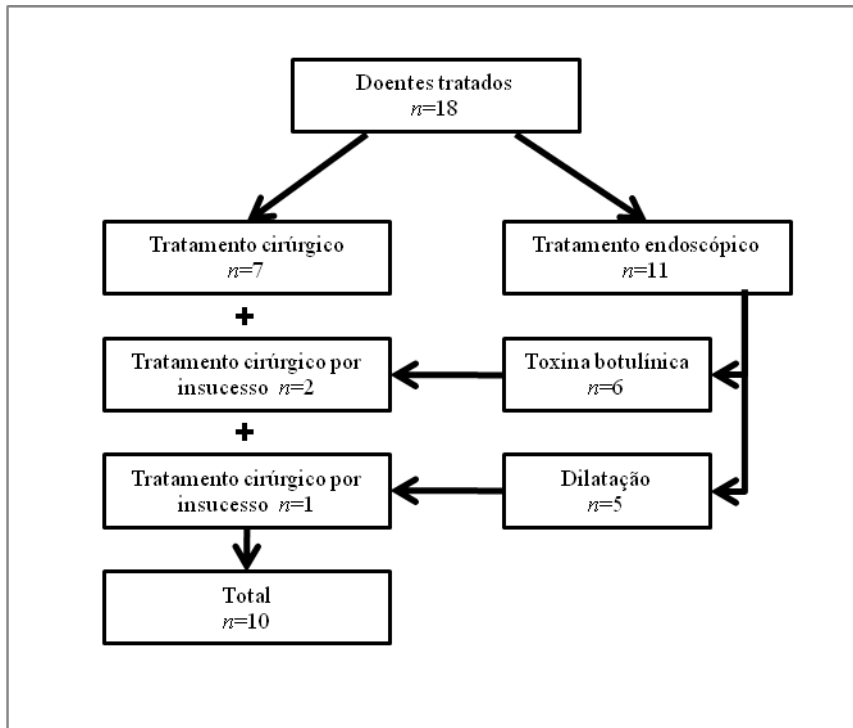


Fig.12. Algoritmo dos tratamentos efectuados

Na avaliação da qualidade de vida pós-tratamento, a pontuação mediana no questionário de Urbach foi 33 (mínimo:0; máximo:73), na escala de 0 a 100 (Fig. 3.). Verificou-se uma redução estatisticamente significativa na pontuação deste questionário em relação à pontuação antes da terapêutica (Tabela III), correspondendo a uma melhoria na qualidade de vida. Os doentes em remissão clínica apresentaram pontuação mediana inferior (23; mínimo:0; máximo:43) aos doentes em que se verificou insucesso terapêutico (52; mínimo:40; máximo:73).

A respeito do questionário de estado de saúde geral SF-36, o valor mediano da pontuação em cada escala foi a seguinte: 95 na função física (mínimo:70; máximo:100) (Fig. 4.); 100 no desempenho físico (mínimo:0; máximo:100) (Fig. 5.); 73 na dor corporal (mínimo:20; máximo:100) (Fig. 6.); 58,5 na saúde geral (mínimo:32; máximo:95) (Fig. 7.); 67,5 na vitalidade (mínimo:35; máximo:90) (Fig. 8.); 81,5 na função social (mínimo:38; máximo:100) (Fig. 9.); 100 no desempenho emocional (mínimo:0; máximo:100) (Fig. 10.); 74 na saúde mental (mínimo:30; máximo:92) (Fig. 11.).

Tabela III – Relação dos indicadores da gravidade clínica e da qualidade de vida, antes e após tratamento, pelo teste de Wilcoxon.

Indicadores	Mediana pré-T	Mediana pós-T	Ordens (negativas/positivas/empates)	Z	p
Eckardt pré-T / pós-T	6,5	2	17 / 0 / 1	-3,633	0,000
Urbach pré-T / pós-T	57	33	16 / 2 / 0	-3,507	0,000
FF pré-T / pós-T	87,5	95	3 / 12 / 0	-2,195	0,028
DF pré-T / pós-T	100	100	1 / 5 / 12	-1,807	0,071
DC pré-T / pós-T	46,5	73	4 / 12 / 2	-2,045	0,041
SG pré-T / pós-T	46	58,5	3 / 13 / 2	-2,743	0,006
VT pré-T / pós-T	40	67,5	1 / 17 / 0	-3,448	0,001
FS pré-T / pós-T	50	81,5	3 / 11 / 4	-2,394	0,017
DE pré-T / pós-T	67	100	2 / 7 / 9	-1,508	0,132
SM pré-T / pós-T	40	74	5 / 13 / 0	-2,291	0,022

pré-T – pré-tratamento, pós-T – pós-tratamento, FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, SG – saúde em geral, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

Verificou-se uma melhoria estatisticamente significativa em 6 das 8 escalas do SF-36, em relação à avaliação antes da terapia, correspondendo a um impacto positivo do tratamento na qualidade de vida. As exceções foram as escalas desempenho físico e desempenho

emocional, em que a melhoria não foi estatisticamente significativa. As escalas em que a pontuação mais aumentou após tratamento, foram vitalidade, saúde em geral, função social e saúde mental, precisamente as mais afectadas antes do tratamento. A escala dor corporal, também uma das mais afectadas antes tratamento, mostrou um aumento menor (Tabela III). Constatou-se que em todas as escalas a pontuação pós-tratamento foi superior à da população normal portuguesa (Tabela II).

Verificou-se que em doentes classificados pela escala de Eckardt como insucesso terapêutico, somente as escalas desempenho físico, vitalidade e função social, do questionário SF-36, apresentaram melhorias estatisticamente significativas (Tabela IV). Por outro lado, doentes classificados em remissão clínica, demonstraram melhoria estatisticamente significativa no questionário de Urbach e nas escalas dor corporal, saúde em geral e vitalidade.

Tabela IV – Relação dos indicadores de qualidade de vida, antes e após tratamento, pelo teste de Wilcoxon, em doentes em remissão clínica e insucesso terapêutico.

Indicadores	Remissão clínica		Insucesso terapêutico	
	Z	p	Z	p
Urbach pré-T / pós-T	-2,936	0,003	-1,521	0,128
FF pré-T / pós-T	-1,842	0,065	-1,214	0,225
DF pré-T / pós-T	-1,000	0,317	-2,041	0,041
DC pré-T / pós-T	-2,549	0,011	-0,423	0,672
SG pré-T / pós-T	-2,395	0,017	-1,156	0,248
VT pré-T / pós-T	-2,629	0,009	-2,375	0,018
FS pré-T / pós-T	-1,362	0,173	-2,117	0,034
DE pré-T / pós-T	-0,272	0,785	-1,807	0,071
SM pré-T / pós-T	-1,426	0,154	-1,859	0,063

pré-T – pré-tratamento, pós-T – pós-tratamento, FF – função física, DF – desempenho físico, DC – dor corporal, SG – saúde em geral, VT – vitalidade, FS – função social, DE – desempenho emocional, SM – saúde mental

Discussão

Caracterização da amostra

A acalásia é uma doença rara, com uma incidência anual de 1 em 100.000,¹ o que dificulta a realização de estudos com número mais significativo de doentes.² O número de casos estudados ($n=18$) é uma limitação deste estudo, embora, todos eles sejam novos casos, avaliados prospectivamente, antes e após terapêutica. Todos os novos casos tratados foram avaliados. Os casos não tratados ($n=7$) não foram comparativamente analisados com os 18 que receberam tratamento. Isto porque constituem um grupo heterogêneo, incluindo doentes que rejeitaram tratamento e outros que aguardavam ainda tratamento.

Foi constatado, primeiramente, que a idade média de apresentação (46,5 anos) está de acordo com os dados da literatura.³ O tempo de atraso diagnóstico (2,4 anos) é semelhante ao publicado,¹³ embora outros estudos relatem um período superior.³ Foram identificados, no entanto, valores limite muito superiores (15 anos). Esta variação pode dever-se à difícil precisão, pelos doentes, do início da sintomatologia, já que a acalásia tem uma evolução geralmente indolente.² Verificou-se, também, que o número de casos de acalásia vigorosa (33,3%) é semelhante ao descrito na literatura.^{20,21}

Avaliação pré-tratamento

Em relação à avaliação clínica pela escala de Eckardt, o valor mediano obtido de 6,5 pré-tratamento está de acordo com informação publicada,¹⁶ embora Eckardt et al refiram um valor médio de 7,9.¹³ Todos classificam a maioria dos doentes antes da realização da terapêutica no estágio III.

Observou-se que a prevalência de disfagia frequente (94,4%), em doentes com acalásia, é semelhante à descrita.² A prevalência de regurgitação (55,6%) e dor retroesternal (38,9%) frequentes, assim como da perda ponderal importante (33,3%), estão também de acordo com a informação publicada, que descreve estes sintomas como presentes em até 60% dos casos.^{2,3}

Estes dados demonstram como a grande maioria dos doentes com acalásia se apresentam severamente sintomáticos. No entanto, dada a progressão indolente desta patologia, os doentes vão-se adaptando a sintomas cada vez mais intensos. Tal reforça a importância da avaliação da gravidade sintomática por escalas, sendo a de Eckardt a mais útil neste particular, ao servir de orientação para a decisão terapêutica.¹⁶

Relativamente à análise da qualidade de vida antes do tratamento, o valor obtido pelo questionário específico para acalásia desenvolvido por Urbach et al (57 em 100), foi semelhante ao descrito na literatura.⁹ Verificou-se também que a pontuação da maioria dos doentes se situa entre 50 e 74 (Fig. 3.). Tal confirma a noção de que os doentes com acalásia têm uma fraca qualidade de vida.¹⁵

De uma maneira geral, a pontuação nas escalas do questionário SF-36 foi inferior ao publicado para doentes com acalásia.⁸ Tal pode dever-se a diferentes concepções de saúde entre as populações, já que a população normal portuguesa apresenta valores inferiores à norte-americana.^{8,17}

O facto de vários parâmetros do questionário SF-36 estarem afectados, demonstra que a acalásia é uma doença multidimensional, perturbando vários aspectos do estado de saúde.⁹ A fraca pontuação na escala de função social reflecte a noção que a acalásia limita a vida social,^{2,8} sobretudo pela modificação dos hábitos alimentares.⁷ A fraca pontuação na escala de

saúde mental, de acordo com informação publicada,⁹ demonstra a dificuldade dos doentes em lidar com esta condição.

Verificou-se que os doentes com acalásia apresentam uma qualidade de vida pré-tratamento equivalente a patologias crónicas graves, como doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) ou insuficiência renal crónica grave (Tabela II). Quando comparada com doentes com doença do refluxo gastro-esofágico (DRGE),⁸ a qualidade de vida é francamente pior.

Surpreendentemente, os parâmetros função física e desempenho físico não são afectados. Embora não haja referência na literatura a pior classificação na escala função física,^{8,9,11} o mesmo não se passa com o desempenho físico, sendo relatado como uma das escalas de qualidade de vida mais afectadas.^{8,9} Esta pontuação pouco expectável, mesmo comparada com a população normal,¹⁷ pode dever-se ao facto de os valores apresentados neste estudo serem medianas, ou, ainda, à utilização da versão 1 do questionário SF-36. A versão 2, embora com resultados comparáveis à versão 1, demonstra maior precisão nas dimensões desempenho físico e emocional.²²

Avaliação pós-tratamento

Verificou-se que a redução da pontuação na escala de Eckardt está de acordo com o publicado.^{13,16} Concluiu-se que a maioria dos doentes (61,1%) se encontrava em remissão clínica. É demonstrado, portanto, que apesar de o tratamento ser paliativo,¹³ a melhoria sintomática é atingida na maioria dos casos.⁶ No entanto, só 27,8% dos doentes se apresentavam completamente assintomáticos. Tal reflecte o facto de o tratamento ser dirigido singularmente à redução da pressão no EEI,⁴ não tendo nenhum impacto no reestabelecimento da actividade contráctil do esófago,⁷ motivo pelo qual os doentes permanecem com alguns sintomas. Apesar disso, em geral, os doentes apresentam uma boa qualidade de vida, após

tratamento (Tabela II). Tal está de acordo com informação publicada,¹² considerando que a presença de sintomas ligeiros residuais não interfere significativamente com a qualidade de vida.

Quanto à prevalência pós-tratamento de sintomas frequentes associados à acalásia, como disfagia, regurgitação e dor torácica, verificou-se que esta é menor que o referido em estudos anteriores.^{11,12}

Casos de insucesso terapêutico mostram uma pontuação superior no questionário de Urbach, correspondendo a pior qualidade de vida, tal como esperado. O valor mediano obtido nestes casos é semelhante ao publicado.¹¹ Pelo contrário, a pontuação mediana após terapêutica, dos doentes em remissão, é inferior à informação publicada,¹¹ reflectindo uma melhor qualidade de vida.

Medidas de qualidade de vida específicas para a doença são úteis.¹⁰ Todavia, para melhor avaliar a qualidade de vida nos doentes com acalásia, é aconselhável a utilização conjunta de métodos específicos e métodos mais genéricos. Tal deve-se à natureza multidimensional da acalásia.⁹

A avaliação da qualidade de vida pós-tratamento, pelo questionário SF-36, demonstra valores semelhantes aos descritos na literatura.⁸ A pontuação mais reduzida na escala de saúde geral é a excepção, embora tenha pontuação análoga à população normal portuguesa.¹⁷ Após tratamento, os doentes alcançaram uma boa qualidade de vida, quando comparada com a média da população normal portuguesa,¹⁷ o que está de acordo com outras publicações.^{8,12} Melhoraram significativamente em 6 das 8 escalas. As excepções foram desempenho físico e desempenho emocional, em que a melhoria não foi estatisticamente significativa (Tabela III). Possíveis explicações para este facto foram já referidas.

As escalas mais afectadas antes do tratamento, foram aquelas que mais beneficiaram dele (Tabela III). A escala dor corporal melhorou significativamente, ainda que em menor grau que as outras. Tal facto pode estar relacionado com informação publicada,²³ que refere que a dor retroesternal, em particular, frequentemente persiste após o tratamento.

Conforme esperado, doentes que não se encontravam em remissão clínica, não apresentaram melhoria significativa da qualidade de vida, aferida pelo questionário de Urbach. Pelo contrário, foi observada uma melhoria significativa na qualidade de vida, medida por este questionário, nos doentes em remissão clínica. Fica portanto corroborado que o questionário de Urbach se correlaciona bem com escalas sintomáticas.⁹ Instrumentos de medição da qualidade de vida específicos para uma doença, como este, são muito úteis na comparação entre indivíduos com a mesma patologia.¹⁰ Quanto ao impacto da remissão clínica na qualidade de vida, medida pelo questionário SF-36, os efeitos nas várias escalas foram variáveis. Tal deve-se, provavelmente, à menor dimensão da amostra.

O período da segunda avaliação foi estabelecido desde um mês até um ano após o tratamento. Isto porque a eficácia clínica das diversas modalidades de tratamento diminui com o tempo.⁶ Com efeito, um ano após tratamento, 50 a 74% dos doentes submetidos a injeção de toxina botulínica experienciam recorrência sintomática. Na dilatação pneumática essa percentagem é de 30%.^{2,6} A miotomia cirúrgica proporciona alívio sintomático em 80 a 85% dos doentes aos 10 anos.² No entanto, tal pode ser considerado uma limitação deste estudo, já que é expectável uma deterioração ao longo do tempo, na remissão clínica e na qualidade de vida. Este facto pode explicar a razão dos resultados obtidos terem sido, em geral, melhores que os demonstrados por Frankhuisen et al.¹¹ Efectivamente, neste estudo, foram analisados doentes com um tempo mediano após o último tratamento de 4,6 anos,¹¹ tendo-se verificado uma taxa de remissão (55,1%) ligeiramente inferior à reportada no presente estudo (61,1%), mas alta

prevalência de sintomas associados à acalásia, relacionados com defeitos significativos na qualidade de vida.¹¹

O facto do período da segunda avaliação ter sido variável é outra limitação. Tal deveu-se a não ter sido estipulado de início uma data específica, ao difícil contacto em casos particulares e, também, ao facto de alguns doentes terem realizado tratamento noutra centro que não os HUC. Desta forma, houve 3 doentes que haviam já realizado dois tipos de tratamento quando foram avaliados pela segunda vez.

De maneira a melhorar as limitações deste estudo, perspectiva-se a sua continuação para permitir a inclusão de um número mais significativo de casos. A continuação do estudo permitirá também a avaliação sucessiva dos doentes, analisando a evolução da remissão clínica e da qualidade de vida com o decorrer do tempo. A estipulação de um período específico para a segunda avaliação, garantindo logo na entrevista inicial o contacto futuro com o doente, permitirá também melhorar a adesão a este estudo. A validação para a população portuguesa do questionário de qualidade de vida específico para acalásia, acrescentaria valor a futuros estudos sobre esta temática. É um instrumento de fácil utilização,¹⁰ que se correlaciona bem com escalas sintomáticas⁹ e moderadamente com o questionário SF-36.¹⁰

Em conclusão, foi constatado que o tratamento da acalásia tem impacto na redução da sintomatologia e na melhoria da qualidade de vida dos doentes, quer avaliada especificamente para a acalásia, quer avaliada em relação ao estado de saúde em geral. Após tratamento, os doentes atingiram, de uma maneira geral, uma boa qualidade de vida. Como era expectável, doentes que não se encontravam em remissão clínica não apresentaram melhoria significativa da qualidade de vida com o tratamento. Por último, a avaliação da qualidade de vida,

mediante a aplicação do questionário de Urbach, correlaciona-se bem com a gravidade sintomática.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Exmo. Senhor Prof. Doutor José Manuel Romãozinho, meu orientador, ao Exmo. Sr. Dr. Paulo Souto, meu co-orientador, ao Exmo. Senhor Prof. Doutor Vitor Rodrigues e ao Exmo. Senhor Prof. Doutor Pedro Ferreira, que autorizou a utilização da versão validada para a população portuguesa do SF-36. Gostaria também de agradecer ao Serviço de Gastrenterologia dos HUC, na pessoa do seu director Exmo. Senhor Prof. Doutor Carlos Sofia.

Bibliografia

1. Rosen MJ, Novitsky YW, Cobb WS, Kercher KW, Heniford BT. Laparoscopic Heller myotomy for achalasia in 101 patients: can successful symptomatic outcomes be predicted. *Surg Innov.* 2007; 14(3): 177-83.
2. Francis DL, Katzka DA. Francis DL, Katzka DA. Achalasia: update on the disease and its treatment. *Gastroenterology.* 2010;139(2):369-74.
3. Spechler SJ, Talley NJ, Ginsburg CH. Clinical manifestations and diagnosis of achalasia. *UpToDate.* 2009 [consultado em 13-01-2010]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
4. Spechler SJ, Talley NJ, Travis AC. Overview of the treatment of achalasia. *UpToDate.* 2009 [consultado em 13-01-2010]. Disponível em: <http://www.uptodate.com>
5. Reynoso JF, Tiwari MM, Tsang AW, Oleynikov D. Safety, efficacy, and cost-effectiveness of common laparoscopic procedures. *Surg Endosc.* 2010 Oct 7. [Epub ahead of print]
6. Moawad FJ, Wong RK. Modern management of achalasia. *Curr Opin Gastroenterol.* 2010;26(4):384-8.
7. Meshkinpour H, Haghighat P, Meshkinpour A. Quality of life among patients treated for achalasia. *Dig Dis Sci.* 1996;41(2):352-6.
8. Ben Meir A, Urbach DR, Khajanchee YS, Hansen PD, Swanstrom LL. Quality of life before and after laparoscopic Heller myotomy for achalasia. *Am J Surg.* 2001; 181: 471-4.

9. Harnish JL, Darling GE, Diamant NE, Kortan PP, Tomlinson GA, Deitel W, et al. Patient-centered measures for achalasia. *Surg Endosc.* 2008;22(5):1290-3.
10. Frankhuisen R, Heijkoop R, van Herwaarden MA, de Vries DR, Smout AJ, Baron A, et al. Validation of a disease-specific quality-of-life questionnaire in a large sample of Dutch achalasia patients. *Dis Esophagus.* 2008;21(6):544-50.
11. Frankhuisen R, Herwaarden MA, Heijkoop R, Smout AJ, Baron A, Vermeijden JR, et al. Persisting symptoms and decreased health-related quality-of-life in a cross-sectional study of treated achalasia patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2007;26:899-904.
12. Garrigues V, Ortiz V, Casanova C, Bujanda L, Moreno-Osset E, Rodríguez-Téllez M, et al. Disease-specific health-related quality of life in patients with esophageal achalasia before and after therapy. *Neurogastroenterol Motil.* 2010;22(7):739-45.
13. Eckardt VF, Aignherr C, Bernhard G. Predictors of outcome in patients with achalasia treated by pneumatic dilation. *Gastroenterology.* 1992;103:1732-8.
14. Ferreira PL. A mediação do estado de saúde: criação de versão portuguesa do MOS SF-36. Coimbra: Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra; 1998.
15. Urbach DR, Tomlinson GA, Harnish JL, Martino R, Diamant NE. A measure of disease-specific health-related quality of life for achalasia. *Am J Gastroenterol.* 2005; 100:1668-76.

16. Gockel I, Junginger T. The value of scoring achalasia: a comparison of current systems and the impact on treatment – the surgeon’s viewpoint. *Am J Surg.* 2007;73:327-31.
17. Ferreira PL, Santana P. Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa : contributo para a definição de normas portuguesas. *Qualidade Vida.* 2003; 21(2):15-30.
18. Fujisawa M, Ichikawa Y, Yoshiya K, Isotani S, Higuchi A, Nagano S, et al. Assessment of health-related quality of life in renal transplant and hemodialysis patients using the SF-36 health survey. *Urology.* 2000;56(2):201-6.
19. Sato S, Nishimura K, Tsukino M, Oga T, Hajiro T, Ikeda A, et al. Possible maximal change in the SF-36 of outpatients with chronic obstructive pulmonary disease and asthma. *J Asthma.* 2004;41(3):355-65.
20. Perretta S, Fisichella PM, Galvani C, Gorodner MV, Way LW, Patti MG. Achalasia and chest pain: effect of laparoscopic Heller myotomy. *J Gastrointest Surg.* 2003;7(5):595-8.
21. Goldenberg SP, Burrell M, Fette GG, Vos C, Traube M. Classic and vigorous achalasia: a comparison of manometric, radiographic, and clinical findings. *Gastroenterology.* 1991;101(3):743-8.
22. Taft C, Karlsson J, Sullivan M. Performance of the Swedish SF-36 version 2.0. *Qual Life Res.* 2004;13(1):251-6.
23. Eckardt VF, Stauf B, Bernhard G. Chest pain in achalasia: patient characteristics and clinical course. *Gastroenterology.* 1999; 116: 1300-4.

