

CIRURGIA PALIATIVA POR CARCINOMA DO ESTÔMAGO. Estudo Retrospectivo de 112 Casos Consecutivos

J.C. MENDES DE ALMEIDA, A. BETTENCOURT, C. SANTOS COSTA, J.M. MENDES DE ALMEIDA

Departamento de Cirurgia. Clínica Oncológica III. Instituto Português de Oncologia. Centro de Lisboa. Lisboa.

RESUMO

De Janeiro de 1980 a Outubro de 1991, a nossa equipe operou 112 doentes com carcinoma do estômago, em que a cirurgia foi considerada paliativa por critérios intra-operatórios, ou após análise das peças de ressecção. Foi encontrado tumor localmente avançado em 24,1% dos casos, metástases peritoneais em 21,4%, metástases hepáticas em 17%, metástases ganglionares em 16,1%, e metástases com outras localizações em 21,4%. A ressecção do tumor foi possível em 57 doentes (50,8%), sendo a taxa de mortalidade neste grupo de 10,5%, valor este estatisticamente semelhante ao observado nos doentes não ressecados (7%) $p=0,202$. A mediana de sobrevida desta série foi de 7 meses, sendo para o grupo de cirurgia sem ressecção de 4 meses, e para o grupo das ressecções de 18 meses ($p=6,480$ e $-0,7$). Os tumores localmente avançados tiveram uma melhor sobrevida do que as lesões com metástases conhecidas ($p=0,05$), não sendo no entanto observada diferença entre os doentes com metástases hepáticas ou peritoneais. Os doentes em estágio 3 e 4 tiveram prognósticos diferentes ($p+0,03$), e dentro de cada estágio o grupo submetido a ressecção teve maior sobrevida.

SUMMARY

Palliative surgery due to gastric carcinoma. Retrospective study of 112 consecutive cases

From January 1980 until October 1991 we operated 112 patients with Gastric cancer in which Surgery was considered palliative by intra-operative criteria or by pathological analysis of the resected specimen. Locally irresectable tumour was found in 24.1% of the cases, peritoneal metastases (mets.) in 21.4%, liver mets. in 17%, lymphatic mets. in 16.1%, and other mets. in 21.4%. Resections were possible in 57 patients (50.8%), with a mortality rate of 10.5%, which was similar to the mortality in the non-resection group (7%) $p=0.2$. Median survival for the entire group was 7 months, the non-resection group had a median survival of 4 months, and the resection group of 18 months ($p=6.480$ e -0.7). Locally advanced tumors had a better outcome than the metastatic group ($p=0.05$), but no difference was observed between patients with liver or peritoneal mets. Patients in stage 3 and 4 of the disease had a different prognosis ($p=0.03$), and the resection group within each stage fared better.

INTRODUÇÃO

A Cirurgia paliativa no carcinoma gástrico é determinada essencialmente por sintomas maior, e os critérios clínicos para estas intervenções são por vezes difíceis de estabelecer.

Em doentes portadores de doença incurável, a hemorragia e a obstrução pilórica são indicações operatórias comuns, estando bem demonstrada a palição oferecida por uma operação bem sucedida.

O papel de uma ressecção gástrica em doentes com um tumor localmente avançado, ou com metástases conhecidas é no entanto menos claro.

Neste estudo analisámos retrospectivamente 112 doentes operados, tentando estabelecer o papel das ressecções e da gastrectomia total na cirurgia paliativa.

MATERIAL E MÉTODOS

De Janeiro de 1980 a Outubro de 1991 a nossa equipe cirúrgica operou 272 doentes portadores de carcinoma do estômago. Deste estudo foram excluídos os tumores localizados no cárdia, porque estes doentes colocam problemas, e necessitam de soluções diferentes das utilizadas nos tumores do estômago com outras localizações.

Neste grupo de doentes foi realizada cirurgia paliativa em 112 casos (41%). Consideramos cirurgia paliativa a não ressecção, ou a ressecção incompleta do tumor macroscópico, e

ainda a detecção de lesão microscópica nas margens de ressecção.

Este grupo de doentes apresentou uma distribuição por sexos de 69 homens e 43 mulheres.

A mediana de idade foi de 63,7 anos, com um mínimo de 32, e um máximo de 88.

A localização dos tumores foi a seguinte: Antro 53 (47%); Corpo 24 (22%); Fundo 7 (6%); Coto 10 (9%); Indeterminada 18 (16%).

A cirurgia realizada é apresentada no Quadro 1.

QUADRO 1 — Operações/Morbilidade/Mortalidade

Operação	N.º	%	Morbilidade (%)	Mortalidade (%)
Sem ressecção	55	49,2	11	7
Gastroenterostomia	27	24,1	1,8	1,8
Jejunostomia	2	1,8	0	0
Lap. exploradora	26	23,3	9,2	5,2
Ressecção	57	50,8	19	10,5
Gastrect. sub-total	30	26,7	10	10
Gastrect. total	27	24,1	30	11

Em 19 casos foram associadas ressecções de outros órgãos, representando neste número 33,3% do total de ressecções e 16,9% de todo o grupo em estudo. Em 6 casos procedeu-se a uma ressecção hepática (5,4%), em 6 outros doentes realizou-se uma ressecção do cólon, e em 7 casos ressecções de outros órgãos (6,1%). O motivo destas ressecções associadas foi a tentativa de remoção de todo o tumor macroscopicamente detectável, ou a necessidade da sua realização para remover uma estrutura invadida no sentido de permitir a ressecção do estômago.

Foi registada morbilidade em 6 casos de cirurgia sem ressecção (11%), e em 11 doentes submetidos a gastrectomia (19%) (Quadro 2).

QUADRO 2 — Distribuição/Mediana de sobrevida

	Distribuição	Mediana sobrevida — Meses
Invasão local	27-24,1%	18
Metástases-total	85-75,9%	6
Metástases linfáticas -		
LYM (N3)	18-16,1%	6
Metástases hepáticas	19-17%	4
Metástases peritoneais	24-21,4%	4
Outras metástases	24-21,4%	12

As causas de morbilidade na cirurgia sem ressecção foram: Ascite persistente — 2 casos; Insuficiência cardíaca — 2 casos; Estase gástrica — 1 caso; Diarreia persistente — 1 caso.

Os doentes submetidos a uma gastrectomia sub-total tiveram uma taxa de morbilidade de 10% (3 casos), sendo as causas: Pneumonia — 1 caso; Insuficiência cardíaca — 1 caso; Reacção transfusional — 1 caso. O grupo de doentes submetidos a uma gastrectomia total teve uma taxa de morbilidade de 30% (8 casos), sendo as causas: Pneumonia — 2 casos; Embolia pulmonar — 2 casos; Fístula anastomótica — 2 casos; Insuficiência cardíaca — 1 caso; Infecção da ferida operatória — 1 caso.

De entre os casos com pós-operatório complicado faleceram 4 doentes do grupo de cirurgia sem ressecção (7%), e 6 doentes do grupo das ressecções (10,5%). No grupo de cirurgia sem ressecção as causas de morte foram: Caquexia maligna — 2 casos; Insuficiência cardíaca — 2 casos.

No grupo submetido a gastrectomia sub-total faleceram 3 doentes (10%), sendo as causas de morte: Pneumonia — 1 caso; Insuficiência cardíaca — 1 caso; Reacção transfusional — 1 caso. No grupo da gastrectomia total faleceram 3 doentes (11%), sendo as causas de morte: Complicações pulmonares — 2 casos; Fístula anastomótica — 1 caso.

Em 24,1% dos casos a cirurgia realizada foi paliativa devido à presença de tumor localmente avançado (definido pela presença de invasão de órgãos adjacentes, e/ou de margens de ressecção invadidas, e na ausência de metástases a distâncias conhecidas), e em 75,9% dos casos devido à presença de doença metastática (com ou sem invasão de órgãos adjacentes) (Quadro 2).

Os tumores foram classificados segundo o sistema TNM¹ (Quadro 3).

Em nenhum destes doentes foi usada qualquer forma de terapêutica adjuvante pré ou pós-operatória.

Foi possível obter catamnese em 96,4% dos doentes, sendo a mediana de *follow-up* de 7,5 meses.

As estimativas de sobrevida foram calculadas de acordo com o método de Kaplan-Meier², as comparações das curvas de sobrevida foram realizadas com o teste de Log-rank, e os dados tabulados foram analisados com o teste de Chi-2.

QUADRO 3 — Classificação TNM — Número de doentes (%)

TNM	0	1	2	3	4
T	—	—	1 (0,9)	41 (36,7)	70 (62,4)
N	6 (5,3)	14 (12,8)	36 (31,9)	56 (50)	—
Estádio	—	—	1 (0,9)	14 (12,7)	97 (86,4)

Mets LYM

Os níveis de significância estatística foram estabelecidos a 0,05.

RESULTADOS

Morbilidade pós-operatória major foi observada em 11% dos doentes submetidos a cirurgia sem ressecção, e em 19% dos casos de ressecção, não sendo esta diferença significativa ($\chi^2 - p > 0,05$). A mortalidade pós-operatória (hospitalar) foi de 7% no grupo sem ressecção, e de 10,5% no grupo das ressecções, valores também não significativamente diferentes ($\chi^2 - p = 0,202$) (Quadro 1).

A análise da morbilidade da gastrectomia sub-total versus gastrectomia total revelou uma diferença não significativa ($\chi^2 - p = 0,061$), sendo a mesma análise para a mortalidade reveladora de diferença também estatisticamente não significativa ($\chi^2 - p = 0,89$) (Quadro 1).

A mediana de sobrevida de todo o grupo de doentes estudado foi de 7 meses, e a estimativa de sobrevida a 1 ano de 29,6%, com um intervalo de confiança de Greenwood de 0,0619 (Fig. 1).

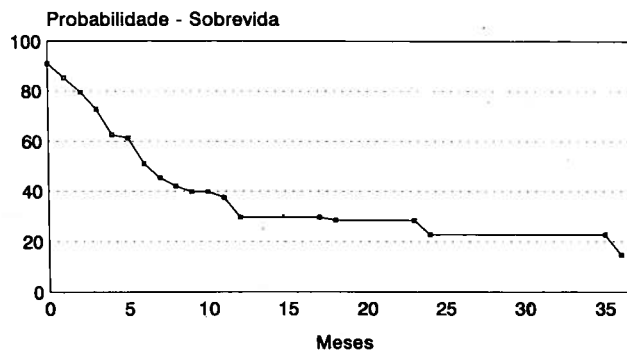


TABELA DE DADOS

Meses	Sobrevida — %
0	91
1	85,2
2	79,5
3	72,7
4	65,5
5	61,3
6	51,1
7	45,4
8	42
9	39,8
11	37,5
12	29,6
18	28,4
24	22,7
36	14,7

O grupo de cirurgia sem ressecção teve uma mediana de sobrevida de 4 meses, e o grupo das ressecções de 18 meses, sendo esta diferença valorizável (Log-rank. $p = 6,480 \times 10^{-7}$) (Fig. 2).

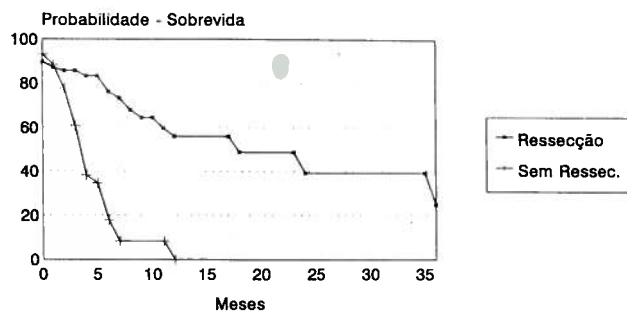


Fig. 2 — Sobrevida — ressecção v. sem ressecção.

TABELA DE DADOS

Meses	Ressecção sobrevida — %	Sem ressecção sobrevida — %
0	89,5	93
1	86,9	88,3
2	85,7	77,4
3	—	60,7
4	83,3	38,1
5	—	34,5
6	76,2	17,8
7	73,2	8,3
8	67,8	—
9	64,3	—
11	59,5	—
12	55,9	0
18	48,8	—
24	39,3	—
36	25	—

O grupo dos tumores localmente avançados teve uma mediana de sobrevida de 18 meses, e a comparação de sobrevida com o grupo com doença metastática atingiu uma diferença estatisticamente significativa (Log-rank. $p = 0,05$) (Quadro 2).

A comparação da sobrevida do grupo com tumor localmente avançado, com os grupos de doentes com metástases hepáticas ou peritoneais (mediana de sobrevida de 4 meses cada), atingiu níveis estatisticamente significativa (Log-rank. $p = 0,0013$) (Quadro 2).

Os doentes com neoplasia em estágio 3 e 4 (Quadro 4) tiveram uma diferença de sobrevida estatisticamente signifi-

QUADRO 4 — Sobrevida/Ressecção/Estádios

	Distribuição	Mediana de sobrevida-meses
Sem ressecção	55-49,2%	4
Ressecção	57-50,8%	18
Estádio 3 - total	14-12,7%	22
Estádio 3 - s/ ressecção	2- 1,8%	2
Estádio 3 - ressecção	12-10,7%	24
Estádio 4 - total	97-86,4%	6
Estádio 4 - s/ ressecção	53-47,3%	4
Estádio 4 - ressecção	44-39,3%	18

cativa (Log-rank. $p = 0,03$). Em cada estágio foi observada uma melhor sobrevida se o doente foi submetido a uma ressecção. No estágio 3 foi registada uma mediana de sobrevida de 24 meses se o doente foi ressecado (76,9% dos doentes vivos no último controle), e de 2 meses se não houve lugar a ressecção (Log-rank. $p = 0,001$). No estágio 4, as ressecções tiveram uma mediana de sobrevida de 18 meses, e o grupo da cirurgia sem ressecção de 4 meses (Log-rank. $p = 0,001$) (Quadro 4).

QUADRO 5 — Operações por estágio (número de doentes)

Estádio	Sem ressecção	Ressecção	Gastrectomia sub-total	Gastrectomia total
2	—	1	1	—
3	2	12	2	10
4	53	44	27	17

DISCUSSÃO

Esta série tem a distribuição habitual dos tumores do estômago, em que cerca de metade dos doentes tem uma lesão a nível do antro, e a sua classificação pelo sistema TNM revela um predomínio do estágio 4 quando comparada com outras séries de carcinoma gástrico avançado³⁻⁶.

O único caso de neoplasia em estágio 2, e submetido a uma ressecção considerada paliativa, deveu-se à invasão da margem distal de ressecção.

A nossa série tem uma taxa de ressecabilidade aceitável uma vez que só inclui tumores avançados, e apresenta taxas de morbilidade e mortalidade semelhantes às de outras séries publicadas^{3,4}.

A morbilidade e mortalidade registadas não foram significativamente diferentes entre os grupos da cirurgia sem ressecção, e as gastrectomias. Salientamos que a realização de uma gastrectomia sub-total ou total não alterou significativamente estas taxas. No entanto a diferença entre a taxa de morbilidade de cada uma destas operações aproximou-se da significância estatística. Estes dados são semelhantes aos apresentados por outros autores, com relevo para a extensa experiência norueguesa recentemente publicada^{3,4,6}.

Pensamos que, quando exequível a ressecção gástrica, e mesmo a gastrectomia total, podem ser realizadas neste grupo de doentes, sem um aumento significativo da mortalidade. Mesmo nos casos de tumores muito avançados em que se torna necessária uma remoção incompleta do tumor, pensamos que esta afirmação mantém a sua validade. Esta opinião é suportada por outros autores, como seja a experiência recentemente apresentada por Morson⁶.

A taxa de sobrevida desta série reflecte a fase avançada em que estes doentes se encontravam, mas quando comparamos o grupo submetido a uma ressecção, com os doentes em que tal não foi possível, os melhores resultados obtidos no primeiro caso são evidentes. Este achado é consistente com outras séries publicadas^{3,7-10}, existindo no entanto variações significativas de acordo com a distribuição por estádios dentro de cada uma destas. Se este facto traduz uma especificidade desta série, ela por outro lado representa uma experiência comum dos cirurgiões que trabalham nesta área, como é afirmado por Lawrence e McNeer que entendem que a esperança de vida do doente submetido a uma gastroenterostomia é muito semelhante à sobrevida dos doentes que tiveram somente uma laparotomia exploradora, ou que tinham tumores inoperáveis¹⁰.

Quando analisamos a sobrevida dos doentes com tumores localmente avançados (invasão de órgãos adjacentes), e sem

metástases identificáveis, obtemos uma diferença estatisticamente significativa em relação ao grupo com doença metastática. No entanto na nossa série não encontramos diferença de sobrevida entre os doentes com metástases hepáticas, e os doentes com metástases peritoneais como é sugerido por Koga¹¹. Os nossos doentes com metástases hepáticas ou peritoneais (com ou sem invasão de órgãos adjacentes) tiveram um prognóstico muito sombrio (mediana de 4 meses), e na nossa opinião o despiste destas lesões deve ser uma rotina.

A laparoscopia tem certamente um papel importante no diagnóstico das lesões peritoneais, que não são detectáveis por ultrassonografia ou T.A.C..

Dentro desta orientação estes grupos de doentes com neoplasia metastizada ao fígado ou peritoneu, podem evitar uma laparotomia desnecessária e ser orientados para outras formas de terapêutica. A exceção a esta regra é a presença de sintomas severos como a hemorragia ou obstrução, que justifiquem uma cirurgia paliativa no sentido de tentar aliviar estes grupos particularmente penosos.

O estágio da doença é um factor determinante da sobrevida, mas nos estádios 3 e 4, o grupo de doentes que foi submetido a uma ressecção teve melhores resultados. A experiência multicêntrica norueguesa³, também regista uma diferença de sobrevida nestes estádios se uma ressecção é possível, apontando no entanto para uma mediana de sobrevida menor, do que a por nós observada.

Estes resultados podem na realidade reflectir alguma forma de selecção dos grupos de doentes, mas representam um argumento importante para uma atitude agressiva do cirurgião que trata estes tumores.

Pensamos que no doente que é laparotomizado se deve sempre que possível tentar fazer a ressecção do tumor, mesmo que seja necessária a gastrectomia total ou a ressecção de órgãos adjacentes. Os limites desta estratégia devem ser estabelecidos caso a caso, tendo em conta o estado geral do doente e os potenciais efeitos paliativos da intervenção.

Julgamos que o uso criterioso desta orientação permite beneficiar um grande número de doentes, sem aumentar fortemente os riscos de morbilidade e mortalidade hospitalar.

CONCLUSÃO

A cirurgia paliativa por carcinoma do estômago é sobretudo orientada por razões de ordem clínica, e cada operação deve ser adaptada às circunstâncias particulares de cada doente.

A sobrevida global dos doentes operados por carcinoma gástrico avançado é reduzida, e devem ser feitos esforços no sentido da sua melhoria.

Na nossa série obtivemos uma taxa de ressecção aceitável, e o grupo de doentes que foi submetido a esta terapêutica teve melhores resultados em termos de sobrevida.

Pensamos que nos doentes com carcinoma gástrico avançado que são laparotomizados, deve ser tentada a ressecção do tumor, mesmo que para isso seja necessária a gastrectomia total, ou a ressecção de órgãos adjacentes. O uso criterioso desta estratégia não deve aumentar significativamente a morbilidade e mortalidade pós-operatória.

As metástases hepáticas e peritoneais têm um prognóstico uniformemente mau, sendo necessário o seu despiste. Os doentes nestas situações devem ser operados somente se portadores de quadros clínicos graves e potencialmente resolúveis (ex.: hemorragia, obstrução antral, etc.).

BIBLIOGRAFIA

1. U.I.C.C.: TNM — Malignant Tumour Classification. 1990, Fourth Edition.
2. KAPLAN E.L., MEIER P.: Nonparametric estimation from incomplete observations. *J Am Stat Assoc*, 1958; 53: 457-481.
3. HAUGSTVEDT T., VISTE A., et al.: The Survival Benefit of Resection in Patients with Advanced Stomach Cancer: The Norwegian Multicenter Experience. *World J Surg*, 1989; 13: 617-622.
4. BUTLER J.A., DUBROW T.J., et al.: Total Gastrectomy in the Treatment of Advanced Gastric Cancer. *Am J Surg*, 1989; 158, 6: 602-604.
5. KORENAGA D., TSUJITANI S., et al.: Long-term Survival in Japanese Patients with Far Advanced Carcinoma of the Stomach. *World J Surg*, 1988; 12: 236-240.
6. MONSON J.R.T., DONOHUE J.H., et al.: Total Gastrectomy for Advanced cancer — A Worthwhile Palliative Procedure. *Cancer*. 1991; 68: 1863-1868.
7. MEIJER S., DE BAKKER O.J.G.B., et al.: Palliative Resection in Gastric Cancer. *J Surg Onc*, 1983; 23: 77-80.
8. EKBOM G., GLEYSSTEEN J.: Gastric Malignancy: Resection for Palliation. *Surgery*, 1980; 88: 476-481.
9. McNEER G., BOWDEN L., et al.: Elective Total Gastrectomy for Cancer of the Stomach. *Ann Surg*, 1974; 180: 252-256.
10. LAWRENCE W., McNEER G.: The Effectiveness of Surgery for Palliation of Incurable Gastric Cancer. *Cancer*, 1978; 11: 28-32.
11. KOGA S., et al.: Therapeutic Significance of Noncurative Gastrectomy for Gastric Cancer with Liver Metastasis. *Am J Surg*, 1980; 140: 356-359.