

Clinica Cirúrgica

CÂNCER GÁSTRICO NO IDOSO: QUANDO NÃO OPERAR?

A Organização Mundial da Saúde define os idosos como indivíduos acima de 65 anos. No Japão, a definição abrange apenas os com mais de 80 anos. Um aumento nesse grupo de indivíduos é esperado, sendo que nos Estados Unidos espera-se, para 2050, 1,2 milhão de pessoas com 100 anos. A incidência de câncer aumenta com a idade, assim o médico se vê frente ao dilema de quando operar tais pacientes. O único tratamento eficaz para o câncer do estômago é a ressecção. A possibilidade de maior sobrevivência por meio da gastrectomia é atraente, mas o problema da mortalidade cirúrgica é difícil de ser discutido com o paciente. Esses aspectos nos levam a vários questionamentos éticos e técnicos: Quando tratar? Quais indivíduos podem ser tratados com segurança? Quão agressiva deve ser a cirurgia? Assim, para se obter bons resultados sendo ao mesmo tempo éticos, deve-se realizar inicialmente um cuidadoso estadiamento; a avaliação inadequada pode levar a cirurgias muito extensas para doenças muito avançadas. No Brasil, um estudo multicêntrico envolvendo 1180 pacientes revelou média de idade de 72 anos com alta taxa de tumores avançados ou irressecáveis. O segundo passo é a cuidadosa avaliação clínica que envolve aspectos nutricionais, cardiovasculares, renais e neurológicos. Alterações nessas funções podem colocar em risco o tratamento cirúrgico. Um estudo japonês constatou que, após gastrectomia com linfadenectomia D2, a sobrevivência em cinco anos foi de 44% com 8% de morbidade e 2,7% de mortalidade, sendo que a cirurgia muito agressiva elevou essas taxas.

A classificação de Hamermann divide os idosos em três grupos: grupo I – idosos com boa reserva fisiológica e sem comorbidades; grupo II – idoso típico, aquele que demanda assistência limitada, é parcialmente dependente de ajuda e tem, no máximo, duas comorbidades; grupo III – idoso frágil, completamente dependente, com três ou mais comorbidades.

Para uma definição adequada e ética do tratamento, propomos utilizar a classificação de Hamerman. No grupo I, com boa reserva fisiológica, o tratamento deve ser similar ao oferecido aos jovens. No grupo II, o tratamento deve ser individualizado procurando-se proporcionar ao paciente o melhor tratamento sem morbidade; algumas vezes um tratamento menos agressivo proporciona bons resultados e não expõe o paciente aos riscos do tratamento radical. No grupo III, o tratamento deve ser apenas paliativo. Cirurgias menos agressivas como a ressecção endoscópica, endogástrica ou laparoscópica podem ser usadas apenas em pacientes com pequenos tumores precoces, bem diferenciados, atingindo apenas a mucosa ou submucosa superficial e sem ulceração.

**PAULO KASSAB
ELIAS JIRJOSS ILIAS
OSVALDO PRADO CASTRO
CARLOS EDUARDO JACOB**

Referências:

1. Kassab P, Jacob CE, Lourenço LG, Malheiros CA, Bresciani CC, Castro OAP, et al. Brazilian multicentric study of gastric cancer in the elderly: 1180 cases. In: 6th International Gastric Cancer Congress, 2005, Kanagawa. Abstracts. 2005. p.99.
2. Kassab P, Jacob CE. Gastric cancer in the elderly. In: 16th World Congress Of the International Association of Surgeons and Gastroenterologists, 2006, Madrid. Jarpyo Editores (no prelo).

Medicina Baseada em Evidências

EM PACIENTES DE ALTO RISCO, SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO, A FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA PRÉ-OPERATÓRIA PREVINE AS COMPLICAÇÕES PULMONARES?

- P** (paciente): Paciente de alto risco e revascularização do miocárdio.
I (intervenção): Fisioterapia respiratória intensiva pré-operatória.
C (comparação): Abordagem pré-operatória usual.
O (outcome): Prevenção de complicações pulmonares.

A cirurgia de revascularização do miocárdio tem sido utilizada como forma terapêutica em pacientes cada vez mais graves e, portanto, com risco cada vez maior de complicações pós-operatórias e de morte^{1,2}.

Entre as complicações principais, estão as pulmonares, que têm proposta de graduação em quatro níveis de gravidade: grau 1 – tosse seca, microatelectasia e dispnéia; grau 2 – tosse produtiva, broncoespasmo, hipoxemia, atelectasia e hiper-capnia; grau 3 – derrame pleural, pneumonia, pneumotórax e reintubação; grau 4 – insuficiência ventilatória³.

Fatores de risco pré-operatório, de ocorrência dessas complicações pulmonares, foram baseados em características demográficas e comorbidades dos pacientes: idade > 70 anos, tosse e expectoração, diabetes mellitus, tabagismo, doença pulmonar obstrutiva crônica, IMC > 27 e função pulmonar ($FEV_1 < 75\%$ e $FEV_1/FVC < 70\%$)⁴.

Na presença desses fatores, antes da revascularização, e sabendo-se da iminente complicação, a questão de relevância clínica a ser formulada é: há alguma medida pré-operatória a ser tomada que reduza a incidência de complicações pulmonares?

Em estudo realizado no Departamento de Cirurgia Cardiopulmonar da Universidade de Utrecht, na Holanda, a intervenção proposta estudada é a fisioterapia pré-operatória por meio de treinamento muscular inspiratório (TMI) intensivo.

Pacientes (n: 279) com mais de um fator de risco, em pré-operatório de revascularização do miocárdio, foram randomizados para receber treinamento muscular inspiratório ou cuidados usuais. As características dos pacientes em ambos os grupos eram semelhantes, e estes receberam cuidados equânimes⁵.