

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.

Os pacientes realizaram TMI todos os dias da semana, sendo seis vezes, sem supervisão, e uma vez por semana, com supervisão, por no mínimo duas semanas. O TMI foi realizado com aparelho de carga linear baseada em 30% da P_{i-max} , com aumentos progressivos.

A randomização foi executada por programa eletrônico, sendo protegida por envelopes selados. A incidência de complicações foi avaliada por investigador cego e independente. A amostra foi calculada a partir de prevalência estimada de complicações de 30%, benefício estimado de 10%, com poder de 80% e nível de significância de $p=0,05$. A análise interina teve como desfecho a pneumonia e a análise estatística foi realizada por intenção de tratamento. Houve três perdas por óbito pré-operatório⁵.

O desfecho primário avaliado foi a presença de complicação pulmonar pós-operatória, estratificada por nível de gravidade (graus 1 a 4). Os resultados foram originalmente expressos pela medida *odds ratio* (OR), mas para fins comparativos expressaremos o mesmo efeito também pelas medidas: risco relativo (RR), redução do risco absoluto (RRA), número necessário para tratar (NNT), aumento no risco absoluto (ARA), número necessário para produzir dano (NNH), com seus respectivos significados, apenas quando houve diferença com significância estatística⁵ (não atingida no grupo de complicações grau 4):

1. Complicações pulmonares grau 1

- Prevalência – TMI 82%; usual 65%.
- OR 1,90 – aumento no risco de complicações pulmonares, de 90%, no grupo de TMI em relação ao tratamento usual.
- RR 1,26 – aumento no risco de 26%.
- ARA 17,0% – aumento no risco de 17%.
- NNH 6 – de cada seis pacientes submetidos à fisioterapia, um paciente tem complicação pulmonar.

2. Complicações pulmonares grau 2

- Prevalência – TMI 10,1%; usual 13,1%.
- OR 0,63 – redução no risco de complicações pulmonares, de 37%, no grupo de TMI em relação ao tratamento usual.
- RR 0,77 – redução no risco de 23%.
- RRA 3% – redução no risco de 3%.
- NNT 33 – de cada 33 pacientes submetidos à fisioterapia, evita-se uma complicação pulmonar.

3. Complicações pulmonares grau 3

- Prevalência – TMI 7,2%; usual 17,5%.
- OR 0,44 – redução no risco de complicações pulmonares, de 56%, no grupo de TMI em relação ao tratamento usual.
- RR 0,41 – redução no risco de 59%.

- RRA 10,3% – redução no risco de 10,3%.
- NNT 10 – de cada dez pacientes submetidos à fisioterapia, evita-se uma complicação pulmonar.

4. Complicações pulmonares grau ≥ 2

- Prevalência – TMI 18%; Usual 35%.
- OR 0,52 – redução no risco de complicações pulmonares, de 52%, no grupo de TMI em relação ao tratamento usual.
- RR 0,51 – redução no risco de 49%.
- RRA 17% – redução no risco de 17%.
- NNT 6 – de cada seis pacientes submetidos à fisioterapia, evita-se uma complicação pulmonar.

Notemos a disparidade entre as diversas medidas para expressar o mesmo efeito: OR e RR aumentam o efeito, quando comparados à RRA ou ARA, favorecendo a adoção ou rejeição, muitas vezes inadequada, a uma determinada intervenção ou procedimento.

Mensagem final: O TMI realizado em pacientes de alto risco para cirurgia eletiva de revascularização do miocárdio é capaz de reduzir o risco de complicações pulmonares grau ≥ 2 (RRA 17% - NNT 6), mas em relação às complicações grau 1, de menor gravidade, não oferece vantagem sobre a intervenção habitual (ARA 17% - NNH 6). O TMI evitou complicações pulmonares maiores porque melhorou a força e endurance dos músculos respiratórios, porém não foi capaz de prevenir as de menor gravidade, cuja fisiopatologia pode estar associada a repercussões que não a disfunção muscular respiratória. Assim, o benefício obtido pela diminuição das complicações pulmonares de maior impacto sustenta a indicação de TMI no pré-operatório de cirurgia eletiva de RM em pacientes de alto risco.

MARIA IGNÉZ ZANETTI FELTRIM

FABIO BISCEGLI JATENE

WANDERLEY MARQUES BERNARDO

Referências:

1. Keenan TD, Abu-Omar Y, Taggart DP. Bypassing the pump: changing practices in coronary artery surgery. *Chest*. 2005;128:363-9.
2. Scott BH, Seifert FC, Grimson R, Glass PS. Octogenarians undergoing coronary artery bypass graft surgery: resource utilization, postoperative mortality, and morbidity. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2005;19:583-8.
3. Kroenke K, Lawrence VA, Theroux JF, Tuley MR. Operative risk in patients with severe obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med*. 1992;152:967-71.
4. Hulzebos EH, Van Meeteren NL, De Bie RA, Dagnelie PC, Helders PJ. Prediction of postoperative pulmonary complications on the basis of preoperative risk factors in patients who had undergone coronary artery bypass graft surgery. *Phys Ther*. 2003;83:8-16.
5. Hulzebos EH, Helders PJ, Favie NJ, De Bie RA, Brutel de la Riviere A, Van Meeteren NL. Preoperative intensive inspiratory muscle training to prevent postoperative pulmonary complications in high-risk patients undergoing CABG surgery: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2006;296:1851-7.