



A cirurgia paliativa no câncer gástrico. Indicações e técnicas

*Fabio P. Lopasso, Osmar K. Yagi, Donato R. Mucerino, Marcus Kodama Ramos, Carlos E. Jacob,
Claudio C Bresciani, Marcelo Mester, Leandro Barchi, Rodrigo J. Oliveira, Andre R. Dias,
Cynthia Chiaradia, Bruno Zilberstein*

No câncer gástrico avançado, a cirurgia não curativa inclui a ressecção e a derivação do trânsito alimentar. O sentido de seu emprego é tentar melhorar os sintomas e eliminar complicações em curso ou de advento imediato como sangramento, obstrução, dor, perfuração e ascite debilitante. São úteis na reabilitação ou manutenção nutricional e para a redução da carga tumoral do paciente. Há duas colocações divergentes. O National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomenda que o câncer gástrico metastático não deve ser operado a não ser que o paciente tenha sintomas de obstrução. A Japanese Gastric Cancer Association (JGCA) propõe que este paciente pode ser candidato a gastrectomia mesmo sem sintomas. Em nosso Serviço acompanhamos o conceito da JGGA.

As ressecções gástricas com intuito potencialmente curativo pretendem ser radicais sem que reste nenhum resíduo do tumor (R0). Esta intenção pode ser perdida se o exame anátomo-patológico da peça cirúrgica revelar resíduos tumorais no leito de dissecação ou nas linhas de anastomoses. Esta configuração da cirurgia define o descritor de radicalidade R1. As ressecções gástricas não curativas podem ter intuito exclusivamente de palição de sintomas. As ressecções paliativas não curativas são típicas do descritor R2 em que se tem certeza que resíduos macroscópicos foram deixados *in loco* ou por que se detectaram células neoplásicas livres na cavidade peritoneal. Quase 20% das operações por câncer gástrico não são curativas. A existência de metástases hepáticas, linfonodos acometidos distantes como, por exemplo, cavo-aórticos, de células neoplásicas livres na cavidade abdominal e de ressecção improvável pode ser detectada no período pré-operatório. A indicação de intervenções não curativas nestas condições se deve, primeiro, a necessidade de reduzir a carga tumoral para se alcançar melhor resposta da palição com agentes radio e quimioterápicos e, segundo, a tentativa de remediar obstruções ou sangramentos ativos. A impossibilidade de ressecção decorre da infiltração de órgãos como o diafragma, o pâncreas, a aorta e suas artérias caudatárias, celíaca e mesentérica. As ressecções paliativas não curativas são típicas do descritor R2 em que se tem certeza que resíduos macroscópicos foram deixados *in loco* ou por que se detectaram células neoplásicas livres na cavidade peritoneal. Nesta categoria estão os pacientes com disseminação peritoneal e citologia positiva (P+/Cyt+) que correspondem a cerca de 56% dos que a intervenção não será curativa. Os que se apresentam como P-/Cyt+ correspondem a 6% dos pacientes com câncer gástrico avançado. Cerca de 80% destes pacientes morrem de

disseminação peritoneal da doença nos primeiros 30 meses após a ressecção gástrica paliativa, melhor descrita como não curativa, embora metade deles não sobreviva ao primeiro ano no período pós-operatório. Desde que outros fatores de risco como idade avançada, co-morbidades de difícil controle e índices de performance baixos, não estejam decisivamente atuando, a ressecção paliativa não curativa tem o objetivo primário de obter melhor qualidade de vida.

Apenas 1,5% dos pacientes com câncer gástrico metastático são submetidos a cirurgia urgente devido a obstruções ou sangramentos. Estas complicações são comumente controladas com medidas clínicas. A maioria se submete a cirurgia com intenção potencialmente curativa. Deste modo, as cirurgias de emergência para palição destas apresentações são crescentemente menos frequentes.

Nos informes da literatura a sobrevida que se obtém com a ressecção gástrica não curativa (R1 ou R2) varia entre 8,3 e 10,6 meses em média. A duração da palição do sintoma que justificou a intervenção de remediação é praticamente equivalente em todos estes pacientes. Somente metade destes pacientes experimenta boa palição (definida como alívio dos sintomas pré-operatórios, ausência de novos sintomas, peso corporal razoável e capacidade de ingestão de alimentos sólidos), cerca de 30% apresentam palição moderada e em 15% a palição é pobre. Os pacientes com carga tumoral restrita a um sítio metastático, ou no fígado ou nos linfonodos distantes, são os melhores candidatos a ressecção gástrica paliativa avaliada pelo índice geral de sobrevida. A morbidade após a ressecção gástrica paliativa – 49% - pode ser menor que a não curativa que não foi indicada como paliativa – 61% - embora a mortalidade operatória causada por ambas seja idêntica, entre 4% e 7% respectivamente conforme estudos prospectivos.

Entre 2001 e 2007 indicamos a gastrectomia para o tratamento do câncer gástrico em 580 pacientes. A incurabilidade, reconhecida no estadiamento pré-operatório e confirmada no campo cirúrgico, em 35 deles, se deveu em ordem decrescente (n) a metástases peritoneais ⁽¹⁰⁾ e hepáticas ⁽⁸⁾, a conglomerados de linfonodos não ressecáveis no tronco celíaco ⁽⁵⁾, acometimento de linfonodos à distância ⁽⁵⁾, metástases viscerais e do ovário ⁽⁴⁾ e invasão por contiguidade do pâncreas ⁽³⁾. Margens proximais comprometidas foram comprovadas *a posteriori* em 5 pacientes. No seguimento pós-operatório destes casos durante, no mínimo por 4 anos, a sobrevida geral média alcançou 25,5 meses. Nesta série de pacientes categorizados como incuráveis, a gastrectomia subtotal realizada em 21 pacientes proporcionou sobrevida média de 27,3 meses, média muito próxima da alcançada, 25,7 meses, em 19 operados com a gastrectomia total. Nos 8 pacientes com metástases hepáticas, a ressecção gástrica, subtotal ou total, associada a linfadenectomia D0/D1 proporcionou sobrevida comparável, 26,3 meses.

A proposta de que a gastrectomia total deva ser realizada sempre que tecnicamente factível, deve ser considerada com cautela. Os informes recentes da literatura não são convergentes. Esta intervenção, neste cenário, não parece oferecer vantagens óbvias sobre outras terapias concorrentes em termos de sobrevida ou mesmo de qualidade melhor de vida.

Destas escassas perspectivas, pouco se pode tomar como normalização de condutas que muito dependerão do julgamento operatório, considerados o ambiente

cirúrgico qualificado por alto volume de cirurgias do câncer gástrico, a performance do paciente e a experiência do cirurgião.

Quase 90% dos pacientes com câncer gástrico distal obstrutivo submetidos a cirurgia de palição com derivação do trânsito alimentar sem ressecção gástrica com a gastrojejunostomia (gastroenterostomia) aceitam dieta sólida após a primeira semana pós-operatória. Apenas 60% deles conseguem ingerir sólidos durante a progressão da doença. A palição, no entanto, dura em média 2,8 meses. O tempo médio de sobrevida é de 5 meses.

O esvaziamento gástrico após a gastroenterostomia é geralmente lento. Alguns sintomas, especialmente o refluxo biliar gastro-esofágico, podem reduzir a qualidade de vida do paciente. A técnica da gastrojejunostomia com partição gástrica parcial propõe melhorar este quadro sintomático. A partição total do estômago proximalmente ao tumor impede a observação endoscópica por excluir o antro do trânsito. Nos casos em que a neoplasia infiltra a curvatura menor alta, há a possibilidade de deiscência do fechamento do antro. Relata-se também, a ruptura deste fechamento quando o tumor sangra ou há acúmulo de secreção gástrica na parte excluída do estômago. A partição parcial prevê a manutenção de dupla via de passagem alimentar criada pela septação do estômago proximalmente ao tumor a partir da curvatura maior. Uma via de apenas 3 cm de diâmetro na curvatura gástrica menor garante a direção aboral ao antro e outra na curvatura gástrica maior, por meio de gastrojejunoanastomose, garante o fluxo alimentar preferencial para o intestino. Com isto reduz-se o contato dos alimentos com o tumor, reduz-se a probabilidade de sangramento apesar do crescimento neoplásico, mantém-se o esvaziamento gástrico e permite-se a visualização endoscópica do tumor no antro distal a qualquer tempo. Esta técnica vem sendo aplicada na nossa Disciplina em uma série randomizada há 7 anos. Até o presente, 29 pacientes com obstrução maligna do estômago distal foram estudados. Dois pacientes faleceram no décimo dia pós-operatório. A sobrevida geral dos 27 outros pacientes foi 267 dias. Todos os sobreviventes estão sob tratamento quimioterápico com boa performance alimentar.

A nossa experiência em uma série de 38 pacientes com obstrução gástrica distal causada por câncer coletada entre 2001 e 2007, mostrou que a gastroenterostomia látero-lateral em 21 pacientes conferiu 16,8 meses de sobrevida média. A palição alternativa para os pacientes com neoplasias gástricas distais semi-obstrutivas é a alimentação por meio de sondas naso-enterais e por meio de jejunostomias que é a inserção de tubo transparietal no abdômen até a luz jejunal. Os resultados são muito precários na dependência da tolerabilidade individual e da qualidade de assistência domiciliar de cuidadores treinados no manuseio destas sondas. A jejunostomia instalada em 17 outros pacientes desta mesma série ofereceu 17,1 meses de sobrevida média.

A inserção per-tumoral de sondas nasogástricas é mal tolerada por cerca de 80% dos pacientes com câncer gástrico proximal. Uma opção é a confecção de gastrostomia por meio do implante de tubo de acesso a luz gástrica para alimentação. Elas podem eventualmente ser implantadas por método endoscópico com baixa taxa de morbidade hospitalar que inclui febre transitória e sinais de peritonite localizada em, respectivamente, quase 30% e 7% dos pacientes. Como alternativa a gastrostomia, temos proposto para poucos pacientes com obstrução proximal maligna, a derivação por meio de esofagojejunostomia látero-lateral construída por via trans-hiatal.

O emprego desta técnica, no entanto, requer critérios de indicação bastante seletivos quanto a apresentação local do tumor e da performance clínica do paciente. Como fato frequente, o acesso ao mediastino inferior pode frequentemente estar impedido pela invasão maciça do hiato e do esôfago distal pelo tumor. Outra dificuldade técnica nestes pacientes é o procedimento da transposição ante-gástrica e ante-tumoral de alça jejunal longa para o mediastino inferior. Este procedimento acresce grandeza ao porte cirúrgico. Ela precisa ser considerada diante da performance precária com que frequentemente estes pacientes se apresentam no momento de sua indicação.

A palição alternativa para os pacientes com neoplasias gástricas distais semi-obstrutivas é a alimentação por meio de sondas naso-enterais e por jejunostomias. Os resultados são muito precários na dependência da tolerabilidade individual e da qualidade de assistência domiciliar de cuidadores treinados no manuseio destas sondas.

Para pacientes com disseminação peritoneal extensa, porém sem doença metastática no fígado ou extra-peritoneal, há propostas cirúrgicas agressivas em estudos, no máximo, ainda investigativos. O procedimento é conceitualmente uma cito-redução ampla que inclui gastrectomia, peritonectomia extensa, eventuais ressecções viscerais e aplicações intra-operatórias de soluções aquecidas de mitomicina – C como único agente quimioterápico ou associado a cisplatina e etoposide. A morbidade do procedimento é potencialmente grave, porém a sobrevida de 5 anos em séries de pacientes selecionados pode atingir até 11%, com sobrevivência média de 12 meses.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. ReMine WH. **Palliative operations for incurable gastric cancer** *World J Surg*. 1979 Nov;3:721-9.
2. Hartgrink HH, Putter H, Klein KE, van de Velde CJ. Value of palliative resection in gastric cancer. *Br J Surg* 2002;89:1438-43.
3. Saidi RF, Remine SG, Dudrick PS, Hanna NN. Is there a role for palliative gastrectomy in patients with IV gastric cancer? *World J Surg* 2006;30:21-7.
4. Huang KH, Wu CW, Fang WL, et al. Palliative resection in non curative gastric cancer patients. *World J Surg* 2010;34:1015-21.
5. Zhang JZ, Lu HS, Huang CM et al. Outcome of palliative total gastrectomy for stage IV proximal gastric cancer. *Am J Surg* 2011;202:91-6.
6. Chen S, Li YF, Feng XY, Zhou ZW, Yuan XH, Chen YB. Significance of palliative gastrectomy for late-stage gastric cancer patients. *J Surg Oncol* 2012;106:862-71.
7. Kulig P, Sierzega M, Kowalczyk T, Kolodziejczyk P, Kulig J. Non-curative gastrectomy for metastatic gastric cancer; rationale and long-term outcome in multicenter settings. *Eur J Surg Oncol* 2012;38:490-6.
8. Kakkola A, Louhimo J, Poulakkainen P. Does non-curative gastrectomy improve survival in patients with metastatic gastric cancer? *J Surg Oncol* 2008;15:683-90.
9. Sherman KL, Merkow RP, Shah AM, Wang E, Bilimoria KY, Bentrem DJ. Assessment of advanced gastric cancer management in the United States. *Ann Surg Oncol* 2013;20:2124-31.
10. Mahar AL, Coburn NG, Singh S, Law C, Helyer LK. A systematic review of surgery for non-curative gastric cancer. *Gastric Cancer* 2012;15(Suppl 1): S125-S137.
11. National Comprehensive Cancer Network Inc. NCCN Clinical practice guidelines in oncology-gastric cancer (Internet) Maio, 2009.

12. Japanese Gastric Cancer A. Japanese classification of gastric carcinoma, 2a. ed (in English). Gastric Cancer. 1998;1(1):10–24.
13. Lasithiotakis K, Sntoniou A, G Kaklamanos, O Zoras. Gastrectomy for Stage IV Gastric Cancer. A Systematic Review and Meta-analysis. Anticancer Research 2014;34: 2079-2086 .