

C 137

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

CÂNCER GÁSTRICO

ESTUDO DA SOBREVIVÊNCIA EM 74 CASOS

Evandro Luz Maier *

Mário Machado Filho *

* Doutorandos do Curso de Graduação em Medicina

Florianópolis, Junho de 1990.

"Penso que a Medicina não
acaba no hospital, como se pensa fre-
qüentemente, mas lá só faz começar."

Claude Bernard (1813-1878)

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Carlos Alberto Justo da Silva
pelo apoio, interesse e colaboração na orientação deste
trabalho.

"O que a gentileza livremente oferece,
agradecimentos não podem pagá-lo."

Masefield (1878-1967)

COLABORADORES

Nossos sinceros agradecimentos pela colaboração tão valiosa quanto imprescindível para a realização de nosso intento.

Dr. Hercílio Hoepfner Júnior - Joinville

Dr. Jesus Odinei Ferreira Fagundes - Quilombo

Dr. Jorge Tadeu Zanini - Laguna

Dr.-Miguel Angel Espíndola Castilho - Rio Fortuna

Dr. Rogério da Silva Moreira - Paulo Lopes

Dr. Rubens J. Silva - Urubici

ÍNDICE

Agradecimentos.....	III
Colaboradores.....	IV
Sumário.....	01
Introdução.....	02
Material e Métodos.....	04
Resultados.....	06
Discussão.....	13
Conclusões.....	19
Anexos.....	20
Referências bibliográficas.....	26

SUMÁRIO

Foi realizada uma pesquisa de follow-up para avaliar a sobrevida de 74 pacientes portadores de câncer gástrico, submetidos a investigação e/ou tratamento no Hospital de Florianópolis, durante os últimos dez anos.

Considerou-se como ponto inicial o trabalho de Cordeiro e cols (⁸), realizado neste serviço de clínica cirúrgica, que avaliou as variáveis epidemiológicas referentes à moléstia.

Conseguiu-se reunir dados de 63 pacientes (85,1% do total), que foram divididos em dois grupos etários: maiores de 65 e menores de 65 anos, visando avaliar as taxas de sobrevida, a idade, o estadiamento e o tratamento oferecido, através de Tabelas e Gráficos relacionando estas variáveis entre si e com a literatura.

INTRODUÇÃO

Em janeiro de 1881, Theodore Bilioth resseccou um adenocarcinoma mucinoso do piloro e obteve a primeira sobrevida, acompanhando um paciente gastrectomizado. Inicia-se a incansável busca pela melhor terapêutica cirúrgica para o câncer gástrico.

Assim sendo, o tratamento do câncer gástrico tem variado, principalmente, na extensão da ressecção, desde parcial à ressecção total.

Com a evolução das pesquisas, alguns autores advogaram uma intervenção agressiva com gastrectomia total "de princípio", baseados na suposição que estes tumores são frequentemente multicêntricos e se estendem a áreas distantes do estômago, através da submucosa. Outros argumentavam em favor da gastrectomia total por considerar que esta cirurgia permite a ressecção extensa dos linfonodos e, portanto, um estadiamento preciso e talvez uma melhor perspectiva de cura.

Mesmo com o advento do diagnóstico precoce, surgido a partir de 1962, pelos estudos japoneses, e apesar do declínio na incidência e na mortalidade cirúrgica por câncer gástrico, quando sob análise global, o prognóstico permanece pobre e a extensão dos limites de ressecção continua controversa.

Outros investigadores recomendam medidas menos agressivas indicando menor morbidade e mortalidade pós operatória como o principal argumento para a ressecção parcial.

O princípio hoje em voga recai sobre a cirurgia com finalidade "citoreduutora" que se não interfere ou pouco altera a sobrevida, oferece melhor qualidade de vida ao paciente. Há também uma nova tendência, defendida por Endo e cols, para a maior agressividade do tratamento, referindo melhor sobrevida e menor mortalidade pós operatória graças a avanços tecnológicos para garantir o suporte básico de vida.

Com o aumento da expectativa de vida da população em geral, segundo dados do IBGE (¹⁷), observou-se um incremento significativo de pacientes com câncer gástrico e de idade avançada.

O fator idade traz mais polêmica sobre a radicalidade cirúrgica a ser adotada devido às diversas alterações da fisiologia do paciente idoso, a qual acarreta mais complicações que não as propriamente cirúrgicas.

Visando definir o estágio onde se encontra a terapia cirúrgica para o câncer gástrico oferecida no Hospital de Florianópolis e dando continuidade ao trabalho de Cordeiro e cols, que avaliou os aspectos epidemiológicos desta entidade neste serviço, foi idealizada esta pesquisa follow-up para avaliar a relação da terapêutica com a mortalidade e a sobrevida.

MATERIAL E MÉTODOS

No período de maio de 1980 a abril de 1990, foram diagnosticados e tratados 74 pacientes portadores de câncer gástrico, no serviço de clínica cirúrgica do Hospital de Florianópolis. Destes, 57 (77,0%) eram do sexo masculino e 17 (23,0%) do sexo feminino, com idade média de 60,5 anos, variando de 34 a 83 anos. Os pacientes foram submetidos a quatro tipos de intervenções terapêuticas: gastrectomia total, gastrectomia subtotal, procedimentos paliativos (incluindo laparotomias exploradoras com tumores irressecáveis) e tratamento suportivo (não cirúrgico).

O estadiamento cirúrgico foi obtido de acordo com a seguinte classificação: Estadio I - tumor circunscrito ou restrito, Estadio II - disseminação ganglionar regional, Estadio III - disseminação para órgãos vizinhos, Estadio IV - carcinomatose peritoneal.

Para a pesquisa de follow-up, foi elaborada ficha protocolar com dados referentes à identificação do paciente, tratamento oferecido e a data.

As fichas dos pacientes residentes na micro-região de Florianópolis (¹⁷) foram preenchidas com dados obtidos de visitas domiciliares realizadas pelos autores durante o mês de maio de 1990.

Para a obtenção dos dados referentes a pacientes residentes nas demais micro-regiões do estado, foram enviadas fichas protocolares, pelo correio, para o endereço dos médicos fixados nas respectivas localidades, através de informações fornecidas pela Associação Catarinense de Medicina.

Anexo a ficha protocolar remeteu-se envelope, endereçado e selado, para a devolução do material, e carta circular contendo instruções para o seu preenchimento, bem como a estipulação do prazo de trinta dias para a remessa das respostas.

Decorridos quinze dias da remessa postal, foi estabelecido contato telefônico com os médicos que ainda não haviam devolvido o questionário com o intuito de reafirmar a importância do preenchimento e devolução dos mesmos.

Foram realizadas 33 visitas na micro-região de Florianópolis e enviadas 41 fichas protocolares para o interior do estado.

Os pacientes foram divididos em dois grupos, a saber, menores de 65 anos e maiores de 65 anos, inclusive. Os dados de sobrevida obtidos foram relacionados à idade dos pacientes, ao estadiamento cirúrgico e ao tratamento realizado e correlacionados à literatura.

RESULTADOS

Durante o período de maio de 1980 a abril de 1990, foram atendidos 74 pacientes portadores de neoplasias gástricas, no serviço de cirurgia do Hospital de Florianópolis.

Destes pacientes, 33 (44,6%) eram residentes na micro-região de Florianópolis e 41 (55,4%) residiam nas demais micro-regiões do estado.

Com relação aos pacientes residentes na micro-região de Florianópolis, foram obtidos, através de visita domiciliar, dados referentes a 29 (87,8%), sendo que os restantes 4 (12,2%) não foram localizados. No tocante aos pacientes das demais micro-regiões do estado, pesquisados por meio de ficha protocolar enviada pelo correio, aos médicos das respectivas localidades, foram devolvidas via postal 34 (82,9%) e não devolvidas 7 (17,1%). Assim sendo, foram analisados 63 casos (85,1% do total).

A partir da idade dos pacientes na época da internação, da data referente ao óbito ou referente ao mês de maio de 1990 para os pacientes que permanecem vivos, foi possível demonstrar a sobrevida média total e por grupos etários, conforme a Tabela I.

Tabela I - Câncer Gástrico - Sobrevida

SOBREVIDA MÉDIA TOTAL E POR GRUPO ETÁRIO

GRUPO ETÁRIO	PACIENTES		SOBREVIDA MÉDIA
	N	%	
< 65 anos	32	50,8	1 ano e 9 meses
≥ 65 anos	31	49,2	1 ano e 10 meses
TOTAL	63	100,0	1 ano e 9 meses

FONTE: Doc. Cient. HF - Florianópolis - 1980/1990

A Tabela II demonstra a taxa de sobrevida média total e por grupos, especificando os dados pelos anos de sobrevida.

Tabela II - Câncer Gástrico - Sobrevida

PORCENTAGEM DE SOBREVIDA MÉDIA EM RELAÇÃO AO GRUPO ETÁRIO

GRUPO ETÁRIO	PORCENTAGEM DE SOBREVIDA				
	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
< 65 anos	43,7	21,9	18,7	12,5	12,5
≥ 65 anos	54,8	32,2	25,8	19,3	10,0
TOTAL	49,2	26,9	22,2	15,9	11,1

De acordo com a Tabela III, os pacientes menores de 65 anos apresentaram maior frequência de tumores nos estadios III e II. No grupo dos maiores de 65 anos, o estadio II foi o mais freqüente, seguido pelo III.

Tabela III - Câncer Gástrico - Sobrevida

RELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO CIRÚRGICO
E O GRUPO ETÁRIO, EM PORCENTAGEM

GRUPO ETÁRIO	ESTADIAMENTO CIRÚRGICO				
	I	II	III	IV	S/E*
< 65 anos	9,4	25,0	40,6	18,8	6,2
≥ 65 anos	9,7	32,2	25,8	9,7	22,6

* Sem estadiamento cirúrgico.

FONTE: Doc. Cient. HF - Florianópolis - 1980/1990

A taxa de sobrevida média até 5 anos está correlacionada ao estadiamento cirúrgico na Tabela IV. Também está demonstrada a sobrevida dos pacientes não estadiados, ou seja, aqueles não submetidos a procedimentos cirúrgicos, por recusa ou por inoperabilidade.

Tabela IV - Câncer Gástrico - Sobrevida

RELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO CIRÚRGICO
E A SOBREVIDA EM 5 ANOS

ESTADIAMENTO CIRÚRGICO	PORCENTAGEM DE SOBREVIDA				
	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5 anos
I	50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
II	66,7	44,4	33,3	22,2	16,6
III	52,4	23,8	19,0	9,5	9,5
IV	0	0	0	0	0
S/E*	33,3	11,1	11,1	11,1	0

* Sem estadiamento cirúrgico.

FONTE: Doc. Cient. HF - Florianópolis - 1980/1990

Entre os pacientes menores de 65 anos, o tratamento paliativo foi o mais freqüentemente realizado. Por outro lado, entre os maiores de 65 anos, a gastrectomia subtotal foi a terapêutica mais freqüente. Considerando-se todos os pacientes, verifica-se o predomínio dos procedimentos paliativos, conforme demonstra a Tabela V.

Tabela V - Câncer Gástrico - Sobrevida
 RELAÇÃO ENTRE O TRATAMENTO E O GRUPO
 ETÁRIO

TRATAMENTO	GRUPO ETÁRIO				TOTAL	
	< 65 anos		≥ 65 anos		N	%
	N	%	N	%		
GASTRECTOMIA TOTAL	8	25,0	3	9,7	11	17,5
GASTRECTOMIA SUBTOTAL	8	25,0	12	38,7	20	31,7
PALIATIVA	14	43,7	8	25,8	22	34,9
SUPORTIVO*	2	6,3	8	25,8	10	15,9

* Pacientes não operados.

FONTE: Doc. Cient. HF - Florianópolis - 1980/1990.

As Figuras 1, 2 e 3 demonstram a taxa de sobrevida em 5 anos em relação ao procedimento efetuado, no total dos pacientes e nos grupos menores de 65 e maiores de 65 anos, respectivamente.

LEGENDA PARA AS FIGURAS:

- GT - Gastrectomia total
- GST - Gastrectomia subtotal
- CP - Cirurgia paliativa
- NO - Não operado

Figura 1 - Câncer Gástrico - Sobrevida

RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE TRATAMENTO E A
SOBREVIDA EM 5 ANOS

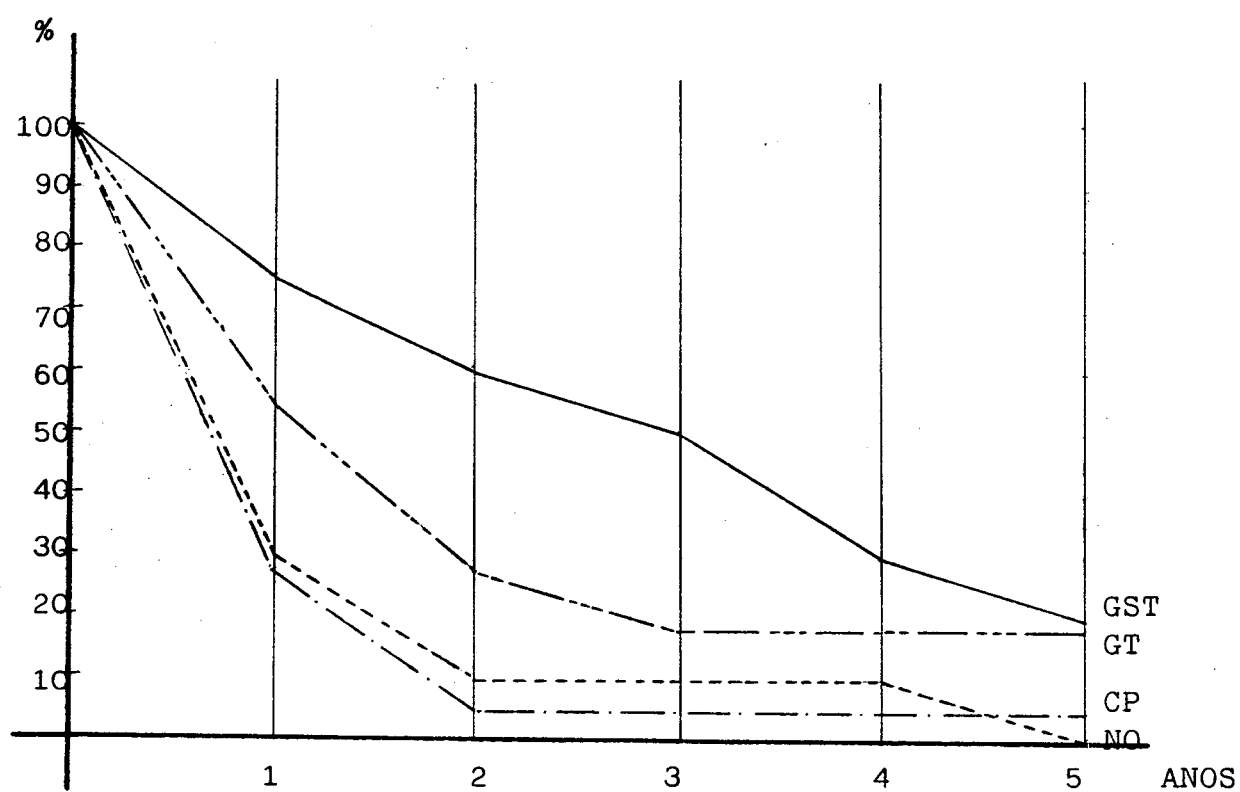


Figura 2 - Câncer Gástrico - Sobrevida

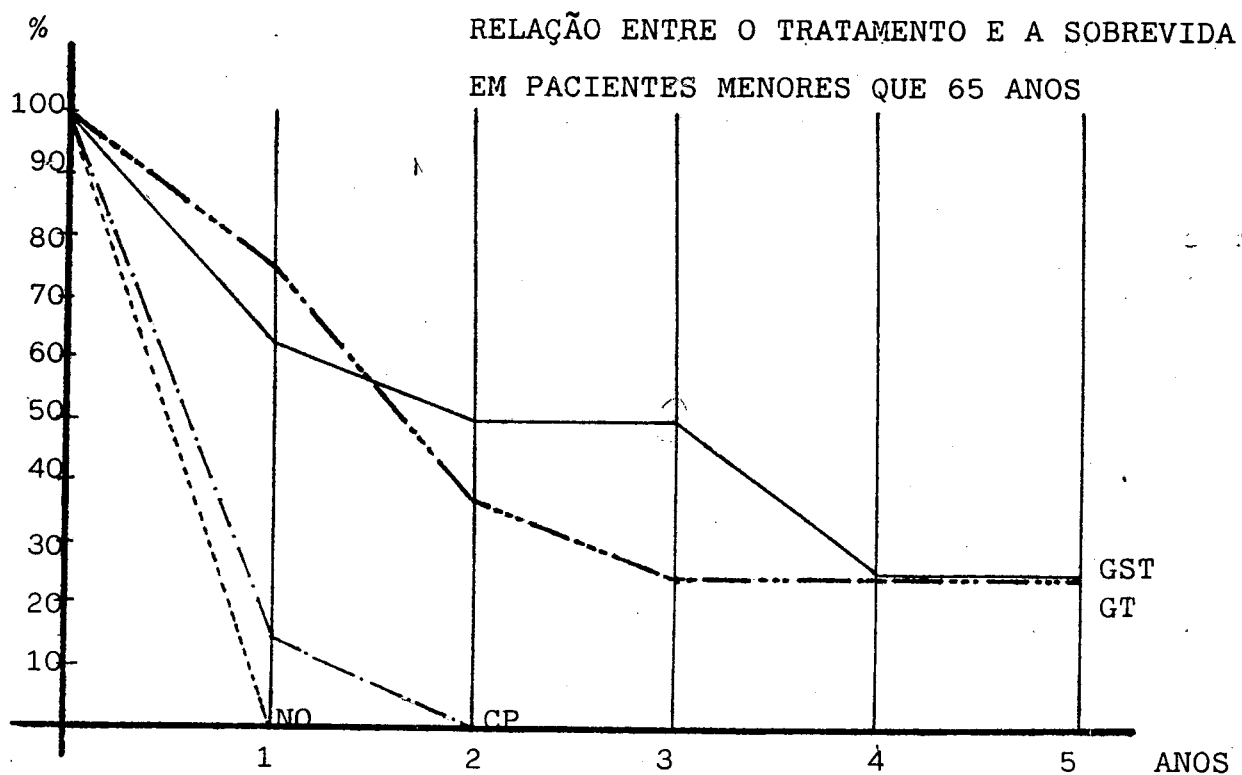
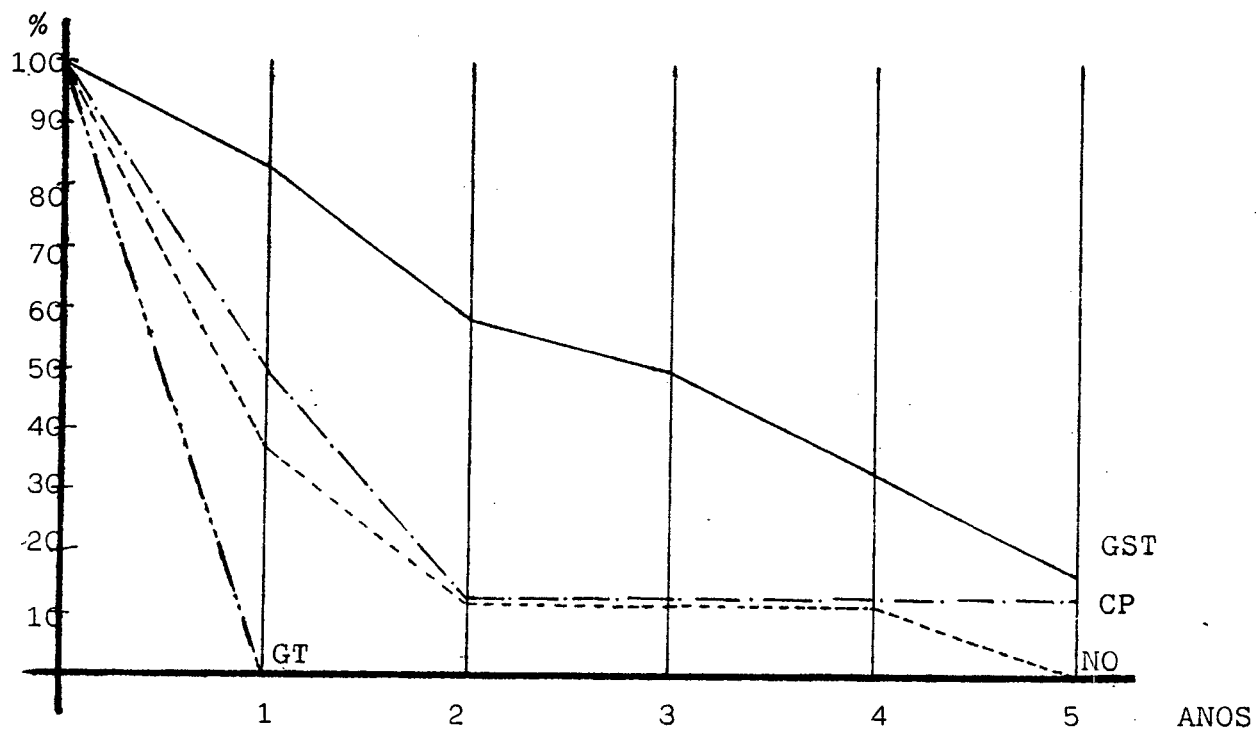


Figura 3 - Câncer Gástrico - Sobrevida

RELAÇÃO ENTRE O TRATAMENTO E A SOBREVIDA
EM PACIENTES MAIORES DE 65 ANOS



DISCUSSÃO

A determinação dos fatores que influenciam o prognóstico do câncer gástrico está sendo motivo de polêmica em muitas pesquisas científicas realizadas sobre o tema. (2,4,10,14,23,29)

Intensas investigações da história natural do câncer do estômago têm identificado como variáveis que atuam sobre o prognóstico, a idade, o sexo, os sintomas, o local e o tamanho do tumor, o grau de invasão da parede gástrica, o tipo histológico, o comprometimento de linfonodos, as cirurgias gástricas prévias, a dieta, entre outros.

Dessas variáveis, a idade, o tipo de tratamento e o estadio da doença, determinado pelo grau de invasão da parede, pelo comprometimento de linfonodos e pela presença de metástases, têm sido descritos como principais orientadores para uma avaliação multifatorial da evolução da moléstia. (2,5,7,11,22,23,27,28,34)

Vários estudos avaliam o fator idade e, sua relação com a sobrevida, com a divisão dos pacientes em faixas etárias ou grupos etários. (2,26,34,35)

Para avaliar a necessidade de métodos terapêuticos diferenciados para pacientes idosos em relação à população em geral, utilizou-se a divisão, proposta por González, em menores de 65 e maiores de 65 anos, inclusive, relacionando os dois grupos entre si, com o estadiamento da doença e com o tipo de tratamento oferecido.

(23)

Não há diferença significativa entre o tempo médio de sobrevida na casuística em relação ao tempo médio dos dois grupos etários em separado. Entretanto, na subdivisão anual, demonstrada na Tabela II, nota-se taxas de sobrevida mais altas para os maiores de 65 anos nos primeiros 4 anos de follow-up, tanto em relação ao tempo médio geral como em relação aos menores de 65 anos.

A revisão de literatura demonstra que existe discreto predomínio de sobrevida para pacientes mais idosos quando avaliados estadios intermediários e follow-up recentes (2 a 3 anos). Para sobrevida por mais longo tempo, a taxa apresentada pelos mais jovens é superior à dos mais velhos. (23,35)

Quanto ao estadiamento, pela ausência de uniformidade de classificação no preenchimento dos prontuários, foi utilizada uma classificação formulada a partir de informações básicas constantes na descrição de cirurgia, sugerida por Soreide (34) e também por Bozzetti (3). Demonstrou-se então, na Tabela III, que os estadios mais freqüentes são o II e o III para os maiores de 65 anos e os menores de 65 anos.

Referências bibliográficas demonstram o predomínio crescente dos estadios II e III (37,6% e 34,7%, respectivamente) (35) em relação aos estadios mais avançados. (1,23) Embora alguns autores defendam como predominantes os estadios mais avançados. (10,16,21,26,33)

Relacionando-se o estadio com o tempo de sobrevida, através da Tabela IV, confirmou-se os dados da literatura que preconizam melhor prognóstico para os estadios mais precoces.

Desde a demonstração dos trabalhos japoneses sobre o denominado Early Gastric Cancer, em 1962, a percentagem de pacientes diagnosticados chegou a superar

60% em 1982, com índices de sobrevida próximos a 100% em cinco anos e 95% aos quinze anos, determinando o bom prognóstico para os tumores com diagnóstico e tratamento precoces.^(19,20)

Para a comparação com o tratamento oferecido foi necessária a elaboração da Tabela V, que subdivide as opções terapêuticas pelos grupos etários, e das Figuras 1, 2 e 3, que demonstram a taxa de sobrevida geral e dos grupos etários em relação ao tratamento.

Observou-se a baixa incidência de gastrectomias totais nos pacientes maiores de 65 anos com apenas 10,0% dos procedimentos e uma taxa de sobrevida zero em 12 meses. Além disso, está demonstrada uma alta incidência de cirurgias paliativas nos menores de 65 anos com um prognóstico bastante reservado, conforme ilustra a Figura II, com uma sobrevida de apenas 14,3% no primeiro ano e zero no segundo.

Pode-se salientar também que os procedimentos paliativos apresentam melhor prognóstico nos pacientes maiores de 65 anos que nos menores de 65.

Cumpra-se lembrar que a mortalidade cirúrgica da amostra se restringe a apenas 3 casos, sendo 1 por deiscência de anastomose, 1 caso de sangramento digestivo alto após gastrectomia subtotal e um caso de morte súbita pós operatória sem causa definida, conforme pesquisa anteriormente apresentada.⁽⁸⁾ Acrescente-se que todos os 3 casos eram pacientes menores de 65 anos.

A Figura I apresenta uma taxa de sobrevida mais elevada para pacientes não operados do que para os que se submeteram a cirurgia paliativa. A revisão da literatura demonstra que quando a doença é muito avançada muitos pacientes deveriam ser submetidos somente à lapa-

rotomia exploradora e biópsia, as quais atualmente levam à mesma sobrevida que os procedimentos paliativos. (6,11, 13,25)

Por outro lado, Monson e cols advogam que cirurgias com ressecção paliativa podem ter sucesso devido à possibilidade da existência de subpopulações de pacientes nos quais a agressão cirúrgica, ao invés de agir como fator imunossupressor, estimula o sistema imune a destruir células tumorais remanescentes. (32)

Segundo Oohara, até poucos anos, a gastrectomia total no paciente idoso era relegada para um plano secundário, pois acreditava-se que este tipo de tumor apresentava menor agressividade para estes pacientes, necessitando, portanto, de técnicas menos agressivas. (30) Aliada a este fator a rotulação de elevadas taxas de mortalidade, superiores a 30,0%, para ressecções amplas em pacientes idosos, contribuíram para a determinação de procedimentos menos invasivos nestes casos. (1,13,22)

Koga refere taxa de 13,6% de mortalidade operatória pós gastrectomia total em pacientes com idade igual ou superior a 70 anos, o que considera elevada, e adverte para a necessidade de cuidados especiais para estes casos. A deiscência da anastomose foi a causa mortis principal, segundo esse autor, com uma taxa de 65,0% dos óbitos. (16) Outros autores referem taxas de 30 a 35% de mortalidade pós gastrectomia total com 17,6% de ocorrência de deiscência de uma das anastomoses. (29)

Diehl e cols referem significativa queda da taxa de sobrevida com taxas de mortalidade de 9% para gastrectomias totais em relação aos ínfimos 2% obtidos com gastrectomias subtotais. (10)

Por outro lado, González refere que mesmo observando menor mortalidade nas gastrectomias sub-totais em relação às gastrectomias totais, nos idosos, a diferença é sem importância, e, em relação às gastrectomias subtotais, a mortalidade operatória é maior nos maiores de 65 que nos menores de 65 anos. Estes dados defendem a indicação do procedimento para pacientes mais idosos, salvo quando com contra indicações gerais graves. Além disso, o autor refere que dentre as causas mortis relacionadas encontram-se problemas associados, provavelmente evitáveis, por maior atenção ao estado geral pós anestésico e pós operatório imediato. ⁽²³⁾

Outros autores igualmente concordam que a gastrectomia total é razoavelmente segura também em pacientes mais idosos ^(1,9,12,15,35), com uma taxa de mortalidade de 6,3% dentre os idosos e 5,0% dentre os mais jovens. ⁽³⁵⁾ -

Svartholm e cols revelam que mesmo com 3% de deiscência de anastomose, nenhum dos pacientes idosos faleceu por este motivo. ⁽³⁵⁾

A maioria dos autores, entretanto, ressalta a importância da técnica cirúrgica adequada, anastomose com sutura com stapler ^(4,35), uso liberal de nutrição parenteral total tanto no pré como no pós operatório ^(16,24), adequada técnica de drenagem ⁽⁴⁾ e escolha apropriada da antibioticoterapia profilática ^(4,30).

Para finalizar apresenta-se o Quadro I com taxas de sobrevida em 5 anos, em diferentes estudos realizados, por equipes diversas, em épocas e países distintos, onde foi incluída a taxa de sobrevida encontrada neste trabalho. Observe-se que, excluindo-se o resultado encontrado por Itoh (Japão), de 96,0%, devido à exclusividade de Early Gastric Cancer em sua casuística, os de-

mais guardam entre si proporções as quais determinam o
pobre prognóstico global para o câncer gástrico. (2,4,11,
13,18,19,26,29,31,34)

Quadro I - Câncer Gástrico

SOBREVIDA EM 5 ANOS

Gilbertsen 1963	10,2%
Ohman 1963	7,4%
Saario 1973	15,0%
Itoh 1976	96,0%
Soreide 1977	13,0%
Nielsen 1979	12,0%
Bozzetti 1979	20,8%
Irvin 1986	20,0%
Bozzetti 1990	19,0%
Hospital Fpolis 1990	11,1%

CONCLUSÕES

Analisando os dados coletados e confrontando-os com a literatura, concluiu-se que:

1 - Não houve diferença entre a sobrevida média dos dois grupos etários.

2 - Ratificado o conhecimento que os estadios mais precoces trazem melhor sobrevida.

3 - Está contraindicada a gastrectomia total para os maiores de 65 anos, pois, apenas 10% foram submetidos a este procedimento e todos estes pacientes faleceram antes do 1º ano de sobrevida.

4 - Procedimentos suportivos e/ou paliativos para menores de 65 anos trouxeram **taxas nulas** de sobrevida, de 1 e 2 anos, respectivamente.

5 - Procedimentos suportivos e/ou paliativos para maiores de 65 anos obtiveram sobrevida de 12,5% em 4 anos e 12,5% em 5 anos, respectivamente.

6 - Na casuística geral, a gastrectomia subtotal apresenta a melhor curva de sobrevida de todos os procedimentos, referindo que procedimentos menos invasivos mas curativos trazem menos morbidade.

↳ esperada pelo tipo de câncer.

ANEXOS

Il.mo Senhor

Dr.

Prezado colega,

com o intuito de realizarmos uma avaliação da evolução clínica de pacientes com câncer gástrico em seu seguimento, montamos um questionário (anexo) com dados essenciais para esta pesquisa.

Visando a economia de tempo, de custeio e de deslocamento para o paciente, solicitamos a sua valorosa colaboração para que V. S^a. contacte com o paciente ou com seus familiares, convocando-o (os) para uma consulta e, baseado nos dados obtidos desta visita, de exames anteriores ou no atestado de óbito, se for o caso, preencha as solicitações da ficha anexa.

Sabemos da exigüidade de seu tempo, contudo, solicitamos, encarecidamente, que todos os itens sejam respondidos devidamente, e que o material nos seja devolvido, impreterivelmente, até o dia 30 de maio do corrente ano.

Quaisquer dúvidas surgidas durante o preenchimento poderão ser esclarecidas pelo telefone (0482) 23 5356, com o doutorando Evandro, em qualquer dia da semana, a partir das 19 horas, ou por carta para o endereço abaixo:

Evandro Luz Maier
Rua Esteves Júnior, 20 ap 1202
88 010 Florianópolis - SC

Sem mais para o momento, agradecemos imensamente a sua colaboração para a realização de nosso intento,

mui atenciosamente,

Dr. Carlos Alberto Justo da Silva

Orientador

Florianópolis, 26 de abril de 1990.

NEOPLASIAS GÁSTRICAS - QUESTIONÁRIO DE FOLLOW - UP

NOME:

ENDEREÇO:

SEXO:

IDADE:

PRONTUÁRIO Nº:

CIRURGIA:

DATA:

- SITUAÇÃO ATUAL: () Compareceu à consulta
 () Informações prestadas por familiares
 () Óbito
 () Não encontrado

I - SE ÓBITO, INFORMAR:

1 - Data: / /

- 2 - Local de ocorrência: () Hospitalar
 () Domiciliar

3 - Causa mortis:

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| () Choque | () Pancreatite |
| () Embolia pulmonar | () Parada cardíaca |
| () Hemorragia | () Recidiva tumoral |
| () Insuf. hepática | () Sepsis |
| () Insuf. renal aguda | () Trauma craniano |
| () Insuf. respiratória | () Outras _____ |
| () Metástase | _____ |

II - FOLLOW - UP, INFORMAR:

1 - Sintomas: assinalar conforme escala a seguir

- | | | |
|-------------------|---------------|---------------------|
| Emagrecimento () | Melena () | Dor epigástrica () |
| Regurgitação () | Náuseas () | Hematêmese () |
| Vômitos () | Anorexia () | Constipação () |
| Astenia () | P. P. P. () | Assintomático () |
| Disfagia () | Eructação () | Outros _____ () |

Escala para sintomas: 0 não existente
 + ocasional
 ++ freqüente
 +++ intensos
 ++++ incapacitante

23

2 - Sinais ao exame físico: assinalar conforme tabela
 Emagrecimento () Icterícia () Distensão gástrica()
 Sinais anemia () Ascite () Hepatomegalia ()
 Nódulo Virchow () Adenopatias() Massa palpável ()
 Sensibilidade abdominal () Outros _____()

Tabela para sinais do exame físico: P presente
 A ausente
 NP não pesquisado

3 - Exame complementar (atualizado ou o último realizado, assinalar as alterações encontradas):

- Seriografia esôfago gastro duodenal: Data: / /

() não realizada () defeito de enchimento
 () normal () dificuldade de trânsito esofagiano
 () lesão vegetante () refluxo gastro esofágico
 () lesão ulcerada () refluxo duodeno gástrico
 () lesão infiltrante () estenose de anastomose
 () linite plástica () infiltração de boca anastomótica
 () hérnia hiatal () outras _____

- Endoscopia Digestiva Alta: Data: / /

() não realizada () hemorragia
 () normal () irregularidade de mucosas
 () lesão vegetante () estenose de anastomose
 () lesão ulcerada () gastrite alcalina
 () lesão infiltrante () gastrite crônica
 () outras características _____

- Ultrasonografia abdominal: Data: / /
- () não realizada () metástase hepática
- () normal () metástase retroperitoneal
- () outras características _____
-

4 - Complicações:

- () hemorragia
- () estenose de boca
- () obstrução do trânsito
- () metástases hepáticas
- () metástases para retroperitônio
- () metástases pulmonares
- () carcinomatose peritoneal
- () reoperado em / / . Cirurgia:
- () reoperado em / / . Cirurgia:
- () outras _____
-

5 - Sobrevida: (assinalar somente uma opção em cada item)

- Vida sexual ativa: () sim () não () não pesquisado
- Trabalho: () apto () apto parcial () inapto
- Aspectos psicológicos: () aceitação da doença
- () indiferença
- () depressão leve
- () depressão moderada
- () depressão grave
- () revolta
- () não pesquisados
- Grau de satisfação com a cirurgia: segundo a Classificação de Visik (modificada de Golinher)
- () Grau I - Excelente Sem sintomas. Resultado perfeito.
- () Grau II - Muito bom Paciente considera o resultado perfeito mas na anamne-

se cita sintomas ocasionais que melhoram facilmente com controle dietético.

() Grau III - Satisfatório Sintomas moderados, uso ocasional de medicação mas sem interferir seriamente com a atividade do paciente. Médico e paciente satisfeitos.

() Grau IV - Insatisfatório Sintomas de moderados a graves que interferem com a vida e o trabalho do paciente. Médico e paciente insatisfeitos com o resultado.

Planilha preenchida por:

CRM:

Rubrica:

Fone para contato:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - BITTNER, R.; SCHIRROW, H.; BUTTERS, M. and cols. Total gastrectomy. A 15-year experience with particular reference to the patient over 70 years of age. Arch. Surg. 120: 1120-1125, 1985
- 2 - BOZZETTI, F.; BONFANTI, G.; MORABITO, A. and cols. A multifactorial approach for the prognosis of patient with carcinoma of the stomach after curative resection. Surg. Gynecol. & Obstet. 162: 229-234,
- 3 - BOZZETTI, F.; BONFANTI, G.; AUDISIO, A. and cols. Prognosis of patients after palliative surgical procedures for carcinoma of the stomach. Surg. Gynecol. & Obstet. 164: 151-154, 1987
- 4 - BOZZETTI, F.; BONFANTI, G.; DOCI, R. and cols. Early and late results of extended surgery for cancer of the stomach. Br. J. Surg. 77: 53-56, 1990
- 5 - CALAN, L.; PORTIER, G.; OZOUX, J. P. and cols. Carcinoma of the cardia and proximal third of the stomach. Results of surgical treatment in 91 consecutive patients. Am. J. Surg. 155: 481-485, 1988
- 6 - CLARKE, J.S.; CRUZE, K.; FARRA, S. E. and cols. The natural history and results of surgical therapy for carcinoma of the stomach. Am. J. Surg. 102: 143-152, 1961

- 7 - CLARK, C. G.; FRESINI, A. and GLEDHILL, T. Cancer following gastric surgery. Br. J. Surg. 72: 591-594, 1985
- 8 - CORDEIRO, M. A. e cols. Câncer gástrico. Análise de 69 casos. Trabalho de conclusão de curso. Departamento de Clínica Cirúrgica - Universidade Federal de Santa Catarina, 1989
- 9 - DENT, D. M.; MADDEN, M. V. and PRICE, S. K. Randomized comparison of R₁ and R₂ gastrectomy for gastric carcinoma. Br. J. Surg. 76: 110-112, 1988
- 10 - DIEHL, J. T.; HERMANN, R. E.; COOPERMAN, A. M. and cols. Gastric carcinoma. A ten year review. Ann. Surg. 198: 9-12, 1983
- 11 - DUPONT, J. B.; LEE, J. R.; BURTON, G. R. and cols. Adenocarcinoma of the stomach: review of 1,497 cases. Cancer 41: 941-947, 1978
- 12 - GENNARI, L; BOZZETTI, F.; BONFANTI, G. and cols. Subtotal versus total gastrectomy for cancer of the lower two-thirds of the stomach: a new approach to an old problem. Br. J. Surg. 73: 534-538, 1986
- 13 - GILBERTSEN, V. A. Results of treatment of stomach cancer. An appraisal of efforts for more extensive surgery and a report of 1,983 cases. Cancer 23: 1305-1308, 1969
- 14 - GOUZI, J. L.; HUCQUIER, M.; FAGNIEZ, P. L. and cols. Total versus subtotal gastrectomy for adenocarcinoma of the gastric antrum. Ann. Surg. 209: 162-166, 1989

- 15 - KOCK, N. G.; LEWIN, E. and PETERSON, S. Partial or total gastrectomy for adenocarcinoma of the cardia. Acta. Chir. Scand. 135: 340-344, 1969
- 16 - KOGA, S.; KISHIMOTO, H.; TANAKA, K. and cols. Results of total gastrectomy for gastric cancer. Am. J. Surg. 140: 636-638, 1980
- 17 - I. B. G. E. Dados epidemiológicos do Estado de Santa Catarina. Anais do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 1980, 1982
- 18 - IRVIN, T. T. and BRIDGER, J. E. Gastric cancer: an audit of 122 consecutive cases and the results of R₁ gastrectomy. Br. J. Surg. 75: 106-109, 1988
- 19 - ITOH, H.; OOHATA, Y.; NAKAMURA, K. and cols. Complete ten-year postgastrectomy follow-up of Early Gastric Cancer. Am. J. Surg. 158: 14-16, 1989
- 20 - LEHNERT, T.; STERNBERG, S. S.; SPROSSMANN, M. and cols. Early Gastric Cancer. Am. J. Surg. 157: 202-207, 1989
- 21 - MEYERS, W. C.; DAMIANO, R. J.; POSTLETHWAIT, R. W. and cols. Adenocarcinoma of the stomach. Changing patterns over the last 4 decades. Ann. Surg. 205: 1-8, 1987
- 22 - MIHOLIC, J. and KLEPETKO, W. Total gastrectomy and survival. Arch. Surg. 123: 1286-1287, 1988
- 23 - MORENO GONZÁLEZ, E.; GUTIERREZ, M. G.; LANDA GARCIA, I. e cols. Câncer gástrico no paciente maior de 65 anos. Estudo comparativo dos diferentes tipos de ressecção. Rev. Col. Bras. Cir. XV (5): 301-307, 1988

- 24 - MULLER, J. M.; KELLER, W. H.; BRENNER, U. and cols.
Indications and effects of preoperative parenteral
nutrition. World J. Surg. 10: 53-63, 1986
- 25 - NIELSEN, S. A. D.; AMDRUP, E.; CHRISTIANSEN, P. and
cols. Carcinoma of the stomach. An analysis of 385
cases treated - 1955 to 1964. Acta Chir. Scand.
140: 313-320, 1974
- 26 - NIELSEN, J.; AAGAARD, J. and TOFTGAARD, C. Gastric
cancer with special reference to prognostic fac-
tors. Acta Chir. Scand. 151: 49-55, 1985
- 27 - NOGUEIRA, A. M. M. F.; RASO, P. e TAFURI, W. L. Estu-
do de 1.000 casos de câncer gástrico. Análise crí-
tica das Classificações. Rev. Bras. Cancer. 29 (1):
47-57, 1982
- 28 - OKAMURA, T.; TSUJITANI, S.; KORENAGA, D. and cols.
Lymphadenectomy for cure in patients with Early
Gastric Cancer and lymph node metastasis. Am. J.
Surg. 155: 476-480, 1988
- 29 - OOHARA, T.; JOHJIMA, Y.; YAMAMOTO, O. and cols. Gas-
tric cancer in patients above 70 years of age.
World J. Surg. 8: 315-320, 1984
- 30 - OHMAN, U. and WETTERFORS, J. Carcinoma of the sto-
mach. Analysis of a clinical material and possible
ways of improving the prognosis. Acta Chir. Scand.
136: 219-226, 1970
- 31 - SAARIO, I.; SCHRODER, T.; LEMPINEM, M. and cols. Ana-
lysis of 58 patients surviving more than ten years
after operative treatment of gastric cancer. Arch.
Surg. 122: 1052-1054, 1987

- 32 - SAGAR, P. M.; WEDGWOOD, K. R. and BENSON, E. A. Surgery for gastric cancer. Lancet 165, January 21, 1989
- 33 - SALO, J. A.; SAARIO, I.; KIVILAAKSO, E. O. and cols. Near-total gastrectomy for gastric cancer. Am. J. Surg. 155: 486-489, 1988
- 34 - SOREIDE, O.; LILLESTOL, J.; VISTE, A. and cols. Factors influencing survival in patients with cancer of the stomach. Acta Chir. Scand. 148: 367-372, 1982
- 35 - SVARTHOLM, E.; LARSSON, S. A. and HAGLUND, U. Total gastrectomy in the elderly patient. Acta Chir. Scand. 153: 677-680, 1987

**TCC
UFSC
CC
0137**

N.Cham. TCC UFSC CC 0137

Autor: Maier, E vandro Lu

Título: Câncer gástrico : estudo da sob



972802331

Ac. 252966

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM