

Análise dos fatores prognósticos do câncer gástrico

Gastric cancer: analysis of prognostic factors

Ruth Patricia Velandia Moreno¹, Pedro Luiz Squilacci Leme², Carlos Alberto Malheiros³, Elias Jirjoss Ilias⁴, Francisco César Martins Rodrigues⁵, Fares Rahal⁶

Resumo

Objetivo: Estudo retrospectivo dos fatores prognósticos do câncer gástrico operado.

Métodos: Foram revisados os prontuários de 107 doentes com câncer gástrico, tratados no Hospital Central de Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, no período de junho de 1998 a fevereiro de 2000. Foi possível a análise de 70 doentes. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, estágio TNM (UICC - Union Internationale Contre le Cancer e AJCC - American Joint Committee on Cancer), classificação macroscópica de Borrmann, localização, tipo de tratamento operatório e foi aplicado o questionário de qualidade de vida proposto por Kassab. No grupo estudado foram relacionadas variáveis de sobrevivência e mortalidade para análise de proporções independentes.

Resultados: Houve predomínio do sexo masculino ($p < 0,05$). A média de idade foi de 59 anos. Usando a classificação de Borrmann, o tipo úlcero-infiltrativo (III) foi o mais encontrado (68,5%). O estágio IV foi o mais freqüente, aparecendo em 31,4% dos doentes. Quando foi possível a ressecção, a gastrectomia

subtotal com reconstrução à Billroth II e linfadenectomia D2 foi a operação mais realizada (20%). A localização mais freqüente foi no antro gástrico (68,8%), seguida pelo corpo (24,2%) e fundo ou cárdia (12,8%).

Não foi possível extirpar os tumores em 60% das operações. A sobrevivência do grupo estudado foi de 31,4% e a qualidade de vida, avaliada em um período de doze meses, em 22 doentes, foi regular para metade deles.

Conclusões: Os fatores prognósticos favoráveis no câncer do estômago foram: estágio precoce, idade inferior a 60 anos e a localização distal do tumor.

Descritores: Neoplasias gástricas/cirurgia; Prognóstico, Estadiamento de neoplasias, Qualidade de vida

Abstract

Background: Postoperative study of major determinant prognosis in gastric cancer.

Methods: Hospital records of 107 patients observed at Central Hospital of Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo were reviewed during the period of June 1998 through February 2000. It was possible the analysis of 70 patients. The studied variables were age, sex, TNM (UICC Union Internationale Contre le Cancer and AJCC - American Joint Committee on Cancer), stage Borrmann's macroscopic classification, location, sort of treatment and a questionnaire on life quality, proposed by Kassab was assessed as well. In the studied group, the surgical variables and mortality rates were related independently.

Results: There was a predominance of male sex ($p < 0,05$) the mean age was 59. Using Borrmann classification, the most common type (68,5%) was infiltrative carcinoma (III). The most frequent stage of disease was IV in 31,4% of patients.

In most of the cases, the surgical procedure the patients underwent was distal subtotal gastrectomy by Billroth II reconstruction and D2 lymphadenectomy (20%). The most frequent location was the

¹Ex-Residente do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

²Professor Assistente Doutor – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

³Professor Adjunto Doutor – Chefe de Área – Departamento de Cirurgia – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

⁴Professor Doutor – Universidade de Santo Amaro

⁵Professor Adjunto Doutor – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

⁶Professor Pleno – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Endereço: Pedro Luiz Squilacci Leme – tel.-fax: 4330-1977. Av. Nações Unidas, 561 - ap. 52 - Bairro: Chácara Inglesa, São Bernardo do Campo – SP - CEP: 09726-110

E-mail: gorableme@uol.com.br

antrum (68,8%), body (24,2%), fundus and cardia (12,8%).

Nonresective surgery rates were 60%. The survival rates of the studied patients (22) were 31,4% and postoperative life quality evaluated in a period of 12 months was fair in 50% of the group.

Conclusion: *Favorable prognostic factors in gastric cancer include early tumor stage at the moment of clinical presentation as well as patient's age under 60 and distal location of the tumor.*

KeyWords: *Stomach neoplasms;/surgery; Prognosis, Neoplasm staging, Quality of life*

Introdução

A incidência do câncer gástrico tem diminuído nos últimos anos. Nos Estados Unidos da América, sua incidência era de trinta casos por cada 100.000 habitantes na década de 1930. Até a década de 1950 era a principal causa de óbito entre os homens daquele país. Atualmente representa a sétima causa de morte e sua incidência caiu para oito casos em cada 100.000 habitantes. Apesar deste declínio, há uma tendência mundial de aumento dos tumores proximais do estômago em relação aos tumores distais, sendo relatado um aumento das neoplasias da cárdia, que de uma incidência de 33% na década de 1960, aumentou para 60% após 1970⁽¹⁾.

Nos países em desenvolvimento, o tratamento operatório do câncer gástrico se mantém como um desafio. Os doentes em geral procuram tratamento já com a doença em estádios avançados e a maior parte deles na sexta década de vida⁽²⁾. As condições de sobrevivência e qualidade de vida após o tratamento são pouco satisfatórias. O acompanhamento pós-operatório rigoroso, tentando evidenciar a recidiva em doentes assintomáticos, também não consegue aumentar a sobrevivência, inclusive após ressecções consideradas curativas⁽³⁾.

O câncer gástrico distal localizado pode ser curado em mais de cinquenta por cento dos doentes. Atualmente, a doença em fase inicial só representa dez a vinte por cento de todos os diagnósticos realizados nos Estados Unidos da América. Os fatores como idade, tamanho do tumor, tipo histológico e a presença ou não de metástases, são importantes para os resultados operatórios⁽⁴⁾.

O objetivo deste estudo foi analisar os doentes com adenocarcinoma gástrico, tratados entre junho

de 1998 e fevereiro de 2000, avaliando os fatores prognósticos do câncer do estômago. Foram estudados o sexo, a idade, localização do tumor, estágio, operação realizada, sobrevivência e foi pesquisada a qualidade de vida pós-gastrectomia por câncer gástrico, com o questionário simplificado desenvolvido por Kassab* e validado por Ilias⁽⁵⁾, aplicado a vinte e dois doentes que sobreviveram no período do estudo.

Método

Foram avaliados retrospectivamente 107 protocolos da Área de Estômago e Duodeno do Departamento de Cirurgia, do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, de doentes com adenocarcinoma gástrico operado.

Entre junho de 1998 e fevereiro de 2000, evidenciou-se uma perda de seguimento de 25 doentes (23,3%). Foram excluídos os tumores estromais do estômago e os tumores duodenais. Puderam ser analisados 70 doentes com adenocarcinoma gástrico tratados no período do estudo.

As variáveis consideradas foram: idade, sexo, localização do tumor e estágio. O estadiamento clínico foi feito segundo a classificação TNM modificada em 1985 (UICC - Union Internationale Contre le Cancer e AJCC - American Joint Committee on Cancer), onde a avaliação do tamanho do tumor foi substituída pela profundidade de invasão tumoral⁽⁶⁾.

Foram consideradas três localizações: antro, corpo e fundo ou cárdia, assim como as variáveis relacionadas à modalidade do tratamento. Em quarenta e dois doentes submetidos ao tratamento operatório, o tumor não era extirpável (60%).

Em todos foi realizada endoscopia com biópsia pré-operatória, sendo confirmado adenocarcinoma gástrico em 71,4% dos doentes.

A qualidade de vida foi avaliada, após o tratamento operatório, em vinte e dois doentes que sobreviveram, utilizando-se o questionário simplificado proposto por Kassab* e validado por Ilias⁽⁵⁾ em 2000. Este questionário considera doze itens: 1. Peso pós-operatório; 2. Aptidões físicas (andar, dirigir, cuidar de si próprio sem auxílio de terceiros); 3. Estado emocional, considerando sedação ou depressão; 4. Atividades sociais do dia-a-dia; 5. Apetite; 6. Disfagia ou sintomas de refluxo para o esôfago; 7. Fadiga; 8. Diarréia; 9. Obstipação; 10. Sente-se doente? 11. Capacidade para o trabalho e 12. Aspecto financeiro, devendo ser aplicado no primeiro ano após a operação.

* Kassab, P. Gastrectomy as a palliative treatment in gastric cancer. In: 37th World Congress of Surgery. International Surgical Week (ISW97). Gastric Cancer. Treatment modalities. Conference. Acapulco (Mexico): International Society of Surgery, 1997. APUD Ilias EJ. Qualidade de vida em pacientes gastrectomizados por câncer gástrico: validação de questionário simplificado e comparação entre gastrectomia subtotal e total. (Mestrado) São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2000. p. 28-30.

Para estabelecer quais as variáveis que tiveram influência independente, foi usado o teste do qui-quadrado (χ^2).

Resultados

Puderam ser estudados 70 doentes com adenocarcinoma gástrico operado e evidenciou-se uma perda de seguimento de 25 doentes (23.3%). Trinta e sete doentes tinham menos de 59 anos, sendo que a idade variou entre 28 e 82 anos, correspondendo à média de idade de 59,1, com desvio padrão de 10,8 anos. Algumas das variáveis estudadas (sexo, localização do tumor, classificação de Borrmann e estágio) estão representadas na Tabela 1.

Quando comparamos as variáveis por análise de proporções da sobrevivência e mortalidade, obtivemos que dos quarenta e nove doentes de sexo masculino, trinta e sete morreram durante o primeiro ano. As mulheres apresentaram uma mortalidade menor, havendo uma diferença significativa de mortalidade entre os dois sexos ($p < 0.05$).

Na variável da classificação macroscópica de

Tabela 1
Frequência das variáveis relacionadas às características de 70 doentes com câncer gástrico operado.

Variável	n (%)
Sexo	
Masculino	49 (70%)
Feminino	21 (30%)
Localização	
Antro	44 (62,8%)
Corpo	17 (24,2%)
Fundo/cárdia	9 (12,8%)
Borrmann	
Tipo III (úlcero-infiltrativo)	48 (68,5%)
Outros tipos	22 (31,4%)
Estádio	
I A	4 (5,7%)
I B	8 (11,4%)
II	14 (20%)
III A	17 (24,2%)
III B	5 (7,1%)
IV	22 (31,4%)

Tabela 2
Variáveis relacionadas à sobrevivência e mortalidade de 70 doentes com câncer gástrico operado.

Variável	Total	Sobreviveram (n = 22)	Morreram (n = 48)	p
Número de doentes	70	22	48	
Sexo				
Masculino	49	12 (54,5%)	37 (77,0%)	< 0,05
Feminino	21	10 (45,4%)	11 (22,9%)	
Idade				
≤ 59	37	16 (72,7%)	21 (43,7%)	< 0,05
≥ 59	33	6 (27,2%)	27 (56,2%)	
Borrmann				
Outros tipos	22	5 (22,7%)	17 (35,4%)	
Tipo III	48	17 (77,2%)	31 (64,5%)	< 0,05
Tipo histológico				
- Padrão gástrico:				
Mucinoso	21	6 (27,2%)	15 (31,2%)	
Tubular	21	3 (13,6%)	18 (37,5%)	< 0,001
- Padrão intestinal:				
Moderadamente diferenciado	21	8 (36,3%)	13 (27,0%)	
Bem diferenciado	7	5 (22,7%)	2 (4,1%)	
Operação				
GS B I	1	1 (4,5%)	0 (0%)	
GS B II (paliativa)	11	9 (40,9%)	2 (4,1%)	< 0,05
GS B II e linfadenectomia D2	14	2 (9,0%)	12 (25%)	
Gastrectomia total	2	0 (0%)	2 (4,1%)	
- Tumor não extirpável (42)				<0,001
Gastroentero-anastomose	16	10 (45,4%)	6 (12,4%)	
Laparotomia não terapêutica	26	0 (0%)	26 (54,1%)	

GS B I: Gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth I

GS B II: Gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II

Borrmann, notamos que no tipo III (úlcero-infiltrativo), a mortalidade foi significativamente maior ($p < 0,05$), quando comparada com os que apresentaram outros tipos da mesma classificação.

Na análise específica do tipo histológico do tumor e sobrevivência, os adenocarcinomas de padrão gástrico, em sua forma tubular, se acompanharam de uma sobrevivência estatisticamente menor ($p < 0,001$).

Com relação à análise específica da localização do tumor e mortalidade, o tumor do antro foi o mais frequente, com uma taxa elevada de mortalidade (56,2%).

Na avaliação estatística do estadiamento e índice de sobrevivência, foram encontrados dados significativos para os doentes com estágio IV (T3N2M1 e T4N2M1); estes dados são mostrados na Tabela 3.

Dos 70 doentes submetidos ao tratamento operatório, em onze foi realizada a gastrectomia subtotal com reconstrução à B II (paliativa). Nove sobreviveram durante o período estudado, dado estatisticamente significativo ($p < 0,05$) quando comparado com os doentes submetidos ao mesmo procedimento associado à linfadenectomia D2 (14 operados e 2 sobreviventes). Este resultado é significativamente superior ao grupo de doentes com tumor não extirpável ($p < 0,001$), conforme a Tabela 4. O grupo submetido à cirurgia paliativa apresentou uma maior sobrevivência. Este dado foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$) e as variáveis são apresentadas na Tabela 2.

Foi possível aplicar o questionário de qualidade de vida⁽⁵⁾ em vinte e dois doentes que sobreviveram

até o final do estudo. A qualidade de vida foi regular em metade deles (11), boa em seis (27%) e má em cinco (23%). Nenhum doente apresentou qualidade de vida muito boa (Figura 1).

Tabela 3

Variáveis de localização e estadiamento relacionadas à sobrevivência e mortalidade de 70 doentes com câncer gástrico operado

Variável	Sobreviveram n = 22	Morreram n = 48
Localização do tumor		
Fundo e cárdia	2 (9,0%)	7 (14,5%)
Corpo	3 (13,6%)	14 (29,1%)
Antro	17 (77,2%)	27 (56,2%)
Estadiamento		
T1NXMX	2 (9,0%)	0 (0%)
T1N0MX	1 (4,5%)	1 (2,0%)
T2NXMX	1 (4,5%)	1 (2,0%)
T2N0MX	4 (18,1%)	2 (4,1%)
T3NXMX	5 (22,7%)	2 (4,1%)
T3NXM1	1 (4,5%)	1 (2,0%)
T3NOMX	2 (9,0%)	2 (4,1%)
T3N0M0	1 (4,5%)	0 (0%)
T3NIMX	5 (22,7%)	7 (14,5%)
T3N2M1	0 (0%)	5 (10,4%)
T3N2M1	0 (0%)	2 (4,1%)
T4N2MX	0 (0%)	3 (6,2%)
T4N2M1	0 (0%)	22 (45,8%)

Tabela 4

Variáveis relacionadas às operações realizadas em 70 doentes com câncer gástrico.

Variável	Sobreviveram	Morreram	p
Gastrectomias paliativas (12)	10	2	< 0,05
- GS B I (1)			
13 - 24 meses	1	0	
- GS B II (11)			
0 - 12 meses	9	2	
13 - 24 meses	9	0	
Linfadenect. D2 e gastrectomia total (16)	2	14	
- GS B II e linfadenectomia D2 (14)			
0 - 12 meses	2	12	< 0,05
13 - 24 meses	2	0	
- Gastrectomia total (2)			
0 - 12 meses	0	2	
Tumor não extirpável (42)	0	42	< 0,001
Gastroentero-anastomose (16)			
0 - 12 meses	10	6	
13 - 24 meses	0	10	
Laparotomia não terapêutica (26)			
0 - 12 meses	6	20	< 0,001
13 - 24 meses	0	6	

GS B I: Gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth I

GS B II: Gastrectomia subtotal com reconstrução à Billroth II

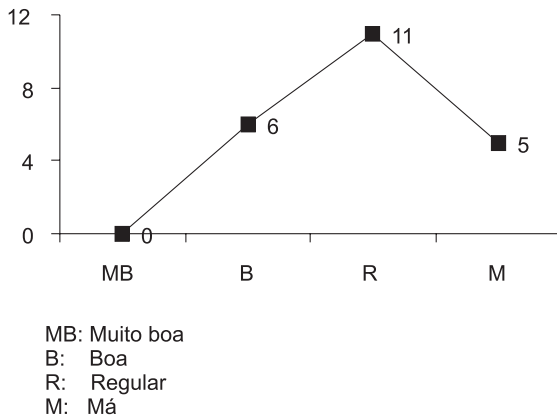


Figura 1 - Sobrevivência (meses) e qualidade de vida (questionário simplificado) de 22 doentes operados, com câncer gástrico.

Discussão

A classificação de Borrmann** (1926), para o câncer gástrico avançado, descreve quatro tipos macroscópicos de tumor e os carcinomas gástricos que não se enquadram nestes padrões clássicos podem ser agrupados como um quinto tipo (V). O tipo III desta classificação corresponde ao câncer em sua forma úlcero-infiltrativa, que em nosso meio é considerado o tipo mais freqüente, podendo ocorrer em metade dos doentes. Em nosso estudo esta forma foi identificada em mais de sessenta e oito por cento dos doentes, sendo a forma mais freqüente nos que sobreviveram e também nos que faleceram em virtude da doença.

Vários fatores podem ser avaliados no estudo do prognóstico do adenocarcinoma gástrico, mas alguns ainda necessitam de comprovação clínica⁽⁷⁾. Algumas variáveis consideradas são a idade, a localização do tumor e os marcadores tumorais séricos. Durante a operação são consideradas as margens cirúrgicas, a extensão da ressecção e da dissecação linfonodal, assim como a citologia do líquido peritoneal. O estágio (TNM), o tipo histológico e a diferenciação celular podem ser avaliados. Recentemente os marcadores moleculares também passaram a ser valorizados⁽⁷⁾.

Os resultados do tratamento operatório do câncer gástrico não são satisfatórios e não melhoraram nos últimos anos, apesar do desenvolvimento do suporte hospitalar. Rosenberg relatou uma sobrevida

de cinco anos após gastrectomia subtotal de 17% e a gastrectomia total tinha 7,6% de sobreviventes após este mesmo período⁽⁸⁾. Os relatos de séries recentes também são desapontadores e os maus resultados se devem principalmente ao tratamento das formas avançadas da doença^(8,9). Mesmo nos portadores de outras doenças associadas igualmente graves, como as doenças cardíacas, da aorta ou das coronárias, o prognóstico é limitado pelo estágio do câncer gástrico⁽⁹⁾.

Em nosso estudo, a ressecção subtotal com esvaziamento ganglionar ou ressecção paliativa foi possível em 26 de 70 doentes e a operação permitiu a sobrevivência de doze deles durante o período estudado (46,1%). A maioria dos doentes avaliados (42 em 70), apresentava tumores não extirpáveis quando operados (60%). Estes dados demonstraram a gravidade das neoplasias tratadas e em parte explicam os resultados desfavoráveis. A perda de seguimento de vinte e cinco doentes (26,3%), também prejudicou a análise adequada dos dados apresentados.

Os tumores gástricos proximais apresentam prognóstico ruim, assim como o estágio III ou maior, as metástases ou micrometástases linfonodais⁽¹⁰⁾, a presença de mais de quatro linfonodos comprometidos, a invasão da serosa, a pouca diferenciação celular e a anaploidia do tumor. O comprometimento da cárdia, principalmente quando existe invasão maior que três centímetros do esôfago e de linfonodos para-aórticos ou mediastinais pioram o prognóstico^(11,12).

Nos tumores da cárdia e da junção gastro-esofágica, três fatores principais afetam o resultado operatório: a propagação via submucosa para a parede esofágica, o que aumenta o risco de tumor residual na linha de ressecção; a alta prevalência de metástases para linfonodos regionais e mediastinais inferiores e a invasão tumoral, envolvendo estruturas adjacentes, próximas ao hiato esofágico.

O objetivo é que a cirurgia torne o doente livre de doença (R 0 segundo classificação da UICC), com mínima morbidade e letalidade. A ressecção de estruturas adjacentes invadidas pelo tumor deve ser realizada para se obter margens livres e taxas de sobrevivência maiores que cinco anos (entre 5% e 48%), dependendo do local e da extensão da invasão. É necessária a dissecação radical de linfonodos para remover a rede linfática de drenagem e este deve ser considerado o tratamento padrão^(11,13).

O estágio avaliado pelo TNM é o fator prognóstico mais importante⁽⁷⁾, sendo considerado um fator

** Borrmann R, Henke F, Lubarsch O. *Handbuch der speziellen pathologischen anatomie und histologie*. Berlin: Julius Springer; 1926. v.4, p.865 APUD Iriya K. *Anatomia patológica do adenocarcinoma gástrico*. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani CC, Malheiros CA et al, (editores). *Câncer do estômago: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Andrei Editora; 2002. p. 139-46.

prognóstico independente quando estudado com análise multivariada ⁽¹⁴⁾. A profundidade da invasão tumoral e o comprometimento linfonodal estão frequentemente relacionados aos resultados clínicos. Atualmente se considera mais o número de linfonodos comprometidos e não sua distribuição anômica. As metástases linfonodais podem fornecer informações importantes a respeito da sobrevivência dos doentes estudados ⁽¹⁰⁾.

Existem diferenças significativas entre os resultados do tratamento operatório do câncer gástrico quando são comparados os valores obtidos no Ocidente, onde o índice de sobrevivência após cinco anos é de 17,5% nos Estados Unidos e 36,5% na Alemanha, com os resultados obtidos no Japão, onde esta sobrevivência é de 63,6% ⁽¹⁵⁾. Os dados obtidos em nosso estudo foram bem inferiores e demonstraram o longo caminho a ser percorrido por nosso Sistema Público de Saúde, que tem enormes falhas quanto ao acesso dos doentes ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado em um curto espaço de tempo, fatores fundamentais para que resultados mais favoráveis possam ser obtidos.

No Ocidente, a gastrectomia D1 com remoção exclusiva das cadeias ganglionares perigástricas, é a operação mais utilizada. Existe resistência à dissecação radical dos linfonodos mais distantes em função dos maiores índices de morbidade deste procedimento e muitos cirurgiões americanos ainda consideram que a dissecação linfonodal a D2 não consegue elevar os índices de sobrevivência ⁽¹⁵⁾. Nos doentes apresentados neste estudo, a opção pela dissecação linfonodal radical sempre foi considerada como “padrão ouro” do tratamento e não foi realizada apenas se a operação inicialmente foi considerada paliativa ou as condições do doente não permitiam este tipo de abordagem.

Os fatores prognósticos aqui estudados estão de acordo com os achados descritos na literatura ^(2,7,16). Em geral os doentes encontram-se na sexta década de vida e procuram tratamento já com tumores avançados. Em nossa casuística, encontramos um predomínio do sexo masculino nos doentes com adenocarcinoma gástrico. Aproximadamente metade dos doentes (37), tinha menos de 59 anos. Houve uma maior incidência de tumores no antro (62,8%), números que confirmam uma alta incidência de câncer no estômago distal em nosso meio.

Atualmente, nos Estados Unidos da América, aproximadamente 40% das neoplasias gástricas são encontradas no antro, 25% no corpo, e 35% no fundo ou junção esôfago-gástrica ⁽¹⁾. Salvon-Harman et al, mostraram uma mudança estatisticamente significativa na localização do câncer de terço proximal do estômago, que de 32% no período de 1975 a 1980,

aumentou para 54% no período de 1985 a 1990 ⁽¹⁷⁾.

O câncer gástrico em fase inicial, sem metástases para gânglios linfáticos, pode ser curado; já em fase avançada, está associado a um prognóstico sombrio ⁽¹⁰⁾. Na atualidade, nenhum meio terapêutico, com exceção da ressecção cirúrgica radical, oferece probabilidade de cura ⁽¹⁸⁾. A gastrectomia padronizada e radical D2 seria o melhor tratamento para o câncer gástrico no estágio II e melhoraria o índice de sobrevivência em cinco anos nos doentes do estágio III ⁽¹⁵⁾. Em nosso estudo, os doentes com estágios avançados apresentaram uma mortalidade significativa: 35,8% nos tumores extirpáveis e 45,8% quando a ressecção não foi possível. A análise da tabela 4 nos confirma que o aumento da mortalidade aqui observado coincide com os achados informados por outros autores ⁽²⁾. Verificou-se uma mortalidade significativa (85,7%) durante os primeiros 12 meses do estudo, quando foram avaliados os doentes submetidos à gastrectomia subtotal com reconstrução à B II e linfadenectomia D2. A evolução pós-operatória mostrou que estas operações foram paliativas, considerando que doze dos catorze doentes estudados sobreviveram durante os primeiros doze meses do estudo. Apenas dois destes doentes estavam vivos até dois anos após a operação.

O conceito de qualidade de vida foi introduzido inicialmente como meta do tratamento médico para doentes terminais. Posteriormente, a expressão passou a significar que não só a cura e a sobrevivência deveriam ser levadas em consideração no tratamento da doença, mas também o bem-estar do doente após a terapêutica. Este argumento é importante no campo da reabilitação, tratamento de doenças crônicas e em especial na oncologia. Os instrumentos para medir a qualidade de vida situam-se em duas categorias: os genéricos e os específicos. As medidas genéricas avaliam aspectos gerais da qualidade de vida, aplicáveis a diversas populações. Elas permitem comparações muito amplas do resultado de intervenções médicas de assistência à saúde. Os instrumentos específicos são ajustados às doenças ou populações em particular e enfocam limitações funcionais ou incapacidade, produzidas pelas moléstias e seu tratamento, experimentadas pela população em estudo ⁽⁵⁾.

Este estudo mostrou que a qualidade de vida não dependeu da idade, do tipo de ressecção e do estadiamento. Devemos considerar que a melhora dos resultados só será possível com a precocidade do diagnóstico e a terapêutica operatória adequada, garantindo uma melhor qualidade de vida.

A análise dos resultados deste artigo mostrou que os fatores prognósticos favoráveis do câncer de estômago foram: a localização distal do tumor, a idade inferior a 60 anos e o estadiamento mais favorável.

Referências bibliográficas

1. El Haje AA, Foletto H, Kruehl NF, Araújo PA, El Haje AMSV, El Haje SA. Carcinoma gástrico: estudo comparativo relacionado à localização tumoral, resultados imediatos. *Rev Col Bras Cir* 1997; 24:23-7.
2. Bevilacqua RG, Alcântara PSM, Zanvetto PH, Pollara WM, Soares LA. Fatores prognósticos das complicações pós-operatórias nas ressecções por câncer gástrico. *Rev Col Bras Cir* 1996; 33:51-5.
3. Bennett JJ, Gonen M, D'Angelica M, Jaques DP, Brennan MF, Coit DG. Is detection of asymptomatic recurrence after curative resection associated with improved survival in patients with gastric cancer? *J Am Coll Surg* 2005; 201:503-10.
4. Correa P. Etiopatogenia del câncer gástrico. *Trib Méd (Bogotá)* 1994; 89:261-2.
5. Ilias EJ. Qualidade de vida em pacientes gastrectomizados por câncer gástrico: validação de questionário simplificado e comparação entre gastrectomia subtotal e total. [Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. UICC (União Internacional Contra o Câncer). TNM Classificação dos tumores malignos. 4ª ed. Brasília (DF): Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1989. 197p.
7. Ribeiro Jr U, Safatle-Ribeiro AV, Pinto Jr. PE, Matsuda M, Bresciani CC, Jacob CE, et al. Fatores prognósticos do câncer gástrico. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani C, Malheiros CA, et al. (editores). Câncer do estômago: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. São Paulo: Andrei Editora; 2002. p. 285-306.
8. Rosemberg D. Tratamento do câncer de estômago: novos métodos auxiliares na cirurgia. *Rev Col Bras Cir* 1987; 14:1-3.
9. Tsuji Y, Morimoto N, Tanaka H, Okada K, Matsuda H, Tsukube T, et al. Surgery for gastric cancer combined with cardiac and aortic surgery. *Arch Surg* 2005; 140: 1109-14.
10. Lee HS, Kim MA, Yang HK, Lee BL, Kim WH. Prognostic implication of isolated tumor cells and micrometastases in regional lymph nodes of gastric cancer. *World J Gastroenterol* 2005; 11:5920-5.
11. Correia MM, Brennan MF. Conduta terapêutica atual no adenocarcinoma da cárdia e da junção esofagogástrica. *Rev Col Bras Cir* 1998; 25:53-60.
12. Doglietto GB, Pacelli F, Caprino P, Sgadari A, Crucitti F. Surgery: independent prognostic factor in curable and far advanced gastric cancer. *World J Surg* 2000; 24:459-64.
13. Pacelli F, Papa V, Caprino P, Sgadari A, Bossola M, Doglietto GB. Proximal compared with distal gastric cancer: multivariate analysis of prognostic factors. *Am J Surg* 2001; 67:697-703.
14. Luebke T, Baldus SE, Grass G, Bollschweiler E, Thiele J, Dienes HP, et al. Histological grading in gastric cancer by Ming classification: correlation with histopathological subtypes, metastasis, and prognosis. *World J Surg* 2005 ;29: 1422-7.
15. Lopasso FP. Câncer gástrico: linfadenectomia, técnica, padronização e resultados. In: Gama-Rodrigues JJ, Lopasso FP, Del Grande JC, Safatle NF, Bresciani C, Malheiros CA, et al. (editores). Câncer do estômago: aspectos atuais do diagnóstico e tratamento. São Paulo: Andrei Editora; 2002. p. 189-212.
16. Bresciani CJC, Rodrigues JJG. Tratamento adjuvante do câncer gástrico avançado após ressecção radical: resultados da associação 5-fluoracil adriamicina e mitomicina c. *Rev Col Bras Cir* 1997; 24:219-20.
17. Salvon-Harman JC, Cady B, Nikulasson S, Khettry U, Stone MD, Lavin P. Shifting propositions of gastric adenocarcinoma. *Arch Surg* 1994; 124:381-9.
18. Yokota T, Kunii Y, Teshima S, Yamada Y, Saito T, Takahashi M, et al. Significant prognostic factors in patients with node-negative gastric cancer. *Int Surg* 1999; 84:331-6.

Data de recebimento: 19/09/2005

Data de Aprovação: 09/11/2005