

TÍTULO:

Protocolo de tratamento de obstrução intestinal maligna inoperável:
- Um estudo prospectivo de 80 casos no Centro Hospitalar Universitário de Grenoble.

AUTORES:

Guillemette Laval, MD, Catherine Arvieux, MD, PhD, Laetitia Stefani, MD, Marie-Laure Villard, MD, Jean-Phillippe Mestrallet, MD, e Nicolas Cardin, MD - Unité de Recherche et de Soutien en Soins Palliatifs (G.L., M.L.V.) and Oncologie Médicale (L.S.), Département de Cancerologie et d'Hématologie ; and Département de Chirurgie Digestive et de l'Urgence (C.A., J.P.M., N.C.), Le Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, Grenoble, France.

REVISTA :

Journal of Pain and Symptom Management – Vol 31 N° 6 June 2006

RESUMO:

O projecto foi desenvolvido por uma equipa de especialistas do foro da medicina, cirurgia e medicina paliativa do Hospital Central Universitário de Grenoble (CHUG), França.

O estudo analisado teve como objectivos: 1) a elaboração de um protocolo médico-cirúrgico específico, que permitisse uma resposta imediata e eficaz para as situações de obstrução intestinal em doentes oncológicos terminais, com carcinomatose peritoneal, inoperável e 2) o alívio sintomático, no mais curto período de tempo, limitando, no tempo, o uso de SNG, promovendo a optimização das possíveis soluções terapêuticas, maximizando a qualidade de vida dos doentes.

O Protocolo constou de três fases terapêuticas sucessivas, nomeadamente a Fase I que implicava a resolução da obstrução com a administração de corticosteróides e obtenção do alívio sintomático através de terapêutica medicamentosa como: antieméticos, anticolinérgicos e analgésicos, durante 5 dias. Esgotadas as respostas com esta intervenção, o doente era incluído na Fase II que se caracterizava pela substituição da terapêutica instituída por octreotídeo, durante 3 dias. Com a falência desta intervenção ponderava-se a inclusão na Fase III que incluía a realização de uma gastrostomia.

O estudo teve uma duração de 4 anos (Jan/2000 a Jan/2004). Foram incluídos 75 doentes (51 M e 24 H), com uma média de idades de 64 anos (22-99 anos), com doença avançada e carcinomatose peritoneal, que desenvolveram 80 episódios de oclusão intestinal. As neoplasias do ovário e cólon/recto foram responsáveis por 53% dos casos.

Em 30 (37%) doentes previamente medicados com corticosteróides, a dose foi aumentada em 100%, ao serem incluídos no estudo.

Dos dados obtidos, na Fase I, destacam-se que 25 (31%) doentes conseguiram resolução total da oclusão e um controlo efectivo dos sintomas. Não houve resolução da oclusão intestinal, numa percentagem idêntica, recorrendo a uma intervenção cirúrgica (gastrostomia) para resolução da mesma. Foi evidente um adequado controlo de sintomas com tratamento médico, em 62% dos casos.

Do grupo que transitou para a Fase II, 11 (13%) doentes obtiveram controlo efectivo dos sintomas, mas a resolução da oclusão intestinal só foi possível em quatro casos.

A Fase III incluiu 14 pessoas, mas apenas 10 (13%) fizeram gastrostomia. Os doentes deste estadio apresentavam uma média de idade de 57,9 anos, com predomínio das mulheres (8).

Dos resultados obtidos, concluiu-se que 90% (72) dos casos foram controlados, com ou sem necessidade de gastrostomia.

A oclusão intestinal foi resolvida em 53% dos episódios, num período inferior a cinco dias, enquanto 20% dos doentes precisaram de seis a 10 dias e 17% das situações necessitaram de um período superior a 10 dias. Não foi obtido qualquer alívio em 10% dos doentes que mantiveram queixas de vómitos refractários, justificando a utilização de SNG por longo período, até à sua morte. O tempo médio necessário para a realização de gastrostomia foi de 20 dias (12-35 dias).

A sobrevida média global desde o início do estudo foi de 31 dias (7-521 dias), tendo sido de 13 dias (6-125 dias), após a gastrostomia. Foram excluídos do protocolo oito doentes. Nestes a sobrevida média foi de 17 dias (4-65 dias).

COMENTÁRIO

A análise deste trabalho orienta para a necessidade de abordagem e intervenção, em cuidados paliativos, numa perspectiva conjunta de várias especialidades, em função da promoção da qualidade de vida. Pode ser possível uma intervenção eficaz, no mais curto espaço de tempo, em situações emergentes e de extrema gravidade, como acontece com o quadro de oclusão intestinal maligna, em fase avançada.

A tomada de decisões passou pela definição de estratégias, elaboradas por uma equipa interdisciplinar de médicos da medicina e da cirurgia, intervenientes no plano de cuidados, que após o diagnóstico estabelecido, desenharam um protocolo de actuação que permitisse uma resposta imediata a uma situação de oclusão previamente instalada. A credibilidade deste trabalho teve por base nas recomendações da EAPC associadas à experiência dos vários intervenientes.

Com este tipo de actuação evitaram-se intervenções de carácter intensivista, limitando a cirurgia à gastrostomia e apenas em presença de falência médica. A definição de uma estratégia terapêutica simples e rápida permitiu o controlo efectivo dos sintomas, limitando tanto quanto possível a utilização de SNG, por longos períodos de tempo.

O tratamento médico foi eficaz no controlo de sintomas em cerca de 76% dos casos (Fase I e Fase II), sendo de cinco a dez dias o tempo necessário para a efectivação do controlo de sintomas em 73% dos episódios de oclusão. O Octreotide mostrou-se uma estratégia alternativa em 31% das situações.

Do estudo é ainda possível realçar o papel importante dos corticosteróides, que associados ou não a outro tipo de terapêutica, dirigida aos sintomas presentes, conduziram a um resultado de sucesso, com controlo adequado dos sintomas e resolução da oclusão intestinal.

A percentagem de sucesso de 90% das situações, no controlo de sintomas e na resolução da oclusão intestinal, conduz a uma atitude de ponderação na actuação terapêutica e na referenciação destes doentes. A

percentagem de gastrostomias (13%) define uma alternativa possível, desde que exista uma equipa sensibilizada para esta intervenção, em tempo útil, permitindo uma razoável e aceitável qualidade de vida.

Ana Bernardo
Hospital Residencial do Mar
Médica, Mestre em Cuidados Paliativos
bernaana@gmail.com