CIENTIFICIDADES
ARTIGOS ORIGINAIS
NUTRÍCIAS

Evolução Nutricional em Doentes Oncológicos submetidos a Colocação de Prótese Esofágica: Estudo Retrospectivo

Nutritional Follow-up in Oncological Patients after Esophageal Stent Placement: a Retrospective Study

CLÁUDIA TORRES[1], PAULA ALVES[2], ELISABETE PINTO[1]

RESUMO

Introdução: A colocação de prótese esofágica é um procedimento eficaz que consegue restituir a via oral para alimentação corrente em doentes com obstrução esofágica.

Objectivos: Avaliar, retrospectivamente, a evolução nutricional em termos de ingestão alimentar, sintomatologia relacionada com a ingestão alimentar e evolução antropométrica, de todos os doentes que colocaram prótese esofágica no IPOPFG, E.P.E., entre Janeiro de 2009 e Dezembro de 2010 e cujo diagnóstico principal era cancro do estômago ou do esófago.

Metodologia: Estudo observacional descritivo de 98 doentes. Avaliaram-se os registos nutricionais e alimentares patentes nos processos clínicos dos doentes oncológicos que colocaram prótese esofágica no período referido. Foi elaborado um protocolo para a obtenção destes dados.

Resultados: A maioria (75,5%) dos indivíduos era do sexo masculino e 57,1% tinham idades superiores a 60 anos, sendo as mulheres, significativamente, mais velhas. O diagnóstico principal de 76,5% dos doentes era cancro do esófago. Em relação à sintomatologia prévia à colocação da prótese, praticamente todos os doentes (n=90) apresentavam disfagia, sendo que para 49,5% dos casos se tratava de disfagia para sólidos. Quanto ao tipo de prótese, 63,3% dos doentes colocaram próteses auto-expansíveis metálicas não cobertas. O tempo mediano entre o diagnóstico e o óbito foi de 354,0 dias e entre a colocação da primeira prótese e o óbito foi de 124,5 dias. Comparando o peso habitual com a primeira avaliação do peso após colocação da prótese, os doentes perderam uma mediana de 16kg (P25;P75: 12,5;24,0).

Conclusões: Estes tipos de cancros estão associados a perdas de peso importantes, em parte condicionadas pela disfagia. Sendo um estudo retrospectivo, atendendo ao número de Consultas de Nutrição de monitorização e consequentes avaliações nutricionais disponíveis após a colocação da prótese, não foi possível medir objectivamente o benefício da colocação da prótese no que respeita ao estado nutricional. Contudo, certamente que o propósito de permitir a alimentação oral foi atingido, facto altamente valorizado pelos doentes.

PALAVRAS-CHAVE: Doente oncológico, Cancro do esófago, Cancro do estômago, Próteses esofágicas, Disfagia, Sobrevida

ABSTRACT

Introduction: The esophageal stent placement is an effective procedure to restore the intake "per os" in patients with esophageal obstruction.

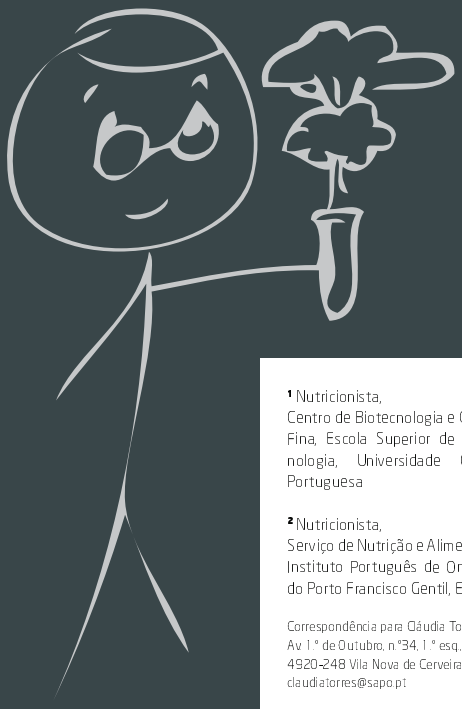
Objectives: To describe, retrospectively, the evolution of nutritional intake, symptoms associated with food intake and anthropometry of all the patients submitted to an esophageal stent placement in IPOFG, EPE, between January 2009 and December 2010, for which the main diagnosis was esophageal or gastric cancer.

Methodology: Observational descriptive study of 98 patients. We assessed the nutritional and dietary records in medical files of cancer patients with esophageal stent placement in the study period. Data were collected with a standardized protocol.

Results: The most (75,5%) of participants were men and 57,1% were older than 60 years, with women being significantly older. The main diagnosis for 76,5% of patients was esophageal cancer. Regarding the symptoms prior to placement of the stent, almost all patients (n = 90) had dysphagia, and for 49,5% was dysphagia to solids. Regarding the type of the stent, 63,3% of patients received a non-covered self-expanding metal stent. The median time between diagnosis and death was 354,0 days and between the placement of the first stent and the death was 124,5 days. Comparing the usual weight with the weight near the stent placement, patients lost a median of 16kg (P25;P75: 12,5;24,0).

Conclusions: These cancers are associated with significant weight losses, partly due to dysphagia. As a retrospective study, being in account the number of nutrition assessments available after stent placement, it was not possible to objectively measure the benefit of the stent placement regarding the nutritional status. However, the purpose of allowing oral feeding was certainly achieved, indeed highly valued by patients.

KEYWORDS: Cancer patient, Esophageal cancer, Gastric cancer, Esophageal stent, Dysphagia, Survival



[1] Nutricionista, Centro de Biotecnologia e Química Fina, Escola Superior de Biotecnologia, Universidade Católica Portuguesa

[2] Nutricionista, Serviço de Nutrição e Alimentação, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

Correspondência para Cláudia Torres: Av 1.º de Outubro, n.º34, 1.º esq, 4920-248 Vila Nova de Cerveira claudiatorres@sapo.pt

Recebido a 5 de Janeiro de 2012
Aceite a 22 de Agosto de 2012

INTRODUÇÃO

O cancro é uma das principais causas de morte a nível mundial, tendo sido responsável por aproximadamente 13% das mortes em 2008 (1). O cancro do estômago é um dos mais frequentes em todo o mundo, no entanto as taxas de incidência e de mortalidade têm vindo a diminuir desde há décadas (1,2). O cancro do esófago, apesar de menos incidente, é um dos mais difíceis de tratar (2). Estima-se que a sobrevida

no cancro do esófago seja de 4 a 6 meses após diagnóstico, com uma sobrevida ao fim de 5 anos inferior a 10% (3-5). Actualmente, o cancro do esófago é o 7.º tipo de cancro mais comum no mundo (6,7), apresentando-se como a 6.ª principal causa de morte por cancro (8). O cancro do estômago é o 4.º tipo de cancro mais comum no mundo mas muito menos letal do que o cancro do esófago (9).

A disfagia é um sintoma frequente nos doentes que padecem de qualquer um destes tipos de cancro, especialmente no do esófago. A colocação endoscópica de uma prótese esofágica é um recurso valioso na desobstrução do esófago e no alívio da disfagia, melhorando-a, em média, de uma disfagia grau 3 para uma disfagia grau 1 (10). Este procedimento pretende manter a ingestão de alimentos por via oral, permitindo uma melhoria da qualidade de vida dos doentes. No entanto, este procedimento não é isento de riscos, podendo ocorrer perfuração, hemorragia, pneumonia por aspiração, febre e dor (11,12), de 5% a 15% dos casos (13). Por outro lado, o crescimento do tumor implica, por vezes, a colocação de nova prótese.

A perda de peso corporal está muito associada a estes dois tipos de cancro, sendo por vezes o sintoma que conduz ao seu diagnóstico. Com a evolução da doença, a perda de peso tende a agravar, principalmente devido à disfagia. É expectável que a colocação da prótese contribua para travar esta perda de peso e até permitir uma melhoria do estado nutricional dos doentes. Contudo, são raros os estudos que avaliaram os doentes após a colocação da prótese no sentido de medir a eficácia do procedimento, nomeadamente, em termos de evolução nutricional.

OBJECTIVOS

Avaliar, retrospectivamente, todos os doentes que colocaram prótese esofágica no IPOPFG, E.P.E. no período de 1 de Janeiro de 2009 a 31 de Dezembro de 2010 e que tinham como diagnóstico principal cancro do esófago ou do estômago. Caracterizaram-se estes doentes do ponto de vista sociodemográfico, estadio da doença e motivo da colocação da prótese, tipo de prótese aplicada, alterações da ingestão alimentar após a colocação de prótese, evolução antropométrica e determinação da sobrevida após a colocação da prótese.

METODOLOGIA

Foi elaborado um protocolo para a obtenção de dados referentes à caracterização sociodemográfica e situação clínica. Registou-se o tipo de prótese aplicada e o motivo da sua aplicação, a duração do internamento após a colocação da prótese e o tipo de alimentação praticada pelo doente aquando do internamento. Analisou-se a ingestão alimentar após a colocação de prótese com base nos registos que constavam nos processos clínicos. A sobrevida foi estimada como a diferença entre as datas de diagnóstico e de óbito, e a sobrevida após a colocação da prótese foi determinada pelo tempo decorrido entre a colocação da prótese e o óbito. Obtiveram-se, dados relativos à estatura, peso habitual enquanto saudável e peso prévio ao diagnóstico. Recolheram-se, ainda, os registos de peso aferidos nas Consultas de Nutrição subsequentes à colocação da prótese. E, posteriormente calculou-se o Índice de Massa Corporal (IMC) habitual e o IMC aquando da colocação da prótese.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Previamente à informatização dos dados foi criado um manual de codificação de variáveis. Posteriormente, os dados foram introduzidos numa folha de *Excel*® e analisados estatisticamente utilizando o *software* PASW 18.0®.

A descrição das variáveis categóricas foi feita através de proporções e a descrição das variáveis contínuas através de medianas e respectivos intervalos interquartis, após se ter verificado a assimetria da sua distribuição (através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*). A comparação de proporções foi feita através dos testes de qui-quadrado e exacto de *Fisher* e a comparação de médias através do teste de *Kruskal-Wallis H*. Em toda a análise foi considerado um nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Na amostra estudada (n=98), 75,5% dos doentes pertenciam ao sexo masculino. Relativamente à distribuição etária, 14,3% tinham idades inferiores ou iguais a 50 anos e a maioria (57,1%) tinham idades superiores a 60 anos. As mulheres eram significativamente mais velhas (p=0,001). Dois terços das mulheres viviam sozinhas ou com os filhos, enquanto 58,1% dos homens viviam com o cônjuge (Tabela 1).

A maioria dos doentes (76,5%) apresentava cancro do esófago, sendo que o diagnóstico principal dos restantes era cancro do estômago. Relativamente aos tratamentos que receberam, a maioria foi tratada com quimioterapia. No que concerne à sintomatologia prévia à colocação da prótese, observou-se que praticamente todos os doentes (n=90) referiam disfagia sendo que 49,5% apresentavam disfagia para sólidos (Tabela 2). Quanto ao tipo de próteses colocadas, observou-se que 63,3% dos doentes colocaram próteses auto-expansíveis metálicas não cobertas e 36,7% próteses auto-expansíveis metálicas cobertas. Cerca de um quinto (17,3%) dos doentes teve necessidade de colocar, pelo menos, duas próteses.

No que diz respeito à ingestão alimentar durante o internamento após a colocação da prótese esofágica, observou-se que 55,1% dos doentes tinham prescrita a dieta líquida e no mesmo internamento 23,2% evoluiu da dieta líquida para uma dieta cremosa (18,9%) ou mole (4,1%). No entanto, não foi possível obter informação sobre a ingestão alimentar à posteriori para se perceber a magnitude da melhoria obtida com a colocação da prótese.

No período temporal do estudo, a duração mediana entre o diagnóstico e o óbito foi de 354,0 dias (P25;P75: 185,0;551,0) e o período de tempo mediano entre a colocação da primeira prótese e o óbito foi de 124,5 dias (P25;P75: 54,5; 194,5). Estratificando por patologia, observou-se que a sobrevida dos doentes com cancro do esófago e do estômago foi de 371 e 275 dias, respectivamente.

Segundo os dados disponíveis, os doentes terão perdido uma mediana de 16kg (P25;P75: 12,5;24), comparando o peso habitual com a primeira avaliação do peso após colocação da prótese. Assim, o IMC mediano destes doentes era de 25,4kg/m² tendo por base o seu peso habitual e passou a ser de 21,5kg/m² considerando o peso medido aquando da colocação da primeira prótese. Uma segunda avaliação do peso estava acessível apenas para 20 doentes, tendo sido feita uma mediana de 36 dias após a primeira. Neste período, os doentes perderam 1kg (P25;P75: -3,9;1,5). Posteriormente, uma terceira avaliação estava disponível para 9 doentes, tendo ocorrido 40 dias (mediana) após a segunda e a perda de peso neste período foi de 2kg (P25;P75: -6,8;0,0).

TABELA 1: Caracterização socio-demográfica da amostra, em função do sexo

	Total	Sexo masculino (n=74)	Sexo feminino (n=24)	p
Faixa etária [n (%)]				
<50	14 (14,3)	13 (17,6)	1 (4,2)	<0,001
50-60	28 (28,6)	25 (33,8)	3 (12,5)	
>60	56 (57,1)	36 (48,6)	20 (83,3)	
Estado Civil [n (%)]				
Casados	49 (50,0)	44 (59,5)	5 (20,8)	<0,001
Divorciados	2 (2,0)	2 (2,7)	0 (0,0)	
Viúvos	29 (29,6)	13 (17,6)	16 (66,7)	
Sem Informação	18 (18,4)	15 (20,3)	3 (12,5)	
Pessoas com quem coabita [n (%)]				
Sozinho	19 (19,4)	11 (14,9)	8 (33,3)	<0,001
Filhos	12 (12,2)	4 (5,4)	8 (33,3)	
Cônjuge	48 (49,0)	43 (58,1)	5 (20,8)	
Sem Informação	19 (19,4)	16 (21,6)	3 (12,5)	

TABELA 2: Tipo de disfagia apresentada antes da colocação da prótese

Tipo de disfagia	n=98 (%)
Disfagia para sólidos	49,5
Disfagia ligeira	22,1
Disfagia progressiva	17,9
Disfagia total	5,3

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Foi objectivo deste estudo fazer uma avaliação retrospectiva de um conjunto de doentes oncológicos que colocaram prótese esofágica, no sentido de caracterizá-los quanto ao seu estado nutricional, sintomatologia prévia à colocação da prótese e evolução do peso – parâmetro objectivo da avaliação do estado nutricional – após a colocação da prótese esofágica. Relativamente ao tratamento eleito para tratar estes doentes verificou-se uma baixa proporção de cirurgias.

Este facto pode denotar a gravidade/evolução da doença no momento do diagnóstico, que faz com que o tratamento cirúrgico não seja uma opção. Ao contrário do que sucede com o cancro do esófago em que o diagnóstico é quase sempre tardio (3-5) para o cancro do estômago, a cirurgia é um tratamento frequentemente utilizado. Os casos de cancro estudados correspondiam certamente a casos mais graves, aliás visível pela menor sobrevida dos doentes com cancro do estômago, comparativamente com a dos doentes com cancro do esófago.

A complicação nutricional mais frequentemente apresentada pelos doentes quando foram submetidos à colocação da prótese era a disfagia para sólidos normais. A disfagia pode ser classificada da seguinte forma: disfagia para sólidos normais, disfagia para sólidos moles, disfagia para sólidos e líquidos e incapacidade de engolir saliva (14). Se assumirmos um gradiente crescente de disfagia desde os sólidos normais até aos líquidos, podemos dizer que a maioria dos doentes foi precocemente intervencionada. Esta será uma excelente medida não só na melhoria da qualidade de vida, como também na desaceleração da deterioração nutricional, que se reflectirá no prognóstico dos doentes (15,16).

A colocação endoscópica de próteses esofágicas implica um período de internamento curto. Assim, durante o internamento, nem sempre é possível testar a tolerância para as diversas consistências, sendo fundamental o doente continuar a ter acompanhamento nutricional após a alta hospitalar (17). Atendendo aos registos disponíveis, embora a esmagadora maioria tivesse sido avaliada pelo nutricionista no internamento, o acompanhamento posterior não foi possível em parte deles. Tal pode dever-se ao estabelecimento de prioridades de actuação em função do número de nutricionistas do hospital, as falhas administrativas na remarcação das consultas e a tentativa de não sobrecarregar os doentes com deslocações suplementares ao hospital. No entanto, os restantes profissionais de saúde sabem que poderão solicitar o apoio da Consulta de Nutrição extra sempre que considerem pertinente.

O IMC mediano destes doentes era de 25,4kg/m^2 tendo por base o seu peso habitual e passou a ser de 21,5kg/m^2 considerando o peso medido aquando da colocação da primeira prótese. Até ao momento desta intervenção, os doentes tinham perdido uma mediana de 16kg (P25;P75: 12,5;24) e a perda de peso não foi completamente travada com a colocação da prótese. No entanto, é possível que apenas os doentes com situação nutricional mais preocupante tenham mantido o seguimento na Consulta de Nutrição facto que permitiu a disponibilização de informação referente ao registo ponderal após a colocação da prótese. O peso corporal é um dado fundamental para a monitorização da evolução nutricional destes doentes. No entanto, em muitos doentes oncológicos em estadios avançados da doença esta medição não é possível devido à sua extrema debilidade.

Uma limitação importante deste trabalho é a falta de informação relacionada com o aporte alimentar e o estado nutricional após colocação da prótese. Parte destes problemas seriam ultrapassados com maior sistematização no registo da informação que será facilitada com a generalização da utilização de processos electrónicos.

CONCLUSÕES

Estes tipos de cancros estão associados com perdas de peso importantes, em parte condicionadas pela disfagia e pela colocação tardia da prótese, habitualmente utilizadas em doentes paliativos. Contudo, tratando-se de um estudo retrospectivo, atendendo ao número de Consultas de Nutrição de monitorização e consequentes avaliações nutricionais disponíveis após a colocação da prótese, não foi possível medir objectivamente o benefício da colocação de prótese do ponto de vista da melhoria do estado nutricional. No entanto, certamente que o propósito de permitir a alimentação oral foi atingido com este acto médico, sendo um facto altamente valorizado pelos doentes Este estudo descritivo poderá ser uma mais-valia para o conhecimento da situação actual e definição de estratégias futuras.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer ao Director do Serviço de Gastrenterologia - Dr. Moreira Dias e ao Dr. Rui Silva por facultar a realização e contribuir com os seus conhecimentos para este trabalho, assim como a todo o pessoal administrativo do arquivo clínico que disponibilizaram o acesso aos processos clínicos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kleihues P, Stewart B. Human cancers by organ site: Stomach cancer. In: Kleihues P, Stewart B. World Cancer Report. Lyon: World Health Organization, ARC Press; 2003. Cap.5. p.194 – 197

2. Diamantis G, Scarpa M, Bocus P, Realdon S, Castoro C, Ancona E, et al. Quality of life in patients with esophageal stenting for the palliation of malignant dysphagia. World Jornal of Gastroenterology 2011; 17: 144 – 149

3. Thuler F, Forones N, Ferrari A. Neoplasia Avançada de Esôfago – diagnóstico ainda muito tardio. Arquives of Gastroenterology 2006; 43: 206 – 210

4. Mayoral W, Fleischer D, Salcedo J, Roy P, Al-Kawas F, Benjamin S. Nonmalignant obstruction is a common problem with metal stents in the treatment of esophageal cancer. Gastrointestinal Endoscopy 2000; 51: 556 – 559

5. Allen X, Chibani O, Greenwald B, Suntharalingam M. Radiotherapy dose perturbation of metallic esophageal stents. International Journal of Radiation Oncology 2002; 54: 1276 – 1285

6. Martin R, Duvall R, Ellis S, Scoggins C. The use of self-expanding silicone stents in esophageal cancer care: optimal pre-, peri-, and postoperative care. Surgical Endoscopy 2009; 23: 615 – 621

7. Silveira E, Artifon E. Cost-effectiveness of palliation of unresectable esophageal cancer. Digestive diseases and Sciences 2008; 53: 3103 – 3111

8. Kamangar F, Dores G, Anderson W. Patterns of Cancer Incidence, Mortality, and Prevalence across Five Continents: Defining Priorities to Reduce Cancer disparities in different geographic regions of the world. Journal of Clinical Oncology 2006; 24: 2137 – 215

9. Thomas A. Globocan 2008: Stomach Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase, Lyon: IARC Press; 2010

10. Homs M, Kuipers E, Siersema P. Palliative Therapy. Journal of Surgical Oncology 2005; 92: 246 – 256

11. Leichman L, Bodnar L, Arshad I. Carcinoma Esofágico. In: Pollock R. Manual de oncologia clínica. 8.ª Edição. São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo; 2006. p. 427 – 443

12. Akiyama S, Kawasaki S, Kodera Y, Hibi K, Kato S, Ito K, et al. A new method of thermo-chemotherapy using a stent for patients with esophageal cancer. Surgery Today 2006; 36: 19 – 24

13. Dahan L, Ries P, Laugier R, Seitz J. Traitements palliatifs endoscopiques des cancers de l´oesophage. Gastroenterologie Clinique et Biologique 2006; 30: 253 – 261

14. Mougey A, Adler D. Esophageal Stenting for the Palliation of Malignant Dysphagia. The Journal of Supportive Oncology 2008; 6: 267 – 273

15. Madhusudhan C, Saluja S, Pal S, Ahuja V, Saran P, Dash N. et al. Palliative stenting for relief of dysphagia in patients with inoperable esophageal cancer: impact on quality of life. Journal Compilation 2009; 22: 331 – 336

16. Yu Y, Yang G, Liu Y, Shen B. Clinical evaluation of radiotherapy for advanced esophageal cancer after metallic stent placement. World Journal of Gastroenterology 2004; 10: 2145 – 2146

17. Oliveira T, Angelis E. Terapia nutricional e reabilitação do paciente. In: Ikemori E., et al. Nutrição em oncologia. 1.ª Edição. São Paulo: Editora Marina e Tecmedd editora; 2003. p. 83 – 105

