

Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico do câncer gástrico, melhor o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes. Lesões diagnosticadas e tratadas quando ainda estão restritas à mucosa ou submucosa e sem comprometimento linfonodal (estadio I) apresentam sobrevida média em 5 anos acima de 90%. No Japão, metade dos cânceres gástricos são diagnosticados nesta fase. Esta é uma realidade muito diferente da brasileira. Por aqui, o diagnóstico no estadio I está bem abaixo dos 10% com grande variação entre os trabalhos e a sobrevida média em 5 anos é em torno de 20% (1).

5-year overall survival in patients with gastric cancer



Table II Depth of invasion (resected cases)

| Categories | No. of patients | Direct death | Lost f.u. | 1 year (%) | 2 years (%) | 3 years (%) | 4 years (%) | 5 years (%) | SE at 5 years |
|------------|-----------------|--------------|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------|
| pT1(M) | 3293 | 9 | 689 | 98.8 | 97.8 | 96.4 | 94.9 | 93.5 | 0.5 |
| pT1(SM) | 3110 | 6 | 550 | 98.0 | 95.8 | 93.5 | 91.7 | 89.7 | 0.6 |
| pT2(MP) | 1341 | 4 | 252 | 95.8 | 91.5 | 87.2 | 84.8 | 82.1 | 1.1 |
| pT2(SS) | 2115 | 14 | 306 | 87.8 | 76.0 | 67.9 | 62.5 | 59.1 | 1.1 |
| pT3(SE) | 2567 | 26 | 301 | 72.5 | 51.0 | 40.3 | 33.6 | 30.3 | 1.0 |
| pT4(SI) | 458 | 4 | 52 | 57.7 | 34.6 | 26.3 | 21.9 | 20.6 | 2.0 |

Nashimoto A, et al. Gastric Cancer 2013

Tabela 1. (Clique para ampliar) Sobrevida média em 5 anos de pacientes com câncer gástrico. Nashimoto A, et al. Gastric Cancer 2013.

A pergunta que fica é: O que nós podemos fazer para melhorar nosso diagnóstico? Neste post tentaremos responder essa pergunta através de dicas para melhorar a técnica endoscópica, caracterizar melhor as alterações endoscópicas sugestivas de neoplasia precoce e discutir sobre como descrever corretamente estas lesões. Este artigo é baseado na conferência da ESGE "Quality in Endoscopy - Upper GI endoscopy and neoplasia", realizada em Berlin na Alemanha no mês de abril deste ano. Todas as aulas desta conferência estão disponíveis no

link <http://www.quality-in-endoscopy.org/meeting-presentations-qie9.html>.

O exame endoscópico

Para melhorar o diagnóstico precisamos melhorar a nossa técnica de avaliação. Muitas vezes, devido à falta de tempo, baixa remuneração ou grande número de pacientes para fazer exame, deixamos de observar algumas coisas de extrema importância.

1. Preparo

A presença de saliva, bolhas e muco durante o exame pode impedir a identificação de lesões discretas. Além disso, os movimentos peristálticos ou a hipercontratibilidade do órgão também podem prejudicar a avaliação. Para reduzir estes problemas algumas medidas podem ser utilizadas:

- **Administrar alguns minutos antes do exame:**
 - Pronase 20.000 U ou 2 ml de Acetilcisteína (Fluimucil) para diminuir o muco.
 - Simeticona - 2 ml diluídos em 50 ml de água para reduzir as bolhas.
- **Logo antes de iniciar o procedimento:**
 - Administrar Buscopan 10 mg por via endovenosa para reduzir o peristaltismo.
- **Após a introdução do aparelho:**
 - Aspirar todo o líquido e se ainda houverem bolhas ou muco, realizar a lavagem com simeticona diluída em água até a limpeza completa.



Figura 1. (Clique para ampliar) Estômago com grande quantidade de saliva e bolhas, prejudicando a avaliação. Lesão deprimida identificada após a limpeza, insuflação e cromoscopia com índigo carmin. Imagem da aula "What we can learn with the japanese" de Akido Ono, apresentada na conferência "Quality in Endoscopy - Upper GI endoscopy and neoplasia" da ESGE.

2. Insuflação

A falta de uma insuflação adequada muitas vezes impede a avaliação completa do órgão. O endoscopista deve insuflar completamente o estômago até as pregas se afastarem permitindo a avaliação da mucosa

entre elas. Se o paciente tem um esfíncter esofágico inferior muito frouxo, com escape de ar impedido a adequada insuflação, a manobra de Sellick (compressão suave da cartilagem crico-tireóidea colabando o esôfago) pode ser utilizada para obter uma boa insuflação.

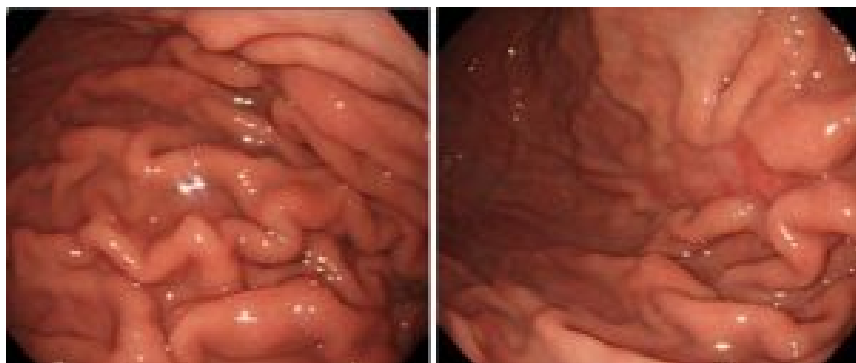


Figura 2. (Clique para ampliar) Estômago mal insuflado. Lesão deprimida com retração de pregas identificada após a adequada insuflação. Imagem da aula "What we can learn with the japanese" de Akido Ono, apresentada na conferência "Quality in Endoscopy - Upper GI endoscopy and neoplasia" da ESGE.

3. Exame cuidadoso

Para diagnosticar alterações discretas é necessário procurar com cuidado. Todas as paredes do órgão devem ser avaliadas e de preferência mais de uma vez, utilizando níveis diferentes de insuflação. Também é necessário dedicar tempo ao exame. Quanto maior o tempo de exame, maior a chance de identificar uma lesão precoce. Utilizando um valor de corte de 7 minutos é observada uma taxa de detecção 2 x maior de lesões de alto risco (atrofia, metaplasia intestinal e displasia gástrica) e 3 x maior no diagnóstico de displasia e câncer gástrico (2).

Reconhecendo as lesões

As lesões precoces muitas vezes apresentam alterações muito sutis que podem inclusive ser confundidas com mucosa normal ou trauma causado pelo aparelho. A utilização de um equipamento com alta definição e a utilização de corantes pode ajudar muito no diagnóstico. Sempre que uma área suspeita é identificada, ela deve ser avaliada com cuidado. Todo o muco e saliva devem ser removidos, o estômago deve ser bem distendido e a cromoscopia eletrônica (NBI, Fice, I-Scan) ou com corantes (Índigo Carmin) devem ser utilizadas para caracterizar melhor a lesão.

Características do CA gástrico precoce



Figura 3. (Clique para ampliar) Características endoscópicas das lesões precoces. Figura editada utilizando imagens da aula "What we can learn with the japanese" de Akido Ono, apresentada na conferência "Quality in Endoscopy - Upper GI endoscopy and neoplasia" da ESGE.

Descrevendo as lesões

A descrição das lesões é muito importante. O laudo deve descrever todos os detalhes da lesão. Isto é fundamental para a decisão terapêutica e também para reduzir a repetição desnecessária do exame endoscópico.

Deve ser descrita a localização, distância de áreas de referência (cárdia, TEG, piloro, incisura angularis), tamanho e extensão da lesão, número, morfologia e suspeita clínica. Também, se aplicável, deve ser descrita a presença de sinais de hemorragia, cirurgias prévias, presença de estenose, se a lesão é transponível ou não e também as técnicas endoscópicas utilizadas (cromoscopia, magnificação, biópsias, ressecções). A documentação fotográfica ou em vídeo também é importante para a avaliação da lesão pela equipe que vai decidir a conduta terapêutica.

Para a descrição morfológica das lesões é importante utilizarmos classificações validadas. Isso permite uma comunicação eficiente entre o endoscopista e qualquer outro médico que avaliar o laudo. A mais indicada é a classificação Japonesa do câncer gástrico precoce. Utilizando esta classificação é possível estimar o risco de invasão submucosa.

Classificação Japonesa do Câncer Gástrico precoce:

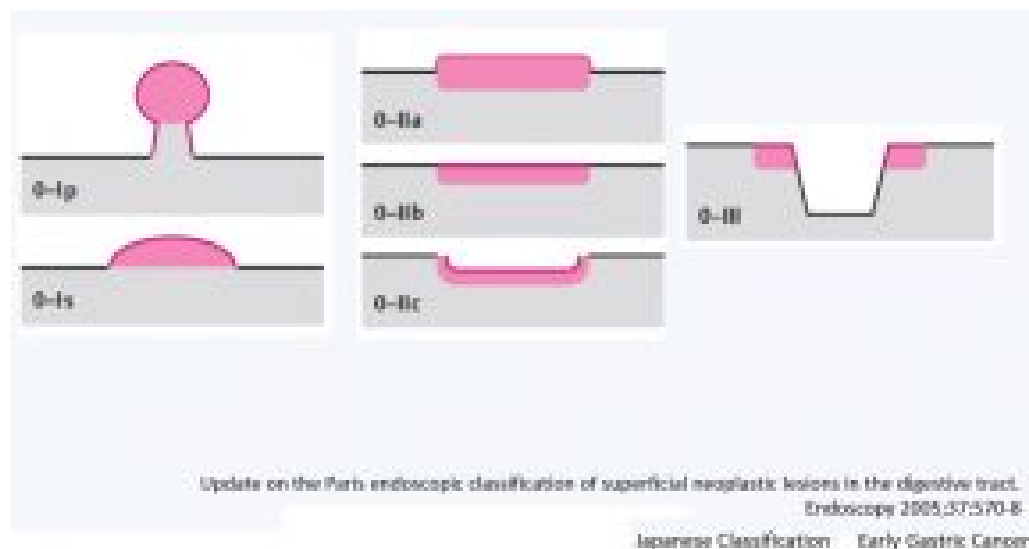


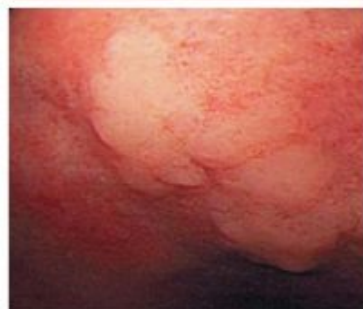
Figura 4. Clique para ampliar.

Morfologia da lesão e frequência de invasão submucosa

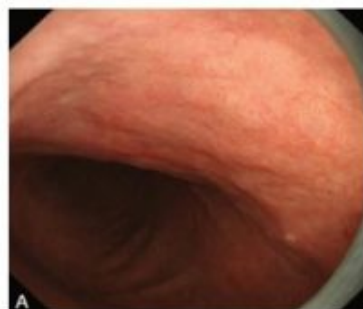


Tipo **Frequência de invasão submucosa**

0-Ia **57%**



0-IIa **29%**



0-IIb **20%**



0-IIc **37%**



0-III **40%**

Figura 5. (Clique para ampliar) Classificação endoscópica e correlação com risco de invasão submucosa. Figura editada utilizando imagens da aula "What we can learn with the japanese" de Akido Ono, apresentada na conferência "Quality in Endoscopy - Upper GI endoscopy and neoplasia" da ESGE.

Conclusão

No Brasil, o câncer gástrico é o quarto mais comum entre os homens e o sexto mais comum entre as mulheres. A mortalidade desta doença no nosso país continua bastante alta. Ainda vai demorar muito para nos aproximarmos das taxas de sobrevivência japonesas, pois, não temos um programa de rastreamento (que provavelmente não seria custo-efetivo devido à nossa incidência), não temos a mesma tecnologia de imagem e muitos de nós, também não tem o tempo (ou a remuneração adequada) para um exame tão detalhado. Porém, nós podemos tentar melhorar um pouco esta situação nos pacientes que passam por nós, através da aplicação das medidas descritas anteriormente. Podemos também, selecionar os pacientes que tem um risco aumentado e nestes casos, dedicar um pouco mais de tempo. Pacientes acima de 50 anos que realizam o exame pela primeira vez, pacientes com HP positivo e principalmente os pacientes portadores de atrofia gástrica com metaplasia intestinal, tem um risco aumentado. Realizando um exame dedicado nestes pacientes podemos aumentar significativamente a taxa de identificação de câncer gástrico precoce.

Referências

1. Bruno Zilberstein; Carlos Malheiros; Laercio Gomes Lourenço; Paulo Kassab; Carlos Eduardo Jacob; Antonio Carlos Weston; Cláudio José Caldas Bresciani; Osvaldo Castro; Joaquim Gama-Rodrigues e Grupo do Consenso. Consenso brasileiro sobre câncer gástrico: diretrizes para o câncer gástrico no Brasil. Arq Bras Cir Dig; 26 (1); 2013
2. Teh JL, Tan JR et al. Longer examination time improves detection of gastric cancer during diagnostic upper gastrointestinal endoscopy. Clin Gastroenterol Hepatol. 2015.
3. ESGE "Quality in Endoscopy - Upper GI endoscopy and neoplasia", conferência realizada em Berlin na Alemanha no mês de abril deste ano. Todas as aulas desta conferência estão disponíveis no



link <http://www.quality-in-endoscopy.org/meeting-presentations-qie9.html>.