

Cirurgião Oncológico, fator de prognóstico no tratamento do câncer

Oncologic Surgeon: a prognostic factor in the treatment of cancer

Odilon de Souza Filho¹

Há alguns anos a cirurgia oncológica vem sendo reconhecida como uma especialidade cirúrgica com importante papel no tratamento de câncer. O cirurgião oncológico atua de várias maneiras: como consultor; na realização de cirurgias simples e complexas; nos programas de avaliação; como organizador e líder de serviços cirúrgicos; na elaboração de programas de câncer; participando dos comitês de câncer; na criação de registro de câncer; nos serviços de oncologia, atuando como professor; e finalmente trabalhando como investigador, elaborando e executando protocolos clínicos. Há inúmeros motivos para evolução desta especialidade e os mais significativos são a complexidade crescente de cuidados e possibilidades terapêuticas multidisciplinares para o câncer, as oportunidades de investigações clínicas e laboratoriais relacionadas à biologia tumoral e a expectativa que o cirurgião tem em relação às mais recentes informações e novas opções de tratamento.

Há algum tempo, autores^{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11} vêm publicando artigos demonstrando fatores que alteram o prognóstico de um tratamento. Os fatores de prognósticos mais utilizados são: o tamanho de tumor ou o comprometimento do tumor no órgão, extensão do envolvimento linfonodal, presença de metástase à distância, invasão vascular, invasão neural, diferenciação celular. O cirurgião, dentre os vários fatores que influenciam o resultado do tratamento, é considerado uma variável importante no tratamento do câncer, pois por sua atuação será alterada a evolução dos casos e influenciadas a mortalidade pós-operatória, morbidade pós-operatória, sobrevida, intervalo livre de doença, taxa de recidiva e qualidade de sobrevida. Estas variáveis estão relacionadas diretamente com o volume de casos tratados e o treinamento prévio do cirurgião (curva de

aprendizado).^{5,9,10,11,12,13,14,15}

Um estudo realizado no Canadá evidenciou taxa de mortalidade pós-operatória de 22% quando a cirurgia foi executada por cirurgiões que realizaram menos de 6 esofagectomias/ano e mortalidade de 0% para os cirurgiões que realizaram mais de seis casos por ano.² Begg et al.,¹² utilizando o banco de dados do Medicare, analisaram o impacto da mortalidade pós-esofagectomia, pancreatectomia e exenteração pélvica em função do o volume de casos operado. Observaram que num hospital que trata um maior volume de pacientes com procedimentos cirúrgicos oncológicos apresenta uma baixa taxa de mortalidade comparado com hospitais que têm um menor volume de procedimentos. Estes dados confirmam a hipótese que nos procedimentos cirúrgicos oncológicos complexos, quando realizados por uma equipe cirúrgica experiente e em hospital especializado, as taxas de mortalidade são mais baixas.

A taxa de recidiva é um grande indicador de eficiência no tratamento oncológico. Heald et al.,⁵ através da técnica de excisão completa do mesorreto no tratamento cirúrgico dos tumores do reto, obteve taxa de recidiva de 6%, e a literatura mostra uma taxa que varia de 20% a 35%^{6,16} após a ressecção clássica. McArdle,⁷ analisando o câncer colorretal, notou diferenças importantes entre cirurgiões quando examinou a morbidade pós-operatória, mortalidade pós-operatória e sobrevida do paciente. As taxas de ressecções curativas variaram de 40% a 76%, mortalidade de 8% a 30%, recidiva local de 0 a 21%, recidiva na região da anastomose de 0 a 25%, e a sobrevida após 10 anos de ressecção curativa de 20% a 63%. Gillis⁸ observou semelhantes variações para o câncer da mama.

Tais variações são ilustradas bem por McArdle e Hole¹² em estudo realizado na Escócia, onde foi

¹ Presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica

observado que a sobrevida no tratamento cirúrgico de câncer colorretal tem como fator de risco o cirurgião, com uma variação de 0,56 a 2,03, e que dependendo do cirurgião, há uma diferença de quatro vezes no risco de morte em 5 anos.

O volume de casos por hospital também parece ser uma importante variável. Nos tumores do pâncreas, há uma correlação direta entre volume de casos de um hospital e a mortalidade pós-operatória.^{9,13} Um número maior de casos por instituição, isto é, sua centralização em um hospital especializado, permite realizar protocolos e desenvolver diretrizes de tratamento, possibilitando assim uma melhor solução nas complicações. Concluímos que, "cirurgias eventuais ou esporádicas" deveriam evitar executar procedimentos cirúrgicos complexos e sim encaminhar seus pacientes a centros de excelência ou a cirurgias com maior experiência na patologia.

A eficiência do resultado do tratamento cirúrgico do câncer está, em muito, relacionada ao preparo técnico-pessoal, treinamento específico, volume de casos e ao interesse que o profissional desenvolve em relação à patologia.

O caráter multidisciplinar está diretamente relacionado à infra-estrutura específica do hospital. Van Lanschot¹¹ analisou a mortalidade hospitalar de esofagectomia por câncer na Holanda entre 1993 e 1998. Hospitais com menos que 10 casos por ano tinham 12% de mortalidade hospitalar. Hospitais com mais que 30 ressecções por ano tinham uma taxa de mortalidade hospitalar de 4,9%. Romano e Mack estimaram que o risco de mortalidade em 30 dias após a ressecção de câncer do pulmão foi 40% menor nos centros com maior volume de atendimento do que nos de menor volume.¹⁴

Devemos ser rígidos no controle de qualidade nos programas de treinamento. A qualidade de treinamento cirúrgico é um fator importante que irá reduzir as variações nos resultados. Na literatura há dados suficientes de que um cirurgião, quando bem treinado e bem supervisionado obterá resultado semelhante ao do supervisor ou do cirurgião sênior, sem comprometer o resultado imediato quanto à sobrevida a longo prazo.¹⁷ O período de treinamento é, sem dúvida, a melhor oportunidade para influenciar favoravelmente a qualidade de qualquer futuro cirurgião oncológico.

O cirurgião oncológico tem a responsabilidade de promover a saúde oncológica na área cirúrgica, sendo um diferencial construtivo na sobrevida dos pacientes e no enfoque de qualidade e reabilitação que o tratamento oncológico deve trazer consigo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Matthews HR, Powell DJ, McConkey CC. Effects of surgical experience on the results of resection for oesophageal carcinoma. *Br J Surg* 1986;73:621-3.
2. Miller JD, Jain MK, de Gara CJ, Morgan D, Urschel JD. Effect of surgical experience on results of esophagectomy for esophageal carcinoma. *J Surg Oncol* 1997;65(1):20-1.
3. Andersen KB, Olsen JB, Pedersen JJ. Esophageal resections in Denmark, 1985-1988: a retrospective study of complications and early mortality. *Ugeskr Laeger* 1994;156:473-6.
4. Sowden AJ, Deeks JJ, Sheldon TA. Volume and outcome in coronary artery bypass graft surgery: true association or artifact. *BMJ* 1995;331:151-5.
5. Heald RJ, Moran BJ, Ryall RD, Sexton R, MacFarlane JK. Rectal cancer: the Basingstoke experience of total mesorectal excision 1978-1997. *Arch Surg* 1998;133(8):894-9.
6. Havenga K, Enker WE, Norstein J, Moriya Y, Heald RJ, van Houwelingen HC, et al. Improved survival and local control after total mesorectal excision or D3 lymphadenectomy in the treatment of primary rectal cancer: an international analysis of 1411 patients. *Eur J Surg Oncol* 1999;25(4):368-74.
7. McArdle CS, Hole D. Impact of variability among surgeons on postoperative morbidity and mortality and ultimate survival. *BMJ* 1991;302:1501-5.
8. Gillis CR, Hole DJ. Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland. *BMJ* 1996;312:145-8.
9. Neoptolemos JP, Russell RC, Bramhall S, Theis B. Low mortality following resection for pancreatic and periampullary tumour of 1026 patients: UK survey of specialist pancreatic units. UK Pancreatic Cancer Group. *Br J Surg* 1997;84(10):1370-6.
10. Swisher SG, DeFord L, Merriman KW, Walsh GL, Smythe R, Vaporicyan A, et al. Effect of operative volume on morbidity, mortality and hospital use after esophagectomy for cancer. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2000;119(6):1126-32.
11. van Lanschot JJ, Rutten HJ, Boom RP, Gouma DJ. Importance of regional surgery networks. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144(24):1148-52.
12. Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery. *JAMA* 1998;280:1747-51.
13. Gouma DJ, van Geenen RC, van Gulik TM, de Haan RJ, de Wit LT, Busch OR, et al. Rates of complications and death after pancreaticoduodenectomy: risk factors and the impact of hospital volume. *Ann Surg* 2000;232(6):786-95.
14. Romano PS, Mack DH. Patient and hospital characteristics related to in-hospital mortality after lung cancer resection. *Chest* 1992;101:1332-7.
15. Stockholm Colorectal Cancer Study Group. Randomized study on preoperative radiotherapy in rectal carcinoma.

- Ann Surg Oncol 1996;3:423-30.
16. Bonenkamp JJ, Hermans J, Sasako M, van de Velde CJ. Extended lymph-node dissection for gastric cancer. Dutch Gastric Cancer Group. N Engl J Med 1999;340(12):908-14.
17. Sutton DN, Wayman J, Griffin SM. Learning curve for oesophageal cancer surgery. Br J Surg 1998;85:1399-402.