

OCLUSÃO INTESTINAL EM DOENTES COM CANCRO

Tratamento paliativo

ISABEL COSTA, FERRAZ GONÇALVES

Unidade de Cuidados Paliativos, Instituto Português de Oncologia. Porto

RESUMO

O tratamento da oclusão intestinal (OI) em doentes com cancro avançado e/ou terminal representa um tema em aberto e largamente discutido na prática clínica oncológica. A palição cirúrgica é complexa e a decisão de avançar para cirurgia deve ser feita com a família e o doente. Os factores de prognóstico e principalmente o tempo de sobrevivência e o risco cirúrgico devem ser considerados os indicadores de orientação. Se há possibilidade de cirurgia, o doente deve fazer fluidos intravenosos, intubação nasogástrica e investigação radiológica. O tratamento conservador deve iniciar-se quando a hipótese cirúrgica estiver de parte, através de analgésicos e antieméticos administrados de preferência por via subcutânea em seringa perfusora durante 24 horas. Desta forma, podem ocorrer pequenos episódios de vómitos que não são problema para o doente, visto ser possível controlar o sintoma mais desagradável que é a náusea. Com dieta líquida a gosto, em pequenas quantidades, é possível prevenir a desidratação. Os sintomas da OI podem assim ser controlados durante várias semanas, sem necessidade de tubo nasogástrico ou fluidos IV. A gastrostomia percutânea, sonda nasogástrica ou hipodermoclise podem ser necessárias para um pequeno número de doentes, principalmente com OI alta e com sintomas refractários ao tratamento farmacológico.

SUMMARY

Intestinal Obstruction in Cancer Patients - Palliative Care

The treatment of intestinal obstruction (IO) in patients with advanced or terminal cancer represents an open and widely discussed topic in clinical oncology practice. As surgical palliation is a complex issue, the decision to advance with surgery should be made in consultation with the patients and family members. The prognostic factors, mainly the survival time and the surgical risks can be considered guideline indicators. If there is any possibility that surgery will be of benefit, the patient should be treated with intravenous fluids and nasogastric suction while appropriate radiological investigations are performed. When surgical intervention is contraindicated, symptomatic medical treatment should be started through continuous subcutaneous administration of analgesic and antiemetic drugs. Minor episodes of vomiting may occur, which do not trouble patients since the most distressing symptom, nausea, can be controlled. Dehydration may be avoided with a liquid diet in small quantities. In this way, it is possible to manage patients with IO for several weeks without the need of nasogastric suction or intravenous fluids. Percutaneous gastrostomy, nasogastric tube, or hypodermoclysis may be necessary for a small number of patients, principally with high obstruction, who have refractory symptoms.

INTRODUÇÃO

A oclusão intestinal (OI) é caracterizada pela não progressão do conteúdo gastrointestinal através do tubo digestivo, por oclusão do seu lúmen ou por perda da sua

normal propulsão. Pode ser a forma de apresentação de uma neoplasia ou desenvolver-se no decurso desta. É uma complicação importante das neoplasias avançadas, em particular dos carcinomas colorectal e ovárico. Vários estudos apontam incidências de 16% para o carcinoma

do cólon¹, 25% para o carcinoma do ovário² e 3 a 15% em doentes com cancro avançado que recebem cuidados paliativos³⁻⁵. Também pode ser uma complicação de outras neoplasias, em particular de carcinomas da mama, melanomas e sarcomas^{4,9}.

A cirurgia é o tratamento primário da OI de causa maligna. No entanto, há doentes que por terem doença avançada e/ou mau estado geral não beneficiam da cirurgia e necessitam de tratamento médico.

PATOFISIOLOGIA

A OI pode ser mecânica ou funcional (*Quadro I*). É muitas vezes multifactorial: pode existir obstrução devido a tumor intraluminal ou compressão externa; haver um componente funcional por envolvimento maligno muscular, peritoneal ou do sistema nervoso autónomo do intestino; presença de fibrose; factores precipitantes tais como fármacos (narcóticos), edema inflamatório, fecaloma e alterações electrolíticas (hipocalemia, hipocalcemia, hipomagnesemia). A OI é frequentemente multifocal, sobretudo quando há envolvimento do intestino delgado por adesões abdominais e/ou pélvicas³.

Quadro I – Causas de OI no cancro avançado

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. Mecânica | <ul style="list-style-type: none"> • Intraluminal (lesões polipóides devido a carcinoma primário e raramente metástases; disseminação tumoral anelar) • Intramural (linite plástica; carcinoma primário; raramente metástases) • Extramural (alargamento e invasão de tumores primários ou recidivas; massas mesentéricas e do omento; adesões pélvicas e abdominais; fibrose pós-irradiação) |
| 2. Funcional (pseudobstrução) | <ul style="list-style-type: none"> • Infiltração do mesentério ou da musculatura do tubo digestivo e mais raramente envolvimento do plexo celiaco. • Neuropatia paraneoplásica em doentes com cancro do pulmão; íleo paralítico por alcalóides da Vinca. |

No doente com neoplasia abdominal ou pélvica, a causa da OI pode ser benigna (adesões pós-operatórias ou pós radioterapia) ou maligna (tumor primário que envolve o tubo digestivo, recidiva tumoral ou carcinomatose). A incidência de uma causa benigna varia consideravelmente entre as diferentes séries, com base na distribuição dos tumores primários, no tipo de tratamento efectuado e no intervalo de tempo entre este e a OI; assim, é maior no carcinoma colorectal^{6,7} e rara no carcinoma do ovário^{3,6,10}. A

Quadro II – Sintomas e sinais na OI

	Intestino delgado proximal	Intestino delgado distal	Colon
Dor	Intermitente, intensa, cólica aliviada pelo vômito	Intermitente até ser contínua	Contínua, progressiva
Vômito	Grande volume, não fecalóide (biliar)	Pequeno volume, intermitente, progressivamente fecalóide	Intermitente, fecalóide
Distensão	Mínima	Moderada a marcada	Marcada

enterite radiógena tem sido a causa benigna mais frequentemente implicada⁹; no entanto, não é um problema de fácil resolução.

O estrangulamento ou isquemia do intestino delgado é comum em doentes com OI devida a hérnias ou adesões, sendo raramente de causa maligna; alguns autores verificaram que a incidência desta era inferior a 4%^{11,12}.

SINTOMAS E DIAGNOSTICO

No doente com cancro avançado, a OI pode ser aguda, com início súbito de dor abdominal em cólica, náuseas, vômitos, obstipação, distensão abdominal e aumento dos ruídos intestinais. Contudo, o seu início é mais frequentemente insidioso, ao longo de semanas ou meses. Os sintomas podem agravar-se de forma gradual até se tornarem contínuos, mas podem ser intermitentes, com resolução espontânea dos episódios oclusivos.

A distinção é muitas vezes feita entre OI completa e parcial, e OI proximal e distal.

Os sintomas e sinais da OI dependem do nível a que esta ocorre (*Quadro II*).

Dor, náuseas e vômitos estão quase sempre presentes; nas séries do St. Christopher's Hospice^{3,13}, a frequência dos sintomas está referida no *Quadro III*.

A distensão abdominal está quase sempre presente, mas pode ser mínima quando há envolvimento do jejuno ou quando o intestino delgado está extensamente infiltrado e fixado por tumor. Este sinal, associado a uma radiografia abdominal com pequenos níveis de fluido dispersos por todo o abdómen é importante, porque pode indicar a impossibilidade de uma palição cirúrgica, pelo motivo já referido. A presença de hepatomegalia, massas tumorais ou ascite também deve ser considerada porque influencia o plano de tratamento.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Confirmar uma OI e averiguar a causa desta num doente com cancro avançado, só é legítimo se tal investigação influenciar a escolha do tratamento.

Deverão ser feitos os seguintes diagnósticos diferenciais: obstipação, OI de causa benigna e OI de causa maligna.

1 - A obstipação é frequente nos doentes com cancro; uma história de diminuição do nº de dejectões, fezes duras e ingestão de drogas obstipantes faz suspeitar do diagnóstico. O exame físico geralmente revela uma ampola rectal com fezes duras ou estas podem ser notadas através da palpação abdominal. Raramente são necessários exames

Quadro III – Sintomas na OI no cancro avançado

Náuseas e vômitos	100%
Cólica intestinal	76%
Outros tipos de dor abdominal	92%
Diarreia	34%

Só 13% dos doentes referiram especificamente obstipação como sintoma

complementares de diagnóstico, mas uma radiografia abdominal simples pode mostrar retenção de fezes através do cólon, por vezes associada a distensão gasosa e a níveis líquidos. O tratamento inicial é local e com enemas; deve ser seguido pelo uso de laxantes, combinando amolecedores de fezes (lactulose) e estimulantes do peristaltismo intestinal (sene, picossulfato de sódio). Deve-se ter presente o facto, de que algumas obstipações graves são devidas a OI subaguda progressiva.

2 - Distinguir OI de causa benigna e maligna é muitas vezes difícil antes de uma laparotomia. O tipo de tumor primário e os resultados da cirurgia abdominal prévia podem ajudar a fazer o diagnóstico diferencial. Uma OI do intestino delgado numa doente com carcinoma do ovário quase sempre é devida a doença metastática, enquanto com carcinoma do colo uterino é muitas vezes devida a lesão radiogénica.

A radiografia abdominal simples de pé deve ser o primeiro exame a realizar no doente com suspeita de OI e permite diferenciar oclusão do intestino delgado e do colon. Imagens hidroaéreas de pequena extensão, dispondo-se em *degraus de escada* e válvulas coniventes com reentrâncias simétricas abrangendo toda a largura do órgão são a favor de obstáculo no intestino delgado. Imagens hidroaéreas de maiores dimensões e em menor número, com predomínio da quantidade de gás em relação ao elemento líquido e contornos com reentrâncias assimétricas e incompletas são a favor de obstáculo no colon.

A indicação para realização de estudos contrastados quando se suspeita de OI é controversa. Na OI do colon, o enema de bário pode ser usado para confirmar o diagnóstico, mostrar o nível da oclusão e permitir o diagnóstico diferencial com outras situações que dão dilatação do colon¹⁴. Na suspeita de OI do delgado, a enteroclise (enema do intestino delgado com infusão de bário após intubação duodenal) parece ter um papel importante na investigação desta situação, mas deverá ser efectuada após se excluir obstrução cólica.

Segundo alguns autores, a ecografia e a TAC podem ser úteis para determinar o nível e a causa da OI quando os exames radiológicos são inconclusivos, o primeiro na OI do colon¹⁵ e o segundo na OI do intestino delgado^{16,17}.

A rectosigmoidoscopia e a colonoscopia também podem ser necessárias.

A combinação de OI do intestino delgado e do colon que ocorre em cerca de 1/5 das doentes com carcinoma do ovário, realça a importância do enema de bário e/ou colonoscopia na avaliação pré-operatória destas doentes¹⁰.

TRATAMENTO

1. Cirurgia

A cirurgia deve ser considerada em todos os doentes com cancro, uma vez que pode proporcionar um período longo e livre de sintomas. No entanto, o nº de doentes inoperáveis varia entre 6% a 50% nas diferentes séries,^{2,18-21} sendo as causas mais frequentes a presença de tumor muito extenso, oclusões parciais múltiplas e a carcinomatose peritoneal. Vários autores têm estabelecido critérios de prognóstico que permitem seleccionar os doentes que possam beneficiar de intervenção cirúrgica^{18,22,23}. Na maioria das séries, a análise destes critérios é feita em doentes com carcinoma do ovário, provavelmente porque a causa de OI raramente é benigna e frequentemente é multifocal. São vários os factores que influenciam o tratamento cirúrgico e que devem ser considerados na decisão (*Quadro IV*). No entanto, num estudo recente, só o intervalo de tempo entre o último tratamento de quimioterapia e a OI, e a presença de ascite influenciam significativamente o período livre de sintomas após a cirurgia em doentes com carcinoma do ovário²³.

Quadro IV – Factores que influenciam o tratamento cirúrgico

- Idade
- Estado nutricional
- Extensão tumoral
- Ascite
- Distensão abdominal
- Radioterapia prévia ao abdómen e/ou pelve
- Quimioterapia prévia
- Intervalo de tempo entre o diagnóstico de cancro e a OI
- Intervalo de tempo entre o último tratamento de quimioterapia e a OI

A cirurgia por vezes não alivia a OI; cerca de 15% das cirurgias não resolvem a oclusão ou esta surge pouco tempo depois. A morbidade é considerável; em algumas séries cerca de 50% dos doentes têm complicações^{20,24} sendo as mais frequentes infecção e fistula enterocutânea pelo orifício da laparotomia. A mortalidade operatória também é importante e varia entre 9 e 35%⁹. A sobrevida média destes doentes varia entre 3 a 11 meses³, havendo sobrevidas até 2 anos²⁵.

As opções de tratamento devem ser discutidas cuidadosamente para cada doente. O tratamento farmacológico pode levar a um alívio de sintomas mais eficaz, quando os doentes têm mau estado geral, uma sobrevida esperada curta e quando não é possível fazer quimioterapia após a cirurgia.

2. Intubação gastrointestinal

Permite a descompressão do estômago e/ou do intestino antes da realização de cirurgia, ou enquanto a decisão de tratamento está sob consideração. Não havendo solução cirúrgica, este tipo de actuação não constitui alternativa, porque implica hospitalização, imobilidade, desconforto para o doente, podendo também ser uma barreira entre este e a família. No entanto, há OI altas em que a

intubação gastrointestinal é indispensável para controlar os vômitos, quando medidas farmacológicas o não permitiram.

3. Gastrostomia percutânea

A gastrostomia percutânea é geralmente utilizada para alimentação. O seu papel na OI ainda não está completamente definido, mas parece que em doentes seleccionados permite um controle adequado dos sintomas e melhora a qualidade de vida^{26,27}. A técnica é simples; o tubo pode ser introduzido por via endoscópica, laparotomia ou por via percutânea sob controle radiológico (fluoroscopia) ou ecográfico.

Muitos estudos preconizam o uso desta gastrostomia ou jejunostomia sem primeiro considerarem o uso de fármacos no controle dos sintomas. É provável que em muitos destes doentes o controle dos sintomas através de fármacos fosse possível, reservando-se o uso dessas técnicas para casos incontroláveis.

As principais complicações são a infecção cutânea local e a obstrução ou deslocamento do tubo²⁸; no entanto, outras têm sido reconhecidas e incluem perfuração gástrica, hemorragia gástrica, fistula gastrocólica e pneumonia de aspiração⁵.

4. Tratamento farmacológico

Em virtude de contra-indicação cirúrgica em vários doentes com OI, houve necessidade de desenvolver uma abordagem médica intensiva, com a finalidade de aliviar a dor abdominal, as náuseas e vômitos que geralmente predominam nos últimos dias ou semanas de vida destes doentes. Foi em St. Christopher's Hospice que em 1967 começaram a ser tratados sintomaticamente os primeiros doentes¹³; desde então, têm surgido vários regimes terapêuticos capazes de controlar os sintomas provocados pela OI.

São utilizadas infusões subcutâneas contínuas numa seringa em sistema portátil durante 24 horas, podendo pois ser usada no ambulatório. Esta é a via preferida, dada a comodidade e a segurança, sendo tanto ou mais eficaz que as outras vias.

Dor abdominal

É possível um alívio completo da cólica intestinal em 69% dos doentes e nos restantes 31% uma diminuição da dor para ligeira; outras dores abdominais, geralmente devidas a distensão abdominal, hepatomegalia ou massas tumorais, são aliviadas completamente em 89% dos doentes^{3,13}.

Não devem ser administrados laxantes, estimulantes do peristaltismo intestinal, metoclopramida ou domperidona, porque aumentam o peristaltismo intestinal com agravamento da cólica intestinal. Nesta situação são utilizados os antiespasmódicos: a loperamida na dose de 2-4 mg oral 4 vezes por dia ou a butiloscopolamina na dose de 60 a 120mg dia por via subcutânea. Analgésicos como a codeína e a morfina podem ser necessários. A morfina pode ser administrada por via subcutânea, na mesma seringa da escopolamina. O bloqueio do plexo celiaco com bupivacaína ou alcool alivia a dor em alguns doen-

tes, nos quais a melhoria de sintomas não resultou com as medidas anteriores.

Os corticosteróides, através do seu efeito anti-inflamatório, reduzem o edema peritumoral podendo levar a uma diminuição da OI, o qual pode implicar um alívio sintomático. No entanto, a natureza intermitente da OI dificulta a análise dos resultados, isto é, se a melhoria se deve ao uso do corticóide, ou é espontânea.

Náuseas e vômitos

Para controle destes sintomas deve-se usar o haloperidol na dose de 5 mg/24 horas por via subcutânea e aumentar gradualmente até 15 mg/dia. Se necessário, adicionar um antagonista dos receptores H1: a prometazina administrada por via oral ou intramuscular na dose de 75-150 mg/dia, tem provavelmente a mais potente actividade bloqueadora muscarínica entre estes fármacos, tornando-a o mais eficaz para controlar os vômitos; a proclorperazina na dose de 25 mg de 8/8 horas e a clorpromazina na dose de 50-100 mg de 8/8 horas são administradas mais frequentemente por via rectal; a metotrimeprazina pode ser útil nos vômitos incontroláveis, na dose de 50-150 mg/dia, mas causa sedação e hipotensão; a ciclizina na dose de 100-150 mg/dia pode ser administrada por via subcutânea com o haloperidol, na mesma seringa. A ciclizina e a metotrimeprazina não existem em Portugal. O bromidrato de escopolamina na dose de 0.6 mg/dia por via subcutânea, aumentando gradualmente até 2 mg/24 horas se necessário, além do efeito anti-emético, reduz o volume das secreções gástricas, diminuindo assim os vômitos, o seu volume ou o do aspirado nasogástrico.

Os corticosteróides são úteis na redução das náuseas e vômitos associados à OI. A dexametasona tem sido administrada em doses muito variáveis, desde 8 a 60 mg/dia. Pode usar-se por via subcutânea intermitente (em bólus), mas não usar a mesma agulha e/ou seringa de outros fármacos que também estejam a ser administrados pela mesma via.

A somatostatina é um fármaco útil no tratamento das náuseas e vômitos da OI de causa maligna e na redução da drenagem de fistulas enterocólicas. O octeotride, análogo da somatostatina, estimula a absorção de água e electrólitos e inibe a secreção de água no intestino delgado, com redução das secreções intestinais^{26,29,30}. Pode ser administrado por via subcutânea em bólus ou, de preferência em perfusão contínua, na dose de 100-600 ug/dia. Não tem toxicidade significativa mas tem a desvantagem de ser caro.

A dieta deve ser de pequenas quantidades e principalmente líquida, podendo o doente escolher o que mais lhe agrada. A sede é um problema pouco frequente e a segurança da boca trata-se com medidas locais; se ocorrerem estes sintomas, e a ingestão de líquidos e as medidas locais não forem suficientes, pode utilizar-se a hipodermoclise⁵.

Obstipação

Devem-se evitar drogas estimulantes do peristaltismo intestinal como já referido. Pode-se usar laxantes amolecedores de fezes (hidróxido de magnésio ou lactulose).

Diarreia

Os doentes com OI incompleta ou com fistula de fezes muitas vezes têm diarreia. O fosfato de codeína ou a loperamida podem ser eficazes, assim como os fármacos usados na cólica intestinal. Se o doente estiver a fazer morfina, não deve usar-se codeína porque pode potenciar a sedação; é preferível utilizar a loperamida.

BIBLIOGRAFIA

1. PHILLIPS RKS, HITTINGER R, FRY JS, FIDDING LP. Malignant large bowel obstruction. *Brit. J. Surg.* 1985;72:296-302.
2. TUNCA JC, BUCHLER DA, MACK EA, et al. The management of ovarian-cancer-caused bowel obstruction. *Gynecol. Oncology* 1981;12:186-92.
3. BAINES M. Medical management of intestinal obstruction. *Baillière's Clinical Oncology* 1987;1(2):357-71.
4. STEINER N. Controle des symptômes en soins palliatifs: l'iléus terminal. *Méd. et Hyg.* 1991;49:1182-92.
5. FAISINGER RL, SPACHYNSKI K, HANSON J, BRUERA E. Symptom control in terminally ill patients with malignant bowel obstruction. *Journal of Pain and Symptom Management* 1994;9(1):12-18.
6. BUTLER JA, BRIAN CL, MORROW M, KAHNG K, TOM J. Small bowel obstruction in patientes with a prior history of cancer. *Am J Surg* 1991;162:624-8.
7. SPEARS H, PETRELLI NJ, HERRERA L, MITTELMAN A. Treatment of bowel obstruction after operation for colorectal carcinoma. *Am J Surg* 1988;155:383-6.
8. OSTEEN RT, GUYTON S, STEELE G, WILSON R. Malignant intestinal obstruction. *Surgery* 1980;87:611-5.
9. BAKER AR. *Surgical Emergences...De Vita*
10. HOGAN WM, BOENTE MP. The role of Surgery in the Management of Management of Recurrent Gynecologic Cancer. *Seminars in Oncology* 1993;20(5):462-72.
11. BIZER LS, LIEBLING RW, DELANY HM, GLIEDMAN ML. Small bowel obstruction. *Surgery* 1981;89(4):407-13.
12. ZADECK BJ, DAVIS JM, CANIZARO PC. Small bowel obstruction in the elderly. *American Surgeon* 1985;51:470-3.
13. BAINES M, OLIVER DJ, CARTER RL. Medical management of intestinal obstruction in patients with advanced malignant disease: a clinical and pathological study. *Lancet* 1985;2:990-3.
14. DAVID BRYK. Diagnosis of colonic obstruction based on findings

on plain radiographs. *AJR* 1994;163:225.

15. LIM JH, KO YT, LEE DH, LEE HW, LIM JW. Determining the site and causes of colonic obstruction with sonography. *AJR* 1994;163:1113-7.
16. FRAGER D, MEDWID SW, BAER JW, MOLLINELLI B, FRIEDMAN M. CT of Small-bowel obstruction: value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause. *AJR* 1994;162:37-41.
17. GAZELLE GS, GOLDBERG MA, WITTENBERG J, HALPERN EF, PINKNEY L, MUELLER PR. Efficacy of CT in distinguishing small-bowel obstruction from other causes of small-bowel dilatation. *AJR* 1994;162:43-47.
18. LARSON JE, PODCZASKI ES, MANETTA A, WHITNEY CW, MORTEL R. Bowel obstruction in patients with ovarian carcinoma: analysis of prognostic factors. *Gynecol Oncol* 1989;35:61-65.
19. RUBIN SC, HOSKINS WJ, BENJAMIN I, LEWIS JL. Palliative surgery for intestinal obstruction in advanced ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1989;34:16-19.
20. LUND B, HANSEN M, LUNDEVALL F, et al. Intestinal obstruction in patients with advanced carcinoma of the ovaries treated with combination chemotherapy. *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 1989;169:213-18.
21. RIPAMONTI C. Malignant bowel obstruction in advanced and terminal cancer patients. *European Journal of Palliative Care* 1994;1(1):16-19.
22. KREBS HB, GOPERLUD DR. Surgical management of bowel obstruction in advanced ovarian carcinoma. *Obstet Gynecol* 1983;61:327-30.
23. ZOETMULDER FAN, HELMERHORST JM, COEVORDEN FV, et al. Management of bowel obstruction in patients with advanced ovarian cancer. *Eur J Cancer* 1994;30A(11):1625-8.
24. CLARKE-PEARSON DL, NEE OO CHIN, DELONG ER, et al. Surgical management of intestinal obstruction in ovarian cancer. *Gynecol Oncol* 1987;26:11-18.
25. *livro de med. pal.*
26. DAVIS CL, HARDY JR. Palliative care. *BMJ* 1994;308:1359-62.
27. ADELSON MD, KASOWITZ MH. Percutaneous endoscopic drainage in the treatment of gastrointestinal obstruction from intraperitoneal malignancy. *Obstetrics & Gynecology* 1993;81(3):467-71.
28. BOYD KJ, BEEKEN L. Tube feeding in palliative care: benefits and problems. *Palliative Medicine* 1994;8:156-8.
29. KHOO D, RYLEI J, WAXMAN J. Control of emesis in bowel obstruction in terminally ill patients. *Lancet* 1992;339:375-6.
30. KHOO D, HALL E, RYLEI J, DENMAN K, WAXMAN J. Palliation of malignant intestinal obstruction using Oocteotide. *Eur J Cancer* 1994;30A(1):28-30