

A informação clínica no doente oncológico

Clinical reporting in oncological patients

Conceição Cocco Martins*, Isabel Martins**

Resumo

A informação clínica no doente oncológico tem aspectos peculiares que vamos salientar. Deve apresentar claramente o estadiamento do doente, o seu estado funcional, o contexto epidemiológico, discriminar o tratamento, resultado e complicações, utilizando os critérios internacionalmente aceites que permitem comparação dos resultados entre investigadores. A aplicação destes critérios, mesmo quando não em tratamento sob protocolo de investigação, a (atitude desejável actualmente), traduz qualidade nos cuidados prestados. A identificação dos síndromes de cancro familiar torna-se imprescindível, porque o seguimento dos doentes tem características diferentes dos casos esporádicos.

Palavras chave: *quimioterapia, processo clínico*

Abstract

The authors emphasize points of particular importance, essential to record, when reporting clinically in oncological patients. Information must be clear and reproducible concerning criteria for staging, performance status, treatments given, results and complications. International criteria must be used which allow results to be compared by different investigators

The use such criteria, even when not undertaking a study protocol treatment programme, brings a higher quality to the care given. It is vital, when identifying familial cancer syndromes, as the accompaniment of these cases is different, in comparison to sporadic cases.

Key words: *chemotherapy, clinical process*

O doente oncológico representa uma percentagem muito significativa dos doentes dos serviços de Medicina,

com tendência a acentuar-se, já que se prevê que um em cada quatro indivíduos virá a desenvolver cancro. Predominam as situações avançadas ou terminais, mercê dos grupos etários elevados e da fraca sensibilização para o diagnóstico precoce. Peso significativo tem também o atraso no diagnóstico etiológico. No doente oncológico, podemos considerar 3 fases: a fase anterior ao diagnóstico histológico; a fase de tratamento oncológico, e a fase de cuidados paliativos.

Na 1ª fase, salientamos a anamnese cuidada que facilitará a utilização racional dos meios complementares de diagnóstico. Indispensável a história familiar de cancro, a exposição a potenciais agentes cancerígenos e as infecções (Quadros 1, 2).

Obtido o diagnóstico histológico, devidamente documentado em impresso de origem, inicia-se a marcha terapêutica. É imprescindível pugnar para que entre a suspeita, o diagnóstico histológico e o início do tratamento o intervalo seja curto - sugerimos 3-4 dias. Porquê? O processo de progressão tumoral é muito variável, mas recordamos que num tumor de 1 cm, isto é, um tumor que se torna clinicamente detectável (10⁹ células), mesmo se a taxa de mutação for baixa (suponhamos 10⁻⁶), nas células presentes haverá pelo menos um clone celular resistente ao tratamento citostático ou de radioterapia¹. Por outro lado, sendo o crescimento normal de um tumor de tipo gompertziano¹, a uma fase de crescimento rápido seguir-se-á uma fase de "plateau" e, nessa fase, muitos dos fármacos não actuam. Ou seja, mesmo que utilizemos fármacos

Quadro 1 ANAMNESE

- História familiar
- Exposição profissional
- Infecções

Quadro 2 FORMAS FAMILIARES DE CANCRO

A MAIORIA DOS TUMORES MALIGNOS TEM UMA FORMA FAMILIAR:

• **Mais frequentes:**

Lynch 1

Lynch 2

Li Fraumeni (sarcomas, tumores de células germinais, mama, ovário)

• **Mais raras:**

Polipose do tubo digestivo

Tipo Gardner

MEN

Suspeitar, se:

Indivíduo jovem

Tumor do cólon direito

História familiar

Tumores múltiplos

*Assistente Hospitalar Graduada de Medicina Interna e especialista de Oncologia Médica

**Assistente Hospitalar Eventual de Medicina Interna Serviço de Medicina do Hospital S. José

Recebido para publicação a 26. 12. 96

Quadro 3
SÍNDROMA DOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINAIS EXTRAGONADAIS

- Sexo masculino e menos de 50 anos
- Localizações na linha média (mediastino, retroperitônio)
- Nódulos pulmonares múltiplos
- crescimento tumoral rápido
- Gonadotrofina coriônica e alfa-feto proteína podem estar elevadas
- Histologia de carcinoma

Quadro 5
TIPO DE TRATAMENTO

INDUÇÃO:

Primeiro tratamento em tumor avançado

PRIMÁRIO (NEOADJUVANTE):

Primeiro tratamento em tumor localizado em que há alternativa terapêutica

ADJUVANTE:

Após tratamento local do tumor primitivo

DE RECURSO "SALVAGE":

Após falência do tratamento citostático inicial

cos eficazes, estes só interferem com as células em proliferação e as células em "plateau" não são afectadas, permanecendo, assim, uma massa tumoral residual com as inevitáveis consequências. A quantificação da massa tumoral existente em função de factores de prognóstico - o estadiamento - é imprescindível, mas, definido um limiar de estadiamento, é incorrecto atrasar o início do tratamento porque se aguardam exames, o que entre nós significa, por vezes, um período considerável de tempo, com as consequências já referidas.

O sistema de estadiamento mais utilizado, TNM, resultou da unificação do TNM e do sistema UICC (Union Internationale Contre Le Cancer), em 1987. Sucessivas revisões têm permitido adequá-lo à realidade, adoptando noções de outros sistemas de estadiamento específicos, por exemplo FIGO (Federação Internacional de Ginecologia Oncológica), para tumores do foro ginecológico, ou a classificação de Dukes para os tumores do cólon. Qual a vantagem de determinar o estadiamento? Pretende-se que o estadiamento corresponda à estratificação por grupos de prognóstico de uma forma reprodutível. Assim, deverá orientar para uma estratégia de tratamento e fundamentalmente, permitirá comparar resultados obtidos por grupos diferentes^{2,3}. Deve efectuar-se inicialmente e sempre que há alterações clínicas significativas que possam condicionar alterações terapêuticas. A decisão torna-se mais fácil em doentes tratados em protocolos de investigação, porque os critérios de actuação estão mais claramente definidos. No entanto, a classificação TNM permanece uma classificação fundamen-

Quadro 4
ESQUEMA DE TRATAMENTO

- Tipo
- Doses
- Periodicidade
- Efeitos secundários e toxicidade
- Resultado

Quadro 6
AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL
"PERFORMANCE STATUS"

- 0 - Normal
- 1 - Sintomático, mas compatível com o ambulatório
- 2 - Acamado em período inferior a 50% do tempo
- 3 - Acamamento superior a 50% do tempo, mas capaz de deambular
- 4 - Sempre acamado
- 5 - Falecido

talmente anatómica, embora os avanços tecnológicos estejam a possibilitar a definição de critérios imagiológicos, imunquímicos e de citogenética que permitirão caracterizar, no futuro, os grupos de prognóstico³. As dimensões das massas tumorais, o T da classificação TNM, devem ser definidas da forma mais precisa possível, em 2 diâmetros perpendiculares de forma reprodutível. O atingimento dos gânglios regionais, N, define-se inicialmente em termos clínicos com confirmação histológica posterior pN³. Metástases são as localizações tumorais fora do tecido de origem. Um tumor disseminado é, em princípio, um tumor cujo tratamento local é secundário, embora haja situações em que a diminuição da massa tumoral primitiva é importante — é o caso dos sarcomas. Tem-se definido um síndrome — carcinoma de ponto de partida não esclarecido em que, depois dos estudos habituais, não é possível encontrar o tumor primitivo. Hoje, admite-se que, muito provavelmente se trata de um tumor multifocal desde o início. Numa situação deste tipo, não há vantagem em atrasar o início do tratamento para procurar o tumor primitivo, especialmente se se estiver perante uma situação de tumor de células germinais em que é possível obter resposta completa a esquemas de tratamento com cisplatina (Quadros 3, 4, 5).

A avaliação da capacidade funcional do indivíduo, «performance status», é importante para o prognóstico, e um dos sistemas de avaliação mais usados refere-se no Quadro 6. Cada vez mais entram em linha de conta critérios de qualidade de vida e o período de vida livre de doença, e não apenas a simples sobrevivência³.

É importante referir que o esquecimento da noção de intensidade de dose (Quadro 7) contribui para os maus resultados que se obtêm. O atropelo desta noção faz-se

Quadro 7**CONCEITO DE INTENSIDADE DE DOSE**

· Intensidade de dose é a quantidade de droga administrada por unidade de tempo ie mg/ m²/semana (mg/m²=40x mg/Kg)

· Intensidade de dose relativa é a quantidade de uma determinada droga administrada por semana em relação à intensidade de dose da mesma droga no esquema-padrão

· Num esquema combinado, é um décimo da razão entre as médias de intensidade de dose das drogas do esquema em estudo e as médias de intensidade de dose do esquema-padrão (se faltar uma droga no regime em estudo a sua intensidade é 0)

NALGUNS CASOS, A DIMINUIÇÃO DA INTENSIDADE DE DOSE EM 20% PODE TRADUZIR-SE NUMA DIMINUIÇÃO DA TAXA DE CURA DE 50%.

sempre que se adiam tratamentos sem motivo clínico válido, o que é frequente nas nossas instituições, que param em fim-de-semana, diminuindo as doses realmente utilizadas e comprometendo os resultados. Embora a intensificação de dose não tenha validade universal (está comprovada em regimes combinados para mama e ovário), pelo menos no sentido de que a um aumento de dose corresponde sempre um aumento de resposta, devemos ter presente que a diminuição da dose de uma ou várias drogas de um esquema de tratamento citostático diminui a possibilidade de resposta, e essa diminuição não é directamente proporcional à diminuição efectuada na dose. Outro aspecto que o futuro esclarecerá é a importância da cronoterapia, mas a abordagem deste tema ultrapassa o âmbito do nosso tema. Quanto à fase de cuidados meramente paliativos esta deverá ser preparada ainda durante o período de tratamento activo, estabelecendo ligação com as entidades que apoiarão o doente na fase mais dolorosa do seu processo.

Em suma, na informação clínica dos doentes oncológicos há aspectos que devem estar claramente explicitados, para que, mesmo se os doentes não estiverem a ser tratados em protocolo de investigação, possa ser possível avaliar resultados, a única forma de melhorar a actuação clínica. Consideramos que a aplicação destes princípios seria mais fácil se cada instituição dispusesse, para cada tipo de tumor, de folhas de estadiamento e seguimento que facilitarão o trabalho do clínico⁴.

Os aspectos que valorizámos são os que se conside-

CRITÉRIOS DE RESPOSTA (OMS)**RESPOSTA COMPLETA (RC):**

Desaparecimento completo da doença, determinado em 2 observações com intervalos > 4 semanas; se lesões ósseas—desaparecimento no Rx ou na cintigrafia, pelo menos durante 4 semanas.

RESPOSTA PARCIAL (RP):

Diminuição > 50% em duas observações com intervalos > 4 semanas; a medição pode ser:

Bidimensional

- se lesão única; diminuição de 50% na área do tumor (multiplicação do maior diâmetro pelo maior diâmetro perpendicular).

- se lesão múltipla; diminuição de 50% na soma dos produtos dos diâmetros perpendiculares das lesões múltiplas.

Unidimensional

- diminuição de 50% na maior dimensão do tumor.

Tumor não mensurável

- estimativa da sua diminuição em 50%, pelo menos durante 4 semanas.

RESPOSTA AUSENTE (RA)

Se a diminuição do tumor não atinge 50% nem há aumento do tamanho numa ou mais lesões das lesões mensuráveis, pelo menos durante 4 semanas (no caso das lesões ósseas, pelo menos durante 8 semanas).

RESPOSTA MÍNIMA (RM)

25% < MÍNIMA > 50%.

DOENÇA ESTÁVEL (DE)

Diminuição ± de 25%.

PROGRESSÃO (P)

Aumento maior que 25% numa ou mais das lesões ou aparecimento de novas lesões; no caso de lesões ósseas, valoriza-se o aumento de tamanho das lesões existentes (não se valoriza o aparecimento de fracturas de compressão ou a sua consolidação).

RESPOSTA GLOBAL (RP)

A progressão local indica progressão da doença, apesar de resposta objectiva noutras locais; se a resposta local completa e as respostas parciais somarem valores maiores que a RA, a resposta global será RP; se não houver alteração na doença total, mas se houver resposta completa ou parcial em localizações mensuráveis, a resposta global será RP.

DURAÇÃO DA RESPOSTA E SOBREVIDA

Expressam-se em dias, semanas ou meses; calculam-se desde o início do tratamento antitumoral (no caso de resposta completa, considera-se a partir do momento em que foi observada).

ram indispensáveis na avaliação da qualidade do processo oncológico.

Bibliografia

1. De Vita, VT Jr. Principles of Chemotherapy in Cancer. In Principles and Practice of Oncology, JB Lippincot 1993:276-291.
2. Miller AB, Hoogstraten B, Staquet M, Winkler A. Reporting Results of Cancer Treatment. Cancer 1981;47:207-214.
3. Morvan F. Classification des Cancers à Usage Clinique. Bulletin du Cancer 1995; 82 (Suppl 2):101-111.
4. Robert E. A Model for Oncology Clinical Indicators Cancer 1989; 64 (Suppl):306-309.