

TRATAR OU NÃO TRATAR OS IDOSOS PORTADORES DE CÂNCER? TO TREAT OR NOT TO TREAT ELDERLY CANCER PATIENTS?

Gilson Luchezi Delgado*

O câncer é uma doença dos idosos, e mais de 50% de todos os tipos de neoplasias malignas ocorrem em pessoas com mais de 65 anos. É a principal causa de morte em homens e mulheres com idades entre 60 e 79 anos.¹ As tendências que têm sido observadas na demografia pressionarão ainda mais estes números. Mais idosos existirão, com melhor atividade física, mas submetidos a um meio ambiente ainda bastante agressivo para a saúde, inclusive para as neoplasias malignas. Ora, idosos também necessitam de cuidados e tratamentos oncológicos e, cada vez mais, numérica e qualitativamente importantes.

O que se observa, na prática, é um grande número de médicos que decidem a sorte e o tratamento dos pacientes oncológicos com mais de 65 anos sob o seu ponto de vista, baseados em experiências pessoais; isto porque, e principalmente, não são disponíveis conhecimentos médicos adequados e recentes para a atenção oncológica destes pacientes.

A observação de que não se conhece adequadamente o melhor procedimento nestas condições especiais é clara para todos, incluindo geriatras e oncologistas clínicos. A expectativa de vida é mais bem prevista pelo estado de saúde do paciente que a idade de modo isolado. Há pessoas com 80 anos em excelente estado de saúde física e psíquica, comparativamente a pessoas com menos idade, mas com má performance de saúde. Portanto, o que deve ser levado em consideração é a funcionalidade e a co-morbidade do paciente.

Quando faceados a estes pacientes, alguns fatores devem ser levados em consideração para a decisão clínico-terapêutica consequente:

- Expectativa de vida a partir daquela idade,
- Tipo de neoplasia maligna e seu grau de responsividade terapêutica,
- Co-morbidade,
- Síndromes geriátricas associadas.

A expectativa de vida pode ser estimada pelas tabelas de vida estimada, como sugeridas.^{2,3} Por exemplo, cerca de 25% dos homens saudáveis com 75 anos de idade viverão mais de 17 anos; 50% viverão, no mínimo, 11,9 anos e 25% viverão menos que 6,8 anos.

Além disso, se pode sub-classificar as pessoas idosas em três categorias: 1) pacientes idosos jovens, entre 65 - 75 anos de idade; 2) idosos entre 76 - 85 anos; 3) muito idosos, com mais de 85 anos de idade.⁴

Há, também, um instrumento muito útil para os médicos especialistas poderem desenvolver um plano racional para o tratamento oncológico multidisciplinar, assim como delinear intervenções clínicas apropriadas para os problemas clínicos e psico-sociais do paciente. Trata-se da Avaliação Geriátrica Abrangente (*Comprehensive geriatric assessment - CGA*),^{5,6} instrumento de aplicação relativamente rápida, e útil para este planejamento geral de tratamento.

Diversas instituições médicas do Brasil e do mundo ocidental estão de acordo sobre isto, e vêm desenvolvendo programas de pesquisa para o assunto através destes instrumentos, que incluem avaliação e mensuração dos domínios geriátricos

como: co-morbidade, estado funcional do paciente, estado cognitivo, estado psicológico, estado nutricional, medicações e suporte psico-social.^{5,6,7}

Em nosso meio, exatamente por conceitos previamente determinados, há, da parte de muitos dos profissionais de Saúde não ligados aos meios acadêmicos, uma reserva quanto à utilidade destes instrumentos todos. Isto gera, sem dúvida alguma, a conduta de que “idoso” deve ser pouco tratado, que seu prognóstico é sistematicamente sombrio, a toxicidade medicamentosa e a morbi-mortalidade cirúrgica é sempre elevada. O que condiciona, de modo quase sistemático, a não indicação de terapêutica oncológica nestes pacientes, às vezes, inclusive, sem a adequada avaliação do diagnóstico oncológico prévio.

O interessante da aplicação destes testes clínicos é, dentre outros objetivos, a determinação da melhor abordagem inicial para o procedimento clínico-terapêutico: a classificação do paciente dentro de uma de três categorias: apto, vulnerável, débil ou fraco.⁸

Para os pacientes idosos aptos há uma série muito grande de dados firmes bem baseados em evidências elevadas, e dados em sub-grupos definidos por estudos clínicos muito bem conduzidos. Porém, para aqueles classificados como vulneráveis ou fracos, faltam evidências adequadas para suas orientações.

Outro aspecto prático corresponde à atenção clínico-terapêutica do paciente oncológico idoso. Sem dúvidas práticas, a melhor abordagem do paciente geriátrico deve ser realizada dentro de um sistema que possui características multidisciplinares (várias especialidades médicas congregando para a atenção médica do paciente) e multiprofissionais (vários profissionais de Saúde ou não, que congregam para essa atenção). Não temo afirmar que a maioria dos fracassos terapêuticos em pacientes oncológicos geriátricos são causados pela falta do embasamento seguro destas modalidades de atenção. No nosso entender, não é necessária que a atenção seja realizada dentro de uma instituição com todo esse pessoal disponível, mas, antes, de modo conceitual, por profissionais que, entendendo estes conceitos, disponibilizam a necessária atenção multidisciplinar e multiprofissional a seus pacientes. Torna-se fundamental o encaminhamento a parceiros profissionais muito bem qualificados.

CIRURGIA ONCOLÓGICA NO IDOSO

A cirurgia oncológica é arma terapêutica muito importante, mas os idosos tendem a receber tratamentos cirúrgicos inadequados porque são considerados inaptos pela estimativa do seu risco cirúrgico. Ora, com um instrumento simples (20 minutos de intervenção), denominado “Avaliação pré-operatória do câncer no idoso” (da sigla em inglês PACE), avaliam-se diversos parâmetros físicos, fadiga, capacidade funcional do paciente (“performance status”- PS) e avaliação anestésica pré-operatória (ASA).^{9,10}

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 10, n. 3, p. 25-27, 2008

* Professor do Depto. de Medicina - CCMB/PUC-SP

Recebido em 19/8/2008. Aceito para publicação em 19/8/2008.

Contato: drgilson@terra.com.br

Em um estudo bem desenhado, prospectivo, foram avaliados 460 pacientes idosos previamente a uma cirurgia eletiva.⁸ A classificação dentro da “pouca saúde” foi associada a um aumento de 50% do risco relativo de complicações pós-operatórias, mas não a um aumento da mortalidade pós-operatória (que, neste estudo, manteve-se muito baixa, em torno de 3,5%). O que o estudo sugere, ao final, é que não se observou diferença clínica entre os pacientes selecionados pelos testes e aqueles considerados aptos pelo teste PACE.

Utilizando a cirurgia de câncer colo-retal como um exemplo, pode-se melhor entender as possibilidades cirúrgicas e direções para futuras conquistas aos pacientes idosos; nestas situações há condutas já bem definidas:

- Para os pacientes que abrem o quadro em emergência cirúrgica obstrutiva, uma atenção para redução de morbimortalidade pode ser a colocação de um “stent” intestinal, se possível, após melhorar a homeostase metabólica, realizar uma cirurgia eletiva com menor morbimortalidade esperada,¹¹ o que poderá direcionar as cirurgias dos pacientes oncológicos idosos para procedimentos que envolvam soluções que não passam pelas intempestivas cirurgias de urgência.

- Colectomia laparoscópica eletiva e bem indicada em idosos possui eficácia e segurança similares às cirurgias a céu-aberto,^{12,13} o que indica um caminho de pesquisa e formação em cirurgias minimamente invasivas.

- Excisão meso-retal total é o tratamento cirúrgico indicado para alguns cânceres retais, e pode ser realizada com os mesmos resultados em populações idosas ou mais jovens,¹⁴ o que favorece os melhores estudos e observações naquelas cirurgias mais invasivas, mas indiscutivelmente com propostas curativas.

- A metastasectomia hepática é factível e segura em idosos,¹⁵ a maior contra-indicação sendo a presença de cirrose hepática (Child-Pugh estágios B e C) em pacientes com mais de 80 anos,¹¹ o que sugere que não se deve selecionar pacientes para cirurgias, mesmo que apenas remissivas, baseado falsamente na idade do paciente e subjetivismo clínico.

O mais importante é um cuidado pós-operatório, com indicações precoces de fisioterapia respiratória e motora, e profilaxia de fenômenos tromboembólicos. A mortalidade pós-operatória nestas condições está associada a complicações cardíaco-respiratórias dentro dos três primeiros meses de evolução.

RADIOTERAPIA NO IDOSO

Infelizmente, para a radioterapia, os idosos correspondem a um grupo muito heterogêneo, pois que a morbimortalidade aumenta com as insuficiências funcionais de órgãos irradiados. Claro que as novas técnicas radioterápicas estão sendo dirigidas para a limitação dos campos radioterápicos, com aumento da eficácia antitumoral. Mas há um ponto bem definido: os pacientes considerados aptos para a radioterapia devem receber tratamentos como aqueles dos mais jovens, já que não se observou aumento da toxicidade induzida pela radioterapia, tanto precoce quanto tardia.^{16,17,18}

Radioterapia e quimioterapia concorrentes devem ser utilizadas cautelosamente, e bem pesada a relação custo/benefício terapêutico.

QUIMIOTERAPIA NO IDOSO

Os tratamentos medicamentosos nos idosos são susceptíveis de alguns fatores clínico-farmacológicos próprios da faixa etária e da característica “contração da reserva funcional orgânica”.

Assim, por exemplo, uma diminuição da absorção medicamentosa pelo trato gastrointestinal é esperada com o aumento da idade. Isto pode ser piorado com a associação de medicamentos (por exemplo, inibidores da secreção clorídrico-péptica) ou por outras condições fisiológicas associadas e incontroláveis, como, por exemplo, retardo no esvaziamento gástrico, diminuição do fluxo sanguíneo esplâncnico e outros.

Por outro lado, vários fatores intervenientes da farmacologia estão potencialmente presentes em grande número de idosos: aumento do teor relativo de gordura corporal, diminuição da água intracelular, redução da albuminemia, anemia, alterações das enzimas P450 hepáticas microssomais, diminuição da depuração renal e outras. Além do que, há uma tendência à polifarmácia, com interações medicamentosas previsíveis ou não.

Disto tudo se pode, pelo menos primariamente, depreender uma maior toxicidade esperada pelo metabolismo pouco previsível dos medicamentos quimioterápicos. O processo de escolha terapêutica se complica naqueles pacientes com problemas mais severos: dependência de terceiros para autocuidados diários, demência grave, depressão grave, delírio, quedas acidentais múltiplas, fraturas ósseas espontâneas, tonturas severas.

Em termos de riscos esperados para complicações do tratamento medicamentoso, os idosos, aparentemente, estão mais susceptíveis para mielossupressão e mucosites mais prolongadas e mais severas. Há aumento do risco de miocardiotoxicidade, assim como maior possibilidade de neurotoxicidade central e periférica. Outras modalidades de toxicidade com maior risco apresentado neste grupo etário são: infecções (com ou sem neutropenia), desidratação e distúrbios eletrolíticos e subnutrição. A combinação freqüente destas complicações aumenta o risco de delírio.^{8,19}

Tudo isto, porém, não é contra-indicação absoluta para o uso de agentes citostáticos ou hormonais, já que estes poderiam, ainda, ser usados para controle sintomático em doses menores. Contudo, há importantes estudos que demonstram que os pacientes idosos classificados como aptos, revelam um padrão de toxicidade similar àquele observado em pacientes mais jovens. Inclusive os efeitos benéficos da quimioterapia são observados igualmente nos dois grupos quando se provê cuidados adequados de suporte terapêutico.^{15,20,21,22} Um ótimo exemplo desta situação é o tratamento dos linfomas não-Hodgkin CD20+ de alto risco, quando o clássico esquema CHOP teve rituximab associado, resultando em dramática melhora da sobrevivência para os pacientes idosos, sem aumento da toxicidade. Aqueles pacientes com mais de 80 anos também podem ser tratados com CHOP-R, e as únicas exceções estabelecidas são para aqueles com grave insuficiência de órgãos secundária a outras doenças.²³

Tudo posto se pode afirmar que estes dados todos, aqui resumidos, mas mais amplamente estudados na literatura pertinente, permitem ao médico uma escolha terapêutica ativa e eticamente adequada para estes pacientes.

CONCLUSÕES

Os pacientes oncológicos adultos idosos devem receber as mesmas chances de tratamento que os pacientes mais jovens, pois que, se eles forem classificados como “aptos”, suportam os tratamentos oncológicos como os pacientes mais jovens. Também são aptos a tolerar tratamentos curativos.

Quando se discute a oportunidade terapêutica em pacientes idosos, deve-se levar em consideração: expectativa de vida, condições geriátricas e fragilidade de saúde. Para os pacientes considerados “aptos”, as orientações-guias (“*guidelines*”) devem ser aplicadas; para os “inaptos” e os “frágeis”, não há orientações definidas e, aqui, o bom senso clínico deve prevalecer em comum acordo às necessidades do paciente como definidas por ele próprio.

De modo geral, a idade não deve ser uma consideração primária para estabelecimento de risco cirúrgico. Quimioterapia e radioterapia também não devem ser avaliadas com a barreira da idade. O que se depreende, como um primeiro ponto de vista terapêutico e prático, é que os idosos aptos necessitam de cuidados especiais de suporte.

Procedimentos cirúrgicos devem ser bem indicados e, sempre que necessário, pela história natural da doença, não devem deixar de observar a radicalidade exigida naquela circunstância.

Radioterapia deve ser cuidadosamente selecionada e baseada nos riscos de toxicidade actínica esperada para os órgãos e tecidos normais também irradiados.

Quimioterapia não deve ser excluída, nem com a intenção curativa naquelas condições em que isto pode ser objetivado, nem com a intenção de controle sintomático. As modificações de doses são freqüentemente necessárias. Radioterapia e quimioterapia concorrentes devem ser utilizadas cautelosamente e bem pesada a relação custo/benefício terapêutico.

REFERÊNCIAS

- Jemal A, Siegel R, Ward E, Murray T, Xu J, Thun MJ. Cancer statistics, 2007. *CA Cancer J Clin.* 2007; 57(1):43-66.
- Walter LC, Covinsky KE. Cancer screening in elderly patients: a framework for individualized decision making. *JAMA.* 2001; 285:2750-6.
- Walter LC, Lindquist K, Covinsky KE. Relationship between health status and use of screening mammography and Papanicolaou smears among women older than 70 years of age. *Ann Intern Med.* 2004; 140:681-8.
- Sargent DJ, Goldberg RM, Jacobson SD, Macdonald JS, Labianca R, Haller DG, et al. A pooled analysis of adjuvant chemotherapy for resected colon cancer in elderly patients. *N Engl J Med.* 2001; 345:1091-7.
- Christman K, Muss HB, Case LD, Stanley V. Chemotherapy of metastatic breast cancer in the elderly. The Piedmont Oncology Association experience. *JAMA.* 1992; 268:57-62.
- Chen H, Cantor A, Meyer J, Beth Corcoran M, Grendys E, Cavanaugh D, et al. Can older cancer patients tolerate chemotherapy? A prospective pilot study. *Cancer* 2003; 15:1107-114.
- Balducci L. Management of cancer in the elderly. *Oncology.* 2006; 20(2):135-52.
- Wedding U, Honecker F, Bokemeyer C, Pientka L, Höffken K. Tolerance to chemotherapy in elderly patients with cancer. *Cancer Control.* 2007; 14(1):44-56.
- Extermann M, Aapro M, Bernabei R, Cohen HJ, Droz JP, Lichtman S, et al. Use of comprehensive geriatric assessment in older cancer patients: recommendations from the task force on CGA of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG). *Crit Rev Oncol Hematol.* 2005; 55(3):241-52.
- International Society of Geriatric Oncology. Aging health. 8th Annual SIOG meeting; 2007 November 8-10.
- Naeim A, Reuben D. Geriatric syndromes and assessment in older cancer patients. *Oncology.* 2001; 15:1567-77.
- Audisio RA, Ramesh H, Longo WE, Zbar AP, Pope D. Preoperative assessment of surgical risk in oncogeriatric patients. *Oncologist.* 2005; 10(4):262-8.
- Audisio RA, Ramesh H, Pope DP, Gennari R, Corsini G, Maffezzini M et al. Preoperative assessment of cancer in the elderly (PACE): interim analysis. *J Clin Oncol.* 2005; 23(16 suppl):8028.
- Zachariah B, Balducci L. Radiation therapy of the older patient. *Hematol Oncol Clin North Am.* 2000; 14(1):131-67.
- Donato V, Valeriani M, Zurlo A. Short course radiation therapy for elderly cancer patients. *Crit Rev Oncol/Hematol.* 2003; 45(3):305-11.
- Zachariah B, Balducci L, Venkattaramanabalaaji GV, Casey L, Greenberg HM, DelRegato JA. Radiotherapy for cancer patients aged 80 and older: a study of effectiveness and side effects. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1997; 39(5):1125-9.
- Weeks JC, Nelson H, Gelber S, Sargent D, Schroeder G. Clinical outcomes of surgical therapy (COST) Study Group. Short-term quality-of-life outcomes following laparoscopic-assisted colectomy vs open colectomy for colon cancer: a randomized trial. *JAMA.* 2002; 287(3):321-8.
- Lacy AM, Garcia-Valdecasas JC, Delgado S, Castells A, Taurá P, Piqué JM, et al. Laparoscopy-assisted colectomy versus open colectomy for treatment of non-metastatic colon cancer: a randomised trial. *Lancet.* 2002; 359(9325):2224-9.
- Law WL, Chu KW. Anterior resection for rectal cancer with mesorectal excision: a prospective evaluation of 622 patients. *Ann Surg.* 2004; 240(2):260-8.
- Popescu RA, Norman A, Ross PJ, Parikh B, Cunningham D. Adjuvant or palliative chemotherapy for colorectal cancer in patients 70 years or older. *J Clin Oncol.* 1999; 17(8):2412-8.
- Thieblemont C, Coiffier B. Lymphoma in older patients. *J Clin Oncol.* 2007; 25(14):1916-23.
- Extermann M, Hurria A. Comprehensive geriatric assessment for older patients with cancer. *J Clin Oncol.* 2007; 25(14):1824-31.
- National Comprehensive Cancer Network [homepage na Internet]. Fort Washington (PA): NCCN; c2007 [acesso em 05 ago 2008]. Disponível em: <http://www.nccn.org>