

# Deliberações clínicas na atuação em pacientes com câncer de cabeça e pescoço: atualidades e desafios na disfagia

## Clinical Decision Making with Head and Neck Cancer Patients with Dysphagia

### Toma de decisiones clínicas con pacientes con cáncer de cabeza y cuello con disfagia

Guilherme Maia Zica\*  
Andressa Silva de Freitas\*

Starmer H, Edwards J. Clinical Decision Making with Head and Neck Cancer Patients with Dysphagia. *Semin Speech Lang.* 2019 Jun;40(3):213-226.

Nas últimas décadas os avanços tecnológicos aumentaram a sobrevida dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço (CCP) e o controle oncológico adequado passou a ser possível em indivíduos antes considerados não tratáveis. Neste contexto, fatores como impacto na qualidade de vida (QV) passaram a ter importância na escolha de abordagens terapêuticas. Sabe-se que a disfagia é uma das principais queixas dos sobreviventes do CCP e seu manejo adequado pode ser determinante para uma maior sobrevida e com melhor qualidade. As decisões acerca do processo de reabilitação precisam ser coerentes com o equilíbrio entre a morbidade e a QV<sup>1</sup>.

Os autores do artigo “*Clinical Decision Making with Head and Neck Cancer Patients with Dysphagia*”<sup>2</sup> são do Departamento de Otorrinolaringologia e Cabeça e Pescoço, da Universidade de Stanford, Palo Alto, California. Este estudo fornece uma discussão para o direcionamento das condutas em disfagia em pacientes cirúrgicos e não cirúrgicos com CCP.

O perfil dos pacientes com CCP mudou notavelmente na última década. Enquanto os cânceres associados ao álcool e ao tabagismo diminuíram nos Estados Unidos, a incidência dos CCP relacionados ao *Papilomavírus Humano* (HPV) continuam a aumentar, transformando o grupo de

\* Instituto Nacional de Câncer (INCA), Brasil

E-mail para correspondência: Sra Andressa Silva de Freitas e-mail: andressa.freitas@inca.gov.br

Recebido: 19/11/2019

Aprovado: 17/12/2019

pacientes em indivíduos mais jovens, saudáveis e com maior probabilidade de cura (melhor resposta ao tratamento)<sup>1-4</sup>.

Devido à maior expectativa de vida em comparação com as gerações anteriores, atualmente, simplesmente sobreviver é um resultado insatisfatório. Esse público necessita de especialistas em reabilitação da deglutição com experiência em pacientes oncológicos e em contextos de atendimentos multidisciplinares.

Frente aos comprometimentos da deglutição no CCP em seus respectivos tratamentos, o fonoaudiólogo é um membro relevante da equipe de assistência e deve estar envolvido desde o momento do diagnóstico ou, no mínimo, antes do início do tratamento visando maximizar os resultados funcionais.

A natureza da disfagia no CCP é singular e, portanto, se difere de outras etiologias. Os pacientes oncológicos com déficits na deglutição geralmente são neurotípicos no início do tratamento, apresentam capacidade ou reserva funcional de deglutição adequada e tradicionalmente apresentam menor risco de sequelas pulmonares relacionadas à aspiração<sup>3</sup>. Portanto, é possível considerar uma abordagem de tratamento mais liberal e, na maioria dos casos, mais proativa, do que com outros grupos de diagnóstico. Ao prever aspirações em grande quantidade no pós-operatório imediato, o manejo adequado torna-se fundamental, viabilizando uma via oral satisfatória se comparada aos riscos e benefícios de uma via alternativa de alimentação (VAA).

As abordagens de gerenciamento da disfagia no CCP podem ser organizadas em: domínios de educação e aconselhamento, preservação funcional, compensação funcional e restauração funcional. Como muitos pacientes apresentarão perda funcional secundária aos tratamentos, a educação e o aconselhamento adequados podem garantir aos pacientes expectativas realistas de sua recuperação e uma compreensão efetiva acerca do impacto da disfagia em sua qualidade de vida. A intervenção prévia ao tratamento ou preservação funcional deve ser indicada quando o resultado pretendido é a manutenção da deglutição no contexto de um tratamento com comprometimentos fisiologicamente já conhecidos, como por exemplo com radioterapia orofaríngea (exercícios profiláticos orofaríngeos). A intervenção baseada em compensação é utilizada quando há: um prognóstico limitado de retorno ao funcionamento considerado normal; uma necessi-

dade imediata de favorecer a segurança pulmonar e/ou o trânsito orofaríngeo mais eficaz; ou quando houver um número limitado de resposta a intervenções focadas na restauração, como no caso de disfagia tardia associada à radiação. A restauração funcional é priorizada em indivíduos com tumores pequenos e ressecções pouco mutiladoras, com baixo impacto funcional. Por fim, a vigilância contínua da deglutição com exames de imagens é essencial para os pacientes em risco de desenvolver efeitos tardios da radioterapia.

### **Gerenciamento fonoaudiológico do paciente cirúrgico em cabeça e pescoço**

O manejo dos pacientes com CCP tratados cirurgicamente que apresentam algum comprometimento na função de deglutição requer estratificação de risco e intervenções que priorizem a tomada de decisão compartilhada, a educação e a proteção do paciente.

Independentemente das especificidades da cirurgia, a Fonoaudiologia desempenha um papel primordial na orientação dos pacientes através do processo de uma construção realista das expectativas relacionadas a mudanças funcionais, necessidades e expectativas criadas com a reabilitação e cronogramas de exercícios, ao mesmo tempo em que fornece educação e aconselhamento adequados para garantir o autoconhecimento e responsabilização pelo processo de cuidado.

Os objetivos da intervenção no pós-operatório imediato podem incluir treinamento de manobras e estratégias para facilitar o controle do bolus e/ou a segurança das vias aéreas. Ou, em casos mais complexos, podem ser simplesmente identificar se o paciente pode iniciar com segurança algum tipo de ingestão oral para minimizar o potencial de atrofia muscular por desuso. As metas após o período crítico, a nível ambulatorial, geralmente se concentram na restauração da função máxima, seja com exercícios de amplitude de movimento e fortalecimento relacionados à deglutição ou com um treinamento comportamental e funcional dos mecanismos de proteção das vias aéreas para se adaptar a uma perda estrutural anatômica (por exemplo, nas laringectomias parciais horizontais)<sup>1</sup>.

Em indivíduos considerados de alto risco para complicações pulmonares decorrentes da aspiração (por exemplo, aqueles com doença pulmonar obs-

trutiva crônica), um simples medidor de pico de fluxo respiratório, indicação de tratamentos mais conservadores, terapia intensiva e um aconselhamento mais assertivo sobre os riscos e estratégias terapêuticas podem ser uma adição significativa ao conjunto de ferramentas do clínico da disfagia<sup>1,4,5</sup>.

Em alguns casos, os pacientes podem sofrer ressecção e reconstrução de resgate após recorrência da doença ou disfunção de órgãos após tratamentos não cirúrgicos, por exemplo, uma laringectomia total com o objetivo de melhorar a qualidade de vida relacionada à deglutição em um paciente de radioterapia exclusiva não funcional. Em sua maioria, a terapêutica de pacientes de resgate apresenta um prognóstico com maiores limitações, necessitando de uma assistência direcionada com exercícios em maior intensidade e frequência para favorecer compensações mais amplas<sup>6</sup>.

As estratégias selecionadas para a reabilitação serão fundamentadas de acordo com o local e estruturas ressecadas e a reconstrução utilizada. Cada estrutura da região da cabeça e do pescoço desempenha uma função no processo de deglutição e, portanto, o profissional fonoaudiólogo precisa compreender qual comprometimento será esperado para cada modalidade cirúrgica. Algumas técnicas necessitam de mais de uma intervenção para atingir o objetivo estético e funcional adequado, como é o caso do refinamento de retalhos microcirúrgicos ou a reconstrução do trânsito faringoesofágico. Compreender todo o processo do tratamento e traçar medidas para a reabilitação ou manutenção da função em cada fase até o final da proposta de tratamento requer um conhecimento profundo e refinado, além da integração com a equipe. O diálogo entre o cirurgião e o fonoaudiólogo precisa ser coeso para que o procedimento planejado e executado promova o sucesso oncológico e funcional, garantindo a manutenção de uma sobrevida com qualidade<sup>1,7,8</sup>.

### **Gerenciamento fonoaudiológico do paciente não cirúrgico em cabeça e pescoço**

A maioria dos pacientes diagnosticados com CCP precisará de radiação como parte de seu tratamento. Isso pode ser conduzido após a cirurgia em um cenário adjuvante ou como a principal modalidade de tratamento, com ou sem quimioterapia.

Embora a intervenção na disfagia seja geralmente reativa e restauradora, o tratamento da disfagia na população exposta à radiação é primariamente baseado na prevenção. Portanto, neste contexto, a intenção e maior fundamento do tratamento é a profilaxia. Na população de cabeça e pescoço, a disfagia subclínica pode ser identificada em aproximadamente 40% dos pacientes antes do tratamento. Embora em muitos casos essa disfagia pré-tratamento seja leve, em pacientes com o câncer mais avançado ou com comorbidades, esses déficits iniciais podem influenciar nas decisões de tratamento oncológico e de reabilitação.

A toxicidade aguda durante a radiação, como a mucosite, disgeusia e xerostomia, pode ter um impacto negativo no desejo do paciente de se alimentar e ingerir líquidos durante o tratamento. Portanto, em casos de indivíduos sem a orientação adequada, o resultado pode se apresentar como um maior risco de desenvolvimento de uma disfagia grave devido à atrofia e rigidez por desuso. Após a radiação, os pacientes apresentam riscos elevados de desenvolver disfagia, que podem estar relacionados à fraqueza muscular, fibrose dos tecidos moles, linfedema crônico e/ou neuropatias cranianas.

A disfagia crônica associada às toxicidades da radiação está tipicamente relacionada à fibrose. O linfedema pode contribuir ainda mais para a disfagia, uma vez que estruturas edematosas, como epiglote e aritenóides, podem apresentar limitações em relação à mobilidade e deslocamento durante a deglutição<sup>9</sup>. Em um pequeno subconjunto de pacientes, a disfagia associada à radiação (DAR) tardia pode surgir muitos anos após a conclusão da radiação. A DAR tardia é comumente associada a um potencial significativo de neuropatias cranianas, sensibilidade reduzida, complicações pulmonares por aspiração crônica e dificuldade em manter uma nutrição adequada, esta disfunção está relacionada às doses de radiação e ao envelhecimento concomitante.

Pacientes que apresentam padrões de deglutição com preservação de ingestão oral parcial ou total provavelmente terão resultados funcionais mais adequados. É um desafio diferenciar os déficits de deglutição crônicos e pacientes com padrões transitórios de disfagia. Portanto, ambos devem ser tratados de maneira semelhante, embora a duração do tratamento das disfagias transitórias possa ser abreviada devido à recuperação natural. Em contraste, os pacientes que apresentam disfagia

progressiva, podem exigir estratégias de tratamento singulares para retardar ou interromper a progressão da fibrose. A DAR de início tardio se enquadra nessa categoria progressiva, embora tipicamente se apresentasse em um momento posterior (> 5 anos após a radiação)<sup>2,5-8</sup>.

A dor, em particular, pode ter um impacto dramático na adesão do paciente à ingestão oral e aos protocolos de exercícios profiláticos. Além de compreender a dor, o fonoaudiólogo deve fornecer informações sobre as glândulas salivares em radiação, o que leva a alterações significativas na quantidade do fluxo e na consistência salivar.

A estratificação de risco é um aspecto importante do atendimento à população com CCP e deve basear-se no conhecimento de fatores associados às complicações relacionadas à disfagia e no entendimento completo das capacidades e reservas funcionais do indivíduo. As avaliações por videofluoroscopia da deglutição e videoendoscopia da deglutição podem ser utilizadas no cenário de pré-tratamento para verificar a função prévia. Os pacientes com disfagia basal terão um risco elevado de complicações relacionadas à disfagia durante a radiação, incluindo dependência de VAA e internação por pneumonia broncoaspirativa. É necessário fornecer educação sobre os sinais e sintomas de disfagia, monitorar mudanças que possam aumentar o risco de complicações, aplicar estratégias e modificações compensatórias conforme necessário e oferecer cuidados de reabilitação conforme apropriado.

Além dos desafios de tomada de decisão inerentes às intervenções de reabilitação, as decisões sobre restrições e recomendações alimentares podem ser difíceis em pacientes com disfagia pós-irradiação, particularmente em pacientes com disfagia crônica ou progressiva, sem complicações nutricionais ou médicas relacionadas à sua deglutição. Em um paciente que mantém o peso e não apresenta complicações pulmonares a colocação de uma VAA não deve ser a resposta imediata a uma deglutição ineficaz. Ao invés disso, o fonoaudiólogo deve participar de decisões compartilhadas com o paciente e a família. É preciso incluir informações baseadas em evidências sobre o risco de pneumonia, bem como estratégias que possam minimizar o risco de complicações pulmonares, como posturas/estratégias compensatórias, higiene bucal e manutenção de um estilo de vida ativo. Mesmo em pacientes que sofreram complicações médicas devido à disfagia,

deve haver uma discussão abrangente sobre riscos futuros e desejos do paciente, para que a decisão apoie seus objetivos pessoais.

## Condutas clínicas na atuação em pacientes com câncer de cabeça e pescoço

A decisão de introduzir e/ou prosseguir com uma via de alimentação alternativa é de grande relevância e complexidade na maioria dos contextos. Pacientes com VAA tendem a engolir menos e apresentam maior risco de disfagia e estenose após tratamento. Os pacientes que utilizam outras vias além da via oral devem ser encorajados a continuar engolindo em algum nível para minimizar os riscos de disfagia crônica a longo prazo.

O manejo da disfagia associada ao CCP é desafiador e frequentemente requer uma tomada de decisão complexa e multidisciplinar. As decisões são diversas e podem incluir: se a função da linha de base é incongruente com o tratamento oncológico proposto (como uma abordagem de preservação de órgãos quando a laringe é disfuncional na linha de base), que forma de dieta é segura e apropriada, se a alimentação por VAA é necessária, como manter e restaurar a função e quando concentrar os esforços de reabilitação na compensação.

Os fonoaudiólogos que prestam atendimento a essa população precisam ter um entendimento abrangente das diferentes formas de disfagia no CCP, fatores associados ao risco elevado de desenvolver complicações e objetivos do paciente. Em todas as etapas da tomada de decisão, a autonomia e a preferência do paciente devem ser enfatizadas. Quando a tomada de decisão ponderada é aplicada no tratamento da disfagia associada ao CCP, a função e os resultados do paciente podem ser otimizados.

## Referências

1. Freitas AS, Zica GM. Eficiência da deglutição na laringectomia parcial horizontal: pensando além da segurança. *Distúrb Comun.* 2019; 31(3): 529-531.
2. Starmer H, Edwards J. Clinical Decision Making with Head and Neck Cancer Patients with Dysphagia. *Semin Speech Lang.* 2019; 40(3): 213-226.
3. Semenov YR, Starmer HM, Gourin CG. The effect of pneumonia on short-term outcomes and cost of care after head and neck cancer surgery. *Laryngoscope.* 2012; 122(9): 1994-2004.



4. Di Santo D, Bondi S, Giordano L, Galli A, Tulli M, Ramella B, et al. Long-term Swallowing Function, Pulmonary Complications, and Quality of Life after Supracricoid Laryngectomy. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 2019; 1–8.
5. Bock JM, Varadarajan V, Brawley MC, Blumin JH. Evaluation of the natural history of patients who aspirate. *Laryngoscope*. 2017; 127: 1-10.
6. Sewnaik A, Keereweer S, Al-Mamgani A, Baatenburg de Jong RJ, Wieringa MH, Meeuwis CA, Kerrebijn JD. High complication risk of salvage surgery after chemoradiation failures. *Acta Otolaryngol*. 2012; 132(1): 96-100.
7. Friedland PL, Bozic B, Dewar J, Kuan R, Meyer C, Phillips M. Impact of multidisciplinary team management in head and neck cancer patients. *Br J Cancer*. 2011; 104(8): 1246-1248.
8. Jeong WH, Lee WJ, Roh TS, Lew DH, Yun IS. Long-term functional outcomes after total tongue reconstruction: Consideration of flap types, volume, and functional results. *Microsurgery*. 2017; 37(3): 190-196.
9. Queija DDS, Dedivitis RA, Arakawa-Sugueno L, Chamma BM, Kulcsar MAV. Cervicofacial and Pharyngolaryngeal Lymphedema and Deglutition After Head and Neck Cancer Treatment. *Dysphagia*. 2019; 1-13.