

# Breve Apontamento da Recente Unidade de Oncologia Pulmonar do Hospital CUF Porto

## *Brief Statement of the Recent Pulmonary Oncology Unit of the CUF Porto Hospital*

Bárbara Parente<sup>1</sup>

**Autor Correspondente:**

Bárbara Parente [maria.b.parente@jmellosaude.pt]  
Estrada da Circunvalação, nº 14341, 4100-180 Porto, Portugal

**PALAVRAS-CHAVE:** Neoplasia do Pulmão

**KEYWORDS:** Lung Neoplasm

## INTRODUÇÃO

A Unidade de Oncologia Pulmonar do Hospital CUF Porto, iniciou a sua atividade no tratamento de doentes com patologia do foro torácico em janeiro de 2014.

Tendo em conta toda a infraestrutura pré-existente no Hospital na área do diagnóstico e estadiamento, deu-se início à consulta Especializada em Oncologia Pulmonar com referênciação de doentes, quer interna, quer externamente, organizando o serviço centrado na doença e no doente.

A integração desta Unidade funcional está sediada no Hospital de Dia oncológico do Hospital CUF Porto, local onde é possível receber os doentes, diagnosticá-los e segui-los, orientando-os de acordo com as suas indicações terapêuticas decididas em grupo multidisciplinar.

As linhas assistenciais subjacentes a esta unidade funcional são: a quimioterapia e outras terapêuticas sistémicas

efetuadas no Hospital de Dia, a radioterapia no Centro de Radioterapia do Instituto CUF, a cirurgia torácica no Hospital CUF Porto, com as áreas de apoio de internamento, quando por qualquer razão se justifique, nomeadamente na Unidade de Cuidados Paliativos.

O cancro do pulmão é um dos tumores de maior incidência no mundo; em Portugal é o terceiro tumor em incidência e com a maior taxa de mortalidade, a que não é alheio a dificuldade no diagnóstico numa fase precoce da doença, com todas as dificuldades inerentes de rastreio demais reconhecidas.

Cerca de 85% dos tumores do pulmão são de não pequenas células (CPNPC) e grande parte deles têm como fator predominante o tabaco.

Relativamente aos hábitos tabágicos dos portugueses, a *big picture* é a seguinte: os hábitos tabágicos do sexo masculino estabilizaram, enquanto que as mulheres apresentam aumentos consideráveis no consumo de ta-

1. Unidade de Diagnóstico e Tratamento Integrado do Pulmão do Norte; Instituto CUF de Oncologia, Norte.

Recebido: 29-05-2017 - Aceite: 05-06-2017

backo, sendo esta situação refletida na alteração da relação de cancro do pulmão homem/mulher como veremos mais à frente.

Assim, numa breve avaliação dos últimos três anos (2014/2016) partilhamos com a comunidade científica os nossos principais resultados e fazemos de seguida, alguns comentários de comparação com outros dados publicados alusivos à mesma área de referência de doentes, com o objetivo de compreender se existem algumas especificidades nos doentes que recorreram à nossa Unidade de Pulmão.

## RESULTADOS

Recorreram 210 doentes com cancro do pulmão à nossa Unidade neste período de tempo, 66% do sexo masculino e 34% do sexo feminino; idade média de 63 anos (min. de 31 anos e máx. de 94 anos), sendo que 16% dos doentes tinham  $\leq 55$  anos e 33% dos doentes situaram-se entre os 56-65 anos; 34% entre os 66-75 anos e 17% com  $\geq 76$  anos, havendo 2% com idade  $> 90$  anos. Quanto aos hábitos tabágicos 40,5% dos doentes são não fumadores, 30% fumadores e 29,5% ex-fumadores.

Setenta e cinco por cento dos doentes foram referenciados externamente e cerca de 25% foram provenientes de referência interna - Hospital CUF e Instituto CUF Porto.

Do valor total referido de doentes, 25% não foram tratados na Instituição, tendo saído após o diagnóstico ou porque vieram para segunda opinião. A principal causa de não seguimento na Instituição deveu-se à inexistência de subsistemas de saúde de suporte.

Dos doentes seguidos neste espaço temporal ( $n = 160$  doentes), cerca de 40% apresentavam comorbidades, nomeadamente doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) e insuficiência cardíaca, que obrigaram a ajustes de terapêuticas.

O estado geral dos doentes (PS) apresentou-se da seguinte forma: 12% com PS de 0; 46% com PS de 1; 30,5% com PS de 2; e ainda 12,5% dos doentes apresentaram-se com PS de 3/4.

O tipo histológico predominante foi o adenocarcinoma em 74% dos casos, seguido do epidermoide em 12% dos casos e o CCPC em apenas 5%. Outros tumores neuro-endócrinos em 6% dos casos; 1,5% dos casos tumores de grandes células e os CPNPC-NOS em apenas 1,6% dos casos. Esta análise demonstra a elevada diferenciação da Anatomia Patológica na caracterização e diferenciação dos vários subtipos histológicos, tendo em conta também todos os marcadores de imuno-histoquímica que atualmente existem.

Quanto à localização dos tumores, em 70% dos doentes apresentaram-se periféricamente (massas ou nódulos) e em apenas 30% a sua localização foi central.

Esta tendência atual e crescente tem vindo a mudar substancialmente o método de diagnóstico usado nos doentes, deixando muitas vezes a broncofibroscopia e as técnicas inerentes ao método mais para estadiamento do que diagnóstico, salvo nas situações de doença localizada em que já temos a possibilidade de usar a mesma técnica com os dois objetivos.

Relativamente ao estadiamento (TNM) a casuística apresentou a seguinte distribuição: 18,1% dos doentes em estádios I e II; 11,8 em estádio IIIa, (grande parte deles com várias cadeias ganglionares envolvidas); estádios IIIb em 13,1% dos doentes, sendo que 51% se encontravam em estádio IV.

Daqui se infere que a cirurgia (ou terapêuticas combinadas com a cirurgia) fosse efetuada em 20% dos casos.

A maioria dos doentes (cerca de 50%) efetuaram outras terapêuticas, com predomínio para a quimioterapia (QT), radioterapia (RT) e terapêuticas combinadas (QT/RT). Os 14% dos doentes que apresentaram mutações no gene EGFR, beneficiaram de terapêuticas alvo, bem como 2,7% com translocação ALK, positiva. Em melhor terapêutica de suporte ficaram 13% dos doentes, por apresentarem mau PS à data do diagnóstico.

Estes doentes, em casos selecionados e sempre que reuniram critérios, puderam beneficiar de tratamento com terapêuticas inovadoras, nomeadamente tratamento com fármacos de Imunoterapia em segundas e terceiras linhas de tratamento.

Por último, é de referir que alguns dos nossos doentes têm integrado ensaios clínicos em curso na Unidade, sendo esta mais uma possibilidade de oferecermos aos doentes os medicamentos mais inovadores disponíveis na comunidade científica.

Grande parte dos doentes em estádios avançados têm desde muito cedo acompanhamento feito pela Unidade de Cuidados Paliativos existente no Hospital CUF Porto, fator que reportamos de enorme relevância quer na sobrevivência quer na qualidade de vida dos nossos doentes e no apoio aos seus familiares.

## DISCUSSÃO

Da comparação dos nossos números com outros números nacionais, nomeadamente uma publicação da região norte do país,<sup>1</sup> onde procuramos afinidades por se referir a uma região demográfica semelhante, verificamos que a média de idades nos nossos doentes foi mais baixa

(63 *versus* 66 anos), tendo 83% dos doentes < 75 anos *versus* 77% da série em comparação.

Na relação homem/mulher, existe uma marcada tendência de aumento do cancro de pulmão na mulher nos últimos anos (o trabalho publicado refere-se a hospitais portugueses da região norte numa revisão de 10 anos (2000/2010) com uma relação homem/mulher muito inferior à que verificamos na nossa instituição. Puramente acidental? ou estamos mesmo perante uma mudança desta relação se atendermos que na nossa casuística 34% dos doentes são mulheres, *versus* 20% no trabalho em referência. Mais tabaco na mulher (fontes oficiais recentes fazem essa referência) questionando-se atualmente o cancro do pulmão do não fumador como uma entidade distinta. Curiosamente nos nossos doentes 40,5% são não fumadores *versus* 24% na outra série de não fumadores. Esta diferença nos hábitos tabágicos dos nossos doentes pode, de alguma forma, ajudar a compreender a diferença considerável na % de doentes com o diagnóstico de adenocarcinoma, que é francamente superior na nossa série, 74% *versus* 40%, admitindo-se, no entanto, que vários enviesamentos possam estar aqui implicados para além do tabaco. De realçar que na série publicada existiam 13% de doentes com CPNPC-NOS *versus* apenas 1,6% nos nossos doentes, o que nos parece uma evolução extraordinária, dada a maior relevância na caracterização dos doentes para a escolha da terapêutica mais adequada e a evolução nos estudos de biologia molecular, tornando assim cada vez mais as terapêuticas híper personalizadas.

O estado geral (PS) do doente na altura da primeira consulta, não mostra, contudo, diferença muito acentuada quando comparado com os estudos em referência, continuando a mostrar que uma elevada percentagem de doentes se apresenta já muito sintomática na altura do diagnóstico, o que determina muito o prognóstico da doença e a dificuldade no uso das melhores terapêuticas, bem como os estádios, que continuam a ser muito avançados e não divergem do comparativo.

As dificuldades inerentes ao diagnóstico precoce e a questão dos rastreios continua em aberto e em discus-

são, embora seja claro nesta altura a sua eficácia em grupos selecionados com aumento de diagnósticos precoces e ganhos em anos de vida, reconhecendo-se por outro lado as angústias e a possível perda de qualidade de vida, para os doentes a quem seja diagnosticado um nódulo que vai ficar muito tempo em seguimento.

Mas havendo já nesta altura nos Hospitais CUF tecnologia como tomografia computadorizada de baixa voltagem, que permite esta abordagem sem perigo de radiação excessiva, faz sentido que doentes selecionados pela idade, hábitos tabágicos ou antecedentes familiares pesados, possam procurar a nossa consulta de Risco Oncológico e efetuarem o seu rastreio.

Por último não posso deixar de referir que todo este trabalho só tem sido possível perante o empenho de uma equipa motivada coesa e interessada, equipa que começa no administrativo que recebe o doente, ao enfermeiro e à gestora, bem como a restante equipa de acompanhamento desde a nutrição, até à psico-oncologia.

Toda esta equipa está atenta e disponível desde a entrada do **doente**, integrando-o, para que este se sinta completamente apoiado, tentando minimizar sintomas e ansiedades tão naturais e humanas, e colocando cada elemento da equipa na nobre função de **cuidar**, ultrapassando assim o apenas **tratar**, de quem nos procura.

**CONFLITOS DE INTERESSE:** Os autores declaram não ter qualquer conflito de interesse na realização do presente trabalho.

**FONTES DE FINANCIAMENTO:** Não houve qualquer fonte de financiamento na realização do presente trabalho.

**CONFLICTS OF INTEREST:** The authors declare that they have no conflicts of interest.

**FINANCIAL SUPPORT:** This work has not received any contribution, grant or scholarship.

## REFERÊNCIAS

1. Hespanhol V, Parente B, Araújo A, Cunha J, Fernandes A, Figueiredo MM, et al. Lung cancer in Northern Portugal: A hospital-based study. *Rev Port Pneumol.* 2013;19:245-51.