

CURSO PÓS-GRADUADO/POSTGRADUATE COURSE

Quimioterapia do CPNPC: estado da arte*

NSCLC chemotherapy: state of the arte

INTRODUÇÃO

MAURO ZAMBONI**

O carcinoma brônquico é o tumor maligno primitivo de natureza epitelial mais comum do trato respiratório inferior, responsável actualmente por aproximadamente 30% dos óbitos causados por doenças malignas no ser humano, constituindo-se na mais letal das neoplasias para ambos os sexos. Representa cerca de 85-90% de todos os tumores que ocorrem no pulmão. Incide mais comumente nos indivíduos em torno dos 60 anos de idade, e é pouco frequente antes dos 40 anos e raro abaixo dos 30 anos. A sua incidência é maior ainda nos indivíduos do sexo masculino, numa relação de 4:1, embora essa relação venha

diminuindo nos últimos anos. Isso deve-se a uma maior suscetibilidade das mulheres aos carcinógenos do tabaco, com uma razão de chances de 1,5.

O tabagismo tem sido identificado como o factor de risco mais importante para o surgimento do carcinoma brônquico. Aproximadamente 90% dos casos de câncer do pulmão ocorrem em indivíduos fumantes actuais ou ex-fumantes. A probabilidade de desenvolver-se câncer do pulmão nos fumantes activos aumenta com a quantidade e o tempo de fumo, podendo ser 30 vezes maior nos que consomem 25 cigarros/dia ou mais, e até 60 a 70 vezes nos fumantes de mais de 40 cigarros/dia. Ex-fumantes, abstêmios há mais de 10 anos, têm ainda 3 vezes mais chance e o fumantes passivos 1,5 vezes mais chances de desenvolver a neoplasia em relação aos nunca expostos.

* Curso pós-graduado em Português integrado no "World Congress on Lung Health and 10th ERS Annual Congress" (Florença, 31 de Agosto de 2000). Chairpersons : M. Zamboni (Rio de Janeiro, Brasil) e R. Sotto- Mayor (Lisboa, Portugal)

** Pneumologista do Serviço de Tórax do Hospital do Câncer- INCA/MS - Rio de Janeiro - Brasil
Director de Assuntos Científicos da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tsiologia
Vice Director do Departamento de Endoscopia Respiratória da "Asociación Latino Americana del Torax" (ALAT)

Recebido para publicação: 00.11.20

No momento do diagnóstico, somente 15% a 20% dos pacientes com câncer do pulmão têm a doença localizada; aproximadamente 25% dos casos a neoplasia se encontra também nos linfonodos regionais, e em 55% ou mais das vezes o tumor já se apresenta com metástases à distância. Mesmo quando a doença encontra-se localizada, a taxa média de sobrevida dos pacientes em 5 anos fica em torno de 50%, podendo subir para 70% em casos muito especiais de lesões bem pequenas. Havendo extensão regional, a sobrevida em 5 anos cai para menos de 20%. A sobrevida global, para todos os casos, situa-se actualmente entre 12% e 14%, maior do que se observava há 30-40 anos quando era de 8%. Esta modificação é atribuída principalmente à evolução da terapêutica, com combinações de modalidades (cirurgia, radioterapia e quimioterapia com fármacos mais modernos) nos

casos em que a neoplasia já se apresenta com alguma extensão mediastinal. Os efeitos da luta antitabágica fazem-se sentir de modo mais lento, mas é provável que os benefícios já estejam aparecendo, pelo menos entre os indivíduos do sexo masculino.

Esperamos para um futuro próximo que o conjunto de medidas, como a continuidade da educação antifumo, o diagnóstico de lesões em fases mais precoces e o emprego de associações terapêuticas mais potentes e específicas, consiga mais eficientemente controlar a doença, diminuindo sua ocorrência e beneficiando um maior número de acometidos. Aguarda-se para um pouco mais adiante que progressos na terapia genética e na biologia molecular possam ser melhor explorados e aplicados com eficácia e segurança na oncologia torácica.

Quimioterapia de indução no CPNPC – estado da arte, 2000

FERNANDO JOSÉ BARATA*

Anualmente o Cancro do Pulmão Não-Pequenas Células (CPNPC) é responsável por 80 a 85% dos novos casos diagnosticados, enquanto o Cancro do Pulmão de Pequenas Células (CPPC) é responsável pelos 15 a 20% restantes.

No momento do diagnóstico, cerca de metade dos doentes com CPNPC apresentam-se com doença avançada (IIIB e IV), sem indicação para cirurgia. Da outra metade, cerca de 25% apresentam-se em estádios precoces (I e II). Os restantes 25% apresentam-se em estágio IIIA e destes, cerca de 1/3 têm envolvimento N1 (gânglios peribrônquicos e hilares homola-

terais) e 2/3 envolvimento N2 (gânglios subcarinais e mediastínicos homolaterais) (35,10).

Em doentes em estágio I, está indicada a excisão cirúrgica completa, com sobrevidas aos 5 anos da ordem dos 67% para o IA (T1 NOMO) caindo para os 57% para o IB (T2NOMO). Nos doentes com envolvimento ganglionar hilar homolateral (N1) a sobrevida aos 5 anos cai para os 25 a 35% dependendo este valor do nível de invasão ganglionar (um *versus* vários; nodal *versus* extranodal). Com envolvimento N2 comprovado histologicamente por mediastinoscopia ou mediastinotomia a sobrevida aos 5 anos não ultrapassa os 10%. Quando com mediastinoscopia negativa, realizada a ressecção cirúrgica, se detectado patologicamente a invasão ganglionar – pN2 (envol-

* Assistente Hospitalar Graduado

Unidade de Pneumologia Oncológica do Centro Hospitalar de Coimbra