

## O Desafio de Tratar Idosos com Cancro

### The Challenge of Treating Elderly People with Cancer

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Idoso; Neoplasias/tratamento; Oncologia Médica; Polimedicação

**Keywords:** Aged; Aging; Neoplasms/therapy; Medical Oncology; Polypharmacy

Atualmente a idade média de diagnóstico de doença oncológica é de 66 anos. Além disso, 60% dos novos casos e 70% da mortalidade por cancro ocorre em pessoas com mais de 65 anos, o que faz com que a representatividade desta população nas consultas de oncologia seja considerável.<sup>1</sup>

A juntar estes dados temos outros desafios: os idosos normalmente padecem de várias comorbilidades, principalmente de índole cardiovascular, baixa reserva fisiológica (médulas ósseas bastante vulneráveis à mielotoxicidade), temos ainda o problema da polimedicação e a associação com síndromes geriátricas, como as quedas, a fragilidade ou a demência. Todos estes fatores irão influenciar de alguma maneira o tratamento da doença oncológica, quer a nível da posologia dos regimes terapêuticos, das toxicidades possíveis e até mesmo sobre a eficácia dos tratamentos. Por todos estes motivos, os nossos idosos não costumam ser os alvos favoritos dos ensaios clínicos. Apesar da alta representatividade desta população nas nossas consultas, o mesmo não acontece nos ensaios clínicos, e portanto a evidência clínica sobre o benefício clínico de algumas terapêuticas que utilizamos na população idosa não são tão robustas como desejaríamos.<sup>2</sup> A título de exemplo, num ensaio clínico com nab-paclitaxel em cancro de mama metastático apenas 2% dos 981 doentes que participaram no estudo tinham mais de 75 anos sendo que a toxicidade foi maior nestes pacientes.

Com o avanço da idade são várias as alterações fisiológicas. A nível da farmacocinética, a diminuição da secreção gástrica, peristaltismo e fluxo sanguíneo visceral contribuem para as alterações na absorção gastrointestinal dos fármacos (agravada pela interação provável com algum fármaco). Existem também alterações a nível da distribuição dos fármacos: a diminuição da percentagem de água corporal diminui o volume de distribuição dos fármacos hidrofílicos como o fluoracilo. E por último, a diminuição da

função renal e hepática irá contribuir para as alterações a nível da metabolização e excreção.<sup>3</sup>

Atendendo a estas alterações será fundamental uma avaliação geriátrica integral para que possamos tratar dos nossos idosos da melhor forma possível. Esta é uma recomendação das guias clínicas da *National Comprehensive Cancer Network* que recomenda a avaliação prévia ao início dos tratamentos oncológicos por parte de um médico especialista em geriatria. Esta avaliação deve basear-se no *status* funcional, cognitivo, nutricional e socioeconómico, entre outros. Vários estudos apontam o isolamento social como fator de mau prognóstico, quer pelo risco de maior probabilidade de toxicidade ou de baixo *compliance* terapêutico. Os estudos demonstram ainda que quando os idosos são submetidos a uma avaliação geriátrica integral, em cerca de 30% - 40% dos casos, o oncologista muda o regime terapêutico pensado inicialmente, com consequente aumento do benefício clínico para o doente quer por menor risco de toxicidades quer por aumento da *compliance*. Desta forma, faz todo o sentido na atualidade de falarmos em unidades de oncogeriatrics.<sup>2,4</sup>

Precisamos de mais idosos nos ensaios clínicos para percebermos o real benefício clínico das terapêuticas, mas em conjunto com uma avaliação geriátrica. A idade cronológica isolada é um mau preditor de avaliação, e portanto é necessário entender o benefício clínico do fármaco X naquele idoso que tem 77 anos e que para além disso costuma cair algumas vezes e tem insuficiência cardíaca ou osteoporose. Também o próprio desenho do ensaio deve ser ajustado: *outcomes* como a sobrevivência livre de progressão e a sobrevivência global têm que ser secundários. Qual o real valor da utilização do fármaco X que faz com que a progressão da doença em vez de ser documentada na tomografia computadorizada realizada aos 4 meses, o seja aos 8 num doente com 81 anos e com várias comorbilidades? Este é o benefício de algumas terapêuticas habituais em oncologia, a que devemos somar os efeitos adversos e as várias vindas ao hospital, entre consultas, análises e tratamentos.

*Outcomes* relacionados com a qualidade de vida e com a manutenção da vida diária habitual devem ser priorizados. Só assim poderemos tratar dos nossos idosos de forma mais adequada, tentando diminuir a possibilidade de obstinação terapêutica.

## REFERÊNCIAS

1. Siegel RL, Miller KD, Jemal A. Cancer statistics, 2016. *CA Cancer J Clin*. 2016;66:7-30.
2. Hurria A, Levit LA, Dale W, Mohile SG, Muss HB, Fehrenbacher L, et al. Improving the evidence base for treating older adults with cancer: American Society of Clinical Oncology statement. *J Clin Oncol*. 2015;33:3826-33.
3. Hurria A, Lichtman SM. Clinical pharmacology of cancer therapies in older adults. *Br J Cancer*. 2008;98:517.
4. Network National Comprehensive Cancer. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Older Adult Oncology. [consultado 2019 jan 19]. Available from: [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/senior.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/senior.pdf).

Paulo LUZ✉<sup>1</sup>

1. Serviço de Oncologia Médica. Centro Hospitalar Universitário do Algarve. Faro. Portugal.

Autor correspondente: Paulo Luz. [p\\_luz@msn.com](mailto:p_luz@msn.com)

Recebido: 20 de fevereiro de 2019 - Aceite: 21 de fevereiro de 2019 | Copyright © Ordem dos Médicos 2019

<https://doi.org/10.20344/amp.11965>

