

# Cancro do pâncreas

O que é o  
cancro do pâncreas?

Deixe-nos explicar  
isso a você.

[www.anticancerfund.org](http://www.anticancerfund.org)

[www.esmo.org](http://www.esmo.org)

  
**Anticancer Fund**

 **ESMO** GOOD SCIENCE  
BETTER MEDICINE  
BEST PRACTICE  
European Society for Medical Oncology

Guias ESMO/ACF para o Paciente  
baseadas nas Diretrizes para a Prática Clínica da Esmo

## **CANCRO DO PÂNCREAS: UM GUIA PARA O DOENTE**

### **INFORMAÇÕES PARA O DOENTE BASEADAS NAS RECOMENDAÇÕES DE PRÁTICA CLÍNICA DA ESMO**

Este guia para o doente foi preparado pelo Anticancer Fund como um serviço para doentes, para ajudá-los, e aos seus familiares, a compreender melhor a natureza do cancro do pâncreas, bem como avaliar as melhores opções de tratamento disponíveis, de acordo com o subtipo do cancro do pâncreas. Recomendamos aos doentes que perguntem aos seus médicos quais os testes ou tipos de tratamento necessários para o seu tipo e estadió da doença. A informação médica descrita neste documento é baseada nas recomendações de prática clínica da ESMO (European Society for Medical Oncology) para a gestão do cancro do pâncreas. Este guia para o doente foi produzido em colaboração com a ESMO e é divulgado com autorização da mesma. Foi redigido por um médico e revisto por dois oncologistas da ESMO, incluindo o autor principal das recomendações de prática clínica para profissionais. Foi também revisto por representantes de doentes do Grupo de Trabalho de Doentes com Cancro da ESMO.

Para mais informações sobre o Anticancer Fund: [www.anticancerfund.org](http://www.anticancerfund.org)

Para mais informações sobre a European Society for Medical Oncology: [www.esmo.org](http://www.esmo.org)

*Para as palavras assinaladas com um asterisco é facultada uma definição na parte final do documento.*

## Índice

Definição de cancro do pâncreas.....	3
O cancro do pâncreas é frequente? .....	5
Quais as causas do cancro do pâncreas?.....	6
Como se diagnostica o cancro do pâncreas? .....	7
O que é importante saber para obter um tratamento otimizado? .....	10
Quais são as opções de tratamento? .....	13
Quais são os efeitos secundários possíveis das terapias? .....	20
O que acontece após o tratamento? .....	22
Definições de termos médicos .....	24

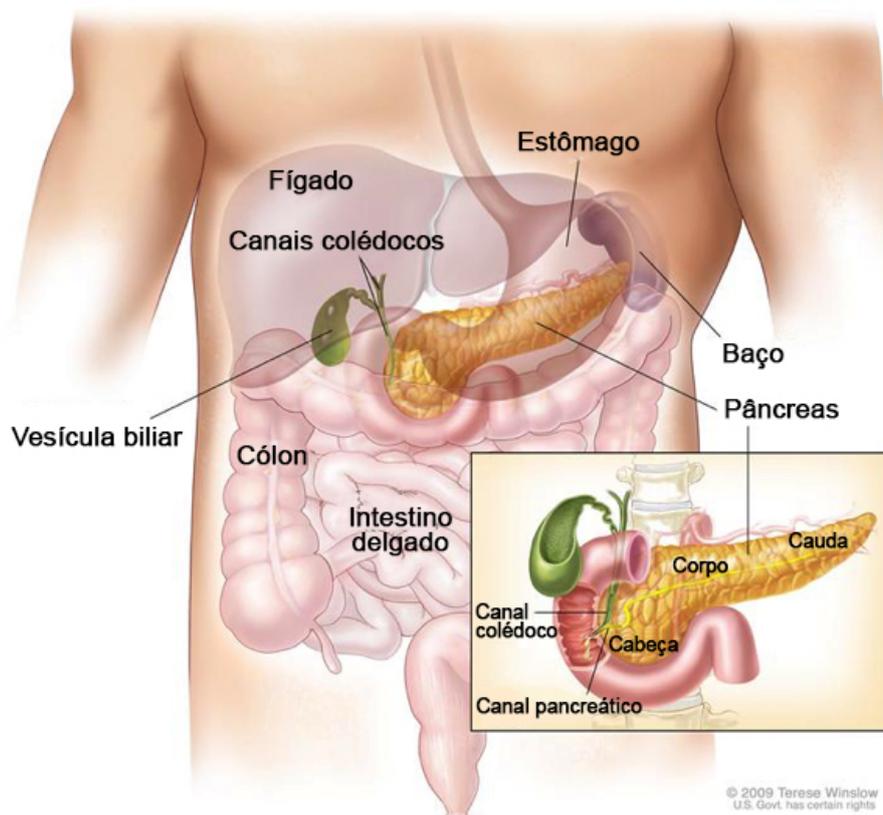
*Este texto foi redigido pelo Dra. Ana Ugarte (Anticancer Fund) e revisto pelo Dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund), pela Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), pelo Prof. Dr. Stefano Cascinu (Grupo de Trabalho das Recomendações de Prática Clínica da ESMO), pelo Prof. Dr. Svetislav Jelic (Grupo de Trabalho das Recomendações de Prática Clínica da ESMO) e por Anna Jewel (Pancreatic Cancer UK).*

*A atualização atual (2013) reflete as alterações na última versão das Recomendações de Prática Clínica da ESMO. A atualização foi efetuada pelo Dra. Ana Ugarte (Anticancer Fund) e revista pela Dra. Svetlana Jezdic (ESMO) e pelo Dr. Thomas Seufferlein (ESMO).*

*Este texto foi traduzido para português por um tradutor profissional e validado pelo Prof. José Crespo Mendes de Almeida.*

## DEFINIÇÃO DE CANCRO DO PÂNCREAS

O cancro do pâncreas é uma doença na qual surgem células anómalas no tecido do pâncreas. O pâncreas é um órgão localizado no abdómen, por detrás do estômago. Produz enzimas digestivas\* e insulina\*. O pâncreas é formado por dois tipos diferentes de tecido, com funções distintas: o pâncreas exócrino\* que segrega enzimas no trato digestivo, o que ajuda a decompor os lípidos e as proteínas, e o pâncreas endócrino\* que segrega glucagónio\* e insulina na corrente sanguínea para controlar os níveis de glicemia. Em mais de 80% dos casos, o cancro do pâncreas desenvolve-se no pâncreas exócrino. Cerca de 75% de todos os cancros do pâncreas exócrino ocorrem na cabeça ou pescoço do pâncreas, 15 a 20% no corpo e 5 a 10% na cauda do mesmo.



Anatomia do pâncreas. O pâncreas é composto por três partes: cabeça, corpo e cauda. Localiza-se no abdómen, junto ao estômago, intestinos e outros órgãos.

### Nota importante relativamente a outros tumores do pâncreas

Este guia para o doente faculta informações sobre o cancro do pâncreas exócrino\*, o tipo mais comum de cancro do pâncreas, também designado por adenocarcinoma pancreático. Os carcinomas de células acinares e os pancreatoblastomas designam outro tipo de tumores que ocorrem na porção exócrina do pâncreas, mas são muito raros e a informação contida neste guia refere-se apenas ao adenocarcinoma pancreático. Os tumores císticos do pâncreas, tais como as neoplasias mucinosas papilares intraductais (IPMNs) também não são abordados neste guia.

Outro tipo de tumor do pâncreas desenvolve-se no pâncreas endócrino\*. São tumores raros, designados por tumores neuroendócrinos\* (NETs). O diagnóstico e tratamento destes tumores é diferente do aplicável aos tumores exócrinos descritos neste guia.

## O CANCRO DO PÂNCREAS É FREQUENTE?

---

Na Europa, o cancro do pâncreas é o sétimo cancro mais frequente. Na União Europeia, 11,6 homens em cada 100.000 são diagnosticados anualmente com cancro do pâncreas, variando esta frequência entre 4,7 (Chipre) e 17,2 (Hungria) e sendo responsável pela morte de cerca de 35.000 homens por ano. Nas mulheres afeta 8,1 em cada 100.000, variando entre 2,1 (Chipre) e 11,4 (Finlândia). Também é responsável pela morte de cerca de 35.000 mulheres por ano. A frequência de novos casos diagnosticados aumenta com a idade, sendo a maioria destes diagnosticada em idades superiores a 65 anos.

Dado que a doença pode passar despercebida durante muito tempo, muitas vezes quando o diagnóstico é efetuado, já o tumor se disseminou para outros órgãos. É a quinta principal causa de mortes associadas ao cancro.

## QUAIS AS CAUSAS DO CANCRO DO PÂNCREAS?

---

Até à data, ainda não se sabe ao certo por que ocorre o cancro do pâncreas. Considera-se que a maioria dos cancros do pâncreas (90%) não está associada a nenhum fator de risco, no entanto foram identificados alguns fatores de risco\* para outros tumores. O fator de risco aumenta a probabilidade de ocorrência do cancro, mas não é necessário, nem suficiente para causar o cancro. O factor de risco não é, por si próprio, uma causa. **Algumas pessoas com estes fatores de risco nunca desenvolverão cancro do pâncreas, enquanto que outras sem ter nenhum destes fatores de risco irão, mesmo assim, desenvolver cancro do pâncreas.**

Os principais fatores de risco do cancro do pâncreas identificados até à data são:

- **Genes:**
  - o Sabe-se que certas mutações genéticas\* estão associadas ao cancro do pâncreas. A maioria dos cancros do pâncreas tem mutações somáticas nos genes KRAS (80%), p53 (50%) e p16, as quais estão associadas ao controlo do crescimento do tumor. Outros genes que mostram alterações ou mutações associadas ao cancro do pâncreas são o CDKN2 (90%) e os DPC4/Smad4 (50%). BRCA2 é outro gene cuja mutação provoca síndromes hereditárias de cancro da mama e dos ovários. Foi também demonstrado que está envolvido em alguns cancros do pâncreas.
  - o Condições genéticas hereditárias raras, tais como a pancreatite hereditária, a síndrome de Peutz-Jeghers\*, a síndrome do melanoma e múltiplos nevos atípicos familiares\*, a síndrome hereditária do cancro da mama e dos ovários e a síndrome do cancro colorretal hereditário sem polipose (HNPCC ou síndrome de Lynch) estão associadas a um maior risco de desenvolver cancro do pâncreas. O termo hereditário refere-se a traços genéticos que são transmitidos de geração em geração pelos membros da família. Ter um parente em primeiro grau (pais ou irmãos) ou segundo grau (tios, tias ou primos) que sofra de cancro do pâncreas aumenta o risco de o desenvolver também. Estima-se que 5 a 10% dos cancros do pâncreas possam ter uma componente familiar.
- **Consumo de tabaco:** 25% dos doentes com cancro do pâncreas são, ou foram, consumidores frequentes de tabaco. Este hábito tem maior efeito se o doente tiver uma das síndromes genéticas acima mencionadas.
- **Idade:** O risco de cancro do pâncreas aumenta com a idade. O cancro do pâncreas é principalmente diagnosticado entre os 60 e 80 anos.
- **Obesidade:** Há indícios que sugerem que o risco de cancro do pâncreas pode aumentar ligeiramente com o aumento do índice de massa corporal. O índice de massa corporal é uma medição que compara o peso e a altura, sendo utilizada como indicador de obesidade ou subnutrição.
- **Pancreatite crónica:** A pancreatite crónica, ao longo de algumas décadas, aumenta o risco de adenocarcinoma pancreático\*. Este risco é aumentado pelo tabagismo e por fatores genéticos.
- Há uma associação entre o cancro do pâncreas e a diabetes; porém, é mais provável que a diabetes seja, em alguns casos, uma manifestação precoce de cancro do pâncreas do que um fator de predisposição.
- Suspeita-se que o alcoolismo e o elevado consumo de carne vermelha e processada estejam associados a um risco aumentado de cancro do pâncreas, mas os indícios são inconsistentes.

## COMO SE DIAGNOSTICA O CANCRO DO PÂNCREAS?

---

Não existem atualmente programas de rastreio<sup>1</sup> que possam ser recomendados ao público em geral, devido ao facto de não existirem métodos de rastreio ideais para o cancro do pâncreas. O estadio inicial e as lesões pré-malignas\* do cancro do pâncreas não provocam sintomas. Por conseguinte, a deteção precoce do cancro do pâncreas é difícil e rara. Porém, no caso de doentes que tenham qualquer uma das condições hereditárias acima mencionadas recomenda-se que seja regularmente efetuada uma ecoendoscopia (EUS), que permita a deteção de pequenas lesões, e de imagem por ressonância magnética (RM).

Pode suspeitar-se de cancro do pâncreas através de vários sintomas distintos. Os principais sintomas são a perda de peso, icterícia e dor abdominal ou lombar. Estes sintomas podem ser provocados por muitas outras doenças, o que pode dificultar o diagnóstico do cancro do pâncreas. Por vezes, os doentes também apresentam diabetes ou pancreatite recém-diagnosticadas.

O diagnóstico de cancro do pâncreas baseia-se nos exames seguintes:

- 1. Exame clínico.** Alguns dos sintomas que podem ser detetados durante o exame clínico de um doente com cancro do pâncreas são os seguintes:
  - *A icterícia* é uma característica importante, mas o cancro do pâncreas não é a única causa da mesma. Icterícia designa o amarelecimento da pele e olhos, devido a um nível aumentado de bilirrubina\* no sangue. A icterícia pode resultar do bloqueio do canal colédoco pelo tumor que, neste caso, está muito provavelmente localizado na cabeça do pâncreas. Isto provocará também uma acumulação de bÍlis na vesícula biliar, podendo levar a uma *vesícula biliar aumentada*. Dado que o canal colédoco está bloqueado, a bilirrubina não chega aos intestinos e as fezes apresentam-se esbranquiçadas. Se o nível de bilirrubina no sangue for elevado, esta é excretada pelo corpo através da urina em quantidades superiores ao normal, sendo a urina mais escura do que o habitual.
  - *Dor abdominal e lombar*, devido à pressão nas estruturas adjacentes, incluindo os nervos. Isto ocorre sobretudo se o tumor estiver localizado no corpo ou cauda do pâncreas.
  - *Perda de peso inesperada e falta de apetite* são sintomas comuns.
  - Podem ocorrer *problemas digestivos*, se o cancro bloquear o canal pancreático que faz a ligação ao canal colédoco, resultando na falta de enzimas\* para digerir refeições gordurosas. Isto pode provocar náuseas, vómitos e diarreia.
  - Podem surgir *coágulos*, embora a maioria tenha outra causa. Se o coágulo surgir numa veia profunda (pernas, pélvis ou braços) é designado como trombose venosa profunda\*. Muito raramente, uma partícula do coágulo pode soltar-se, entrando na corrente sanguínea e acabar numa artéria pulmonar (embolia pulmonar), provocando dor torácica e dificuldades respiratórias.

---

<sup>1</sup> O rastreio consiste na realização de um exame para detetar o cancro num estadio inicial, antes do surgimento de qualquer sinal do mesmo. É proposto um rastreio sistemático, se for possível realizar um exame seguro e aceitável e se este for capaz de detetar o cancro na maioria dos casos. Deve também ser comprovado que o tratamento dos cancros rastreados é mais eficaz do que o tratamento dos cancros diagnosticados, porque estavam presentes sinais do cancro.

- Pode desenvolver-se uma *textura irregular no tecido lipídico* sob a pele (lipodistrofia), o que é provocado pela libertação das enzimas pancreáticas\* que digerem a gordura.
- *Problemas no metabolismo dos açúcares* e raramente *diabetes*, o que pode ser reconhecido através de um teste laboratorial e se deve à destruição das células que produzem a insulina\* no pâncreas.
- A *pancreatite* é uma inflamação do pâncreas e pode ser provocada pelo cancro do pâncreas, sobretudo em doentes idosos, quando não há qualquer outro motivo óbvio que explique a pancreatite, tal como cálculos biliares ou alcoolismo. Mas os sintomas de pancreatite (sobretudo dor, náuseas e vómitos) também não são exclusivos da doença pancreática, o que pode dificultar o diagnóstico.

**2. Exame radiológico\*.** Quando há suspeitas de cancro do pâncreas efetua-se geralmente uma ecografia abdominal como exame inicial. Para uma avaliação mais aprofundada, a ecoendoscopia (EUS), a tomografia computadorizada multidetector com contraste (MD-CT) e a imagem por ressonância magnética (RM), juntamente com a colangiopancreatografia por ressonância magnética (MRCP) apresentam a mais alta sensibilidade, não só para a deteção do cancro do pâncreas, mas também para facultar informação adicional sobre os canais pancreático e colédoco.



*EUS* é uma endoscopia associada a uma ecografia que visa obter imagens dos órgãos internos, o que permite a biópsia e/ou a citologia com punção aspirativa por agulha fina. *MRCP* ajuda a visualizar os canais pancreático e colédoco de um modo não invasivo. *MD-CT* e *RM* permitem avaliar o grau de invasão dos vasos e as metástases (ex: gânglios linfáticos, fígado e cavidade peritoneal).

A colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (ECP) é um procedimento que consiste na utilização de um endoscópio para alcançar a porção superior do sistema digestivo até à primeira porção do intestino delgado. A sua única função é aliviar a obstrução do canal colédoco pelo tumor pancreático. Porém, em ambiente pré-operatório, apenas se deve efetuar uma ECP e proceder à colocação de um stent nos canais colédocos, se não for possível realizar a cirurgia rapidamente.

**3. Exames laboratoriais.** CA 19.9\* é um hidrato de carbono que pode ser produzido pelas células cancerosas do pâncreas e encontrado no sangue, onde pode ser medido a partir de uma amostra de sangue. Alguns doentes com cancro do pâncreas podem apresentar um nível elevado de CA 19.9 (marcador tumoral\*), enquanto que outros não. Mas o CA 19.9 pode também ser elevado por outros motivos que não o cancro do pâncreas, por isso não é específico do cancro do pâncreas. O nível de CA 19.9 no sangue não é muito útil para elaborar um diagnóstico, mas é muitas vezes útil para obter um nível inicial de forma a avaliar a resposta ao tratamento e para o seguimento.



**4. Exame histopatológico\*.** É o exame laboratorial das células tumorais, colhendo uma amostra do tumor (uma biópsia\*). Este exame laboratorial é efetuado por um patologista\* que irá confirmar o diagnóstico de cancro do pâncreas e facultar mais informações sobre as características do mesmo. A sua realização é obrigatória no caso de tumores que não possam ser removidos por cirurgia, ou se estiver planeado outro tratamento antes da mesma.



Existem duas formas de obter uma amostra do tumor, mas quando este não pode ser removido por cirurgia (não ressecável), apenas se recomenda a primeira.

- A biópsia com punção aspirativa por agulha fina é um procedimento no qual o médico introduz uma agulha fina, quer através da pele, utilizando a TAC como guia, ou diretamente no pâncreas através de um endoscópio, utilizando a EUS. O último método é preferível, dado que o risco de semear\* células tumorais é inferior. Utilizar a TAC\* ou imagens da EUS para ver a posição da agulha ajuda o médico a certificar-se de que alcança corretamente o tumor, sendo em seguida colhidas pequenas amostras de tecido. As principais vantagens da biópsia com punção aspirativa por agulha fina residem no facto de o doente não necessitar de anestesia geral\* e na raridade da ocorrência de efeitos secundários significativos.
- Os médicos recorrem à laparoscopia\* (por vezes designada por cirurgia do "buraco da fechadura") como forma de observar e remover um pedaço do pâncreas (biópsia). Os doentes são geralmente sedados para este procedimento. O cirurgião efetua várias incisões pequenas no abdómen e introduz pequenos instrumentos telescópicos na cavidade abdominal. Um deles está geralmente ligado a um monitor de vídeo. O cirurgião pode observar o abdómen e ver qual o tamanho do tumor, se este se disseminou e colher amostras de tecido. Este método não é recomendado no caso de um tumor que não possa ser removido por cirurgia.

A biópsia\* é obrigatória se não for possível remover o tumor por cirurgia, ou se estiver planeado outro tratamento antes da mesma. Na presença de metástases\*, a biópsia de uma metástase pode ser colhida, utilizando como guia a ecografia\* e TAC\*.

No caso de doentes que vão ser submetidos a uma cirurgia radical, não é necessária uma biópsia prévia. Além disso, deve ser evitada a amostragem percutânea no pré-operatório (introdução de uma agulha através da pele para alcançar o tumor). Não obstante, após a cirurgia será planeada uma análise das células tumorais para confirmar o diagnóstico.

## O QUE É IMPORTANTE SABER PARA OBTER UM TRATAMENTO OTIMIZADO?

Os médicos terão que considerar vários aspetos, tanto do doente, como do cancro para decidir qual será o tratamento ideal.

### Informação relevante sobre o doente

- Ressecabilidade do tumor (se o tumor pode, ou não, ser removido através de cirurgia)
- História clínica pessoal
- História de cancro na família, sobretudo o cancro do pâncreas
- História de consumo de tabaco
- Resultados do exame clínico efetuado pelo médico
- Bem-estar geral
- Antes da operação será efetuada uma avaliação pré-operatória para avaliar os riscos, quer da anestesia\*, quer da operação. A avaliação pré-operatória consiste em perguntas específicas e num exame físico. Geralmente requer uma radiografia torácica\* e análises sanguíneas para avaliar a contagem de leucócitos\*, eritrócitos\* e plaquetas\*, bem como o nível de hemoglobina\* e as funções hepática e renal. Podem ser necessários alguns exames adicionais, consoante a história clínica do doente.



### Informação relevante sobre o cancro

- **Estadiamento**

Os médicos utilizam o estadiamento para avaliar a extensão do cancro e o prognóstico\* do doente. É geralmente utilizado o sistema de estadiamento TNM. A combinação do tamanho do tumor e invasão do tecido adjacente (T), o envolvimento dos gânglios linfáticos\* (N) e a metástase\* ou disseminação do cancro para outros órgãos do corpo (M) irá classificar o cancro num dos estadios descritos na tabela abaixo.

O estadio é fundamental para quaisquer decisões relativamente ao tratamento. Quanto menos avançado for o estadio, melhor será o prognóstico. O estadiamento é geralmente efetuado duas vezes: após um exame clínico e radiológico\* e após a cirurgia. A tomografia computadorizada multidetector com contraste (MD-CT), ou a imagem por ressonância magnética (RM), juntamente com a colangiopancreatografia por ressonância magnética (MRCP) devem ser utilizadas para o estadiamento, podendo ser complementadas pela ecoendoscopia (EUS), porque esta última fornece informação sobre a invasão dos vasos sanguíneos e o potencial envolvimento dos gânglios linfáticos. A EUS é também o meio mais utilizado para obter uma biópsia do pâncreas. A MD-CT do tórax é recomendada para avaliar potenciais metástases nos pulmões. Se a cirurgia for efetuada, o estadiamento pode também considerar o exame laboratorial do tumor removido.

A tabela abaixo apresenta os diferentes estadios do cancro do pâncreas. As definições são muito técnicas, por isso recomenda-se que peça aos médicos explicações mais detalhadas.

<b>Estadio</b>	<b>Definição</b>
Estadio 0	As células cancerosas localizam-se nas camadas superiores das células do pâncreas, não tendo invadido os tecidos mais profundos. O cancro não se disseminou para fora do pâncreas. Este tipo de tumor é, por vezes, designado por carcinoma pancreático* in situ ou neoplasia intraepitelial pancreática de grau III (PanIn III).
Estadio IA	O tumor <ul style="list-style-type: none"> <li>- não se disseminou para fora do pâncreas, nem para os gânglios linfáticos*, nem para outras partes do corpo;</li> <li>- e o seu diâmetro é inferior a 2 cm.</li> </ul>
Estadio IB	O tumor <ul style="list-style-type: none"> <li>- ainda está confinado ao pâncreas, mas tem um diâmetro superior a 2 cm;</li> <li>- e não se disseminou para os gânglios linfáticos*, nem para outras partes do corpo.</li> </ul>
Estadio IIA	O tumor <ul style="list-style-type: none"> <li>- desenvolveu-se para fora do pâncreas, para o duodeno, canal colédoco ou outros tecidos que circundam o pâncreas, sem invadir os grandes vasos sanguíneos e os nervos principais;</li> <li>- e não se disseminou para os gânglios linfáticos*, nem para outras partes do corpo.</li> </ul>
Estadio IIB	O tumor <ul style="list-style-type: none"> <li>- disseminou-se para os gânglios linfáticos*, mas não para outras partes do corpo;</li> <li>- e pode, ou não, estar a desenvolver-se para fora do pâncreas, para o duodeno, canal colédoco ou outros tecidos que circundam o pâncreas, sem invadir os grandes vasos sanguíneos e os nervos principais.</li> </ul>
Estadio III	O tumor <ul style="list-style-type: none"> <li>- desenvolveu-se para fora do pâncreas, para os grandes vasos sanguíneos ou nervos principais adjacentes;</li> <li>- e pode, ou não, ter-se disseminado para os gânglios linfáticos adjacentes*. não se disseminou para outras partes do corpo.</li> </ul>
Estadio IV	O cancro disseminou-se para outras partes do corpo (metástase*).

- **Resultados da biópsia\***

A biópsia é obrigatória se o doente não vai receber tratamento cirúrgico, porque o tumor não pode ser removido, ou quando a quimioterapia\* é indicada durante um certo período antes da cirurgia (terapia neoadjuvante). Na presença de metástases\*, deve colher-se uma biópsia das mesmas, utilizando como guia a ecografia\* ou a TAC\*.

- **Tipo histológico\***

O tipo histológico indica o tipo de células que constituem a maior parte do tumor. As células cancerosas apresentam geralmente características do tecido de onde provêm. Os adenocarcinomas pancreáticos são o tipo mais frequente de cancro do pâncreas. Provêm dos canais pancreáticos. Embora possam surgir em qualquer parte do pâncreas, são mais vulgarmente encontrados na cabeça do mesmo, por isso os seus sintomas estão associados ao bloqueio das estruturas adjacentes, tais como o canal colédoco, isto é, a icterícia. Também estão associados à diabetes.

- **Margens cirúrgicas**

Quando um tumor é removido cirurgicamente, o relatório de histopatologia também facultará informações sobre a presença de células cancerosas na superfície dos tecidos que foram removidos (margens). Considera-se que muitos casos ainda estão a invadir microscopicamente os tecidos circundantes, porque são encontradas células cancerosas na parte externa dos tecidos que foram removidos. Isto é o que acontece em até 75% dos doentes que são submetidos a cirurgia com intenção curativa. Considera-se que, se forem encontradas células cancerosas a menos de 1 mm da superfície dos tecidos ressecados, deve considerar-se que os tecidos circundantes foram invadidos pelo cancro.
  - **Gânglios linfáticos positivos**

Durante a cirurgia também são removidos gânglios linfáticos, sendo estes enviados para a histopatologia para analisar quantos deles estão invadidos pelo cancro (de um modo geral, esses gânglios são designados por gânglios linfáticos positivos).
  - **Grau**

O grau é baseado em quão diferentes as células tumorais são das células pancreáticas normais e na rapidez com que se desenvolvem. No caso do cancro do pâncreas, o grau do tumor estará entre 1 e 4.

    - Grau 1:* Semelhantes às células pancreáticas normais
    - Grau 2:* Moderadamente semelhantes às células pancreáticas
    - Grau 3:* Muito pouco semelhantes às células pancreáticas
    - Grau 4:* Diferentes das células pancreáticas

Quanto menor for o grau, melhor será o prognóstico\*.
- **Ressecabilidade do tumor**

Considera-se muitas vezes que um tumor pancreático não é ressecável quando aparenta estar a invadir os tecidos adjacentes, outros órgãos do corpo, os gânglios linfáticos\* e os vasos sanguíneos adjacentes.

A laparoscopia, ou cirurgia "do buraco da fechadura", por vezes utilizada para a amostra de biópsias, como já foi explicado, pode detetar pequenas invasões peritoneais e hepáticas (metástases). Isto pode alterar a abordagem terapêutica em até 15% dos doentes. Pode ser efetuada antes da remoção de tumores pancreáticos grandes localizados no quadrante esquerdo e/ou em caso de elevados níveis de CA 19.9, ou quando é considerado o tratamento neoadjuvante. Porém, muitas vezes a extensão do cancro apenas pode ser determinada com precisão durante a cirurgia.

## QUAIS SÃO AS OPÇÕES DE TRATAMENTO?

A planificação do tratamento envolve uma equipa multidisciplinar de profissionais médicos. Isto geralmente implica uma reunião de diferentes especialistas, designada por parecer multidisciplinar\* ou análise do conselho de avaliação do tumor. Nesta reunião, o planeamento do tratamento será discutido de acordo com a informação relevante que foi referida anteriormente.



O tratamento combinará geralmente métodos de intervenção que:

- Atuem no cancro a nível local, tais como cirurgia ou radioterapia\*
- Atuem nas células cancerosas de todo o corpo, por terapia sistémica, tais como a quimioterapia\*

A possibilidade de curar o cancro depende de o tumor poder, ou não, ser removido cirurgicamente (ressecável). Considera-se que um tumor é ressecável quando aparenta estar localizado no pâncreas, não invadindo tecidos adjacentes, nem outros órgãos do corpo.

Os tratamentos enunciados abaixo têm os seus benefícios, riscos e contraindicações. É recomendável perguntar aos oncologistas\* quais os benefícios e riscos esperados de cada tratamento, para estar informado sobre as possíveis consequências do mesmo. No caso de alguns tratamentos há várias opções disponíveis, devendo a escolha ser discutida com base na ponderação dos seus benefícios e riscos respetivos.

### Plano de tratamento para o estadios 0, IA e IB

*Nestes estadios, o tumor está confinado ao pâncreas, sem disseminação para os gânglios linfáticos\*, nem para outras partes do corpo.*

Nestes estadios, a opção de tratamento convencional consiste na remoção do pâncreas, no seu todo ou em parte, juntamente com outros tecidos ou órgãos localizados junto ao mesmo. Existem técnicas cirúrgicas diferentes, consoante a localização do tumor. Sugere-se quimioterapia\* adicional.

### Cirurgia

**Quando o cancro afeta a cabeça do pâncreas**, o procedimento mais comum é uma pancreatoduodenectomia com preservação do piloro:

- A cabeça do pâncreas é removida;
- O canal colédoco, a vesícula biliar, o duodeno (primeira porção do intestino delgado) e parte do estômago (com preservação da última porção do estômago e do piloro) são também removidos, devido ao facto de receberem sangue da mesma artéria que a cabeça do pâncreas. Se apenas fosse removido o pâncreas, o fluxo sanguíneo para estes órgãos seria afetado e estes tornar-se-iam necróticos\*.



- As porções restantes do pâncreas, canal colédoco e estômago são novamente ligadas ao intestino.

**Quando o cancro afeta o corpo e cauda do pâncreas**, é efetuada uma pancreatectomia com esplenectomia:

- O corpo e cauda do pâncreas são removidos (pancreatectomia distal);
- O baço é também removido (esplenectomia), devido ao facto de o baço e o corpo e cauda do pâncreas receberem sangue da mesma artéria. Se apenas fosse removido o corpo e cauda do pâncreas, o fluxo sanguíneo para o baço seria afetado e este tornar-se-ia necrótico\*.

### **Terapia adjuvante**

Terapia adjuvante é uma terapia dada adicionalmente à cirurgia. Ensaios clínicos mostram claramente que o melhor tratamento adjuvante atual é a quimioterapia.

Após a cirurgia recomenda-se a quimioterapia, quer com gemcitabina\*, quer com 5-fluorouracilo. Esta abordagem melhora a esperança de vida em alguns doentes com tumores totalmente ressecados e em doentes cujos tumores invadiram os tecidos circundantes que podem ser observados microscopicamente, mas não a olho nu. A gemcitabina e o 5-fluorouracilo\* (5-FU) são igualmente eficazes. Porém, o tratamento com gemcitabina está associado a efeitos secundários menos tóxicos, em comparação com 5-FU. Os riscos e benefícios respetivos de cada medicamento devem ser discutidos com os médicos.

Atualmente, não há provas de que a quimio-radioterapia seja melhor do que a quimioterapia isolada, por isso apenas deve ser efetuada em ensaios clínicos, ou pode ser sugerida fora de um ensaio clínico se a análise do tumor em laboratório mostrar que o tumor não foi removido na sua totalidade. Não há provas de que exista qualquer benefício específico na quimio-radioterapia quando o tumor é superior a 3 cm.

A quimio-radioterapia consiste no uso de quimioterapia\* e radioterapia\* para tratar o cancro. Radioterapia é o uso da radiação para matar as células cancerosas. As células cancerosas são menos capazes de recuperar da radiação do que as células normais. A radiação é direcionada para o tumor do doente a partir de um dispositivo fora do corpo, sendo uma modalidade de tratamento local.

### **Plano de tratamento para o estadió IIA**

*O tumor desenvolveu-se para fora do pâncreas, para o duodeno, canal colédoco e outros tecidos que circundam o pâncreas, sem invadir os grandes vasos sanguíneos e os nervos principais. Não se disseminou para os gânglios linfáticos\*, nem para outras partes do corpo.*

O tratamento convencional, quando o tumor é ressecável, consiste na remoção do pâncreas, caso contrário existem algumas terapias usadas para aliviar os sintomas produzidos pelo cancro.

## **Quando o tumor é ressecável**

### **Cirurgia**

A remoção pancreática é o tratamento convencional.

Mesmo após efetuar os exames imagiológicos e a laparoscopia\*, a cirurgia pode ser interrompida durante a operação se os cirurgiões descobrirem que o tumor se disseminou para além do pâncreas, não sendo possível removê-lo totalmente. Nestes casos deve ser colhida uma amostra do tumor para confirmar o diagnóstico.

A radioterapia intraoperatória, que consiste na administração de radioterapia durante a cirurgia, ainda é uma abordagem experimental, não sendo recomendada como tratamento de rotina. Envolve a irradiação da área onde estava o tumor, antes de fechar a incisão cirúrgica. Ajuda a controlar o crescimento do tumor, mas não se sabe se esta abordagem é capaz de prolongar a vida dos doentes, em comparação com a radioterapia após a cirurgia. A possível vantagem da radioterapia intraoperatória sobre a radioterapia após a cirurgia está a ser investigada.

### **Terapia neoadjuvante**

Quando o cancro do pâncreas é ressecável, a quimioterapia ou a combinação de quimioterapia e radioterapia (designada por quimio-radioterapia) antes da cirurgia apenas deve ser efetuada no contexto de ensaios clínicos, porque até à data não há provas suficientes de que esta estratégia seja melhor do que a cirurgia imediata. Administrar quimioterapia ou quimio-radioterapia antes da cirurgia é o que os médicos designam por terapia neoadjuvante.

Mesmo que haja poucas provas, a compreensão atual sobre a biologia do cancro do pâncreas sugere que esta estratégia pode ser útil. Estão atualmente em curso vários ensaios para analisar esta estratégia.

**Quando o tumor é não ressecável** (Pode ser este o caso de muitos doentes neste estadió da doença, sendo designado por cancro do pâncreas localmente avançado):

### **Tratamento multimodal**

No caso de tumores maiores que possam ser ressecáveis, ou no caso de tumores não ressecáveis, alguns doentes podem beneficiar da quimioterapia ou quimio-radioterapia para conseguir a redução do tumor, para que passe a um estadió ressecável.

Os doentes que desenvolvam metástases durante o tratamento neoadjuvante, ou aqueles cujo tumor principal progrida localmente não são candidatos a uma cirurgia, devendo continuar com as opções de tratamento consideradas para os doentes em estadió avançado da doença.

A estratégia ideal neste contexto ainda está sob investigação clínica e até à data não existe um protocolo standard para a quimio-radioterapia neoadjuvante na Europa.

## Cirurgia

Se o tumor estiver a provocar uma obstrução intestinal, o doente pode beneficiar de um bypass paliativo\* para aliviar a mesma. Isto é conseguido cirurgicamente, criando uma ligação entre o estômago e a porção do intestino que fica localizada logo após a obstrução. Este procedimento, tal como qualquer procedimento cirúrgico, pode acarretar complicações. A cirurgia deve ser seguida de quimioterapia\* ou quimio-radioterapia.

## Terapia adjuvante

Após a cirurgia recomenda-se a quimioterapia\*, quer com gemcitabina\*, quer com 5-fluorouracilo\*(5-FU). Esta abordagem melhora a esperança de vida de alguns doentes cujo tumor foi totalmente ressecado. Além disso, esta abordagem pode também melhorar a esperança de vida dos doentes cujo tumor se pensou inicialmente não ter invadido os tecidos circundantes, quando analisado a olho nu durante a operação, tendo-se descoberto posteriormente que afinal tinha invadido os tecidos circundantes após o tumor ressecado ter sido analisado no laboratório ao microscópio. A gemcitabina e o 5-fluorouracilo\* são igualmente eficazes. Porém, o tratamento com gemcitabina está associado a efeitos secundários menos tóxicos, em comparação com 5-FU. Os riscos e benefícios respetivos de cada medicamento devem ser discutidos com os médicos.

Atualmente, não há provas de que a quimio-radioterapia seja melhor do que a quimioterapia isolada, por isso apenas deve ser efetuada em ensaios clínicos, ou pode ser também sugerida se a análise do tumor em laboratório mostrar que o tumor não foi removido na sua totalidade. Não há provas de que exista qualquer benefício específico na quimio-radioterapia quando o tumor é superior a 3 cm.

A quimio-radioterapia consiste no uso de quimioterapia\* e radioterapia\* para tratar o cancro. Radioterapia é o uso da radiação para matar as células cancerosas. As células cancerosas têm menos capacidade de recuperar da radiação do que as células normais. A radiação é direcionada para o tumor do doente a partir de um dispositivo fora do corpo, sendo uma modalidade de tratamento local.

A toxicidade destas terapias é comum e podem provocar náuseas e/ou vômitos, diarreia, neutropenia\* e anemia\*.

## **Plano de tratamento para os estadios IIB e III**

*O tumor desenvolveu-se para fora do pâncreas, para o duodeno, canal colédoco e outros tecidos que circundam o pâncreas, sem invadir os grandes vasos sanguíneos e os nervos principais, tendo-se disseminado para os gânglios linfáticos\*, mas não para outras partes do corpo. Pode também ter invadido os grandes vasos sanguíneos e nervos principais, independentemente da invasão dos gânglios linfáticos.*

A maioria dos doentes com estadios IIB e III têm grandes tumores ou tumores que envolvem os vasos sanguíneos, o que impede a remoção total do tumor por cirurgia. Estes doentes podem beneficiar da quimioterapia ou quimio-radioterapia (neoadjuvante) pré-operatória para conseguir a redução do tumor, de modo a torná-lo posteriormente ressecável.

A estratégia neoadjuvante ideal está ainda sob investigação e até à data não existe um protocolo standard para a quimioterapia neoadjuvante na Europa.

As opções de terapia pré-operatória para estes doentes podem ser:

- **Quimioterapia**
- **Quimio-radioterapia**
- **Quimioterapia\* seguida de quimio-radioterapia**

Para a maioria dos doentes com estadio IIB e doença de grau III, o tumor não é ressecável. O tratamento assenta geralmente na quimioterapia. Em alternativa, a quimioterapia seguida de uma combinação de quimioterapia e radioterapia pode ser considerada no caso de doentes com doença localmente avançada.

**Quimio-radioterapia:** Pode ser considerada a radioterapia combinada com 5-fluorouracilo\*. A obtenção de um melhor resultado em comparação com a quimioterapia isolada ainda não é conclusiva.

**Quimioterapia seguida de quimio-radioterapia:** Os doentes podem ser tratados com gemcitabina\* e, se após três meses os seus tumores não progredirem e os doentes manterem um estado de bom desempenho, pode ser adicionada a quimio-radioterapia à base de 5-fluorouracilo\*, com o intuito de melhorar a esperança de vida.

## **Plano de tratamento para o estadio IV**

*O cancro disseminou-se para outras partes do corpo.*

A tentativa de cura não é uma opção neste ponto, mas devem envidar-se esforços para aliviar os respetivos sintomas.

### **Quimioterapia\***

A utilização de quimioterapia neste estadio pode ajudar a reduzir o cancro, melhorar os sintomas, o bem-estar e a funcionalidade do doente, bem como ajudá-lo a viver mais tempo.

Os doentes devem ser seguidos em cada ciclo de quimioterapia para detetar quaisquer efeitos secundários, sendo avaliada a sua resposta à quimioterapia a cada oito semanas. O exame clínico e a ecografia podem ser ferramentas úteis para avaliar o curso da doença neste estadio da mesma. Durante a ecografia abdominal, os doentes devem ser monitorizados para detetar a possível presença de ascite\* que possa indicar a disseminação do tumor na cavidade peritoneal.

A gemcitabina\* isolada ainda é a quimioterapia standard para doentes com cancro metastático do pâncreas.

Até à data já foram experimentadas muitas combinações de gemcitabina com outros medicamentos, mas nenhuma mostrou vantagens evidentes no que respeita a prolongar a esperança de vida dos doentes. Porém, recentemente, a combinação de gemcitabina acrescida de nab-paclitaxel mostrou ser superior ao tratamento com gemcitabina isolada. Por conseguinte, esta combinação pode ser recomendada para doentes com cancro metastático do pâncreas. Porém, a toxicidade deste protocolo é superior, em comparação com a gemcitabina isolada.

Recentemente, um estudo que investigou uma combinação de 3 agentes quimioterapêuticos, 5-fluorouracilo\*, oxaliplatina\* e irinotecano\* (também designado por regime FOLFIRINOX) mostrou resultados interessantes em termos de prolongar a esperança de vida e abrandar a deterioração da qualidade de vida. Porém, é importante salientar que os doentes que participaram no estudo tinham idade inferior a 75 anos e apresentavam um estado geral de saúde bom. Os doentes tratados com FOLFIRINOX têm mais efeitos secundários do que os tratados apenas com gemcitabina. Devido a melhorias nos resultados do tratamento, o FOLFIRINOX pode ser considerado como uma opção terapêutica inovadora para doentes com idade igual ou inferior a 75 anos, que apresentem um estado geral de saúde bom e com uma função hepática apropriada.

As combinações de quimioterapia com terapias dirigidas foram, de um modo geral, decepcionantes. Apenas foi aprovada para utilização na Europa uma combinação de gemcitabina com erlotinib\*, mas tem uma vantagem geral pouco significativa na esperança de vida. O tratamento combinado parece ser eficaz em doentes que desenvolvem uma erupção cutânea no prazo de 8 semanas de tratamento com erlotinib. O elevado custo económico de tal combinação e as melhorias pouco significativas em termos de eficácia na maioria dos doentes põe em causa a sua função para a utilização geral em doentes com cancro metastático do pâncreas.

Após a progressão do cancro no tratamento de primeira linha não existe um protocolo de quimioterapia standard estabelecido. Porém, 5-fluorouracilo\*/oxaliplatina\* é uma combinação de agentes quimioterapêuticos que se tem mostrado benéfica após a progressão em gemcitabina nos ensaios clínicos, por isso pode ser considerada neste contexto. No caso de doentes cuja doença tenha progredido durante o tratamento com FOLFIRINOX como tratamento de primeira linha, a gemcitabina pode ser considerada como tratamento de segunda linha. Em qualquer caso, os doentes devem considerar a possibilidade de se submeter a tratamento no contexto de um ensaio clínico\*, se disponível.

### **Terapia paliativa e de apoio\***

O tratamento de alguns sintomas pode melhorar a qualidade de vida dos doentes com cancro do pâncreas. Esses sintomas são:

#### **Icterícia**

A icterícia como consequência da obstrução biliar é comum em doentes com cancro que afete a cabeça do pâncreas. Para aliviar a obstrução deve introduzir-se um tubo artificial (stent) endoscopicamente\* ou mediante punção com agulha através da pele até ao sistema ductal biliar. É preferível introduzir o stent endoscopicamente, já que esta via está associada a uma menor frequência de complicações. Em doentes que tenham uma esperança de vida superior a três meses deve dar-se preferência a stents de metal em detrimento dos plásticos, dado que acarretam menos complicações (como, por exemplo, a oclusão). Os stents de plástico devem ser substituídos pelo menos a cada 6 meses para evitar a oclusão do stent. Quando não é possível a colocação de um stent, recomenda-se a drenagem percutânea da biliar. O facto de a icterícia ser provocada por uma obstrução do canal colédoco deve ser estabelecido previamente, por exemplo através de uma ecografia abdominal.

## **Obstrução gastrointestinal**

Se um doente apresenta uma obstrução da saída duodenal ou gástrica, a introdução de um stent pode aliviar esta complicação.

Menos de 5% de doentes com cancro do pâncreas apresentam uma obstrução duodenal, o que pode ser aliviado através de um stent de metal. A obstrução da saída gástrica pode ser mais comum no decurso da doença e os medicamentos que melhoram a motilidade gastrointestinal, tais como a metoclopramida, podem ser úteis para acelerar o esvaziamento gástrico.

No caso de alguns doentes, a obstrução pode ser contornada, ligando o estômago à porção do intestino que fica logo após a obstrução (gastroenterostomia), embora não seja considerado um tratamento standard.

## **Dor**

Os doentes que têm dor intensa devem tomar opiáceos\*. A morfina\* e seus derivados são geralmente os medicamentos escolhidos. As pessoas preferem muitas vezes tomá-los por via oral, mas pode também ser administrado por via venosa, ou como adesivo colocado na pele, se o doente tiver dificuldade em engolir ou uma obstrução gastrointestinal.

A radioterapia realizada menos de uma vez por dia pode ser administrada para melhorar o controlo da dor, reduzindo o consumo de analgésicos\*.

Pode ser considerado o bloqueio do plexo celíaco\* (uma rede de nervos localizada na parte posterior do estômago), utilizando um analgésico administrado através de uma agulha introduzida na pele, sobretudo em doentes com baixa tolerância aos opiáceos\*. Taxas de resposta aos analgésicos na ordem dos 50-90% são relatadas com uma duração do efeito que vai de 1 mês a 1 ano. Este procedimento consiste na injeção (quer através da pele, utilizando a TAC como guia, ou através da parede gástrica com uma ecografia\* endoscópica\*) de bupivacaína\* e álcool em torno do plexo celíaco.

## **Nutrição**

Se possível, deve privilegiar-se a alimentação do doente por via oral. Não obstante, a nutrição parentérica a curto prazo (isto é, nutrição por via endovenosa) é geralmente aceite em doentes com complicações gastrointestinais agudas resultantes da quimioterapia e radioterapia, podendo mesmo o seu uso ser alargado e continuado em casa, no caso de doentes com complicações gastrointestinais resultantes da radioterapia. A nutrição parentérica em casa é também recomendada em doentes cuja probabilidade de recuperar é muito reduzida e que têm dificuldade em ser alimentados por via oral, devido à obstrução do trato digestivo. Pode ajudar os doentes com doença avançada e caquexia\* progressiva a estabilizar o seu estado nutricional.

## QUAIS SÃO OS EFEITOS SECUNDÁRIOS POSSÍVEIS DAS TERAPIAS?

---

É comum as terapias acima mencionadas terem efeitos secundários.

### Complicações da cirurgia

A hemorragia é uma complicação muito comum após a cirurgia. Outros efeitos secundários podem incluir um atraso no esvaziamento do estômago e, conseqüentemente, uma carência nutricional e libertação de sucos pancreáticos que podem digerir e destruir os tecidos circundantes.

O pâncreas produz enzimas\* e hormonas importantes para a digestão. Quando o pâncreas é removido, essas enzimas já não são produzidas, ou são-no de forma insuficiente, o que resulta na síndrome de má absorção, isto é, a incapacidade de absorver totalmente os nutrientes provenientes do trato gastrointestinal. Tomar suplementos de enzimas pancreáticas por via oral pode auxiliar a digestão. Não obstante, a disfunção gastrointestinal a longo prazo ocorre em muito poucos doentes após a cirurgia.

Se o pâncreas for totalmente removido (pancreatectomia total), a diabetes ocorrerá como resultado da falta de produção de insulina, a qual é apenas produzida pelo pâncreas. Quando isto ocorre deve ser iniciado um tratamento personalizado com insulina, orientado por especialistas.

### Efeitos secundários da quimioterapia

Os efeitos secundários da quimioterapia\* são muito frequentes. Estes efeitos dependerão do(s) medicamento(s) administrado(s), das respetivas doses e de fatores individuais. As combinações de diferentes medicamentos acarretam geralmente mais efeitos secundários do que a utilização de um só medicamento.

- A gemcitabina\* pode produzir sintomas do tipo gripal, febre, fadiga, náuseas e vômitos, falta de apetite, erupção cutânea e diminuição do número de plaquetas, eritrócitos e leucócitos.
- Os efeitos secundários de cada medicamento na combinação FOLFIRINOX (5-fluorouracilo, irinotecano e oxaliplatina) são listados abaixo, em separado. Porém, os efeitos secundários mais frequentes desta combinação de medicamentos são os baixos níveis de neutrófilos (neutropenia), a febre e infeções devido a tais baixos níveis, bem como aos baixos níveis de plaquetas.
  - O 5-fluorouracilo\* pode provocar diarreia, náuseas e vômitos, úlceras na boca, falta de apetite, fotofobia (sensibilidade dos olhos à luz), alterações do paladar e diminuição do número de plaquetas\*, eritrócitos e leucócitos\*.
  - A oxaliplatina\* pode danificar os nervos periféricos, provocar náuseas e vômitos e reduzir a quantidade de plaquetas, eritrócitos e leucócitos. A audição pode por vezes ser afetada, bem como os rins e fígado. Pode também provocar diarreia.
  - O irinotecano pode provocar diarreia, queda de cabelo, fraqueza e baixas contagens de células sanguíneas.
- A capecitabina\* pode reduzir a quantidade de eritrócitos\* (anemia\*), provocar fadiga, diarreia, náuseas e vômitos. A vermelhidão, inchaço, descamação da pele das palmas das mãos e solas dos pés (síndrome palmo-plantar) é outro efeito secundário comum provocado pela capecitabina.

- O erlotinib\* pode provocar erupção cutânea, diarreia, falta de apetite, fadiga, dificuldades respiratórias, tosse, náuseas e vômitos.

#### **Efeitos secundários da radioterapia**

A radioterapia dirigida à área do pâncreas pode provocar náuseas, vômitos, diarreia e fadiga.

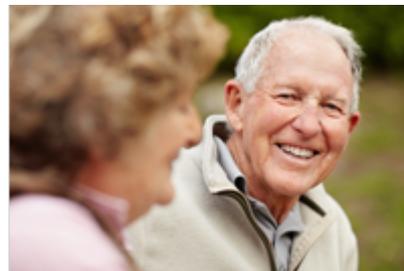
## O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

---

### Acompanhamento com médicos após a cirurgia

Após o tratamento ter sido concluído, os médicos propõem um programa de acompanhamento que é composto por consultas regulares e que visa:

- Detetar uma possível recidiva\*
- Avaliar as complicações associadas ao tratamento e tratá-las
- Dar apoio psicológico e informações para melhorar o retorno à vida normal



As consultas de acompanhamento com o oncologista\* devem incluir:

- **Colheita da história clínica:** (analisar a história clínica do doente), sobretudo quando ocorre dor abdominal e/ou lombar, juntamente com um exame físico completo.
- **Exame radiológico\*:** efetuar uma TAC\* abdominal a cada 6 meses, durante um período de 2 anos. As TAC na doença localmente avançada podem ser indicadas para excluir a presença de metástases\* e, por conseguinte, adicionar a radioterapia ao tratamento.
- **Análises sanguíneas:** monitorizar a amilase\* e os níveis de CA 19.9\*, entre outros exames de rotina, deve ser efetuado a cada 3 meses, durante um período de 2 anos. Deve ser efetuado sobretudo nos casos em que os níveis estavam elevados antes da cirurgia.

Porém, a deteção precoce de uma possível recidiva não tem qualquer vantagem clara em termos de resultado.

### Retorno à vida normal

Pode ser difícil viver com a ideia de que o cancro pode reincidir. Com base no que é conhecido atualmente, não pode ser recomendada nenhuma forma específica de diminuir o risco de recidiva\* após a conclusão do tratamento. Por causa do próprio cancro e do tratamento, retomar a vida normal pode não ser fácil para algumas pessoas. As dúvidas relativamente à imagem corporal, ao cansaço, ao trabalho, às emoções ou ao estilo de vida podem ser uma preocupação para o doente. Discutir estas dúvidas com familiares, amigos ou médicos poderá ser útil. O apoio de grupos de ex-doentes ou informação por via telefónica e linhas de ajuda, bem como o aconselhamento por psico-oncologistas especializados está disponível em muitos países.

### E se o cancro reincidir?

Se o cancro reincidir, é designado por recidiva\* e o tratamento depende da extensão da mesma. Se o cancro voltar é geralmente nos primeiros dois anos após a cirurgia.

A extensão da recidiva deve ser totalmente avaliada por exame físico, exame radiológico\* e análises sanguíneas. As opções de tratamento devem ser discutidas numa reunião multidisciplinar.

Infelizmente, a recidiva do cancro do pâncreas é muito frequente após o tratamento cirúrgico. Existem fatores que estão associados ao risco de recidiva, como por exemplo apresentar níveis elevados do marcador sérico\* CA 19.9\* após a cirurgia. Foi demonstrado que o tempo médio entre a cirurgia e a deteção radiológica da recidiva do tumor é superior em doentes com um nível de CA 19.9 pós-operatório normal.

As probabilidades de cura são limitadas, mesmo para recidivas diagnosticadas precocemente, por isso deve ser discutido um plano de acompanhamento com o doente e concebido para evitar a tensão emocional e a sobrecarga económica para o doente.

## DEFINIÇÕES DE TERMOS MÉDICOS

---

### **5- fluorouracilo**

Um medicamento utilizado para tratar sintomas de cancro do cólon, da mama, do estômago e do pâncreas. É também utilizado num creme para tratar certas condições da pele. O 5-fluorouracilo impede as células de produzir ADN e pode matar as células cancerosas. É um tipo de antimetabolito. Também designado por 5-FU e fluorouracilo.

### **Adenocarcinoma**

Cancro que se inicia nas células que revestem certos órgãos internos e têm propriedades (secretoras) semelhantes às glândulas.

### **Amilase**

Uma enzima\* que ajuda o corpo a digerir os amidos.

### **Analgésico**

Um medicamento que reduz a dor. Os analgésicos incluem a aspirina, o acetaminofeno e o ibuprofeno.

### **Anemia**

Condição caracterizada pela falta de eritrócitos\* ou hemoglobina; o ferro que contém a hemoglobina transporta o oxigénio dos pulmões para todo o corpo, sendo este processo diminuído nesta condição.

### **Anestesia**

Estado reversível de perda de consciência no qual o doente não sente dor, não tem reflexos normais e reage menos ao stress, sendo este estado induzido artificialmente pelo emprego de certas substâncias conhecidas por anestésicos\*. Pode ser completa ou parcial e permite aos doentes serem submetidos a cirurgia.

### **Bilirrubina**

Substância que se forma quando os eritrócitos\* são decompostos. A bilirrubina faz parte da bÍlis que é produzida no fÍgado e armazenada na vesÍcula biliar. A acumulação anmala de bilirrubina provoca icterÍcia\*.

### **Biópsia**

A remoção de células ou tecidos para análise por um patologista\*. O patologista\* pode estudar o tecido ao microscópio ou efetuar outros testes nas células ou tecido. Existem muitos tipos diferentes de procedimentos de biópsia. Os tipos mais comuns incluem: (1) biópsia incisional, em que apenas é removida uma amostra de tecido; (2) biópsia excisional, em que é removido um ndulo\* inteiro ou área suspeita; e (3) biópsia com agulha, em que é removida uma amostra de tecido ou fluido com uma agulha. Quando é utilizada uma agulha larga, o procedimento é designado por biópsia por fragmento. Quando é utilizada uma agulha fina, o procedimento é designado por punção aspirativa por agulha fina.

### **Bupivacaína**

Um medicamento utilizado para aliviar a dor, bloqueando os sinais nas terminações nervosas. Está a ser estudado no alívio da dor após a cirurgia para o cancro. É um tipo de anestésico\* local.

### **Bypass paliativo**

No contexto do cancro do pâncreas é uma ligação criada cirurgicamente entre o estômago e o intestino para aliviar a obstrução intestinal, quando o tumor pancreático é grande o suficiente para comprimir a porção do intestino que está mais perto do pâncreas, bloqueando o intestino. Para que a comida que está a ser digerida evite a porção obstruída do intestino e passe do estômago para a porção do intestino que está livre da obstrução.

### **CA 19.9**

Uma substância libertada na corrente sanguínea, tanto pelas células cancerosas, como pelas células normais. Demasiado CA 19-9 no sangue pode ser um sinal de cancro do pâncreas, de outros tipos de cancro ou de outras condições. A quantidade de CA 19-9 no sangue pode ser utilizada para ajudar a monitorizar em que medida os tratamentos para o cancro estão, ou não, a funcionar ou se o cancro recidivou. É um tipo de marcador tumoral\*.

### **Cancro colorretal sem polipose**

Um tipo de cancro colorretal hereditário em que não ocorrem pólipos (massas protuberantes no revestimento do cólon ou reto). Isto ao contrário do que ocorre na Polipose Adenomatosa Familiar (FAP) hereditária, em que centenas a milhares de pólipos se desenvolvem no cólon.

### **Capecitabina**

A capecitabina é um fármaco citotóxico que pertence ao grupo dos antimetabolitos. A capecitabina é um "profármaco" que é convertido em 5-fluorouracilo (5-FU) no corpo, mas é mais convertido nas células tumorais do que nos tecidos normais. É tomada sob a forma de comprimidos, enquanto que o 5-FU, um análogo da pirimidina, necessita geralmente de ser injetado. A pirimidina faz parte do material genético das células (ADN e ARN). No corpo, o 5-FU toma o lugar da pirimidina, interferindo com as enzimas\* envolvidas na criação de ADN novo. Por conseguinte, inibe o crescimento das células tumorais, eventualmente matando-as.

### **Caquexia**

Um estado em que o doente perde peso e tecido muscular, apresentando-se fraco e cansado. A falta de apetite está também associada.

### **Carboplatina**

Um medicamento que é utilizado para tratar o cancro avançado dos ovários que nunca foi tratado, ou os sintomas do cancro dos ovários que recidivou após o tratamento com outros medicamentos anticancro. Também é utilizado com outros medicamentos para tratar o cancro do pulmão de células não pequenas, metastáticas\* ou recorrentes\* e está a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. Carboplatina é uma forma do medicamento anticancro cisplatina e provoca menos efeitos secundários nos doentes. Liga-se ao ADN nas células e pode matar as células cancerosas. É um tipo de composto de platina.

### **Carcinoma**

Cancro que se inicia na pele ou tecidos que revestem ou cobrem os órgãos internos.

### **Cateter**

Um tubo que pode ser introduzido no corpo. Possui muitas utilizações, incluindo drenar ou administrar fluidos ou gases.

### **Citológico**

De ou associado à citologia que é a ciência que estuda a estrutura e funcionamento das células.

### **Endócrino**

O sistema endócrino é um sistema de glândulas. As glândulas segregam hormonas no sangue. Estas hormonas têm diferentes funções, tais como o controlo do humor ou o crescimento.

### **Endoscopia**

Um procedimento médico em que um médico introduz um instrumento tubular no corpo para observá-lo por dentro. Existem muitos tipos de endoscopias, sendo cada uma delas concebida para observar uma certa parte do corpo.

### **Ensaio clínico**

Um tipo de estudo de investigação que testa em que medida as novas abordagens médicas funcionam bem, ou mal, nas pessoas. Estes estudos testam novos métodos de rastreio, prevenção, diagnóstico ou tratamento de uma doença. É também designado por estudo clínico.

### **Enzima**

Uma proteína que acelera as reações químicas no corpo.

### **Eritrócitos**

O tipo mais comum de glóbulo vermelho. É a substância que faz o sangue ser de cor vermelha. A principal função é o transporte de oxigénio.

### **Erlotinib**

Erlotinib é um medicamento anticancro que pertence ao grupo de "inibidores do EGFR". O erlotinib bloqueia os EGFRs que podem ser encontrados na superfície de algumas células tumorais. Como resultado deste bloqueio, as células tumorais deixam de conseguir receber as mensagens necessárias para o crescimento, progressão e disseminação (metástase\*). Assim, o erlotinib ajuda a impedir o cancro de se desenvolver, multiplicar e disseminar pelo corpo.

### **Exame radiológico**

Teste que utiliza a tecnologia imagiológica (tal como a radiografia, a ecografia\*, a tomografia computadorizada\* e a medicina nuclear) para visualizar órgãos, estruturas e tecidos no corpo, tanto para diagnosticar, como para tratar doenças.

### **Exócrino**

De ou associado às glândulas exócrinas ou suas secreções. As glândulas exócrinas são órgãos que descarregam as suas secreções externamente, quer diretamente ou através de um canal, ao contrário das outras glândulas (glândulas endócrinas) que descarregam as suas secreções na corrente sanguínea.

### **Fator de risco**

Algo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença. Alguns exemplos de fatores de risco para o cancro são a idade, a história familiar de certos cancros, o consumo de produtos de tabaco, a exposição à radiação ou a certos químicos, a infeção por certos vírus ou bactérias e certas alterações genéticas.

### **Gânglio linfático**

Uma massa redonda de tecido linfático que está rodeada por uma cápsula de tecido conjuntivo. Os gânglios linfáticos filtram a linfa e armazenam os linfócitos. Situam-se ao longo dos vasos linfáticos. Também designado por glândula linfática.

### **Gemcitabina**

O ingrediente ativo num fármaco que é utilizado para tratar o cancro do pâncreas em estadios avançados ou que se disseminou. É também utilizado, juntamente com outros fármacos, para tratar o cancro da mama que se disseminou, o cancro dos ovários em estadios avançados e o cancro do pulmão de células não pequenas em estadios avançados ou que se disseminou. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A gemcitabina impede a célula de produzir ADN e pode matar as células cancerosas. É um tipo de antimetabolito.

### **Glicose**

Glicose é um açúcar monossacarídeo que está largamente presente no tecido das plantas e animais. É a principal fonte de energia do corpo.

### **Glucagónio**

Uma hormona produzida pelo pâncreas que aumenta o nível de glicose\* (açúcar) no sangue.

### **Hemoglobina**

A substância dentro dos eritrócitos\* que se liga ao oxigénio nos pulmões e o transporta para os tecidos.

### **Histológico**

De ou associado à histologia que é o estudo dos tecidos de animais e plantas, através de um microscópio.

### **Histopatológico**

O estudo de células e tecidos doentes, por meio de um microscópio.

### **Icterícia**

Uma condição em que a pele e a parte branca dos olhos se tornam amarelas, a urina escurece e a cor das fezes se torna mais clara do que o normal. A icterícia ocorre quando o fígado não está a funcionar devidamente, ou quando o canal colédoco está bloqueado.

### **Imagem por ressonância magnética (RM)**

Uma técnica de imagiologia que é utilizada na medicina. Utiliza uma ressonância magnética. Por vezes, é injetado um fluido que melhora o contraste entre os diferentes tecidos para tornar as estruturas mais claramente visíveis.

### **Insulina**

Uma hormona produzida no pâncreas. A insulina controla a quantidade de açúcar no sangue, movendo-o para as células, onde pode ser utilizado pelo corpo como energia.

### **Irinotecano**

É o ingrediente ativo de um fármaco utilizado, quer isoladamente, quer em associação com outros fármacos, para tratar o cancro do cólon, ou cancro retal que se disseminou para outras partes do corpo, ou reincidiu após o tratamento com fluorouracilo. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. O irinotecano bloqueia determinadas enzimas\* necessárias para a divisão celular e reparação do ADN, podendo matar as células cancerosas. É um tipo de inibidor da topoisomerase e um tipo de análogo da camptotecina.

### **Laparoscopia**

Uma operação em que são introduzidos instrumentos cirúrgicos no abdómen ou na pélvis, através de pequenas incisões e com recurso a uma câmara.

### **Lesão pré-maligna**

Tecido com aspeto anómalo onde é mais provável que o cancro se desenvolva, comparativamente ao tecido normal.

### **Leucócitos**

Células do sistema imunitário\* que estão envolvidas na defesa do corpo contra as infeções.

### **Marcador**

Uma indicação diagnóstica de que pode desenvolver-se uma doença.

### **Metástase**

A disseminação do cancro de uma parte do corpo para outra. Um tumor formado pelas células que se disseminaram designa-se um tumor metastático, ou uma metástase. O tumor metastático contém células que são idênticas às do tumor original.

### **Morfina**

Um medicamento utilizado para tratar dor moderada a intensa. Liga-se a recetores opiáceos no sistema nervoso central e em alguns outros tecidos. O sulfato de morfina é feito a partir do ópio. É um tipo de opiáceo e um tipo de agente analgésico\*.

### **Mutação**

Uma alteração na sequência dos pares de bases no ADN que compõem um gene. As mutações num gene não alteram forçosa e permanentemente o mesmo.

### **Necrose/necrótico**

Refere-se à morte de tecidos vivos.

### **Neuroendócrino**

Associado às interações entre o sistema nervoso e o sistema endócrino. Neuroendócrino descreve determinadas células que libertam hormonas no sangue em resposta ao estímulo do sistema nervoso.

### **Neutropenia**

Uma condição em que existe um número de neutrófilos (um tipo de leucócito\*) inferior ao normal. Pode ser visto em infeções virais e após radiação e quimioterapia\*. Reduz a barreira imunológica às infeções bacterianas e fúngicas.

### **Oncologista**

Um médico que é especializado no tratamento do cancro. Alguns oncologistas especializam-se num certo tipo de tratamento do cancro. Por exemplo, um oncologista de radiação especializa-se no tratamento do cancro com radiação.

### **Opióides**

Uma substância utilizada para tratar dor moderada a intensa. Os opióides são como os opiáceos, tais como a morfina\* e a codeína, mas não são feitos de ópio. Os opióides ligam-se aos recetores de opióides no sistema nervoso central. Os opióides costumavam ser designados por narcóticos. O opióide é um tipo de alcalóide.

### **Oxaliplatina**

Um medicamento utilizado em associação com outros para tratar o cancro colorretal em estadios avançados, ou que tenha recidivado. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A oxaliplatina liga-se ao ADN nas células, podendo matar as células cancerosas. É um tipo de composto de platina. Também designada por Eloxatin.

### **Pancreatoblastoma**

Tipo raro de cancro do pâncreas com um bom prognóstico\*, ocorrendo a maioria dos casos durante a infância.

### **Parecer multidisciplinar**

Uma abordagem de planeamento do tratamento em que vários médicos especialistas em diferentes áreas (disciplinas) analisam e discutem a condição médica e as opções de tratamento de um doente. No tratamento do cancro, um parecer multidisciplinar pode incluir o de um oncologista médico\* (que trata o cancro por meio de fármacos), o de um oncologista cirúrgico\* (que trata o cancro por meio de cirurgia) e um oncologista de radiação\* (que trata o cancro por meio da radiação\*). Também designado por conselho de avaliação do tumor.

### **Patologista**

Um médico especializado em histopatologia que é o estudo de células e tecidos doentes, por meio de um microscópio.

### **Plaquetas**

Pequenos fragmentos de células que desempenham um papel fundamental na formação de coágulos. Os doentes com baixa contagem de plaquetas correm risco de grave hemorragia. Os doentes com alta contagem correm risco de trombose\*; a formação de coágulos que pode bloquear os vasos sanguíneos e resultar num AVC ou outras condições graves, correndo também o risco de grave hemorragia, devido à disfunção plaquetária.

### **Plexo celíaco**

Uma rede de nervos no abdómen, por detrás do estômago. Entre outras funções, conduz a sensação de dor desde os órgãos abdominais, incluindo o fígado, baço, estômago e pâncreas até ao cérebro.

### **Prognóstico**

O resultado provável ou curso de uma doença; a probabilidade de recuperação ou recidiva\*.

### **Quimioterapia**

Um tipo de tratamento do cancro, utilizando fármacos que matam as células cancerosas e/ou limitam o seu crescimento. Estes fármacos são geralmente administrados ao doente por perfusão lenta numa veia, mas podem também ser administrados oralmente, por perfusão direta no membro, ou por perfusão no fígado, de acordo com a localização do cancro.

### **Radiografia**

As radiografias constituem uma forma de radiação usada para captar imagens do interior dos objetos. Na medicina, as radiografias são geralmente utilizadas para captar imagens do interior do corpo.

### **Radioterapia**

Uma terapia em que é utilizada a radiação no tratamento do cancro, sempre orientada para a área específica do mesmo.

### **Recidiva**

Cancro ou doença (geralmente, autoimune) que reincidiu, geralmente após um período de tempo durante o qual o cancro ou doença não estava presente ou não pôde ser detetado. Isto pode acontecer no mesmo local que o tumor original (primário), ou em outro local no corpo. Também designado por cancro ou doença recidivados.

### **Síndrome de Peutz-Jeghers**

Uma perturbação genética em que os pólipos se formam no intestino e aparecem manchas escuras na boca e dedos. Ter a PJS aumenta o risco de desenvolver cancro gastrointestinal e muitos outros tipos de cancro. Também designada por PJS.

### **Síndrome do melanoma e múltiplos nevos atípicos familiares**

Uma condição hereditária marcada pelo seguinte: (1) um ou mais parentes de primeiro ou segundo grau (pais, irmãos, filhos, avós, netos ou tios) com melanoma maligno; (2) muitos nevos, alguns dos quais atípicos (assimétricos, elevados e/ou com diferentes tonalidades de bege, castanho, preto ou vermelho) e muitas vezes de diferentes tamanhos; e (3) nevos que têm características específicas quando examinados ao microscópio. A síndrome FAMMM aumenta o risco de melanoma e pode aumentar o risco de cancro do pâncreas. Também designada por síndrome FAMMM.

### **Terapia paliativa**

Tratamento dado para aliviar os sintomas e reduzir o sofrimento provocado pelo cancro e por outras doenças mortais. As terapias paliativas para o cancro são administradas juntamente com outros tratamentos para o cancro, a partir do momento do diagnóstico, durante o tratamento, por motivos de sobrevivência, na doença recorrente\* ou avançada e em fim de vida.

### **Tomografia computadorizada (TAC)**

Uma forma de radiografia na qual os órgãos do corpo são analisados por raios X\* e os resultados são sintetizados por um computador para gerar imagens de partes do corpo.

### **Trombose**

A formação ou presença de um trombo (coágulo) dentro de um vaso sanguíneo.

### **Ultrassonografia/ecografia**

Um procedimento que consiste em fazer ressaltar ondas de som de alta energia dos tecidos internos ou órgãos e produzir ecos. Os padrões de eco são mostrados no ecrã de um aparelho de ecografia, formando uma imagem de tecidos corporais designada por sonograma. Também designado por ecografia.

Os Guias para o Doente da Esmo / Anticancer Fund foram concebidos para ajudar os doentes, suas famílias e seus cuidadores a entender a natureza dos vários tipos de cancro e avaliar quais são as melhores opções de tratamento disponíveis. As informações médicas contidas nos Guias para o Doente baseiam-se nas Diretrizes para a Prática Clínica da Esmo, que foram criadas para orientar os oncologistas na elaboração do diagnóstico, no acompanhamento e no tratamento dos vários tipos de cancro. Estes guias são produzidos pela Anticancer Fund em colaboração direta com o Grupo de Trabalho para Diretrizes da Esmo e com o Grupo de Trabalho para o Doente de Cancro da Esmo.

Para obter mais informações acesse: [www.esmo.org](http://www.esmo.org)  
e [www.anticancerfund.org](http://www.anticancerfund.org)

