

Cancro do estômago

O que é o
cancro do estômago?

Deixe-nos explicar
isso a você.

www.anticancerfund.org

www.esmo.org

CANCRO DO ESTÔMAGO: 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 estômago, bem como avaliar as melhores opções de tratamento disponíveis, de acordo com o subtipo de cancro do estômago. 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 estômago. 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

Para mais informações sobre a European Society for Medical Oncology: www.esmo.org

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

Índice

Definição de cancro do estômago	3
O cancro do estômago é frequente?	5
Quais as causas do cancro do estômago?	6
Como se diagnostica o cancro do estômago?	9
O que é importante saber para obter um tratamento otimizado?	11
Quais são as opções de tratamento?	14
O que acontece após o tratamento?	22
Definições de palavras difíceis.....	24

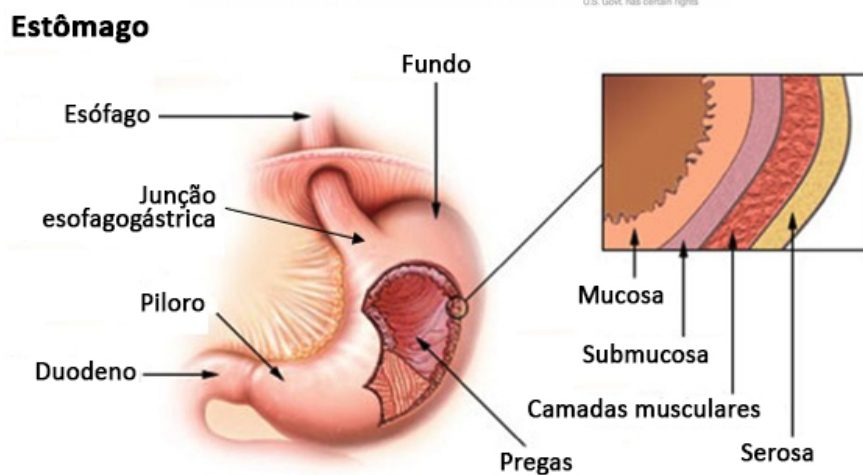
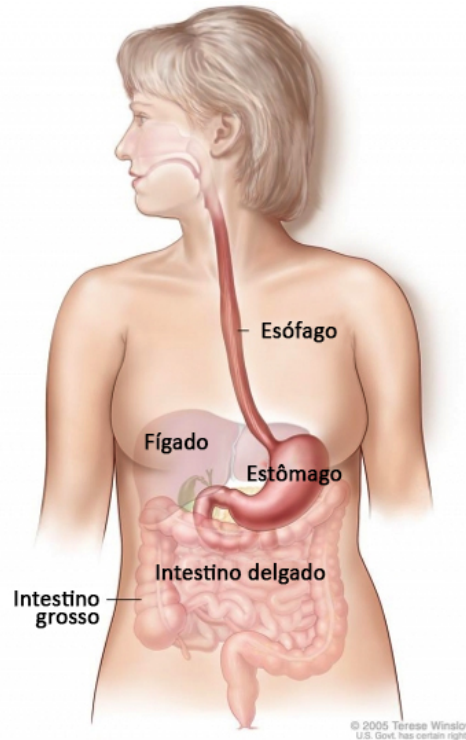
Este texto foi redigido pela Dra. Annemie Michiels (Anticancer Fund) e revisto pelo Dr. Gauthier Bouche (Anticancer Fund), pela Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), pela Dra. Alicia Okines (ESMO), pelo Prof. David Cunningham (ESMO), pelo Dr. William Allum (ESMO) e pelo Prof. Dr. Lorenz Jost (Grupo de Trabalho de Doentes com Cancro da ESMO).

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

DEFINIÇÃO DE CANCRO DO ESTÔMAGO

Esta definição é adaptada do Instituto Nacional do Cancro (NCI) dos Estados Unidos da América e utilizada com autorização do mesmo.

O cancro do estômago é um cancro que se forma nos tecidos que revestem o estômago. A maioria dos cancros do estômago inicia-se nas células da camada interna do estômago (a mucosa) que normalmente produzem e libertam muco* e outros fluidos. Estes cancros são designados por adenocarcinomas e representam cerca de 90% dos cancros do estômago.



Anatomia do sistema digestivo e camadas da parede do estômago.

A mucosa*, ou camada interna do estômago, é formada pelo epitélio* e pela lamina própria*. A um nível mais profundo na parede do estômago encontramos a submucosa*, seguida pelas camadas musculares, a subserosa* (não mostrada na imagem) e a serosa*. A serosa* é a membrana* que reveste a parte externa do estômago.

Cancro do estômago: um guia para o doente -

Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO - v.2012.1

Página 3

Este documento é facultado pelo Anticancer Fund, com a permissão da ESMO.

A informação contida neste documento não substitui uma consulta médica. Destina-se apenas a utilização pessoal e não pode ser alterada, reproduzida, nem divulgada de nenhuma forma, sem o consentimento por escrito da ESMO e do Anticancer Fund.

Nota importante em relação a outros tipos de cancro do estômago

A informação facultada neste Guia para Doentes não se aplica a outros tipos de cancro do estômago.

Os outros principais tipos de cancro do estômago incluem:

- **Linfomas gástricos** que são cancros provenientes das células do sistema imunitário que se encontram na parede do estômago. A maioria dos linfomas gástricos são não-Hodgkin. Poderá encontrar mais informações sobre o linfoma não-Hodgkin [aqui](#).
- **Tumores do estroma gastrointestinal** ou GIST, que são tumores raros que se acredita provirem de células na parede do estômago designadas por células intersticiais de Cajal. Poderá encontrar mais informações sobre o tumor do estroma gastrointestinal [aqui](#).
- **Tumores neuroendócrinos** que são tumores provenientes das células nervosas ou endócrinas do estômago. Poderá encontrar mais informações sobre tumores neuroendócrinos gástricos [aqui](#).

O diagnóstico e tratamento destes tipos de cancro são diferentes dos utilizados para o adenocarcinoma gástrico.

O CANCRO DO ESTÔMAGO É FREQUENTE?

A nível mundial, o cancro do estômago é mais comum no Leste da Ásia, América do Sul e Europa Oriental. É menos comum na Europa Ocidental, embora o cancro do estômago seja o quinto cancro mais frequente na Europa. É cerca de duas vezes mais frequente nos homens do que nas mulheres. É frequentemente diagnosticado entre os 60 e os 80 anos. Na Europa, cerca de 150.000 pessoas desenvolveram cancro em 2008.

A variação considerável na frequência do cancro do estômago entre continentes e países deve-se sobretudo a diferenças no regime alimentar e a fatores genéticos.

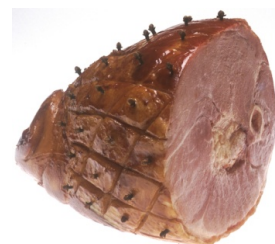
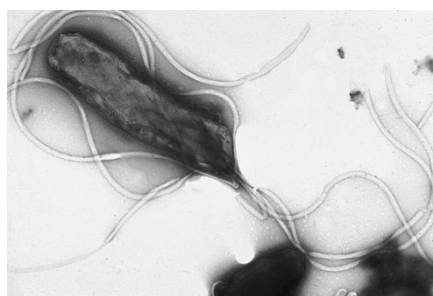
Na Europa, uma média de 1 ou 2 em cada 100 homens e 0,5 a 1 em cada 100 mulheres irão desenvolver cancro do estômago em algum momento da sua vida. Existem variações geográficas consideráveis entre os países de todo o mundo, mas também na Europa. O cancro do estômago é mais frequente em países da Europa Oriental e em Portugal, onde até 4 em cada 100 homens e 2 em cada 100 mulheres irão desenvolver a doença em algum momento da sua vida.

QUAIS AS CAUSAS DO CANCRO DO ESTÔMAGO?

Até à data, ainda não se sabe ao certo por que ocorre o cancro do estômago. Foram identificados alguns fatores de risco*. O fator de risco* aumenta o risco de ocorrência do cancro, mas não é necessário, nem suficiente para causar o cancro. Não é, por si próprio, uma causa. **A maioria das pessoas com estes fatores de risco* nunca desenvolverá cancro do estômago, enquanto que outras sem ter nenhum destes fatores de risco irão, mesmo assim, desenvolver cancro do estômago.**

Os principais fatores de risco* do cancro do estômago são:

- **Fatores ambientais:** *Helicobacter pylori* ou *H. pylori* é uma bactéria e pode residir no estômago e provocar inflamação crónica ou úlceras gástricas*. Se esta situação persistir durante algumas décadas pode evoluir para cancro. Porém, a infeção passará primeiro por vários estadios pré-cancerosos (como a gastrite atrófica, a metaplasia e a displasia) que podem transformar-se em cancro, o que nem sempre ocorre. Estes estadios já podem ser detetados e tratados, antes de poderem evoluir para cancro. Sem tratamento, 1% de todos os doentes com *H. pylori* irá eventualmente desenvolver cancro do estômago. Cerca de 50% da população mundial está infetada com *H. pylori*. A transmissão ocorre através das fezes e saliva e está fortemente associada a uma condição socioeconómica pobre e fracas condições de vida. O tratamento desta infeção consiste numa cura com antibióticos. A infeção por *H. pylori* é o principal e, ao mesmo tempo, um dos mais tratáveis fatores de risco para o cancro do estômago.
- **Estilo de vida:**
 - **Nutrição:**
 - Uma dieta rica em sal, incluindo alimentos conservados em sal (ex.: fumados ou em salmoura) aumenta consideravelmente o risco de desenvolver cancro do estômago. A presença de sal torna mais provável a ocorrência de uma infeção por *H. pylori*, parecendo também agravar o efeito de uma infeção. Para além disso, danifica a mucosa* do estômago, podendo, desta forma, contribuir diretamente para o desenvolvimento do cancro do estômago.
 - Uma elevada ingestão de alimentos que contenham nitratos* ou nitritos*, tal como a carne conservada, pode aumentar o risco de desenvolver cancro do estômago.
 - Está comprovado que comer fruta e vegetais que contenham as vitaminas A e C protege significativamente contra o desenvolvimento do cancro do estômago.



- Tabagismo: A taxa de cancro do estômago é duas vezes mais elevada nos fumadores.
- Profissão: as pessoas que trabalham nas indústrias mineira, do metal e da borracha parecem ter um risco ligeiramente superior de desenvolver cancro do estômago.
- Alguns estudos demonstraram que pessoas que praticam muita atividade física podem reduzir o seu risco de desenvolver cancro do estômago até metade.
- **Fatores que não podem ser alterados:**
 - Algumas condições hereditárias podem aumentar o risco de desenvolver cancro do estômago.
 - Uma mutação hereditária rara* no gene que codifica uma proteína* designada por Caderina-E acarreta um risco muito elevado de desenvolver cancro do estômago. O tipo de cancro do estômago devido a esta mutação* é designado por *cancro do estômago difuso hereditário* e tem um mau prognóstico*. Os indivíduos com esta mutação* podem, por conseguinte, considerar uma vigilância rigorosa ou discutir uma ressecção profilática do estômago.
 - Algumas mutações hereditárias com predisposição para o cancro noutras partes do corpo parecem aumentar ligeiramente o risco de desenvolver cancro do estômago. São exemplos disso as mutações* no gene BRCA1 e BRCA2 que são conhecidas por aumentar o risco de desenvolver cancro da mama e dos ovários, bem como duas condições que aumentam o risco do cancro colorretal, designadas por *Cancro Colorretal Hereditário sem Polipose*, ou *Síndrome de Lynch* e *Polipose Adenomatosa Familiar*.
 - Uma história de cancro do estômago em familiares diretos em primeiro grau (pais, irmãos ou filhos) aumenta o risco do indivíduo em desenvolver a doença.
 - Por razões desconhecidas, as pessoas com sangue do tipo A têm maior risco de desenvolver cancro do estômago.
 - Sexo: O cancro do estômago é mais frequente nos homens que nas mulheres. Os motivos para esta diferença não são claros, mas o estrogénio - hormona sexual feminina - poderá ter um efeito protetor.
- **Problemas de saúde:**
 - As pessoas que receberam tratamento para outro tipo de cancro do estômago, conhecido por *linfoma de tecido linfóide associado à mucosa (MALT)*, têm um risco acrescido de desenvolver adenocarcinoma do estômago. Isto ocorre provavelmente porque o linfoma MALT gástrico é provocado pela infeção com a bactéria H pylori.
 - O refluxo gastroesofágico, uma condição comum em que o ácido gástrico sobe do estômago para o esófago, aumentando o risco de cancro na junção do estômago com o esófago (junção esofagogástrica, ou OGJ).
 - Cirurgia anterior ao estômago: quando foi removida uma parte do estômago, devido, por exemplo, a uma úlcera gástrica, existe uma probabilidade maior de desenvolver cancro na parte restante. Isto pode dever-se ao facto de ser produzido menos ácido pelo estômago. O nível reduzido de ácido pode permitir um maior crescimento de bactérias e estas podem ajudar a produzir compostos químicos lesivos, o que pode aumentar o risco de cancro do estômago.

- Os pólipos gástricos são o produto do crescimento de tecidos benignos do revestimento interno do estômago. Porém, um tipo de pólipo, designado por adenoma, pode por vezes evoluir para cancro. Os adenomas podem ser detetados e removidos durante uma gastroscopia, um exame do estômago em que o médico introduz um tubo fino, flexível e iluminado, designado por endoscópio, pela garganta do doente até ao estômago.
- A anemia perniciosa é uma condição na qual os doentes não conseguem absorver vitamina B12 suficiente a partir dos alimentos que ingerem, a qual é necessária para produzir novos eritrócitos. Juntamente com a anemia (baixas contagens de eritrócitos), o risco de cancro do estômago é também mais elevado nestes doentes.

Suspeita-se que haja outros fatores associados com um maior risco de cancro do estômago, tais como a obesidade, a infeção pelo vírus Epstein-Barr* (provocando mononucleose infecciosa) e uma condição médica rara designada por doença de Ménétrier*. Porém, as provas são inconsistentes e o mecanismo continua a ser pouco claro.

COMO SE DIAGNOSTICA O CANCRO DO ESTÔMAGO?

Pode suspeitar-se de cancro do estômago em diferentes circunstâncias. Infelizmente, estes sinais são muitas vezes vagos e bastante comuns, podendo também indicar muitas outras condições médicas. Na fase inicial, a maioria dos cancros do estômago nem sequer provoca quaisquer sintomas. Por conseguinte, muitas vezes não se suspeita de um tumor no estômago. No caso de uma combinação das queixas seguintes, e sobretudo se forem persistentes, deve considerar-se a realização de exames adicionais:

- desconforto ou dor abdominal
- sensação de enfiamento, mesmo após a ingestão de uma refeição leve
- azia, indigestão, acidez e arrotos
- náuseas e/ou vômitos, sobretudo se incluírem sangue
- inchaço ou acumulação de fluidos no abdómen
- falta de apetite
- perda de peso acentuada e inexplicável

A perda de sangue impercetível a partir do estômago pode também provocar anemia*, conduzindo à fadiga e falta de ar, a longo prazo.

No Japão e na Coreia, onde existe um elevado número de novos casos de cancro do estômago, é proposto um rastreio a todos os indivíduos aos 50 anos, com um acompanhamento de acordo com o resultado do exame de rastreio.

Na Europa não é proposto tal rastreio, porque o número de casos de cancro do estômago não é considerado suficiente para que o rastreio seja eficaz¹.

O diagnóstico de cancro do estômago baseia-se nos exames seguintes.

1. **Exame clínico.** O médico irá examinar o abdómen para identificar qualquer inchaço anormal ou dor. Também verificará qualquer possível inchaço anormal acima da clavícula esquerda, o que pode ser causado pela disseminação do cancro para os gânglios linfáticos* que se situam aí.
2. **Exame endoscópico.** Durante um exame endoscópico do trato digestivo superior, ou gastroscopia, o médico introduz um tubo fino, flexível e iluminado, designado por endoscópio, pela garganta do doente até ao estômago. Isto permite ao médico ver o revestimento do esófago, estômago e a primeira parte do intestino delgado. Se forem observadas áreas anormais, podem ser efetuadas biópsias* (recolha de amostras de tecido), utilizando instrumentos inseridos através do endoscópio. Estas amostras de tecido são examinadas por um especialista no laboratório (ver exame histopatológico*).



¹ 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, 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.

Durante a gastroscopia, pode efetuar-se uma **ecoendoscopia** em simultâneo. É introduzida uma sonda ultrassonográfica pela garganta até ao estômago. Fornece imagens das diferentes camadas da parede do estômago, bem como dos gânglios linfáticos* adjacentes e de outras estruturas. Esta técnica é utilizada para ver até onde um cancro se disseminou na parede do estômago, pelos tecidos ou gânglios linfáticos* adjacentes. Pode também orientar o médico na remoção de uma pequena amostra (biópsia*) de uma lesão suspeita durante a gastroscopia.



3. **Exame radiológico.** Uma TAC mostra até onde é que o cancro se disseminou, tanto a nível local, como noutras partes do corpo. Também pode ser utilizado para orientar uma biópsia*. Poderão ser realizados exames adicionais, tais como uma radiografia torácica e uma TEP para excluir uma disseminação distante da doença designada por metástase*.

4. **Exame histopatológico*.** A amostra da biópsia* (a amostra de tecido que foi colhida durante a gastroscopia) será analisada no laboratório por um patologista*. Isto é designado por exame histopatológico*. Utilizando o microscópio e vários outros testes, o patologista* irá confirmar o diagnóstico de cancro e dará mais informações sobre as características do mesmo.



O exame histopatológico* também pode ser efetuado em amostras obtidas durante uma laparoscopia*, ou no líquido utilizado para a lavagem peritoneal*, ou no tumor removido durante a cirurgia.

Uma laparoscopia* é geralmente efetuada quando o cancro do estômago já foi detetado e está prevista uma operação. Ajuda a confirmar que o cancro ainda está apenas circunscrito ao estômago e, por conseguinte, pode ser totalmente removido por cirurgia. Durante esta intervenção é inserida uma câmara de imagem através de uma pequena abertura cirúrgica no abdómen do doente, através da qual os médicos podem observar de perto as superfícies dos órgãos e gânglios linfáticos* adjacentes, bem como colher pequenas amostras de tecido para procurar possíveis metástases*. Por vezes, os cirurgiões também vertem líquido na cavidade abdominal, removendo-o por sucção e enviando-o para o laboratório para procurar possíveis células cancerosas. Isto é designado por lavagem peritoneal*.

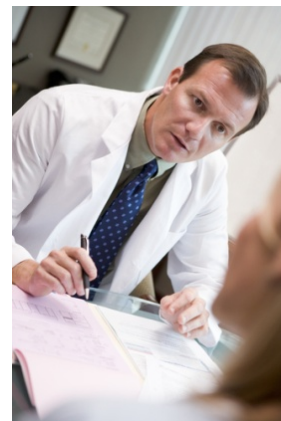
Quando é feita uma cirurgia para remover um tumor, este e os gânglios linfáticos* também serão analisados no laboratório. Isto é muito importante para confirmar os resultados da biópsia* e facultar mais informações sobre o cancro.

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

- história clínica
- resultados do exame físico
- estado geral
- resultados das análises sanguíneas efetuadas, incluindo um hemograma para verificar se há anemia*, bem como testes da função hepática e renal
- resultados de uma TAC ao tórax, abdómen e pélvis



Informações relevantes 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 seguintes.

O estadio é fundamental para tomar a decisão certa quanto 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. Isto porque, se a cirurgia for realizada, o estadiamento pode ser influenciado pelos resultados da análise em laboratório do tumor e dos gânglios linfáticos removidos*.

A tabela abaixo apresenta os diferentes estadios do cancro do estômago. Consulte a imagem na página 3 para ver as diferentes camadas da parede do estômago.

As definições são, por vezes, técnicas, por isso recomenda-se que peça ao seu médico explicações mais detalhadas.

Estadio	Definição
Estadio 0	<i>As células anormais são apenas encontradas na camada interna da mucosa* do estômago, designada por epitélio. Este estadio é também designado por carcinoma in situ.</i>
Estadio I	<i>O tumor invade toda a mucosa, afetando ou não os gânglios linfáticos*, ou invade a camada muscular, ou a subserosa*, sem afetar nenhum dos gânglios linfáticos*. O estadio I divide-se nos estadios IA e IB.</i>

Estadio IA	<i>As células anormais são encontradas na camada mais profunda da mucosa* (designada por lamina propria) ou na submucosa*, mas não afeta nenhum dos gânglios linfáticos.</i>
Estadio IB	<ul style="list-style-type: none"> – <i>As células anormais são encontradas na camada mais profunda da mucosa* (designada por lamina propria) ou na submucosa* e em 1 a 6 gânglios linfáticos* OU</i> – <i>As células anormais são encontradas na camada muscular da subserosa* do estômago, mas não afeta nenhum dos gânglios linfáticos.</i>
Estadio II	<p><i>O estadio II agrupa várias combinações de profundidade da invasão do tumor e número de gânglios linfáticos* envolvidos.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – <i>As células anormais são encontradas na camada mais profunda da mucosa* (designada por lamina propria) ou na submucosa* e em 7 a 15 gânglios linfáticos* OU</i> – <i>as células anormais são encontradas na camada muscular, ou na subserosa* do estômago e em 1 a 6 gânglios linfáticos* OU</i> – <i>as células anormais são encontradas na serosa*, mas não afeta nenhum dos gânglios linfáticos*.</i>
Estadio III	<i>O tumor disseminou-se para a camada muscular, a subserosa* ou a serosa* e para até 15 gânglios linfáticos*, ou invadiu as estruturas que rodeiam o estômago, sem afetar quaisquer gânglios linfáticos*. O tumor não se disseminou para órgãos distantes, tais como o fígado, os pulmões ou os gânglios linfáticos* noutras partes do corpo. O estadio III divide-se nos estadios IIIA e IIIB.</i>
Estadio IIIA	<ul style="list-style-type: none"> – <i>As células anormais são encontradas na camada muscular, ou na subserosa* do estômago e em 7 a 15 gânglios linfáticos* OU</i> – <i>As células anormais são encontradas na serosa* e em 1 a 6 gânglios linfáticos* OU</i> – <i>O tumor invadiu as estruturas que rodeiam o estômago, sem afetar quaisquer gânglios linfáticos*.</i>
Estadio IIIB	<i>As células anormais são encontradas na serosa* e em 7 a 15 gânglios linfáticos*.</i>
Estadio IV	<p><i>Mais de 15 gânglios linfáticos* estão envolvidos, ou o tumor disseminou-se para as estruturas que rodeiam o estômago, ou para outras partes do corpo:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>O tumor invadiu as estruturas que rodeiam o estômago e há gânglios linfáticos* envolvidos OU</i> - <i>O tumor não invadiu as estruturas que rodeiam o estômago, mas afetou mais de 15 gânglios linfáticos* OU</i> - <i>Espera-se encontrar metástases distantes*, o que significa que o cancro se disseminou para outras partes do corpo.</i>

- **Resultados da biópsia***

A biópsia* será analisada no laboratório. Este exame é designado por histopatologia*. O segundo exame histopatológico* envolve a análise do tumor e dos gânglios linfáticos*, após a remoção cirúrgica. Isto é muito importante para confirmar os resultados da biópsia* e facultar mais informações sobre o cancro. Os resultados da análise da biópsia* devem incluir:

- **Tipo histológico***

O tipo histológico descreve as características das células que compõem o tumor. A maioria dos câncros do estômago são do tipo histológico adenocarcinoma, o que significa que as células tumorais se assemelham, em certa medida, às células da camada interna do estômago (a mucosa). Os adenocarcinomas podem então ser divididos nos chamados tipos *difusos* ou *indiferenciados*, e *intestinais* ou *bem diferenciados*. A diferenciação é o processo biológico em que uma célula menos especializada se transforma num tipo de célula mais especializada. As células tumorais diferenciadas assemelham-se mais às células normais do estômago e crescem mais lentamente do que as células indiferenciadas ou pouco diferenciadas que parecem totalmente diferentes e crescem rapidamente. O tipo difuso ou indiferenciado de cancro do estômago pode ser difícil de tratar.

- **Presença de úlcera***

Úlcera* é uma lesão aberta no revestimento interno do estômago, provocada pela inflamação e morte das células nesta camada. O cancro com úlcera* pode ser mais difícil de tratar do que o cancro sem úlcera*.

Para além de investigar a biópsia* ao microscópio, o patologista* efetuará certos testes que dão informações sobre os genes das células tumorais. Esses testes incluem o FISH* ou a imunohistoquímica*.

- **Estado do HER2**

Algumas células têm uma superexpressão de um gene designado por HER2, o que significa que existem muitas cópias deste num dos cromossomas da célula*. O gene HER2 é responsável pela produção de uma proteína* que influencia o seu crescimento e a sua migração. Por conseguinte, é um elemento importante ao definir as opções de tratamento em doentes com cancro gástrico avançado e não passível de ressecção (inoperável). Quando existem demasiadas cópias do HER2, falamos de um cancro do estômago HER2 positivo, ou com superexpressão de HER2. Caso contrário, o estado do HER2 é negativo.

QUAIS SÃO AS OPÇÕES DE TRATAMENTO?

O planeamento do tratamento envolve uma equipa interdisciplinar 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. Um parecer multidisciplinar incluirá, de preferência, 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), um oncologista de radiação* (que trata o cancro por meio da radiação), um gastroenterologista (especializado em doenças do estômago e intestinos), um radiologista* e um patologista*.



Irão, como primeiro passo, considerar o tumor operável (ou passível de ressecção), o que significa que é possível remover todo o tumor numa operação, ou inoperável (ou não passível de ressecção), o que significa que tal não é possível. Se o tumor for considerado operável, este pode ter também envolvido as estruturas que rodeiam o estômago, mas estas podem ser removidas sem complicações. Pode não ser possível efetuar a ressecção de um tumor, porque este se disseminou demasiado para os órgãos ou gânglios linfáticos* adjacentes, porque está demasiado perto de vasos sanguíneos principais, ou porque se disseminou para partes distantes do corpo. Não há uma linha divisória distinta entre o que é passível de ressecção e o que não é, em termos do estadió TNM do cancro, mas os cancros de estadió inicial têm maior probabilidade de serem passíveis de ressecção. A cirurgia é o único tratamento realizado com o intuito de curar o cancro. Se isto não for possível, os outros tratamentos são efetuados com o fim de aliviar sintomas e prolongar a expectativa de vida do doente.

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

Plano de tratamento para doença localizada (Estadió 0 a III e ressecável)

Tratamento Endoscópico

A Ressecção Endoscópica da Mucosa ou EMR pode ser realizada para cancros limitados à camada interna do estômago ou mucosa*, geralmente para cancros pequenos (<2cm) sem úlcera*. O médico irá introduzir um pequeno tubo pela garganta até ao estômago (como é efetuado durante uma gastroscopia) e remover o tumor. Recentemente, foi possível remover tumores maiores por Dissecção Endoscópica da Submucosa (ESD). A Dissecção Endoscópica da Submucosa também utiliza um pequeno tubo que é introduzido na garganta e estômago, mas a técnica é diferente e permite a remoção de tumores maiores. Normalmente, esta técnica apenas deve ser proposta a doentes num ensaio clínico*.

Cirurgia

Durante uma operação, os cirurgiões removerão o tumor, juntamente o estômago, no seu todo ou em parte. A quantidade de tecido a remover depende do estadiamento. É importante remover o tumor com uma margem de segurança de estômago saudável e os gânglios linfáticos* junto ao estômago.



Remoção do Estômago

- Uma parte do estômago, ou a sua totalidade, é cirurgicamente removida, em casos de cancro do estômago de estadiamento Ib a III. O termo médico para esta remoção é **gastrectomia**. Se o tumor estiver suficientemente afastado da abertura superior do estômago, poderá salvar-se a parte superior do mesmo. Isto é designado por **gastrectomia subtotal**. Se o tumor estiver situado na parte superior do estômago, o cirurgião pode salvar a parte inferior e remover a parte superior do estômago, juntamente com a parte inferior do esófago. O último terço do estômago será unido à extremidade restante do esófago, para criar um novo estômago mais pequeno.
- Se o tumor se disseminou por todo o estômago, e também se estiver situado na parte superior do mesmo, é realizada uma **gastrectomia total**, ou remoção completa do estômago. Neste caso, o esófago é posteriormente unido de novo ao intestino delgado, criando uma nova bolsa pequena que substitui o estômago, onde pode ser armazenada a comida antes de descer pelo trato intestinal.

Remoção dos Gânglios Linfáticos*

Em caso de gastrectomia parcial ou total, são também removidos pelo menos 15 gânglios linfáticos* à volta do estômago. Estes órgãos muito pequenos, que filtram a linfa proveniente do estômago, são posteriormente analisados pelo patologista* para melhor apurar o estadiamento. Ele irá verificar se consegue encontrar células tumorais nos gânglios linfáticos*, o que indicaria a disseminação do tumor a partir do estômago. Quando são removidos mais gânglios linfáticos*, os estudos demonstraram uma melhor taxa de sobrevivência, mas também comporta mais efeitos secundários, por isso este procedimento só é aconselhado em doentes que reúnam as condições necessárias.

Remoção de outros Órgãos

- Se outros órgãos adjacentes, como o pâncreas, forem invadidos por células tumorais e se o doente reunir as condições necessárias, esses órgãos podem também ser removidos. O baço, situado do lado esquerdo do estômago, deve ser removido em caso de um tumor deste lado do estômago. Isto porque alguns gânglios linfáticos* se encontram muito perto do baço e, desta forma, os médicos podem garantir que todos os gânglios linfáticos* entre o estômago e o baço são removidos.

- A cirurgia para o cancro do estômago é geralmente efetuada por abertura do abdómen. A laparoscopia* pode ser utilizada para estas intervenções, mas as vantagens ainda não estão comprovadas. Durante este tipo de cirurgia, o cirurgião trabalha com uma pequena câmara e alguns instrumentos que são introduzidos através de pequenas incisões no abdómen. Evitando-se fazer uma grande incisão, o tempo de recuperação do doente pode ser menor. Estudos têm tentado estabelecer que a cirurgia laparoscópica é tão eficaz como a cirurgia aberta, sobretudo em determinar se foram removidos gânglios linfáticos* suficientes.

Complicações da Cirurgia

As possíveis complicações da cirurgia incluem hemorragia, coágulos e danos nos órgãos adjacentes. Mais tarde, o doente poderá sofrer de azia, dor abdominal e algumas carências de vitaminas que são normalmente absorvidas no estômago. Por este motivo receitam-se suplementos vitamínicos aos doentes. Após a gastrectomia, o doente terá, pelo menos durante algum tempo, que ingerir quantidades menores de comida e com mais frequência. Um nutricionista pode ajudar o doente a adaptar-se aos novos hábitos alimentares. É comum ter diarreia durante alguns meses após a cirurgia ao estômago.

A remoção do baço poderá provocar uma redução na imunidade e, por conseguinte, o doente receberá várias vacinas, antes e depois da remoção do baço e tomará antibióticos diariamente. É também importante estar ciente do facto de que há maior risco de infeção, recomendando-se uma consulta médica e, muitas vezes, a prescrição de antibióticos.

De um modo geral, a experiência do cirurgião nestas intervenções específicas desempenha um papel fundamental no sucesso do tratamento. É importante questionar previamente o cirurgião acerca da sua experiência.

Terapêutica adjuvante

Terapêutica adjuvante é uma terapêutica adicional à cirurgia. Isto pode assumir a forma de quimioterapia, quer por si só, quer em combinação com radioterapia. As terapêuticas adjuvantes podem ser iniciadas antes (neoadjuvantes) ou após a cirurgia. O objetivo das terapêuticas adjuvantes, quando dadas antes da cirurgia, consiste em reduzir o tamanho do tumor e facilitar a sua remoção por cirurgia, bem como eliminar as células cancerosas restantes deixadas após a cirurgia, quer no estômago, quer nos gânglios linfáticos*.

A opção que é atualmente mais utilizada na Europa é a quimioterapia pré- e pós-operatória.

Quimioterapia pré- e pós-operatória (peri-operatória)

O objetivo da quimioterapia consiste no uso de medicação para matar as células tumorais ou limitar o seu crescimento.

Não há nenhum fármaco, ou combinação de fármacos, cujo uso esteja comprovado como o melhor para todos os doentes. A escolha deve ser discutida durante a consulta multidisciplinar, tendo em consideração a informação relevante descrita acima.

É frequentemente utilizada uma combinação de três fármacos (epirrubicina*, ou "E", cisplatina* ou "C" e 5-fluorouracilo* ou "F"), abreviada como "ECF". Estes fármacos são administrados antes e após a cirurgia. Outra combinação comum inclui E, C e capecitabina* ("X"), sendo abreviada como "ECX". Os resultados obtidos são comparáveis à combinação ECF.

Outras terapêuticas adjuvantes

As opções seguintes também mostraram bons resultados, mas são necessárias mais provas para as comparar à quimioterapia peri-operatória. Por conseguinte, estão atualmente a ser mais investigadas.

- **Quimio-radioterapia:** A quimio-radioterapia é a combinação de quimioterapia e radioterapia. A radioterapia é um tratamento para o cancro que mata as células cancerosas, utilizando radiação dirigida especificamente à área do cancro.
 1. **Quimio-radioterapia adjuvante:** A quimio-radioterapia pode ser administrada após a cirurgia para reduzir a probabilidade de o cancro recidivar. Serão administradas duas quimioterapias, 5-fluorouracilo* e leucovorina* antes, durante e após uma série de 5 semanas de radioterapia. Atualmente, esta intervenção parece ser mais útil se foram removidos muito poucos gânglios linfáticos durante a cirurgia, embora seja provável que as técnicas cada vez mais aperfeiçoadas desta quimio-radioterapia melhorem os resultados noutras situações.
 2. **Quimio-radioterapia neoadjuvante:** A quimio-radioterapia que é administrada apenas antes da cirurgia permanece numa fase experimental e, por conseguinte, apenas deve ocorrer no contexto de um ensaio clínico*.
- **Quimioterapia adjuvante:** Trata-se da quimioterapia que é administrada apenas após a cirurgia. Estudos na Ásia sugerem que os doentes que recebem quimioterapia após a cirurgia vivem mais, mas é necessária mais pesquisa para confirmar este resultado em doentes europeus.

Plano de tratamento para doença inoperável localmente avançada (estadio III e IV que não seja passível de ressecção)

A ressecção de um tumor pode não ser possível, por este ter invadido estruturas em torno do estômago (tal como vasos sanguíneos principais), por se ter disseminado para outras partes do corpo, ou porque o doente não reúne as condições necessárias para uma cirurgia de tais proporções.

No caso de doentes com doença inoperável localmente avançada, recomenda-se a quimioterapia* para aliviar os sintomas. Posteriormente, se reagirem bem à quimioterapia, os doentes podem ser reavaliados para ver se reúnem as condições necessárias para uma cirurgia. A quimioterapia* visa as células cancerosas por todo o corpo, sendo dada para matar as células tumorais ou limitar o seu crescimento. Os tipos de quimioterapia* para doença inoperável são discutidos na secção seguinte (plano de tratamento para o estadio IV).

Alguns doentes podem ser reavaliados para ver se reúnem as condições necessárias para uma cirurgia, podendo também receber quimio-radioterapia neoadjuvante (quimio-radioterapia antes de serem submetidos à cirurgia), muito embora esta estratégia esteja ainda em investigação.

Plano de tratamento para a doença avançada e metastática* (estadio IV)

Nestes casos, o tumor invadiu as estruturas que rodeiam o estômago, ou afetou mais de 15 gânglios linfáticos, ou o cancro disseminou-se para outras partes do corpo.*

Para o tratamento de doentes com cancro do estômago avançado ou metastático*:

- O principal objetivo do tratamento é manter ou melhorar a qualidade de vida. Os doentes devem receber os devidos cuidados personalizados de apoio.
- Os objetivos realistas de tratamento devem ser discutidos com o doente e a sua família, encorajando sempre o doente a participar ativamente em todas as decisões. As preferências do doente devem ser sempre consideradas.
- Alguns doentes são aconselhados a não fazer quimioterapia*, ou optam simplesmente por não o fazer, recebendo apenas cuidados de apoio (para controlo dos sintomas).

O tratamento de doentes com cancro do estômago de estadio IV pode basear-se em:

- Terapêuticas sistémicas que visam as células cancerosas por todo o corpo, como a quimioterapia* e terapêuticas dirigidas.
- Terapêuticas que visam as células cancerosas a nível local, como a cirurgia e a radioterapia.

Terapêutica sistémica

Neste estadio, a utilização de quimioterapia* e terapêuticas dirigidas pode melhorar a sobrevivência. Estas terapêuticas são dadas para matar as células tumorais ou limitar o seu crescimento, reduzindo os sintomas e prolongando a sobrevivência.

Quimioterapia

A categorização e designação dos fármacos utilizados para a quimioterapia* assenta na sua estrutura química e mecanismo de ação. As principais categorias de fármacos utilizadas no tratamento do cancro do estômago são: agentes de platina, antraciclina*, pirimidinas e taxanos. Estes fármacos são geralmente dados de forma combinada para aumentar a eficácia esperada.

Existem várias combinações de tipos de fármacos que podem ser utilizados, cada um com as suas vantagens e efeitos secundários. A escolha será feita consoante o estado específico de um doente e os efeitos secundários possíveis de cada regime. Entre as combinações possíveis incluem-se as seguintes:

- É vulgarmente utilizada a combinação de um fármaco com platina, tal como a cisplatina*, com uma fluoropirimidina*, como o 5-fluorouracilo*.



- Pode adicionar-se uma antraciclina*, tal como a epirrubicina*, a um agente de platina e uma fluoropirimidina* para aumentar a atividade antitumoral. Um exemplo disto é o regime ECF referido previamente (epirrubicina* ou "E", cisplatina* ou "C" e 5-fluorouracilo* ou "F"). Porém, estudos recentes sugerem que nos regimes ECF, o 5-fluorouracilo* ("F") pode ser substituído pela capecitabina* ("X") e a cisplatina* ("C") pela oxaliplatina* ("O"). Desta forma são possíveis novas combinações, conhecidas por ECX e EOX. Uma das vantagens de substituir F por X é que deixa de ser necessário um cateter ou sistema implantável de acesso, ou seja, um dispositivo de acesso temporário para a administração da quimioterapia*. O cateter é um tubo que é colocado numa veia central de grande calibre e que está ligado a um pequeno reservatório colocado sob a pele do tórax, através do qual o fármaco é administrado. Aí permanece durante o tempo que durar a quimioterapia*, podendo ir até seis meses. O objetivo deste dispositivo é evitar injeções repetidas em cada administração, o que é desconfortável para os doentes, podendo provocar danos tecidulares locais.
- Pode, em alternativa, ser adicionado docetaxel* à combinação de cisplatina* e 5-fluorouracilo* ou capecitabina*, para aumentar o efeito antitumoral. Embora esta combinação prolongue o controlo da doença e a sobrevivência, poderá causar mais efeitos indesejáveis, tal como a carência de um tipo de leucócito que protege o corpo contra as infeções e as combate, sendo esta situação designada por *neutropenia*.
- O irinotecano*, o 5-fluorouracilo* e a leucovorina*, quando combinados, atuam de forma semelhante à cisplatina* e ao 5-fluorouracilo*, podendo, por conseguinte, ser administrados em doentes, mas esta opção não é vulgarmente utilizada como primeiro tratamento com quimioterapia*.

Os agentes de platina, as (fluoro)pirimidinas*, os taxanos e a antraciclina* constituem famílias diferentes de quimioterapias* que têm efeitos secundários diferentes, embora todas elas possam afetar o sistema imunitário do corpo, aumentando o risco de uma infeção grave.

Se, apesar da primeira quimioterapia*, o cancro progredir pode ser administrado um novo fármaco ou combinação de fármacos em doentes que reúnem as condições necessárias para tolerar mais quimioterapia*. Esta estratégia é designada por quimioterapia de segunda linha*. Pode também ser administrada a doentes que responderam inicialmente à primeira quimioterapia*, quando o cancro começou a progredir. O irinotecano é um fármaco que mostrou prolongar a sobrevivência, após a quimioterapia* tradicional ter falhado.

Outra opção é participar num ensaio clínico* que esteja a investigar novos tratamentos.

Em alternativa, em doentes que recidivaram após a terapêutica, mas tal ocorreu mais de 3 meses após a primeira quimioterapia*, deve ponderar-se tentar novamente o mesmo regime de quimioterapia*, uma vez que teve efeito sobre o tumor e este pode estar novamente ativo.

Terapêuticas dirigidas

As terapêuticas dirigidas são fármacos que atuam sobre alvos específicos nas células tumorais para inibir o crescimento de células cancerosas. Podem ser adicionadas ao regime de quimioterapia* para aumentar a sua eficácia. A única terapêutica dirigida disponível para o cancro do estômago é o trastuzumab*. É um fármaco que visa uma proteína* designada por HER2 que está excessivamente presente na superfície das células cancerosas em determinados tipos de cancros do estômago. É geralmente administrado juntamente com a cisplatina e a fluoropirimidina* em doentes com cancro do estômago HER2 positivo. Por conseguinte, no caso de doentes com indícios de superexpressão de HER2 medida pelo teste FISH* e/ou por imuno-histoquímica*, deve ponderar-se o tratamento com esta combinação. Outros agentes dirigidos incluem o cetuximab*, panitumumab* e bevacizumab*, mas atualmente a sua utilização em cancros do estômago está ainda em fase experimental, não devendo ser administrados fora dos ensaios clínicos*.

Cirurgia e radioterapia

A cirurgia e radioterapia podem reduzir determinados sintomas em doentes com cancro do estômago de estadios IV.

Radioterapia

A radioterapia poderá trazer alívio aos doentes com doença localmente avançada ou recorrente, cujo cancro lhes provoca hemorragias no trato digestivo, ou que têm dificuldade em comer, devido a uma obstrução provocada pelo tumor. A radioterapia pode também aliviar uma possível dor no estômago ou nos ossos, se o cancro se tiver disseminado para os mesmos. A radioterapia visa matar as células cancerosas, utilizando radiação dirigida à área do cancro.

Cirurgia

A ressecção do tumor por cirurgia pode, por vezes, aliviar o doente de possíveis complicações inerentes ao desenvolvimento do cancro do estômago, incluindo: obstrução no estômago devido ao tumor; hemorragia gástrica; e perfuração da parede do estômago. Porém, a viabilidade e mais valia de tal intervenção cirúrgica deve ser discutida por uma equipa multidisciplinar, de acordo com o estado geral de cada doente.

Efeitos secundários da quimioterapia e das terapêuticas dirigidas

Todos os fármacos que são administrados para combater o cancro têm efeitos indesejáveis. De um modo geral, os efeitos secundários mais frequentes da quimioterapia e das terapêuticas dirigidas são reversíveis após o tratamento. Existem algumas estratégias para prevenir ou aliviar alguns destes efeitos secundários. Isto deve ser discutido previamente com os médicos.

Os principais efeitos secundários da quimioterapia* são:

- cansaço (todos os fármacos)
- queda de cabelo (epirrubicina* e docetaxel*)
- náuseas e vômitos (todos os fármacos, sobretudo a cisplatina*)

**Cancro do estômago: um guia para o doente -
Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO - v.2012.1**

Página 20

Este documento é facultado pelo Anticancer Fund, com a permissão da ESMO.

A informação contida neste documento não substitui uma consulta médica. Destina-se apenas a utilização pessoal e não pode ser alterada, reproduzida, nem divulgada de nenhuma forma, sem o consentimento por escrito da ESMO e do Anticancer Fund.

- diarreia (sobretudo o 5-FU, a capecitabina* e a oxaliplatina*)
- boca dorida ou úlceras na boca (todos os fármacos)
- baixa contagem de células sanguíneas (todos os fármacos). Uma diminuição nos leucócitos* aumentará o risco de contrair infecções e tornará mais difícil combatê-las. Uma diminuição nos eritrócitos* conduz a anemia*, o que pode causar cansaço e falta de ar. Uma diminuição nas plaquetas sanguíneas pode tornar as pessoas mais sensíveis a nódos negros e hemorragias (ex.: sangramentos do nariz ou das gengivas).
- A maioria das quimioterapias é perigosa para o feto. Por conseguinte, é importante utilizar contraceção de barreira e não engravidar durante o tratamento.
- Infertilidade e menopausa precoce.
- Todos os fármacos da quimioterapia* tornam o sangue mais viscoso, aumentando o risco de coágulos nas pernas e nos pulmões.

Para além disto, cada fármaco pode também provocar diferentes efeitos indesejáveis. Os mais comuns são enunciados abaixo, embora nem toda a gente tenha os mesmos efeitos secundários, ou os tenha na mesma medida.

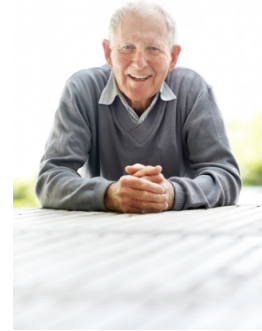
- O 5-fluorouracilo* e a capecitabina* podem provocar dores nas palmas das mãos e solas dos pés. Esta condição é designada por síndrome palmo-plantar, podendo provocar formigueiro, entorpecimento, dor e secura. Pode também provocar (raramente) um espasmo nas artérias que fornecem sangue ao coração, causando dor torácica, como no caso da angina de peito*. A cisplatina* pode conduzir à perda da audição e danos renais. A função renal é analisada no sangue, antes de iniciar o tratamento. Para prevenir danos é fundamental beber muita água durante o tratamento.
- A epirubicina* provoca raramente danos no músculo cardíaco, embora geralmente apenas quando utilizada durante muitos meses, ou em pessoas que já tinham problemas cardíacos antes do tratamento. Se tem problemas cardíacos, o seu médico marcará um exame antes do tratamento, para ver se o seu coração é forte o suficiente para este. Pode tornar a pele mais sensível à luz solar, provocando vermelhidão nas áreas onde o doente fez radioterapia no passado. A urina pode tornar-se vermelha ou rosa durante alguns dias após o tratamento. Isto não é sangue e apenas se deve à cor do medicamento.
- A oxaliplatina* pode provocar danos temporários ou permanentes nos nervos que afetam os dedos das mãos e pés, provocando entorpecimento ou picadas.
- O irinotecano* pode provocar um aumento da sudação e produção de saliva, olhos lacrimejantes, cólicas abdominais e, por vezes, diarreia grave.
- O docetaxel* provoca, por vezes, retenção de líquidos, descoloração temporária das unhas e erupção pruriginosa. Algumas pessoas desenvolvem também a síndrome palmo-plantar referida na capecitabina*, ou apenas entorpecimento e formigueiro nas mãos e pés. Cerca de um em cada quatro doentes será acometido de uma reação alérgica na primeira ou segunda perfusão com docetaxel*.
- O trastuzumab* (Herceptin) provoca muitas vezes reações alérgicas que vão desde arrepios, febre e possível erupção pruriginosa, enjoos, falta de ar, pieira e cefaleias, até rubor e desmaio. Alguns doentes podem ter problemas cardíacos; esses problemas tendem a melhorar após o final do tratamento.

Porém, a maioria dos efeitos secundários pode ser tratada, de forma a minimizar a sua ocorrência nos doentes. Por conseguinte, é importante informar o médico ou enfermeira sobre tudo o que sentirem.

O QUE ACONTECE APÓS O TRATAMENTO?

Após o fim do tratamento, não é raro ter sintomas associados ao mesmo.

- Não é raro ter ansiedade, problemas de sono ou depressão na fase pós-tratamento. Os doentes que tenham estes sintomas podem beneficiar de apoio psicológico.
- A falta de memória e a dificuldade de concentração são efeitos secundários comuns da quimioterapia*, sendo geralmente reversíveis após alguns meses.
- O cansaço pode prolongar-se por vários meses após o tratamento. A maioria dos doentes vê os seus níveis de energia normalizarem no prazo de seis meses a um ano.



Após a gastrectomia, o doente deve desenvolver novos hábitos alimentares. Um nutricionista* pode ajudar os doentes a adaptarem-se aos mesmos. Devido à remoção da parte superior do estômago, o corpo absorverá menos vitamina B12 a partir dos alimentos. Aconselha-se a realização de análises sanguíneas regulares, sendo muitas vezes necessária a substituição com injeções de vitamina B12. É comum ter diarreia durante alguns meses após a cirurgia ao estômago. Alguns doentes sentem também azia e dor abdominal.

A remoção do baço pode provocar uma redução na imunidade. Por conseguinte, o doente receberá várias vacinas, antes e depois da remoção do baço, bem como antibióticos para tomar diariamente. É também importante estar ciente de que qualquer infeção comporta um risco muito maior e deve ser motivo para ir ao médico e, por vezes, iniciar a toma de antibióticos.

Acompanhamento com médicos

Após concluído o tratamento, os médicos irão propor-lhe um acompanhamento com o intuito de:

- avaliar os efeitos adversos do tratamento e tratá-los
- dar apoio psicológico e informações para melhorar o retorno à vida normal
- detetar uma possível recidiva* o mais rápido possível

As consultas de acompanhamento serão marcadas regularmente. Porém, é ainda mais importante que o doente contacte o seu médico, em caso de quaisquer sintomas suscetíveis de indicar uma recidiva*, tais como perda de peso, cansaço ou fadiga e falta de ar.

Durante uma consulta de acompanhamento, o oncologista irá:

- recolher a sua história
- levar a cabo um exame físico
- efetuar alguns testes sanguíneos
- se necessário, decidir fazer uma investigação radiológica ou uma nova endoscopia (um exame ao estômago em que o médico introduz um tubo fino, flexível e iluminado, designado por endoscópio, pela garganta do doente até ao estômago) para investigar os novos sintomas.

Se o doente foi submetido a cirurgia pode também ser marcada uma consulta de acompanhamento, para garantir que a ferida deixada pela operação e a nova junção nos intestinos estão a sarar bem.

Retorno à vida normal

Pode ser difícil viver com a ideia de que o cancro pode voltar, mas do que é conhecido até à data, não há nenhuma forma específica de diminuir o risco de recidiva* que possa ser recomendada, muito embora a ingestão suficiente de frutas e vegetais ricos em vitaminas possa ter um efeito benéfico.

Por causa do próprio cancro e do tratamento, retomar a vida normal pode não ser fácil para algumas pessoas. Podem surgir dúvidas relativamente à imagem corporal, ao cansaço, ao trabalho, às emoções ou ao estilo de vida. Discutir estas dúvidas com familiares, amigos ou médicos poderá ser útil. Algumas pessoas poderão também querer encontrar apoio de grupos de ex-doentes, ou linhas telefónicas de informação.

E se o cancro do estômago recidivar?

Se o cancro recidivar, é designado por recidiva* e o tratamento depende da extensão da recidiva*. O tumor pode reaparecer no estômago ou noutra parte do corpo (uma metástase*).

Se o cancro voltar ao estômago, ou em torno da área onde ocorreu pela primeira vez, os médicos irão reavaliar se o tumor é, ou não, passível de ressecção. As opções de tratamento dependem da extensão da recidiva* e serão discutidas numa equipa multidisciplinar. Um parecer multidisciplinar incluirá, de preferência, a opinião de um oncologista médico (que trata o cancro por meio de fármacos), de um oncologista cirúrgico (que trata o cancro por meio de cirurgia), de um oncologista de radiação* (que trata o cancro por meio da radiação), de um gastroenterologista (especializado em doenças do estômago e intestinos), de um radiologista* e de um patologista*.

Se o cancro recidivar em órgãos distantes, tais como o fígado ou os pulmões, esses tumores são designados por metástases*. Tal recidiva deve ser tratada conforme descrito no parágrafo "Plano de tratamento para a doença avançada e metastática* (estadio IV)", mas também dependerá das terapias que os doentes já receberam da primeira vez que trataram o cancro.

Em caso de recidiva* é aconselhável questionar o médico sobre a possibilidade de participar num ensaio clínico*. Isto pode dar-lhe acesso a novos tratamentos que ainda não estão disponíveis em mais nenhum local, bem como ajudará a testar novos tratamentos que podem vir a ser úteis a futuros doentes com cancro gástrico.

DEFINIÇÕES DE PALAVRAS DIFÍCEIS

5- fluorouracilo

Um fármaco utilizado para tratar sintomas de cancro do cólon, da mama, do estômago e do pâncreas. É também utilizado como um tipo de 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.

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.

Angina de peito

Dor torácica grave. Esta condição surge quando o músculo cardíaco recebe uma quantidade insuficiente de sangue e, por conseguinte, de oxigénio.

Antraciclina

Fármaco antibiótico utilizado na quimioterapia para tratar um vasto leque de cancros.

Bevacizumab

O bevacizumab é um anticorpo monoclonal que foi concebido para reconhecer e se ligar a uma estrutura específica (designada por antígeno) que se encontra em determinadas células no corpo, ou circula no mesmo. O bevacizumab foi concebido para se ligar ao fator de crescimento endotelial vascular (VEGF), uma proteína que circula no sangue e faz crescer os vasos sanguíneos. Ao ligar-se ao VEGF, o bevacizumab impede o seu efeito. Por conseguinte, as células cancerosas não podem desenvolver o seu próprio fornecimento de sangue e são privadas de oxigénio e nutrientes, o que ajuda a abrandar o crescimento dos tumores.

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 nódulo 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.

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.

Cancro do estômago: um guia para o doente -

Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO - v.2012.1

Página 24

Este documento é facultado pelo Anticancer Fund, com a permissão da ESMO.

A informação contida neste documento não substitui uma consulta médica. Destina-se apenas a utilização pessoal e não pode ser alterada, reproduzida, nem divulgada de nenhuma forma, sem o consentimento por escrito da ESMO e do Anticancer Fund.

Cetuximab

O cetuximab é um anticorpo monoclonal. O cetuximab foi concebido para se ligar ao EGFR que pode ser encontrado à superfície de algumas células tumorais. Por conseguinte, as células tumorais deixam de conseguir receber as mensagens necessárias para o crescimento, progressão e disseminação. Entre 79 e 89% dos cancros colorretais e mais de 90% dos cancros de células escamosas da cabeça e pescoço têm EGFR nas suas superfícies celulares.

Cisplatina

Um fármaco utilizado para tratar muitos tipos de cancro. A cisplatina contém o metal platina. Mata as células cancerosas, danificando o seu ADN e impedindo-as de se dividirem. A cisplatina é um tipo de agente alquilante. Também designada por Platíno.

Cromossoma

Uma estrutura organizada que codifica os genes que constituem o código do corpo para características como a cor do cabelo ou o sexo. As células humanas têm 23 pares de cromossomas (num total de 46 cromossomas).

Docetaxel

O docetaxel pertence ao grupo de fármacos anticancro conhecidos por taxanos. O docetaxel impede as células de destruírem o "esqueleto" interno que lhes permite dividir-se e multiplicar-se. Com o "esqueleto" ainda intacto, as células não podem dividir-se e eventualmente morrem. O docetaxel também afeta as células não cancerosas, tais como as células sanguíneas, o que poderá provocar efeitos secundários.

Doença de Ménétrier

Um distúrbio do estômago que faz crescer pregas tecidulares gigantes na parede do mesmo. Este tecido poderá estar inflamado e conter úlceras. A doença provoca também o enfraquecimento das glândulas do estômago, fazendo o corpo perder fluido que contém proteína, o que causa dor abdominal, vômitos e inchaço generalizado. A doença de Ménétrier é uma doença rara que afeta geralmente adultos com idade superior a 50 anos.

Endoscopia/endoscópico

Um procedimento médico em que um médico introduz um instrumento tipo tubo 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.

Epirrubicina

Um fármaco utilizado em associação com outros para tratar o cancro da mama de estadios iniciais que se disseminou para os gânglios linfáticos. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro. A epirrubicina é um tipo de antibiótico do grupo das antraciclinas. Também designado por Ellence e cloridrato de epirrubicina.

Epitélio

O termo "epitélio" refere-se às células que revestem os órgãos ocos e glândulas e àquelas que formam a superfície externa do corpo. As células epiteliais ajudam a proteger ou delimitar os órgãos. A maioria produz muco ou outras secreções.

Eritrócitos

O tipo mais comum de glóbulo vermelho. É a substância que confere ao sangue a sua cor vermelha. A principal função consiste no transporte de oxigénio.

Fator de risco

Algo que aumenta a probabilidade de desenvolver uma doença. Alguns exemplos de fatores de risco para o cancro são a idade, uma 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.

FISH/Hibridização fluorescente *in situ*

Uma técnica utilizada por patologistas para identificar alterações nos genes e cromossomas. As alterações únicas aos genes e cromossomas podem ser detetadas pelo teste FISH e ajuda um patologista a saber que tipo de cancro tem um doente.

Gânglio linfático

Uma massa 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.

Histopatologia

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

Imuno-histoquímica

Imuno-histoquímica, ou IHC, refere-se ao processo de detetar antígenos (ex.: proteínas) nas células da secção de um tecido, explorando o princípio de que os anticorpos se ligam especificamente a antígenos nos tecidos biológicos. Estes antígenos são visualizados por um marcador, tal como um corante fluorescente, uma enzima ou ouro coloidal. A coloração imuno-histoquímica é amplamente usada no diagnóstico de células anormais, tal como as encontradas em tumores cancerosos.

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.

Lamina propria

Lamina propria é uma camada fina de tecido conjuntivo laxo que se encontra debaixo do epitélio e junto com este constitui a mucosa. O termo mucosa (ou membrana mucosa) refere-se sempre à combinação do epitélio e da lamina propria.

Laparoscopia

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

Lavagem peritoneal

Procedimento efetuado durante a cirurgia em que é introduzida uma solução salina na cavidade peritoneal, sendo depois removida por sucção. O fluido removido é então analisado no laboratório para detetar possíveis células cancerosas.

Leucócitos

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

Leucovorina

É o ingrediente ativo de um fármaco utilizado para atenuar os efeitos tóxicos das substâncias que bloqueiam a ação do ácido fólico, sobretudo o fármaco anticâncer designado por metotrexato. A leucovorina é utilizada para tratar alguns tipos de anemia, bem como associada ao fluorouracilo para tratar o cancro colorretal. Está também a ser estudado no tratamento de outros tipos de cancro e outras condições. A leucovorina é uma forma de ácido fólico. É um tipo de agente quimioprotetor e simultaneamente um tipo de agente quimiossensibilizante. É também designado por ácido folínico.

Membrana

Em biologia, uma membrana pode definir (1) uma camada dentro de uma célula que encerra várias estruturas internas, (2) uma camada em torno de uma célula que separa esta daquilo que a rodeia e (3) uma camada de células que separam um tecido de outro (tal como a membrana basal e a mucosa).

Metástase/metástase(s)/metastático

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.

Muco

Muco é uma substância viscosa segregada pelas membranas mucosas que revestem muitas das superfícies internas do corpo. É composto por proteínas, enzimas antimicrobianas, anticorpos e sal. O muco serve para proteger as células do epitélio nos sistemas respiratório, gastrointestinal, urinário, genital, visual e auditivo.

Mucosa

O revestimento interno húmido de alguns órgãos e cavidades corporais. As glândulas na mucosa produzem muco. Também designada por membrana mucosa.

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.

Nitratos

Os nitratos estão naturalmente presentes no solo, na água e nos alimentos. Trata-se de compostos que contém nitrogénio e podem existir na atmosfera, ou como gás dissolvido na água, podendo ter efeitos nocivos nos seres humanos e nos animais. Assim que são absorvidos pelo corpo, os nitratos transformam-se em nitritos.

Nitritos

Os nitritos são produzidos essencialmente para utilização como conservantes alimentares e, tanto os nitratos, como os nitritos são amplamente utilizados para melhorar a cor e prolongar a duração de conservação das carnes processadas.

Nutricionista

O nutricionista é um profissional de saúde que dá aconselhamento sobre a forma como a alimentação e nutrição influenciam a saúde. Algumas pessoas utilizam os termos "dietista" e "nutricionista" como termos basicamente substituíveis. Porém, há diferenças importantes entre os países, no que respeita à formação necessária para ser reconhecido como nutricionista ou dietista. Em alguns países, qualquer pessoa pode designar-se por perito em nutrição, mesmo que sejam totalmente autodidatas.

Oxaliplatina

Um fármaco 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.

Panitumumab

O panitumumab é um anticorpo monoclonal. O panitumumab foi concebido para se ligar ao Recetor do Fator de Crescimento Epidérmico (EGFR) que pode ser encontrado à superfície de determinadas células, incluindo as células de alguns tumores. Por conseguinte, essas células tumorais deixam de conseguir receber as mensagens transmitidas pelo EGFR e que são necessárias para o crescimento, progressão e disseminação. O panitumumab não parece funcionar em células tumorais que contêm uma forma mutante da proteína KRAS. Isto porque o seu crescimento não é controlado pelos sinais transmitidos através do EGFR e continuam a crescer, mesmo quando o EGFR é bloqueado.

Patologista

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

Prognóstico

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

Proteínas

Nutrientes essenciais que são feitos de aminoácidos. São essenciais para o funcionamento de muitos organismos, incluindo o corpo humano. São responsáveis pelo transporte e comunicação entre as células, pelas alterações químicas e ainda pela manutenção da estrutura das células.

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.

Radiologista

Um médico especializado no diagnóstico de doenças e lesões por meio de dispositivos de imagiologia, tais como os utilizados para raios X, TACs ou RMs (imagem por ressonância magnética).

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 noutra local no corpo. É também designado por cancro ou doença recidivos.

Serosa

A membrana serosa (ou serosa) é uma membrana constituída por uma camada fina de células que segregam fluido seroso. As membranas serosas revestem e recobrem o coração, pulmões e órgãos no abdómen, onde segregam um fluido lubrificante que reduz a fricção resultante do movimento muscular.

Submucosa

No trato gastrointestinal, a submucosa é a camada de tecido conjuntivo irregular denso ou tecido conjuntivo solto que suporta a mucosa, bem como une esta à parte principal do músculo liso subjacente (fibras que se movem de forma circular nas camadas de músculo longitudinal).

Subserosa

A subserosa é uma camada de tecido entre a muscularis e a serosa. O termo é utilizado em histopatologia, estando especialmente associado ao estadiamento do cancro (por exemplo, no estadiamento do cancro do estômago).

Trastuzumab

O trastuzumab é um anticorpo monoclonal. Foi concebido para se ligar ao HER2. Ao ligar-se ao HER2, o trastuzumab ativa as células do sistema imunitário que depois matam as células tumorais. O trastuzumab também impede o HER2 de produzir sinais que fazem crescer as células tumorais. Cerca de um quarto de todos os cancros da mama e um quinto de todos os cancros gástricos têm um excesso de HER2.

Úlceras/ulceração

Uma fissura na pele, no revestimento de um órgão ou na superfície de um tecido. A úlcera forma-se quando as células à superfície se inflamam, morrem e são eliminadas. As úlceras podem estar associadas ao cancro e a outras doenças.

Vírus de Epstein-Barr

O vírus de Epstein-Barr, designado muitas vezes por EBV, faz parte da família do vírus herpes. A maioria das pessoas contrai EBV durante a sua vida. Muitas crianças contraem EBV e essas infeções geralmente não despoletam sintomas, ou são indistinguíveis de outras doenças ligeiras e breves da infância. O EBV também estabelece uma infeção latente contínua em algumas células do sistema imunitário do corpo, o que pode aumentar o risco de desenvolver cancro do estômago.

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
e www.anticancerfund.org

