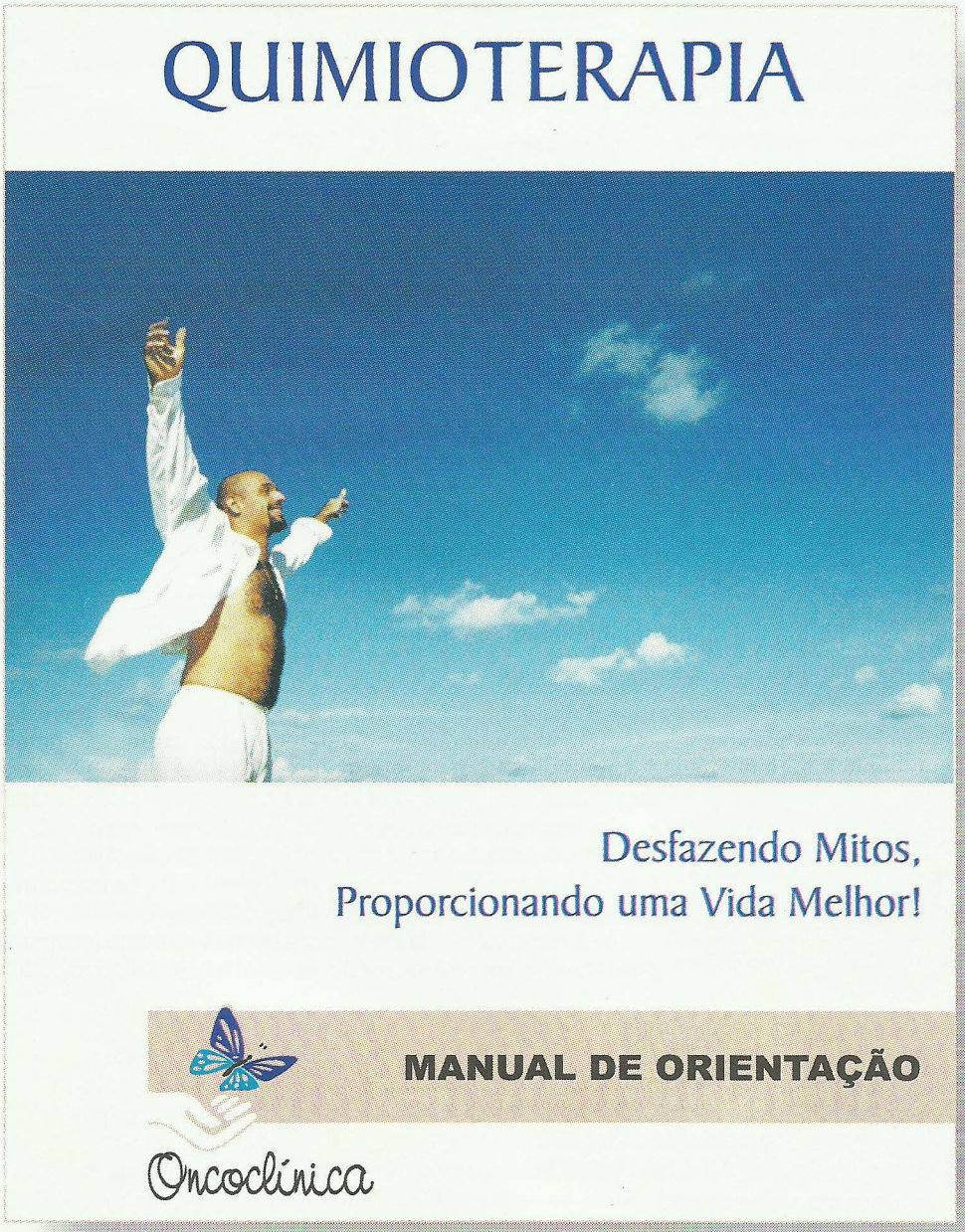
Onco NEWS

INFORMATIVO CIENTÍFICO DA ONCOCLÍNICA

Nº 8
maio e junho de 2000

MANUAL EXERCITA QUALIDADE DE VIDA NO TRATAMENTO ONCOLÓGICO

Quimioterapia: Desfazendo Mitos, Proporcionando uma Vida Melhor! É com este título que o Manual de Orientação, da Oncoclínica, está previsto para ser lançado no próximo dia 28 de junho.



Quem ainda não leu, vai ter a oportunidade de conhecer com quantas páginas e tópicos se exercita a qualidade de vida, na saúde ou em busca dela - principalmente, no caso de pessoas que serão submetidas à quimioterapia e ainda vivem o mito do tratamento e suas falsas idéias. O Manual está chegando para descomplicar e deixar bem claro que a quimioterapia existe para garantir uma melhor qualidade de vida a quem acredita e precisa dela.

Basta conhecer os efeitos colaterais da quimioterapia, cuidados com a alimentação e dicas para conviver melhor no dia-a-dia. Segundo uma das idealizadoras do projeto, a Dr.a Patrícia Amorim – da Oncoclínica – estes tópicos serão levantados durante a leitura para "...esclarecer ao paciente e seus familiares..."

Tumores da Próstata e os Caminhos da Prevenção
Pág. 2 e 3

Câncer Gástrico: Um Inimigo Silencioso
Pág. 4

O TUMOR DE PRÓSTATA E O CAMI

A próstata é uma glândula masculina que pesa em torno de 20 g no adulto - situada abaixo da bexiga, envolvendo a uretra, e seu crescimento depende da presença da testosterona.

O aumento da próstata poderá causar obstrução da uretra, levando ao aparecimento dos sintomas clássicos: jato urinário fino, micção em dois tempos, gotejamento terminal, polaciúria, nictúria, urgência miccional evoluindo para incontinência e até a retenção urinária. Todo esse quadro clínico poderá aparecer tanto na doença benigna da próstata – HIPERPLASIA, como na doença maligna - ADENOCARCINOMA, porém, no caso do câncer o paciente com todo esses sintomas, provavelmente, possui doença extraprostática, a metástase. Vem daí a preocupação em se fazer o diagnóstico precoce do câncer da próstata. Assim, todo o homem após 40 anos (com história familiar de câncer de próstata) ou 50 anos, deverá fazer avaliação anual preventiva.

O câncer de próstata é o mais comum na população masculina, tendo uma incidência maior em negros e menor em orientais. Em torno de 30 a 50% dos pacientes apresentam metástases na época do diagnóstico.

Apesar da alta incidência da doença, o mecanismo de desenvolvimento ainda não foi esclarecido, porém sabe-se que a tumor desenvolve-se somente na presença da testosterona. Eunucos castrados antes da puberdade não desenvolvem hiperplasia e nem câncer da próstata. Alguns outros fatores parecem estar relacionados, como: dieta rica em gorduras, fatores genéticos (associação familiar, predileção racial), exposição a metais pesados.

Na grande maioria o câncer da próstata está localizado na periferia da próstata (importância do toque retal), 5 a 10% localizados na zona central e 20% em zona de transição (principal área das hiperplasias).

O toque retal e o PSA (antígeno prostático específico) continuam sendo no momento a melhor arma para o diagnóstico precoce. Nos casos de dúvidas serão realizadas biópsias da próstata guiada com ultrasson transretal. Podemos avaliar o PSA de uma forma bastante prática: Até 4,0 ng/ml - PSA normal. Acima de 10,0 ng/ml – muito sugestivo de neoplasia entre 4,0 e 10,0 ng/ml - faixa de dúvida (fração livre/total menor que 25% fazemos biópsia da próstata, independente da presença ou não de nódulo ao toque retal).

Porém, PSA elevado poderá aparecer em manipulações da próstata (biópsias, massagens), prostatites e em grandes hiperplasias. Na dúvida, deve-se tratar o paciente com antibioterapia para prostatite durante 20 dias e repetir novo PSA.

Outro dado importante é a velocidade com que o PSA aumenta anualmente (normal até 0,7 ng/ml/ano). Como existe câncer de próstata com PSA normal, na presença de nódulo ao toque retal é mandatória a realização de Ultrassonografia transrretal da próstata e/ou biópsia.

Após confirmação do adenocarcinoma pela biópsia, alguns fatores são importantes:

1 - Grau de diferenciação celular - quanto mais indiferenciado, ou seja Gleason elevado, pior o prognóstico.

2 - Número de biópsia positivas – quanto maior, pior o prognóstico.

3 - Presença de doença extra-prostática - também piora o prognóstico.

Devemos fazer estadiamento clínico do tumor, usando classificação TNM ou Whitmore. Na classificação de Whitmore, estadio A – tumor não palpável ao toque retal; estadio B – tumor restrito a próstata; estadio C – invasão loco-regional (vesícula seminal e cápsula prostática);

Expediente

Esta é uma publicação da **Oncoclínica Ltda.**
Registrada na Fundação Biblioteca Nacional
Ministério da Cultura sob o nº 192.739,
livro 330, folha 395.
R. Engº. Mário de Gusmão, 918 - Ponta Verde
CEP 57035-000 - Maceió - AL

Responsável: Dra. Patrícia Amorim - CRM/AL 2710
Jornalista: Ana Cláudia Dias Santos - 2.067 - DRT/PE
Editoração: Jobson Pedrosa da Silva
Fotos: Arquivo da Oncoclínica
Criação: ARAUJO PROPAGANDA - Tel: 82 223 7980

Informações sobre o Onco News, cartas, sugestões de temas, comentários e críticas: Tel: **82 327 4659** ou www.oncoclinica-al.com.br

Impressão
Gráfica e Editora
Gazeta de Alagoas
82 218 4577
Tiragem:
10.000 exemplares
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

NHO MAIS FÁCIL DA PREVENÇÃO

estadio D – metástases a distância. Para o estadiamento usualmente utilizamos tomografia computadorizada e cintilografia óssea. Nos tumores com PSA abaixo de 10 ng/ml, raramente existe doença extraprostática, porém PSA acima de 20 ng/ml, existe grande probabilidade de metástases.

Para decidir qual o melhor tratamento, devemos levar em conta vários fatores: estadiamento do tumor, idade do paciente e sua condição clínica. Por exemplo: paciente com estadio D, acima de 70 anos ou com doenças incapacitantes graves não tem indicação para cirurgia radical.

Podemos teoricamente dividir o tratamento em curativos e paliativos. Curativos: prostatectomia radical, radioterapia conformal, braquioterapia e criocirurgia. Ditos paliativos: orquiectomia bilateral; hormonioterapia – estrogenos, análogas LHRH, antiandrogênicos; quimioterapia sistêmica.

A maioria dos urologistas concordam que a prostatectomia radical é a melhor opção para o paciente com tumor restrito a próstata, abaixo de 70 anos e sem nenhuma doença de risco elevado, porém o procedimento poderá apresentar algumas complicações como : disfunção erétil, incontinência urinária, hemorragias e tromboses. Mas, com a melhoria da técnica cirúrgica estas complicações tem diminuído consideravelmente. Alguns urologistas fazem hormonioterapia neoadjuvante (3 meses) antes da cirurgia, no intuito de diminuir as margens cirúrgicas positivas.

A radioterapia teria indicação para o paciente com risco cirúrgico mais elevado ou que não queira submeter-se ao tratamento cirúrgico. Como complicação deste procedimento temos as cistites e proctites actínicas (disúria, micções freqüentes, dor retal, diarréia e tenesmo) e também disfunção erétil. Este tratamento estaria indicado para casos de metástases ósseas sintomáticas, no intuito de diminuir a dor óssea. Nesta situação também tem sido utilizado o Estrôncio-89 e o Samário-153 com o mesmo objetivo, além dos inibidores da osteólise.

Para a Braquioterapia e Crioterapia faltam estudos a longo prazo para melhor avaliar os resultados. No momento estes métodos encontram-se em fase experimental, porém com resultados promissores a curto prazo.

Nos casos de paciente com doença metastática devemos utilizar o tratamento que melhor se adapte a cada paciente.

Em situações especiais como obstrução urinária devida a doença localmente avançada, estaria indicada a ressecção transuretral da próstata (tunelização) e nos casos de invasão da base vesical obstruindo ureter o implante de catéteres duplo "J" para alívio da hidronefrose (insuficiência renal pós-renal). Naqueles casos de "escape hormonal", que não respondem ao bloqueio androgênico, devido ao predomínio de células tumorais hormônio resistentes, tem indicação de uso de alguns quimioterápicos como estramustine, cetoconozol, suramin, glicocorticóides e outros. Porém os resultados são desanimadores.

Finalizando, gostaria de enfatizar que existem grupos de urologistas que fazem tratamento expectante para determinados grupos de pacientes com doença assintomática e com baixo grau histológico; pois, acreditam, que seriam tumores indolentes que não levariam o paciente à morte.

Humberto Montoro
Prof. Urologia UFAL

Editorial

Caríssimo leitor: a capa de mais esta edição do seu Jornal Onconews chama a atenção da classe médica alagoana para o lançamento do Manual de Orientação da Oncoclínica: Quimioterapia – Desfazendo Mitos, Proporcionando uma Vida Melhor! Um manual que vai mostrar pra todo mundo, que a convivência com o tratamento quimioterápico é tranqüila e saudável, desde que seja encarada sem mitos e falsas idéias. Procure saber mais sobre o assunto. Dr. Humberto Montoro preparou um artigo sobre o Câncer de Próstata e mais: na Coluna da Prevenção, dicas para evitar o Câncer Gástrico. Fique ligado e até a próxima!

COLUNA DA PREVENÇÃO

CÂNCER GÁSTRICO: UM INIMIGO SILENCIOSO

O câncer do estômago ou gástrico é o segundo tumor maligno mais freqüente em quase todos os países. Apresenta alta incidência, especialmente no Japão, Chile, Costa Rica, Colômbia, Hungria, Polônia, Rússia, Itália e Argentina.

No Brasil, segundo esta-tísticas do Ministério da Saúde / INCA-RJ são esperados 20.350 novos ca-sos para este ano, com uma mortalidade esperada em torno de 12.850 óbitos. A-pesar desta incidência ter apresentado uma queda nos últimos 60 anos, houve um aumento no aparecimento em pessoas jovens.

Quais as Causas?

São múltiplas as causas envolvendo o câncer de estômago e as mesmas têm importâncias diferentes nas diversas regiões do mundo.

* Idade avançada
* Infecção por H. pylori – bactéria encontrada no estômago, associada a 60% dos casos de câncer do estômago.
* Fumo
* Pessoas com Gastrite Atrófica e Anemia Perniciosa
* Fatores ambientais e genéticos
* Fatores dietéticos

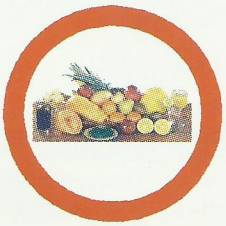
A Importância da Alimentação:

O Que Evitar

* alimentos em conserva, como picles muito salgados
* feijão fermentado
* consumo de saquê
* peixes defumados
* alimentos enlatados
* óleos requentados em vasilhas de ferro
* alimentos ricos em nitrito e nitratos

O Que Comer

* Protegendo: frutas cítricas, vegetais verde e crus, leite e derivados desnatados e semi-desnatados, uma proporção mais equilibrada de alimentos – durante as refeições – evitando condimentos fortes e conservar os alimentos na geladeira.



Sinais de Alerta

* Azia
* Desconforto abdominal
* Perda de peso (que pode ter várias causas)
* Fadiga e anemia.

Obs.: Geralmente se formos esperar um sinal de alerta para procurar-mos o médico, como: dor forte na parte superior do abdomem, azia intensa, vômitos, vômitos com sangue, a doença já pode estar avançada e também o exame físico – mesmo nesta fase – pode ser absolutamente normal.

Apoio:

Roche

Farmacêutica

Clube do Tumor

A próxima reunião do Clube do Tumor, será realizada no próximo dia 28 de junho, terá como foco o lançamento do Manual de Orientação – Quimioterapia: Desfazendo Mitos, Proporcionando uma Vida Melhor - da Oncoclínica, além da discussão de casos clínicos.
Inscrevam-se e aguardem o próximo número do Jornal Onconews com mais informações.
Clube do Tumor: Reunião Científica Mensal da Oncoclínica.
Sua participação é muito importante!
Maiores informações, ligue: **82 327 4659**