

Renato Sotto-Mayor¹

Cancro do pulmão: Novas perspectivas terapêuticas*

Introdução

Felizmente que estamos bem longe da afirmação de Salter, que em 1869, num dos primeiros números do *Lancet*, referia que, na sequência do diagnóstico de um caso do cancro do pulmão, «with regard to treatment, gentlemen, I need not to tell you that I have nothing to tell you» (Salter H. Lancet 1869; 2:1-4).

De facto, hoje em dia, mercê dos (lentos) progressos nesta área, que se foram processando ao longo dos anos, especialmente a partir da década de 90 do século XX, temos a possibilidade de intervir a vários níveis no tratamento dos carcinomas pulmonares não de pequenas células (CPNPC), grupo de tumores a que unicamente nos referiremos no presente trabalho.

Contudo, apesar desses incontestáveis avanços, ainda não conseguimos ultrapassar os 14% de sobrevida global aos cinco anos, a qual é um pouco superior no sexo feminino (15,6%) do que no sexo masculino (2,4%), diferença essa que é independente do grupo histológico da neoplasia (Radzikowska *et al.* Ann Oncol 2002; 13:1087-93, SEER. Can-

cer Statistics, US, 2003, Fu *et al.* Chest 2005; 127:768-77, Wakelee HA, *et al.* JTO 2006; 1:441-6).

É sabido que, quando avaliadas aos um, dois e cinco anos, as sobrevidas globais vão decrescendo sucessivamente, sendo tanto mais curtas quanto mais grave for o estadiamento anatómico do CPNPC (Mountain CF. Chest 1997; 111:1710-7, Mountain CF. Semin Surg Oncol 2000; 18:106-15).

Contudo, nas últimas duas décadas, têm-se alcançado alguns ganhos em termos de sobrevidas globais ao 1.º e 2.º anos, devidos aos progressos alcançados com a cirurgia, com a melhor integração da radio-terapia, com esquemas à base de sais de platina e com os novos fármacos citostáticos de 3.ª geração, assim como com os chamados agentes-alvo, como o erlotinib ou o bevacizumab, prescritos numa perspectiva multidisciplinar, esperando-se que num futuro próximo a proteómica e a farmacogenómica possam dar um contributo fundamental para a selecção individualizada das terapêuticas.

* Texto referente à participação do autor na mesa-redonda “Cancro do Pulmão”, que teve lugar no XXII Congresso de Pneumologia/IV Congresso Luso-Brasileiro de Pneumologia, Estoril, 8 de Dezembro de 2006.

¹ Chefe de Serviço de Pneumologia. Serviço de Pneumologia do Hospital de Santa Maria, Lisboa.

Contacto: renato.sottomayor@hsm.min-saude.pt

Quimioterapia adjuvante e neoadjuvante à cirurgia

No que se refere à quimioterapia (QT) adjuvante à cirurgia, a sua aceitação tem vindo a evoluir, desde 1995, altura em que se publicou uma meta-análise de 52 estudos randomizados de cirurgia *versus* cirurgia seguida de QT adjuvante, constatando-se que existia, embora que modesto, um ganho de sobrevida aos 5 anos no braço da QT adjuvante, ganho esse *borderline* em termos de significado estatístico, mas que era real (NSCLC Collaborative Group. BMJ 1995; 311:899-909).

Contudo, posteriormente, os projectos BLT (Waller D, *et al.* Eur J Cardiovasc Surg 2004; 26:173-82) e ALPI (Scagliotti GV, *et al.* JNCI 2003; 95:1453-61) não confirmaram a vantagem da QT adjuvante à cirurgia, e só foram os estudos do IALT/ *International Adjuvant Lung Trial* (IALT Collaborative Group. NEJM 2004; 350:351-60) e posteriores, do NCI-C (Winton TL, *et al.* NEJM 2005; 352:2589-97), do CALGB (Strauss GM, *et al.* Proc ASCO 2004; 22, Suppl 14; Abst 7019) e ANITA (Douillard J, *et al.* Proc ASCO 2005; 23, Suppl 16:624s/Abst 7013), estes dois publicados na forma de *abstract*, que confirmaram a vantagem da QT adjuvante à cirurgia *versus* cirurgia isolada, e que levaram à sua aceitação como terapêutica *standard* nos CPNPC completamente ressecados. De notar que aqui a RT adjuvante, comprovadamente, não tem interesse.

No projecto IALT, no qual colaborámos, a sobrevida global aos cinco anos, no grupo que fez QT (n=932) foi de 44,5%, enquanto no controlo (n=935) foi de 40,4% ($p<0,03$), tendo incidido em doentes com estádios IA a IIIA (IALT Collaborative Group. NEJM 2004; 350:351-60).

No protocolo IBR-10 (NCI-C), a sobrevida global aos cinco anos foi de 69% no grupo da QT adjuvante, enquanto no grupo, controlo foi de 54% ($p=0,03$), com uma diminuição de 30% no risco de morte ($p=0,012$) e um aumento de sobrevida de 15% aos cinco anos a favor da QT adjuvante à cirurgia, sendo os estádios estudados o IB e o II (Winton T, *et al.* NEJM 2005; 352: 2589-97).

Neste estudo, estabeleceu-se a utilidade da QT adjuvante à cirurgia nos estádios IB e II completamente ressecados, o que associado a dois outros publicados na forma de *abstract* (CALGB e ANITA), permitiram estabelecer como *standard* da NCI-C/ECOG a QT adjuvante à cirurgia nos estádios IB, II e IIIA.

No protocolo CALGB 9633, em que se estudaram 344 doentes com CPNPC no estádio IB completamente ressecado (Strauss G, *et al.* JCO 2004; 22, Suppl 14: Abst 7019), constatou-se uma sobrevida global aos quatro anos de 71% no grupo da QT adjuvante *versus* 59% no controlo (cirurgia isolada) o que representa um ganho de 12%. Aos cinco anos não havia significado estatístico na diferença entre os dois grupos.

Finalmente, no protocolo ANITA, que incluiu 240 doentes em estádios IB a IIIA completamente ressecados (Douillard J, *et al.* JCO 2005; 23, Suppl 16:624s/Abst 7013), constatou-se um ganho de sobrevida global de 8,6% aos cinco anos (36,8% no grupo controlo *versus* 51,2% no grupo da QT adjuvante). Ao estudar-se por estádios, verificou-se que no IB os resultados foram negativos (63% na cirurgia isolada *versus* 62% na QT adjuvante), enquanto nos estádios II e IIIA foram positivos (39% *versus* 52% e 26% *versus* 42%, respectivamente).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4214515>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4214515>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)