STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO

Série Terapias de Suporte em Oncologia
Um Cuidado Centrado no Paciente

Organizadores da Série
Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Denise Tiemi Noguchi

Oncogeriatria
Especificidades no Cuidado Onco-Hematológico

Editores do Volume
Ludmila de Oliveira Muniz Koch
Morgani Rodrigues
Polianna Mara Rodrigues de Souza

ALBERT EINSTEIN
SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA

Atheneu

STSO

Série Terapias de Suporte em Oncologia
Um Cuidado Centrado no Paciente

Organizadores da Série
Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Denise Tiemi Noguchi

- Nutrição Clínica na Oncologia
- Nutrologia na Oncologia
- Odontologia na Oncologia
- Psicologia na Oncologia
- Cuidados Paliativos na Oncologia
- Introdução à Oncogeriatria



STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO
STSO

Série Terapias de Suporte em Oncologia
Um Cuidado Centrado no Paciente

Organizadores da Série
Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto
Denise Tiemi Noguchi

Oncogeriatria
Especificidades no Cuidado Onco-Hematológico

Editores do Volume
Ludmila de Oliveira Muniz Koch
Morgani Rodrigues
Polianna Mara Rodrigues de Souza

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2021

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Avanhandava, 126 – 8º andar
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

CAPA: Equipe Atheneu
PRODUÇÃO EDITORIAL: Adielson Anselme

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

E73

Oncogeriatria – Especificidades no Cuidado Onco-Hematológico/editores do volume Ludmila de Oliveira Muniz Koch, Morgani Rodrigues, Polianna Mara Rodrigues de Souza; organizadores da série Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto, Denise Tiemi Noguchi. – 1. ed. – Rio de Janeiro: Atheneu, 2021.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-65-5586-154-9

1. Sangue – Câncer. 2. Sangue – Doenças. 3. Câncer – Tratamento. 4. Qualidade de vida. I. Koch, Ludmila de Oliveira Muniz. II. Rodrigues, Morgani. III. Souza, Polianna Mara Rodrigues de. IV. Netto, Marcus Vinícius Rezende Fagundes. V. Noguchi, Denise Tiemi. VI. Série.

21-69051 CDD: 616.9941
CDU: 616-006:616.15

Camila Donis Hartmann - Bibliotecária - CRB-7/6472

01/02/2021 01/02/2021

NETTO, M.V.R.F.; NOGUCHI, D.T.
Série Terapias de Suporte em Oncologia – Um Cuidado Centrado no Paciente – Volume Oncogeriatria – Especificidades no Cuidado Onco-Hematológico

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – São Paulo, Rio de Janeiro, 2021.



Parte I

Especificidades no Manejo dos Tumores Sólidos em Idosos



Capítulo 1

Cicilia Marques Rodrigues
Felipe Melo Cruz

Câncer de Mama em Idosos

A incidência do câncer de mama aumenta com a idade e a biologia tumoral também se altera na população mais idosa. Os tumores costumam apresentar-se com comportamento mais indolente, com menor taxa de crescimento, maior expressão de receptores de estrogênio e progesterona, baixas taxas de expressão e amplificação do *human epidermal growth factor receptor 2* (HER-2) e maior proporção de histologias de baixo risco (carcinoma papilífero e mucinoso).

O rastreamento do câncer de mama no Brasil e na maioria dos países desenvolvidos é realizado por mamografia e se estende até os 69 anos de idade. Porém, ainda que mulheres idosas sejam atingidas por tumores mais indolentes, quando são diagnosticadas, em geral o são por tumores em estágios clínicos mais avançados.

Em 2017, em uma tentativa de avaliar a redução de mortalidade por câncer de mama em mulheres mais idosas, foi publicado um estudo australiano que manteve o rastreamento mamográfico em mulheres de 70 a 74 anos. Quando comparado com a interrupção da mamografia aos 69 anos, é provável que o rastreamento de 1.000 mulheres de até 74 anos seja capaz de evitar uma morte a mais por câncer de mama. Em contrapartida, 78 mulheres receberiam resultado falso-positivo, e das 28 mulheres que seriam tratadas com câncer de mama, oito seriam superdiagnosticadas e supertratadas. O risco de manter rastreamento mamográfico para além dos 70 anos se sobrepõe ao benefício e a tomada de decisão deve levar em consideração esses aspectos.

O câncer de mama na população geriátrica tem algumas peculiaridades no tocante ao tratamento, que devem ser consideradas ao se assistir esse perfil de pacientes. Vale ressaltar que a idade (tipicamente ≥ 65 anos) não é o único fator que merece destaque.

A avaliação clínica do paciente idoso compreende a identificação de comorbidades preexistentes, a estimativa da expectativa de vida, além de elencar fatores de risco para desfechos desfavoráveis quanto ao tratamento oncológico. Assim, a presença de comorbidades (doença cardiovascular, insuficiência renal, diabetes *mellitus*, neuropatia, anemia, osteoporose), síndromes geriátricas (dependência funcional, *delirium*, demência, polifarmácia, depressão, dificuldade de mobilidade) e questões socioeconômicas estão entre os principais aspectos a serem analisados.

Deve-se ter em mente também que nem todo idoso é frágil, e que a avaliação clínica também deve considerar a presença de critérios de fragilidade, a qual, por sua vez, pode ser caracterizada pela redução da reserva e da resistência aos estressores, que resulta do declínio cumulativo entre os diversos sistemas fisiológicos e que podem levar a maior suscetibilidade a desfechos adversos. Perda de peso > 5% no último ano, velocidade para deambular (maior que 6-7 segundos para andar 15 passos) e baixa atividade física (< 383 kcal em homens e > 270 kcal em mulheres gastos em uma semana) são três critérios para fragilidade, adotados pelo índice do *Cardiovascular Health Study*.

Há alguns instrumentos validados para a estimativa da expectativa de vida, como o Índice de Comorbidade de Charlson (*Charlson Comorbidity Index)*, que mensura a expectativa de vida em dez anos em pacientes com doenças crônicas (doença cardiovascular, hepática, renal, pulmonar e do tecido conjuntivo; diabetes, demência, infecção pelo HIV e neoplasia).

O tratamento para câncer de mama é multimodal. Envolve a abordagem cirúrgica, radioterapia e tratamento sistêmico.

Quanto à segurança do tratamento cirúrgico, a idade não é a primeira consideração para avaliação de risco cirúrgico em si, porém é fator de risco para *delirium*, o qual é, por sua vez, fator de risco para o declínio funcional e cognitivo. O tratamento cirúrgico tem taxas de mortalidades relativamente baixas em pacientes acima de 70 anos, correspondendo a 0,2% e 0,7% em 30 e 90 dias, respectivamente. A mortalidade é decorrente de complicações não cirúrgicas.

Mulheres que não são submetidas a linfadenectomia axilar, biópsia de linfonodo-sentinela ou radioterapia axilar podem estar associadas a um risco maior de recorrência local, principalmente se essas pacientes não realizaram tratamento sistêmico adjuvante.

Tendo em vista a ausência de dados demonstrando sobrevida superior para aquelas que realizam dissecção linfonodal, em pacientes com ≥ 65 anos, sem linfonodo axilar palpável, a abordagem cirúrgica linfonodal axilar pode ser opcional para pacientes com tumores com histologia favorável, pacientes para as quais a seleção do tratamento adjuvante sistêmico não será modificado, ou ainda mulheres mais idosas ou com graves comorbidades.

Caso o perfil imuno-histoquímico do tumor permita, hormonoterapia pode ser tratamento primário alternativo ao tratamento cirúrgico para pacientes não elegíveis, sobretudo para as que têm expectativa de vida inferior a cinco anos.

Em geral, o tratamento com radioterapia adjuvante é bem tolerado em pacientes idosas e com bom resultado estético. Entretanto, em mulheres com ≥ 70 anos, a omissão de radioterapia pode ser considerada para pacientes com câncer de mama em estágio inicial, com receptores de estrogênio positivo, que foi submetida a lumpectomia com margens negativas e em que é provável completar cinco anos de hormonoterapia.

Essa opção está mais associada ao aumento do risco de recorrência local, sem, contudo, repercutir em termos de sobrevida global e doença metastática a distância.

Com relação ao tratamento sistêmico, mulheres com ≥ 65 anos podem se beneficiar em termos de sobrevida livre de doença e sobrevida global tanto quanto pacientes mais jovens, porém têm risco mais elevado de toxicidades e mortalidade relacionada com o tratamento.

Para quimioterapia com regimes embasados em antraciclinas, e por causa do aumento do risco de cardiotoxicidade, deve-se avaliar fatores de risco sobrepostos para insuficiência cardíaca, como hipertensão, diabetes e doença arterial coronariana. É possível que a epirrubicina seja menos tóxica que

a doxorrubicina e pode-se lançar mão dessa alternativa. Caso a paciente não seja candidata a antraciclinas, há a opção de docetaxel com ciclofosfamida. Em situações em que nem antraciclinas nem taxanos sejam possíveis, o regime com ciclofosfamida, metotrexato e fluorouracil é uma alternativa razoável.

Para tumores com expressão do HER-2 em idosas acima de 60 anos com boa *performance*, o trastuzumabe deve ser considerado em associação ao tratamento quimioterápico no cenário adjuvante. Em contrapartida, ainda permanecem incertos dados sobre segurança cardíaca nessa população.

Sobre a hormonoterapia adjuvante, a recomendação inicial é para tumores > 0,5 cm com receptores de estrogênio positivo, independentemente da idade. Para a população geriátrica, sugere-se a utilização de inibidores de aromatase em relação ao tamoxifeno por cinco anos. Em situações, como complicações cardiovasculares, perda da densidade mineral óssea ou toxicidade, o tamoxifeno passa a ser a primeira escolha.

No cenário de doença metastática, a hormonoterapia ou a quimioterapia como o único agente para a redução do risco de toxicidade relacionada com o tratamento faz parte da boa prática médica.

O tratamento de câncer de mama em pacientes idosas é desafiador. Alinhar as múltiplas modalidades terapêuticas com as características das pacientes, sobretudo no tocante à sua funcionalidade e expectativa de vida, requer dos profissionais que as assistem a capacidade de discernir a melhor opção que não lhes subtraia a chance de tratamento curativo nem, tampouco, lhes acrescente morbimortalidade. Idealmente, as decisões devem ser compartilhadas com a paciente e tomadas em um ambiente multidisciplinar.

Referências

Brollo J, Curigliano G, Disalvatore D, Marrone BF, Criscitiello C, Bagnardi V, et al. Adjuvant trastuzumab in elderly with HER-2 positive breast cancer: a systematic review of randomizes controlled trials. Cancer Treat Rev. 2013;44-50.

Deutsch M. Radiotherapy after lumpectomy for breast cancer in very old women. Am J Clin Oncol. 2002;48.

Ferrucci L, Gurannik JM, Studenski S, Fried LP, Cutler GB Jr, Walston JD. Designin randomized, controlled trials aimed at prevention or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. J Am Geriat Soc. 2004;625.

Gennari R, Curigliano G, Rotmensz N, Robertson C, Colleoni M, Zurrida S, et al. Breats carcinoma in elderly women: features of disease presentation, choice of local and systemic treatments compared with younger and systemic postmenopausal patients. Cancer. 2004;1302.

Giuliano A, Hunt K, Ballman K, et al. Axillary dissection vs no dissection in women with invasive breast cancer and sentinel node metastasis: a randomized clinical trial. JAMA. 2011;369-575.

Hughes KS, Schanaper LA, Bellon JR, et al. Lumpectomia plus tamoxifeno with or without irradiation in women age 70 or older with early breast-cancer: Long-term follow-up of CALGB 9343. J Clin Oncol. 2013;2382-87.

Inouye SK, Westendorp R, Saczynski J. Delirium in elderly people. JAMA, pp. 911-22, 2014.

Jacklyn G, Howard K, Irwig L, Houssami N, Hersch J, Barratt A. Impact of extending screening mammography to older women Information to support informed choices. Int J Cancer. 2017;1540-50.

Jones S, Holmes FA, O'Shaughnessy J, Blum JL, Vukelja SJ, McIntyre KJ, et al. Docetaxel with cyclophosphamide is associated with an overall survival benefit compared with doxorrubicin and cyclophosphamide: 7-year follow-up of US Oncology Research Trial 9735. J Clin Oncol. 2009;1177.

Marcontonio E, Goldman L, Mangione C, et al. A clinical prediction rule for delirium after elective non-cardiac surgery. JAMA. 1994;134-9.

Martelli G, Miceli R, Daidone M, et al. Axillary dissection versus no axillary dissection in elderly patients with breast cancer and no palpable axillary nodes: results after 15 years of follow-up. Ann Surg Oncol. 2011;125-33.

Morgan JL, Reed MW, Wyld L. Primary endocrine therapy as a treatment for older women with operable breast cancer - a comparison of randomised controlled trial and cohort study findings. European Journal of Surgical Oncology. 2014;676-84.

Muss HB, Berry DA, Cirrincione CT, et al. Adjuvant chemotherapy in older women with early-stagy breast cancer. N Eng J Med. 2009;2055-65.

Perrone F, Nuzzo F, Di Rella F, et al. Weekly docetaxel versus CMF as adjuvant chemotherapy for older

women with breast cancer: final results of the randomised phase III ELDA trial. Ann Oncol. 2015; 675-82.

Pinder MC, Duan Z, Goodwin JS, Hortobagyi GN, Giodano SH. Congestive heart failure in older women treated with adjuvant anthracycline chemotherapy for breast cancer. J Clin Oncol. 2007;3808.

Quan H, Li B, Couris CM, Fushimi K, Graham P, Hider P, et al. Updating and validating the Charlson comorbidity index and score for risk in hospital discharge abstracts using data from 6 countries. Am J Epidemiol. 2011;676-82.

Rothman M, Leo-Summers L, Gill TM. Prognostic significance of potential frailty criteria. J Am Geriatr Soc. 2008;2211.

Van de Water W, Makopoulos C, Van de Velde C, et al. Association between age at diagnosis and disease-specific mortality among postmenopausal women with hormone receptor-positive breast cancer. JAMA. 2012;590-7.