
O que você deve saber sobre o Câncer

Por Timothy Johnson **

JOHNSON, Timothy. O que você deve saber sobre o câncer. Rev. Bras. de Cancerologia, Brasília, 27 (6): 29 - 35 , Nov./Dez., 1977.

Uma em quatro pessoas (mais de 54 milhões de americanos vivos) eventualmente desenvolverá alguma forma de câncer, o que significa que aproximadamente duas de 3 famílias americanas serão afetadas por essa doença.

O câncer não é uma doença isolada, mas sim centenas de doenças que diferem marcadamente em termos de causa, detecção e tratamento, tendo em comum apenas o fato do crescimento desordenado de células. Esse denominador comum pode na verdade fornecer revelações que conduzam a uma esperança futura de um controle generalizado do "câncer", porém o quadro atual é de planos individuais de guerra contra cânceres específicos.

Os seis cânceres escolhidos para discussão foram selecionados por serem cânceres estatisticamente mais comuns em termos de incidência e/ou índice de morte, a que estão sujeitos os americanos. Escolhi informação enfatizando as possibilidades de prevenção e/ou detecção precoce. Finalmente, escolhi a descrição de cânceres — com uma importante exceção — que apresentam possibilidades razoáveis de um tratamento bem sucedido.

Assim sendo, preferi ignorar informação mais complexa sobre causas incertas do câncer (ambiental, viral, etc.), pois a

informação é tão conflitante que hoje tem reduzido impacto. Prefiro também ignorar alguns cânceres comuns — tais como a leucemia (que freqüentemente é "curável" em nossos dias) — pois pouco há que possamos fazer para evitá-la, e outros — como o câncer pancreático — pois pouco há que a prática médica presente possa fazer para curá-lo.

O CÂNCER PULMONAR

Além de ser o principal matador entre os cânceres americanos (o número de mortes por ano beira a duas vezes o do próximo contendor), o câncer pulmonar é trágico por mais um motivo que nos causa perplexidade: nós americanos iluminados promovemos a causa deste matador número um com mais dinheiro que o gasto em pesquisa sobre todos os outros cânceres combinados.

A história do câncer pulmonar pode ser baseada nestes simples pontos. A

* 1977, Revista Harvard. Reprodução autorizada. Retirado da Revista Washington Post, 31 de julho de 1977.

** Diretor de informação para leigos na Escola Médica de Harvard.

fumaça do tabaco que se inala causa a grande maioria dos cânceres pulmonares; fumantes inveterados têm até 23 vezes mais possibilidade de adoecer de câncer pulmonar que os abstêmios. É extremamente difícil detectar a doença com precocidade suficiente para obter-se uma cura cirúrgica; não existem sinais alarmantes nem testes em massa seguros. Assim sendo, 90 por cento das pessoas com diagnóstico inicial de câncer pulmonar estarão mortas dentro de 5 anos.

Os raios X do tórax eventualmente detectarão câncer pulmonar, mas na maioria dos casos o aparecimento de câncer pulmonar no Raio X marca um estágio já além da cura cirúrgica (num famoso estudo efetuado no Colégio Médico da Pennsylvania, um grupo de mais de 6.000 homens examinados com Raio X do tórax cada 6 meses, durante 10 anos, apresentou o mesmo índice de morte de câncer pulmonar comparado com um grupo não examinado).

Muitos também superestimam a efetividade da cirurgia como cura — lembremos de John Wayne e Arthur Godfrey, sem esquecer Nat King Cole e Edward R. Murrows. A cirurgia pode curar algumas pessoas. E, em casos razoavelmente selecionados, vale a pena. Mas a maioria das pessoas com câncer pulmonar em estado onde "vale a pena tentar" não é curada pela cirurgia.

CÂNCER DO CÓLON

Um tanto mais freqüente que o câncer pulmonar, este câncer vale a pena mencionar em termos de detecção precoce e cura cirúrgica. O índice de sobrevivência de 5 anos,

em pessoas com câncer do cólon localizado, por ocasião da cirurgia, é de cerca de 70 por cento. E existem sinais de alerta regularmente seguros em câncer do cólon precoce.

O cólon (intestino grosso) começa do lado direito inferior do abdome e progride em torno da cavidade abdominal, terminando numa porção curva no lado esquerdo inferior (sigmóide) que termina no reto. Cerca de dois terços de todos os cânceres do cólon ocorrem no reto e no sigmóide — um fato anatômico de significância, pois estas áreas são acessíveis ao dedo examinador (exame retal) ou ao sigmoidoscópio (instrumento ótico às vezes descrito como a "bala de prata"), que pode ser inserido cerca de 10 polegadas na porção sigmóide do cólon.

Como o exame retal é seguro e simples e compensa em termos de encontrar sangue oculto ou sentir a próstata, deveria ser parte de toda rotina de exame físico em adulto. Há menos segurança no papel dos exames de sigmoidoscopia como método de exame em massa, pois eles necessitam de mais tempo e técnica e envolvem algum risco mínimo. A maioria dos técnicos destina o uso da sigmoidoscopia a indivíduos sintomáticos ou de alto risco e considera seu uso para exame em massa somente nas pessoas acima de 40 anos.

É claro o valor do exame em massa nos casos de sangue invisível a olho nu. O procedimento envolve esfregar pequena quantidade de evacuação (obtida durante exame retal ou com o uso individual de um aplicador de madeira) e remetida pelo próprio indivíduo, num pacote especialmente preparado, que poderá ser facilmente analisada em qualquer consultório

ou laboratório.

Está aumentando o consenso de que pessoas acima de 40 anos deveriam tirar, anualmente, amostras da evacuação em três dias sucessivos e remetê-las pelo correio ao seu médico ou à clínica para interpretação. Pelo menos, um exame do reto que encerre um teste à procura de sangue escondido deveria ser parte do programa anual de exames em massa, isto nas pessoas acima de 40 anos; cerca de 5 por cento das pessoas neste grupo etário terão sangue escondido, sendo que um pequeno número destes revelará câncer do cólon — geralmente no primeiro estágio.

Apesar de 10 por cento das pessoas com câncer do cólon não terem sintomas, a maioria há de relatar anormalidade claramente confirmável. O sangramento retal deve ser considerado como causado por câncer do cólon até que haja prova em contrário. De fato, a maior parte do sangramento retal acaba sendo devido a hemorroidas, mas isto nunca deverá ser presumido.

Uma modificação persistente nos hábitos intestinais também deverá ser atribuída ao câncer do cólon até prova em contrário. É uma exigência difícil — se considerarmos a grande variabilidade de hábitos intestinais normais nos membros da raça humana e a preocupação desordenada com os padrões da evacuação em nossa sociedade "intestinocêntrica". Por isso, é preciso tomar nota cuidadosa da ênfase sobre as palavras "persistente" e "modificação" — significando que o padrão da evacuação em questão deveria ser uma modificação (seja diarreia ou constipação) do padrão usual do indivíduo em questão, e deveria ser persistente (serei arbitrário e direi durando duas semanas) ao invés da resposta

temporária a algum desarranjo emocional, tal como causado por provas ou mudança de emprego.

Finalmente, dores persistentes abdominais podem ser um alerta de que existe câncer do cólon, apesar de, como acontece com o sangramento retal e a modificação dos hábitos intestinais, este sintoma mui possivelmente ocorrer devido a algo que não diga respeito a câncer do cólon.

Pessoas com sintomas sugestivos, sangue encoberto ou um histórico de doença associada a uma incidência aumentada de câncer do cólon (tal como colite ulcerativa aguda) são quase que automaticamente candidatas a estudos além dos já mencionados — sobretudo a Raios X com enema de bário e exame colonoscópico.

O primeiro é um exame standard, bem conhecido, que se inclui em alguns programas de exame em massa, mas reservado mais inteligentemente para pessoas de alto risco como as que acabamos de descrever. O último é uma técnica mais nova tornada possível através da ótica de fibra que pode curvar a luz em torno de ângulos em tubos flexíveis: o colonoscópio pode ser inserido em toda extensão do cólon para avistar todo o seu revestimento. Tal como com o sigmoidoscópio que é mais curto e inflexível, pode-se, através do colonoscópio, efetuar biópsia de tecido e remoção de pólipos, evitando assim a necessidade de cirurgia abdominal.

Finalmente, uma palavra sobre a fibra dietética, cada vez mais promovida a salvadora do intestino humano — e muitos outros órgãos do corpo. A base da história é de que a fibra claramente promove um decréscimo no prazo de trânsito nos intestinos (i.e., a matéria fecal passa pelo

cólon com mais rapidez), com um resultante aumento na freqüência dos movimentos intestinais. Como tal, a ingestão de fibra é um meio razoável de "tratar" as constipações.

Existe também suficiente evidência epidemiológica e teórica sugestiva para justificar o interesse na fibra como fator que venha a diminuir a incidência do câncer do cólon, assim como outras doenças relativas aos intestinos. Minha própria prática aconselha aumentar moderadamente a fibra em minha dieta, comendo flocos de casca (considero a variedade de 40 por cento muito mais agradável ao paladar do que 100 por cento da matéria, dia sim, dia não, ao café da manhã — o que é barato e fácil de preparar). Como sabemos tão pouco sobre as causas do câncer do cólon, a "teoria da fibra" parece digna de atenção.

O CÂNCER MAMÁRIO

O câncer mamário é o câncer que mais apavora as mulheres.

Em primeiro lugar, a maioria das mulheres não adoece de câncer mamário; se bem que seja verdadeiro que cerca de 1 em 13 mulheres desenvolverá câncer mamário, isto significa que 12 em 13 não o terão.

Em segundo lugar, os caroços na maioria se revelam benignos — 8 de 10, para ser exato; esperar a visita ao médico depois da descoberta de um caroço geralmente significa uma preocupação inútil.

Finalmente, mesmo nos casos em que o caroço é maligno, a chance de cura é boa se o tumor ainda estiver localizado; o índice de sobrevivência de 5 anos no câncer mamário excede a 80 por cento. Mesmo o

câncer mamário alastrado poderá responder às mais novas formas de terapia. O que é menos encorajador é o fato de ainda não sabermos o que causa o câncer mamário (partículas semelhantes a vírus e hormônios podem ter algum papel que ainda está pouco compreendido) e, assim, o que não se dá com o câncer pulmonar, as medidas preventivas que tomamos são ainda indiretas e se resumem na ênfase sobre detecção precoce.

A principal medida na detecção precoce é ainda o auto-exame mensal. Embora não seja absolutamente seguro — sobretudo no caso de mulheres com seios grandes e/ou nodosos — a autodetecção é o modo pelo qual 95 por cento dos cânceres mamários são geralmente descobertos. A prática é absolutamente segura e livre de despesas.

Hoje diminuiu o consenso a respeito do papel da mamografia — que pode ser eficaz na identificação de tecido duvidoso na mama, mas que também pode envolver riscos de radiação. A recomendação geral da maioria dos técnicos restringe o uso da mamografia antes da idade de 50 anos às mulheres que representam um alto risco — o que parece ser um compromisso sensato entre benefício e risco.

Mais controvertida ainda — e emocional — é a questão do "melhor" tratamento para câncer mamário confinado. Antes de se pensar numa cirurgia radical, importante se torna tentar verificar se houve difusão além dos limites da mama; se houve, será apropriado usar método de tratamento que não seja o de cirurgia radical. Mas mesmo que o câncer pareça restrito à mama, justifica-se a colocação do problema: cirurgia radical (ou modificada) versus

cirurgia mais localizada e/ou radiação. Os estudos ora em elaboração colocam este problema.

Desejo enfatizar que, a meu ver, a cirurgia, que remove pelo menos todo o tecido e nódulos associados, deverá permanecer o tratamento preferido até que novos dados venham a provar ser outro método de tratamento tão ou mais eficaz quanto a cirurgia.

Digo-o como um não-cirurgião, plenamente consciente da presente falta de dados definitivos que comparem as opções de tratamento, mas consciente também de que essa cirurgia — que garante tanto quanto possível a remoção de quaisquer áreas microscópicas de câncer deixadas por outros métodos — ofereceu curas a muitas mulheres no passado. Igualmente, a minha opinião é dada como sugestão, não como ordem. Respeito todos aqueles fatores que possam levar uma mulher à decisão de não se submeter à cirurgia radical.

Finalmente, as notícias que nos chegam das frentes da rádio-hormono e quimioterapia podem ser legitimamente descritas como encorajadoras. Estes tratamentos necessitam de habilidade e dedicação pessoal da parte de todos os envolvidos e realmente representam, em muitos casos, uma esperança e não apenas esforços de último recurso.

CÂNCER UTERINO

Uma compreensão exata do câncer uterino necessita de uma pequena lição anatômica. O colo deste órgão, da forma de uma pêra, o cérvix, tomba e é envolto pela parte superior da vagina; ali se localiza o câncer cervical. O corpo do útero fica

acima da vagina na cavidade pélvica e não pode ser examinado visualmente como o pode a vagina, apesar de ser acessível via exame manual (exame pélvico "interno") e instrumentos. O revestimento interno (endométrio) desta parte do útero é o local do câncer endométrico. Estes dois cânceres são distintos em outros modos independentes de localização.

Primeiro, é preciso compreender que o esfregaço tipo Pap, de rotina, só retira com segurança as células da área cervical — diretamente raspadas ou obtidas do conjunto de células localizadas na parte superior da vagina. Como o revestimento do útero interno não é acessível para o esfregaço Pap, estas células não são incluídas na rotina — apesar de algumas células endométricas se despejarem na área cervical e serem detectadas pelo esfregaço Pap.

Em resumo, um esfregaço Pap negativo virtualmente exclui o câncer cervical, mas não o faz no caso do câncer endométrico, que necessita de tecido endométrico (como o que se obtém durante um "D e C") para julgamento.

Em segundo lugar, as causas dos dois cânceres parecem ser bem diferentes. O câncer cervical parece estar associado às relações sexuais e ao vírus "herpes simples II". A evidência epidemiológica destas possibilidades tem existido há longo tempo (mulheres com parceiros sexuais múltiplos e relações precoces apresentam uma evidência de câncer cervical acima do comum, ao passo que quase não se tem notícia dessa ocorrência em freiras), sendo que esta associação se evidencia em testes laboratoriais mais recentes.

A resposta para o câncer cervical não está obviamente na proibição de relações

sexuais, já que há falta de dados finais que apoiem uma recomendação desta natureza e considerando as tendências sociais na direção oposta. Mas importante se torna frisar a importância de esfregaços Pap em qualquer mulher sexualmente ativa. Em contraposição, o câncer endométrico não parece ter qualquer conexão com relações, mas pode ter algo a ver com condições hormonais, conforme relatos recentes, se bem não provados, ligados à administração de estrogênio depois da menopausa.

Ambos os cânceres não apresentam muita confiabilidade em termos de sintomas alertantes. Mas eles soem manifestar-se com bastante frequência através de moléstia pélvica generalizada ou sintomas específicos — relação dolorosa, sangramento após a relação, ou sangramento anormal da vagina, ou secreção. O sangramento vaginal pós-menopausa deve ser considerado atribuível a câncer endométrico até prova em contrário.

Finalmente, é preciso enfatizar que um diagnóstico tanto do câncer cervical como do endométrico requer uma biópsia do local apropriado. As decisões a respeito do tratamento nunca devem ser feitas com base no esfregaço Pap apenas.

O CÂNCER DA PRÓSTATA

O câncer da glândula prostática — do tamanho de uma noz e localizada abaixo da bexiga — é o maior e um crescente problema para os homens. Mais uma vez, a causa é desconhecida, se bem que os hormônios masculinos representem claramente um papel. O tema mais importante sobre o qual se deve insistir é o valor do exame retal rotineiro em homens acima dos 40.

A parte posterior da próstata — a localização de cerca de 3/4 de todos os cânceres da próstata — poderá ser palpada pela parede anterior do reto, que é o que o médico examinador faz quando gira o dedo durante um exame retal e percorre a parede fronteira.

Se for descoberto câncer da próstata antes de sua disseminação, uma cirurgia radical poderá oferecer um índice de sobrevivência de 5 anos em mais de 60 por cento dos casos. Câncer da próstata não deve ser confundido com um aumento benigno da glândula — fenômeno muito comum e, entre os homens acima dos 70 anos, quase universal.

CÂNCER ORAL E EPIDÉRMICO

De todas as formas de câncer, o câncer oral e o da pele constituem a categoria mais comum existente. As estimativas sugerem que mais de 300.000 novos casos de câncer da pele são descobertos neste país anualmente.

A enorme maioria, entretanto, é curável quando detectada precocemente e muitos destes cânceres poderiam ter sido evitados se a exposição à luz ultravioleta tivesse sido minimizada — a recompensa a longo prazo da adoração excessiva do sol são as rugas e uma crescente chance de algumas formas de câncer da pele.

Muitas mortes provenientes do câncer da pele de fato são causadas pelos cânceres epidérmicos do tipo melanoma — que não se relacionam claramente à exposição ao

sol, apesar de dados recentes indicarem que ela possa ser um fator. Um reconhecimento precoce de modificações persistentes nas manchas da pele — sangramento, descoloração, crescimento aumentado, etc. — poderia resultar em mais curas neste grupo. O risco de cânceres orais aumenta com todas as formas de bebidas alcoólicas.