
EDITORIAL

COMORBIDADES EM PACIENTES COM CÂNCER DE PULMÃO ELEGÍVEIS PARA RESECÇÃO CIRÚRGICA: O IMPACTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

FT. MSc. PhD. Prof. Vinicius Cavalheri

School of Physiotherapy and Exercise Science, Faculty of Health Sciences,
Curtin University, Perth, WA, Australia

Mundialmente, o câncer de pulmão é um grande problema de saúde pública. Ele está entre os quatro tipos de câncer mais diagnosticados, tanto em homens quanto em mulheres. Dentre todos os tipos de câncer, o de pulmão é o mais agressivo, sendo a malignidade que, após diagnosticada, tem a menor taxa de sobrevivência em cinco anos (somente 15% dos pacientes sobrevivem mais de cinco anos)¹. No entanto, para aqueles pacientes diagnosticados com câncer de pulmão em estágio inicial (estágio I ao IIIA) e que são elegíveis para resecção cirúrgica, a remoção cirúrgica do tumor oferece uma chance de cura, e a taxa de sobrevivência em cinco anos é maior, chegando a 80%².

Os parâmetros comumente avaliados para a consideração cirúrgica são (i) estágio da doença, (ii) função pulmonar e (iii) capacidade funcional ou de exercício³. Contudo, nos últimos anos, a discussão sobre uma avaliação mais apropriada de doenças coexistentes ao câncer de pulmão (ou seja, comorbidades), em pacientes que serão submetidos à resecção cirúrgica, tem, também, ganho importância. Um estudo publicado recentemente demonstrou que o número de comorbidades está relacionado com uma maior incidência de complicações pulmonares pós-operatórias, que são eventos indesejados, pois estão intimamente ligados à maior mortalidade pós-cirúrgica⁴. Com relação à mortalidade, um estudo holandês retrospectivo analisou dados de 3152 pacientes com câncer de pulmão não pequenas células submetidos à resecção pulmonar e demonstrou que aqueles com maior número de comorbidades apresentaram maior mortalidade, em três momentos diferentes: (i) no primeiro mês, após a cirurgia (Hazard ratio (HR) [intervalo de

confiança (IC 95%) 2.06 [1.13 a 3.75]); (ii), durante o primeiro ano, após a cirurgia (HR [IC 95%] 1.57 [1.17 a 2.12]); e (iii) mais de 1 ano, após a cirurgia (HR [IC 95%] 1.84 [1.42 a 2.37])⁵. Apesar de uma relação já reportada na literatura, os mecanismos pelos quais comorbidades afetam desfechos pós-cirúrgicos, em pacientes com câncer de pulmão, ainda, não foram investigados.

Nesta edição da ASSOBRAFIR Ciência, Dualibe e colaboradores apresentam os resultados de um estudo que compara ansiedade e depressão, qualidade de vida e capacidade funcional ao exercício, entre pacientes com câncer de pulmão (estágio inicial) com e sem hipertensão arterial sistêmica. Vinte e um dos 48 pacientes incluídos (44%) relataram ter hipertensão arterial sistêmica e, quando comparados ao grupo que relatou não ter hipertensão arterial sistêmica, apresentaram uma pior capacidade funcional ao exercício. Visto que a capacidade funcional ao exercício é um fator preditor de complicação pulmonar pós-operatória nessa população⁶, o achado do estudo de Dualibe e colaboradores fornece uma ideia inicial sobre um dos potenciais mecanismos pelo qual comorbidades podem afetar desfechos pós-cirúrgicos, em pacientes com câncer de pulmão.

A literatura na área de câncer de pulmão é bem clara, com relação aos benefícios do treinamento físico pré-operatório para a melhora da capacidade funcional ao exercício e diminuição do risco de complicações pulmonares pós-operatórias⁷. Cabe, agora, a estudos futuros na área da fisioterapia, investigar: (i) o impacto da hipertensão arterial sistêmica na resposta ao treinamento físico pré-operatório e (ii) se existe alguma diferença entre o risco de complicação pulmonar pós-operatória, em pacientes com câncer de pulmão com e sem hipertensão arterial sistêmica que foram submetidos ao treinamento físico pré-operatório.

Agradecimento

O Prof. Dr. Vinicius Cavalheri recebe suporte financeiro do Cancer Council Western Australia para o seu Pós-Doutorado.

Referências

1. World Health Organization. World Cancer Report 2014 WHO. Geneva. 2014.
2. Australian Institute of Health and Welfare. Cancer in Australia: an overview 2014. Cancer series No 90. Cat. no. CAN 88. Canberra: AIHW; 2014.
3. Brunelli A, Kim AW, Berger KI, Addrizzo-Harris DJ. Physiologic evaluation of the patient with lung cancer being considered for resectional surgery: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2013 May;143(5 Suppl):e166S-e190S.
4. Lembicz M, Gabryel P, Brajer-Luftmann B, Dyszkiewicz W, Batura-Gabryel H. Comorbidities with non-small cell lung cancer: Is there an interdisciplinary consensus needed to qualify patients for surgical treatment? Ann Thorac Med. 2018 Apr-Jun;13(2):101-7.
5. Luchtenborg M, Jakobsen E, Krasnik M, Linklater KM, Mellempgaard A, Moller H. The effect of comorbidity on stage-specific survival in resected non-small cell lung cancer patients. Eur J Cancer. 2012 Dec;48(18):3386-95.
6. Irie M, Nakanishi R, Yasuda M, Fujino Y, Hamada K, Hyodo M. Risk factors for short-term outcomes after thoracoscopic lobectomy for lung cancer. Eur Respir J. 2016 Aug;48(2):495-503.
7. Cavalheri V, Granger C. Preoperative exercise training for patients with non-small cell lung cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Jun;6:CD012020.