

Cuidados Paliativos no Câncer de Cabeça e Pescoço: Prevalência de Queixas e Sintomas Pré Diagnóstico

Werlany Frois Maia Lopes¹, Guilherme Maia Zica², Ana Catarina Alves e Silva³, Bárbara Luiza Marinho da Silva⁴, Emilson Queiroz Freitas⁵, Izabella Costa Santos⁶, Fernando Luiz Dias⁷, Márcio José da Silva Moreira⁸, Roberto Araújo Lima⁹, Andressa Silva de Freitas¹⁰

1) Fonoaudióloga; Pós graduanda em Cuidados Paliativos e Terapia da Dor pela PUC MINAS e Aperfeiçoanda em Oncologia pelo INCA; 2) Graduando de Fonoaudiologia pela UFF; Iniciação científica do INCA; Presidente e Fundador da Liga Acadêmica de Fonoaudiologia UFF; 3) Mestre em Saúde Coletiva pela UFPE; Doutoranda em Epidemiologia em Saúde Pública pelo ENSP/Fiocruz-RJ; 4) Fonoaudióloga; Aperfeiçoanda em Oncologia pelo INCA; 5) Titular do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA; 6) Doutora em Clínica Cirúrgica pela USP. Titular do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA; 7) Doutor em Medicina pela USP; Chefe e Titular do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA; 8) Mestre em Ciências Médicas pela UERJ; Doutorando em Bioética, Ética Aplicada e Saúde Coletiva pela UFRJ; Professor adjunto da UFF; 9) Doutor em Medicina pela USP; Titular do Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do INCA. 10) Mestrado em Ciências Morfológicas pela UFRJ; Fonoaudióloga do INCA.

INTRODUÇÃO

Alterações relacionadas à deglutição e comunicação são queixas que manifestam-se em pacientes com câncer de cabeça e pescoço, sendo mais evidentes associado aos cuidados paliativos. O impacto dessas alterações podem influenciar de forma negativa a sua qualidade de vida, não só do paciente, mas de seus familiares e cuidadores. Os cuidados paliativos melhoram a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, tornando-se essencial avaliar e controlar não só a dor, mas todos os sintomas de natureza física, social, emocional e espiritual.

OBJETIVO

Identificar a prevalência de sintomas e tempo de diagnóstico em pacientes com câncer de cabeça e pescoço que tiveram conduta definida para cuidados paliativos.

MÉTODO

Estudo descritivo de corte transversal de pacientes de ambos os sexos com câncer de cabeça e pescoço matriculados em um hospital oncológico de referência e definição de conduta para cuidados paliativos. Realizou-se consulta de prontuário para obtenção dos dados no mês de outubro de 2016.

RESULTADOS

Foram estudados prontuários de 20 pacientes: 2 do sexo feminino e 18 do sexo masculino, tendo idade média de 65,25 anos ($\pm 9,86$). Os sintomas mais prevalentes foram: disfonia (N=12 60%), dor (N=11 55%) e disfagia (N=9 45%). A média do tempo de aparecimento dos sintomas até o diagnóstico foi de 8,1 meses ($\pm 4,79$) e mediana de 6, com mínimo de dois e máximo de 24 meses.

Tabela 1 - Características Clínicas e Epidemiológicas

Paciente	Sítio Anatômico	Estadiamento	Tipo Histológico	Cirurgia	TQT	SNG	GTT	RT	QT
1	Hipofaringe	T4N3M0	CEC	-	-	+	-	+	-
2	Assoalho	T4N1M0	CEC	+	-	-	-	+	+
3	Laringe	T4N1Mx	CPF	+	-	-	-	-	-
4	Base de Língua	T4N2M0	CEC	-	-	-	-	-	-
5	CBC Pavilhão Auricular D + Metástase óssea	T4N3M0	CEC	-	+	+	-	+	-
6	Rebordo Genival Inferior E	T4N0M1	CBC	-	-	-	-	+	-
7	Hipofaringe	T3N3M1	CPF	+	+	+	-	+	-
8	Parótida E	T3N2M0	CEC	-	+	+	-	+	+
9	Papilífero de Tireóide + Metástase cervical	T3N2M0	CEC	+	+	+	-	-	-
10	Papilífero de Tireóide	T4N1M0	CEC	-	+	-	+	+	-
11	Laringe	T4N0M0	CEC	+	+	+	-	+	-
12	Orofaringe	T4N1M0	CEC	-	-	-	+	+	+
13	Couro Cabeludo + Metástase Intraparótida	T4N2M0	CEC	+	+	+	-	+	-
14	Laringe	T4N0M0	CEC	-	+	+	-	+	+
15	Metástase Cervical com Primário Oculco	T4N2M0	CEC	+	-	+	-	+	-
16	Laringe	T3N1M0	CEC	+	+	+	-	+	-
17	Base de Língua	TxN3M1	ADC	-	-	-	-	-	-
18	Laringe	T4N2M0	CEC	-	+	+	-	+	+
19	Hipofaringe	T4N2M0	CEC	+	+	+	-	+	+
20	Metástase Cervical e Pulmonar com 1º Oculco	TxN3Mx	CEC	-	-	+	-	+	-

CEC = Carcinoma Epidermóide; CPF = Carcinoma Papilífero; ADC = Adenocarcinoma; CBC = Carcinoma Basocelular.

Tabela 2 - Características Sociodemográficas

Paciente	Idade	Sexo	Etnia	T	E	Escolaridade	Estado Civil
1	86	M	branca	+	-	analfabeto	união estável
2	80	M	branca	-	-	fundamental completo	união estável
3	76	F	branca	+	+	fundamental completo	união estável
4	72	M	branca	+	+	médio completo	união estável
5	69	M	parda	+	+	fundamental incompleto	união estável
6	69	M	parda	-	-	médio incompleto	união estável
7	69	M	branca	+	+	fundamental completo	união estável
8	69	M	negra	+	+	analfabeto	solteiro
9	69	M	branca	+	+	fundamental incompleto	solteiro
10	68	M	branca	+	-	fundamental completo	união estável
11	67	M	branca	+	+	analfabeto	união estável
12	66	M	negra	-	-	analfabeto	viúvo
13	63	M	negra	+	+	médio incompleto	divorciado
14	61	F	parda	+	+	fundamental completo	solteiro
15	58	M	branca	+	+	superior incompleto	divorciado
16	56	M	negra	+	+	fundamental completo	solteiro
17	56	M	branca	+	-	fundamental completo	solteiro
18	55	M	negra	+	+	fundamental completo	união estável
19	50	M	negra	+	+	fundamental completo	união estável
20	46	M	branca	-	-	superior completo	união estável

M = Masculino; F = Feminino

Tabela 3 - Queixas, Sintomas e Meses Pré Diagnóstico

Paciente	DG	DN	DP	D	TO	OD	NC	FE	SG	OT	AM	IG	Tempo (meses)
1	-	+	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	2
2	-	-	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	6
3	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	12
4	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	3
5	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	7
6	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	+	12
7	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	7
8	+	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	12
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	4
10	+	+	+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	6
11	+	+	+	+	-	-	-	-	+	-	-	-	6
12	+	+	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	8
13	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	24
14	+	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	10
15	+	+	-	+	+	+	-	-	-	-	-	-	6
16	-	+	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	8
17	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-	12
18	+	+	-	+	-	-	-	-	+	+	-	-	6
19	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	6
20	+	+	-	+	+	-	+	+	+	-	-	-	5
%(n)	45(9)	60(12)	10(2)	55(11)	40(8)	10(2)	35(7)	20(4)	25(5)	5(1)	5(1)	10(2)	8,42

DG = Disfagia; DN = Disfonia; DP = Dispnéia; D = Dor; TO = Tosse; OD = Odinofagia; NC = Nódulo Cervical; FE = Feridas e Escamação; SG = Sangramento; OT = Otolgia; AM = Amaurose; IG = Inflamação na Garganta.

CONCLUSÃO

Os pacientes avaliados apresentaram queixas significativas quanto à deglutição e à comunicação, o que evidencia a importância de pesquisas que sirvam como balizadores para a intervenção assertiva nas condutas, objetivando a adequação das funções alteradas e melhorando a qualidade de vida desses indivíduos. Esses dados reforçam a grande necessidade da presença do fonoaudiólogo nas equipes de cuidado paliativo, na identificação do risco, controle dos sintomas, diagnóstico, tratamento e progressão da doença dos pacientes com câncer de cabeça e pescoço sob cuidados paliativos.

Referências

- Magrin J, Kowalski L. Bilateral radical neck dissection: results in 193 cases. *J. Surg. Oncol.* 2000;75:232-240.
- Teixeira D, Almeida JS, Visniauskas B, Gomes GN, Hirata AE, Bueno V. Myeloid-derived suppressor cells and associated events in urethane-induced lung cancer. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68:858-864.
- Pauloski BR. Rehabilitation of dysphagia following head and neck cancer. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2008 Nov;19(4):889-928.
- Logemann JA, Pauloski BR, Rademaker AW, Lazarus CL, Gaziano J, Stachowiak L, Newman L, Mac Cracken E, Santa D, Mittal B. Swallowing disorders in the first year after radiation and chemoradiation. *Head Neck.* 2008 Feb;30(2):148-58.
- Eckman S, Roe J. Speech and language therapists in palliative care: what do we have to offer? *Int J Palliat Nurs.* 2005 Apr;11(4):179-81.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002). Definições e princípios. In R. A. Oliveira (Org.) (2008). *Cuidado paliativo* (pp. 15-32). São Paulo: Crempes.
- Silos L, Costa CL. A beleza feminina e o câncer de cabeça e pescoço. In: Costa CL, Nakamoto LH, Zeni LL. *Psico-oncologia em discussão*. 1a ed. São Paulo: Lemar; 2009.
- La Mantia I, Rossitto F, Andaloro C. Quality of life in head and neck cancer: Patients' and family caregivers' perceptions. *Egypt J Ear Nose Throat Allied Sci* 2017; 18: 247-50.
- Connor NP, Cohen SB, Kammer RE, Sullivan PA, Brewer KA, Hong TS. Impact of conventional radiotherapy on health-related quality of life and critical functions of the head and neck. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2006;65:1051-62.
- Sebastiani RW. Atendimento Psicológico no Centro de Terapia Intensiva. In: Aangerami-Camon VA (Org.). *Psicologia hospitalar: teoria e prática*. 5 reimpr. 1a. Ed. São Paulo: Pioneira Thomson; 1994. p. 29-71.
- Cohen SR, Mount BM, Strobel MG, Bui F. The McGill Quality of Life Questionnaire: a measure of quality of life appropriate for people with advanced disease. A preliminary study of validity and acceptability. *Palliat Med.* 1995;9:2007-19.
- Vartanian JG, Carvalho AL, Yueh B, et al. Long-term Quality-of-Life Evaluation After Head and Neck Cancer Treatment in a Developing Country. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2004;130(10):1209-1213. doi:10.1001/archotol.130.10.1209
- Dias, Fernando; Noronha, Jorge. *Câncer da Laringe: Uma abordagem Multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- Munker R, Purmale L, Aydemir Ü, Reitmeier M, Pohlmann H, Schorer H, Hartenstein R. Advanced Head and Neck Cancer: Long-Term Results of Chemo-Radiotherapy, Complications and Induction of Second Malignancies. *Onkologie* 2001;24:553-558. doi: 10.1159/000055143
- Zabora J, Brintzenhofszoc K, Curbow B, Hooker C, Piantadosi S. The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology.* 2001;10(1):19-28.
- Thompson AR, Krouse RS. Terminal care in head and neck cancer patients: a framework for medical decision making. *J Am Coll Surg.* 2004 May;198(5):837-41.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Câncer de Cabeça e Pescoço; Disfagia; Comunicação; Fonoaudiologia.
CAAE 26331314.2.0000.5274