

AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO CARDIORRESPIRATÓRIO E FADIGA EM PACIENTES TRATADOS COM QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Jacqueline A Borges^{1,2}; Mônica M P Quintão^{1,2}, Sérgio S Chermont¹, Hugo Tannus F Filho², Evandro T Mesquita¹.

1. Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói-RJ, BRASIL

2. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva – INCA, Rio de Janeiro-RJ, BRASIL

OBJETIVOS

Avaliar o desempenho cardiorrespiratório e fadiga pré-pós quimioterapia (Qt) em pacientes com câncer gástrico (CG) tratados com Qt. - Descrever as características clínicas, alterações na força muscular respiratória (pressão inspiratória e pressão expiratória máxima (P_{imáx} e PE máx), força muscular periférica (dominante e não dominante) e fração de ejeção do VE (FEVE) pré- pós Qt.

FUNDAMENTOS

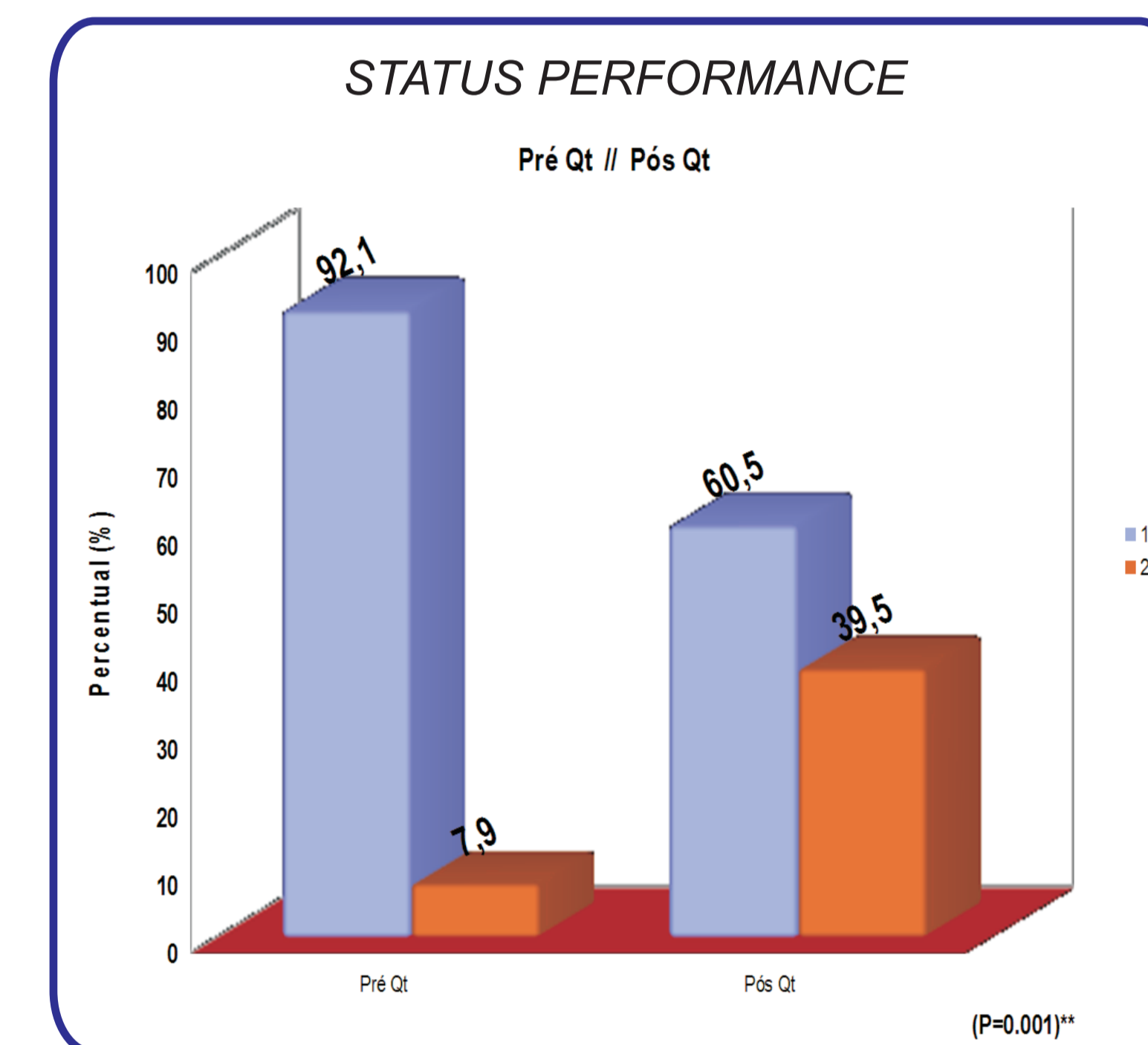
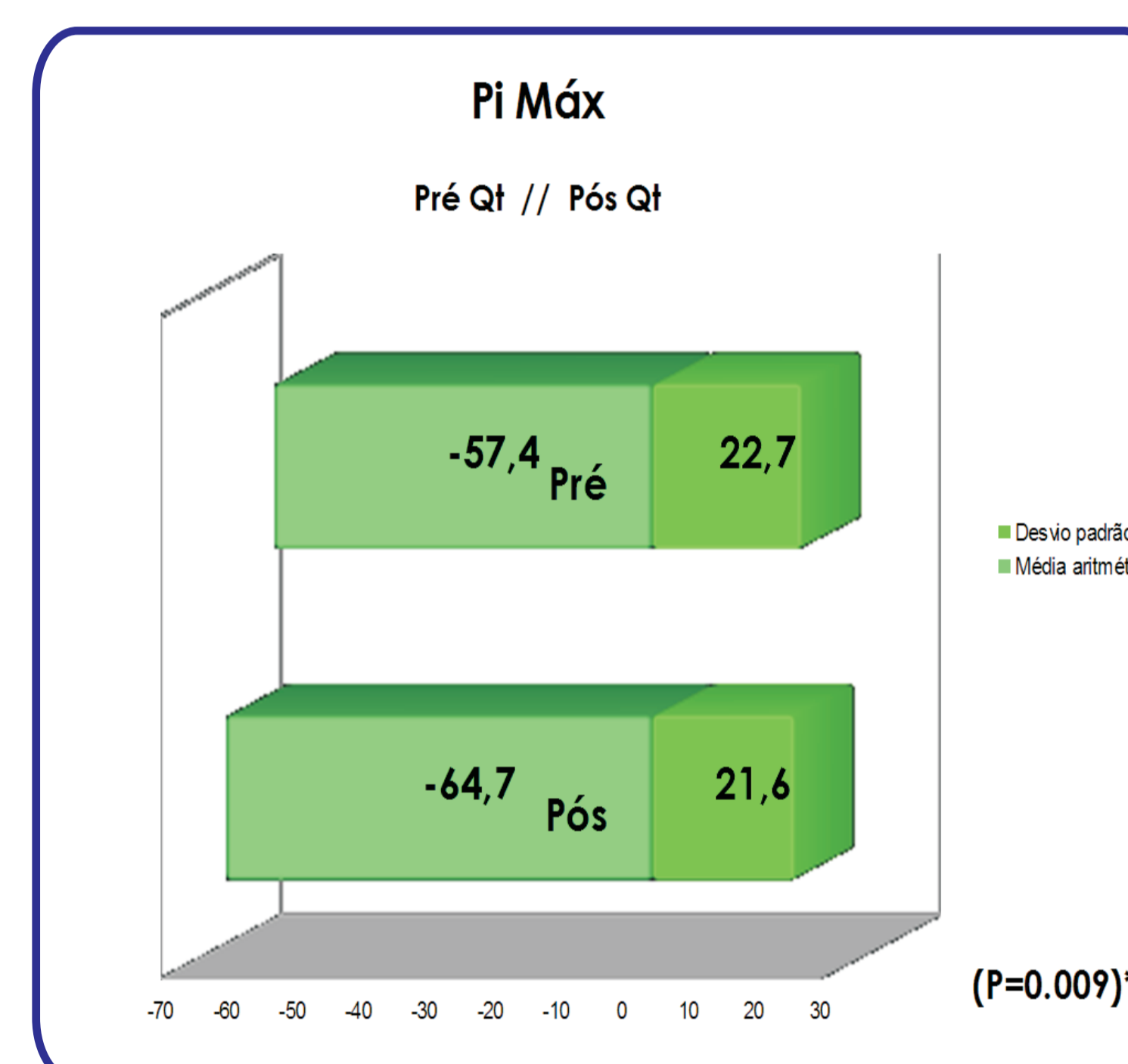
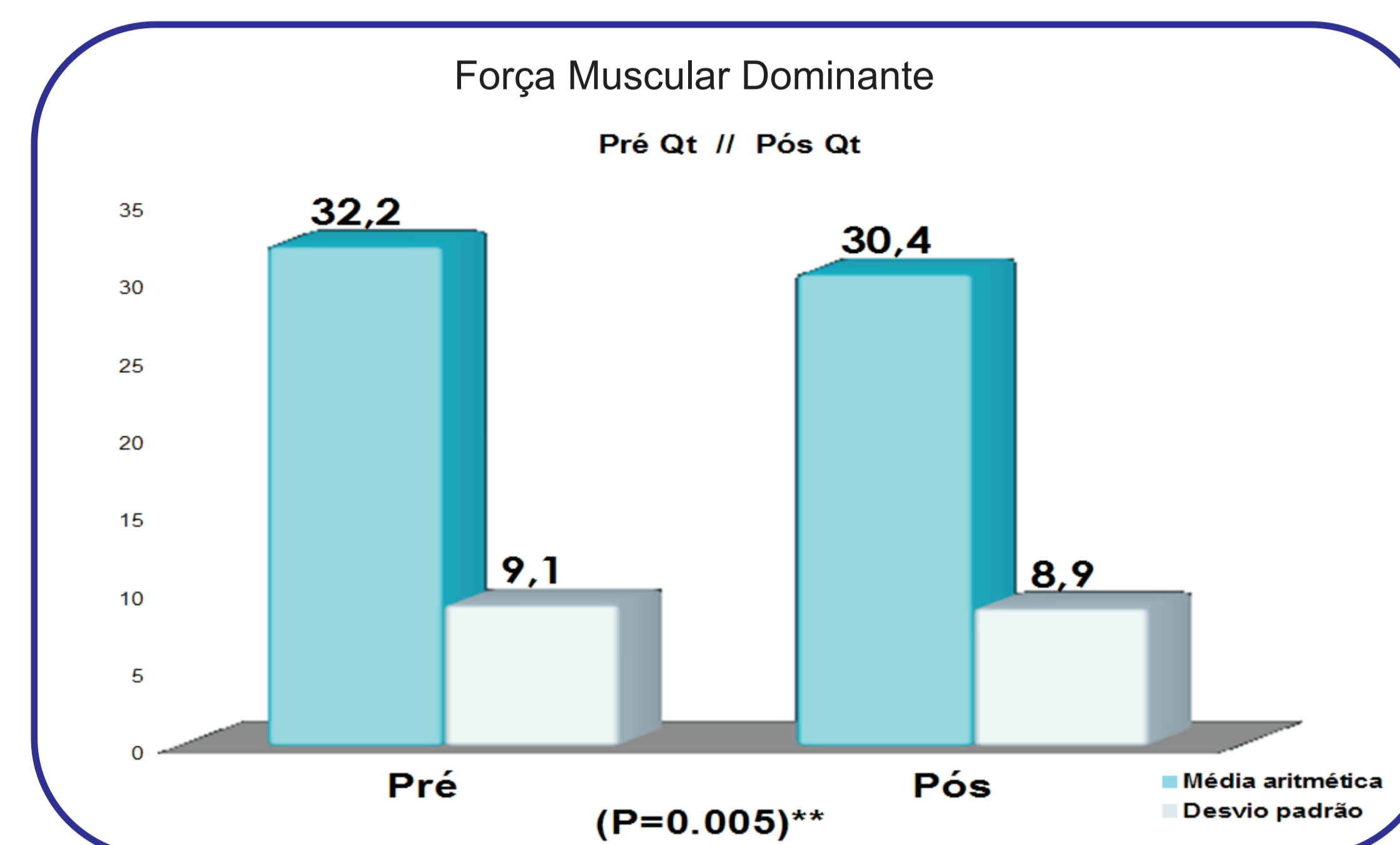
O número de sobreviventes de câncer continua crescendo com avanço de terapias antineoplásicas, apesar da alta prevalência de cardiotoxicidade que pode causar disfunção ventricular e/ou insuficiência cardíaca (IC) nos pacientes¹. Os mecanismos associados à fadiga na IC são a inadequada perfusão sanguínea que afeta os músculos respiratórios e periféricos, levando à diminuição da capacidade oxidativa e intolerância ao exercício^{2,3}. O TC6M (teste de caminhada de 6 minutos) é um teste submáximo, reproduzível e avalia a tolerância ao exercício e saturação de O₂ (SatO₂)⁴. O diagnóstico de IC induzida pela Qt pode ser feito através do ecocardiograma¹. A fadiga é um sintoma prevalente e debilitante em pacientes com câncer e IC que pode comprometer a qualidade de vida^{5,6,7}.

MÉTODOS

Coorte prospectivo e observacional, selecionados 38 pacientes com câncer gástrico localmente avançado, estadiamento clínico (TNM \geq T2N0) tratados Qt neoadjuvante, atendidos no ambulatório de fisioterapia do Instituto Nacional de Câncer-RJ (INCA), período de Março de 2015 a Março de 2017. Os pacientes excluídos: histórico prévio de IC e NYHA⁸ \geq III, alterações na marcha e aqueles que se recusaram assinar o TCLE. Todos os pacientes selecionados passaram por uma avaliação no pré e pós-Qt que constava de: TC6M, avaliação de fadiga (Piper-revisada⁶ Pictograma de fadiga⁷ e DEFS e DUF5)⁹, Inventário de Depressão de Beck¹⁰, NYHA, avaliação de força muscular periférica e respiratória, *status performance*. Os dados de Índice de massa corpórea (IMC), laboratoriais e ecocardiográficos foram coletados no prontuário eletrônico. O programa SPSS 17.0 foi usado para análise estatística dos dados e p<0,05 considerado significativo.

RESULTADOS PRELIMINARES

Amostra de 38 pacientes, 24 sexo masculino, idade média 59 \pm 8,2 anos, IMC 25 kg/m² (pré-Qt) e 24 kg/m² (pós-Qt). Observou-se diferença significativa entre (pré e pós Qt) na força muscular periférica (p=0,005), força muscular inspiratória (p=0,009), peso (p=0,009) IMC (p=0,004), *status performance* (p=0,001), PAS (p=0,002), PAD (p=0,000), Pressão de pulso (0,04) e FEVE (p=0,002). Houve correlação positiva entre: distância percorrida de 6 minutos (DP6M) e força muscular periférica dominante (R=0,54; p=0,000**) e não dominante (R=0,53; p=0,001**) no pré- Qt e entre DP6M e PE máx (R=0,35; p=0,03). Houve redução DP6M percorrida em 20 pacientes, entre (pré-pós-Qt) e DP6M média foi de 30 metros. Quanto à cardiotoxicidade, 11 pacientes mostraram queda FEVE \leq 10% (pós-Qt). A fadiga foi altamente prevalente, porém houve diferença entre as escalas no pré-Qt: Pictograma de fadiga (95%) e Escala de fadiga PIPER (80%). Na análise de fadiga multidimensional não houve diferença significativa entre as dimensões.



DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A miopatia associada a quimioterapia foi a possível causa de perda do desempenho cardiorrespiratório, apesar da alta prevalência do sintoma fadiga antes de iniciar Qt; que pode-se agravar após o tratamento.

Suporte financeiro: financiamento próprio. Aprovação pelo Comitê de Ética do INCA/CAAE: 40466815.7.0000.5274

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- R. et al. Cardiotoxicity associated with cancer therapy: Pathophysiology and prevention. Rev. Port. Cardiol 2013; 32(5): 395-409.
- Mettauer B, Zoll J, Sanchez H, Lampert E, Ribera F, et al. Oxidative capacity of skeletal muscle in heart failure patients versus sedentary or active control subjects. J Am Coll Cardiol 2001; 38(4):947-54
- Ribeiro, et al. Respiration muscle function and exercise intolerance in heart failure. Curr Heart Fail Rep. 2009; 6(2): 95-101
- Morales-Blanchir JE. et al. Teste de caminhada de seis minutos: uma ferramenta valiosa na avaliação do comprometimento pulmonar. J. Bras. Pneumol. 2011; 37(1) 110-7.5 Camponero, R et al. Consenso Brasileiro de Fadiga. Revista Brasileira de Cuidados Paliativos 2010;3(2): suplemento-1
- Mota DDCF, Pimenta CAM, Piper BF. Fatigue in Brazilian cancer patients, caregivers, and nursing students: a psychometric validation study of the Piper Fatigue Scale-Revised Support Care Cancer 2009; 17(6):645-52
- Mota DDCF, Pimenta CAM, Fitch MI. Pictograma de Fadiga: uma alternativa para avaliação da intensidade e impacto da fadiga. Rev Esc Enferm USP 2009;43(Esp):1080-7
- Di Naso FC et al. A classe da NYHA tem relação com a condição funcional e qualidade de vida na insuficiência cardíaca. Fisioter Pesq 2011; 18 (2): 157-63.
- Tiesinga LJ et al. DUF5 and DEFS: development, reliability and validity of the Dufch Fatigue Scale and the Dutch Exertion Fatigue Scale Int. J. Nurs. Stud 1998: 115-23
- Gorenstein C, Andrade L. Inventário de Depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. Rev Psiq Clin 1998;25: 245-50.

Contato: jborges@inca.gov.br

Projeto Gráfico: Setor de Edição e Informação Técnico-Científica / INCA