

Por que o câncer deve ser considerado como uma doença “própria” da infância

Why cancer must be considered a childhood disease

Nubia Mendonça*

A incidência do câncer pediátrico em nosso país ainda é desconhecida. Estimamos de 8.000 a 10.000 novos casos/ano, pois os números de que dispomos provêm dos Serviços Especializados cadastrados junto ao Ministério da Saúde e de pacientes registrados nos diversos Grupos Cooperativos Brasileiros, ligados à Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica (SOBOPE). Estes números estão aquém da nossa realidade.

A exemplo da tuberculose, “o câncer é difícil de ser diagnosticado em seu início e fácil de ser tratado e, ao contrário, fácil de ser diagnosticado quando avançado e difícil (quando não impossível) de ser curado”.

A experiência do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) com crianças portadoras de Doença (ou linfoma) de Hodgkin (DH), relatada por Oliveira B.M. e colaboradores nesta edição do *Jornal de Pediatria*, nos mostra que esta patologia, com índices de cura superiores a 90% na literatura de países desenvolvidos, ainda é tardiamente diagnosticada em nosso meio, tornando o tratamento mais agressivo, prolongado e oneroso, e, o que é pior, levando a taxas de cura inferiores às esperadas, e expondo os sobreviventes a maiores riscos de seqüelas (infertilidade nos meninos), de morte por infecções (nos esplenectomizados), e de aparecimento de uma segunda neoplasia anos após o final do tratamento inicial, dentre outros.

O número de pacientes analisados (31 em 16 anos) não nos permite chegar a conclusões definitivas, mas alguns elementos saltam aos olhos: o grande predomínio do sexo masculino (9:1), a presença de pacientes com baixa idade, o estadiamento avançado, o período de seguimento relativamente curto. As infecções fatais pós-esplenectomia podem aparecer tardiamente e as segundas neoplasias (principalmente leucemia mielóide aguda e mielodisplasias) só se fazem presentes após vários anos do final do tratamento.

Chama ainda a atenção o fato de 35,5% destes pacientes terem se apresentado com linfadenopatia cervical; já outros

35,5% com linfadenopatia múltipla seguramente apresentaram uma adenomegalia isolada como primeiro sintoma, com maior probabilidade de ter sido cervical. E por que estas crianças não tiveram um diagnóstico precoce, ainda em estágio I ou II, segundo Ann Arbor, quando a chance de cura seria superior a 90%?

Outros dados nos apontam para a certeza de doença avançada ao diagnóstico:

1. histologia - a celularidade mista apareceu em 61,2% dos casos. Ela é considerada de pior prognóstico quando em crianças < 10 anos;

2. sintomas B (febre > 38 °C, emagrecimento > 10% do peso anterior, sudorese noturna) – em praticamente 50% (15/31) dos casos.

Esses achados levaram os autores à indicação da laparotomia exploradora em 19/31 pacientes, com esplenectomia em 7/19. Conhecemos a morbidade a curto, médio e longo prazo destes procedimentos. Sabemos que a vacina anti-pneumocócica e a antibioticoterapia profilática não são suficientes para prevenir as infecções esperadas. Complicações virais, fúngicas e por *Pneumocystis carinii* ocorreram em 50% (16/31) dos pacientes, levando a óbito em 1 caso. Nos dias atuais, a quase totalidade dos protocolos cooperativos dispensa o estadiamento cirúrgico-patológico.

Ainda no artigo em apreço, a probabilidade de sobrevivência livre de eventos aos 5 anos foi de 56,5% ± 1,7%, bem abaixo do citado na literatura. Não é difícil imaginar que esses números revelam as condições desfavoráveis de saúde em nosso país. Senão vejamos:

1. nós, pediatras, ainda não percebemos que o câncer não é uma doença exclusiva do idoso, mas também uma doença “própria” da infância. Ele pode aparecer independente de idade, sexo, cor, religião e condição socioeconômica. O câncer é uma doença mimetizante, e como tal, deve constar como diagnóstico diferencial em boa parte dos quadros patológicos pediátricos, especialmente em crianças e adolescentes com adenomegalias;

Veja artigo relacionado na página 281

* Presidente do Departamento de Onco/Hematologia da SBP. Membro do Conselho Acadêmico da SBP.

2. as famílias têm dificuldades culturais e socioeconômicas para procurarem (ou acharem) de pronto um atendimento em local que disponha de recursos diagnósticos adequados;
3. o atendimento em serviço público deixa a desejar em todos os níveis. Os recursos para bem diagnosticar, estadiar e tratar um paciente com uma doença maligna ainda estão longe de ter a agilidade necessária e a resolutividade esperada;
4. as longas distâncias do nosso país-continente dificultam ainda mais o acesso aos serviços especializados, quase todos em capitais ou cidades do interior de maior porte. As diferenças nas diversas regiões do país são indiscutíveis.

São imensas as dificuldades para bem diagnosticar e tratar uma criança com câncer em países como o nosso. O consentimento informado por parte dos pais deve ser uma rotina. As famílias precisam estar conscientes da seriedade da doença, do tratamento que será realizado, das complicações a curto, médio e longo prazo, e das chances de cura.

Os avanços obtidos no tratamento da Doença de Hodgkin após a década de 80 não foram suficientes para aumentar o patamar de cura conseguido até então. Com os grandes avanços no campo da biologia, temos a esperança de passarmos a compreender melhor esta patologia tão heterogênea, conhecer a sua origem e refinar cada vez mais o seu tratamento.

Resta-nos lutar diuturnamente por essas crianças, dando a cada uma delas as mesmas oportunidades de diagnóstico e de tratamento que existem em países desenvolvidos.

Referências bibliográficas:

1. Ben Arush MW, Solt I, Lightman A, Linn S, Kuten A. Male gonadal function in survivors of childhood Hodgkin and Non-Hodgkin Lymphoma. *Pediatric Hematology and Oncology* 2000; 17: 239-45.
2. Levi BL, Marsick R, Drotar D, Kodish ED. Diagnosis, Disclosure and Informed Consent: learning from parents of children with cancer. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology* 2000; 22: 3-12.
3. Langer T, Henze G, Beck JD. Late Effects Surveillance Program. *Medical and Pediatric Oncology* 2000; 34: 348-51.
4. Metayer C, Lynch FL, Clarke A, Glimelius B, Storm H, Pukkala E, et al. *J Clin Oncol* 2000 18: 2435-43.
5. Oliveira BM, Viana MB, Cunha KCCMS. Linfoma de Hodgkin na infância: experiência de 16 anos em uma única instituição. *J pediatr (Rio J.)* 2000; 76: 281-6.
6. Pinkerton CR. Hodgkin's Disease. In: Pinkerton CR, Michalski AJ, Veys PA. *Clinical Challenges in Paediatric Oncology*. Isis Medical Media Ltd, 1999. p. 53-8.
7. Oberlin O. Hodgkin's Disease. In: Voûte PA, Kalifa C, Barrett A. *Cancer in Children – Clinical Management*. Oxford University Press; 1998. p.137-53.