## A Detecção e o Tratamento do Câncer Colorretal

**Resumo de Palavras-Chave** câncer, pessoas, câncer de cólon, pacientes, quimioterapia, câncer colorretal, triagem, câncer retal, drogas, cirurgia, pólipo, anos, teste, programa de assistência, intestino, fezes

00:02 Os cânceres, este show apresentado pelo Dr. Bill Evans e trazido a você pelo programa de assistência ao câncer, ajuda quando você realmente precisa.

00:12 Bill, este mês estamos focando no câncer de cólon. Você pode me dar algumas informações básicas? Quão comum é o câncer de cólon?

00:18 Bem, Shauna, estamos cobrindo em nossa série todos os cânceres mais importantes. Começamos com o câncer de pulmão, fizemos câncer de próstata, câncer de mama no mês passado e hoje câncer de cólon. Cada um deles afeta cerca de 25.000 canadenses a cada ano. E os quatro juntos representam 50% de todos os cânceres. Então, é um câncer comum, é um câncer importante. Mas uma mensagem importante para levar deste show, que tenho certeza que ouviremos de nossos convidados, é que se você encontrar cedo, a probabilidade de ser curado é realmente muito boa. E assim, é importante prestar atenção ao funcionamento do seu intestino. E tenho certeza de que ouviremos isso do Dr. Simonov, que virá a seguir, a importância de estar ciente do seu corpo, de como seu intestino está funcionando, como você está se sentindo, como está seu apetite e se há algum sangue em suas fezes. E todas essas coisas devem levar você ao seu médico de família e, conforme apropriado, a investigações adicionais das quais falaremos. Mas se for encontrado cedo, este é um câncer curável. Se não for cedo, então há coisas cada vez melhores que podem ser feitas para ajudar você e aumentar suas chances de sobrevivência após uma cirurgia realizada. Muitas vezes falamos sobre os fatores de risco para esses cânceres. E, novamente, como muitos dos outros cânceres na série que são tão comuns, o maior fator de risco é realmente sua idade. E 90% dos cânceres de cólon ocorrem após os 50 anos. E alguns outros fatores de risco que você não pode controlar são realmente sua composição genética, e uma das duas formas é se você tem um parente de primeiro grau, então se sua mãe, pai, irmã, irmãos ou filhos tiveram câncer de cólon, então você está em maior risco. Mas também existem algumas doenças geneticamente determinadas, muito raras, felizmente, com grandes nomes como polipose adenomatosa familiar, onde as pessoas literalmente têm centenas, se não milhares de pólipos no cólon, do começo ao fim. E qualquer um desses pode se converter em um câncer. E então há outra síndrome chamada síndrome de Lynch, onde, novamente, é uma anormalidade genética que predispõe ao câncer, mas sem um pólipo precursor. E por razões que não são bem compreendidas, os afro-americanos têm maior risco de câncer de cólon. E estamos vendo algumas mudanças nas pessoas das Primeiras Nações; elas costumavam ter uma baixa incidência de câncer colorretal, mas nas últimas décadas estamos vendo uma incidência crescente. E provavelmente tem a ver com a adoção de um tipo de dieta mais canadense, americana e europeia. A mesma coisa foi observada com os japoneses que migraram do Japão para o Havaí para os Estados Unidos e o que você vê é uma baixa incidência de câncer colorretal no Japão, um nível intermediário de câncer de cólon para aqueles que viveram no Havaí por um período de tempo. E se você vive nos Estados Unidos e tem raízes japonesas, mas viveu lá por sua vida, você tem uma incidência semelhante à de outros americanos. Portanto, presume-se que tem muito a ver com o seu ambiente e, mais particularmente, com a sua ingestão dietética. Há algumas outras coisas das quais as pessoas devem estar cientes. Uma delas é que a inatividade provavelmente aumenta seu risco e, certamente, fazer exercícios e manter o funcionamento regular do intestino. Como dizem os britânicos, uma "constituição matinal", então vá dar uma caminhada e mova o intestino, parece ser algo útil a fazer. E também chegamos a perceber que fumar aumenta seu risco de câncer de cólon. Então, essas são algumas coisas que você pode controlar, mas você não pode controlar sua composição genética e nem sua idade. Mas você pode fazer algo no seu estilo de vida em termos do que você come, quanta atividade você tem e que toxinas você coloca em si mesmo.

04:29 Eu tenho uma outra pergunta rápida. Antes de chegarmos ao Dr. Sommer Novick e ao Dr. John Gottman, que é oncologista médico e lidará mais com quimioterapia em câncer de cólon em estágio avançado um pouco mais tarde no programa, existem outros fatores de risco? Por exemplo, minha mãe teve colite ulcerativa e me disseram que isso poderia ser um fator de risco para mim. Sim,

04:50 eu me esqueci de mencionar isso, mas a doença inflamatória intestinal, seja colite ulcerativa ou doença de Crohn, ambas, se você as tiver por um longo período de tempo, como anos ou mais, seu risco de câncer de cólon é aumentado. E, claro, o manejo também é mais complicado porque já têm sintomas intestinais e discernir diferentes sintomas que podem ser indicativos de câncer colorretal é desafiador. E eles podem ter tido várias cirurgias, mesmo para qualquer uma dessas doenças inflamatórias intestinais. Então, novamente, é complicado e indivíduos com essas doenças específicas precisam estar cientes de que há algum risco e os médicos precisam monitorá-los cuidadosamente.

05:33 Vamos fazer uma pequena pausa na AM 900 ch ml. Quando voltarmos, estaremos conversando com o Dr. Marco Semin Novick, que é cirurgião de câncer colorretal do Hospital Juravinski e, um pouco mais tarde, com o Dr. John Goff, um oncologista médico especializado em terapia sistêmica do câncer colorretal. Isso está chegando na AM 900 ch ml.

05:52 Você está ouvindo o show de assistência ao câncer com o Dr. Bill Evans e a anfitriã Shawna Thompson na AM 900 ch ml. Você está ouvindo

05:59 o show de assistência ao câncer na AM 900 ch ml, que é trazido a você pelo Programa de Assistência ao Câncer. Eu sou Shawna Thompson aqui com o Dr. Bill Evans. E estamos focando especialmente este mês no câncer de cólon. Agora, nos juntamos ao Dr. Marco Simone Novick, um cirurgião colorretal do Hospital Juravinski. E bem-vindo, Marco

06:17 e obrigado por vir esta manhã. Agora estamos falando sobre câncer de cólon e câncer retal. E tenho certeza de que há muitas pessoas por aí que sabem onde fica o cólon, mas algumas que podem não saber. Então, talvez comecemos com o básico de descrever onde o cólon fica dentro do seu corpo e o que há por aí, com certeza.

06:36 Obrigado pelo convite, Shauna e Bill, é um momento muito interessante para estar neste campo. E, espero que possamos cobrir algumas das áreas que acho que podem interessar aos seus ouvintes. Todos sabem onde está sua caixa torácica, todos sabem onde está a pelve óssea e, entre eles, está o abdômen e é aí que o cólon fica. E no final do cólon está o reto, por cerca de mais um metro e meio a dois pés. Quando você come, o alimento vai para o seu estômago, depois vai para o seu intestino delgado, onde todos os nutrientes são absorvidos. E então tudo é despejado no cólon. E o cólon é uma espécie de "C" invertido no seu abdômen. E basicamente tudo o que o cólon faz é absorver água. E o resultado final é fezes que são entregues ao reto. Há alguns eletrólitos que são absorvidos e excretados, mas, em sua maior parte, o cólon é todo sobre reabsorver água para que você não fique desidratado.

07:29 Então, à medida que envelhecemos, um fator de risco é o câncer de cólon, se não um fator de risco. Podemos ter câncer de cólon porque estamos envelhecendo. E acho que 90% de todos os cânceres de cólon ocorrem após os 50 anos. O que uma pessoa pode esperar experimentar se estiver desenvolvendo câncer de cólon? Quais seriam os sintomas? Claro.

07:49 Então, a primeira coisa é, você sabe, é bastante comum, mas, ao mesmo tempo, apenas cerca de 5% da população acabará tendo algum tipo de câncer de cólon. E isso pode ser um câncer em estágio muito inicial, muito curável, ou em estágio avançado. Então, não queremos assustar todo mundo e fazer com que todos pensem que todos vão ter câncer de cólon. Mas é um dos tipos de câncer mais comuns. E você está certo, à medida que envelhece, esse é talvez o fator de risco mais importante para quem tem câncer de cólon. Há alguns outros, mas são pouco compreendidos e podemos discuti-los. Mas os sintomas são a coisa mais importante, como você mencionou, Bill. E pode ser algo tão vago quanto uma leve dor abdominal ou uma perda de peso. Ok. E você deve descrever isso para o seu médico de família. Mas aqueles que você realmente deve chamar a atenção do médico da família são coisas como sangramento retal. Então, se você realmente ver sangue em suas fezes, não assuma que são apenas hemorróidas ou, você sabe, tive esse problema há um mês e foi embora. Se você tem sangramento retal, traga isso à atenção do seu médico de família. A outra é uma mudança nos hábitos intestinais. Então, se você normalmente tem fezes soltas e fica mais constipado ou vice-versa, constipado e fica mais solto, ou se estiver sentindo desconforto ao evacuar, pressões, qualquer mudança nos seus hábitos intestinais que seja consistente. Então, você sabe, todos nós temos mudanças de dia para dia. Mas se há uma mudança consistente nos seus hábitos intestinais, traga isso à atenção do seu médico de família, e seu médico pode fazer um ótimo trabalho em descobrir se isso é algo que precisa de investigação adicional.

09:21 Marco, quando você fala sobre sangramento retal, e eu ouvi isso como um sinal de alerta no passado, mas de quanto sangramento retal estamos falando? Um pouco? Quero dizer, estou supondo que se, você sabe, a privada tem muito sangue, você deve ver seu médico rapidamente. Mas há quantidades menores das quais você também deve desconfiar?

09:38 O que eu sugeriria é que você realmente deve trazer isso à atenção do seu médico de família. E todos nós temos ocasionalmente hemorróidas, ok? Essa é a realidade da existência. E, então, seu médico de família é talvez o melhor em dizer sim, isso merece investigação, um pouco de sangue por um dia ou dois e depois nada por anos, obviamente, não é tão importante quanto alguém que consistentemente está tendo até mesmo apenas um pouco de manchas nas suas fezes. Então, novamente, se você ver qualquer sangue, traga isso à atenção do seu médico de família e eles estão na melhor posição para decidir se você precisa de mais testes.

10:15 Então, eu vou ver meu médico de família, o que posso esperar que sejam as investigações que ele vai sugerir que eu faça? Bem,

10:22 o que eu espero que o médico de família faça é uma boa anamnese e exame físico, e descobrir se há outras coisas acontecendo. Você tem se sentindo mal, perdido peso, diminuição de energia? E, então, eles farão um bom exame físico em você. E uma das chaves para isso é uma boa palpação do abdômen, procurando por surpresas, e espero que não haja nenhuma. E então um bom exame retal digital. Infelizmente, ainda não é tão comum como era há 10 ou 20 anos atrás, médicos de família não estão fazendo exames retais rotineiramente e enviando pessoas para investigações sem aquele primeiro teste inicial. E esse teste pode muitas vezes encontrar cânceres que estão muito baixos ou encontrar evidências de que há muito mais sangramento na parte inferior do que o paciente está admitindo. Então, isso é o que eu esperaria primeiro, e as próximas investigações provavelmente seriam um encaminhamento para um cirurgião ou gastroenterologista para uma colonoscopia. E isso, você não faz triagem em alguém que já tem evidência de sangramento. Então, não há papel para a triagem de testes de sangue oculto nas fezes, etc. Essa pessoa deve ser enviada a um gastroenterologista ou a um cirurgião para avaliação e colonoscopia. E

11:27 quando falamos sobre colonoscopia, talvez possamos descrever um pouco mais sobre o que está envolvido e os desafios de navegar ao redor daquele "C" que você acabou de descrever do cólon, a curva à esquerda.

11:40 Você sabe, todo o conceito de triagem paga. Então, triagem é para pacientes que não têm nenhum sinal ou sintoma ou problema. Mas há diferentes maneiras de triagem de pacientes, dependendo do país. Em Ontário, é Se você está entre as idades de 50 e 74 anos e não tem sinais ou sintomas, mas digamos que você está agendado para uma colonoscopia. E só para que as pessoas saibam, a grande maioria das pessoas passa por isso, não consegue nem lembrar que tiveram, muitas vezes estão dormindo. Mas todos conhecem alguém que teve uma pequena história de horror para contar. Então, na maior parte, a pior parte é a preparação. E você beberá uma solução antes da cirurgia ou antes da colonoscopia, e isso será explicado a você. E o que isso faz é limpar o intestino, de modo que quando um endoscópio ou um tubo é colocado com uma câmera na extremidade, a câmera pode ir até o final do cólon, que geralmente tem cerca de nove pés de comprimento, e pode ver todo o cólon e dar uma boa olhada, procurar coisas como pólipos, cânceres ou outras fontes de sangramento, como hemorróidas. Diverticulite são divertículos, que são pequenas protrusões no intestino, que também podem ser uma causa comum de sangramento. Então, há muitas razões pelas quais você pode ter sangue nas fezes que não têm nada a ver com câncer ou coisas como pólipos.

12:54 Ok, posso perguntar sobre pólipos? Porque eu já tive duas colonoscopias. E encontraram pólipos nas duas vezes?

13:01 Sim, bem, você é muito sortudo que foram encontrados como pólipos e não algo mais sério, como câncer. Então, o pensamento geral e, novamente, na medicina e na ciência, não temos todas as respostas, mas geralmente pensamos que um pólipo, que é um crescimento anormal, mas não um câncer, leva cerca de 10 anos para crescer e se tornar um câncer. Então, você tem o revestimento mucoso normal do intestino. E então você pode ter algumas células anormais e gradualmente crescer em um pólipo, um pólipo com células anormais e, finalmente, um pólipo com células anormais que penetram certas camadas da parede do intestino, tornando-se um verdadeiro câncer. E pensamos que leva cerca de 10 anos. Então, intuitivamente, faz sentido que se você remover aquele pólipo antes que ele se torne um câncer, você deve ser capaz de prevenir cânceres. Então, em certo sentido, quero dizer, tenho certeza de que você tem pólipos, mas em certo sentido, é uma boa notícia que você os encontrou como pólipos e não cânceres.

13:55 Sim. E eu também estou em uma rotina regular agora para triagem a cada cinco anos, certo. Sim,

14:00 isso é ótimo. Então, estamos falando sobre triagem. Então, vamos voltar a isso em termos do que é oferecido provincialmente como um programa de triagem. Não é fazer uma colonoscopia. Esse não é o padrão de cuidado promovido como o programa provincial de triagem. Na verdade, é procurar sangue oculto usando um teste específico e talvez você possa descrever esse teste e os prós e contras dele, se puder.

14:25 Claro. Então, diferentes jurisdições ao redor do mundo têm diferentes políticas e, na verdade, Ontário é uma das primeiras grandes áreas, não a única no Canadá, a ter um programa de triagem. Alguns dos aspectos desse programa são claramente apoiados por evidências e alguns não necessariamente, mas fazem sentido intuitivo. Então, triagem em Ontário é para pacientes que estão entre as idades de 50 e 74 anos. E o teste que usamos é algo chamado Teste de Sangue Oculto nas Fezes, e você faz três testes. E o paciente deve pegar um pequeno cotonete das suas fezes e esfregá-lo em um pequeno disco de papel. E pode ser um pouco desconcertante para as pessoas fazerem isso. E eles têm que fazer isso três vezes. E têm que evitar certas coisas, como vitamina C, carne vermelha e tomar aspirina, Advil e AINEs. Então, pode ser bastante problemático. Mas é a espinha dorsal do programa de triagem em Ontário. E, além disso, em Ontário, você é elegível para ir diretamente para uma colonoscopia se tiver um parente de primeiro grau com câncer, e parente de primeiro grau significa pais, irmãos ou filhos. E então, esse é o programa, e você faz um teste de sangue oculto nas fezes a cada dois anos. Como eu disse, se você tem um parente de primeiro grau, vai para uma colonoscopia. E se o seu teste de sangue oculto nas fezes for positivo, você deve ir para uma colonoscopia. E se você fizer uma colonoscopia e tiver uma colonoscopia normal, você não precisará de outra por 10 anos. As coisas estão mudando na província, estamos mudando do teste de sangue oculto nas fezes para algo chamado teste de fit, que tem mostrado ser um teste mais eficaz. Não só é muito mais fácil para os pacientes trabalharem com ele, mas é mais sensível e específico, o que significa que detecta mais cânceres. Nenhum teste é perfeito. Então, o teste de sangue oculto nas fezes pega apenas cerca de metade dos pacientes com câncer, o teste de fit pegará cerca de 80% dos pacientes com câncer. O teste de fit é muito mais fácil também, é basicamente um cotonete que você apenas pluga nas fezes, conforme pode estar sentado no seu recipiente de escolha. E você apenas quebra e coloca no pequeno recipiente e envia pelo correio. É apenas uma pequena mancha e não há esfregação, não há três testes. E mais importante, não há ajuste para medicamentos ou coisas que você está comendo. Testa uma parte diferente da molécula de sangue. E

16:55 não importa se você comeu carnes vermelhas ou não, o teste de sangue oculto nas fezes pode ser positivo no teste de sangue oculto. Então, o teste de fit é vantajoso. Agora, em algumas partes do mundo, estão usando sigmoidoscopia como um teste de triagem. E isso não é padrão aqui, embora haja enfermeiras praticantes que foram treinadas nesta cidade para realmente fazer essa triagem. Como isso tem progredido?

17:19 Bem, como você sabe, Bill, há muitas idiossincrasias em qualquer sistema de saúde em qualquer parte do mundo. E isso é um pouco paradoxal, pois a sigmoidoscopia flexível tem se mostrado mais eficaz na prevenção de mortes por câncer colorretal do que o teste de sangue oculto nas fezes. Mas é um teste mais desafiador de organizar, e basicamente você está fazendo flex sig em todos. Alguns dos estudos sugerem que se usarmos consistentemente o teste de sangue oculto nas fezes ao longo de um período de 10 anos, apenas cerca de 10 a 25% dos pacientes acabariam com uma colonoscopia. Esses números são muito, muito mais altos se você estiver fazendo flex sig em todos, porque no segundo em que você vê qualquer pólipo com uma flex sig, os pólipos são bastante comuns, provavelmente 50% das pessoas com mais de 60 anos têm um pólipo, você acaba fazendo muitas, muitas mais colonoscopias. Então, há vantagens e desvantagens. E acho que gostaria de enfatizar que não acho que temos o teste de triagem perfeito. Mas temos um teste de triagem bastante bom agora, o fit deve ser uma melhoria nisso. Mas, ao mesmo tempo, não vamos contar com a triagem para combater o câncer colorretal. Se você tiver sinais ou sintomas, realmente precisa trazer isso à atenção do médico da família e seguir a partir daí. Essa é realmente

18:39 uma mensagem chave que gostaríamos que todos os nossos ouvintes ouvissem e levassem consigo. Agora você é cirurgião. Então, vamos falar sobre o manejo cirúrgico do câncer de cólon primeiro e depois tentaremos encaixar o manejo cirúrgico do câncer retal, que tem sido diferente. E cada vez mais, esses procedimentos minimamente invasivos estão sendo usados em todo o mundo como uma forma de operar o câncer de cólon, o que acho impressionante, porque quando fui treinado, era uma operação aberta, o que faz sentido porque você pode ver o que está fazendo e sentir as coisas e assim por diante. E talvez você possa descrever como cirurgião colorretal os prós e contras dessas duas abordagens diferentes, uma operação aberta ou uma que é essencialmente feita através de uma série de furos na parede abdominal e assistindo em uma tela de vídeo enquanto você remove parte do cólon em um saco plástico.

19:30 Certo. Então, um cirurgião que faz suas operações predominantemente laparoscopicamente ou um cirurgião que as faz predominantemente abertas, estamos todos na mesma página em termos dos elementos críticos de uma operação de alta qualidade. E isso é uma avaliação adequada antes da operação, entender exatamente onde está o câncer, quão extenso ele é. E então, seja feito laparoscopicamente ou aberto, é a mesma operação. A única diferença é que a incisão em uma operação aberta é obviamente, em média, mais longa do que quando é feita laparoscopicamente. Houve vários ensaios com cirurgia laparoscópica de cólon que sugerem que se você fizer laparoscopicamente, você fica cerca de um dia a menos no hospital. Em média, usa menos medicação para dor e, obviamente, sua cicatriz é menor. Mas, surpreendentemente, não há muitas diferenças em termos de, bem, não surpreendentemente, talvez, felizmente, não há diferenças nas chances de cura. Até mesmo coisas como o desenvolvimento de hérnias após a cirurgia, não há diferença se é feita laparoscopicamente ou aberta. Fizemos algumas pesquisas em Ontário que sugerem que as vantagens, à medida que os hospitais adotam cada vez mais a cirurgia laparoscópica, realmente não refletem as vantagens propostas dos ensaios randomizados. Porque, talvez, a grande coisa é que temos que esperar que o intestino volte a funcionar. Houve ensaios randomizados com cirurgia de câncer retal, e esses são um pouco mais problemáticos. Esses ensaios sugerem que os resultados da cirurgia laparoscópica não são tão bons quanto os resultados da cirurgia aberta para câncer retal. Bastante controverso e tenho certeza de que se você tivesse um cirurgião que fez predominantemente cirurgia laparoscópica, ele discordaria de mim. Mas direi que o líder americano do principal ensaio que testa a cirurgia laparoscópica retal acha que deveria haver uma moratória na cirurgia laparoscópica retal e declarou publicamente que não acredita que a cirurgia de câncer retal deva ser feita laparoscopicamente.

21:31 Agora, estamos ficando sem tempo, mas você tocou no câncer retal. E sei que você é um grande defensor de algo chamado Ressecção Total do Mesorreto ou?

21:39 Claro, sim, você quer descrever isso um pouco?

21:41 Muito brevemente, em 30 segundos ou menos. Agora

21:45 pense no reto como uma salsicha em um pão de salsicha que está encaixado na parte de trás da sua pelve, e sua pelve é como uma xícara de chá. Então, em essência, a excisão total do mesorreto é apenas garantir que você permaneça fora daquele pão de salsicha para remover a salsicha no reto intacto em uma peça com a espécie de bainha do mesorreto, onde estão todos os linfonodos intactos, para que essa seja a melhor maneira de garantir que o câncer não volte, seja na pelve ou em outras partes do corpo.

22:16 E você tem promovido essa técnica em nossa região e ajudando todos os cirurgiões colorretais ou cirurgiões gerais em nossa comunidade no LIN a realizar esse tipo de cirurgia de forma mais eficaz.

22:26 Tenho um grande interesse em pesquisa de otimização da cirurgia de câncer retal em nível populacional. A excisão total do mesorreto é apenas uma pequena parte disso. Bem, é

22:36 fantástico. Adoro o trabalho que você faz em melhoria da qualidade da cirurgia de câncer. Você tem sido um verdadeiro líder nesta comunidade e realmente quero agradecer por ter vindo hoje e falado sobre câncer colorretal.

22:47 Muito obrigado pela oportunidade.

22:48 É absolutamente fascinante. Você está ouvindo o show de assistência ao câncer na AM 900 CML, que é trazido a você pelo Programa de Assistência ao Câncer. Voltaremos já na AM 900 CML.

23:00 Assunto sensível em breve. Esta é o show de assistência ao câncer com o Dr. Bill Evans e a anfitriã Shawna Thompson na AM 900 ch ml. Você está ouvindo

23:09 o show de assistência ao câncer na AM 900 ch ml. É trazido a você pelo Programa de Assistência ao Câncer. Eu sou Shawna Thompson e estou aqui com o Dr. Bill Evans. E temos um convidado especial, o Dr. John Goff, um oncologista médico que se especializa em terapia sistêmica do câncer colorretal.

23:27 Bom dia, John, obrigado por vir. É ótimo ter você e, seguindo o que o Dr. Semin Novick estava falando sobre todas as abordagens cirúrgicas, agora há um papel para a terapia sistêmica cada vez mais na gestão do câncer colorretal. Mas sou velho o suficiente para saber que tivemos apenas uma droga para trabalhar por um longo tempo, de 1972 ao ano 2000, havia apenas uma droga, a cinco fluorouracil ou cinco fu para abreviar. E então as coisas mudaram. E vamos falar sobre algumas das novas drogas que temos. E então, como isso se relaciona com o que Marco estava falando sobre o manejo cirúrgico do câncer colorretal.

24:03 Sim, obrigado por me receber hoje. Quero enfatizar a importância da triagem e, realmente, não dar muito crédito ao Dr. Seminov como cirurgião, mas a cirurgia é o número um aqui, e queremos detectar a doença cedo. Porque a quimioterapia é realmente um complemento. O objetivo da quimioterapia é, eu chamo de seguro parcial, estamos tentando diminuir o risco de que a doença volte após a cirurgia ter sido realizada e, esperamos, retirado virtualmente tudo ou tudo do paciente. No cenário metastático ou incurável, não temos as mesmas opções. E, neste momento, chamamos a quimioterapia de paliativa, o que significa que não vai nos curar, mas pode nos dar alguma qualidade e quantidade de tempo.

24:47 Então, se eu sou um paciente que teve cirurgia de câncer colorretal, digamos, cirurgia de câncer de cólon, porque há diferenças das quais precisamos falar com a cirurgia de câncer retal. O que determina se recebo alguma quimioterapia adjuvante ou adicional após a cirurgia que fiz? Então,

25:04 para câncer de cólon, a coisa mais importante que olhamos é a presença ou ausência de doença em algo que chamamos de linfonodos. E os linfonodos são parte do nosso sistema imunológico, são esses pequenos aglomerados de glóbulos brancos que ficam em um pequeno saco minúsculo, talvez do tamanho de uma ervilha ou menor. E esse é realmente o primeiro lugar para onde as células cancerosas tendem a escapar. E quando elas conseguiram chegar a esses pequenos linfonodos, sabemos que aprenderam a viajar. E isso sugere que, se viajaram para lá, podem ser capazes de viajar para outro lugar. E então estamos preocupados com a possibilidade de, no futuro, haver doença metastática ou doença que se espalhou além da origem original. E esse é o nosso principal indicador para a quimioterapia. Então, você mencionou

25:46 a quimioterapia como uma espécie de seguro. Então, você está dando porque identificou que houve disseminação para algumas estruturas locais, linfonodos. E você espera que, ao colocar isso no sistema do corpo, as drogas viajarão e pegarão quaisquer quantidades microscópicas de câncer que estejam em outras partes do corpo, potencialmente, isso é exatamente

26:06 isso. Se tivermos um nódulo tumoral mensurável, digamos, no pulmão ou no fígado, que, vamos supor, tenha cinco centímetros de tamanho, alguns centímetros. A quimioterapia pode encolher isso. Mas é bastante excepcional que faça esse local específico desaparecer. Mas nosso pensamento é que, se houver algumas células cancerosas que escaparam pela corrente sanguínea e pousaram em outro lugar do corpo, a quimioterapia pode limpar essas células, matando essas estranhas. E geralmente citamos uma melhora de cerca de 10% ou 15% na chance de cura no que usamos comumente como ponto de referência de cinco anos. E em cinco ou seis anos, se o câncer não voltou, estamos bastante confiantes de que uma cura foi alcançada. Então,

26:49 não é um grande aumento. Mas, ainda assim, é algo que, se você estivesse na situação de ter tido câncer de cólon e estivesse em risco, poderia querer aproveitar a chance de passar pelo tratamento para melhorar suas chances de permanecer bem. Mas sempre há um lado negativo na quimioterapia. Então, que tipo de coisas eu experimentaria como paciente se eu viesse para receber quimioterapia adjuvante em sua clínica?

27:12 Bem, a primeira coisa que fazemos é garantir que ajustamos o tratamento para o indivíduo. E falamos sobre cuidados personalizados. E, de certa forma, ainda não estamos no ponto com o câncer de cólon em que fazemos muitos testes genéticos e escolhemos uma receita ideal com base no paciente. Mas queremos ver qual é a idade do paciente, qual é a sua saúde geral, há outros riscos? Se eu tenho uma doença cardíaca grave e estou no hospital a cada duas semanas com um grande problema cardíaco, então passar por quimioterapia provavelmente não é a escolha certa para mim. Então, para a maioria das pessoas, os efeitos colaterais são realmente bons, não muito. Sempre temos perguntas sobre queda de cabelo e as drogas para câncer de cólon são bastante amigáveis para o cabelo. As pessoas estão sempre preocupadas com náusea ou vômito, essa é uma preocupação clássica. E, na maioria das vezes, isso não é um problema, podemos prevenir ou controlar isso se surgir. As coisas que realmente prestamos atenção são, e isso é verdade para muitas quimioterapias da variedade de escola mais antiga, ainda muito em uso, incluem risco de infecção. E assim como as células cancerosas, os pequenos glóbulos brancos podem ser temporariamente afetados e esses níveis de glóbulos brancos no corpo podem diminuir. E pode haver um risco de infecção. É temporário e pode ser tratado. Mas fazemos com que as pessoas estejam muito cientes de que, se tiverem febre, devem procurar atenção médica imediatamente. E a segunda, um pouco grosseira talvez para discussão, é diarreia. E isso pode, às vezes, ser sério. Principalmente pode ser bem controlada com medicamentos de venda livre, como Imodium. Mas alertamos os pacientes para se manterem hidratados, beber bem. E se a diarreia não estiver bem controlada, queremos ouvir sobre isso para podermos fazer uma mudança e controlá-la.

28:54 E então, novamente, se eu sou um paciente, o que isso significa para mim, vir ao centro de câncer com que frequência? Quanto tempo tenho que passar? E posso trabalhar enquanto estou nesse tipo de tratamento ou não? É

29:06 bastante variável. Então, há algumas pessoas que conseguem trabalhar, têm energia e é bastante impressionante. Alguns pacientes são extremamente impressionantes no que conseguem fazer. Mas, para muitos de nós, acho que é bastante cansativo e nossa expectativa é que o indivíduo médio não trabalhe. Quanto ao tempo, leva muito tempo. O tratamento geral após a cirurgia seria cerca de seis meses de tratamento a cada duas semanas ou, dependendo do regime ou receita particular. E as visitas ao centro de câncer requerem paciência de algumas pessoas. Acho que é por isso que os chamam de pacientes

29:41 diferentes. Sim.

29:43 Sim, nossas clínicas às vezes estão um pouco atrasadas. As pessoas têm que esperar para fazer seus exames de sangue e suas consultas. A suíte de quimioterapia é um lugar cada vez mais movimentado. E tenho que dar imenso crédito aos pacientes com os quais trabalho, pois são pacientes, eles realmente parecem entender. E, apesar de passarem tanto tempo lá e estarem passando por tanto, são notavelmente tolerantes e pacientes conosco também. Excelente.

30:09 Agora, no cenário de doença metastática, você disse que é paliativa. E no passado, minha experiência era que tínhamos a droga única, mas as coisas mudaram. E acho que agora há mais combinações de drogas. E você pode ir da primeira linha para a segunda linha para a terceira linha. Fale um pouco sobre como isso evoluiu. E o que isso significa em termos de sobrevivência geral de uma pessoa com estágios mais avançados de câncer colorretal.

30:34 Sim, somos muito cuidadosos ao discutir a sobrevivência porque é extremamente individual. E, como você sabe pela prática, há resultados por todo o mapa. E algumas pessoas podem se sair extremamente bem e surpreender completamente, e outras encontram complicações infelizes e as coisas vão para o outro lado. Mas, ao longo do tempo, acumulamos uma série de drogas para que, no cenário metastático, a expectativa média de vida tenha aumentado de menos de um ano com aquela droga única, o cinco fluro uracil, para cerca de dois anos com uma pequena variedade de diferentes drogas e diferentes receitas. E é aqui que, em certa medida, os cuidados personalizados entram em jogo, pois temos um pouco mais de escolha e um pouco mais de opções no cenário metastático, limitado pelos dados disponíveis e, claro, pelo financiamento do ministério. Uma das drogas que usamos é bastante sensível à presença de um gene específico ou anormalidade de DNA, chamamos de mutação. E essa K RAS, K R A S, e é uma família de mutações que, na verdade, impacta no uso de um anticorpo ou droga específico e pode influenciar completamente se é provável que funcione ou não. Então, embora ainda seja um começo em alguns aspectos para os cuidados personalizados no câncer de cólon, estamos nos estágios iniciais de fazer escolhas baseadas em testes genéticos reais dos tumores. Então,

32:05 não é rotina testar o câncer de cólon para a mutação K RAS ou é

32:10 no cenário incurável? É rotina? Sim, sim. Não chegou ao cenário curável.

32:16 Então, você tem uma mutação dessa K RAS específica, e então algumas das drogas não funcionarão tão efetivamente, pelo que entendi, correto?

32:26 Sim, isso mesmo. Temos um pouco de valor prognóstico disso, um pouco de compreensão do curso geral da doença. Mas, especificamente, há algumas drogas chamadas panitumumabe e cetuximabe que funcionam se essa mutação K RAS não estiver presente e não funcionam se estiver presente. Certo.

32:45 E uma das áreas quentes da oncologia é a imunoterapia. E ouvimos muito sobre isso no câncer de pulmão, melanoma e câncer de rim. Não tanto no câncer colorretal, mas talvez um pequeno subsegmento da população onde pode ser benéfico. Sim

33:01 , quero dizer, ouso dizer que essa é uma parte realmente sexy da oncologia neste momento, essas drogas têm recebido muita atenção da mídia. E, como uma classe, certamente melhoraram os cuidados em várias doenças. Mas você está certo, no câncer de cólon tem sido um pouco mais desafiador. E há marcadores, é um pouco a mesma ideia do K RAS, usar o que chamamos de biomarcador para determinar se algo vai funcionar. Mas há esses marcadores ou biomarcadores para esses agentes imunes. E um deles é o nível de PDL1 no câncer. Mas isso não parece funcionar tão bem no câncer de cólon, parece que está funcionando em um conjunto diferente de regras, em certa medida. E o grande, e isso começa a ficar um pouco complicado, é algo chamado instabilidade de microsatélites. E isso é bastante complicado, mas basicamente temos essas sequências repetitivas de DNA e elas se desorganizam quando não as reparamos adequadamente. E a questão chave aqui é que quando você tem cânceres anormais com muitas e muitas mutações, eles parecem estranhos para o sistema imunológico, e há uma chance de o sistema imunológico reconhecê-los como sendo estranhos ou alienígenas. Agora, se você pode revelar esses cânceres que o sistema imunológico despertou, então talvez você possa realmente obter alguns benefícios e encolher essas coisas. Mas no câncer de cólon tem sido difícil. Então, ainda estamos estudando isso, temos um ensaio ativo no Centro de Câncer Juravinski para pessoas com câncer de cólon e doença avançada, e esse estudo está realmente quase chegando ao fim, está recrutando muito rapidamente porque as pessoas estão empolgadas com essas drogas.

34:40 É um campo muito emocionante da oncologia e um bom momento para estar nele como oncologista, se você for um oncologista acadêmico. Mas também tem sido impressionante para mim ver quanto progresso foi feito em adicionar diferentes drogas e combinações e estender a sobrevivência até mesmo do paciente metastático e melhorar modestamente a sobrevivência daqueles que passam por ressecção cirúrgica. Então, é uma história muito positiva. E aprecio muito que você tenha vindo e contado isso, John, obrigado.

35:06 Obrigado por me receber. Dr.

35:07 John Goff, nosso convidado. Voltaremos já no show de assistência ao câncer na AM 900 CML, e o show de assistência ao câncer é trazido a você pelo Programa de Assistência ao Câncer. Teremos mais em um minuto na AM 900 ch ml.

35:19 Você quer respostas sobre câncer? Você os encontrará no show de assistência ao câncer com o Dr. Bill Evans e a anfitriã Shawna Thompson na AM 900 ch ml.

35:28 Esta é a AM 900 ch ml, e você está ouvindo o show de assistência ao câncer. Eu sou Shawna Thompson, aqui com o Dr. Bill Evans. Só um lembrete de que, infelizmente, não podemos atender chamadas durante o programa. Mas você pode nos alcançar com qualquer pergunta. Você pode me enviar um e-mail em sthompson@900chml.com ou no Twitter usando o handle @ShonaTalk. E, por favor, use a hashtag #CancerAssistShow para que possamos lidar com suas perguntas. E, na verdade, Bill, estivemos focando no câncer de cólon este mês. No mês passado, estávamos falando sobre câncer de mama. E tive algumas pessoas que me enviaram e-mails com relação a alguma controvérsia sobre a mamografia?

36:06 Bem, não há dúvida de que este é um área controversa. E, na verdade, ao me preparar para o programa, fiz bastante leitura. E uma edição específica de uma das revistas de câncer tinha todas as perspectivas delineadas, desde aqueles que ainda são muito positivos e entusiasmados com a triagem do câncer de mama até alguns que são mais negativos. Está claro, no entanto, que os benefícios iniciais relatados para a triagem do câncer de mama eram excessivamente otimistas. Então, uma redução de 40% na mortalidade é apenas fora da realidade, em contraste com o estudo canadense, que agora tem 25 anos, não mostrou nenhuma redução na mortalidade. Então, lá está, você não tem um mostrando uma redução enorme e outro não mostrando nenhuma redução na mortalidade. Entre os dois, você tem 11 outros ensaios randomizados, e acho que o consenso de muitos workshops de especialistas ao redor do mundo geralmente disse que há algum benefício. É mais modesto, talvez uma redução de 20% na mortalidade. Traduzindo isso em algo que as pessoas possam entender melhor, você teria que fazer 1.000 mamografias para evitar que uma mulher morra de câncer de mama. Algumas pessoas argumentariam que esse não é um teste bom o suficiente. Outras diriam que, para salvar uma vida, vale a pena fazer essa triagem. Temos uma força-tarefa canadense sobre cuidados preventivos de saúde no Canadá que revisa evidências. Suas diretrizes e recomendações foram publicadas em 2011 e ainda apoiam mulheres de risco médio, de 50 a 74 anos, fazendo mamografias a cada dois anos. E, para aquelas que são mais jovens e estão em maior risco, como ter um gene BRCA1 ou BRCA2, fazendo isso começando mais cedo na vida. Eles vão revisar todas as evidências existentes, e seu site relata que publicarão novas diretrizes ainda este ano. Então, veremos onde isso está no momento. Esse é o padrão provincial, realizar mamografias em mulheres de 50 a 74 anos. E não há dúvida de que há tanto benefícios potenciais quanto potenciais danos. E, às vezes, as pessoas enfatizam os danos, sendo que você pode obter um falso positivo, o que leva a uma série de testes extras, mais mamografias, você passa de uma mamografia de triagem para uma mamografia diagnóstica para uma biópsia. E com isso, toda a ansiedade associada a isso. Por outro lado, você poderia argumentar que, ao encontrar pequenos cânceres precocemente, você pode ter cirurgias conservadoras de mama e não as grandes mastectomias radicais do passado. Mas você também pega essas lesões pré-cancerosas, coisas que chamamos de DCIS ou carcinoma ductal in situ. Isso é uma espécie de câncer, mas ainda não invadiu. A realidade é que muitos desses são indolentes e nunca causariam dano, mas alguns deles são agressivos e você não pode dizer a diferença. Então, o que você vai fazer? E algumas pessoas, ao lerem a literatura aqui, verão o termo sobrediagnóstico. E tenho que dizer que sobrediagnóstico significa que é um câncer, mas nunca tiraria sua vida porque outra coisa tirou sua vida. É como se eu encontrasse um câncer e, três meses depois, você fosse atropelado por um ônibus ou tivesse um ataque cardíaco. Não há como saber, quando você o encontra, que não é um câncer que será importante. Então, o médico não tem escolha a não ser lidar com isso quando o encontra. Então, não se deixe levar pela ideia de que sobrediagnóstico equivale a tratamento excessivo e que os médicos estão fazendo coisas ruins. É encontrar coisas que sabemos que não teriam tirado sua vida porque outras coisas interviriam. Então, é uma ideia estatística. Portanto, é uma resposta complicada para uma situação complicada. Eu disse que isso seria controverso, e não me surpreendo. Recebemos alguns bons feedbacks, mas mostra que as mulheres estão preocupadas e procurando as melhores informações para si mesmas. E, então, é uma discussão que elas devem ter com seus médicos.

40:16 E, às vezes, você pode ser exposto a muitas informações. E se você não souber a fonte dessas informações, elas podem ser suspeitas. Acho que a conclusão é ter uma discussão com seu médico de família.

40:30 E não custa fazer alguma leitura, mas você também deve ter um filtro sobre isso, se você não for médico, pode ser levado por termos como sobrediagnóstico ou tratamento excessivo ou alguma hipérbole que está em alguns dos artigos. Eu fui a esses sites e, claramente, eles estão levando as coisas além do que as evidências realmente mostram.

40:54 Temos apenas alguns minutos restantes no programa deste mês e voltaremos no dia 25 de junho. Mas, antes de terminarmos, queria mencionar alguns eventos de arrecadação de fundos porque o Programa de Assistência ao Câncer depende de doações e da ajuda das pessoas dessa forma. Acabaram de ter a grande caminhada ontem. Outro grande evento está chegando em agosto, que é o torneio de golfe anual no Glendale Golf and Country Club.

41:19 E isso ocorrerá em 9 de agosto e é uma grande oportunidade. Acho que a maioria dos grupos de quatro já foi preenchida, mas custa $175 por jogador de golfe. Então, pode haver algumas vagas restantes, ligue e descubra. Certamente há oportunidades para doações de prêmios e patrocínio de eventos, incluindo patrocinar um buraco em homenagem a alguém que está lutando contra o câncer ou em memória de alguém que não está mais conosco. Mas, lembrando que todos esses fundos vão para os serviços que o Programa de Assistência ao Câncer oferece, que inclui os passeios gratuitos, inclui o equipamento que ajuda os pacientes a ficarem em suas casas, as cadeiras de rodas, comadres e outras coisas. Temos muitos equipamentos agora. Então, estamos bem abastecidos nesse sentido. Mas também podemos sempre usar mais. E também queremos que as pessoas saibam que temos suprimentos de incontinência, forros de cama descartáveis, suportes nutricionais, esses são todos os serviços disponíveis através do Programa de Assistência ao Câncer, mas todos possibilitados por iniciativas de arrecadação de fundos. Então, realmente espero que você participe do torneio de golfe ou de qualquer um dos futuros eventos de arrecadação de fundos ou apenas faça uma doação, que você pode fazer acessando o site cancerassist.ca ou ligando para 905-383-9797.

42:40 E, claro, dinheiro é a doação mais flexível, porque então o Programa de Assistência ao Câncer pode colocar os fundos onde é mais necessário e onde há uma necessidade imediata.

42:49 Este foi o show de assistência ao câncer trazido a você pelo Programa de Assistência ao Câncer.