

O CÂNCERO E O LINFEDEMA

Um tema tão pertinente como negligenciado



O CANCRO E O LINFEDEMA

O linfedema secundário na consequência de doença oncológica é um tema tão pertinente como negligenciado. Ele resulta da acumulação de líquido linfático (linfa) derivada da obstrução ou lesão dos canais linfáticos. Nesta situação, a linfa extravasa para os tecidos circundantes, causando inchaço (edema). O retirar dos gânglios linfáticos na sequência de doença oncológica leva à lesão nos vasos linfáticos, podendo causar assim um linfedema dito de secundário, para o distinguir da vertente primária, congénita. O linfedema é, pois, uma doença crónica e progressiva, que pode causar graves deformações incapacitantes, mas o seu impacto é também psicológico, social e económico.

“O linfedema pode não se instalar logo após a cirurgia ou dos tratamentos oncológicos realizados. Ele pode por vezes surgir mais de dez anos depois do evento inicial.

Os principais fatores de risco para o aparecimento do linfedema são cirurgias que impliquem a remoção de gânglios linfáticos e tratamentos de radioterapia. A incidência é mais baixa se as cirurgias (sobretudo do cancro da mama) forem realizadas com a investigação da existência de um gânglio sentinela.”

Tomando como exemplo, o tratamento do cancro da mama com esvaziamento axilar (remoção dos gânglios linfáticos da axila), este leva a uma incidência de 20-40% de linfedema no braço, sendo este risco aumentado caso seja associado a radioterapia. Mas não falamos apenas de cancro da mama quando falamos em linfedema. Os tratamentos para cancros ginecológicos bem como da cabeça e pescoço podem resultar em linfedema secundário do membro inferior ou da cabeça, respetivamente. O tratamento do cancro da próstata no homem pode também resultar em linfedema da perna, do escroto e/ou do pénis.

ONCOLOGIA

O linfedema não é uma preocupação imediata do médico nem do doente. Nas primeiras consultas, encontra-se mais focados na quimioterapia e outros tratamentos a que o doente terá de se submeter. A equipa multidisciplinar que acompanha a pessoa com risco de linfedema alerta para esse risco concretamente antes da cirurgia e aquando da radioterapia. Nas consultas de seguimento o seu médico oncologista pode questionar sobre alterações relacionadas com o linfedema, para as quais deve estar atento e manter acompanhamento por reabilitação.

Referências:

CARIATI, M. et al., Adjuvant taxanes and the development of breast cancer related lymphoedema. *Br. J Surg.* 102 (2015) 1071-1078.

KILBREATH, S.L., Risk factors for lymphoedema in women with breast cancer: a large prospective cohort. *Breast.* 28 (2016) 29-36.

LEE, M.J. et al., Lymphedema following taxane-based chemotherapy in women with early breast cancer. *Lymphatic Research Biology.* 12:4 (2014) 282-288.

TRATAMENTO

Não existe uma cura estabelecida para os linfedemas graves de alto grau III, mas todos os graus da doença podem melhorar significativamente com recurso a fisioterapia especializada (Terapia Linfática Descongestiva) e alterações no estilo de vida (alimentação e exercício físico). É importante aqui que o doente não deixe o linfedema arrastar-se para casos avançados, devendo ser proactivo e procurar ajuda no estadio precoce da doença. O tratamento da patologia pelo fisioterapeuta é feito em duas fases:

1. Na primeira fase procura-se reduzir o volume, reduzir a organização do edema, reduzir o desconforto, aumentar a funcionalidade e prevenir/reduzir o número de episódios de infeções subcutâneas. Isto é feito através de tratamento diário. Técnicas utilizadas: drenagem linfática manual, várias formas de compressão (bandas multicamadas, dispositivos de contenção não elástica), exercícios específicos, cuidados de higiene com a pele (limpeza da pele, hidratação da pele, prevenção/tratamento de fungos). Tem de haver nesta fase também o ensino ao doente sobre a gestão da patologia.



“(...) reduzir o desconforto, aumentar a funcionalidade (...)”

2. A segunda fase, dita de manutenção, tem como objetivo manter os resultados da primeira fase de tratamento (inclui a manutenção da prevenção de infeções subcutâneas)

Estratégia:

- Utilização de compressão (contenção elástica por medida em malha plana, dispositivos de contenção não elástica);
- Grau da contenção elástica: dependerá da localização do edema, da idade do paciente, da severidade da patologia;
- Exercícios específicos;
- Cuidados de higiene com a pele.

Existem casos complexos que requerem que com alguma periodicidade sejam realizados tratamentos com o objetivo de reduzir o edema (volume e organização). Neste caso podem ser utilizadas técnicas como (bandas multicamadas/dispositivos de contenção inelástica, eventualmente associadas a drenagem linfática manual).

“ A responsabilização do doente é determinante nas duas fases de tratamento. Tratando-se de uma patologia crónica (na maioria dos casos), sem a colaboração do doente na gestão da sua patologia, não poderá existir sucesso. ”

Os episódios de infecção subcutânea merecem especial atenção durante ambas as fases.

O fisioterapeuta funciona também como facilitador na aceitação da doença e da nova aparência, e os doentes estão em geral mais à vontade com o fisioterapeuta para colocar questões. Há fisioterapeutas com formação específica no linfedema secundário ligado à patologia oncológica.

Para além da fisioterapia, há outras especialidades envolvidas na reabilitação do doente com linfedema, tais como a enfermagem de reabilitação, a terapia ocupacional e a fisioterapia, devendo, portanto, haver uma abordagem multidisciplinar no seguimento destes doentes.

CIRURGIA PLÁSTICA

Certos tipos de linfedema secundário podem melhorar também com recurso à microcirurgia, com resultados variáveis. Há várias operações possíveis consoante as causas de cada linfedema específico, pelo que a indicação cirúrgica deverá idealmente ser feita num centro especializado. Como se tratam de operações microcirúrgicas complexas, são em regra geral apenas realizadas em serviços de cirurgia plástica ou de cirurgia vascular, dado estas serem as especialidades médicas com acesso aos microscópios operatórios de alta potência necessários para estas técnicas. A maior parte dos doentes crónicos em estados avançados não tem indicação para cirurgia. Doentes com linfedemas até ao estadio II que tenham sido bem acompanhados pela fisioterapia, e por isso não tenham fibrose grave dos tecidos,

podem ter na maioria dos casos bons resultados cirúrgicos em termos de controlo da evolução da doença e das infeções, apesar de uma cura completa só estar documentada para cerca de 30% dos doentes no estadio II, independentemente da modalidade cirúrgica em termos de retalhos ganglionares ou anastomoses linfovenosas supermicrocirúrgicas ao nível capilar. As anastomoses linfovenosas a nível dos grandes coletores linfáticos (microcirúrgicas) apresentam piores resultados nos estudos clínicos.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Sendo o linfedema uma doença incapacitante, com uma volumetria assimétrica, falamos então de aspetos como a limitação da autonomia, a forte sensação de depender dos outros para maior parte das atividades, a dificuldade de aceitação do seu aspeto físico, a sensação de perda de feminilidade/masculinidade e a redução da autoestima. Estes pontos levam-nos a reconhecer reações emocionais intensas – tristeza, revolta, angústia, medo, ansiedade, vergonha – consequentemente, poderemos ter um quadro depressivo e isolamento social (isolamento e medo da rejeição dos outros, mesmo com o companheiro/a e daí surgir a interpretação de todas as condutas dos outros como uma rejeição).

*“(...) reações
emocionais
intensas (...)”*



O papel do psicólogo nestes casos é de ajudar o paciente a aceitar a doença (reforçando as indicações do médico e ajudando o doente a integrar estas indicações no seu dia-a-dia); transmitir ao doente a necessidade de decisões informadas e claras pois esta poderá recusar algum tratamento; ajudar a integrar novas formas de realizar tarefas e compreender como isto a afeta; ajudar na aceitação do seu novo corpo e no luto do seu corpo anterior – melhorar a sua autoestima; ajudar a compreender e a aceitar a ajuda da sua rede social; ajudar a desenvolver ferramentas internas que a permitem viver com qualidade com esta doença; ajudar a aumentar o sentimento de controlo e autonomia da sua vida; desmistificar a imagem de rejeição por parte dos outros e se necessário desenvolver estratégias comunicativas e sociais que lhe permitam ter confiança ao pé dos outros e ainda, ajudando a resolver questões no casal para que possa retomar uma vida estável com o seu companheiro/a.

QUESTÕES FREQUENTES

1 O linfedema tem factores genéticos predisponentes? Porque é que algumas pessoas desenvolvem edema e outras não?

A predisposição genética para o linfedema secundário está documentada a nível do braço para doentes com uma mutação no gene da conexina 47. Apesar de tudo, não há atualmente painéis de testes genéticos para exclusão deste gene antes de uma cirurgia oncológica, pelo que os doentes podem ter predisposição genética e desenvolver um linfedema pós-cancro sem que isto seja previamente esclarecido.

2

Foi-me retirado o gânglio sentinela. Deu positivo. Vou ter linfedema?

O procedimento de remoção do gânglio sentinela tem primariamente que ver com o controlo do cancro. Para isto tem de se injectar contraste no tumor e ver para que gânglio é que o cancro está a drenar. Se após a remoção o gânglio sentinela for dito positivo, isso significa que o cancro não se encontra somente na região onde começou, mas já iniciou um processo para se espalhar pelo corpo do doente. Por isso um gânglio sentinela positivo pode levar a que sejam necessárias medidas mais agressivas contra o cancro, como seja uma nova operação para tirar todos os gânglios de uma região (para o cancro da mama por exemplo, é descrito como esvaziamento da axila) e/ou fazer radioterapia.

“ Para o caso específico do cancro da mama, quando um gânglio sentinela é retirado e é negativo (está sem tumor) o risco de desenvolver um linfedema no braço nos estudos clínicos com observação a longo prazo (igual ou superior a cinco anos) é de 9-10%. ”

Caso o gânglio tenha sido dado como positivo e tenha de ter sido feito um esvaziamento ganglionar, o risco aumenta para cerca de 20-30% dos casos, dependendo dos estudos. Cancros mais avançados com necessidade de tratamento de radioterapia têm uma incidência de linfedema em cerca de 50% dos doentes. Por isso, quanto mais atempadamente for descoberto o cancro, maior a probabilidade de sobreviver sem linfedema.

3 Ter varizes é factor de risco?

Não, mas podem existir concomitantemente. O sistema venoso origina as varizes, e o sistema linfático origina o linfedema. Mas a conjugação dos dois factores pode existir, e as próprias varizes mais avançadas podem sobrecarregar também a circulação linfática nos membros, o que pode originar um linfedema.

4 Se tiver um linfedema do braço devo usar manga quando viajo de avião?

Não está comprovado cientificamente que haja alguma vantagem na utilização profilática de manga em caso de viajar de avião. Quem já a usa no dia a dia deve continuar com ela durante a viagem.

É útil que o paciente seja esclarecido por um profissional de saúde com competências na área da linfologia, sobre alguns aspetos:

- grau de compressão preventivo;
- tipo de malha;
- modelo de manga ideal;
- riscos de viajar com material não adequado;
- eventuais riscos de realizar uma viagem longa (mais de 4 a 5 horas) sem utilizar material de contenção elástica.

O doente deve decidir de uma forma informada.

5 Após ressecção de gânglio linfático, e ainda sem linfedema, que prevenções devo tomar?

Evitar as infeções, ter cuidado com o membro, verificar todos os pequenos cortes ou picadas.

Deve manter peso corporal adequado e manter a atividade física.

6 Que devo fazer se tenho suspeita de linfedema?

É fundamental haver um diagnóstico precoce. O linfedema pós cancro tem, numa fase inicial, uma componente hídrica acentuada e a sua oscilação de volume pode ser diária. Com a Terapia Linfática Descongestiva (TLD) é possível uma redução completa e por vezes até definitiva.

Desta forma julgamos imprescindível esta avaliação inicial, pelo seu médico de família ou pelo médico que a acompanha, evitando assim a instalação da doença. Com a ajuda do Fisioterapeuta especializado o linfedema, na fase inicial, poderá ser reversível.

Cada dia, bem como os cuidados a ter, é importante a evolução do linfedema.

Se o seu o seu linfedema já se instalou lembre-se que ele tem tratamento e este acompanhamento técnico continua a ser de importância crucial para manter os padrões de controlo da sua doença.



1) Linfedema no braço direito pós mastectomia



2) Linfedema na perna pós prostatectomia

7

Devo fazer exercício se tenho linfedema? Que tipo?

Há vários estadios de linfedema, e neste campo há mais estudos para o cancro da mama. O plano de exercícios terá que ser adaptado à sua situação específica, e para tal os profissionais de saúde da sua equipa deverão dar indicações. O exercício, com contenção, é bom, de forma progressiva. Mais uma vez o doente deve estar esclarecido sobre alguns sinais de alerta, perante os quais deve moderar o tipo de exercício.

8

Quais os direitos do doente com linfedema?

Não há direitos específicos para esta população, existe apenas uma tabela geral de incapacidades. Normalmente a incapacidade por questões vasculares é de um máximo de 20-30%. No entanto, no linfedema secundário pós cancro há comparticipação e o linfedema conta para a desvalorização total, ou seja, é adicionado à situação de neoplasia existente. Apenas os doentes avaliados em "Junta Médica de Avaliação de Incapacidade" como tendo um grau de incapacidade igual ou superior a 60%, poderão usufruir de isenções de taxas moderadoras, benefícios fiscais (redução no IRS, isenção do imposto de circulação), etc. A avaliação desta incapacidade está regulamentada, tem de ser requerida e é avaliada por uma "Junta Médica de Avaliação de Incapacidade".

Para obter este documento, deverá dirigir-se ao Centro de Saúde da sua área de residência e aferir qual o local onde pode ser avaliado o seu grau de incapacidade.

A Tabela Nacional de Taxas e Incapacidade está regulamentada no Decreto-Lei 352/2007, 23 de outubro e as lesões linfáticas fazem parte dessa tabela, bem como as erisipelas, que são uma ameaça real para os portadores de linfedema.



T +351 911 949 409 | info@andlinfa.pt
www.andlinfa.pt

T +351 935 049 027 | info@evitacancro.org
www.evitacancro.pt

Este documento foi baseado no webinar
*"O cancro e o Linfedema.
Um tema tão pertinente como negligenciado"*

<http://www.youtube.com/watch?v=OTwpScasuVg&t=2678s>

O GRUPO DE TRABALHO DESTE DOCUMENTO:

Ana Rolo
Medical Writer

J. Pereira Albino
Cirurgião Vasculár

Ana Catarina Hadamitzky
Cirurgiã Plástica

Ana Isabel Joaquim
Oncologista

Nuno Duarte
Fisioterapeuta

Manuela Lourenço Marques
andLINFPA

Tamara Hussong Milagre
Evita Cancro

Soraia Louro
Psicóloga clínica



PORTUGAL **ANDLINFA**
**Associação Nacional
de Doenças Linfáticas**

**National Association of Sufferers
of Lymphatic Disorders**

www.evita cancro.org
www.andlinfa.pt