

Hemorragias no cancro avançado

Introdução

As hemorragias terminais agudas ocorrem em até 10% dos doentes com cancro [1] e nas doenças hematológicas malignas podem atingir os 26% [2]. Num estudo realizado em Portugal por Ferraz Gonçalves et al. sobre as últimas 48 horas de vida em 300 doentes, verificou-se que 45 (15%) tinham tido hemorragias durante esse período e 6 destes necessitaram de sedação [3].

As hemorragias podem variar muito em volume, desde um pequeno gotejamento até hemorragia fatal. As hemorragias podem dever-se a causas sistémicas relacionadas com trombocitopenia ou outras alterações da coagulação como a coagulação intravascular disseminada, insuficiência hepática, anticoagulantes, imunoterapia como o bevacizumab, anti-inflamatórios não esteroides (AINE) AINE, etc. [4]. Podem dever-se a causas locais, como tumores, ou aos efeitos tardios da radioterapia. O modo de lidar com as hemorragias tem a ver com o local e o seu volume no imediato, mas também com o prognóstico.

Os doentes com uma hemorragia significativa, que previsivelmente não estão próximos da morte, devem ser estabilizados hemodinamicamente e submetidos a análises com hemograma, estudo da coagulação e da função hepática. Podem ser necessários estudos de imagem e endoscopias, sobretudo quando a causa da hemorragia não é evidente. A medicação que está a tomar deve ser considerada e, nos doentes hipocoagulados deve considera-se a sua interrupção, não só imediato, mas também a sua continuação, ainda que permaneça um risco de trombose como nos doentes com fibrilação auricular, por exemplo, devendo avaliar-se qual o maior risco.

As hemorragias grandes podem causar grande ansiedade nos doentes e nos seus familiares. Se não estiverem preparados pode causar-lhes grande angústia e complicar o luto para os familiares. Mas, por outro lado, discutir algo que pode não ocorrer pode causar medo e ansiedade

desnecessários. É, assim, uma questão de decisão difícil. No entanto, o prognóstico deve ser clarificado e os objectivos de vida identificados para se desenvolver um plano de acordo com os desejos do doente. Os objectivos já não são prolongar a vida a todo o custo, mas o tempo em casa com a família e os amigos, evitando os internamentos e intervenções desnecessárias, enquanto se tenta manter o conforto.

Se as hemorragias são previsíveis, devem usar-se lençóis de cor verde ou azul e ter toalhas disponíveis das mesmas cores para disfarçar o sangue, cuja visão é assustadora; embora se possa pensar que nesse caso o uso de peças de cor vermelha seria preferível, nestas situações, a verdade é que podem fazer parecer a hemorragia maior do que na realidade é.

A hemorragia pode provocar a morte em poucos minutos se tiver origem num grande vaso. Nesta situação, é importante acompanhar o doente, mas não é necessário fazer mais nada. Noutras situações de grande hemorragia que não é rapidamente fatal, deve sedar-se o doente, se este estiver consciente, com midazolam IM ou IV, ou diazepam IV (o diazepam rectal pode-se considerar para os doentes que estejam em casa, mas pode não ser fácil de administrar nesta situação) (quadro 1), com a finalidade de reduzir a ansiedade que esta situação acarreta. Neste caso, a administração de fármacos por via SC não é uma boa opção porque há diminuição reactiva da circulação periférica com o consequente atraso na sua absorção quando administrados por esta via. O midazolam é a melhor escolha na maioria das situações. Tem uma actuação rápida que vai de segundos a alguns minutos [5]. Se as hemorragias são previsíveis pode cateterizar-se uma veia, para a administração mais fácil e controlada do fármaco, e ter-se uma seringa com midazolam preparada. O midazolam pode manter-se à temperatura ambiente por 13 dias, embora se já preparado na seringa possa precipitar, pelo que se recomenda que a seringa seja preparada semanalmente [5].

Quadro 1. Sedação nas hemorragias

- Não existe acesso venoso
 - Midazolam – 15 mg IM
 - Diazepam – 10 a 20 mg R
 - Existe um acesso venoso
 - Midazolam – 1 mg/min IV*
 - Diazepam – 5 mg/min IV*
-

*Até ao encerramento das pálpebras

Durante a hemorragia é indispensável acompanhar o doente durante todo o processo sem nunca o deixar só.

Medidas locais

Todas as medidas devem ser tomadas tendo em conta a sobrevivência esperada dos doentes e os seus desejos.

Além da sedação é necessário tentar parar a hemorragia, se esta não for rapidamente fatal. Se for superficial, a elevação da zona sangrante, se possível, pode por si só reduzir a hemorragia, com compressão local firme com compressas e/ou esponjas de gelatina (Spongostan®) embebidas em adrenalina. Os pensos dessas lesões devem ser realizados com material não aderente para evitar as hemorragias quando se mudam. O laser e a crioterapia podem posteriormente ser considerados para o tratamento destas lesões superficiais, se for considerado adequado em face do estado do doente.

Se a hemorragia for nasal ou dos órgãos genitais femininos é necessário tamponar com o material adequado a cada local.

A radioterapia pode ser eficaz no controlo de hemorragias digestivas, hemoptises, hematúria, hemorragias vaginais e hemorragias de feridas superficiais. As doses e os fracionamentos usados têm sido muito variados, não se podendo, actualmente, fazer recomendações sobre estes aspectos, mas sendo assim, os tratamentos mais curtos podem ser preferíveis em termos de conveniência e custos. A radioterapia pode ser eficaz em 24 a 48 horas [4]. O tratamento pressupõe que os doentes estejam hemodinamicamente estáveis. Um aspecto importante a

considerar é o de o doente já ter sido submetido a radioterapia ao mesmo local. No entanto, a re-irradiação é possível, mas é necessário avaliar cuidadosamente os seus riscos e benefícios.

As endoscopias podem ser úteis na identificação e tratamento de lesões sangrantes nos órgãos acessíveis a estas técnicas. As opções de tratamento são a cauterização, a coagulação com árgon plasma, colocação de clips, injeção de agentes esclerosantes e a terapêutica com laser [4]. As taxas de sucesso variam, mas têm mais probabilidade de êxito em tumores pequenos e nos que não tenham uma hemorragia difusa. A taxa de recorrência das hemorragias é também variada.

A embolização transcutânea é outra possibilidade terapêutica. Há diversos modos de a fazer, mas envolve sempre a identificação de um vaso que possa ser cateterizado e embolizado selectivamente, tentando preservar os tecidos normais [4]. A técnica pressupõe o uso de agentes de contraste para visualizar os vasos, pelo que os doentes devem estar bem hidratados para preservar a função renal. As coagulopatias que possam existir devem ser corrigidas. Nestas condições pode-se atingir um sucesso de 70 a 99%, mas as hemorragias podem recorrer. A embolização pode provocar necrose tumoral com dor durante vários dias, sintomas tipo gripe e náuseas e vômitos.

A cirurgia em certos casos pode também ser útil, mas implica geralmente intervenções mais invasivas e como tal deve ser reservada para doentes com uma sobrevivência esperada relativamente grande ou sem outras opções terapêuticas. Um factor a ter em conta é o risco anestésico. Os procedimentos laparoscópicos podem também ser tidos em consideração.

Tratamento sistémico

Nas hemorragias digestivas o octreotido pode ser útil. O ácido ϵ -aminocapróico pode ser usado para tentar reduzir o volume das hemorragias. A dose inicial é de 5 g IV seguido de 1,0 a 1,25 g/h e se houver resposta, que normalmente ocorre em 8 a 12 h, pode passar-se para a via oral para tratamento de manutenção na dose de 6 a 9 g/d, em doses divididas.

O ácido tranexâmico pode também ser usado para o controlo das hemorragias. A dose recomendada é de 10 mg/kg por dose, por via EV cada 6 a 8 horas, sem benefício com doses superiores a 1 g [4].

A vitamina K pode usar-se para corrigir a coagulação de doentes hipocoagulados com varfarina e nos com deficiências de factores da coagulação dependentes da vitamina K – factores II, VII, IX, X [4]. A vitamina k pode ser administrada por via oral, SC ou EV.

As transfusões de eritrócitos, plaquetas e plasma podem ser usadas em doentes hemodinamicamente instáveis.

Todas estas intervenções devem ter em atenção o prognóstico do doente e depois o seu desejo.

Referências

1. Nauck F, Alt-Epping B. Crises in palliative care – a comprehensive approach. *Lancet Oncol* 2008;9:1086-1091.
2. Cartoni C, Niscola P, Breccia M, et al. Hemorrhagic complications in patients with advanced hematological malignancies followed at home: an Italian experience. *Leuk Lymphoma* 2009;50:387-391.
3. Ferraz Gonçalves, Alvarenga M, Silva A. The last 48-hours in a Portuguese palliative care unit: does it differ from elsewhere? *J Palliat Med* 2003;6:895-900.
4. Johnstone C, Rich SE. Bleeding in cancer patients and its treatment: a review. *Ann Palliat Med* 2018;7:265-273.
5. Gagnon B, Mancini , Pereira J, Bruera E. Palliative management of bleeding events in advanced cancer patients. *J Palliat Care* 1998;14:50-54.