Epidemiologia da Dor do Câncer

Cerca de 6,6 milhões de pessoas no mundo morrem de câncer a cada ano. A dor pode ocorrer em qualquer momento durante a doença. Muitos indivíduos com câncer visitarão seu profissional de saúde por causa da dor, que pode ser o primeiro sinal da malignidade. As intervenções usadas para diagnosticar o câncer, incluindo biópsias e outros testes, podem ser dolorosas. O tratamento do câncer pode ser associado com dor aguda e crônica. Finalmente, a doença terminal pode levar a causar dor. Embora a dor seja um sintoma extremamente temido associado com todas as fases de câncer, na maioria dos casos pode ser adequadamente controlada.

As estimativas da prevalência da dor no câncer têm variado bastante, principalmente pela falta de padronização nas definições de dor e nas medidas usadas para avaliá-la, e por causa da heterogeneidade de condições de dor nociceptiva e neuropática. Outros fatores que contribuem para a ampla variação nos resultados incluem a heterogeneidade dos diagnósticos do câncer (mama, pulmão etc.) e dos tipos de ambiente de tratamento em que os estudos foram conduzidos (paciente não-hospitalizado, paciente hospitalizado, ou comunidade). Geralmente, a predominância da dor na época do diagnóstico do câncer e na fase inicial da doença é estimada ser de aproximadamente 50%, aumentando a 75% em estágios avançados. Uma meta-análise recente evidenciou ser a prevalência de dor em sobreviventes do câncer de em torno de 33%. Uma estratégia para avaliar a prevalência de dor nos pacientes com câncer é considerar as seguintes categorias: dor relacionado com o câncer, a seu tratamento, ou a causas não relacionadas.

Dor Relacionada com o Câncer

Os tumores podem afetar tecidos adjacentes, conduzindo à dor. Embora os relatórios variem extensamente, a prevalência de dor é a mais elevada para os seguintes tumores:

- Cabeça e pescoço (67-91%).
- Próstata (56-94%).
- Útero (30-90%).
- Genitourinário (58-90%).
- Mama (40-89%).
- Pâncreas (72-85%).

Dor Relacionada com o Tratamento do Câncer

Dor relacionada com o tratamento pode incluir a neuropatia periférica dolorosa por agentes quimioterápicos tais como a vincristina, a platina, os taxanos, a talidomida, o bortezomibe, e os outros agentes; dano neural por radiação, incluindo síndrome pélvica pós-radiação e plexopatia braquial; e síndromes dolorosas pós-cirúrgicas por mastectomia, amputação, e toracotomia (veja o texto sobre Dor Relacionada com o Tratamento).

Dor Não-Relacionada com o Tratamento do Câncer

Os pacientes com câncer podem desenvolver a dor que não é relacionada ao câncer, tal como a neuropatia periférica do diabetes ou a dor após a cirurgia por circunstâncias não relacionadas.

Referências

1. Higginson IJ, Hearn J. A multi-centre evaluation of cancer pain control by palliative care teams. J Pain Symptom Manage 1997;14:29–35.
2. Jarlbaek L, Hallas J, Kragstrup J, Andersen M. Cancer patients' first treatment episode with opioids: a pharmacoepidemiological perspective. Support Care Cancer 2006;14:340–7.
3. Potter J, Higginson IJ. Pain experienced by lung cancer patients: a review of prevalence, causes and pathophysiology. Lung Cancer 2004;43:247–57.
4. Vainio A, Auvinen A; Symptom Prevalence Group. Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: an international collaborative study. J Pain Symptom Manage 1996;12:3–10.
5. Valeberg BT, Rustoen T, Bjordal K, Hanestad BR, Paul S, Miaskowski C. Self-reported prevalence, etiology, and characteristics of pain in oncology outpatients. Eur J Pain 2008;12:582–90.
6. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG, Schouten HC, van Kleef M, Patijn J. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. Ann Oncol 2007;18:1437–49.

© 2009 International Association for the Study of Pain®