

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Slide 1. Boas-vindas e Apresentações

MODERADOR:

Olá. Sejam bem-vindos à palestra *Leucemia linfoblástica aguda no adulto: atualização sobre diagnóstico e tratamento*, um programa de educação por telefone e pela Web. Em nome da Sociedade de Leucemia e Linfoma, dou as boas-vindas a todos os participantes. Agradecemos especialmente ao Dr. Mark R. Litzow por compartilhar seu tempo e sua experiência conosco.

Gostaríamos, também, de demonstrar nosso reconhecimento e agradecer à Onyx Pharmaceuticals, uma subsidiária da Amgen, pelo apoio a este programa.

Slide 2. Diapositivo com o título

MODERADOR:

Agora, tenho a honra de apresentar o Dr. Mark R. Litzow, professor de Medicina e diretor do Grupo Orientado para a Doença Mieloide da divisão de Hematologia, da Mayo Clinic, em Rochester, Minnesota.

É um privilégio para mim passar a palavra ao Dr. Litzow.

DR. MARK LITZOW:

Muito obrigado. É uma grande honra e um privilégio estar aqui e fazer esta apresentação. Gostaria de atualizá-los sobre o diagnóstico e tratamento da leucemia linfoblástica aguda no adulto, doença à qual irei me referir como LLA ao longo da apresentação.

Slide 3. Abertura

Prestei serviços de consultoria para a Amgen e para a Sigma-Tau Pharmaceuticals.

Slide 4. Objetivos da Apresentação

Os objetivos estão descritos neste slide que vocês podem ver aqui. Vou falar brevemente sobre como é feito diagnóstico da leucemia linfoblástica aguda. Também abordarei o papel da citogenética no planejamento terapêutico. E falarei brevemente sobre as opções terapêuticas para pacientes com diagnóstico recente de leucemia, bem como para aqueles com recidiva ou que não responderam à terapia inicial. Estes são pacientes com doença recidivante ou refratária. Vou discutir sobre a função dos estudos clínicos no avanço do tratamento da LLA. Abordarei alguns dos efeitos secundários que podem complicar o tratamento e como podemos tratá-los. Depois, quero tecer alguns comentários sobre a importância da comunicação aberta com a equipe médica.

Slide 5. Hematopoiese

Neste slide, trataremos da Hematopoiese, ou seja da produção de células do sangue. Na parte mais superior do slide vocês podem ver uma célula descrita como célula-tronco. Às vezes, eu me refiro a ela como a célula mãe da medula óssea. Se olharem ao longo da parte inferior do slide, vocês poderão ver as células que circulam no sangue, entre elas os eritrócitos, as plaquetas e alguns dos diversos tipos de leucócitos do sangue, como os neutrófilos, eosinófilos, macrófagos e basófilos. E à direita, na caixa vermelha, estão os linfócitos. Eles são originados da célula-tronco e são subdivididos em duas grandes categorias. Uma parte é denominada linfócitos B, que, na verdade, se refere ao nome de um órgão presente em aves, denominado bursa de Fabricius. Essa é a razão de usarmos o termo linfócito B.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Depois, temos os linfócitos T, que são células derivadas do timo, uma glândula localizada no meio da cavidade torácica. A maioria dos pacientes acometidos de LLA apresenta a doença com linhagem B, ou seja, de linfócitos B, mas cerca de 20% apresentam a doença com células ou linfócitos T. Por isso, nos referimos a eles como LLA-B ou LLA- T.

Slide 6. Notas de Rodapé para o Slide 5

Slide 7. Células da Medula Óssea e do Sangue

No slide seguinte volto a mostrar que estas células são originadas na medula óssea e que são as células normalmente produzidas: os eritrócitos que transportam oxigênio, os diversos tipos de leucócitos e, depois, as plaquetas, que participam na coagulação do sangue.

Slide 8. Biópsia de Medula Óssea

DR. MARK LITZOW:

Normalmente, o diagnóstico da LLA é feito quando os pacientes consultam os médicos sentindo indisposição, cansaço ou, talvez, tenham alguma infecção que não responde ao tratamento. Além disso, observamos que os resultados do hemograma (isto é da contagem de células do sangue) não são normais e que, na maioria das vezes, temos que fazer uma biópsia da medula óssea. Nesse caso, coletamos uma amostra da medula óssea – vocês podem ver como isso é feito aqui no osso pélvico, seja no lado direito ou no esquerdo – e chegamos à denominada cavidade medular, da qual coletamos células para serem analisadas ao microscópio.

Slide 9. [Figura]

O que observamos ao microscópio são esses tipos de células que vocês estão vendo agora. Nos referimos a elas como blastos, B-L-A-S-T-O-S, e, muitas vezes, constituem as células dominantes da medula óssea. Eles sobrepujam as células normais e as substituem, dando origem a hemogramas anormais.

Slide 10. [Figura]

E aqui tenho vários exemplos nestes dois slides, mostrando diferentes variações da aparência dos blastos de casos de LLA ao microscópio.

Slide 11. Massa em Tórax de Paciente com LLA

Eu mencionei esta glândula no meio da cavidade torácica, chamada timo, onde os linfócitos T podem se desenvolver. É comum, especialmente na LLA de linfócitos T, que o timo aumente de volume e fique cheio de blastos. Essa massa no meio do tórax é chamada massa torácica e eu tentei mostrar a vocês indicando sua delimitação com setas vermelhas. Essas massas constituem outra manifestação que podemos observar durante o desenvolvimento da leucemia.

Slide 12. Leucemia Linfoblástica Aguda: Epidemiologia

Em termos de epidemiologia ou demografia da população com LLA, são diagnosticados apenas cerca de 6.000 casos por ano. Ou seja, é uma doença relativamente rara se comparada com alguns dos outros cânceres comuns. Muitos de vocês talvez saibam que este tumor maligno é mais comum em crianças,

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



nelas predominando, e que 75% dos casos ocorrem em crianças. Por outro lado, em adultos, a minoria dos pacientes apresenta a leucemia aguda, sendo sua contraparte, a leucemia mieloide aguda, a mais comum. Quando ela acomete crianças, a idade de maior incidência é por volta dos 4 anos, mas pode se manifestar em qualquer idade. E no adulto, pode ocorrer em qualquer idade, seja adulto jovem, de meia-idade, mas também é um pouco mais comum à medida que as pessoas envelhecem.

Slide 13. Classificação de Neoplasias Linfoides pela Organização Mundial da Saúde

As categorias de leucemias e outras neoplasias seguem o sistema de classificação mundial desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde ou OMS. Vocês podem ver aqui, em vermelho, que estes são os diferentes tipos de leucemia linfoblástica B. Basicamente, significa LLA-B. E se olharem estas listas aqui embaixo, estas são as diferentes anomalias citogenéticas que encontramos. Quando coletamos uma amostra de medula óssea, retiramos algumas das células, alguns dos blastos, e os enviamos para um laboratório para ver os cromossomos dentro das células e verificar se estes apresentam alguma alteração. Aqui estão alguns dos tipos que vemos. Vou falar um pouco mais sobre eles sem entrar em grandes detalhes, mas esta é uma informação importante que utilizamos para nos ajudar no tratamento.

Slide 14. Cromossomo Philadelphia

Uma das anomalias cromossômicas mais comuns, especialmente em adultos, é a que chamamos cromossomo Philadelphia. É esta aqui: no slide, vocês veem um conjunto de cromossomos comuns na maioria das células do corpo do ser humano. Existem 22 cromossomos somáticos, um que provém da mãe e outro que provém do pai. Todos nós temos dois cromossomos sexuais. Em mulheres há dois Xs e em homens um X e um Y. Vocês podem ver que no cromossomo Philadelphia, por razões que não compreendemos bem, houve troca de material entre um dos cromossomos de número 9 e um dos cromossomos de número 2. O pequeno cromossomo 22 que vocês podem ver na parte inferior, indicado pela seta, é de fato a anomalia cromossômica que fora observada por alguns médicos na Filadélfia, em 1961, quando foi identificada pela primeira vez e quando recebeu o nome de cromossomo Philadelphia. Só fomos perceber que havia troca de material muitos anos depois. Esse é apenas um exemplo, um dos exemplos mais comuns que encontramos na LLA. Nem todos os pacientes com LLA são portadores do cromossomo Philadelphia, mas alguns sim.

Slide 15. Classificação de Neoplasias Linfoides da OMS

Eu mencionei a LLA-T, leucemia linfoblástica aguda T. Alguns pacientes apresentam uma forma mais linfomatosa, e quando digo isso, significa que há mais acometimento de linfonodos. Alguns pacientes apresentam também essa forma. Existem anomalias cromossômicas que também são observadas na LLA-T, mas não serão abordadas aqui. Eu mostrei apenas algumas das diferentes subcategorias da leucemia linfoblástica aguda T ou LLA-T.

Há também um outro tipo de LLA que é menos comum e é chamada leucemia de Burkitt em homenagem ao Dr. Burkitt. Não vou me deter muito nela hoje, mas é uma outra variante da LLA.

Slide 16. [Figura]

Não vou entrar em detalhes sobre este slide, mas é um gráfico de setores que mostra a distribuição das diferentes anomalias cromossômicas às quais me referi antes, especialmente as de linfócitos B ou LLA-B. O que tentei destacar aqui, no gráfico de setores superior – vocês podem ver que eu escrevi cromossomo Philadelphia à esquerda e indiquei com a seta –, é a frequência das anomalias

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



cromossômicas em crianças. E podem ver que o BCR-ABL ou o cromossomo Philadelphia são bastante raros em crianças, mas que, em adultos, representam quase uma quarta parte das anomalias. Assim vocês podem notar como variam de crianças a adultos. A LLA em crianças não se comporta necessariamente da mesma forma que em adultos.

Vocês também podem ver, em roxo, onde existem algumas das anomalias cromossômicas encontradas na LLA-T. Como tinha dito, elas também são observadas nessa doença.

Este é um assunto muito complexo e não temos tempo para discuti-lo, mas queria que tivessem uma ideia da diversidade de anomalias cromossômicas que existe e algumas das mais comuns.

Slide 17. Fatores Prognósticos Adversos na LLA de Adultos

DR. MARK LITZOW:

Quando um paciente chega com LLA, observamos quais os fatores prognósticos que nos ajudam a prever um pouco os rumos do tratamento. Eles não são precisos, mas são informações que nos ajudam a determinar, às vezes, a abordagem do tratamento. Infelizmente, estou ficando velho e reconheço que já não tolero os tratamentos como antes e, infelizmente, à medida que as pessoas com LLA envelhecem, o que deve ser feito também é afetado.

Se a contagem de leucócitos for muito alta e dependente do subtipo de leucócitos, isso poderá indicar a presença de um tipo de leucemia um pouco mais difícil de tratar. Existem algumas anomalias citogenéticas ou cromossômicas dentre as que temos falado que podem indicar casos de leucemia mais difíceis.

O próximo item diz “Tempo para RC”. Refere-se ao tempo para remissão completa. A demora para uma pessoa responder à quimioterapia, o que é um pouco preocupante, indica que ela também pode ter uma doença mais resistente.

Além disso, existe um conceito que usamos, chamado doença residual mínima. Como os tratamentos e os exames têm melhorado, atualmente conseguimos detectar níveis mais baixos de leucemia do que anteriormente. Uma pessoa pode apresentar medula óssea normal, um bom hemograma, mas mesmo assim, podemos encontrar pequenos indícios de leucemia na medula óssea. A isso, chamamos doença residual mínima. E eu vou mostrar alguns valores. Eles não são tão importantes, mas estão surgindo como um dos preditores mais sólidos da resposta dos pacientes após iniciarem seus tratamentos. Então, eles estão em tratamento, parece que estão respondendo, que estão melhorando, mas ainda encontramos níveis baixos da doença, o que, às vezes, influenciam na abordagem do tratamento.

Slide 18. Quimioterapia da LLA na Infância: Perspectiva Histórica

Como tratamos os pacientes com leucemia linfoblástica aguda? Eu queria apresentar um pouco da perspectiva histórica porque, no todo, a história do tratamento do câncer é relativamente breve e só remonta há cerca de 50 a 60 anos. Vocês podem ver que só com o uso destes fármacos únicos (isto é monofármacos) muitos pacientes podem alcançar uma remissão completa, ou RC. Contudo, aprendemos ao longo dos anos que ela não dura, a menos que se combinem os fármacos e se continue o tratamento. Percebe-se, no entanto, que mesmo com um tratamento relativamente simples, podemos ter melhora na resposta dos pacientes; mas o X da questão é manter a pessoa bem, sem deixar a leucemia voltar após obtermos uma boa resposta ao tratamento.

Slide 19. Quimioterapia da LLA na Infância: Perspectivas Históricas

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Alguns dos princípios do tratamento da LLA foram desenvolvidos pelo Dr. Pinkel, o qual publicou um artigo no *Journal of the American Medical Association*, JAMA, em 1971.

Naquela época não tínhamos muitos dos medicamentos que temos agora. Mas mesmo assim, esses princípios foram desenvolvidos e são aplicados até hoje.

Nosso primeiro objetivo é fazer com que uma pessoa entre em remissão completa e, naquela época, podíamos obter esse resultado com prednisona e um quimioterápico chamado vincristina ou VCR. Havia, também, um outro conjunto de fármacos, o metotrexato é um exemplo, ou a 6-mercaptopurina. Eles são chamados antimetabólitos. A administração de doses elevadas, especialmente de metotrexato por uma semana, era útil. Naquela época, aplicávamos mais radiação do que agora. Como sabíamos que a LLA era sensível ao tratamento com radiação, irradiávamos o cérebro e a medula espinhal. Depois, soubemos que ao administrar frequentemente doses baixas de medicamentos por via oral, por longo tempo, durante mais de dois ou três anos – o que chamamos de terapia de manutenção –, procurávamos manter a remissão alcançada e que a leucemia não voltasse.

Slide 20. Melhoras no resultado da LLA em 2.255 pacientes pediátricos no St. Jude, de 1962 a 2005

Talvez vocês saibam que conseguimos avanços notáveis no tratamento da LLA em crianças. Estas curvas nesses gráficos são o que chamamos, curvas de sobrevida. Elas mostram, em uma população ou um grupo de pacientes, quanto tempo eles vivem com LLA. A curva amarela indica que, na década de 1960, infelizmente, não muitas crianças sobreviveram à LLA. Mas, podemos observar que, nos últimos dez anos, as taxas de cura em crianças atingiram valores acima de 90%. Esse resultado tem sido notável e é uma das histórias de sucesso do tratamento do câncer.

Slide 21. Sobrevida de 18.772 pacientes pediátricos com LLA tratados em estudos clínicos sequenciais pelo CCG ao longo de três décadas

Outro fenômeno interessante é que muito da melhora não aconteceu só porque tivemos excelentes tratamentos novos, mas porque muitos dos fármacos disponíveis foram combinados de maneiras diferentes e administrados em horários e doses diferentes. E aqui, na parte superior, onde diz ausência de fármaco novo e a seta, mostramos que conseguimos essas melhoras quando aprendemos a utilizar esses fármacos em sequências diferentes. Esse fato também ressalta a grande importância dos estudos clínicos no desenvolvimento de novos tratamentos, bem como de novas sequências e combinações, visando melhores terapias e taxas de sucesso.

Slide 22. Tratamento da LLA no Adulto

Os pediatras, os médicos das crianças que tratam a leucemia linfoblástica aguda, nos indicaram o caminho, a nós, médicos de adultos, para o tratamento da LLA. Ou seja, nós aprendemos com base na experiência pediátrica deles. Seguimos o esquema de quatro fases da terapia total que mostrei nos últimos slides. Incorporamos novos fármacos à medida que se tornaram disponíveis, e alguns desses fármacos que continuamos utilizando hoje são bastante antigos, dos anos 60 e 70. Depois, intensificamos o tratamento como podíamos e utilizamos o termo “fármacos sem resistência cruzada”. Procuramos escolher fármacos com diferentes mecanismos de ação. Por exemplo, se as células leucêmicas adquirirem resistência a um fármaco, poderemos utilizar outro com diferente mecanismo de ação e esperar que aquelas células ainda sejam sensíveis ao novo fármaco e destruídas por ele. Estes são alguns dos princípios que seguimos durante o tratamento.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Slide 23. Esquemas Terapêuticos Atuais para a LLA no Adulto

Nos esquemas atuais, aplicamos a chamada quimioterapia de indução por um a dois meses. Procuramos induzir a remissão. Estes são os fármacos que utilizamos: daunorrubicina, prednisona, vincristina, asparaginase, ciclofosfamida, citarabina e metotrexato. Tratamos o cérebro e a medula espinhal porque sabemos que as células leucêmicas podem se esconder no fluido espinhal e não ser tão sensíveis aos quimioterápicos administrados por via intravenosa. Por isso, usamos o metotrexato no canal espinhal. Ele é injetado. E, às vezes, usamos a radiação. Depois, utilizamos alguns desses fármacos, intensificamos o tratamento e consolidamos a remissão que já alcançamos, novamente com muitos desses mesmos fármacos e, finalmente, passamos à manutenção prolongada com um fármaco chamado 6-mercaptopurina. E, novamente, temos o metotrexato, a vincristina e a prednisona. Esse é o tipo de abordagem geral que utilizamos no tratamento de pacientes no início.

Um ponto que não mencionei no slide anterior é que também utilizamos novos medicamentos, especialmente para o tipo de cromossomo Philadelphia que havia mencionado antes. Existem alguns medicamentos mais recentes que são muito ativos nesse quadro. Um é o imatinibe ou Gleevec®. O outro é o dasatinibe, também chamado Sprycel®. Esses são dois exemplos.

Slide 24. Comparação entre o CCG e o CALGB dos EUA

O que eu quero enfatizar com este slide que estou mostrando agora é perceber que, há cerca de dez anos a Dra. Wendy Stock, na Universidade de Chicago, fez uma das observações iniciais: quando jovens adultos de 16 a 20 anos consultavam um pediatra e recebiam tratamento para a LLA, eles respondiam melhor – que é a curva amarela e CCG é o Grupo de Estudo sobre o Câncer em Crianças – que se consultassem com médicos de adultos e recebessem tratamento com médicos de leucemia de adulto. E este é o CALGB, que é o Câncer e Leucemia Grupo B. É apenas o nome de um grupo que tratou esses pacientes. Essa foi uma observação bastante surpreendente: que os mesmos pacientes mais velhos respondiam melhor com tratamentos pediátricos do que com tratamentos para adultos. Isso chamou muito nossa atenção.

Slide 25. Doses Específicas Acumuladas Pós-Remissão

Alguns dos motivos para isso são ilustrados no próximo slide mostrando que os pediatras, os médicos das crianças, o grupo CCG, utilizaram doses mais altas de fármacos, indicados em laranja neste slide, como a vincristina, a DXM (abreviação de dexametasona), que é uma forma de cortisona, e a ASP (que é a abreviação de asparaginase). Eles utilizaram doses muito mais altas desses fármacos. E acreditamos que essa seja uma razão importante da melhor resposta que esses adultos jovens apresentaram quando eram tratados por pediatras. E nós, médicos de adultos, ficamos com um pouco de medo de utilizar esses fármacos com doses tão altas porque os adultos não toleram tão bem os tratamentos quanto as crianças. Nós não queríamos que os pacientes ficassem muito doentes ou até mesmo adquirirem uma infecção grave e morrer por causa dos tratamentos. Isso ocasionou parte da nossa relutância.

Slide 26. Abordagem Pediátrica para a Leucemia Linfóide Aguda no Adulto

Mas quando vimos essas informações, diversos grupos, como estes resultados obtidos na França pelo grupo GRAALL, mostraram que ... – reparem no gráfico inferior especialmente, onde estão localizadas as curvas amarelas e onde eles disseram: “Bem, nós vamos escolher um esquema de terapia pediátrica intensiva, vamos fazer o que fizeram os pediatras e vamos tratar os jovens e adultos de meia-idade e

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



então ver suas respostas e compará-las com um dos antigos esquemas utilizados em adultos”. Aqui, as curvas amarelas ficam acima das azuis, e significa que os resultados foram melhores com o programa de tratamento intensivo, diria, mais pediátrico.

Slide 27. Desfechos favoráveis em adolescentes mais velhos e adultos jovens (AYA, na sigla em inglês) com leucemia linfoblástica aguda

Aqui nos Estados Unidos, a Dra. Stock e seu grupo, juntamente com meus colegas em um grupo do qual participamos, fizemos o que chamamos de um estudo intergrupos, em que se juntaram todos os grupos de tratamento de câncer dos Estados Unidos, e decidimos utilizar um esquema de terapia pediátrica intensiva em nossos adultos jovens, que incluía pessoas de até 40 anos, e ver os resultados.

Slide 28. Estudo Intergrupos dos EUA para AYAs de 16 a 39 anos: C-10403

Este mostra as diferentes fases da quimioterapia a que foram submetidos. Nas caixas, I é indução, C é consolidação, IM é manutenção interina, IT é intensificação tardia e M é manutenção. Aqui estão todos os diferentes quimioterápicos sobre os quais falamos e que foram utilizados nesse programa.

Slide 29. Sobrevida Global

Descobrimos que nossos resultados foram semelhantes aos dos franceses e que a taxa de sobrevida foi muito melhor usando este esquema pediátrico mais intensivo. Ele parecia ser tão bom tanto naqueles de 18 anos como naqueles que estavam na casa dos 30. Esses resultados foram um grande estímulo para nós. A Dra. Stock tinha acabado de apresentar esses resultados em dezembro na nossa reunião nacional de hematologia.

Slide 30. Resumo nº 319 – Superioridade da quimioterapia pediátrica em relação ao transplante alogênico de células hematopoiéticas (TCH) na LLA no adulto sem cromossomo Philadelphia em primeira remissão completa:

Isso também originou a dúvida sobre a necessidade de fazer transplantes de medula óssea ou de células hematopoiéticas em adultos – que está listado aqui, que é o mesmo que um transplante de medula óssea –, uma vez que estamos obtendo melhores resultados com esses esquemas quimioterápicos intensivos. O Dr. Seftel e colegas, de um dos nossos registros de medula óssea, compararam resultados de pacientes tratados com quimioterapia e pacientes que haviam recebido transplante. Essas eram pessoas que tinham recebido tratamento no passado.

Slide 31. [Figura]

Eu não vou entrar em detalhes, mas se observarem a curva superior esquerda, poderão notar que os pacientes tratados com quimioterapia responderam melhor que os pacientes que receberam transplante. Agora, acreditamos que, na maioria dos adultos mais jovens – e temos que individualizar, não podemos generalizar demais –, acreditamos que muitos adultos jovens, não precisam de transplante. No passado, pensávamos que o transplante de medula óssea fazia parte do tratamento da leucemia para a maioria dos adultos.

Esses estudos ajudaram a evoluir o entendimento sobre como abordar essas situações.

Slide 32. Tratamento para a LLA Recidivante ou Refratária

Agora, gostaria de falar sobre o que fazer se um paciente recebe tratamento para a LLA e, infelizmente,

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



ela volta a se desenvolver depois de um período de remissão, ou se enfrentarmos uma situação em que a quimioterapia administrada no início não surte efeito, dando origem à LLA refratária.

Nossas opções seriam utilizar alguns quimioterápicos diferentes que estão disponíveis e diferentes esquemas. Consideramos um transplante de medula óssea, que eu também chamo de transplante de sangue ou medula óssea. Além disso, estão disponíveis tratamentos novos que utilizam anticorpos monoclonais, que são proteínas sintetizadas no organismo que ajudam a combater infecções, mas os cientistas conseguiram ligar tais anticorpos a células cancerosas, fortalecendo o sistema imunológico para eliminá-las.

Slide 33. Mecanismos de Ação dos Anticorpos Monoclonais Conjugados

Este slide é complicado, mas na parte superior esquerda, vocês poderão ver alguns exemplos de anticorpos – e são chamados anticorpos não conjugados porque eles são apenas o anticorpo em si – que já utilizamos no tratamento da leucemia e outros cânceres. Existem muitas variações deles. Podemos ligar coisas a esses anticorpos. Podemos ligar toxinas a eles, podemos ligar fármacos também. Podemos, inclusive, inseri-los em outras células. E esta é a terapia de linfócitos CAR-T sobre os quais vou falar um pouco mais.

Agora, quero falar sobre este daqui do canto superior direito, o blinatumomabe. Ele combina dois anticorpos, um dirigido contra as células leucêmicas e outro que reage com uma célula do sistema imunológico, chamada linfócito T – que é uma célula T normal, não uma célula leucêmica T – e o aproxima da célula leucêmica para eliminá-la.

Slide 34. Indicação Terapêutica Revolucionária do Blinatumomabe

O blinatumomabe, esta nova combinação de anticorpos, tem demonstrado alguns resultados animadores. Ele foi testado principalmente em pacientes com doença recidivante e refratária. Mas, em dezembro, foi aprovado pelo FDA para o tratamento da LLA. Este foi um comunicado de imprensa e, nele, referiram que se destinava a uma forma rara da LLA, a de linfócitos B, que não é tão rara assim, mas é menos comum. Eles disseram que a empresa ainda teria que fazer mais estudos para confirmar que é benéfico. Este medicamento tem de ser administrado, é injetado por via intravenosa, na hora certa, por um mês inteiro. Pode ser feito em ambulatório. Mas é caro, como podem ver aqui. Eu queria que as pessoas soubessem que estamos lidando com alguns tratamentos caros que estão sendo desenvolvidos, mas que parecem muito promissores.

Slide 35. E1910: Estudo randomizado de fase 3: tratamento de primeira linha para adultos com LLA

No grupo de câncer no qual trabalho, chamado Grupo Oncológico Cooperativo do Leste dos EUA, estamos realizando um estudo em pacientes com diagnóstico recente para ver se o blinatumomabe funciona bem. Não quero me deter muito nesta parte, mas basicamente os pacientes recebem toda a quimioterapia sobre a qual me referi antes, metade deles serão sorteados para receber blinatumomabe e a outra metade para não recebe-lo, além de qualquer outro tratamento, para ver se podemos melhorar os resultados. À esquerda, em verde, está indicado quando eles irão receber o blinatumomabe ao longo do tratamento. Este é um estudo clínico que está sendo realizado em vários centros de todo o país, para ver se é possível melhorar o tratamento e se, acrescentando blinatumomabe à quimioterapia, podemos melhorar os resultados. É possível que alguns de vocês ainda estejam participando desse estudo.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Slide 36. Inotuzumabe ozogamicina

Outro fármaco promissor que quero mencionar e que ainda está em desenvolvimento é um outro tratamento com anticorpos monoclonais chamado – este é o nome genérico e é complicado – inotuzumabe ozogamicina. À esquerda na foto, em verde e amarelo, podem ver a ilustração de um anticorpo ligado a um quimioterápico, com estrutura complexa, chamado caliqueamicina. E esta é a seta ilustrada ali. Basicamente, o que estamos tentando fazer é ligar o anticorpo às células leucêmicas para, depois, o quimioterápico entrar na célula e destruí-la. Acreditamos que esta abordagem é atraente porque não estamos atacando todas as células do corpo, como a quimioterapia, mas tentando focar principalmente nas células leucêmicas. Algumas células normais são atingidas, mas as leucêmicas são o principal alvo. Essa técnica tem demonstrado resultados interessantes e encorajadores. Ela continua em desenvolvimento e pode chegar a ser aprovada pela FDA ainda dentro de um ou dois anos.

Slide 37. Linfócitos T Modificados com Receptores de Antígenos Quiméricos

Mais no final, gostaria de falar sobre as células que têm recebido muita publicidade, muito interesse, chamadas linfócitos T modificados com receptores de antígenos quiméricos. Então CAR é, do inglês, um receptor de antígeno quimérico, portanto as chamamos linfócitos CAR-T. Basicamente, carregam um desses anticorpos e o colocam dentro de um linfócito T ou na sua membrana ou no seu revestimento, ficando parcialmente para fora. Os linfócitos T são células importantes do sistema imunológico que combatem infecções, principalmente as virais, mas que também podem destruir células cancerosas. Aqui, está tentando aproximar uma célula cancerosa – neste caso uma célula leucêmica – do linfócito T para destruí-lo. É, de certa forma, como o blinatumomabe sobre o qual já falei, mas aqui a abordagem é diferente.

Slide 38. Linfócitos T Modificados com Receptores de Antígenos Quiméricos

Esses linfócitos CAR-T são coletados do paciente. Na ilustração vê-se uma pessoa e uma seta que sai da cabeça, indicando o isolamento de linfócitos T. Coletamos os linfócitos T do sangue do paciente. Depois, misturamos com esse vírus que insere o anticorpo na célula e, logo, expandimos os linfócitos T (chama-se expansão de linfócitos T). Depois, devolvemos esses linfócitos ao paciente e esperamos que funcionem e ataquem a leucemia.

Slide 39. Resumo dos Desfechos Clínicos

Essa abordagem tem demonstrado altas taxas de sucesso. Este é um estudo do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center em Nova Iorque. E estes são pacientes que tiveram doença refratária ou recidivante. Destes 27 pacientes, 24 tiveram uma remissão completa, ou seja 89%. Na maioria deles, o teste de doença residual mínima, ou DRM, foi negativo. Permitiu que muitos dos pacientes pudessem ir adiante e receber um transplante. Infelizmente, o tratamento não é perfeito e a leucemia voltou depois em alguns pacientes. Mas parece encorajador e ainda está sendo aperfeiçoado. Sabemos que algumas dessas células podem permanecer bastante tempo depois de serem infundidas e, esperamos que possam continuar atacando a leucemia.

Slide 40. Tratamento dos Efeitos Colaterais

Gostaria de falar um pouco sobre os efeitos colaterais. Obviamente, não é fácil passar por este tipo de tratamento. Atualmente, dispomos de medicamentos contra náusea, ou antieméticos, muito melhores do que antes e, por conseguinte, náusea e vômito, mesmo que continuem sendo um problema significativo,

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



sinceramente, não são tão ruins como antes. Passar por esses tratamentos e, como muitos de vocês provavelmente sabe, ter leucemia é cansativo. Sabemos que o exercício regular pode neutralizar seus efeitos. A quimioterapia que administramos reduz o número de células do sangue e as pessoas ficam anêmicas. Por isso, precisamos fazer transfusões de eritrócitos. O número de plaquetas pode baixar, aumentando o risco de hemorragias, uma vez que as plaquetas ajudam a evitar esses sangramentos, sendo então exigidas transfusões de plaquetas. Temos que nos preocupar com as infecções. Muitas vezes, são adicionados antibióticos. Alguns dos quimioterápicos podem danificar os nervos das mãos e dos pés, causando dormência e até mesmo dor. A isso, chamamos neuropatia. Nesses casos utilizamos medicamentos que foram originalmente concebidos para tratar crises convulsivas, ou medicamentos anticonvulsivantes. Eles realmente têm um efeito analgésico e podem ajudar a superar a dor da neuropatia. Obviamente, analgésicos podem ser importantes nesses casos.

E, certamente, queremos ser abertos e considerar abordagens complementares e alternativas para o tratamento de alguns dos sintomas. Às vezes, a acupuntura pode ser útil. Massagem. Meditação. Abordagens de atenção plena, ou *mindfulness*. Servem de ajuda para enfrentar o enorme desafio de lidar com a LLA.

Slide 41. Problemas nas Primeiras Etapas da Sobrevida

Estamos ficando cada vez mais conscientes de que dizer “não ter mais câncer” não significa estar livre dele. A pessoa pode passar por tratamentos além da manutenção ou além dela e terminá-los, mas eles podem ter efeitos colaterais crônicos. Nós, como médicos, precisamos e devemos estar cientes disso e ajudar as pessoas a lidar com eles. Eu relatei alguns dos efeitos colaterais – estes são alguns indicados na página anterior, o slide anterior – neuropatia, cansaço, disfunção cognitiva pós-quimioterápica, ou *chemobrain*. Às vezes, os esteróides utilizados, prednisona, dexametasona, podem danificar as articulações. Às vezes, as pessoas podem apresentar um tipo de inchaço chamado linfedema. Sabemos que esses tratamentos podem afetar a função sexual e, por isso, também devemos estar cientes desse problema para ajudar as pessoas a superá-lo.

Slide 42. Problemas Médicos de Longo Prazo

Alguns dos outros problemas de longo prazo. Infelizmente, há risco de desenvolver outros tipos de câncer, o que dá importância aos exames preventivos regulares. Problemas cardíacos e doenças cardiovasculares, não devem ser negligenciados. Os tratamentos podem afetar o sistema endócrino, diminuindo a função da tireóide. As crianças podem ter problemas de crescimento. Falamos sobre disfunção cognitiva, cansaço e linfedema. Alguns dos tratamentos, especialmente o transplante, pode afetar a fertilidade do homem e da mulher, aspecto que também devemos levar em consideração ao determinar os tratamentos dos pacientes.

Slide 43. Comunicação Aberta com a Equipe Médica

Gostaria de concluir lembrando que é importante manter uma comunicação aberta com a equipe médica e que realmente devemos pensar no atendimento ao paciente com LLA como uma abordagem de equipe. Precisamos da ajuda de pessoas de várias disciplinas, capelães, assistentes sociais, enfermeiros, assistentes de médicos, enfermeiros especialistas e farmacêuticos. E os pacientes e seus cuidadores são uma parte importante da equipe.

Slide 44. Comunicação Aberta com a Equipe Médica

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



DR. MARK LITZOW:

Estes são aspectos que precisamos considerar. Às vezes, na hora da consulta é difícil lembrar em cima da hora das perguntas a serem feitas. Por isso, nunca deixe de fazer uma lista antes da consulta. Nunca tenha receio de fazer perguntas. Se o médico ou profissional de saúde não quiser responder às suas perguntas, talvez não seja a pessoa certa para você. É bom tomar nota. É bom ir às consultas acompanhado por uma ou duas pessoas. E também queremos que os pacientes sejam francos sobre seus sintomas para ter certeza de que não está faltando nenhuma informação. Às vezes meus pacientes dizem quando falam sobre seus médicos: “Ah, eu não queria incomodá-lo com meus sintomas, minha dor ou isto ou aquilo outro”. Mas, para nós, é importante saber, só assim podemos ter certeza de abranger e levar em conta todos eles quando elaboramos o plano de tratamento. Por isso, não tenham vergonha de pedir ao médico que escreva as informações que precisam saber. Existem muitos recursos impressos disponíveis. A Sociedade de Leucemia e Linfoma dispõe de excelente material de ensino para ajudar às pessoas a entender a doença e assuntos relacionados. E, novamente, os demais membros da equipe médica podem ser importantes fontes de informação. Por isso, não deixem de falar e fazer perguntas a eles também.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Slide 45. Sessão de Perguntas e Respostas

DR. MARK LITZOW:

Com isto concluo minha apresentação e fico à disposição para responder às perguntas.

MODERADOR:

Muito obrigado, Dr. Litzow, pela sua apresentação muito clara e informativa.

Dr. Litzow, vamos ler a primeira pergunta de um dos participantes da Web. Sarah diz que ela está em remissão, mas toma comprimidos de manutenção, uma vez que ela tem LLA Ph-positiva. Ela quer saber se precisará tomar esse remédio para sempre ou se pode interromper após um curto período.

DR. MARK LITZOW:

Essa é uma boa pergunta. É uma pergunta para a qual ainda não sabemos a resposta exata, o tempo necessário – e suponho que você toma um inibidor da tirosina quinase, provavelmente imatinibe ou dasatinibe.

Esses dois são os mais comuns, e são também chamados de Gleevec ou Sprycel. Pensamos que, provavelmente, pelo menos um ano de tratamento é garantido. De fato, foi concluído um estudo clínico sobre esse assunto, aqui, nos Estados Unidos, em que foi solicitado aos pacientes que tomassem esse medicamento por até cinco anos após concluir o tratamento, independentemente de terem sido submetidos a um transplante ou não. Por isso, acho que vale a pena discutir com seu médico e saber a opinião dele, mas devo ser franco e dizer que não pesquisamos o suficiente para saber exatamente qual o melhor intervalo de tempo.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta, Sarah. Dr. Litzow, a próxima pergunta é também de um participante da Web. O Michael diz que tem 23 anos e está preocupado com problemas de fertilidade. Ele disse que não teve tempo de ir ao banco de esperma antes do tratamento e queria saber qual a probabilidade de ele ficar estéril a partir do tratamento.

DR. MARK LITZOW:

Precisaria de mais detalhes para responder com mais precisão. Acredito que não tenha sido feito um transplante. E se esse for o caso, em particular, acho que ainda há uma chance bastante boa de que você continue fértil. Mas, repito, seria importante discutir com seu médico. O teste que fazemos para avaliar a fertilidade é um exame de sêmen. Valeria a pena discutir qual a melhor época fazer o exame. Com os avanços sobre fertilidade, há muito mais que pode ser feito com um número menor de espermatozoides. Ninguém deve perder as esperanças a esse respeito. Mas, novamente, a esperança é que a fertilidade possa ser preservada.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta, Michael. A próxima pergunta será dos participantes por telefone. A Alice, em Illinois, pergunta: “As terapias com inibidores de linfócitos T também estão sendo consideradas neste momento para crianças com ALL, seja refratária ou recidivante?”

DR. MARK LITZOW:

Se você está se referindo à terapia de linfócitos CAR-T, como acho que esteja, na verdade, eles estão sendo considerados para crianças e, de fato, as crianças foram alguns dos primeiros pacientes que

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



receberam esse tipo de tratamento. Na verdade, a tendência atual é tratar mais adultos. Temos certeza de que essas terapias foram utilizadas em crianças e foram bem sucedidas.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta. A próxima pergunta será dos participantes da Web. A Laura pergunta: “Quais são algumas das doenças comórbidas frequentemente encontradas em adultos com LLA?”

DR. MARK LITZOW:

Doenças comórbidas em LLA? Bem, a LLA pode apresentar: uma leucemia fora da medula óssea e isso pode envolver praticamente qualquer órgão do corpo. Como disse, o líquido espinhal pode ser uma das áreas mais comuns e é por isso que temos de administrar o tratamento na medula espinhal, mesmo se não encontrarmos qualquer leucemia, nela porque sabemos que a doença pode se desenvolver. Isso pode danificar os nervos. Esse é um dos mais importantes. Os linfonodos podem estar acometidos e aumentados e afetar as pessoas. Mas quase qualquer órgão do corpo pode ser afetado pela leucemia. E, às vezes, os tratamentos também podem causar doenças comórbidas. Pessoas que recebem esteroides podem ficar diabéticas. A quimioterapia, às vezes, pode danificar o coração. Devemos monitorar essa situação e estar cientes disso.

MODERADOR:

Obrigado. A próxima pergunta será da plateia por telefone.

OPERADOR:

A próxima pergunta é da Susan, em Nova Iorque. Ela pergunta: “Doutor, estou curiosa. Venho recebendo quimioterapia no hospital já há três anos. Acabei de terminar. Agora, meu médico me receitou Gleevec. Tomo um dia sim, um dia não. Mas o motivo da ligação é sobre esta fraqueza e cansaço, quando vão embora?”

DR. MARK LITZOW:

Leva algum tempo. Pode demorar meses e às vezes mais. Posso dizer que exercício e *fitness* podem neutralizar um pouco esse problema e acelerar sua recuperação. Por isso, recomendo que participe de um programa de exercícios e comece no nível que estiver e aumente gradualmente. Talvez trabalhar com um treinador. Acredito que a Sociedade de Leucemia e Linfoma pode ajudá-la a identificar alguns programas. Eu sei que na Associação Cristã de Jovens local, há programas para pacientes que estão em recuperação, para ajudá-los com *fitness*. Boa nutrição e exercício podem ajudar a neutralizar parte do cansaço. Mas leva mais tempo do que se pensa para a pessoa se recuperar.

MODERADOR:

Obrigado. A próxima pergunta provém de um dos participantes da Web. O Justin pergunta se é verdade que os protocolos de tratamento para os homens são mais longos do que os protocolos de tratamento para as mulheres?

DR. MARK LITZOW:

Sim, os pediatras observaram isso, e não se sabe exatamente por que isso acontece, mas o tratamento de manutenção tende a, em muitos programas, se estender por um ano a mais para crianças do sexo masculino do que para as do sexo feminino. Em adultos, não vimos tanta necessidade dessa diferença, mas em pediatria, muitas vezes tratam os meninos por mais tempo do que as meninas.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



MODERADOR:

Obrigado. A próxima pergunta será dos participantes por telefone. A Martha, na Carolina do Sul, pergunta: “Além de náusea e vômito, quais os efeitos colaterais que devem ser considerados na população adulta em relação ao plano de terapia medicamentosa? Cansaço?”

DR. MARK LITZOW:

Bem, o cansaço é um dos efeitos importantes. A náusea, o vômito. Às vezes, as pessoas podem ter sintomas de refluxo relacionado com os esteróides que recebem. Refiro-me ao refluxo ácido. Você sabe, hemogramas com valores baixos podem contribuir para o cansaço. Às vezes, podem ocorrer hematomas e sangramentos com facilidade. Esses são os principais, o que chamamos de efeitos agudos, ou coisas que acontecem no início. Em alguns dos slides, mostrei alguns dos últimos efeitos, ou seja, o dano aos nervos que pode levar mais tempo para aparecer. Problemas de tireóide. Coisas desse gênero. Os esteroides podem afinar um pouco os ossos e as pessoas podem ser mais propensas a osteoporose. Novamente, isso é um efeito de prazo mais longo. E pode haver uma lista bastante longa. Depende da pessoa. Não quer dizer que determinada pessoa terá todos os efeitos colaterais. Muitas vezes, elas não apresentam nenhum efeito colateral ou são minimizados. Repito, não podemos generalizar a situação facilmente, mas esses são alguns dos aspectos que levamos em consideração.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta. A próxima pergunta será dos participantes da Web. A Rachel pergunta: “As imunoterapias substituirão a quimioterapia tradicional na LLA?”

DR. MARK LITZOW:

Neste momento, diria que elas provavelmente irão desempenhar um papel cada vez mais importante. Eu mencionei o blinatumomabe, um interessante construto de anticorpo. Em um estudo clínico que meus colegas do Grupo Oncológico do Sudoeste desenvolveram, o blinatumomabe é administrado em pacientes de mais de 70 anos com LLA, em combinação com vincristina e prednisona, ou seja, doses bastante pequenas de quimioterapia ou esteroides, e procurando depender mais do blinatumomabe. Acredito que a imunoterapia desempenhará um papel cada vez mais importante e, talvez, até mesmo algum dia irá substituir completamente a quimioterapia. Acho que é muito cedo para dizer isso com certeza, mas acredito que vai desempenhar um papel mais importante.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta. E a próxima pergunta vem da Web. O Mark pergunta: “Uma vez que meu sistema imunológico está comprometido, a minha família deveria ter precauções adicionais quando estão comigo, como, por exemplo ser vacinados contra certas doenças ou não me visitar se eles estiverem doentes?”

DR. MARK LITZOW:

Bem, está correto que eles não deveriam visitá-lo se estiverem doentes. Isso é muito importante. Em geral, eles devem estar com as vacinas atualizadas. Certamente, recomendamos durante o outono que cuidadores e familiares sejam vacinados contra o vírus da gripe para sua própria proteção. Dessa forma, eles podem ser bons cuidadores, mas também ajudam a proteger seus entes queridos ao não contagiá-los com a gripe. Em geral, ter as vacinas atualizadas é uma boa idéia e é importante ser cauteloso com as pessoas que têm infecções.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



MODERADOR:

A próxima pergunta é da plateia por telefone. A Linda, no Arizona, diz: “Em 2007, recebi o diagnóstico de LLA, tive um transplante de medula óssea e me deram dois anos de vida. Mas enfim, já passou esse tempo e venho tomando Gleevec. Minhas contagens estiveram estagnadas o tempo todo, mas nunca estive em remissão. Os últimos três meses, ou há três meses, meu médico me receitou Sprycel. Tive uma reação, fui entubada, quase morri e depois de ter sobrevivido, ele agora quer que eu comece com B-O-S-U-L-I-F. E eu estou querendo saber se eu vou ter o mesmo efeito colateral e se essa é uma boa ideia ou seria melhor ficar com Gleevec”.

DR. MARK LITZOW:

Bem, para mim fica difícil dar uma resposta sem saber os detalhes da sua situação. Posso dizer que Bosulif® – cujo nome genérico é bosutinibe – não é muito utilizado na LLA. Presumo que tenha LLA com cromossomo Ph, ou cromossomo Philadelphia. Então, eu não diria que seria errado receber o bosutinibe. Seria improvável que você venha a ter a mesma reação que teve com Sprycel. Quero dizer, uma coisa com estes medicamentos é que se um deles tem um certo efeito colateral, não significa necessariamente que sua contraparte ou “vizinho” venha ter o mesmo efeito colateral. Não acho que o Bosulif não seja razoável, mas não há tanta experiência com ele. Voltar ao Gleevec também não seria uma má ideia. Mas eu realmente não posso ser mais específico e não deveria ser sem ter mais detalhes.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta. A próxima pergunta é do grupo da Web. A Margaret pergunta: “Qual a prevalência da necrose avascular como efeito colateral do tratamento e se está sendo feito algo na área de prevenção neste momento”.

DR. MARK LITZOW:

Felizmente, é bastante rara. E, obviamente, há vários graus de gravidade da necrose avascular. Mas, provavelmente, não deve estar muito acima de 10% ou menos. Peço desculpas, mas não tenho o número exato na ponta da língua. Mas, não deve estar muito acima dessa faixa. E não conheço nenhuma medida preventiva que possa ser tomada para evitá-la. Posso estar enganado. Mas, com certeza, não há nada generalizado e que estejamos utilizando habitualmente na prática. Existem algumas novas abordagens quando ela se desenvolve. De fato, em alguns estudos têm-se injetado medula óssea dentro do osso onde está se desenvolvendo para impedir sua progressão. Isto é, para impedir que se agrave. Parece ser encorajador, na medida em que tenta lidar com o problema antes que a articulação entre em colapso e, depois, a pessoa precise ser submetida a uma artroplastia. Felizmente, isso não é muito frequente, mas continua sendo um desafio: pode ser um problema difícil de tratar.

MODERADOR:

Certo. Obrigado pela pergunta. A próxima pergunta é do grupo da Web. E é da Suzette. A Suzette pergunta sobre a incidência de recidiva depois de passados cinco anos após a alta da terapia e qual a escolha do tratamento para a recidiva.

DR. MARK LITZOW:

Felizmente é rara. Infelizmente, ainda podem ocorrer. Eu tenho que dizer a meus pacientes que eu nunca posso dizer nunca. Mas é pouco frequente que isso aconteça. O tratamento nessa situação, repito, teria

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



que ser um pouco individualizado. Em geral, eu diria, porém, que se alguém estava bem e a leucemia voltou, pensamos muitas vezes em prescrever de novo o tratamento original do início e utilizá-lo novamente, com a lógica de que funcionou bem e conseguiu manter o paciente por longo tempo, então vamos voltar e tentar outra vez. Estes, novamente, são alguns dos fármacos mais eficazes que temos. Em geral, essa é a nossa abordagem mais comum. Nessa situação, consideramos um transplante se alguém ainda não teve um. Isso precisaria ser cuidadosamente pensado. Mas, felizmente, é uma ocorrência rara. Por conseguinte, não há uma resposta certa sobre qual o melhor tratamento.

MODERADOR:

Obrigado pela pergunta. E obrigado a todos por suas perguntas. Esperamos que estas informações ajudem vocês e seus familiares nas próximas etapas que se fizerem necessárias.

Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) no Adulto: Atualização sobre Diagnóstico e Tratamento

17 de fevereiro de 2015

Apresentador: Mark R. Litzow, MD



Slide 46. Recursos da Sociedade de Leucemia e Linfoma

MODERADOR:

Caso não tenhamos apresentado a sua pergunta hoje, fale com os especialistas em informação da Sociedade de Leucemia e Linfoma pelo telefone 1-800-955-4572 (internacional: 1-914-821-8811) das 9:00 h às 21:00 h (hora do Leste dos Estados Unidos), ou entre em contato pelo e-mail InfoCenter@LLS.org. Especialistas em Informação estão à disposição para responder as suas perguntas sobre tratamento, incluindo estudos clínicos, ou outras relacionadas sobre apoio e ajuda com os custos do tratamento.

A Sociedade de Leucemia e Linfoma oferece bate-papos on-line para que pacientes e cuidadores possam compartilhar experiências e apoiar-se mutuamente. Os bate-papos são moderados por assistentes sociais especializados em oncologia. Para obter informações ou para cadastrar-se para participar, visite www.LLS.org/chat ou entre em contato com um Especialista em Informação na Sociedade de Leucemia e Linfoma.

Dr. Litzow, novamente, obrigado por ter nos oferecido esta apresentação.

Em nome da Sociedade de Leucemia e Linfoma, obrigado a todos por participar deste programa. Despedimo-nos com votos de felicidades para todos.

[FIM]