

Editorial

O tratamento da Leucemia Mielóide Aguda no Brasil: o que já progredimos e o que podemos melhorar

The treatment of Acute Myeloid Leukemia in Brazil: how far have we already advanced and what can we improve?

Irene Lorand-Metze

O tratamento da LMA no nosso meio tem merecido muita atenção nos últimos anos por parte dos grupos de Onco-Hematologia brasileiros, documentado por seis publicações recentes,¹⁻⁵ inclusive a experiência de Porto Alegre, constante desta edição.

Chama a atenção que a LMA do adulto no Brasil é menos prevalente que a descrita na Europa e nos USA.^{3,6} Como a incidência desta doença aumenta com a idade, esta menor incidência poderia ser explicada pela menor expectativa de vida do brasileiro quando comparada à destas outras populações.⁴

Quantos casos morrem antes do diagnóstico ou antes de poderem ser encaminhados a uma unidade de referência para o tratamento? Não existem dados a respeito. De qualquer modo, a taxa dos pacientes com diagnóstico e que morrem antes de receber quimioterapia de indução tem diminuído.¹⁻⁵

A taxa de óbito na indução varia de 9,7% a 46%.¹⁻⁵ Há ainda que considerar que cerca de 10% dos pacientes morrem durante a consolidação. Neste ponto, tem sido debatida a toxicidade do Ara-C na dose de 3g/m². A dose de 2g/m² produz a mesma sobrevida e menor toxicidade.² De todo modo, um grande progresso tem sido obtido no tratamento da LMA do adulto após a introdução desta consolida-

ção, que passou a ser um dos passos fundamentais no tratamento deste grupo de doenças e que tem sido realizada em todas as unidades referenciais atualmente.

A maioria dos serviços está preconizando a intensificação do tratamento após a consolidação para os pacientes que estão em remissão completa através do transplante de medula alogênica para quem tem doador compatível e transplante autólogo ou quimioterapia de manutenção. Esta última, embora tenha apresentado resultados um pouco inferiores ao transplante autólogo em relação à sobrevida livre de doença no MRC-AML 10,⁷ tem mostrado bons resultados no sentido de prevenir recaída em muitos estudos, e pode ser realizada mesmo em Serviços que não realizam o TMO.^{8,9} Estas medidas poderiam prevenir a recaída em muitos pacientes, especialmente nos de bons fatores prognósticos (clínicos e citogenéticos). No presente fascículo, Bittencourt et al⁵ referem recaída de muitos casos com citogenética de bom prognóstico. Isso se deve provavelmente à falta do TMO na manutenção após a consolidação, não realizados nos pacientes do estudo em questão.

À primeira vista, os números brasileiros para taxas de remissão completa e sobrevida global são comparáveis aos da literatura mun-

Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
Professora Titular de Hematologia.

Correspondência para: Irene Lorand-Metze
Hemocentro Unicamp
Caixa Postal 6198 – CEP 13081-970 – Campinas-SP – e-mail:ilmetze@unicamp.br

dial. Porém, dois aspectos precisam ser considerados. A mediana de idade dos pacientes brasileiros é muito menor que os da literatura mundial.²⁻⁶ Sabe-se que pacientes jovens têm tipos FAB e citogenéticas mais favoráveis. Soma-se a isso a alta frequência LMA-FAB-M3, (que é de bom prognóstico) no nosso meio. Nos trabalhos brasileiros, todos, exceto Terezina, referem uma frequência em torno de 20% para a leucemia promielocítica quando a literatura mundial refere uma frequência de 5%-8%.⁶ Estas duas características da LMA no Brasil podem estar contribuindo para melhorar os nossos resultados.

Podemos assim concluir que, em nosso meio, o tratamento de LMA é realizado, de modo geral, segundo normas preconizadas internacionalmente. No entanto, alguns pontos relevantes ainda poderiam ser melhorados:

1 – diagnóstico precoce nas unidades de atenção primária e secundária de Saúde;

2 – facilidade de encaminhamento ágil para uma unidade referencial para um tratamento segundo o "estado da arte". Estes dois pontos são responsabilidade do Sistema de Saúde e os esforços deveriam ser implementados para a consecução destes objetivos.

3 – diminuição da mortalidade relacionada ao tratamento. Neste ponto, as unidades referenciais estão conscientes e têm feito esforços para melhor treinamento da equipe e viabilizar o acesso a medicamentos e tratamento de suporte. Este último ponto às vezes esbarra no custo dos medicamentos.

4 – a necessidade de implementação de um tratamento pós-consolidação para evitar as recaídas. Neste ponto é importante o TMO, mas, se não for possível, a quimioterapia de manutenção, que também tem a capacidade de reduzir as recaídas,⁷⁻⁹ pode ser feita, em ambulatório em uma unidade referencial.

Referências Bibliográficas

1. Fagundes EM, Rocha VG, Azevedo WM, Clementino NCD, Quintão JS, Ferraz MHC, Viana MB. Leucemia mielóide aguda do adulto: análise retrospectiva de 99 casos. *Bol Soc Bras Hematol Hemoter* 1995;17:33-39.

2. Pagnano KB, Traina F, Takahashi T, Oliveira GB, Rossini MS, Lorand-Metze I, Vigorito AC, Miranda ECM, Souza CA. Conventional chemotherapy for acute myeloid leukemia: a Brazilian experience. *São Paulo Medical Journal* 2000;118:173-178.

3. Fagundes EM. AML in Brazil: can we improve our treatment results? *Monografias da Escola Brasileira de Hematologia* 2002;9:107-116.

4. Rego MNF, Pinheiro SG, Metze K, Lorand-Metze I. Acute leukemias in Piauí: comparison to features observed in other regions of Brazil. *Braz J Med Biol Res* (in press).

5. Bittencourt R, Fogliato L, Daudt L, et al. Leucemia mielóide aguda: perfil de duas décadas – Serviço de Hematologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev Bras Hematol Hemoter* 2003;25(1):15-22

6. Jaffe ES, Harris NL, Stein H, Vardiman. Acute myeloid leukemias. In *Tumours of haematopoietic and lymphoid tissues*. IARC Press, Lyon France 2001;75-108.

7. Burnett AK, Goldstone AH, Stevens RMF, Hann IM, Gray RG, Rees JKH, Wheatley KW. Randomised comparison of autologous bone marrow transplantation to intensive chemotherapy for acute myeloid leukemia in first remission: results of MRC-AML 10 trial. *Lancet* 1998; 351:700

8. Gorin NC. Autologous stem cell transplantation in acute myeloid leukemia. *Blood* 1998;2:1.073-1.090.

9. Büchner T, Döhner H, Ehninger G, Ganser A, Hasford J, for the German AML intergroup. Up-front randomization and common standard arm: a proposal for comparing AML treatment strategies between different studies. *Leuk Res* 2002;26:1.073-1.075.

Recebido: 22/01/03

Aceito: 21/02/03