



QUIMIOTERÁPICOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DE PACIENTES SUBMETIDOS A TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA, NO HOSPITAL ARAÚJO JORGE, NO ANO DE 2004

VECHIATO, Camile¹; SOARES, Amanda Queiroz²; JANKO, Fernando³

Palavras-chave: Quimioterápicos, TMO, HAJ

1. INTRODUÇÃO

As doenças neoplásicas de células hematopoiéticas representam grande porcentagem das neoplasias existentes, e em sua maioria são de mau prognóstico, ou seja, são tumores malignos, determinantes de altas taxas de mortalidade. Uma das modalidades terapêuticas que visa o tratamento destas doenças é o transplante de medula óssea (TMO), juntamente com altas doses de quimioterápicos (ADQT) associados ou não à radioterapia corporal. Os transplantes de medula óssea, podem ser divididos basicamente em três tipos: o alogênico, onde o doador apresenta compatibilidade com o receptor em termos de histocompatibilidade; o autólogo, onde não existe doador, e as células utilizadas são provenientes do próprio paciente; o singênico, que é realizado entre irmãos gêmeos. A indicação do transplante depende, em geral, da doença existente e do estágio em que a mesma se encontra. O transplante de medula óssea pode ser dividido nas seguintes fases: mobilização e coleta da medula óssea ou células tronco; condicionamento com quimioterapia, com ou sem radioterapia; “pega” e recuperação medular. A realização do transplante consiste na retirada da medula óssea (MO) da crista ilíaca posterior - através de múltiplas aspirações por agulhas especiais - ou pela retirada das células tronco periféricas estimuladas por máquinas de aférese. Mais recentemente, tem sido usado o transplante com células tronco do cordão umbilical. A infusão da medula óssea ocorre em vasos sanguíneos periféricos, passando a circular na corrente sanguínea e, por tropismo, se alojar na medula óssea, iniciando a reconstituição hematopoiética do paciente. Durante duas a três semanas após a infusão da medula, o paciente permanece em aplasia medular intensa (fase em que os leucócitos, glóbulos vermelhos e plaquetas permanecem baixos) quando ainda não ocorreu a “pega” e a recuperação medular. Neste período, o paciente está mais predisposto às infecções bacterianas, fúngicas e virais. O Hospital Araújo Jorge (HAJ) é uma instituição filantrópica, na qual mais de 70% de seus leitos são destinados aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital é dividido em postos,

sendo que um destes é destinado a pacientes submetidos a transplante de medula óssea, sendo este denominado Posto de Transplante de Medula Óssea (TMO). Os objetivos deste trabalho foram determinar quais os quimioterápicos mais utilizados no tratamento dos pacientes submetidos a transplante de medula óssea, e quais as neoplasias que necessitaram dos mesmos. Determinou-se também qual foi a duração média do tratamento, avaliando-se o tipo de transplante realizado. Além disso, foi avaliada a incidência de pacientes submetidos a transplante de medula óssea segundo o sexo.

2. METODOLOGIA

Os dados apresentados foram obtidos a partir do arquivo de protocolos de transplante de medula óssea realizados no HAJ, referente ao ano de 2004, totalizando 34 transplantes. Os dados coletados foram analisados qualitativa e quantitativamente, e apresentados na forma de figuras e tabelas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A avaliação dos 34 protocolos permitiu classificar os pacientes submetidos a transplante de medula óssea segundo o sexo. Não houve uma diferença significativa em relação ao sexo nos casos avaliados. Isto indica não haver prevalência dessas neoplasias com relação ao sexo. As doenças relacionadas acima, têm como terapêutica usual o transplante de medula óssea (TMO) ou transplante de células hematopoiéticas (TCH), embora a realização do transplante dependa principalmente do estágio da doença. Sendo assim, vale ressaltar que os casos analisados representam apenas os pacientes com essas neoplasias que precisaram do transplante. As neoplasias de maior prevalência foram mieloma múltiplo (MM), anemia aplástica (AA), leucemia mielóide crônica (LMC) e leucemia mielóide aguda (LMA). Dos três tipos de transplante existentes, apenas o autoplástico e o alogênico foram realizados no ano de 2004, havendo predominância do tipo alogênico. A predominância do tipo de transplante alogênico demonstrou que, na maior parte dos casos foram encontrados doadores de medula óssea compatíveis com os pacientes. Nos casos em que não foi encontrado doador compatível, realizou-se o transplante autólogo, que tem como maior obstáculo a contaminação da medula óssea por células neoplásicas. Atualmente, o tipo de transplante mais realizado, segundo a literatura disponível, é o autólogo. Isto demonstra que os casos avaliados não representaram o tipo de transplante mais comum. O esquema terapêutico para os transplantes autólogo e alogênico são diferentes. No primeiro caso, os quimioterápicos são administrados apenas antes da infusão de medula óssea; no segundo caso, a quimioterapia é utilizada antes e após a infusão. A necessidade de quimioterapia após a infusão para os pacientes submetidos a transplante alogênico se deve ao fato das células transplantadas poderem ser rejeitadas pelo organismo do paciente. Em todos os 23 transplantes alogênicos realizados, o esquema terapêutico utilizados após a infusão foi o mesmo: metotrexate e ciclosporina. Neste esquema, variou-se

apenas a dosagem e o número de dias de tratamento, fatores influenciados principalmente pela superfície corporal (SC) do paciente, estágio da doença e resposta à terapia. A duração do tratamento nos casos de transplante alogênico é significativamente maior, sendo a grande parte do tratamento destinada à quimioterapia após a infusão da medula óssea. Se avaliarmos apenas o tratamento antes do transplante, verificaremos que a quimioterapia durou 20% menos nos pacientes submetidos a transplante autoplástico em relação aos alogênicos. Como visualizado acima, a mesna e a ciclofosfamida foram os mais utilizados. Ao avaliar os protocolos, constatou-se a associação destes dois medicamentos. Isto é explicado pela capacidade que a mesna tem de neutralizar os efeitos nocivos da acroleína, metabólito da ciclofosfamida. A ciclosporina representou o segundo medicamento mais utilizados nos esquemas de quimioterapia antes da infusão de medula óssea. O início do uso da ciclosporina ocorreu antes do transplante de células hematopoiéticas (TCH) em 21 dos 23 casos de transplante alogênico. Anteriormente, iniciava-se o uso da ciclosporina após o TCH. A novidade na terapêutica é sua utilização como profilático para a rejeição do transplante, iniciando-se então, a ciclosporina ainda mesmo antes da infusão. A maioria dos casos avaliados se enquadrou na nova terapêutica profilática para doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). O grande uso da ciclosporina neste tipo de transplante se deve a sua ação iminossupressora, prevenindo a rejeição das células enxertadas. Em terceiro lugar, dentre os mais utilizados, está o bussulfano. Este agente alquilante interfere na ligação normal do DNA, causando uma interação cruzada entre suas fitas. É capaz de promover a depressão seletiva da granulocitopoiese e em doses maiores, age sobre todas as linhagens de células sanguíneas. Verificou-se que o esquema terapêutico bussulfano, ciclosporina, ciclofosfamida e mesna foi utilizado na maioria dos pacientes portadores de anemia aplástica (AA), leucemia mielóide crônica (LMC) e leucemia mielóide aguda (LMA). O agente alquilante melfalano forma uma ligação covalente na cadeia de DNA, prejudicando sua forma e função e levando à morte celular. Observou-se, ao analisar os protocolos, que todos os cinco casos de mieloma múltiplo foram tratados apenas com melfalano. Uma de suas principais indicações é o tratamento paliativo do mieloma múltiplo. Esses casos representaram praticamente a metade do total de pacientes em tratamento com o mesmo, sendo a outra metade, mais precisamente 54,5% dos casos distribuídos entre as demais neoplasias. Avaliando os protocolos, verificou-se que o esquema carmustina, etoposídeo, melfalano e citarabina foi utilizado em todos os pacientes portadores da Doença de Hodgkin, Linfoma Não-Hodgkin e para o tratamento da Leucemia Linfóide Aguda submetido a transplante autólogo.

4. CONCLUSÃO

Com a realização deste trabalho, pode-se perceber que no HAJ algumas terapias estiveram de acordo com o prevelece na literatura.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- GUIMARÃES, J R Q. Manual de Oncologia. São Paulo, Editora BBS, 2004.
Guia de Administração e uso de agentes quimioterápicos. Pfizer Oncologia, 2004.
Guia de diluição de drogas antineoplásicas. Eurofarma, 2004.
SILVIA, P. Farmacologia, 6ª Edição, Editora Atheneu, 2004
www.inca.gov.br, disponível em 19/09/05
www.hcanc.org.br, disponível em 19/09/05
www.tmo.br, disponível em 19/09/05
www.sebrafo.gov.br, disponível em 19/09/05

¹ Aluno de Graduação da Faculdade de Farmácia/UFG, camilefarmaceutica@yahoo.com.br

² Aluno de Graduação da Faculdade de Farmácia/UFG, amandaqueiroz@yahoo.com.br

³ Farmacêutico do Hospital Araújo Jorge, ACCG