

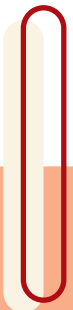
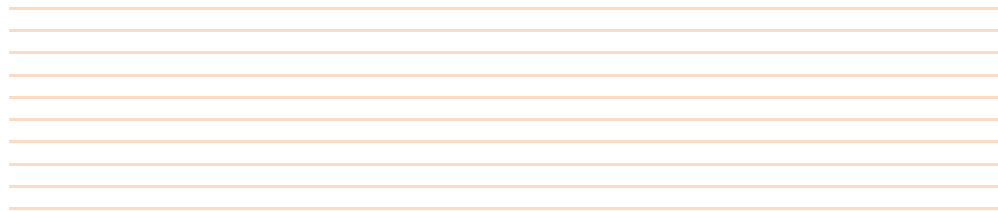


PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA

17•19 FEV 2022
SHERATON PORTO

Presidentes: **Fernanda Trigo**
Miguel Barbosa

ABSTRACT BOOK



ORGANIZAÇÃO



AGÊNCIA OFICIAL

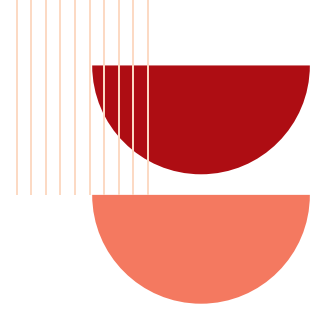


PATROCÍNIO INSTITUCIONAL

SERVIÇO ONCOLOGIA INTEGRADA
SERVIÇO HEMATOLOGIA CLÍNICA



SÃO JOÃO



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 10 LITERACIA EM SAÚDE E O SEU CONTRIBUTO PARA A PERCEÇÃO DOS DOENTES ONCOLÓGICOS SOBRE A QUANTIDADE DE INFORMAÇÃO RECEBIDA ACERCA DA SUA DOENÇA

Bárbara Lima(1); Ana Barbosa(1); João Martins(1); Joana c. Mendonça(1); Ana Sofia Rolo(1); Liliana Oliveira(1); Carolina Carvalho(1); Ilda Faustino(1); Alexandra Teixeira(1); Camila Coutinho(1)
(1) HOSPITAL SENHORA DA OLIVEIRA - GUIMARÃES

Introdução: Em Oncologia, é esperado que os doentes assimilem uma grande quantidade de informação, muitas vezes altamente complexa e transmitida em circunstâncias de grande stress, como imediatamente após o diagnóstico ou recidiva da doença. A ansiedade associada a esses momentos pode dificultar a atenção, compreensão e retenção da informação. Níveis baixos de literacia em saúde (LS) podem comprometer o entendimento e a adesão dos doentes aos tratamentos, resultando em piores resultados oncológicos a longo prazo. Este estudo teve como objetivo primário a avaliação dos níveis de LS e da perceção acerca da quantidade de informação recebida em doentes oncológicos sob tratamentos sistémicos antineoplásicos. A avaliação da influência de várias características clínicas e demográficas na noção dos doentes acerca da quantidade de informação recebida foi um objetivo secundário.

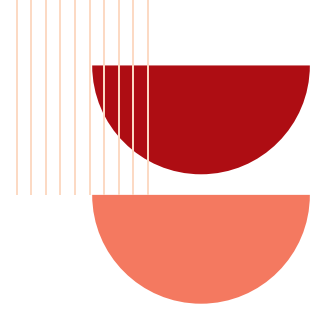
Material e métodos: Estudo clínico prospetivo, observacional, em contexto hospitalar.

Foram incluídos doentes adultos com tumores sólidos, sob tratamento sistémico endovenoso antineoplásico (qualquer linha). Para avaliar a LS foi aplicado o questionário European Health Literacy Survey (HLS-EU-Q47), composto por 47 questões, com obtenção de 4 índices (literacia em saúde geral (LS-G); literacia em cuidados de saúde (LS-CS); literacia em prevenção da doença (LS-PD) e literacia em promoção da saúde (LS-PS)), cuja pontuação final é uniformizada numa escala entre 0 a 50, com pontos de corte estabelecidos para classificação do nível de LS. Para avaliar a perceção da quantidade de informação recebida foi utilizado questionário QLQ-INFO 25, composto por 25 questões que se traduzem em quatro escalas com múltiplos itens (informação sobre a doença; informação sobre exames médicos; informação sobre os tratamentos e informação sobre outros serviços), 8 itens singulares e 2 questões abertas. A pontuação é transformada numa escala linear de 0 a 100, sendo que uma pontuação mais elevada é indicativa de uma melhor perceção da informação recebida.

Resultados: Foram incluídos um total de 104 doentes, com uma idade média de 52 anos \pm 10,4. A maioria eram doentes do sexo feminino (n=76; 73,1%), com patologia mamária (n=54; 51,9%) e em tratamento com intuito curativo (n=64; 61,5%). 54,8% tinham completado o ensino básico de escolaridade.

A fiabilidade do questionário HLS-EU-Q47 baseada no coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,97. Quase metade dos doentes (48%) mostraram níveis de LS considerada inadequada ou problemática e 44% apresentaram LS suficiente. Os subíndices de LS-PD e LS-PS foram os que apresentaram piores cotações, com 59,8% e 65,8% dos doentes a apresentarem níveis inadequados ou problemáticos de literacia, respetivamente.

A fiabilidade do questionário QLQ-INFO 25 baseada no coeficiente de alfa de Cronbach foi de 0,92. Os doentes mostraram uma ter boa perceção acerca da quantidade de informação recebida, com score global médio de 61,9 \pm 14,9. Os doentes revelaram sentir-se bem informados acerca do seu diagnóstico, tratamento e exames médicos, estando satisfeitos com a quantidade de informação recebida e considerando-a globalmente útil. No entanto, foi perceptível falta de informação acerca de outros serviços ou outros locais de cuidados. A análise univariada revelou uma associação estatisticamente significativa da perceção da informação com as seguintes variáveis: sexo feminino, patologia ginecológica, pontuação global e de cada subíndice do HLS-EU-Q47, doentes com nível de LS-G inadequado, problemático e suficiente. No modelo de regressão linear multivariado apenas o sexo feminino e o subíndice de LS-CS mostraram ter um contributo estatisticamente significativo para a perceção dos doentes relativa à informação recebida, sendo este modelo capaz de explicar 24,8% (R² 0,248) da variação do score do questionário QLQ-INFO 25.



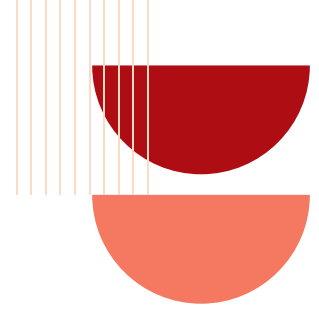
ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

Discussão: A proporção encontrada de indivíduos com nível de LS inadequado ou problemático é inferior à descrita no estudo de 2016 que levou à validação do questionário na população geral portuguesa (61%), encontrando-se na média dos outros 9 países europeus que participaram no estudo (49%).

O score global médio do QLQ-INFO 25 dos nossos doentes foi superior comparativamente ao verificado no estudo de validação do questionário de Arraras et al. ($60,9 \pm 14,9$ vs $43,6 \pm 13,4$, $p=0,000$), revelando uma maior perceção por parte dos nossos doentes relativamente à informação prestada pelos profissionais de saúde.

Como seria de esperar o subíndice de LS-CS foi o que revelou influenciar a perceção dos doentes acerca da informação recebida. Também de encontro ao descrito na literatura, foi possível constatar que as mulheres tendem a apresentar uma maior perceção da quantidade de informação recebida, com scores no QLQ-INFO 25 cerca de 8 pontos superiores comparativamente aos homens.

Conclusões: A caracterização dos níveis de LS da nossa população oncológica é importante para que possamos delinear estratégias adaptadas à nossa realidade, com vista a melhorar a compreensão e o uso da informação transmitida por parte dos nossos doentes, aumentando a partilha de decisão médico-doente. Os indivíduos do sexo masculino poderão também beneficiar de uma mudança na forma de comunicação da informação. No futuro seria interessante validar na população portuguesa questionários de LS dirigidos especificamente à população oncológica.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 46 SÍNDROME DE COMPRESSÃO MEDULAR SECUNDÁRIO A LEIOMIOMA BENIGNO METASTÁTICO - CASO CLÍNICO

André Ferreira(1); Mafalda Baleiras(1); Ana Carolina Vasques(1); Tânia Duarte(1); Maria Teresa Neves(1); Mariana Malheiro(1); Ana Martins(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

Introdução: O leiomioma benigno metastático (LBM) é uma doença extremamente rara caracterizada pela presença de disseminação extrauterina de células musculares lisas com padrões histológicos, moleculares e imunológicos semelhantes aos dos leiomiomas uterinos benignos. O LBM é frequentemente assintomático e apresenta-se como um incidentaloma radiológico de múltiplos nódulos pulmonares bem definidos com diferentes tamanhos. O Síndrome da Compressão Medular (SCM) é uma emergência oncológica que ocorre por invasão direta da medula e ou dos seus nervos por neoplasia primária localmente avançada ou por metástases. Este caso pretende relatar um caso raro de uma mulher pré-menopausica que apresentou SCM cerca de 1 ano após o diagnóstico de LBM.

Caso clínico: Mulher de 42 anos, fumadora ativa (10 UMA), encaminhada, em agosto de 2017, pelo Médico de Família à consulta de Pneumologia para avaliação de radiografia de tórax de rotina que evidenciava múltiplos nódulos de tamanho variável em ambos campos pulmonares. Como história pessoal relevante, a doente tinha sido submetida a ressecção de mioma uterino em 2011 e a histerectomia por leiomioma uterino em 2014. A doente negava sintomatologia respiratória e ao exame objetivo não apresentava qualquer alteração significativa.

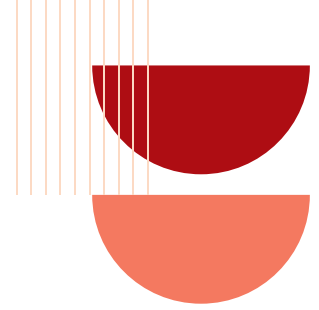
Realizou tomografia computadorizada (TC) do tórax que revelou múltiplos nódulos em ambos os campos pulmonares com diâmetro máximo de 30 mm, localizados periférica e centralmente. Para fim diagnóstico, a doente foi submetida a ressecção de dois nódulos nos lobos superiores e médio do pulmão direito por meio de videotoracoscopia, em janeiro de 2018. A histopatologia revelou positividade para α -actina e desmina de músculo liso e recetores de estrogénio e de progesterona 100% positivos que foram consistentes com o diagnóstico patológico de LBM. A doente foi encaminhada à consulta de Oncologia, tendo iniciado supressão da função ovárica com goserrelina mensal.

Em outubro de 2018, a doente recorreu ao Serviço de Urgência com quadro de dor lombar incapacitante, com irradiação anterior à esquerda, resistente à analgesia e acompanhada de sensação de dormência no abdómen e membros inferiores, com diminuição da força muscular, que lhe causava dificuldade na marcha. Ao exame neurológico, apresentava paraparésia com força muscular grau 4 nos membros inferiores, com nível sensitivo em D6. Realizou ressonância magnética (RM) da coluna vertebral que mostrou lesão T1-hipointensa e T2/STIR-hiperintensa centrada no corpo vertebral de D5, com realce exuberante após administração de gadolínio, associada a componente lesional peridural, condicionando compressão da medula espinhal. Por este motivo, foi submetida a vertebrectomia de D5 com colocação de cilindro expansível e fixação transpedicular D3-D4-D6-D7. A histopatologia do osso revelou infiltração óssea de células malignas positivas para actina de músculo liso, desmina e caldesmona e negativas para S-100, CK AE1/AE3 e CAM-5.2, compatíveis com LBM.

O caso foi discutido em reunião multidisciplinar, tendo-se decidido a realização de salpingo-ooforectomia bilateral laparoscópica para controlo da doença e iniciado tamoxifeno, dada progressão de doença sob goserrelina.

Após a vertebrectomia, a doente referia dor lombar sem défices motores nem sensitivos, tendo iniciado pregabalina com melhoria progressiva dos sintomas algícos. A doente mantém terapêutica hormonal com tamoxifeno, sendo seguida em consulta de Oncologia e Neurocirurgia, sem evidência de progressão de doença nem de sintomas neurológicos de novo.

Conclusão: O LBM é uma causa rara de metástases extrapélvicas, predominantemente pulmonares, normalmente secundárias a instrumentações ginecológicas. Deste modo, a abordagem multidisciplinar desta doença é fundamental para uma adequada avaliação e tratamento, dado que ainda não existe um consenso sobre a estratégia terapêutica. Este caso representa uma complicação séria da LBM numa doente pré-menopáusicas alguns anos após a realização de cirurgias ginecológicas, dado que o SCM é uma emergência oncológica que requer um rápido diagnóstico e tratamento de forma a prevenir lesão medular irreversível com incapacidades permanentes. Em conclusão, embora esta doença contenha o nome "benigno", os doentes devem ser seguidos dado o potencial de complicações graves da doença.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 49 EXTRACELLULAR VESICLE PROTEINS AS BIOMARKER OF OUTCOME IN MULTIPLE MYELOMA PATIENTS - A REAL-WORLD STUDY

Emilie Carneiro(1); Bruna Velosa Ferreira(1); Carolina Pestana(1); Filipa Barahona(1); Joana Caetano(1); Raquel Lopes(1); Paulo Lúcio(1); Manuel Neves(1); Hans Christian Beck(1); Ana Sofia Carvalho(1); Rune Matthiesen(1); Bruno Costa-Silva(1); Cristina João(1)

(1) FUNDAÇÃO CHAMPALIMAUD

Introduction: Multiple myeloma (MM) is a hematological malignancy characterized by clonal plasma cells accumulation within the bone marrow, serum and/or urinary excess of monoclonal antibodies and progressive immune dysfunction. Asymptomatic precursor stages include monoclonal gammopathies of uncertain significance (MGUS). MM diagnosis and risk stratification rely on tumoral assessment via bone marrow biopsy. Given clonal plasma cell patchy distribution, bone marrow biopsies may not reflect disease heterogeneity whilst submitting patients to invasive procedures. Liquid biopsies, such as extracellular vesicles (EV) from peripheral blood, may overcome these limitations since they are minimally invasive and less prone to spatial bias. In MM, there is evidence that EV intervene in key processes such as tumor progression, immunosuppression, and drug resistance. Most studies analyzing EV from MM patients focus on genome, and real-world studies on EV proteome are scarce.

Objectives: We characterized blood and bone marrow samples from MGUS and MM patients routinely followed in the clinic to determine whether EV protein and particle concentration predict patients' prognosis. These results were compared to healthy donors' samples.

Methods: From a cohort of 102 patients, including MGUS and MM, and 19 healthy donors, we analyzed a total of 223 peripheral blood and 111 bone marrow samples. Median follow-up time was 25.18 months. EV were isolated by ultracentrifugation. The purity of isolated EV was confirmed by transmission electron-microscopy and CD9 and APOA1 immunolabelling by western blot. Protein and EV particle concentrations were quantified. Proteomic analysis was performed by mass spectrometry (LC-MS/MS).

Potential prognostic impact of EV characteristics was investigated within the entire patient population. Finally, a multivariable longitudinal logistic regression model was built to determine if common myeloma-related blood parameters can explain the predictive value of EV characteristics on patient prognosis.

Results:

1- We report for the first time that the level of EVcargo (protein/particle ratio) is significantly associated to MM patients' overall survival. We found the value of 0.6 $\mu\text{g}/108$ particles as the optimal cut-off above which myeloma patients ($>0.6 \mu\text{g}/108$ particles) had a significantly shorter overall survival compared to patients with low EVcargo ($\leq 0.6 \mu\text{g}/108$ particles).

2- High EVcargo levels are associated with high sFLC lambda levels, IgA immunoparesis and shorter time in response. These results were supported at protein level by mass spectrometry:

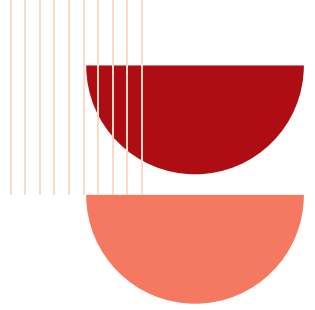
3- Functional enrichment analysis revealed that differentially expressed proteins are strongly related to innate and adaptive immune responses. These enrichments were more pronounced when comparing MM vs healthy donors, than MGUS vs healthy donors, supporting higher number of immune dysfunctions in patients with active multiple myeloma.

4- We report a set of peripheral blood EV-proteins (PDIA3, C4BPA, BTN1A1, APRIL, PSMB8 and PDE8B) with new biomarker potential for myeloma patient outcomes.

5- We observed high proteomic expression similarity between peripheral blood and bone marrow matched pairs, supporting the potential use of circulating EV as a personalized counterpart of bone marrow EV proteome.

Discussion: To our knowledge, this is the first time that EV protein content from a real-world MGUS and MM patient cohort followed in the clinic for more than 2 years is presented. Until now, the EVcargo was described as quality control for EV purification and not associated to patient outcome. In our study, circulating EVcargo alone was able to accurately identify patients with poor outcome. This result was confirmed in a multivariable Cox regression model analysis, indicating that myeloma patients with high EVcargo ($>0.6 \mu\text{g}/108$ particles) had 12 times increased risk of dying. Our results support EVcargo as a promising prognostic biomarker for MM patients, as it is associated with important prognostic features such as immunoparesis, sFLC or duration of treatment response. To explore the potential biological link between high EVcargo and these immune alterations, LC-MS/MS was performed. The downregulation of IGHA1/IGHA confirmed IgA depletion in patients with immunoparesis. Upregulation of proteins related to Ig lambda production confirmed the increased presence of sFLC in the same patients. EVcargo is an indirect and more affordable measure to infer EV protein load compared to mass-spectrometry. After validation in larger and independent cohorts, EVcargo could be used as a first approach to discriminate patients with poor survival and select those at higher risk to be further analyzed by LC MS/MS. Moreover, our findings show that PDIA3, BTN1A1, APRIL and complement associated proteins should be further explored in myeloma, as biomarkers across natural disease history that could be monitored by peripheral blood sampling.

Conclusion: We thoroughly described EV protein content from real-world MGUS and MM patients. We found that the level of circulating EVcargo (protein/particle ratio) can be related to patients' poorer outcomes including overall survival, high sFLC, immunoparesis and shorter time in response. Also, by mass spectrometry analysis we report new candidate biomarkers that can be associated to different disease stages. Altogether, our results corroborate the pursuit of EV as new liquid biopsies in myeloma and future validation in independent clinical settings is urged.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 58 IMPACTO DA PANDEMIA NO DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO E ORIENTAÇÃO TERAPÊUTICA

Sandra Silva(1); Alexandra Guedes(1); Helena Guedes(1); Cristiana Marques(1); Ana Joaquim(1)

(1) HOSPITAL EDUARDO SANTOS SILVA

Introdução: Com o início da pandemia COVID19 em Portugal, em março de 2020, o serviço nacional de saúde viu reduzida a sua capacidade de resposta às restantes situações. Durante os meses de confinamento, o número de consultas médicas e episódios de urgência diminuiu até cerca de 30% e 50%, respetivamente. Com a redução da atividade médica assistencial, a capacidade de diagnóstico da doença oncológica nos hospitais terá sido comprometida, podendo isto conduzir a um pior prognóstico a longo prazo.

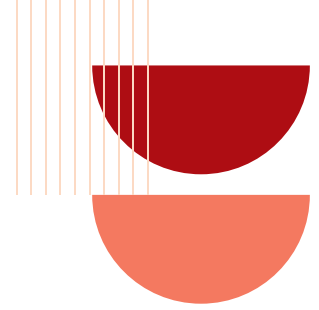
Objectivos: Avaliar o impacto da pandemia no diagnóstico da doença oncológica metastizada de novo e no tempo até ao início de tratamento.

MATERIAL E MÉTODOS: Estudo observacional retrospectivo dos doentes internados no serviço de medicina interna e/ou observados na área médica do serviço de urgência do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE) com o diagnóstico de metastização à distância enquanto apresentação oncológica inicial, no período compreendido entre setembro de 2018 e agosto de 2021. Foram excluídos doentes com tumores hematológicos, do sistema nervoso central e recidivas de neoplasias previamente diagnosticadas. A recolha de dados foi obtida através dos registos clínicos e foi elaborada uma análise estatística descritiva com recurso ao SPSS.

Resultados: Numa amostra de 890 doentes com diagnóstico oncológico (baseado na codificação ICD-10), 112 (13%) foram diagnosticados em estadió IV. Destes, 57 (51%) foram admitidos no período compreendido entre setembro de 2018 e fevereiro de 2020 (18 meses prévios ao início da pandemia) e 55 (49%) nos 18 meses pandémicos que se sucederam, entre março de 2020 e agosto de 2021. No período pré-pandémico, a idade mediana dos doentes era de 74 anos (mínimo 47, máximo 95), sendo que 37% apresentava ECOG ≥ 2 à admissão. No período pandémico, os doentes apresentavam uma idade mediana de 76 anos (mínimo 46, máximo 93), dos quais 44% tinham ECOG ≥ 2 . Durante a pandemia, menos 11% dos doentes realizaram biópsia diagnóstica comparativamente ao período anterior (64% vs 75%), sendo a principal razão (em 75% dos casos) a ausência de condições clínicas para iniciar tratamento. O tempo mediano que decorreu desde o primeiro contacto com os serviços de saúde até à realização de biópsia foi 42% inferior durante o período pandémico: 12 dias (mínimo 0, máximo 60) em pré-pandemia vs 7 dias (mínimo 0, máximo 30) durante a pandemia. O tempo mediano até à obtenção de resultado histológico foi 30% inferior no período pandémico: 10 dias (mínimo 2; máximo 44) vs 7 dias (mínimo 3; máximo 33). Entre os doentes diagnosticados durante a pandemia e com resultado histológico, constatou-se uma redução de 13% no número de doentes candidatos a tratamento oncológico, em comparação com o período pré-pandémico (34% vs 47%) e o tempo mediano até ao seu início revelou-se superior durante a pandemia (34 vs 21 dias).

Discussão: A prevalência de doentes em estadió IV foi semelhante nos dois períodos. No entanto, durante a pandemia houve menos doentes candidatos a prosseguirem estudo e a realizar biópsia para diagnóstico histológico, sobretudo por não serem considerados fit para tratamento. Esta discrepância estará associada à maior proporção de doentes com ECOG mais elevado na pandemia, principalmente se atendermos ao facto de não haver diferença significativa na mediana de idades dos dois grupos. Poderemos daqui questionar se as dificuldades e atrasos no acesso a cuidados de saúde terão contribuído para que os doentes se encontrassem mais debilitados aquando da admissão hospitalar. Observou-se ainda que o tempo decorrido desde a biópsia até ao diagnóstico histológico foi menor durante o período pandémico, o que pode ser justificado com o facto de ter sido cancelada praticamente toda a atividade cirúrgica programada, o que diminuiu em grande parte o número de peças para análise anatomopatológica. É importante salientar que o tempo até ao início do tratamento foi superior durante a pandemia, sendo um dado expectável se considerarmos a limitação de recursos humanos associada ao desvio de profissionais de saúde das suas áreas de diferenciação para assegurar os cuidados aos doentes COVID+. Como limitações do estudo, há que salientar a dimensão reduzida da amostra e do período temporal selecionado.

Conclusão: São necessários mais estudos que avaliem o impacto da pandemia COVID19 na população oncológica, nomeadamente no que diz respeito à celeridade diagnóstica e terapêutica. É imperativo verificar se as limitações de acesso a cuidados de saúde se refletirão, em última análise, num aumento dos cancros em estadió IV à apresentação inicial e na deterioração do estado funcional do doente oncológico ao diagnóstico.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 62 CIRURGIA DE AMBULATÓRIO & HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA EM DOENTES EM IDADE GERIÁTRICA COM CANCRO DA MAMA

Fernando Osório(1); Paulo Almeida(1); Emília Carneiro(1); Luísa Ferro(1); Patrícia Campos(1); Miguel Santos(1); Carmo Lessa(1); Fernando José Rodrigues(1); Tânia Almeida(1); Joana Mourão(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: O aumento da longevidade da população, a resiliência de muitos pacientes com idades superiores a 80 anos, a elevada prevalência de cancro da mama nas idades mais avançadas, a necessidade de o tratar de um modo adequado, a segurança clínica na ambulatorização da cirurgia mamária, a possibilidade de monitorização remota e, sobretudo, a grande vantagem na evicção dum internamento hospitalar na idade geriátrica, mantendo o idoso no seu ambiente familiar, tornam possível - e, mesmo, desejável - estender o atual limite cronológico da cirurgia de ambulatório a doentes propostas para cirurgia com cancro da mama, depois de devidamente selecionadas através duma avaliação geriátrica global.

Objetivos: Procuramos validar, com segurança clínica, a ampliação do limite cronológico definido para a cirurgia de ambulatório e aumentar a ambulatorização da cirurgia mamária oncológica, através de uma abordagem individualizada, centrada num melhor cuidar da doente em idade geriátrica, valorizando a sua vontade esclarecida, as suas necessidades multidimensionais e compatibilizando a abordagem oncológica com a avaliação geriátrica e o apoio social e domiciliário. Procuramos uma melhoria da qualidade e da eficiência clínica para as doentes em idade geriátrica, minimizando vindas ao hospital, num trabalho integrado duma equipa multidisciplinar. Procuramos ainda fazer uma análise económica desta promoção da ambulatorização.

Material e Métodos: Querendo um projeto viável e exequível na prática clínica, houve que interligar: 1) a seleção das doentes candidatas à ambulatorização, bem coordenada entre a vontade da doente, a proposta cirúrgica, a adequação anestésica e a avaliação geriátrica, 2) o apoio social e familiar da doente, nomeadamente a escolha criteriosa e disponibilidade dum cuidador, e 3) a monitorização peri-operatória que desse segurança à doente, à família e à equipa cirúrgica e anestésica, envolvendo o Serviço de Hospitalização Domiciliária (SHD).

Criamos um fluxograma que envolve múltiplos profissionais e vários serviços hospitalares. Numa única vinda ao hospital, a doente é avaliada sucessivamente por uma equipa interdisciplinar para realizar o estudo pré-operatório e a avaliação geriátrica global. No final, numa reunião conjunta, é concluída de um modo consonante a avaliação geriátrica, definida a necessidade de pré-habilitação e validada a proposta cirúrgica.

No Serviço de Cirurgia do Ambulatório (SCA), a cirurgia é marcada no 1º tempo operatório para permitir um adequado tempo de recobro anestésico. No final deste, é avaliada a possibilidade de alta domiciliária em coordenação com o SHD ou, caso ocorra qualquer intercorrência inesperada, a necessidade de internamento hospitalar.

Resultados: Sendo já nossa rotina a cirurgia oncológica mamária em ambulatório até aos 80 anos, o nosso projeto ampliou este limite cronológico. Foram operadas 10 doentes com mais de 80 anos em ambulatório, com alta no próprio dia, entre abril e dezembro de 2021. A idade média foi de 85,3 anos. O valor médio do G8 foi de 14. Sete doentes eram Luminal-A e 3 Luminal-B. Só uma das doentes, a mais velha com 95 anos, foi operada sob anestesia local. Como morbilidade, tivemos 2 hematomas, um tratado conservadoramente. O grau de satisfação das 10 doentes foi muito elevado. Numa análise económica aos custos associados (sem contemplar os custos da cirurgia), o custo-padrão para o regime de ambulatório foi de 325,46€ por dia, enquanto para uma doente equivalente em internamento seria de 471,15€.

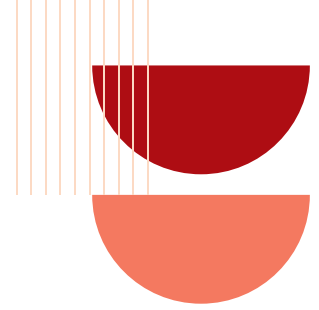
Discussão: O programa pGA>70 permitiu uma mudança de paradigma na abordagem assistencial às doentes com cancro da mama em idade geriátrica. Simultaneamente, os constrangimentos hospitalares decorrentes da pandemia Covid19 obrigaram-nos a inovar e, para continuar a garantir a qualidade assistencial, propusemos aumentar a ambulatorização da cirurgia oncológica mamária.

Sabendo o desafio e a complexidade inerente ao tratamento oncológico dos doentes em idade geriátrica pela coexistência de múltiplas comorbilidades e síndromes geriátricas, é obrigatória - sobretudo nas mais frágeis passíveis duma pré-habilitação - uma avaliação multidimensional com particular atenção ao seu estado funcional, cognitivo, nutricional e social. A evicção dum internamento hospitalar reduz o risco de complicações e de mortalidade, previne o delirium, a deterioração funcional e a desnutrição, bem como diminui o risco de institucionalização. Associadamente a forte motivação e receptividade das nossas doentes para uma cirurgia em ambulatório foi o mote para ultrapassar o limite cronológico preconizado.

O apoio domiciliário prestado pelo SHD foi a chave para a pretendida segurança clínica. Toda uma logística de retaguarda foi prevista para a ocorrência de qualquer imprevisto ou complicação operatória.

O elevado grau de satisfação das primeiras 10 doentes com a avaliação geriátrica e a cirurgia em ambulatório, a segurança transmitida pelos familiares e a baixa morbilidade operatória foi muito encorajador.

Conclusões: A aplicação na prática clínica do programa pGA>70 - uma avaliação geriátrica global peri-operatória, centrada no doente - deu-nos segurança clínica para, em conjunto com o SCA e o SHD, viabilizar a ambulatorização da cirurgia mamária oncológica acima dos 80 anos. Este projeto representa uma abordagem inovadora ao doente oncológico em idade geriátrica e permitirá reduzir custos económicos e desmistificar dogmas cronológicos na cirurgia de ambulatório.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 66 IMPACTO PROGNÓSTICO DA P-CADERINA NO CARCINOMA SEROSO DE ALTO GRAU DO OVÁRIO SEM ALTERAÇÕES NA REPARAÇÃO HOMÓLOGA

Rita Canário(1); Nuno Mendes(2); Ana Luísa Peixoto(3); Ana Sofia Ribeiro(2); Paula Lopes(3); Manuel R. Teixeira(3); Carla Bartosch(3); Joana Paredes(2)

(1) i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde Universidade do Porto; IPO-Porto

(2) i3S - Instituto de Investigação e Inovação em Saúde Universidade do Porto (3) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: O carcinoma seroso de alto grau (CSAG) é o subtipo mais frequente e letal de carcinoma do ovário. Dois terços dos casos não apresentam alterações nos genes de reparação homóloga - HR proficiente (HRP) - e associam-se a um pior prognóstico, não dispondo atualmente de terapêutica dirigida. Um maior conhecimento da patogénese desta doença é assim urgente, de forma a identificar novos alvos terapêuticos para este subgrupo. A P-caderina (P-cad) é uma glicoproteína transmembranar envolvida na adesão célula-célula e um biomarcador prognóstico estabelecido no cancro da mama. A sua sobre-expressão parece associar-se a um fenótipo híbrido epitélio-mesenquimal (E/M) - coexistência de características / marcadores epiteliais e mesenquimais - promotor de migração celular em agregados tumorais, resistência à terapêutica e metastização, noutros modelos tumorais.

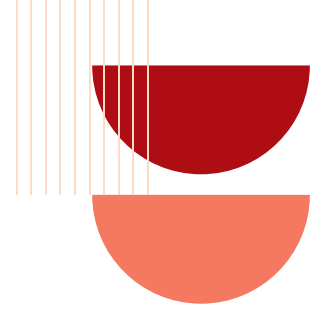
Objetivos: 1) Caracterizar a expressão das caderinas (cad) clássicas - E-cad (marcador epitelial), N-cad: (marcador mesenquimal) e P-cad - no nicho pre-neoplásico da trompa de Falópio (TF) e em CSAG. 2) Avaliar o impacto da expressão das três caderinas na sobrevivência global (SG) de acordo com o status HRP.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de uma amostra de conveniência de CSAG sem exposição prévia a quimioterapia e TF sem envolvimento neoplásico, de mulheres seguidas num centro oncológico português. A presença de variantes patogénicas de BRCA1/2 e RAD51D foi determinada através de sequenciação de Sanger (até 2015) e por NGS (amostras de 1/2016 - 6/2020). A expressão de caderinas E-, N- e P-cad foi avaliada por imuno-histoquímica e quantificada digitalmente (QuPath®) de acordo com o sistema H-score. Comparações entre grupos foram feitas usando T-Test e X2, quando apropriado. As análises de sobrevivência foram estimadas através da análise de Kaplan-Meier e teste de Log-rank.

Resultados: Foram incluídas 321 amostras, nomeadamente 130 TF sem envolvimento neoplásico, 53 lesões precursoras (15 assinaturas p53, 1 lesão serosa tubar intraepitelial e 37 carcinomas tubares intraepiteliais) e 138 CSAG (79 tumores primários e 59 implantes metastáticos, dos quais 42 são amostras emparelhadas), correspondentes a 221 indivíduos. A maioria dos casos era HRP e 41.2% dos indivíduos apresentava alterações nos genes BRCA1/2 ou RAD51D (subgrupo HR deficiente - HRD). Nas TF sem envolvimento neoplásico, verificou-se alta expressão de E-cad e N-cad mas baixos níveis para P-cad. Observou-se expressão uniforme e altos níveis de E-cad, enquanto os níveis N- e P-cad eram variáveis, traduzindo uma diminuição estatisticamente significativa na expressão de N-cad e E-cad e um aumento na expressão de P-cad, quando comparados com a TF. Apesar de todos os tumores expressarem as 3 caderinas, apenas 28 % apresentavam elevados níveis de co-expressão; estes valores foram concordantes entre tumores primários e metástases. Verificou-se também que a expressão de P-cad estava significativamente aumentada nas lesões precursoras, quando comparadas com o epitélio adjacente. Na análise de sobrevivência, verificou-se associação entre pior SG nos tumores com elevados níveis de expressão de P-cad elevados e co-expressão das 3 caderinas, com maior impacto no subgrupo HRP.

Discussão: Colocamos como hipótese que a sobre-expressão de P-cad no nicho pré-neoplásico da TF permite às células adotarem um fenótipo híbrido E/M que promove a metastização precoce na cavidade peritoneal (característica mesenquimal), migração em clusters tumorais e ancoragem ao peritoneu (características epiteliais), promovendo a resistência à anoikis e à terapêutica. Os nossos resultados demonstram que P-cad está sobre-expressa tanto em lesões precursoras tubares como CSAG. Mais ainda, tumores com elevada expressão desta proteína ou co-expressão das 3 caderinas clássicas (sugestivo de fenótipo híbrido E/M) associam-se a menor SG, em particular no subgrupo HRP. Estes dados sugerem que a sobre-expressão de P-cad parece ser um evento precoce na carcinogénese tubar e um biomarcador de mau prognóstico no subgrupo CSAG-HRP, suportando a nossa hipótese.

Conclusões: Este é o primeiro estudo a avaliar a expressão destas moléculas em lesões precursoras tubares e o impacto prognóstico atendendo ao status HR. A P-cad é um biomarcador promissor nos CSAG-HRP, sendo portanto fundamental a realização subsequente de estudos pré-clínicos e de validação numa coorte prospetiva.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 69 O VALOR PROGNÓSTICO DOS BIOMARCADORES DE SANGUE PERIFÉRICO NO CANCRO DO RECTO SUBMETIDO A QUIMIORADIOTERAPIA NEOADJUVANTE

Joana Pimenta(1); Maria Carmo Girão(1); Luís Gabriel Pereira(1); Fátima Caratão(1)

(1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO BAIXO ALENTEJO

Introdução: O cancro do recto é uma das neoplasias mais comuns. A combinação de quimo-radioterapia neoadjuvante com a excisão total do mesorecto permitiu melhorar a sobrevida destes doentes.

Nos últimos anos tem crescido a procura por biomarcadores que permitam prever outcomes oncológicos e resposta a terapêutica. A avaliação anatomopatológica da peça operatória descreve marcadores apenas disponíveis após a intervenção cirúrgica. Os biomarcadores de sangue periférico, como o ratio neutrófilo-linfócito e biomarcadores associados às plaquetas, têm sido aplicados em certas neoplasias sólidas como forma de prever a progressão tumoral. Estes parâmetros enfatizam o efeito da resposta inflamatória no crescimento e metastização tumoral.

A sua acessibilidade, preço e segurança revestem estes biomarcadores de especial interesse, nomeadamente em doentes com neoplasia do recto.

Objectivo: O objectivo do trabalho foi avaliar o valor prognóstico do ratio neutrófilo-linfócito e dos biomarcadores associados às plaquetas nos outcomes oncológicos do cancro do recto submetido a quimio-radioterapia seguida de cirurgia curativa.

Material e métodos: Foram incluídos todos os doentes com diagnóstico de cancro do recto propostos para quimio-radioterapia neoadjuvante entre Janeiro 2010 e Dezembro 2020. Neste estudo de cohort retrospectivo foram excluídos doentes que não tenham terminado a neoadjuvância, tumores em estágio IV, ressecções R1 e cirurgia com intuito paliativo.

Foram recolhidos os valores do hemograma, nomeadamente hemoglobina, valor absoluto dos linfócitos, neutrófilos e monócitos, contagem plaquetária, volume plaquetário médio e amplitude de distribuição das plaquetas. O ratio plaqueta-linfócito foi calculado como a contagem absoluta de plaquetas a dividir pelo número total de linfócitos, e o ratio neutrófilo-linfócito foi obtido dividindo o valor absoluto de neutrófilos pelo valor absoluto de linfócitos.

A análise estatística foi feita usando a aplicação SPSS e a significância estatística definida como $p < 0,05$.

Resultados: Foi incluído um total de 119 doentes. O cohort era composto por 82 (68,9%) homens com uma mediana de idades de $69,5 \pm 10,76$ anos. 79 (66,4%) doentes tinham tumores localizados no recto médio/alto. Os estadios patológicos T pós-Quimioradioterapia foram ypT0 (n=9; 7,6%), ypT1 (n = 12; 10,1%), ypT2 (n = 42; 35,3%), ypT3 (n = 56; 47,1%). Um total de 33 doentes (27,7%) tinham metastização ganglionar (ypN1-2).

A sobrevida global e a sobrevida livre de doença deste cohort foi de 42 e 40 meses, respectivamente. 19 doentes (16%) tiveram recorrência da doença, sendo que em 15 (12,6%) esta ocorreu à distância.

Em análise multivariada o ypN da classificação TNM (HR 2,402 [1,319 - 4,374]; $p < 0,004$) e a amplitude de distribuição de plaquetas (HR 0,955 [0,918 - 0,993]; $p < 0,021$) foram identificados como preditor da sobrevida-livre de doença. O ratio neutrófilo-linfócito (HR 1,106 [1,017 - 1,203]; $p < 0,018$) e o estadio ypN (HR 2,067 [1,318 - 3,240]; $p < 0,002$) foram identificados como preditores da sobrevida global.

Discussão: No que concerne à cascata inflamatória associada ao cancro, existem vários mecanismos sugeridos. Especificamente efeitos neoangiogénicos e, portanto, protumorais atribuíveis às plaquetas e seus biomarcadores associados; mas também efeitos de resposta a inflamação sistémica por intermédio de linfócitos e neutrófilos^{1,2,3}. Em relação à neoplasia do recto, a literatura é controversa nesta questão. Há autores que não encontraram valor prognóstico nos ratios plaqueta-linfócito ou neutrófilo-linfócito na sobrevida dos doentes³. Por outro lado, há evidência de que, para além destes mesmos ratios, também a contagem total de plaquetas é preditora de pior sobrevida global numa mesma população de doentes com neoplasia do recto submetida a quimioradioterapia neoadjuvante⁴.

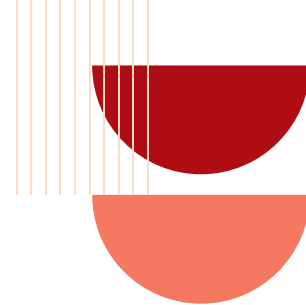
Neste cohort, o biomarcador amplitude de distribuição das plaquetas foi identificado como preditor de sobrevida livre de doença. Fisiopatologicamente, esta observação pode ser explicada pela transição epitélio-mesenquimatosa desencadeada pelas plaquetas, que promove por sua vez progressão tumoral^{1,4}.

Ainda, este trabalho confirma diversas descrições prévias de que o estadio ypN é um dos preditores mais fortes de sobrevida, global e livre de doença, nos doentes com neoplasia do recto.

Conclusão: O hemograma de rotina pode contribuir para a previsão de recorrência e mau prognóstico em doentes com neoplasias do recto submetidas a quimioradioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia curativa.

REFERÊNCIAS

1. Wang P, Wang Z, Liu Y, Xie J, Ren Y. Prognostic value of platelet-associated biomarkers in rectal cancer patients received neoadjuvant chemoradiation: A retrospective study. *Cancer Radiother.* 2021 Apr;25(2):147-154
2. Mo CJ, Hu ZJ, Qin SZ, Chen HP, Huang L, Li S, Cao Z. Diagnostic value of platelet-lymphocyte ratio and hemoglobin-platelet ratio in patients with rectal cancer. *J Clin Lab Anal.* 2020 Apr;34(4):e23153
3. Portale G, Cavallin F, Valdegamberi A, Frigo F, Fisson V. Platelet-to-Lymphocyte Ratio and Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio Are Not Prognostic Biomarkers in Rectal Cancer Patients with Curative Resection. *J Gastrointest Surg.* 2018 Sep;22(9):1611-1618.
4. Toiyama Y, Inoue Y, Kawamura M, Kawamoto A, Okugawa Y, Hiro J, Saigusa S, Tanaka K, Mohri Y, Kusunoki M. Elevated platelet count as predictor of recurrence in rectal cancer patients undergoing preoperative chemoradiotherapy followed by surgery. *Int Surg.* 2015 Feb;100(2):199-207



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 70 VALOR PROGNÓSTICO DO RÁCIO NEUTRÓFILOS-LINFÓCITOS PRÉ-TRATAMENTO EM DOENTES COM CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS METASTÁTICO TRATADOS COM INIBIDORES DE TIROSINA QUINASE ANTI-VEGF

Sara Dâmaso(1); Rita Paiva(1); André Mansinho(1); Isabel Fernandes(1); António Quintela(1); Ana Lúcia Costa(1); Luís Costa(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.

Introdução: Desde o advento da imunoterapia nos últimos anos, o tratamento do carcinoma de células renais metastático (mRCC) tem sofrido importantes alterações. Contudo, em países onde o seu acesso em primeira linha é limitado, inibidores de tirosina quinase (TKIs) anti-VEGF como o sunitinib e o pazopanib mantêm-se como terapêutica padrão. O score de risco IMDC (International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium) foi inicialmente desenvolvido em 2009 e é utilizado atualmente na prática clínica para estratificação prognóstica dos doentes com mRCC. Contudo, existe cada vez mais evidência para o valor prognóstico de índices de resposta inflamatória sistémica, como o rácio neutrófilos-linfócitos (NLR), em diversos tipos de neoplasias sólidas. Estudos recentes demonstraram uma associação entre o valor de NLR pré-operatório e mortalidade em doentes com RCC não metastático. A mesma associação parece ser válida em doentes com mRCC, embora a sua evidência na literatura seja menos clara e os valores de cut-off descritos sejam variáveis.

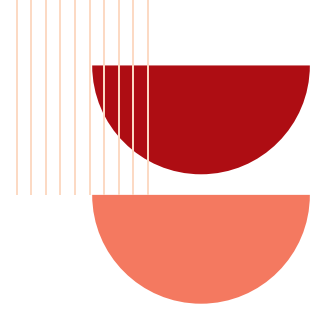
Objetivos: Esta análise retrospectiva pretende avaliar a população de doentes com mRCC tratados num serviço de Oncologia Médica em relação às suas características clínico-demográficas e avaliar o valor prognóstico do NLR pré-tratamento em doentes tratados em primeira linha paliativa com TKI anti-VEGF.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de mRCC (AJCC 8th ed.) tratados com TKI anti-VEGF em primeira linha paliativa, seguidos num serviço de Oncologia Médica entre 1 de janeiro de 2016 e 1 de setembro de 2021. O valor cut-off de NLR foi obtido através da análise de curva ROC. A análise de sobrevivência foi efetuada usando o método de Kaplan-Meier e a regressão de Cox, com recurso ao IBM SPSS Statistics 26.

Resultados: Foram identificados no total 82 doentes com as características referidas. A maioria é do sexo masculino (n=64, 78,0%), sendo a mediana de idade de 61 anos (19-88). Relativamente ao RCC, 81,7% (n=67) apresentava histologia de células claras e 9,8% (n=8) características de tumor papilar. À data do diagnóstico de doença metastática, 89,0% (n=73) dos doentes apresentavam um ECOG performance status de 0 ou 1. De acordo com o score de risco IMDC, a maioria foi classificada como doença de risco intermédio ou alto (n=70, 85,5%), sendo 12 doentes (14,6%) classificados com doença de risco favorável. 74,4% (n=61) iniciaram terapêutica com sunitinib e 25,6% (n=21) com pazopanib. Estratificando de acordo com o valor cut-off obtido por curva ROC de 2,77, a sobrevivência global (OS) mediana no grupo com NLR<2,77 foi de 58,87 meses versus 13,10 meses no grupo com NLR≥2,77 (HR 0,39; IC 95% 0,23-0,70; p=0,001). Em análise multivariada, o valor de NLR mostrou-se um fator de prognóstico independente do score de risco IMDC (HR 0,45; p=0,008).

Discussão: A identificação de biomarcadores no sangue periférico com potencial valor prognóstico tem sido um foco de investigação relativamente recente, sobretudo marcadores associados a resposta inflamatória sistémica. Neste estudo retrospectivo, valores de NLR≥2,77 pré-tratamento associam-se a uma OS significativamente inferior, independentemente do score de risco IMDC.

Conclusões: De acordo com estes resultados, e em concordância com estudos prévios, o valor de NLR constitui um fator prognóstico em doentes com mRCC tratados em primeira linha com TKIs anti-VEGF, podendo futuramente ser integrado em scores prognósticos com validade clínica.



ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS

CO 72 O DESAFIO NO TRATAMENTO DO TUMOR NEUROENDÓCRINO DO PÂNCREAS METASTIZADO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Marina Gonçalves(1); Carina m. Teixeira(1); Rui Cunha(1); Pedro r. Pereira(1); Inês Sampaio(2); Marinho de Almeida(1); Miguel Barbosa(1); Sara Meireles(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

(2) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) são um grupo heterogêneo de neoplasias que se desenvolvem a partir de células do sistema neuroendócrino difuso.

Os TNE do pâncreas representam cerca de 3% de todas as neoplasias pancreáticas primárias e a maioria são não funcionantes. A apresentação clínica ocorre frequentemente com metastização hepática e o seu tratamento requer uma abordagem multimodal.

Caso clínico: Relata-se um caso de homem de 50 anos, com performance status (ECOG) 0, com história de tuberculose pulmonar e colite ulcerosa em remissão clínica com Infiximab, Azatioprina e 5-ASA, que no estudo complementar com TC abdomino-pélvico em 05/2013, realizado em contexto de dor abdominal, identificou múltiplas lesões hepáticas suspeitas e massa pancreática de 47mm na transição corpo/cauda. A biópsia hepática foi compatível com tumor neuroendócrino do pâncreas bem diferenciado G2 (Ki67 4-6% e 2mitoses/10cga). A cintigrafia dos receptores de somatostatina demonstrou representatividade muito aumentada destes receptores nas lesões. O doseamento da cromogranina A, gastrina, péptido intestinal vasoativo e ácido 5-hidroxi-indolacético eram normais. Em reunião multidisciplinar, proposto para octreótideo LAR 30mg de 4/4 semanas, que o doente iniciou em 07/2013. Por progressão imagiológica em 10/2013, opta-se por realizar adicionalmente 3 ciclos de 177 Lu-DOTATATE (término em 04/2014) com estabilidade da doença até 05/2015. Nessa altura, por progressão hepática, optou-se pela realização de mais 2 ciclos de 177 Lu-DOTATATE.

Sem evidência de progressão da doença até 12/2016, foi proposto para transplante hepático e cirurgia do tumor primário. Realizada pancreatectomia distal laparoscópica com esplenectomia em 01/2017, tendo mantido tratamento com octreótido LAR 30 mg.

Objetivada progressão da metastização hepática em 10/2018, tendo sido protelado o transplante hepático e iniciado Sunitinib 37.5mg id contínuo. Suspendeu o Sunitinib em 11/2019 por hemoptises, mantendo o octreótideo perante estabilidade da doença.

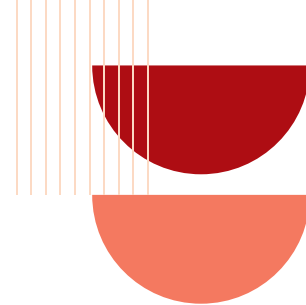
Em Dezembro de 2019, nova evidência de progressão da doença hepática, proposto para esquema de quimioterapia com CAPTEM (capecitabina 750 mg/m² bid D1-14 e temozolamida 150 mg/m² d10-d14) que iniciou em 03/2020. Completou 12 ciclos, com boa tolerância e resposta parcial da doença.

Após discussão do caso com Centro de Referência de Transplante Hepático, o doente foi submetido a transplante em 06/2021. Perda do enxerto por estenose da artéria hepática com necrose infectada e necessidade de retransplante em 07/2021.

Reavaliado com PET-GaDONATOC em 11/2021 e RM hepática em 01/2022, sem evidência de doença. Mantém vigilância em consulta externa de Oncologia Médica.

Conclusão: O tratamento do TNE do pâncreas metastizado tem vindo a sofrer significativos avanços, com impacto na sobrevivência e qualidade de vida dos doentes.

Apesar da metastização hepática ao diagnóstico ser um fator de pior prognóstico, a abordagem cirúrgica e a transplantação hepática devem ser ambicionadas, sempre que possível, de forma individualizada e em Centros com elevada experiência. O presente caso clínico reflete o impacto de uma estratégia multidisciplinar no potencial curativo do TNE do pâncreas avançado.

**ABSTRACT BOOK | COMUNICAÇÕES ORAIS****CO 80 FREQUÊNCIA E VALOR PROGNÓSTICO DE MUTAÇÕES SOMÁTICAS DO GENE PIK3CA EM CANCRO DA MAMA METASTÁTICO RH POSITIVO, HER2 NEGATIVO NUMA POPULAÇÃO PORTUGUESA**

João Gramaça(1); Carolina Trábulo(1); Isabel Fernandes(1); Rita Gameiro Dos Santos(1); Joana Gonçalves(1); Inês Ângelo(1); Carolina Xavier(1); Adriano Baptista(1); José Vilchez(1); Idília Pina(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E.

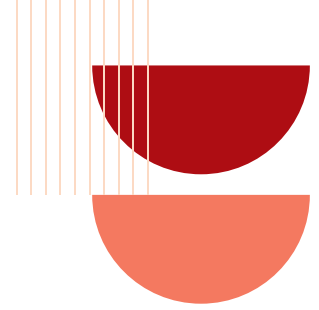
Introdução: As mutações (mut) somáticas do gene PIK3CA estão presentes em cerca de 40% dos casos de carcinoma da mama (BC) com expressão de recetores hormonais (HR) e sem expressão de HER2. A presença de mut neste gene é considerada um critério de elegibilidade para o tratamento com inibidores PI3K (como o alpelisib), em doentes com BC metastático (MBC) HR positivo e HER2 negativo com progressão sob ou após hormonoterapia (HT). Por outro lado, existe evidência a demonstrar que a presença de mut do gene PIK3CA é um fator prognóstico negativo independente. Nesta análise prospetiva observacional não intervencional propomo-nos a analisar a exequibilidade da pesquisa, a frequência de PIK3CAmut na nossa população e outcomes observados.

Métodos: Análise prospetiva observacional não intervencional em centro único de doentes (dts) com MBC HR positivo (com expressão de recetores de estrogénios e de progesterona $\geq 50\%$ no tumor primário), HER2 negativo com PS ECOG 0-1 e sob 1ª linha ou posterior de tratamento neste contexto entre 01 de dezembro de 2019 e 31 de dezembro de 2021. O cut-off dos dados foi 31 de janeiro de 2022. Num outro local (centro de referência), a pesquisa de mutações no gene PIK3CA (exões 5, 8, 10 e 21) foi efetuada através da técnica de PCR com sequenciação direta dos produtos de PCR em DNA obtido a partir de um fragmento de tecido representativo de neoplasia; a técnica utilizada permite a deteção de 10% de DNA tumoral, correspondente a uma amostra com um mínimo de 20% de células tumorais. Os dados clínicos foram analisados com SPSSv26.0.

Resultados: Foram analisadas 14 dts, todas do género feminino, com uma idade mediana (med) de 71 anos [35-81]. Em termos histológicos, 92.9% apresentavam carcinoma de tipo não especial (3 com componente mucinoso i.e. 21.4% da amostra total) e 7.1% carcinoma lobular invasivo; 14.3% grau de diferenciação (G) 1, 71.4% G2 e 14.3% G3; Ki-67 $\geq 20\%$ em 35.7% e $\leq 10\%$ em 42.9%. Em termos clínicos as dts apresentaram-se com MBC em contexto de recidiva em 64.3% e como doença de novo em 35.7%; aquando início da terapêutica 14.3% apresentavam ≥ 3 sítios de metastização e 85.7% < 3 , com metastização visceral em 35.7%. Em relação à pesquisa de mut do PIK3CA, o tempo med entre pedido e resultado de pesquisa foi 5.64 semanas (sem) [2.00-17.00]; a amostra para pesquisa foi proveniente do tumor primário em 78.6% e de metástase em 14.3%, tendo havido 1 determinação (7.1%) por biópsia líquida; o intervalo med entre data da amostra e data da pesquisa foi de 29.96 meses (m) [0.25-228.04], sendo que nas 2 dts com >150 m uma das pesquisas foi totalmente inconclusiva. Em 35.7% das pesquisas (5 dts) observou-se PIK3CAmut, com 3 dts com mutação no exão 10, 1 no exão 5 e 1 com mutação dupla no exão 21, sendo o gene wild-type (wt) em 57.1%. As pesquisas foram realizadas durante a 1ª linha terapêutica em 57.1%, 2ª linha em 35.7% e 3ª linha em 7.1% das dts. Quanto a terapêutica e outcomes, as dts foram tratadas em 1ª linha com HT em 35.7% dos casos, inibidor de CDK 4/6 com HT em 57.1% e quimioterapia com HT sequencial em 7.1%; nesta amostra observou-se uma sobrevivência livre de progressão sob 1ª linha (SLP1) med de 26.36 m [17.16-35.56] e uma sobrevivência global (SG) med de 49.61m [28.92-70.30]. Analisando as dts de acordo com estado mutacional, a SLP1 med PIK3CAmut vs PIK3CAwt foi 13.32m vs 41.18m ($p=0.012$) com HR 6.49 [1.24-34.09 IC 95%, $p=0.027$] e a SG med foi 35.02m vs não atingido ($p=0.220$) com HR 3.872 [0.385-38.95 IC 95%, $p=0.250$].

Discussão: Em termos práticos, parece ser exequível a utilização da pesquisa de PIK3CAmut na orientação terapêutica dado o tempo med de espera inferior a 2m; a nível técnico coloca-se a possibilidade de amostras antigas poderem não ser adequadas para pesquisa. Por outro lado, na nossa amostra observa-se uma prevalência de PIK3CAmut em linha com o descrito na literatura (Martínez-Sáez et al descrevem na população espanhola uma prevalência de 35.7%), com mut descritas nos hotspots mais frequentes. Também de acordo com a literatura, o estado PIK3CAmut parece ser um fator prognóstico negativo apesar da diferença em SG não apresentar significância estatística, existindo, contudo, uma maior agressividade da doença com SLP1 significativamente inferior. A validade destes resultados terá de ter em conta a dimensão reduzida da amostra assim como a heterogeneidade em termos de terapêuticas utilizadas.

Conclusões: Neste estudo observou-se uma prevalência concordante com a descrita de 35.7%. O estado PIK3CAmut associou-se a uma SLP1 inferior e a uma tendência para pior SG. Estes dados deverão ser enquadrados numa população maior através duma análise multicêntrica de forma a aferir a sua validade, não descurando o papel da pesquisa de PIK3CAmut como ferramenta a utilizar na seleção de terapêuticas dirigidas atuais e futuras.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 02 UM RARO CASO DE SOBREVIVÊNCIA PROLONGADA DE CANCRO GÁSTRICO METASTIZADO SOB TRATAMENTO DE TERCEIRA LINHA COM TAS-102

Catarina Lopes Almeida(1); Marta Baptista Freitas(1); Mariana J. Costa(1); Ana Carmo Valente(1); Inês Costa(1); Andreia Costa(1); Nuno Tavares(1); Miguel Barbosa(1); Joana Reis(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO E. P. E. - PORTO

Introdução: O regime de QT em primeira linha mais usado no cancro gástrico metastático é a combinação tripla de fluoropirimidina, platino e taxano, sendo que a sobrevivência mediana destes doentes não ultrapassa um ano. A trifluridina/tipiracilo (TAS-102) é um agente oral que combina a trifluridina, um análogo de ácidos nucleicos baseado em timidina, e o tipiracilo, um inibidor da fosforilase da timidina. Teve benefício demonstrado primeiramente em doentes com cancro colorretal metastático submetidos a várias linhas de tratamento, incluindo doença refratária às fluoropirimidinas. Foi também aprovado recentemente para o tratamento de cancro gástrico metastático após pelo menos dois regimes terapêuticos sistémicos, demonstrando melhoria significativa na sobrevivência global, comparativamente ao placebo. É um fármaco com poucos efeitos adversos graves, sendo o mais comum a neutropenia.

Objetivos: Este trabalho descreve um caso de cancro gástrico metastizado com sobrevivência prolongada sob quimioterapia com TAS-102 em terceira linha, pretendendo alertar para o seu uso na prática clínica.

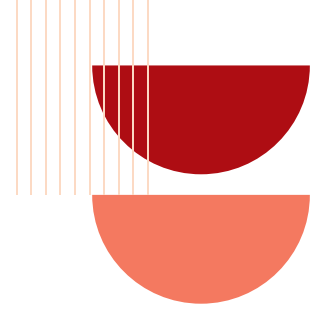
Material e Métodos: Descrição de um caso clínico com recurso a bibliografia complementar.

Resultados: Trata-se de um homem de 64 anos, sem antecedentes médicos relevantes. Em 05/2019, após um quadro de 7 meses de anorexia, vômitos e perda ponderal de 5kg, fez endoscopia digestiva alta que mostrou adenocarcinoma gástrico da parede posterior do corpo, pouco diferenciado e com algumas células em anel de sinete e a TC-TAP mostrou adenopatias suspeitas (cT4N+). Iniciou QT perioperatória com esquema FLOT. Após 4 ciclos, a 08/2019, foi submetido a laparoscopia, onde foi considerado tumor irressecável, pelo que retomou o esquema FLOT e completou mais 4 ciclos numa tentativa de conversão em ressecabilidade. No entanto, a TC de reavaliação mostrou micronódulos pulmonares e derrame pleural bilateral, pelo que se assumiu progressão de doença e alterou esquema de quimioterapia para FOLFIRI em 12/2019, sete meses após o diagnóstico. Após 11 ciclos de FOLFIRI, a TC mostrou progressão de derrame pleural, sem outras alterações. Fez toracocentese, cujo líquido pleural tinha características de exsudado, mas sem células malignas. Iniciou então tratamento de terceira linha com TAS-102 com 35 mg/m²/dose a 07/2020, após autorização do Infarmed. Logo depois do primeiro ciclo, o Rx torácico mostrou nova progressão dimensional do derrame pleural - fez toracoscopia e pleurodese cujo líquido pleural foi novamente negativo para células malignas. Assim, prosseguiu tratamento com TAS-102, com avaliações imagiológicas com TC-TAP com periodicidade de 3-4 meses que mostraram consistentemente estabilidade de doença. O doente encontra-se a fazer esta terapêutica há cerca de 1 ano e 6 meses, tendo já completado 18 ciclos, sem toxicidade significativa, sem necessidade de redução de dose e mantendo bom estado geral (ECOG-PS 1).

Discussão: A sobrevivência global mediana dos doentes tratados com TAS-102 foi 5.7 meses, comparativamente aos 3.6 meses com placebo. Está também associado a melhoria significativa na sobrevivência livre de progressão e no tempo até deterioração do performance status. Este doente tem doença estável há 14 meses, o que o torna num caso raro de ótima resposta ao tratamento. Além disso, tolerou relativamente bem todos os ciclos de quimioterapia, sem qualquer toxicidade objetivada, nomeadamente hematológica, ou efeitos laterais como dor abdominal e deterioração do estado geral. Manteve apenas astenia, insónia que resolveu com medicação e anorexia, que referiu apenas na última consulta que teve.

A investigação deste agente terapêutico pode avançar no sentido de o integrar em linhas mais precoces de quimioterapia ou de o combinar com outros agentes, incluindo terapêuticas alvo. Existem atualmente diversos ensaios clínicos a decorrer com regimes de combinações baseadas em TAS-102 que poderão aumentar a aplicabilidade clínica deste fármaco no tratamento de neoplasias gastrointestinais.

Conclusões: O tratamento com TAS-102 é considerado uma opção terapêutica eficaz no cancro gástrico metastizado em terceira linha no que toca à sobrevivência global e à sobrevivência livre de progressão. Deve ser sempre considerada nos doentes aptos devido ao seu benefício clínico e perfil de segurança, sem toxicidades graves. É um agente antineoplásico promissor e que tem potencial para ter uma aplicabilidade mais ampla na continuação de cuidados no cancro gástrico no futuro.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 03 DESAFIOS DO LINFOMA DE HODGKIN REFRATÁRIO COM ENVOLVIMENTO DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL: UM RARO CASO CLÍNICO

Dina Rochate(1); Carolina Pavão(1); Carolina Viveiros(1); Cristina Fraga(1)

(1) HOSPITAL DIVINO ESPIRITO SANTO | PONTA DELGADA

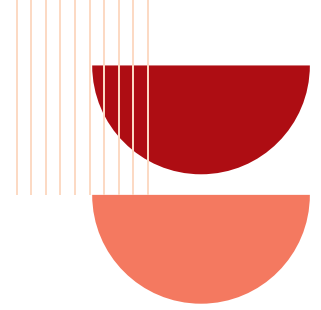
Introdução: O envolvimento do sistema nervoso central (SNC) no Linfoma de Hodgkin (LH) é incomum, representando menos de 0,02% dos casos. Apesar da alta taxa de cura com a terapêutica inicial, 10-30% dos doentes com LH recaem após atingirem remissão completa (RC). Atualmente, os inibidores checkpoint anti-PD1, Nivolumab e Pembrolizumab, são opções terapêuticas após Brentuximab ou após 3 linhas de tratamento.

Objetivo: Apresentação de um caso clínico.

Material e métodos: Apresentação de um caso clínico com relevância pela sua raridade. **Descrição:** Homem, 45 anos, diagnosticado em 2010 com LH-EN, estadió IIIs-B-X-E com IPS-1, em contexto de deteção de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH). Iniciou terapêutica antirretroviral (TAR) e realizou em 1ª linha 8 ciclos de Adriamicina, Bleomicina, Vinblastina e Dacarbazina, com RC. Cinco anos depois, com recidiva da doença supra e infra-diafragmática, realizou em 2ª linha 6 ciclos de Gemcitabina, Vinorelbina e Doxorubicina, sem resposta em PET, alterando para 3ª linha com Bleomicina, Etoposido, Adriamicina, Ciclofosfamida, Vincristina, Procarbazina e Prednisolona, com RC após 5 ciclos. Três anos depois da última terapêutica, confirma-se por TC-CTAP e PET recidiva cervical, abdominal volumosa e lombo-aórtica. Iniciou Brentuximab em 4ª linha, com intercorrência de neuropatia grau 3. Por agravamento clínico com presença de astenia e perda ponderal, repetiu TC-CTAP que revelou progressão da doença. Proposto para Pembrolizumab como 5ª linha, com carga viral VIH1 indetetável e boa compliance à TAR, apresentou degradação do estado geral, com infiltração do SNC associada. Iniciou metotrexato (MTX) e citarabina (Ara-C) em alta dose. Atualmente em 3ª MTX e Ara-C com Pembrolizumab, com boa tolerância, com estabilidade laboratorial e melhoria clínica evidente, com reavaliação de resposta agendada.

Discussão: O LH com infiltração do SNC é extremamente raro, permanecendo uma unmet need. Não existem ensaios clínicos nem protocolos de tratamento estabelecidos, sendo muitas vezes necessário recorrer aos raros casos clínicos descritos na literatura. Este caso vem demonstrar a complexidade da abordagem terapêutica num doente imunocomprometido, não candidato a transplante e já submetido a várias linhas de tratamento, revelando a ausência de consenso terapêutico e a necessidade de protocolos adaptados.

Conclusões: Neste trabalho apresentamos um caso extremamente raro de LH com envolvimento do SNC, com boa resposta a poli quimioterapia com Pembrolizumab, que foi essencial à estabilidade clínica.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 04 RADIOTERAPIA NO LINFOMA DA ZONA MARGINAL EXTRANODAL GÁSTRICO E PULMONAR

João Pedro Sousa Lima(1); Sara Zorro(1); Maria Eduarda Couto(1); Dora Gomes(1); Isabel Azevedo(1); Isabel Oliveira(1); Luísa Viterbo(1); José Mário Mariz(1); Ângelo Oliveira(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: O Linfoma Não Hodgkin da Zona Marginal (LZM) apresenta um curso indolente, sendo a radioterapia (RT) uma estratégia útil no controlo e na cura da doença gástrica e pulmonar ([24-30Gy] para LZM gástrico e [4Gy] para pulmonar). A RT de baixa dose (como os 24Gy) está recomendada no LZM gástrico nos casos resistentes ou em recidiva, devendo-se à particular natureza radiosensível destes linfomas. No LZM pulmonar encontra-se em aplicação o esquema de 4Gy em 2 frações, recomendado quando o volume pulmonar a ser tratado não é de grandes dimensões. Devido à tolerância limitada deste órgão à radiação, volumes alvo grandes resultam num risco acrescido de pneumonite radiogénica com consequente comprometimento funcional. A toxicidade severa é pouco frequente, sendo na irradiação abdominal superior mais comumente reportadas náuseas, vómitos e epigastralgias, e na irradiação pulmonar a tosse e dispneia. Quanto à toxicidade tardia, os estudos publicados salientam o risco acrescido de neoplasias secundárias.

Objetivos: O propósito deste estudo é avaliar o efeito e a toxicidade da RT no tratamento do LZM extranodal gástrico e pulmonar num único centro, de acordo com os graus (g) da classificação CTCAE (versão 5.0).

Material e Métodos:

Este estudo retrospectivo incluiu todos os doentes com LZM gástrico (n=25) ou pulmonar (n=7) tratados no IPOP com RT entre janeiro de 2012 e dezembro de 2020. Os dados clínicos foram revistos até março de 2021.

Resultados: Foram tratados 21 doentes com LZM gástrico em estadios inicial (I-II/2 de Lugano) e 4 em estadios avançados (III-IV). Dos doentes em estadio I (n=15), apenas 3 foram tratados somente com RT após antibioterapia para erradicação do *H. pylori*, e todos alcançaram resposta completa (RC); os restantes 12 progrediram após antibioterapia. Dos doentes *H. pylori* positivos após tratamento de 1ª linha, 4 foram tratados novamente com antibioterapia (e necessitaram de uma 3ª linha terapêutica com RT) e 11 unicamente com RT, alcançando resposta completa. Os 6 doentes estadiados como II,2 foram tratados com antibioterapia e RT, tendo alcançado resposta completa. Um dos 2 doentes estadiados como IIE alcançou resposta completa após RT em 4ª linha (realizou 3 linhas de antibioterapia previamente). Um dos 2 doentes em estadio IV foi tratado com quimioterapia (Rituximab-like) associada a antibioterapia, atingindo remissão; o outro foi tratado apenas com antibioterapia e permaneceu com doença estável. Dos 25 doentes com LZM gástrico analisados, 21 (84%) estão vivos e sem evidência de doença (4 doentes faleceram, um com doença e os restantes sem avaliação).

Nestes 25 doentes, as três toxicidades mais frequentes foram náuseas (24% g1 e 12% g2), vómitos (4% g1 e 12% g2) e epigastralgia (8% g2 e 4% g3). Reportou-se ainda obstipação (4% g1), flatulência (4% g1), astenia (4% g1) e diarreia (4% g1).

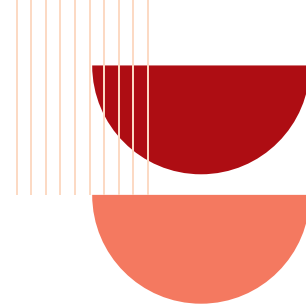
Relativamente aos doentes com LZM pulmonar, 6 encontravam-se em estadio I de Ann Arbor e 1 em estadio II. Todos os doentes em estadio I apresentaram resposta à RT (completa em 4 casos e parcial em 2). O doente no estadio II foi tratado com quimioterapia (Rituximab-like), atingindo RC, e posteriormente com RT por progressão da doença, alcançando resposta parcial. Dos 7 doentes estudados, 1 faleceu em progressão de doença (estadio I ao diagnóstico). A toxicidade foi pouco frequente: tosse irritativa (28,6% g1) e dispneia (14,3% g1).

No período revisto (follow-up mediano de 62 meses), não foram registados efeitos secundários tardios, nomeadamente neoplasias secundárias.

Discussão: Os resultados obtidos estão de acordo com os achados publicados de outros estudos sobre estes linfomas. Relativamente ao LZM gástrico, um estudo publicado em 1998 envolveu 17 doentes tratados com RT na dose de 30 Gy em frações de 1.5Gy ao longo de 4 semanas, tendo apresentado resultados excelentes. Desde então, o efeito da baixa dose tem sido explorado: um estudo prospetivo publicado em 2019, testou doses de 36 ou 25.2Gy num total de 29 doentes, tendo atingindo resposta completa em todos, com excelente controlo da doença a longo prazo; no mesmo ano, outro estudo publicado utilizou doses entre 30 e 36Gy em 21 doentes, com resposta completa em 100%. Relativamente à toxicidade, foram reportadas neoplasias secundárias após irradiação, nomeadamente no primeiro estudo de 2019 referido (nos 29 doentes houve um caso de adenocarcinoma gástrico após 9 anos, um caso de Linfoma de Hodgkin 64.7 meses após e um outro de adenocarcinoma do pulmão 77.7 meses após).

A eficácia da RT de baixa dose tem também sido estudada no LZM pulmonar. Em 2012 foi publicado um estudo que utilizou o esquema referido em 10 doentes, tendo atingido resposta completa em 80%, sem toxicidade associada.

Conclusões: A RT apresenta assim uma elevada taxa de controlo local e possibilidade de cura em doentes com LZM gástrico e pulmonar. A otimização de volumes, redução de doses e técnicas cada vez mais conformacionais, torna a RT um tratamento bem tolerado e adequado, com toxicidade mínima a curto e longo prazo.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 05 TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO CARCINOMA UROTELIAL DA BEXIGA MÚSCULO-INVASIVO - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO.

Raquel Fontes(1); Jorge Rodrigues(1); Camila Oliveira(1); Maurício Peixoto(1); Sílvia Santos(1); José Miguel Rocha(1); Luísa Queiroz(1); Joana Cunha(1); Ricardo Fernandes(1); Catarina Portela(1); Rui Nabicho(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: O carcinoma urotelial da bexiga é a 10ª neoplasia mais comum em todo o mundo, sendo responsável por 3% dos diagnósticos de cancro. Actualmente, nos doentes com cancro da bexiga músculo-invasivo, a principal abordagem é multimodal, com quimioterapia neoadjuvante à base de platino seguido de cistectomia radical. O esquema standard de quimioterapia utilizado é com cisplatina-gemcitabina, com resultados positivos em termos de sobrevida livre de doença e sobrevida global, principalmente nos doentes com resposta patológica completa. Este trabalho tem como objetivo principal avaliar os dados de vida real de um centro oncológico.

Materiais e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva dos dados dos doentes com carcinoma urotelial músculo-invasivo, não metastizado, diagnosticados e tratados na nossa instituição, entre janeiro de 2011 e junho de 2021.

Resultados: Durante este período, 43 doentes foram diagnosticados com carcinoma urotelial músculo-invasivo de alto grau, elegível para quimioterapia neoadjuvante seguida de cistectomia radical. Destes, 91% (n=39) eram do sexo masculino e 9% (n=4) feminino, com idade mediana de 63 anos (41-78). Todos eles eram fumadores ou ex-fumadores. Os doentes foram submetidos a 3 ou 4 ciclos de quimioterapia com gemcitabina e cisplatina. Destes 43 doentes, 3 não prosseguiram para cirurgia - dois faleceram por intercorrências relacionadas com o tratamento, nomeadamente complicações infecciosas, e um doente apresentou progressão da doença na TAC de avaliação da resposta.

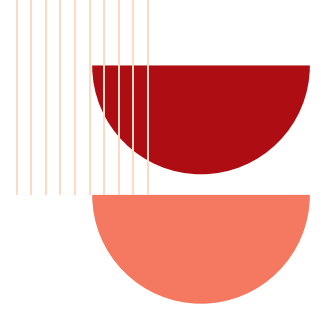
Dos 40 doentes submetidos a cistectomia radical, a avaliação da resposta patológica revelou que: 53% (n=21) tiveram resposta parcial, 32% (n=13) tiveram resposta patológica completa e 15% (n=6) não responderam à terapêutica neoadjuvante.

Durante o follow-up, 20% dos pacientes (n=8) apresentaram recorrência da doença - dois com recidiva local e seis com doença metastática, principalmente hepática e pulmonar. As recidivas foram, numa forma geral precoces, com um intervalo livre de progressão mediano de 4,5 meses (2-22 meses).

Após um seguimento mediano de 21 meses, a sobrevida global ainda não foi alcançada. No entanto, neste grupo de pacientes, aos 21 meses de seguimento 60% (n=12) estavam vivos e livres de doença.

Conclusão: Apesar dos avanços científicos na área da Oncologia, a quimioterapia neoadjuvante à base de cisplatino continua a ser o tratamento standard para doentes com carcinoma urotelial da bexiga músculo-invasivo, com resultados longe de serem os desejáveis ??em termos de controlo da doença a longo prazo e sobrevida global, uma vez que cerca de 50% dos doentes progride para doença metastática.

A rápida e contínua expansão do conhecimento sobre a biologia subjacente do carcinoma urotelial da bexiga e os dados mais recentes sobre a eficácia dos agentes de imunoterapia nesta doença, anunciam mudanças significativas no futuro.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 06 HEPATOCARCINOMA - 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO ONCOLÓGICO

Ana Raquel Silva Fontes(1); Jorge Rodrigues(1); Camila Oliveira(1); Maurício Peixoto(1); Sílvia Santos(1); José Miguel Rocha(1); Filipa Pereira(1); Joana Cunha(1); Diana Santos(1); Elisabete Couto(1); Júlia Amorim(1); Ana Marques(1); Rui Nabiço(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: O hepatocarcinoma é um tumor agressivo que ocorre frequentemente no contexto de doença hepática crónica. Embora a ressecção cirúrgica seja a indicação major no tratamento destes doentes, a maioria não é elegível devido à extensão do tumor ou disfunção hepática subjacente, o que, paralelamente, torna a terapêutica sistémica uma opção igualmente desafiante. Duma forma geral, a sobrevida média é de aproximadamente 6 a 20 meses.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos dados dos doentes diagnosticados com hepatocarcinoma e submetidos a terapêutica sistémica, de janeiro de 2010 a dezembro de 2020.

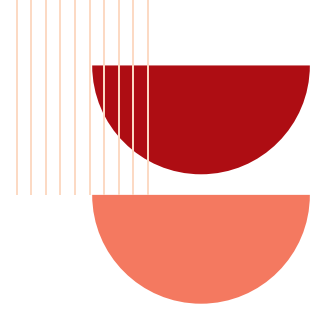
Resultados: Durante este período de 10 anos, 48 doentes foram diagnosticados com hepatocarcinoma localmente avançado ou metastático com indicação para tratamento sistémico. Deste grupo, apenas 30 chegaram a iniciar o tratamento, o que significa que 18 doentes não eram elegíveis devido à doença hepática subjacente ou mau performance status.

A maioria dos doentes era do género masculino (90%, n=27) e a idade mediana ao diagnóstico foi de 58 anos. Todos os 30 doentes tinham doença hepática subjacente: 50% cirrose hepática alcoólica, 33% esteato-hepatite não relacionada com o álcool e 17% hepatite vírica crónica B ou C. Relativamente ao estadiamento clínico, 73% (n=22) apresentavam doença localizada multifocal e 27% (n=8) doença metastática.

Todos os pacientes iniciaram tratamento de primeira linha com sorafenib com um tempo médio de tratamento de cinco meses (15 dias - 15 meses). Apenas seis doentes chegaram a receber tratamento de segunda linha: dois com gemcitabina e quatro com regorafenib. À data de realização deste estudo, dois doentes estavam vivos e em tratamento activo com sorafenib e regorafenib, com uma sobrevida de 46 e 95 meses, respectivamente.

Os tratamentos locais como ablação por radiofrequência e quimioembolização são cruciais na abordagem desta doença, permitindo aumentar o tempo livre de tratamento sistémico e/ou erradicar a doença. Neste subgrupo de doentes, a sobrevida global mediana foi de 15 meses, com 33% e 10% dos pacientes vivos aos 2 e 5 anos, respectivamente. Para os 28 pacientes que morreram, a principal causa de morte foi a progressão da doença ou insuficiência hepática.

Conclusão: Apesar das várias opções terapêuticas - desde transplante hepático, ablação por radiofrequência, quimioembolização, até tratamento sistémico com agentes citotóxicos ou terapêuticas alvo - os resultados ainda são muito desanimadores. Nos últimos anos, várias opções de tratamento de primeira e segunda linha foram aprovadas para o hepatocarcinoma avançado - lenvatinib, regorafenib, cabozantinib, ramucirumab, atezolizumab e bevacizumab - algumas com resultados positivos na sobrevida global. Embora os resultados de vida real destes novos tratamentos ainda não sejam conhecidos, são uma esperança para melhorar o prognóstico destes doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 07 UM MAL NUNCA VEM SÓ: UM CASO DE NEOPLASIAS MÚLTIPLAS

Ana Carolina Vasques(1); Mafalda Baleiras(1); André Ferreira(1); Tânia Duarte(1); Vanessa Branco(1); Margarida Lagarto(1); Marta Pinto(1); Ana Martins(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

Introdução: O termo, múltiplas neoplasias primárias é definido por múltiplas neoplasias malignas independentes de várias localizações primárias. Dividem-se em síncronas, quando o tempo de diagnóstico entre elas é inferior a 6 meses ou metácrônicas, se o intervalo de tempo de diagnóstico é superior a 6 meses. Comparado com a população geral, qualquer doente oncológico tem risco acrescido (14%) de desenvolver uma segunda neoplasia, devido principalmente a fatores genéticos, ambientais e pela exposição prévia a terapêutica oncológica. De tal forma, que as segundas neoplasias são a primeira causa de morte em algumas populações de sobreviventes de cancro.

Estes doentes costumam ser maioritariamente homens, com idade avançada, hábitos alcoólicos e tabágicos e história familiar de neoplasias. De acordo com alguns estudos os locais de neoplasia primária mais frequentes são mama, trato digestivo, seguido de cabeça e pescoço e trato urogenital. Os locais de neoplasia secundária têm na maioria das vezes localização pulmonar, digestiva e urogenital, com diagnóstico frequente entre o 2º e 6º anos após o diagnóstico da neoplasia primária.

Objetivos: Descrição de um caso clínico de uma doente com diagnóstico inaugural de neoplasia urotelial da bexiga com metastização pulmonar, que após 2 anos de seguimento e tratamento teve o diagnóstico de neoplasia primária pulmonar.

Material e Métodos: Consulta do processo clínico eletrónico do doente e breve revisão bibliográfica sobre neoplasias múltiplas em doentes oncológicos.

Resultados: Doente de sexo feminino, 57 anos, com diagnóstico de neoplasia vesical, após queixas com 9 meses de evolução de hematúria e perda ponderal. Sem antecedentes pessoais de relevo, fumadora e com hábitos alcoólicos ocasionais. Antecedentes familiares de avó materna com neoplasia do útero e tios-avós maternos com neoplasia do cólon.

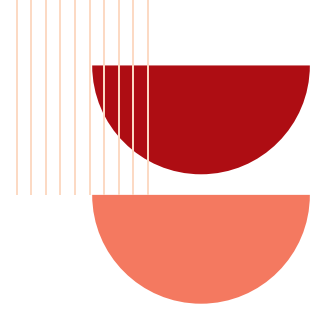
A peça de RTU-V (resseção trans-uretral vesical) era consistente com um carcinoma urotelial invasivo, de alto grau, com invasão da camada muscular própria. Ao exame objetivo apresentava ECOG-PS 0. Após discussão em CDT e perante doença com metastização pulmonar e invasão locorregional a nível do corpo do útero, foi proposta para quimioterapia (QT) de 1ª linha com Gemcitabina + Cisplatina que iniciou em maio de 2019.

Na TC-TAP de re-estadiamento, após 5 ciclos verificou-se progressão de doença e iniciou 2ª linha de tratamento com Pembrolizumab de 3/3 semanas. Manteve esta terapêutica de outubro de 2019 até novembro de 2020, num total de 19 ciclos, com necessidade de suspensão por neutropenia febril G4. Nesta altura foi re-estadiada apresentando resposta paradoxal dos 2 maiores nódulos pulmonares. Repetiu TC em 2 meses e por manutenção de incremento dimensional da maior lesão pulmonar, já com extensão ao mediastino anterior, foi decidida biópsia diagnóstica. Esta foi compatível com um adenocarcinoma do pulmão sem mutação EGFR, sem rearranjos ALK ou ROS1. Optou-se por iniciar QT, com o intuito de fazer a cobertura de ambos os tumores (1ª linha para o ADC do pulmão e 3ª linha para o ADC urotelial da bexiga), com estabilidade da doença até ao momento.

Discussão: Neste caso o tabagismo, foi o único fator de risco encontrado comum às duas neoplasias e que permaneceu presente durante o curso da doença. Isto pode ter influenciado o aparecimento da segunda neoplasia. Não é incomum que neoplasias primárias sejam diagnosticadas erroneamente como metástases, visto que esta associação é realizada frequentemente na prática clínica. Esta situação apresenta-se como um verdadeiro desafio para o oncologista que tem muitas vezes que alterar o plano terapêutico e dirigi-lo a ambas as neoplasias.

A incidência de doentes com neoplasias múltiplas está a aumentar, muito devido ao número crescente de sobreviventes de cancro, ao envelhecimento da população e aumento da sensibilidade dos exames de rastreio/diagnóstico. Verificamos então, que a vigilância prolongada, tal como o controlo de fatores de risco, é de extrema importância e tem que ser uma prioridade.

Conclusão: É premente que se identifiquem os doentes oncológicos com risco acrescido de uma segunda neoplasia, para que o seu diagnóstico seja feito num estadio precoce, com menor risco de morbidade e maior sobrevivência. Também nunca é demais salientar a importância de que o aparecimento de uma lesão numa nova localização, principalmente aquelas com pouca resposta ao tratamento convencional, deve desencadear a realização do diagnóstico diferencial entre metastização e neoplasia primária.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 08 DOENTES ONCOLÓGICOS INTERNADOS COM COVID-19: UMA ANÁLISE DESCRITIVA DA PRIMEIRA VAGA NUM HOSPITAL TERCIÁRIO

Lisa Gonçalves(1), Miguel Esperança-Martins(1), Inês Soares de Pinho(1), Vanessa Patel(1), Tiago Barroso(1), Pedro Gaspar(2), André Mansinho(1), Isabel Fernandes(1), Rita Sousa(1), Catarina Abreu(1), Leonor Ribeiro(1), António Pais de Lacerda(2), Luís Costa(1)

1 - SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA, HOSPITAL SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, PORTUGAL.
2 - SERVIÇO DE MEDICINA 2, HOSPITAL SANTA MARIA, CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, PORTUGAL.

Introdução: Em dezembro de 2019 foi descoberto pela primeira vez em humanos, em Wuhan (China), um novo coronavírus (SARS-CoV-2) condicionando o aparecimento de uma nova doença (COVID-19) que frequentemente leva ao desenvolvimento de um síndrome respiratório agudo.

Em 2 de março de 2020 foi reportado o primeiro caso de COVID-19 em Portugal dando início a uma primeira vaga da pandemia, cujo final foi declarado em Julho de 2020. Durante este período, os doentes oncológicos foram particularmente afetados.

Apesar da maioria dos casos serem assintomáticos, alguns desenvolvem complicações fatais incluindo choque séptico, edema pulmonar, pneumonia severa e síndrome respiratório atípico.

Tipicamente, os pacientes que requerem suporte de medicina intensiva são mais velhos e têm múltiplas comorbilidades.

Objectivos: Este trabalho tem como principal objectivo a caracterização da população oncológica internada com infecção SARS-CoV-2, durante a primeira vaga, antes do processo de imunização ser iniciado.

Material e métodos: Foi realizado um estudo observacional, unicêntrico, do tipo coorte retrospectivo realizado entre 15 de março e 15 de julho de 2020.

A amostra consiste em todos os pacientes maiores de 18 anos, com neoplasia diagnosticada e infecção SARS-CoV-2 confirmada, admitidos no Hospital de Santa Maria / Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte durante a primeira vaga da pandemia COVID-19 em Portugal.

Discussão / Conclusão: Durante os primeiros 4 meses da pandemia, entre um total de 385 doentes internados com infecção, 66 (17%) eram doentes oncológicos.

Este grupo era maioritariamente constituído por homens (62%). A idade média foi de 69 anos (idade mínima de 22 e máxima de 92 anos), e tinham em média associado um clinical frailty score de 3.

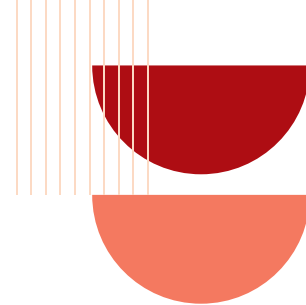
Para além de doença oncológica, apresentavam frequentemente outras comorbilidades sendo as patologias cardiovasculares as mais comuns, entre as quais hipertensão (59.1%) e outras patologias cardiovasculares (37.9%). Mais de um quarto (25.8%) também tinha diagnóstico prévio de doença renal crónica e dislipidemia, e 21.2% diabetes mellitus tipo 2. Apesar da doença grave COVID-19 estar fortemente associada à obesidade, só 15.2% desta população era obesa. No que diz respeito a patologia pulmonar prévia, 12.1% tinha diagnóstico de doença pulmonar obstrutiva crónica e 9.1% asma. Menos de 10% apresentava doença autoimune (4.5%) ou doença hepática crónica (6%).

Apesar de 24% dos doentes se apresentarem assintomáticos à admissão, a maioria (60%) apresentou sintomas típicos: febre (51.5%), tosse (45%) e dispneia (44%). Cerca de um terço tinha queixas de astenia e prostração, e 10% tinha mialgias e toracalgia. Entre os sintomas menos comuns (<10%) encontram-se apresentações gastrointestinais, anorexia, anosmia e ageusia, artralgias e alterações cutâneas.

De salientar que quase um terço (29%) dos doentes oncológicos internados com COVID-19 tiveram uma evolução desfavorável: 21% de mortalidade associada e 14% com necessidade de internamento em unidade de cuidados intensivos. Relativamente aos doentes admitidos em unidade de cuidados intensivos, 66% sobreviveram, valor bastante inferior aos 83% verificados nos doentes sem necessidade de cuidados de medicina intensiva.

Comparativamente, no mesmo período, numa enfermaria não-COVID-19, 40% eram doentes oncológicos (54/130), com uma mortalidade cerca de 2.3x mais baixa (9%).

O início da imunização diminuiu em massa o número de internamentos e, conseqüentemente, de óbitos, demonstrando a importância de incentivar e de manter ativo o processo de vacinação, bem como manter o seguimento destes doentes



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 09 AUSÊNCIA DE BENEFÍCIO NA ADIÇÃO DE CICLOFOSFAMIDA EM ALTA DOSE PARA MOBILIZAÇÃO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS NO MIELOMA MÚLTIPLO EM PRIMEIRA REMISSÃO COMPLETA

Pedro Baptista(1); Pedro Chorão(1); Marta Henriques(1); André Airosa Pardal(1); Pedro Monteiro(1); Inês Machado(1); Sofia Teixeira(1); Luciana Gonçalves(1); Rui Bergantim(1); Eliana Aguiar(1); Jorge Cancela Pires(1); Fernanda Trigo(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO

Introdução: O transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos (TAPH) é um passo terapêutico essencial para doentes elegíveis com diagnóstico inaugural de mieloma múltiplo (MM). A estratégia ideal de mobilização destas células progenitoras permanece, no entanto, equívoca. A ciclofosfamida em alta dose, em associação com filgrastim (HD-Cy+G-CSF), poderá ser escolhida pela sua capacidade de aférese de maiores quantidades de progenitores hematopoiéticos de sangue periférico (PHSP) e pelo seu potencial efeito anti-tumoral, enquanto que o filgrastim isolado (G-CSF) poderá ser preferido pela sua maior previsibilidade e perfil de segurança.

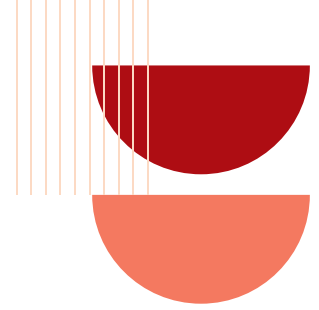
Objectivos: O objectivo deste estudo é comparar os esquemas HD-Cy+G-CSF e G-CSF quanto à eficácia de mobilização, capacidade de enxerto celular e contributo para a sobrevida de doentes com MM submetidos a TAPH.

Material e métodos: Foram analisados, retrospectivamente, doentes com MM submetidos a TAPH após condicionamento com melfalano, entre 2011 e 2020, e em primeira remissão completa (RC) após indução com bortezomib, ciclofosfamida e dexametasona (VCD) ou bortezomib, talidomida e dexametasona (VTD). Foi utilizado plerixafor antes da aférese se a contagem de células CD34+ foi <10x10⁶ células/l. Foram utilizadas as definições do EBMT para enxerto de neutrófilos e de plaquetas.

Resultados: O estudo incluiu 73 doentes em RC, 20 submetidos a mobilização com HD-Cy+G-CSF e 53 com G-CSF apenas. Os doentes do primeiro grupo eram mais jovens (56 vs 64 anos; p = 0.003). O tratamento de indução escolhido foi VCD em 21% dos doentes e VTD em 79%, enquanto que o tratamento de manutenção pós-transplante foi realizado em 58% dos doentes, sem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Durante a mobilização, 70% dos doentes no grupo HD-Cy+G-CSF teve pelo menos um episódio de febre com necessidade de antibioterapia, contrastando com 6% de doentes no grupo G-CSF (p <0,001). Comparativamente ao filgrastim, a ciclofosfamida permitiu uma maior colheita de PHSP (8,39 vs 4,66x10⁶ células CD34+/kg; p <0,001) em menos sessões de aférese (2 ou menos em 85% vs 51%; p = 0.004) e com menor necessidade de administração de plerixafor (15% vs 40%; p = 0.046). O número de PHSP infundidos durante o transplante foi significativamente superior no grupo HD-Cy+G-CSF (4,20 vs 2,52x10⁶ células CD34+/kg) mas não se observaram diferenças quanto ao tempo de enxerto de neutrófilos (mediana 12 vs 12 dias) ou plaquetas (mediana 16 vs 17 dias). Os episódios de neutropenia febril, mucosite grau III-IV e o número de unidades transfundidas de concentrados eritrocitários e de plaquetas também foi semelhante entre os grupos. Adicionalmente, não se observaram diferenças significativas entre os doentes mobilizados com HD-Cy+G-CSF e com G-CSF quanto às taxas de RC ao dia +100 pós-transplante (80% vs 85%, respectivamente) ou quanto à sobrevida até necessidade de novo tratamento a 3 anos (67% vs 61%, respectivamente).

Discussão: Nos doentes com MM que atingem RC após indução com bortezomib, a mobilização com G-CSF isolado leva a aférese de menores quantidades de PHSP e necessita, mais frequentemente, de administração de plerixafor, embora apresente menor toxicidade do que a combinação HD-Cy+G-CSF e garanta um enxerto igualmente eficaz após transplante. Estes dados sugerem que a ciclofosfamida poderá comprometer o microambiente medular ou causar toxicidade significativa aos PHSP colhidos, impedindo que o maior número de células infundidas no transplante se traduza num enxerto mais vantajoso com melhores resultados pós-transplante em doentes submetidos a mobilização com HD-Cy+G-CSF. A escolha de G-CSF como método preferencial de mobilização poderá evitar as complicações infecciosas verificadas com HD-Cy+G-CSF sem comprometer os resultados do TAPH neste grupo específico de doentes com MM com resposta favorável ao tratamento de indução.

Conclusões: Mesmo apresentando maior eficácia de mobilização de PHSP, a adição de ciclofosfamida em alta dose ao filgrastim não parece trazer benefícios quanto à capacidade de enxerto celular ou à sobrevida de doentes com MM submetidos a TAPH em primeira remissão após indução.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 11 TRATAR O CANCRO DA MAMA SEM DESTRATAR O CORAÇÃO

Maurício Peixoto(1); Camila Carvalho de Oliveira(1); Jorge r. Rodrigues(1); Raquel Fontes(1); Ricardo Fernandes(1); Marta Almeida(1); Joana Cunha(1); Rui Nabiço(1)
(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: O cancro da mama é o cancro mais prevalente entre as mulheres. A mortalidade tem vindo a diminuir graças a estratégias de tratamento mais eficazes como a associação de quimioterapia e terapêuticas dirigidas ao alvo. As antraciclina e os anticorpos dirigidos ao Human Epidermal growth factor Receptor 2 (HER2) são fármacos incluídos nestas estratégias, utilizados em contexto de (neo)adjuvância. Ambos os fármacos têm potencial cardiotoxicó, pelo que a avaliação frequente da função cardíaca seja recomendada.

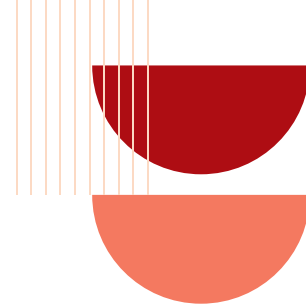
Descrição do caso: Mulher, de 65 anos, caucasiana, natural do Brasil, detetou nódulo na mama direita ao autoexame. Ao exame objetivo, o tumor consistia num nódulo mal definido, endurecido, movel localizado no quadrante inferior externo da mama com 2cm de maior diâmetro, sem adenopatias axilares palpáveis. A histologia revelou um carcinoma invasor de tipo não específico (NST) grau II, negativo para recetores de estrogénio, com 5% de células com recetores de progesterona e positividade para HER2. Foi proposta para quimioterapia com intuito neoadjuvante com 4 ciclos de doxorrubicina e ciclofosfamida (AC) dose densa seguidos de 12 ciclos de paclitaxel semanal e duplo bloqueio HER2 com trastuzumab e pertuzumab, de 3 em 3 semanas.

Realizou ecocardiograma transtorácico previamente ao início da quimioterapia, com uma fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) estimada em 63%.

Durante os primeiros 4 ciclos a doente cumpriu vários cursos de antibioterapia oral e intravenosa por infeções de repetição do trato urinário. Após os 4 ciclos de AC, a doente fez ecocardiograma de reavaliação cardíaca, apresentando de novo uma depressão moderada da função sistólica global do ventrículo esquerdo com FEVE estimada em 40%. Apresentava hipocinésia do ápex e segmentos distais adjacentes e segmento médio da parede lateral. A doente iniciou modificadores de prognóstico cardiovasculares com inibidor da enzima conversora da angiotensina e bloqueador beta e foi referenciada a consulta urgente de cardiologia. Nesta realizou eletrocardiograma que mostrou inversão da onda T difusa e prolongamento do intervalo QTc. Apresentava também ligeira elevação dos marcadores de necrose miocárdica sem clínica de enfarte agudo. Foi internada na unidade de cuidados intermédios cardíacos com suspeita de síndrome de Takotsubo. Realizou cateterismo cardíaco que não mostrou oclusão crítica. Em ressonância magnética cardíaca mostrava depressão ligeira da função sistólica global do ventrículo esquerdo, hipocinésia marcada do segmento médio da parede anterior e discreta hipocinésia apical, mas sem necrose ou fibrose observável. Teve alta com normalização do intervalo QT e melhoria da fração de ejeção para 58% e sem alterações da cinética em reavaliação uma semana após a alta.

Iniciou o paclitaxel semanal e ao terceiro ciclo associou-se o duplo bloqueio HER2 (trastuzumab e pertuzumab). Um mês depois repetiu ecocardiograma com manutenção da FEVE em 58%.

Discussão: Neste caso clínico apresentamos um doente em tratamento neoadjuvante para cancro da mama, com diagnóstico de síndrome de Takotsubo. Esta síndrome tem uma prevalência aumentada nos doentes oncológicos.³ Contudo, dado a utilização de antraciclina, esta pode também ter contribuído para o desenvolvimento desta síndrome, com vários casos descritos na literatura, apesar da cardiotoxicidade irreversível associada a estes fármacos não se ter verificado.^{3,4} Neste contexto, a doente prosseguiu a neoadjuvância após recuperação da FEVE, iniciando o duplo bloqueio HER2. Esta síndrome foi também já descrita associada ao trastuzumab^{5,6}, pelo que se recomenda a monitorização frequente da função cardíaca, com potencial impacto na qualidade de vida das doentes. A utilização de fármacos modificadores do prognóstico na insuficiência cardíaca ainda não está totalmente esclarecida num contexto de profilaxia da toxicidade destes tratamentos oncológicos.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 13 ADENOCARCINOMA DA PRÓSTATA METASTIZADO: UM CASO IMPROVÁVEL DE RESPOSTA TERAPÊUTICA SUSTENTADA

Camila Oliveira(1); Maurício Peixoto(1); Jorge r. Rodrigues(1); Raquel Fontes(1); Ricardo Fernandes(1); Joana Cunha(1); Catarina Portela(1); Luísa Queiróz(1); Rui Nabiço(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

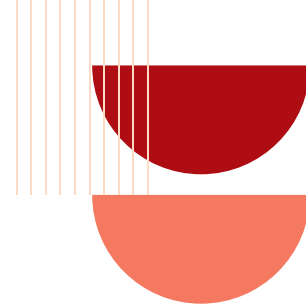
Introdução: O carcinoma da próstata é a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada no homem. Não obstante as elevadas taxas de sucesso das terapêuticas de intuito radical, a recorrência não é rara. Nos últimos anos tem-se assistido à emergência de novos fármacos com impacto muito positivo no tratamento do cancro da próstata.

Material e Métodos: Revisão de caso clínico de homem de 59 anos de idade com diagnóstico de adenocarcinoma da próstata submetido a prostatectomia radical com linfadenectomia em Fevereiro de 2016 (pT3a NO R1- Gleason 9 (4+5)), seguido de radioterapia adjuvante (RT).

Resultados: Por elevação de PSA 3 meses após, foi re-estadiado tendo-se verificado progressão da doença a nível ósseo. Iniciou análogo LHRH e realizou 8 ciclos de quimioterapia com docetaxel. A avaliação de resposta, 3 meses após término da quimioterapia revelou progressão da doença óssea em tomografia axial computadorizada (TC), sem elevação de PSA ou sintomas associados. Foi proposto para terapêutica com abiraterona em contexto de hormonorresistência. Submetido a orquidectomia em Outubro de 2019. O doente apresentou boa resposta imagiológica à terapêutica instituída e atualmente encontra-se assintomático, com boa tolerância à terapêutica em curso e sem evidência de progressão da doença.

Discussão: Apesar do reconhecimento de vários fatores, como o estadio e Gleason score, que são preditivos da agressividade da doença, ainda muito se desconhece sobre o verdadeiro percurso desta patologia. As terapêuticas com base hormonal e a quimioterapia são os grandes pilares da abordagem terapêutica. Nos últimos anos surgiram novas drogas no arsenal terapêutico como a abiraterona, que demonstraram benefício na sobrevivência global e na sobrevivência livre de progressão, sem prejuízo da qualidade de vida.

Conclusão: Neste caso, apesar da agressividade da doença inicial com uma rápida progressão sob terapêutica local e quimioterapia foi possível atingir um controlo prolongado da doença. Este caso vai de encontro ao já reconhecido que os doentes com doença assintomática e doença predominantemente óssea são os que mais beneficiam deste tipo de terapêutica hormonal. Ainda assim, reconhece-se a necessidade de definir biomarcadores diagnósticos que ordenem os doentes por populações que poderão beneficiar de um tratamento específico, bem como marcadores de prognóstico que avaliem a sua eficácia.

**ABSTRACT BOOK | POSTERS****PO 14 MUDANÇA DE PARADIGMA NO TRATAMENTO MÉDICO DOS GISTS - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO DE GIST ENTÉRICO TRATADO COM SUCESSO**

Sílvia Raquel Santos(1); Catarina Silva Araújo(1); Adriana Barbosa Pereira(1); Ricardo Miguel Costa(1); Sandra Correia(1); Ricardo Fernandes(1); Cindy Tribuna(1); Paulo Gouveia(1); Cristina Cruz da Ângela(1)
(1) HOSPITAL DE BRAGA

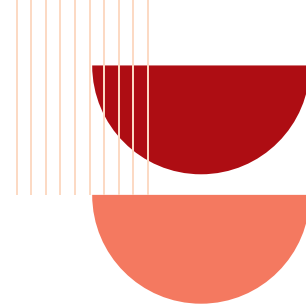
Introdução: O GIST é um tumor raro de células do estroma do trato gastrointestinal (TGI). Representa cerca de 1 a 2% de todos os tumores do TGI, mas apresenta-se como a neoplasia mesenquimatosa mais comum que afeta este mesmo sistema. Localiza-se maioritariamente no estômago, em 30% no intestino delgado e com menos frequência no esôfago e reto. Afeta preferencialmente adultos, entre os 65 e 69 anos, sem predomínio de género. O GIST associa-se a alguns síndromes como a por exemplo Neurofibromatose tipo 1. Os sintomas variam de acordo com a sua localização, sendo os sintomas mais comuns: hemorragia digestiva, dor abdominal, astenia, náuseas, vômitos, enfartamento ou alterações do trânsito intestinal. É frequentemente diagnosticado em exames de rotina ou como um achado intraoperatório. O seu prognóstico é geralmente favorável (os tumores de origem gástrica) em contraponto com outras localizações, como no reto. Estima-se que a taxa de sobrevivência aos 5 anos seja superior a 90%, na doença localizada, taxa que se reduz para 50-55% no caso de doença disseminada.

Objetivos: Exposição de um caso clínico de um GIST, a sua avaliação, tratamento e prognóstico.

Materiais e Métodos: Análise do processo clínico do doente entre 1 de julho de 2020 e 15 de julho de 2021. Consultados registos do internamento e consultas de seguimento de Medicina Interna e Cirurgia Geral.

Caso Clínico: Homem de 73 anos, autónomo, com múltiplos fatores de risco cardiovascular (hipertensão arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia) já com lesão de órgão alvo (acidente vascular cerebral sem sequelas). Apresentava antecedentes de carcinoma epidermóide invasor do couro cabeludo (cirurgia em maio de 2020), e infeção pelo VIH estadio A3. Sob antiagregação com clopidogrel e suplementação com ferro oral. Avaliado em consulta externa de Medicina Interna por queixas de astenia e dispneia para pequenos esforços. Apresentava melenas que associava à toma de ferro oral. Analiticamente com anemia microcítica hipocrómica grave, hemoglobina (Hb) 5.5g/dL, com ferropenia grave (índice de saturação de transferrina 4% e ferritina 9 ng/ml), sem evidência de hemólise. Foi internado no Serviço de Medicina Interna para estudo de anemia e continuação de cuidados. Realizou transfusão de 2 unidades de glóbulos vermelhos com boa resposta clínica e analítica (Hb 7.3g/dL). Fez suplementação endovenosa com ferro carboximaltose. Foi submetido a endoscopia digestiva alta (EDA) e colonoscopia que não revelaram alterações de relevo. Na tomografia computadorizada (TC) abdominal e pélvica observou-se "...no mesogastro, topografia paramediana esquerda, ansas jejuno-ileais aglomeradas, questionando-se espessamento parietal segmentar. Sugerindo avaliação por enterotc...". Entretanto, o doente realizou vídeo cápsula endoscópica, para avaliação do intestino delgado, sem evidência de sangue nos lúmens ou lesões suspeitas. A enterotc identificou "...no flanco esquerdo, uma massa aparentemente com crescimento exofítico a partir de ansa ileal; apresenta contorno lobulado e é heterogénea, com áreas liquefeitas e outras de hiperrealce, medindo 50x55mm; os achados são muito sugestivos de um GIST entérico...". Foi avaliado por cirurgia geral e proposto para enterectomia segmentar laparoscópica que decorreu sem intercorrências. Analiticamente teve subida progressiva da hemoglobina e melhoria da sintomatologia inicialmente reportada. O exame anatomopatológico confirmou tratar-se de um GIST (-6cm), com elevado índice mitótico (pT3) e com expressão de CD117 (KIT), DOG1 e CD34. Teve alta referenciado para a Consulta de Oncologia Médica, onde foi avaliado e proposto para terapêutica adjuvante com imatinib. Na última consulta de seguimento, cerca de um ano após a cirurgia (DATA), o doente encontrava-se assintomático, sem história de perdas hemáticas, sem alterações analíticas de relevo ou sinais imagiológicos de recidiva na TC.

Conclusões: Neste caso clínico assumiu-se como causa provável da anemia as perdas hemáticas pelo GIST, uma vez que, após a enterectomia e com suplementação adequada, o doente recuperou para valores basais de hemoglobina e ficou assintomático. No caso de um GIST gástrico ou do intestino delgado, o tamanho e o índice mitótico são fatores independentes de prognóstico. Assim, no caso deste GIST entérico, de 6cm, e com elevado índice mitótico, estima-se que a sua probabilidade de recidiva a longo prazo seja elevada (entre 70 a 90%). Histologicamente, verificou-se a expressão de CD117, cuja sobreexpressão configura o marcador de diagnóstico mais importante nos GISTS. O segundo marcador mais utilizado é o DOG-1 (Discovered On GIST-1) também presente neste doente. Os inibidores de tirosina cinase, como o imatinib, passaram a ter um papel muito relevante e com impacto prognóstico pelo seu mecanismo de ação, inibindo o crescimento tumoral e mudando desta forma o paradigma do tratamento dos GISTS.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 15 LONGA SOBREVIVÊNCIA LIVRE DE PROGRESSÃO NO CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIS SOB TERCEIRA LINHA DE TRATAMENTO COM CABOZANTINIB - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

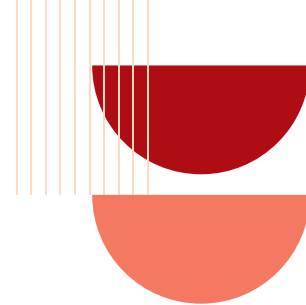
Inês Dunões(1); Maria Menezes(1); Alicia Oliveira(1); Tomás Carvalho(1); Francisco Trinca(1); Rui Dinis(1)

(1) HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

Introdução: O carcinoma de células renais (CCR) corresponde a aproximadamente 4% de todos os cancros e apresenta uma média de idade de 64 anos. Ainda que a ressecção cirúrgica continue a ser o tratamento de eleição na doença localizada, existem cada vez mais estratégias terapêuticas para os estadios mais avançados o que tem permitido aumentar a sobrevivência livre de progressão assim como a sobrevivência global. A escala de prognóstico International Metastatic Renal Cell Carcinoma Database Consortium (IMDC) é atualmente o pilar para a escolha terapêutica em doentes com CCR metastizado.

Caso clínico: Homem de 58 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, foi diagnosticado em Junho de 2016 com carcinoma de células claras do rim esquerdo T4N1M0 e submetido a nefrectomia esquerda. Realizou TAC TAP de reestadiamento 6 meses após a cirurgia que evidenciava múltiplas adenopatias de novo, IMDC com bom prognóstico, pelo que iniciou Pazopanib em Junho de 2017 com boa resposta inicial e boa tolerância. Em Janeiro de 2020 por episódio convulsivo realizou TC-CE e restadiamento com TC TAP que revelou metastização cerebral e agravamento importante das adenopatias já conhecidas. Fez nesse contexto radioterapia cerebral estereotáxica e iniciou em Fevereiro de 2020 imunoterapia com Nivolumab. No entanto, nos exames de reavaliação de Julho de 2020 observou-se aumento das metástases cerebrais, agravamento dos conglomerados adenopáticos já existentes assim como metástases pulmonares, ósseas e suprarrenais de novo. Foi alterada a estratégia terapêutica, suspendeu nivolumab e iniciou nova linha terapêutica com cabozantinib em Julho de 2021. Apresentou tolerância razoável e, após 2 meses de tratamento, estabilidade na avaliação imagiológica precoce. Atualmente, em Janeiro de 2022, mantém tratamento de terceira linha com cabozantinib, performance status (PS) 2 mas com boa tolerância e sintomas controlados.

Discussão: Existem diferentes estratégias terapêuticas tendo em consideração o estadio, idade e escala de IMDC. As terapias alvo com inibidores de tirosina quinase (TKI) têm sido utilizadas como primeira linha no tratamento do carcinoma renal em progressão ou estadio IV e recentemente, foi também reconhecido o papel da imunoterapia. O cabozantinib é uma opção no tratamento terceira linha e também em segunda linha em pacientes previamente tratados com TKI e nivolumab. O presente caso ilustra um doente com CCR metastizado com longo período de evolução e uma sobrevivência livre de progressão de aproximadamente 18 meses sob terceira linha terapêutica com TKI de nova geração, sem toxicidade major associada.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 16 SOBREVIVÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA NO CARCINOMA UROTELIAL LOCALMENTE AVANÇADO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

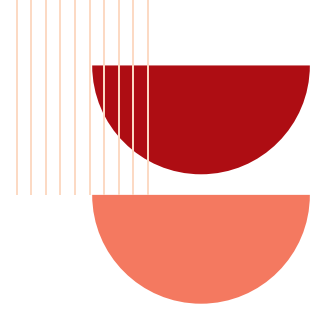
Inês Dunões(1); Alicia Oliveira(1); Maria Menezes(1); Tomás Carvalho(1); Francisco Trinca(1); Rui Dinis(1)

(1) HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

Introdução: O carcinoma urotelial é a décima neoplasia mais comum em todo o mundo. O fator de risco mais importante para o seu desenvolvimento é o tabagismo seguido da exposição ocupacional a aminas aromáticas e radiação ionizante. A abordagem deste cancro é baseada no resultado anatomopatológico da biópsia sendo que no carcinoma urotelial músculo-invasivo a abordagem terapêutica recomendada será quimioterapia (QT) neoadjuvante seguido de cirurgia nos doentes elegíveis. Em caso de progressão e em doentes não elegíveis para cisplatina deverá ser ponderado o tratamento com imunoterapia.

Caso clínico: Homem de 76 anos, fumador, sem outros antecedentes pessoais ou familiares relevantes. Foi diagnosticado no início de 2018 com carcinoma urotelial localmente avançado e submetido a cistectomia parcial e esvaziamento ganglionar inguinal. Fez depois QT e radioterapia (RT) adjuvante com capecitabina e cisplatina até final de 2018. Por manutenção de doença ganglionar ilíaca e ileo obturadora direita iniciou em abril de 2019 pembrolizumab com boa tolerância e com doença estável desde então. Como intercorrência em outubro de 2020 iniciou quadro de rectorragias com colonoscopia subsequente a evidenciar adenocarcinoma síncrono do colón sigmoide e transverso T2N0 na anatomia patológica pelo que foi submetido a colectomia total com anastomose primária no início de 2021. Suspendeu pembrolizumab no período perioperatório, reiniciando posteriormente. Realiza imunoterapia há 21 meses com excelente tolerância e fez em Novembro de 2021 PET de re-estadiamento sem evidência de focos de hipercaptação sugestivos de recidiva tumoral.

Discussão: O presente caso ilustra um doente com carcinoma urotelial com longo período de evolução, com recidiva locoregional mas sem doença à distância que desde o diagnóstico inicial manteve performance status (PS) 0, uma vida ativa e boa tolerância aos tratamentos. Nos últimos anos têm sido introduzidas novas estratégias terapêuticas como a imunoterapia em casos seleccionados. O Pembrolizumab é um dos inibidores do PD-L1 de eleição nos casos de progressão de doença após quimioterapia à base de platina. Ainda que não seja isento de toxicidade, o tratamento com imunoterapia neste doente, permitiu não só um aumento da sobrevivência livre de progressão e da sobrevivência global como também da qualidade de vida.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 17 OS DESAFIOS DO TRATAMENTO DO CANCRO PULMÃO ESTADIO IV - OS INIBIDORES DE PD-L1 SERIAM SOLUÇÃO?

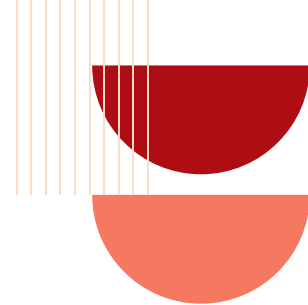
Sílvia Raquel Santos(1); Catarina Silva Araújo(1); Ricardo Miguel Costa(1); Joana Vieira Naia(1); Joana Medeiros(1); Daniela Barros(1); Ricardo Fernandes(1); Joana Sotto Mayor(1); Cindy Tribuna(1); Paulo Gouveia(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: Os carcinomas de não-pequenas células (CNPC) são o tipo mais frequente de neoplasias pulmonares. Dividem-se em três subtipos, o de grandes células, o adenocarcinoma (periférico), em contraponto com o subtipo escamoso (central). O tabagismo é o fator de risco (FR) preponderante e transversal a todos os tipos de cancro pulmonar. Os CNPC caracterizam-se por uma rápida disseminação local e à distância, apresentando-se muitas vezes já em estadios avançados ao diagnóstico, com elevada carga tumoral e com metastização cerebral e óssea. As guidelines internacionais aconselham a realização, em contexto de CNPC avançado, de pesquisa de mutação do EGFR (presente em ~10% dos adenocarcinomas) assim como da expressão de PD-L1. O tratamento delienado leva em consideração o estado funcional, a clínica, o estadiamento, assim como os resultados das alterações genéticas e da imunohistoquímica

Descrição: Homem de 59 anos, autónomo, trabalhador da construção civil, com antecedentes de doença renal crónica (DRC) estadio 5 em programa regular de hemodiálise (HD) e Insuficiência Cardíaca (IC). Fumador ativo (45UMA). Foi trazido ao Serviço de Urgência (SU) por dispneia intensa súbita e palpitações. Associadamente, referiu acessos de tosse mucopurulenta e por vezes raiada de sangue com alguns dias de evolução. Objetivamente, apresentava-se hipertenso, com taquicardia sinusal e hipoxemia. Teve melhoria clínica progressiva à terapêutica diurética e broncodilatadora, tendo realizado ainda sessão de HD. Assume IC descompensada por provável agudização da DRC e Traqueobronquite Aguda. Atendendo à clínica, à caquexia marcada, história de tabagismo e várias vindas ao SU decidiu-se realizar tomografia computadorizada (TC) do tórax que revelou "conglomerado adenopático infracarinal com cerca 3,2cm. Visualiza-se uma massa adjacente e inferior ao hilo direito (6,7x5cm), indissociável do brônquio lobar inferior, correspondendo a processo neoformativo". Colocada a hipótese de neoplasia pulmonar primária vs doença linfoproliferativa (pelo envolvimento linfático). O doente ficou internado para estabilização e estudo complementar. A tomografia de emissão de positrões (PET) "sugeriu lesão neoplásica maligna de alto grau metabólico no pulmão direito". Realizou biópsia brônquica cuja histologia descreveu "CNPC sem fenótipo pulmonar típico não se podendo excluir, primário do trato digestivo superior e glândulas anexas". Foi submetido a endoscopia digestiva alta que detetou lesão ulcerada na face anterior do corpo gástrico cujo a biópsia afirmou tratar-se de um carcinoma pouco coeso (difuso). Para complementar o estudo realizou TC do crânio que descreveu "formação expansiva/infiltrativa, espontaneamente hiperdensa (~3 cm), poderá traduzir lesão metastática". A ressonância magnética (RM) confirmou "processo expansivo e infiltrativo de predomínio intraventricular esquerdo". Na consulta de grupo oncológico foram assumidos 2 tumores síncronos: pulmão (estadio cT3N3M1c) e gástrico (estadio cTxNx), sendo proposto tratamento paliativo para ambas as neoplasias, com radioterapia (RT) holocraneana e quimioterapia (QT), de acordo com o estudo molecular. Foi identificada uma mutação no gene EGFR, não associada a nenhuma terapia dirigida nesse momento e com significado clínico ainda desconhecido. O doente fez apenas 4 das 10 sessões de RT previstas, por degradação franca do estado geral, acabando por falecer num período de um mês e meio após diagnóstico.

Conclusão: Neste caso clínico foi apresentado um doente com CNPC metastizado síncrono com um carcinoma gástrico. A elevada carga tabágica e a potencial exposição a poeiras profissionais podem ter contribuído para ambas as neoplasias. Ao diagnóstico, a doença pulmonar apresentava-se no estadio IV (cerebral). A mutação identificada no EGFR não dispunha de terapêutica dirigida, e a expressão de PD-L1 era inferior a 50%, o que limitou as opções terapêuticas. Nesse sentido, a imunoterapia com pembrolizumab (anti-PD1) em combinação com QT à base de platinos seria a primeira linha, apesar do platino ser inviável neste doente dada a DRC Estadio 5. A RT paliativa cerebral foi a opção possível, encurtada pelas inúmeras idiosincrasias do doente, tornando a sua abordagem um verdadeiro desafio.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 18 ABDÓMEN AGUDO COMO MANIFESTAÇÃO INICIAL DE LINFOMA DE BURKITT DO APÊNDICE- A PROPÓSITO DE UM CASO CLINICO

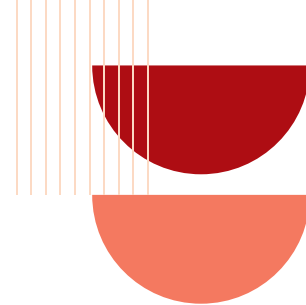
Inês Dunões(1); João Figueira(1); Carmen Corzo(1)

(1) HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

Introdução: O linfoma de Burkitt (LB) é um linfoma não Hodgkin de células B altamente agressivo, com uma taxa de incidência entre 1 e 4% de entre todas as neoplasias gastrointestinais, e tratando-se de um LB com envolvimento do apêndice, a incidência é ainda menor. A apresentação clínica como abdómen agudo pode ser secundária a obstrução intestinal, intussuscepção ou perfuração. Embora o LB se manifeste raramente como apendicite este deve ser considerado como diagnóstico diferencial.

Caso clínico: Homem de 47 anos, sem antecedentes pessoais ou familiares de relevo, recorreu ao Serviço de Urgência (SU) com abdómen agudo por peritonite secundária a perfuração de apêndice necrosado. Foi submetido a cirurgia de urgência que resultou em hemicolecomia com ileostomia. Realizou tomografia computadorizada (TC) de tórax abdómen e pélvis que evidenciou nódulo pulmonar direito, lesões hepáticas secundárias, lesão ocupante de espaço a envolver ílion e sigmoide e adenopatias iliopélvicas. O resultado da biópsia demonstrou Linfoma de Burkitt do apêndice com Ki-67 de 100%. O doente teve alta hospitalar, tendo sido encaminhado para a consulta de Hemato-oncologia, mas cerca de 1 mês depois, por febre e exsudado pelo estoma foi novamente encaminhado para o SU. Foi excluída complicação abcedada abdominal, ficando o doente internado na Medicina por diagnóstico de Pneumonia. Realizou estudo serológico para excluir vírus da imunodeficiência humana (VIH), cujos resultados foram positivos, e iniciou antibioterapia de largo espectro. Teve alta, mantendo seguimento na Hemato-oncologia por LB estágio IV com infecção VIH tendo iniciado protocolo com rituximab, HiperCVAD (ciclofosfamida, vincristina, doxorrubicina e dexametasona) e antirretrovirais que cumpriu durante 7 meses, tendo falecido 9 meses após o diagnóstico.

Discussão: O LB associado ao VIH tem um curso inevitavelmente agressivo. Por se tratar de uma neoplasia de crescimento extremamente rápido, o tratamento dirigido deve ser instituído de forma imediata, ainda que o prognóstico continue a ser reservado. Existem várias estratégias terapêuticas, nenhuma delas isenta de toxicidade, principalmente a nível do Sistema Nervoso Central, sendo por isso fundamental a terapêutica profilática. O presente caso ilustra um exemplo de LB associado a VIH, diagnosticado já em estadio avançado, que apesar de ter sido abordado de forma correta, dada a agressividade da doença, teve um desfecho fatal.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 19 SÍNDROME DE CUSHING ECTÓPICA ASSOCIADA A TNE DO PULMÃO

Alexandra Guedes(1); Inês Pereira(1); Henrique Alexandrino(1); Raquel Oliveira(1); Bárbara Soeiro(1); Marta Ferreira(1); Ana Joaquim(1); Ana Barroso(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO E.P.E.

Introdução: Cerca de 80% das síndromes de Cushing endógenas são ACTH-dependentes, sendo a maioria (68%) causada por adenomas hipofisários (doença de Cushing); os restantes 12% dos casos envolvem secreção ectópica de ACTH em contexto paraneoplásico. Os tumores neuroendócrinos (TNE) do pulmão representam cerca de 1 a 2% de todas as neoplasias pulmonares na idade adulta. Entre eles, apenas 1 a 2% apresenta secreção ectópica de ACTH, constituindo a causa mais comum de síndrome de Cushing ectópico. A ACTH em excesso leva a hiperplasia da supra-renal e hiperprodução de cortisol.

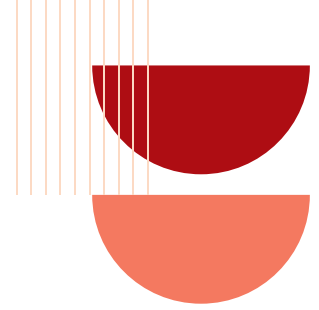
Objetivo: Análise descritiva de um caso clínico de uma doente diagnosticada com síndrome de Cushing no contexto de um tumor neuroendócrino do pulmão metastizado.

MATERIAL E MÉTODOS: Foi efetuada a recolha de dados e análise retrospectiva do processo clínico da doente, proveniente da nossa instituição hospitalar.

Resultados: Trata-se de uma mulher de 67 anos de idade com antecedentes pessoais de diabetes mellitus tipo 2 bem controlada e adenoma da supra-renal direita não funcionante (estudado na consulta de endocrinologia), diagnosticada com tumor neuroendócrino do pulmão com metastização múltipla (hepática, óssea e pericárdica) em novembro de 2020. Cumpriu quimioterapia com cisplatina+etoposídeo e a última avaliação tomográfica revelava doença estável. Em novembro de 2021, é encaminhada da consulta de pneumologia oncológica ao serviço de urgência por alteração do comportamento (delirium) e alterações iónicas importantes: hipocalémia, hipocalcémia e hiperglicémia de difícil controlo, tendo sido internada neste contexto. No internamento, objetivada fácies em lua cheia e hirsutismo facial. Por manter hipocalémia refratária, solicitou-se avaliação de possível hipercortisolismo endógeno. A aldosterona revelou-se suprimida (<7pg/mL), renina normal, cortisol urinário livre nas 24h aumentado (6XLSN) e ACTH (8 horas) também elevada (185 pg/mL). A tomografia crânioencefálica realizada ao longo do internamento não detetou qualquer massa hipofisária. A revisão de lâminas de material histológico de uma das metástases ósseas não revelou marcação para recetores de ACTH. Após avaliação multidisciplinar, a doente iniciou metirapona, com melhoria da hipocalémia e do controlo glicémico.

Discussão: O diagnóstico de síndrome de Cushing ACTH-dependente numa doente com antecedentes de um tumor neuroendócrino torna a hipótese de se tratar de produção tumoral ectópica a mais provável. A confirmação formal da ectopia implica a marcação histológica de recetores de ACTH, idealmente no tumor primário. Neste caso, esta pesquisa foi efetuada apenas numa amostra de metástase óssea. O exame de imagem mais adequado para excluir adenoma hipofisário é a ressonância magnética, enquanto a doente realizou apenas tomografia. A hipótese de ectopia teria sido reforçada pela análise de sangue dos seios petrosos, que iria, ao que tudo indica, excluir um gradiente de ACTH central-periférico elevado. Neste caso, dada a elevada probabilidade de ectopia tumoral e a urgência em controlar o hipercortisolismo, o exame foi protelado. A metirapona é um inibidor enzimático da supra-renal, permitindo o controlo do hipercortisolismo. Contudo, o tratamento definitivo pressupõe o tratamento oncológico.

Conclusão: A síndrome de Cushing ectópica é uma condição rara associada a tumores da linhagem neuroendócrina, que condiciona apresentações clínicas graves decorrentes de alterações eletrolíticas exuberantes. O fenótipo é sugestivo, sendo imperioso que o clínico tenha um elevado grau de atenção ao exame objetivo, especialmente se estivermos na presença de hipocalémia refratária.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 20 SCORES SOFA E APACHE II MODIFICADOS: NOVO PARADIGMA NA AVALIAÇÃO DA MORTALIDADE DE DOENTES HEMATOLÓGICOS EM CUIDADOS INTENSIVOS?

José Guilherme Freitas(1); Fernando Coelho(1); Décio Pereira(1); Fátima Santos(1); Helena Figueira(1); Inês Neves(1); Patrícia Inácio(1); Brigitte Pereira(1); Anabela Martins(1); Filomena Faria(1)
(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: Doentes com neoplasias hematológicas estão mais suscetíveis a complicações infecciosas devido à imunodeficiência secundária e/ou ao tratamento imunossupressor, sendo o prognóstico desfavorável após admissão em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) por sépsis/choque séptico.

Os scores Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) e Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) são amplamente utilizados como preditores de mortalidade em UCI, porém a sua aplicabilidade nos doentes hematológicos ainda não está totalmente estabelecida.

Objetivos

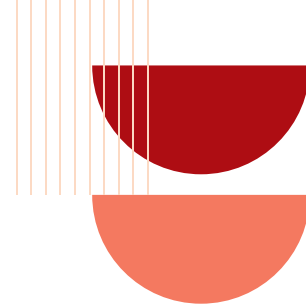
Avaliar o valor prognóstico dos scores SOFA e APACHE II numa coorte de doentes hematológicos admitidos por sépsis/choque séptico em UCI e criação/otimização de novos scores (SOFAmoD e APACHEmoD) neste subset de doentes.

Material e métodos : Análise retrospectiva de doentes hematológicos com >18 anos admitidos em UCI por sépsis/choque séptico no Instituto Português de Oncologia - Porto entre janeiro de 2013 e dezembro de 2019. Todos os scores foram calculados usando os dados do doente no momento da admissão ou nas primeiras 24hrs em UCI. A capacidade discriminatória foi avaliada usando a área sob a curva ROC (AUROC). A sobrevivência global foi avaliada pelas curvas de Kaplan-Meier.

A otimização dos scores SOFAmoD e APACHEmoD foi realizada identificando fatores independentes de prognóstico associados ao SOFA e APACHE II pelo método de regressão de Cox e a sensibilidade/especificidade pelas curvas ROC (AUROC).

Resultados: 284 doentes (dts) com neoplasias hematológicas (idade mediana 56 anos, 179 género masculino [63%]) foram admitidos por sépsis/choque séptico em UCI. 83 dts (29.2%) diagnosticados com leucemia mielóide aguda, 75 (26.4%) linfoma não-Hodgkin, 33 (11.6%) leucemia linfoblástica aguda, 20 (7%) mieloma múltiplo, 19 (6.7%) síndrome mielodisplásica, 12 (4.2%) linfoma de Hodgkin e 42 (14.8%) com outras neoplasias hematológicas. A mortalidade na UCI e aos 30 dias foi de 46.8% (139dts) e 61.6% (183dts), respetivamente. Em relação aos scores de gravidade, a mediana do SOFA foi 10 [7-13], APACHE II 26 [21-32] e SAPS II 57 [45-71]. As AUROCs do SOFA e APACHE II revelaram melhor acuidade prognóstica do que o Simplified Acute Physiology Score (SAPS) (SOFA 0.749 [IC 95%, 0.693-0.805]; APACHE II 0.746 [IC 95%, 0.689-0.802]; SAPS 0.73 [IC 95%, 0.672-0.789]) na mortalidade em UCI (fig. 1). Após análise univariada e identificação de fatores independentes de prognóstico pelo método de regressão de Cox, obteve-se o SOFAmoD (composto pelo score SOFA e LDH \geq 400) e o APACHEmoD (composto pelo score APACHE II, lactatos >5.5, LDH \geq 400 e transplante alogénico). Os AUROCs de SOFAmoD (0,767 [95% CI, 0,713-0,821]) e APACHEmoD (0,778 [95% CI, 0,725-0,831]) revelaram melhor valor preditivo para a mortalidade em UCI, respetivamente (fig. 2 e 3).

Discussão e conclusões: Os scores APACHE II e SOFA são scores com boa acuidade prognóstica na mortalidade em UCI, porém a necessidade de otimizar estes scores standardizados é mandatário, dado o prognóstico reservado destes doentes aquando da admissão em UCI, podendo ser facilitador no chamado 'ICU trial'. Os scores obtidos correspondentes ao APACHEmoD (composto pelo score APACHE II, lactatos >5.5, LDH \geq 400 e transplante alogénico) e SOFAmoD (composto pelo score SOFA e LDH \geq 400) apresentam boa fiabilidade como scores de prognóstico, sendo a área sob a curva ROC (AUROC) superior aos scores previamente definidos. Estudos prospetivos são, no entanto, necessários para validar estes resultados.

**ABSTRACT BOOK | POSTERS****PO 21 QUANDO O DIAGNÓSTICO CHEGA AOS CUIDADOS INTENSIVOS - A PROPÓSITO DE UM CASO DE MIELOMA MÚLTIPLO QUE EVOLUI PARA SÍNDROME DE LISE TUMORAL**

Sílvia Raquel Monteiro Dos Santos(1); Margarida Araújo(1); Marina Costa(1); Laura Costa(1); Inês Gonçalves(1); Elisabete Coelho(1); Teresa Ribeiro(1); Ricardo Fernandes(1); Rui Castro(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

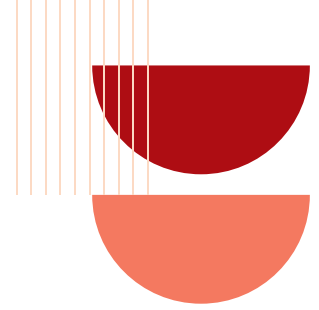
Introdução: O Mieloma Múltiplo (MM) é uma neoplasia rara (1-2%), representando todavia cerca de 15-20% das neoplasias hematológicas. Afeta mais frequentemente os idosos, entre os 65-74 anos, sendo o género masculino o mais afetado (1.4:1). Os sintomas mais frequentes ao diagnóstico são a dor óssea e a astenia. Analiticamente a presença de anemia, a elevação da creatinina e a hipercalemia são os achados mais comuns. As doenças linfoproliferativas têm um risco aumentado de evolução para Síndrome de Lise Tumoral (SLT). Exemplo disso são os Linfomas Não Hodgkin e a Leucemia Linfoblástica Aguda, ao contrário do MM que raramente evolui para SLT. A presença de Leucocitose superior 25.000uL e LDH elevada são fatores de risco elevado para esta síndrome.

Objetivos: Exposição de um caso clínico de MM, particularidades da sua evolução e tratamento.

Materiais e Métodos: Análise do processo clínico da doente entre setembro e dezembro de 2021. Consultados registos do internamento no serviço Medicina Interna, Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes e Oncologia Médica.

Descrição do Caso : Mulher de 71 anos, autónoma, com antecedentes de dislipidemia, gastrite crónica, síndrome depressivo, patologia nodular da tiróide e infeção por SARS-CoV-2 em janeiro de 2021. Sem antecedentes de neoplasias na família. Em setembro de 2021 inicia quadro de dor abdominal nos quadrantes superiores associado a náuseas e vômitos. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) onde foi avaliada e analiticamente apresentava anemia N/N (Hb 10.8g/dL), trombocitopenia (92.000mm³) e leucocitose (Neutrófilos 33% e Linfócitos 48%). Na contagem de linfócitos englobavam-se 6% de linfoplasmócitos e presença de raros agregados de plaquetas. Realizou tomografia (TC) abdominal e pélvica que identificou "(...) hepatomegalia esteatósica homogênea com bordos rombos e irregularidade dos contornos sugerindo fenómenos de hepatopatia crónica. Volumosa esplenomegalia (-17 cm maior eixo) de contornos irregulares e densidade heterogênea, apresentando áreas hipocaptantes periféricas de contornos bem definidos, sugerindo áreas de enfartes esplênicos.". Teve alta do SU referenciado para Consulta Externa (CE) de Medicina Interna (MI). A dor abdominal tornou-se mais intensa e localizada no quadrante superior esquerdo, e por este agravamento regressou ao SU em menos de 24 horas. Analiticamente com agravamento da função renal (creatinina 1.7>3.5 mg/dL), hiperuricemia (18.3) e LDH 2373. Ficou internada no Serviço de MI para estudo etiológico de provável neoplasia hematológica. No internamento a doente realizou Biópsia Óssea (BO) e Mielograma. Analisado o esfregaço periférico com presença de plasmócitos / linfoplasmócitos e ausência de esquizócitos. Na imunofenotipagem detetados 1700 (17%) plasmócitos. Em D4 de internamento tem agravamento clínico e analítico com acidose metabólica, hipercalemia, hiperuricemia e hiperfosfatemia marcadas. Fez rasburicase 3 mg (dose única) e pulso de metilprednisolona (pelo risco de agravamento de possível síndrome de lise tumoral). Discutido caso com nefrologia e hematologia, que atendendo à evolução clínica, necessidade de hidratação vigorosa e monitorização apertada, decidida transferência da doente para a unidade de cuidados intermédios polivalentes (UCIP). Aí completou 4 dias de rasburicase, metilprednisolona 40mg/dia, ?uidoterapia com recuperação de diurese e melhoria da função renal sem necessidade de TSFR. Manteve bicitopenia com necessidade de suporte transfusional (5U GR). Foi isolada E. Coli em urocultura pelo que iniciou Amoxicilina/Ácido Clavulânico que cumpriu por 5 dias. Em D5 de internamento a doente encontrava-se hemodinamicamente estável, eupneica (O2 por CN a 1L/min) e sem distúrbios iónicos, tendo alta para o internamento do serviço de Hematologia. O resultado de anatomia patológica da biópsia medular identificou "MM de padrão difuso, CD138+, CD38+ e Cadeias Leves K". No internamento iniciou QT segundo protocolo VTD-PACE com melhoria clínica e analítica. A doente teve boa evolução clínica no restante internamento tendo alta em D11 do Serviço de Hematologia para prosseguir seguimento em CE.

Conclusão : O tratamento da SLT é complexo pelo que a chave está na prevenção e definição precoce do risco para o seu desenvolvimento. Esta doente apresentava um risco intermédio para SLT (Leucocitose \geq 25.000uL, LDH 2373 \geq 2 vezes o limite superior do normal e elevada percentagem de plasmócitos circulantes 17%), evoluindo desfavoravelmente apesar das medidas instituídas. Analiticamente apresentou agravamento da função renal associada a hipercalemia, hiperfosfatemia e hiperuricemia. Nesta fase, a doente apresentava-se já com elevado risco, motivo pelo qual foi transferida para a UCIP. A metilprednisolona em alta dose é opção preferencial nos doentes com um pior performance status, que se apresentem com disfunção de órgão ou com citopenias. Em suma, neste caso clínico foi analisada a evolução de um MM que se apresentou inicialmente com um quadro de Lesão Renal Aguda associada a distúrbios hidroeletrólíticos em provável contexto de doença linfoproliferativa primária. A discussão multidisciplinar e a transferência precoce para a UCIP foi fundamental para a monitorização e controlo apertado da doente com repercussão no tratamento e prognóstico.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 22 METASTIZAÇÃO CEREBRAL DE CANCRO DO OVÁRIO - CASO CLÍNICO

Ana Sofia Fernandes Mendes(1); Raquel Romão(1); Maria João Ramos(1); Ridhi Ranchor(1); Gonçalo Figueiredo(1); Luís Rocha(1); Fernando Gonçalves(1); Manuel Magalhães(1); António Araújo(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

Introdução: O envolvimento do sistema nervoso central (SNC) pelo cancro do ovário é raro, sendo a incidência de 1,34% (0,49-6,1%). O local do SNC mais frequentemente metastizado é o parênquima cerebral, apresentando-se normalmente com múltiplas lesões. Estes doentes apresentam mau prognóstico, sobrevivência global (OS) de 6 meses. Está preconizada a realização de terapêutica multimodal [cirurgia, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT)].

Objetivos: Apresentação de um caso clínico de cancro do ovário diagnosticado em 2017 e com apresentação de oligometastização do SNC (lesão única no tronco cerebral), há 21 meses.

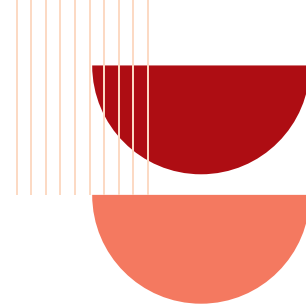
Materiais e Métodos: Dados clínicos obtidos através do processo eletrónico, tendo a sua confidencialidade sido assegurada.

Resultados: Mulher com diagnóstico de cancro do ovário bilateral em 2017, aos 57 anos. Antecedente de GIST gástrico, diagnosticado em 2012, estadio IA - pT2N0M0, tratado com cirurgia e sem sinais de doença desde então. Menarca aos 13 anos, nulípara, pré-menopausa com ciclos regulares com duração de 3 dias. Sem antecedentes familiares oncológicos conhecidos. Submetida a tratamento cirúrgico com histerectomia e anexectomia bilateral alargada, em maio de 2017. Cirurgia R0, tendo a histologia revelado que o tumor representava um carcinoma seroso de alto grau do ovário, bilateral, com estadio III (FIGO). Completou 6 ciclos de QT, em novembro de 2017, com o esquema carboplatino + paclitaxel. Manteve-se em vigilância até abril de 2020. Nesta altura inicia quadro de cefaleia, seguida de perda de força na mão direita e disartria. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU), tendo realizado Ressonância Magnética (RMN) crânio-encefálica (CE) que revelou uma lesão ocupante espaço (LOE), centrada na basis pontis, com cerca de 21x27x21mm, com características sugestivas de se tratar de lesão maligna (origem metastática vs. lesão glial). Biópsia da lesão confirmou tratar-se de metástase do tronco cerebral única de carcinoma papilar seroso do ovário. Sem sinais de recidiva da doença a nível extra-craniano. Realizou RT holocraniana (WBRT), entre junho e julho de 2020, com boa tolerância, com resposta imagiológica pelos critérios de RECIST. RMN-CE de janeiro de 2021 revelou aumento da lesão (20x25x13mm), com dúvida quanto a progressão tumoral, radionecrose ou uma combinação das duas entidades. Apresentava ainda agravamento clínico com reincidência da clínica inicial. Iniciou tratamento sistémico em monoterapia com bevacizumab (10 mg/Kg, 14/14 dias), que mantém até à atualidade com resposta clínica e imagiológica [RMN-CE de outubro de 2021: lesão com 21 x 11 x 12 mm).

Discussão: O caso clínico apresentado relata a história de uma doente com cancro do ovário bilateral diagnosticado há quase 5 anos, estadio inicial III (FIGO). Realizou tratamento inicial com cirurgia seguido de QT com o esquema à base de platino e, após 36 meses do diagnóstico, desenvolveu metastização do SNC (metástase única no tronco cerebral), o que é pouco frequente. A metastização do SNC pelo cancro do ovário é rara e, normalmente, acontece no parênquima cerebral de forma múltipla, cerca de 14,5 meses após o diagnóstico, sendo que nos estadio III/ IV este tempo pode ser ainda mais curto.

Quanto a tratamento, a abordagem multimodal com cirurgia não foi possível pela localização da lesão. Assim, realizou WBRT, tendo-se protelado o início de tratamento sistémico dado tratar-se de doença oligometastática sem recidiva local. Após 6 meses do final da RT, RMN-CE a demonstrar incremento da lesão. Dado o tempo livre de platino, o esquema de QT indicado seria re-challenge com carboplatino e paclitaxel. Contudo, a doença apresentava-se apenas a nível do SNC e a carboplatino não penetra a barreira hematoencefálica (BHE), pelo que se optou por outra estratégia. Um estudo recente de fase 2, em doentes que progrediram após RT holocraneana apresentou benefício clínico e imagiológico nos doentes tratados com bevacizumab 10mg/Kg a cada 2 semanas, pelo que a doente se encontra sob este esquema há cerca de 12 meses, com resposta clínica e imagiológica sustentadas.

Conclusão: Apresentação de caso de oligometastização do tronco cerebral de cancro do ovário 3 anos após o diagnóstico de doença em estadio III, estando com doença metastizada há quase 2 anos. A metastização do SNC do cancro do ovário é rara e casos clínicos de oligometastização no tronco cerebral não estão descritos na literatura. A orientação terapêutica personalizada, com RT holocraneana e tratamento sistémico com anti-angiogénico tem demonstrado benefício clínico e imagiológico.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 23 MIELOMA MÚLTIPLO DIAGNOSTICADO EM INTERNAMENTO: O QUE DESCOBRIMOS

Filipa Luis Simoes(1); Rafaela Costa Pereira(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO ALGARVE

Introdução: O mieloma múltiplo é a principal discrasia de células plasmocitárias. Trata-se de uma neoplasia frequente, não só em contexto da consulta de Hematologia, mas também a nível do internamento de Medicina Interna.

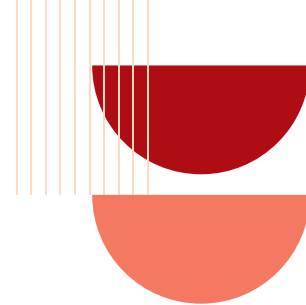
Objetivos: Analisar os dados referentes aos doentes diagnosticados com Mieloma Múltiplo, no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Faro, entre 2017-2020.

Material e métodos: Através da consulta do processo clínico eletrónico dos doentes diagnosticados com Mieloma Múltiplo, construímos uma casuística, que nos permitiu obter diversas informações acerca dos contextos demográfico, clínico e laboratorial.

Resultados: Verificámos a existência de 40 doentes diagnosticados com Mieloma Múltiplo no Serviço de Medicina Interna do Hospital de Faro, entre o início de 2017 e o final de 2020. A maioria eram homens, com idade média de 69 anos e cuja apresentação sintomática inicial se prendia com queixas inespecíficas (astenia, adinamia, vómitos). O quadro clínico motivava uma avaliação clínica e analítica pormenorizadas e posterior internamento no Serviço de Medicina Interna, para estudo etiológico complementar. A mnemónica "CRAB" resume as manifestações clínicas principais do Mieloma Múltiplo. Apurámos que a maioria dos doentes apresentava dois ou três dos quatro elementos que o compõem, sendo a anemia o elemento mais prevalente, seguindo-se a disfunção renal e as lesões líticas. A electroforese de proteínas e o doseamento de imunoglobulinas são uma ajuda preciosa no diagnóstico, mas é o mielograma a ferramenta diagnóstica determinante. Dos 40 doentes incluídos, 16 apresentavam o subtipo IgG K (o mais frequente) e 29 doentes possuíam mielogramas com plasmócitos superiores a 10%.

Discussão: O Mieloma Múltiplo tem uma afeção multissistémica, e apresentações iniciais variáveis e até inespecíficas. Para além disso, a marcha diagnóstica referente a esta doença é complexa. Nem sempre é possível alcançar todos os critérios diagnósticos, pois em certos doentes, o mielograma pode ser inconclusivo, contraindicado ou até recusado, já que se trata de um procedimento invasivo, mais ou menos doloroso. Nos doentes em que não foi possível obter mielograma, a sintomatologia e os restantes achados laboratoriais foram decisivos na conclusão diagnóstica. Quanto ao prognóstico, confirmámos que existe correlação entre a mortalidade (20% aos 90 dias) e a b2-microglobulina, que se trata de um marcador tumoral fundamental para averiguar a resposta ao tratamento.

Conclusões: Como em qualquer doença oncológica, a identificação diagnóstica correta e célere é da maior importância, para uma abordagem terapêutica eficaz. O Mieloma Múltiplo é uma patologia que facilmente poderá mimetizar outras doenças, nem sempre tornando o diagnóstico tão intuitivo quanto gostaríamos. O internamento poderá ser necessário, especialmente em situações mais graves, o que facilita a execução de exames complementares e posterior referenciação à Hemato-Oncologia.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 24 REAL WORLD DATA OF DURVALUMAB CONSOLIDATION AFTER CHEMORADIOTHERAPY IN STAGE III NON-SMALL-CELL LUNG CANCER IN A PORTUGUESE CANCER CENTER

Cátia Fava Gaspar(1); Marta Pina(1); Rute Fernandes(1); Ana Raquel Teixeira(1); Sara Alves(1); Joana Cardia(1); Tiago Figueiredo(1); Élia Cipriano(1); Maria Cassiano Neves(1); Cristina Oliveira(1); Júlio Oliveira(1); Ana Rodrigues(1); Marta Soares(1); Isabel Azevedo(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

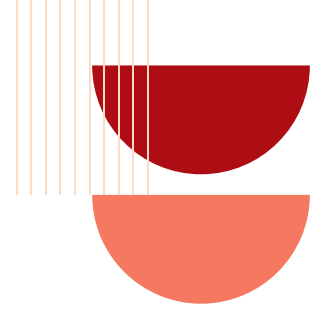
Background: The PACIFIC study demonstrated the benefits of durvalumab consolidation on progression-free survival (PFS) and overall survival in patients with unresectable stage III non-small cell lung cancer (NSCLC) that didn't present disease progression during concurrent chemoradiotherapy (CRT). Recently the PACIFIC-R study corroborated these results in real-world patients, and it also showed good results in some populations not included in the initial study, such as those treated with sequential CRT.

Methods: We analyzed a retrospective cohort of patients treated in a Portuguese Cancer Center, with locally advanced NSCLC who have completed treatment with platinum-based CRT concurrently or sequentially without evidence of disease progression, which received durvalumab 10 mg/Kg every 2 weeks up to 12 months or until disease progression/toxicity, between November 2019 and December 2021. The primary objectives were to assess the efficacy and safety of durvalumab consolidation therapy.

Results: Twenty-five patients with a median age of 66 years (range 54-83) were included, with 72% males and 80% former/actual smokers. Adenocarcinoma was the predominant histology (56%), with 68% of patients with a PD-L1 score of $\geq 50\%$. Most of the patients were treated with sequential CRT (76%). Median follow-up time was 10 months (range: 2-30). Durvalumab was initiated after a median of 59 (range: 24-145) days after completion of CRT and with a median of 10 (range: 1-24) cycles administered. 6 (24%) patients completed the 24 cycles. Six and 12-month PFS rates at were 62,5% and 33,3% but with immature data due to 11 patients still on treatment and 7 of them with treatment onset just < 3 months ago. Regarding toxicities, only 2 (8%) patients discontinued treatment due to G3 Pneumonitis with no other G3 adverse events (AEs) reported. 20 patients (80%) had grade 1-2 toxicities mostly pneumonitis (52%) and other common AEs were asthenia, hypothyroidism and skin rash.

Discussion: Our population characteristics reflect those of the PACIFIC-R trial, where sequential CRT was allowed, which confirms that real world patients often have poorer clinical performance status than those of the first clinical trials. Comparing the safety profile from the PACIFIC trial, our results show a better treatment discontinuation rate due to severe adverse events (8% vs. 15,4%), but a worse rate of grade 1-2 toxicities (80% vs. 56,8%), probably due to the real-world effect. When comparing our safety results from those of the PACIFIC-R trial, we concluded that our population treatment discontinuation rate was just a little worse (8% vs. 5%), which is encouraging since our population is not selected under a clinical trial criterion. Regarding efficacy, our follow-up time is still short to obtain solid conclusions, but the results seem to be inspiring and we expect in the future to compare our efficacy conclusions to those of the PACIFIC-R trial.

Conclusions: Durvalumab has a favorable safety profile confirmed with our real-world data and, although the small number of patients, the overall results seems to be in line with those of the PACIFIC and PACIFIC-R trials.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 25 METÁSTASE SUBCUTÂNEA DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO OPERADO, UMA LOCALIZAÇÃO INUSITADA

Mafalda Teixeira da Costa (1), Diogo Silva (1), Denise Magalhães (1), Marta Vilaça (1), Fernanda Estevinho (1), Helena Menezes Magalhães (1)

(1) - SERVIÇO DE ONCOLOGIA MÉDICA DO HOSPITAL PEDRO HISPANO

Introdução/Objectivo: O tecido subcutâneo como local de recidiva ou metastização do cancro gástrico é raro, com uma incidência estimada de 0.8-1.0% [1], associa-se a doença avançada e pior prognóstico. Descrevemos o caso de uma doente com carcinoma gástrico e metastização cutânea, metácrona, encontrando-se o local de metastização relacionado com a cicatriz do local prévio de trocar da cirurgia laparoscópica.

Caso clínico: Mulher de 57 anos, ECOG 1, sem antecedentes de relevo. Por epigastralgia com 6 meses de evolução, associada a anorexia e perda ponderal, realizou estudo tendo sido diagnosticado carcinoma gástrico. Na endoscopia digestiva alta observada volumosa lesão ulcerosa na pequena curvatura do antro gástrico, cuja biópsia revelou adenocarcinoma ulcerado tubular. Estadiado como uT3N1 na ecoendoscopia, e TC TAP de estadiamento sem outras alterações, além de espessamento paredes gástricas. A doente completou quimioterapia peri-operatória com esquema FLOT (5-fluorouracilo, leucovorino, oxaliplatina e taxano) 4 ciclos, tendo realizado gastrectomia subtotal por via laparoscópica com disseção D2. A avaliação anátomo-patológica da peça cirúrgica revelou um adenocarcinoma misto com invasão linfática e perineural, pT4a N2 (8ª AJCC), com invasão de uma margem cirúrgica (R1), pelo que realizou esquema de quimio-radioterapia pós-operatória (6 ciclos de 5-fluorouracilo).

No TC TAP realizado 1 mês após término do tratamento sistémico descritos no hipocôndrio direito, em localização subcutânea, 3 nódulos captantes, palpáveis ao exame abdominal com consistência dura, limites bem definidos, arredondados e móveis, em relação com cicatriz de localização prévia de trocar da cirurgia laparoscópica. Confirmada por biópsia histológica das lesões a presença de adenocarcinoma sugestivo de metástase de primário gástrico, HER-2 negativo. No PET-FDG, além das lesões hipermetabólicas subcutâneas na parede abdominal anterior, apresentava captação difusa no local do coto gástrico que motivou a realização de endoscopia digestiva alta com várias biópsias sem evidência de recidiva local. A doente foi submetida a excisão cirúrgica dos implantes subcutâneos da parede abdominal com achados imuno-histológicos confirmatórios de metastização cutânea do primário gástrico. Por recusa em realizar quimioterapia novamente a doente iniciou vigilância sem sinais de recidiva há mais de um ano (25 meses desde a gastrectomia subtotal).

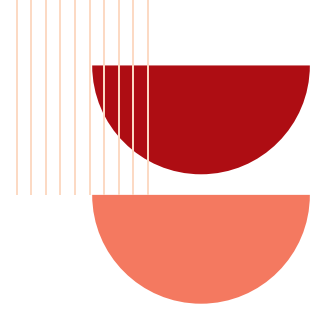
Discussão/Conclusão: Existem alguns casos descritos de metastização cutânea de cancro gástrico, sobretudo em estadios avançados com doença metastática disseminada [2,3].

O caso exposto torna-se particular não só pelo facto de a pele ser o único local de metastização após gastrectomia subtotal do tumor primário, mas também pelas lesões estarem em relação com cicatriz do local prévio de trocar da cirurgia, situação poucas vezes descrita na literatura. O mecanismo provável para metastização subcutânea nesta localização poderá ser por mecanismo sementeira, pela manipulação laparoscopia do tumor com contaminação dos instrumentos cirúrgicos e da porta de entrada na cavidade abdominal. Apesar do prognóstico reservado associado às metástases subcutâneas no cancro gástrico, se as lesões forem excisáveis cirurgicamente poderá obter-se uma maior sobrevivência, como exemplificado neste caso clínico.

[1] Hu SCS, Chen GS, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Lan CCE. Rates of cutaneous metastases from different internal malignancies: experience from a Taiwanese medical center. *J Am Acad Dermatol.* 2009;60:379-87

[2] Reingold IM: Cutaneous metastis from internal carinoma. *Cancer* 1965;19:162-168.

[3] Adam BA, Murgugasu R: Skin metastases in carcinoma of the stomach. *Postgrad Medical J* 1975;51: 419-422



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 26 VITILIGO COMO MARCADOR DE RESPOSTA AO PEMBROLIZUMAB NO CANCRO DO PULMÃO DE NÃO PEQUENAS CÉLULAS

João Queirós Coelho(1); Rita Pichel(1); Sérgio Xavier Azevedo(1); Paula Fidalgo(1); António Araújo(1)

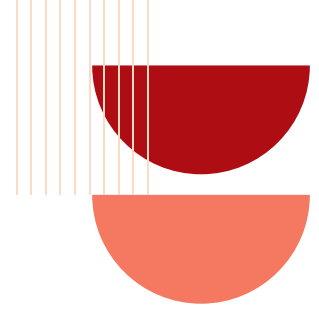
(1) HOSPITAL SANTO ANTÓNIO E.P.E. - PORTO

Introdução: A crescente inclusão da imunoterapia nas orientações terapêuticas de inúmeras neoplasias malignas tem vindo a transformar os seus outcomes. Apesar de globalmente bem tolerados, os inibidores de checkpoint imunitário apresentam um perfil de toxicidade característico e distinto dos tratamentos sistémicos antineoplásicos tradicionalmente utilizados. O Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, inibidor da via da proteína de morte celular programada 1 (PD1). A sua utilização no Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células (CPNPC) é recomendada em contexto paliativo em função da expressão tumoral de PD-L1. A associação entre o desenvolvimento de toxicidade imunomediada, como o Vitiligo, e a resposta tumoral favorável a estas terapêuticas tem sido mencionada na literatura, particularmente no melanoma. A extensão da associação entre Pembrolizumab e Vitiligo no CPNPC é um fenómeno pouco reconhecido e o seu papel, enquanto indicador prognóstico nesta entidade, permanece controverso.

Caso clínico: Homem de 81 anos, performance status ECOG 1, ex-fumador de 50 UMA, sem antecedentes de patologias de foro imunológico. Diagnóstico de Carcinoma Epidermóide do pulmão, estágio IV (cT1bN2M1b) com metastização suprarrenal. Expressão de PD-L1 entre 1 a 5% das células malignas. Realizou quimioterapia (QT) paliativa com Carboplatina/Gemcitabina, 4 ciclos, com toxicidade constituicional (G2) que motivou redução da dose do tratamento e posterior suspensão. A melhor resposta foi resposta parcial. Três meses após o término da QT, o doente apresentou progressão clínica e imagiológica de doença. Iniciou tratamento com Pembrolizumab 400 mg q6 semanas. Documentado Hipotireoidismo de novo ao terceiro mês de tratamento, interpretado no contexto de iatrogenia à terapêutica. Iniciou suplementação hormonal com resposta clínica e analítica. Ao sexto mês de tratamento, o doente apresentou de novo máculas e manchas despigmentadas com limites bem definidos nas mãos, em agravamento gradual compatíveis com Vitiligo. O doente apresentou benefício sintomático associado a resposta parcial. À data de última avaliação, 20 meses após início de imunoterapia, o doente apresenta-se paucissintomático com qualidade de vida preservada.

Discussão/conclusão: O Vitiligo corresponde a uma doença com uma patogénese complexa, de causa exata desconhecida, mas na qual se presume que a destruição dos melanócitos se deve à ativação do sistema humoral e celular. No melanoma sob tratamento com Pembrolizumab, depreendeu-se que a existência de antigénios associados ao melanoma que fossem compartilhados pelos melanócitos normais resultariam na sua destruição conjunta. Assim, o aparecimento de Vitiligo é um indicador indireto da ativação imunológica contra o tumor e, por isso, um fator de prognóstico favorável. A forma como esta associação se pode espelhar também no CPNPC permanece por esclarecer. Alguns autores sugerem a possibilidade de existirem antigénios comuns aos melanócitos saudáveis, às células malignas do melanoma e do CPNPC. O caso descrito reforça a importância do reconhecimento da toxicidade imunomediada e o seu potencial valor prognóstico.

A compreensão definitiva dos processos fisiopatológicos nos quais esta relação se verifica poderá contribuir para o reconhecimento de novos padrões de expressão molecular que conduzam à identificação de fatores prognósticos e preditivos de resposta à imunoterapia.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 27 LINFOMA PRIMÁRIO DO DUODENO: 10 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA EXTERNA

Susana Sarandao(1); André Miranda Pires(1); Flávia Fernandes(1); Susana Costa(1); Ângelo Oliveira(1);
Luísa Carvalho(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: O Linfoma de não-Hodgkin (LNH) extra-nodal é uma entidade rara, ocorrendo com maior frequência no trato gastrointestinal, constituindo 5% a 20% de todos os LNH, e 30% a 45% dos LNH extra-nodais. As lesões podem surgir ao longo de todo o trato gastrointestinal, sendo o estômago o órgão mais frequente (60 - 75%). Os critérios que conduzem ao diagnóstico de linfoma primário gastrointestinal são: ausência de gânglios superficiais palpáveis; radiografia torácica sem alterações relevantes; contagem leucocitária normal; sem envolvimento hepático e esplênico. O Linfoma Primário do Duodeno (LPD) é extremamente raro, não existindo actualmente evidência científica que sustente a melhor abordagem terapêutica. A informação disponível na literatura é muito escassa, consistindo, sobretudo, em relatos de casos clínicos isolados, e séries de casos com baixa amostragem, maioritariamente na população oriental.

Objetivos: Descrever a experiência de um Serviço de Radioterapia Externa (RTE) no tratamento de doentes com Linfoma Primário do Duodeno.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo de doentes com LPD tratados num Serviço de RTE nos últimos 10 anos. Foram incluídos doentes com mais de 18 anos, com diagnóstico de LPD, independentemente do tipo histológico, tratados com radioterapia com ou sem quimioterapia associada. Foram colhidos dados clinicodemográficos, assim como relativos ao tratamento realizado, resultados oncológicos e toxicidades associadas. Os dados foram analisados com recurso a métodos estatísticos descritivos.

Resultados: Foram incluídos 6 doentes, com idade mediana de 55,5 anos (31 - 66), com o mesmo número de doentes do sexo masculino e feminino.

Os subtipos histológicos observados foram linfoma folicular (66%) (sendo metade dos casos classificados como linfoma folicular de tipo duodenal), linfoma da zona marginal (MALT) (17%) e LNH células B baixo grau (17%). De salientar que não houve registo de nenhum caso de linfoma difuso de grandes células B. A maioria dos doentes encontrava-se no estadió de Ann Arbor IE (67%); os doentes com linfoma folicular não tipo duodenal apresentavam adenopatias (mediastino-hilar, e supra e infra-diafragmáticas), e portanto, classificados em estadió IV.

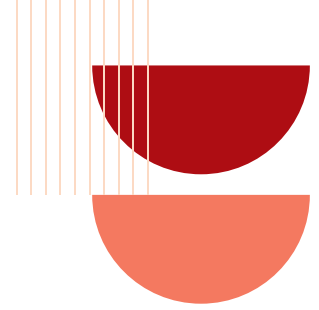
Apenas um doente era assintomático ao diagnóstico; os sintomas mais frequentes foram dispepsia (33%) e epigastralgia (33%), tendo apenas um doente apresentado náusea. Nenhum dos doentes incluídos no estudo apresentava sintomas B.

A porção do duodeno onde o linfoma ocorreu mais frequentemente foi na transição D1/DII (50%), seguida da transição DII/ DIII (33%) e, por fim, na porção DII (17%).

A presença de *Helicobacter pylori* verificou-se em dois doentes, que apresentavam subtipos histológicos MALT e LNH células B baixo grau. Ambos foram submetidos a tratamento de erradicação da *H. pylori* com sucesso.

Relativamente à radioterapia, foi utilizada a técnica tridimensional conformacional (3DCRT) na maioria dos doentes (n=4), tendo dois doentes realizado tratamento com técnica de arcoterapia (RA). A radioterapia de baixa dose (4 Gy, em 2 frações de 2Gy) foi o fracionamento preferencial, tendo apenas um doente realizado um fracionamento de 24 Gy em 12 frações de 2 Gy. Este doente foi o único que não realizou terapêutica sistémica, sendo que todos os restantes doentes cumpriram 4 ciclos de Rituximab. Todos os doentes obtiveram resposta completa na biópsia duodenal ao exame endoscópico, e não houve registo de toxicidades do tratamento.

Em média, os doentes foram seguidos durante 30,3 meses (16 - 48). À data de realização deste estudo, todos os doentes estavam vivos e sem evidência de doença, excepto os doentes em estadió IV, que se encontravam vivos, mas com presença de doença ganglionar estável.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

Discussão: Nesta amostra, observamos que o Linfoma Primário do Duodeno é geralmente uma doença indolente, com bom prognóstico, o que está de acordo com os relatos de casos clínicos consultados na literatura.

Não existem orientações terapêuticas estabelecidas para o tratamento do LPD, o que se reflete na grande variedade de esquemas de tratamento entre as séries de casos clínicos relatadas.

No nosso estudo, a radioterapia, com ou sem terapêutica sistêmica, foram opções de tratamento com resultados excelentes.

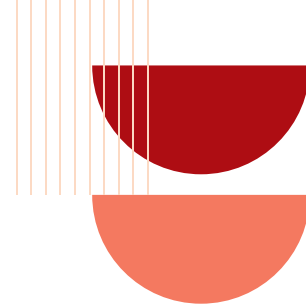
Não parece haver diferença entre subtipos histológicos, no entanto, dada a pequena dimensão da amostra, não é possível inferir uma conclusão.

Ao contrário da relação bem estabelecida entre a presença de *Helicobacter Pylori* e Linfoma Primário Gástrico, assim como da importância da sua erradicação, relativamente ao LPD ainda não existem estudos que sustentem esta relação.

Conclusão: O Linfoma Primário do Duodeno é uma patologia rara, não existindo evidência científica orientativa do tratamento ideal. A vigilância expectante, assim como as modalidades de tratamento relatadas (radioterapia e quimioterapia/ imunoterapia, isoladas ou em conjunto) são opções válidas.

Pela experiência do nosso Serviço de Radioterapia Externa, o uso de radioterapia em baixa dose e terapêutica sistêmica permitem um bom controlo local e toxicidade mínima. A utilização de radioterapia isoladamente, com esquemas de fracionamento em doses superiores, é uma alternativa com resultados equivalentes.

No entanto, os autores sublinham a importância da realização de estudos com maior amostragem, idealmente prospectivos, e com diferenciação de subtipo histológico, para validação destes resultados.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 28 CANCRO DA NASOFARINGE: EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Raquel Mano Romao(1); Ana Sofia Mendes(1); Maria João Ramos(1); Ridhi Ranchor(1); Ricardo Brandão(1); Joana Febra(1); Sílvia Lopes(1); Fernando Gonçalves(1); António Araújo(1)
(1) HOSPITAL SANTO ANTÓNIO E.P.E. - PORTO

Introdução: O carcinoma da nasofaringe é uma neoplasia rara. Contudo, apresenta elevada incidência em países asiáticos, particularmente no sul da China. Além da sua distribuição geográfica específica, a relação com o vírus de Epstein-Barr (VEB), a história natural agressiva e o elevado risco de metastização à distância, tornam o carcinoma da nasofaringe distinto dos outros cancros da cabeça e pescoço. A radioterapia é uma das principais modalidades de tratamento, estando a quimioterapia concomitante indicada nos carcinomas da nasofaringe localmente avançados. Este trabalho tem como objetivo avaliar os resultados a longo prazo dos doentes com carcinoma da nasofaringe tratados na nossa instituição, bem como a identificação de possíveis marcadores de prognóstico.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional, onde foram incluídos todos os doentes com diagnóstico histológico de carcinoma de nasofaringe entre 1 de Janeiro de 2015 e 31 de Dezembro de 2020. Os dados demográficos, do tumor e clínicos foram obtidos através da análise dos registos clínicos. O objetivo primário foi a avaliação da sobrevivência global (SG), definida como o tempo desde o diagnóstico até à morte por qualquer causa. Os objetivos secundários incluíram a sobrevivência livre de progressão (SLP) e a avaliação de eventual relação entre os resultados obtidos e idade ao início do tratamento, ECOG PS (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status) e descida de Lactato Desidrogenase (LDH) > 150 U/L durante tratamento.

Resultados: Doze doentes foram incluídos, a maioria do género masculino (n=9, 75%), com idade mediana de 75 anos (amplitude: 36-87). O tipo histológico mais frequentemente diagnosticado foi o escamoso, especificamente o escamoso não queratinizante indiferenciado (n= 5, 41.7%), verificando-se apenas um caso de carcinoma linfoepitelial. Seis (50%) casos eram positivos para VEB. A maioria (n=7; 58.3%) dos doentes tinha doença estágio IV (AJCC 8ed.), mas apenas dois casos (16.7%) com metastização à distância.

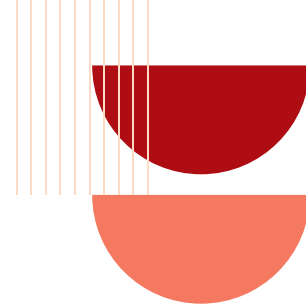
Nove (75%) doentes realizaram quimioterapia (cisplatina) concomitante à radioterapia. Houve um caso que realizou a quimioterapia de indução com carboplatina associada ao paclitaxel, seguida de radioterapia. O caso de carcinoma linfoepitelial foi apenas submetido a radioterapia. Um dos doentes com doença metastizada à distância foi submetido a quimioterapia com paclitaxel, cisplatina e fluorouracilo (TPF).

O tempo mediano de SG foi de 48 meses (IC 95%:14.76-81.24), enquanto o tempo mediano de SLP foi de 24 meses (IC 95%: 7.8-40.2). A taxa de SG aos 5 anos foi 50%.

Na análise univariada, fatores como a idade ao tratamento (superior a 50 anos), ECOG PS, estágio da doença, descida do valor de LDH durante tratamento, não mostraram ter impacto estatisticamente significativo na mortalidade.

Discussão/conclusão: Como limitações do estudo salienta-se o carácter retrospectivo da análise, o pequeno tamanho amostral, a heterogeneidade da amostra e o tempo de follow-up.

À semelhança de outros estudos, também neste a taxa de SG aos 5 anos foi de 50%.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 29 DOENTES ONCOLÓGICOS COM COVID-19 MODERADA A GRAVE

Alexandra Montenegro(1); José Leão Mendes(1); Ivânia Furtado(1); Rita Quaresma Ferreira(1); Diana Simão(1); Margarida Miguens(1); Ricardo da Luz(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL E.P.E.

Introdução: Dados recentes sugerem maior incidência de doença por SARS-CoV2 (COVID-19) em doentes oncológicos (Do) face à população geral (Pno), sobretudo naqueles com diagnóstico recente de cancro e com comorbilidades. Tem sido reportado um risco superior em neoplasias do pulmão e nas hematológicas. A doença oncológica per se parece conferir risco de COVID-19 grave (COVID-19-G). Até à data, as características clínicas dos Do com COVID-19 são desconhecidas.

Objetivo: Caracterização da população oncológica com infeção SARS-CoV2 com doença moderada a grave que motivou o internamento hospitalar, relativamente a: tumor primário e estágio; comorbilidades e complicações mais frequentes; tratamento oncológico prévio.

Material e Métodos: Análise retrospectiva unicêntrica dos Do seguidos na consulta de Oncologia Médica do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) internados por COVID-19 no CHULC entre março de 2020 e fevereiro de 2021. Excluíram-se aqueles cuja infeção decorreu de surtos hospitalares. Recorreu-se à escala de gravidade da COVID-19 validada pela Organização Mundial de Saúde. Os dados foram obtidos através do processo clínico dos doentes e compilados e analisados em Excel e SPSS.

Resultados: Incluíram-se 29 Do com COVID-19, 22 dos quais homens (75,9%). A idade mediana foi de 67 anos (34-89). Os tumores do cólon foram os mais frequentes (n=7, 24,1%), seguidos dos do pulmão (n=4, 13,8%), na maioria com doença metastática (n=25, 86,2%). Ao diagnóstico de infeção, a generalidade apresentava sintomas típicos (febre, tosse e dispneia) (n=26, 89,7%). Um total de 18 doentes (62,1%) contraiu COVID-19 moderada, 5 pacientes (17,4%) COVID-19-G com necessidade de admissão em Unidade de Cuidados Intermédios/Intensivos e 6 doentes (20,7%) morreram por infeção SARS-CoV2.

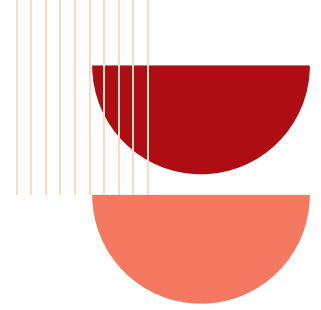
No que respeita às comorbilidades, 27 doentes (93,1%) apresentavam mais do que um fator de risco cardiovascular, sendo que a hipertensão arterial (HTA) e a dislipidemia (DLP) foram os mais frequentes (n=17, 63,0% e n=14, 51,9%, respetivamente). No grupo COVID-19-G prevaleciam: dislipidemia, diabetes mellitus e história atual/pregressa de tabagismo (n=3, 60% cada). As complicações ocorreram em 20 doentes (69,0%) e, nestes, as respiratórias, particularmente a pneumonia, foram as mais frequentes (n=18, 90,0%), sendo similar no grupo COVID-19-G.

Um total de 16 doentes (55,2%) tinha realizado tratamento oncológico no mês que antecedeu a infeção, 5 destes (31,25%) tinham cumprido QT nos 14 dias prévios à infeção. No grupo COVID-19-G, 1 doente estava sob hormonoterapia, os restantes 4 em vigilância. Dos doentes que morreram por COVID-19, 1 tinha realizado QT nos 30 dias que antecederam a infeção.

A taxa de mortalidade no período de observação foi de 58,6% (n=17).

Discussão: Apesar da análise retrospectiva com número reduzido de doentes e heterogeneidade da amostra, que constituem as principais limitações deste trabalho, constata-se que o Do com COVID-19 apresenta prognóstico desfavorável com uma elevada taxa de mortalidade, sendo particularmente suscetível a complicações respiratórias. Comparativamente com Pno, a apresentação clínica da COVID-19 e as comorbilidades de risco para infeção são semelhantes nos Do. Não se verificou aumento da frequência de COVID-19-G nos doentes que fizeram terapêutica oncológica nos 14 dias prévios à infeção.

Conclusão: Os resultados deste trabalho sugerem uma prevalência de COVID-19-G superior à descrita na literatura. Neste sentido, considera-se fundamental a publicação de estudos mais robustos para melhor caracterização do Do com COVID-19 e eventual comparação com Pno.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 30 MIOCARDITE E MIOSITE APÓS PEMBROLIZUMAB EM DOENTE COM MELANOMA

Alexandra Montenegro(1); José Leão Mendes(1); Filipa Palma Dos Reis(1); João Melo Alves(1); Margarida Miguens(1); Ricardo da Luz(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA CENTRAL E.P.E.

Introdução: A miosite (Msir) e a miocardite (Mcir) são efeitos adversos relacionados à imunoterapia (IrAEs) raros.

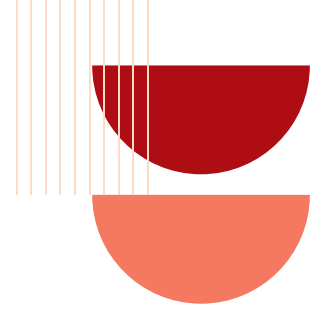
Objetivo: Reporta-se um caso clínico de Msir e Mcir num doente com melanoma metastático e procede-se à revisão sistemática da literatura neste contexto.

Materiais e Métodos: Foram incluídas as publicações dos últimos 5 anos que reportavam a ocorrência de Msir e/ou de Mcir obtidas com pesquisa de termos Pembrolizumab (Pmb), inibidor de checkpoint imune (ICI), Msir e Mcir na Medline, Pubmed e Cochrane.

Resultados: Homem de 71 anos com melanoma do ombro esquerdo estágio IV, BRAF não mutado que realizou Pmb em 1ª linha. Dez dias após 1ª administração de Pmb recorre ao Serviço de Urgência (SU) por astenia, dispneia e mialgia nos membros inferiores. Da avaliação em SU destaca-se ptose bilateral, força muscular grau 3 de todos os membros. Analiticamente apresentava rabdomiólise e incremento de marcadores de necrose cardíaca, com tradução duvidosa no eletrocardiograma. Foi internado com suspeita de Msir e Mcir tendo tido dois episódios de paragem cardiorrespiratória que motivaram a admissão em Unidade de Cuidados Intensivos, com necessidade de ventilação mecânica invasiva (VMI). A investigação favoreceu o diagnóstico de miosite com RMN-CE com proptose bilateral e retificação da vertente posterior dos globos oculares, EMG com miopatia com sinais de necrose das fibras musculares, sobretudo nos músculos proximais e axiais e Anticorpos anti-titina positivos. Iniciou-se corticoterapia (CT) 2mg/Kg e 5 sessões de plasmaferese. Por refratariedade, fez 5 dias de imunoglobulina normal humana (IgNH), sem melhoria. Após início de rituximab houve melhoria parcial da força axial.

Discussão: Cerca de 86% dos tratamentos com Pmb cursam com IrAR, 17% destas graves. A Mcir e a Msir são raras (0,04-1,14% e 1%), mas com elevada mortalidade (25-50% e 5%), respetivamente. Ocorrem em associação em 32% dos casos. O mecanismo parece relacionar-se com reação cruzada entre os antígenos dos músculos cardíaco/esquelético e os do tumor. O início de sintomas é muito variável, com Mcir a poder surgir entre 7-88 semanas e Msir 1-115 semanas. Como neste caso, podem ocorrer a partir da primeira e segunda administrações do fármaco. A apresentação clínica da Mcir e a Msir é igualmente variável, desde assintomática a grave, com potencial insuficiência respiratória com necessidade de VMI. A Msir não tem flutuação da fraqueza muscular, embora de resto se assemelhe à Miastenia Gravis. Recomenda-se a suspensão do ICI e o início de CT de alta dose. Em casos refratários à CT, utilizam-se imunomoduladores. Nos casos de Mcir a partir de grau 2 e na Msir a partir de grau 3, o ICI deve ser descontinuado permanente, pelo risco de letalidade.

Conclusão: É essencial a suspeição clínica de IrAE raros e fatais como a Mcir e a Msir e o seu reconhecimento atempado. Tendo em conta a variabilidade de apresentação e de resposta à terapêutica, é fulcral reportar estes casos e monitorizar a sua evolução com vista à redução da morbimortalidade associada.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 32 RADIOTERAPIA HIPOFRACIONADA NO CANCRO DA MAMA: TOXICIDADE AGUDA E SUBAGUDA DO ESQUEMA FAST FORWARD - CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO

Joana Martins Pisco(1), Miguel Simas(1), André Figueiredo(1), Diogo Delgado(1), Vera Mendonça(1), Pedro Miguel Silva(1), Maria Filomena de Pina(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E., SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

Introdução: Esquemas hipofracionados de Radioterapia no tratamento adjuvante do cancro da mama demonstraram equivalência em termos de toxicidade, cosmética, controlo local e sobrevivência global relativamente ao esquema convencional. Estes tornaram-se progressivamente padrão, dada a conveniência para os doentes e para o fluxo dos serviços. O ensaio randomizado de fase III Fast Forward, publicado em 2020, com Follow Up de 5 anos, demonstrou a não inferioridade do esquema 26 Gy em 5 frações em relação ao controlo local e às toxicidades aguda e tardia, comparativamente ao esquema hipofracionado de 40 Gy em 15 frações.

Objetivos: Caracterização da amostra de doentes submetidas ao esquema Fast Forward num serviço de radioterapia e apresentação de resultados de toxicidade aguda e subaguda.

Métodos: Entre agosto de 2020 e dezembro de 2021, 16 mulheres com diagnóstico de carcinoma da mama direita foram submetidas a tratamento de radioterapia adjuvante (após cirurgia conservadora e biópsia de gânglio sentinela/linfadenectomia axilar) com o esquema Fast Forward de 26 Gy/ 5 frações com ou sem sobreimpressão sequencial na loca tumoral de 10 Gy/ 5 frações. Foi utilizada a modalidade RT externa conformacional 3D.

A toxicidade aguda (radiodermite) e subaguda local foram avaliadas aos 6 meses e a 1 ano de Follow Up.

Resultados: A mediana de idades das doentes foi 69,5 anos (min. 61 anos, máx. 83 anos).

A histologia mais frequente foi o carcinoma invasivo NST (non special type), existindo um caso de carcinoma lobular invasivo e dois de carcinoma ductal in situ. A maioria dos tumores classificaram-se como Luminal B, dos quais quatro Luminal B-Her2+ e três subtipo Triplo negativo. Nove tumores eram moderadamente diferenciados (G2). Todos os tumores foram classificados histologicamente como pT1-T2 pN0 M0, sendo que sete se estadiaram como pT1c pN0 M0.

Três doentes realizaram QT neoadjuvante e quatro QT adjuvante.

Duas doentes realizaram sobreimpressão sobre a loca tumoral na dose total de 10 Gy/5 frações por grau histológico 3 e estado das margens.

Em todos os casos a cobertura do volume-alvo cumpriu D95>95%.

No final do tratamento, todas as doentes apresentaram radiodermite G1, não se registando outras toxicidades agudas. Não se observou diferença na toxicidade cutânea nas doentes que realizaram QT.

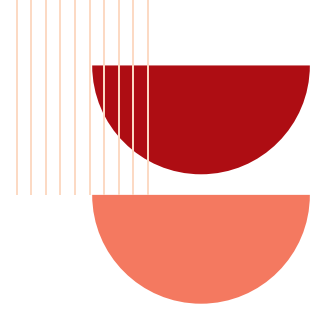
Aos 7.9 meses de Follow Up médio, o resultado cosmético é de bom a excelente e não se registou toxicidade pulmonar subaguda.

Discussão/Conclusão:

Nesta casuística foram incluídas doentes de idade avançada e tumores de estádios precoces.

Nenhuma doente apresentou radiodermite \geq G2.

É necessário um maior Follow Up na obtenção de dados relativos a toxicidade tardia e ao controlo local. Estes resultados constituem uma avaliação precoce da tolerabilidade deste esquema, estando de acordo com os dados publicados na literatura.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 33 RADIOTERAPIA HIPOFRACCIONADA NO TRATAMENTO DE CANCRO DA PELE NÃO-MELANOMA EM DOENTES IDOSOS - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO

Barbosa de Abreu(1); Tomás Cabral Dinis(1); Inês Félix Pinto(1); Bruno Moura Fernandes(1); Diana Correia(1); Carolina Carvalho(1); Inês Nobre-Góis(1); Ana Cleto(1); Margarida Borrego(1); Maria Corbal(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: A neoplasia da pele é o tipo de cancro mais comum em todo mundo, sendo os não-melanoma - carcinoma basocelular (CBC) e o carcinoma espinhocelular (CEC) - mais frequentes em áreas de exposição solar como face, ouvidos, pescoço e dorso das mãos. A sua incidência aumenta com a idade sendo, portanto, mais habituais em doentes de idade avançada. Muitos destes indivíduos ou não asseguram condições cirúrgicas, ou têm lesões inoperáveis, ou ainda localizações onde uma cirurgia acarretaria muita morbidade. Contudo, sem tratamento poderão desenvolver morbidade significativa, sobretudo no contexto de dor ou hemorragia. Evidencia-se assim a Radioterapia (RT) como uma alternativa para este tipo de doentes.

A RT com fraccionamento convencional [2Gy por fracção (Fr)] é considerada a abordagem standard com reduzidas taxas de toxicidade tardia e baixa taxa de recorrência local. Contudo, em doentes muito idosos (>80 anos) ou com baixo performance status, os efeitos secundários tardios são menos preponderantes e um tratamento prolongado seria pouco apropriado. Dado os constrangimentos associados ao tipo de doentes, a relativa baixa radiosensibilidade das estruturas na superfície da pele, bem como a sua capacidade de regeneração, os fraccionamentos de 2-3 semanas com 40-45 Gy em 10-15Fr são uma opção viável nesta faixa etária. O hipofraccionamento é altamente efectivo com uma toxicidade relacionada ao tratamento aceitável e auto-limitada, atingindo taxas de controlo local de 90-95% após RT a título radical.

Objetivos: Avaliar a resposta clínica e a toxicidade aguda e tardia em doentes com cancro da pele não-melanoma submetidos a tratamento de RT externa (RTE) hipofraccionada administrada a título radical.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos doentes com diagnóstico de CBC ou CEC submetidos a RTE radical com a dose de 45Gy / 15Fr / 3 semanas (3Gy/Fr) entre 01/2019 e 01/2022.

Resultados: Dos 5 doentes incluídos a idade mediana foi de 88 anos (83 - 95 anos), sendo 60% do sexo masculino (n=3). O Karnofsky foi de 70%, 80% e 90% em 20% (n=1), 60% (n=3) e 20% (n=1) respectivamente, e 40% foram considerados doentes com múltiplas co-morbilidades e alto risco cirúrgico (n=2). A mediana de follow-up foi de 755 dias (90 a 980 dias).

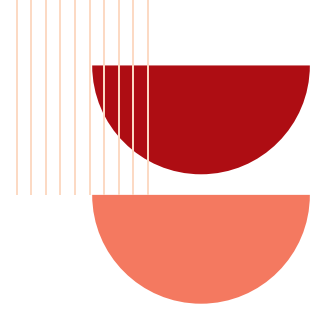
No que respeita à localização, 80% encontravam-se no pavilhão auricular/região retro-auricular (n=4) e os restantes na asa do nariz (n=1). No que respeita à histologia, 80% apresentavam CBC (n=4), enquanto 20% eram CEC (n=1). A maioria dos doentes tinha sido submetido a cirurgia prévia (n=4), sendo que em 75% tinha sido considerada excisão completa (n=3).

Durante a RTE, no que respeita à toxicidade aguda, todos os doentes desenvolveram radiodermite, G2 em 80% (n=4) e G3 em 20% (n=1); 40% manifestaram hemorragia (n=2) e 20% ototoxicidade com otite (n=1). A nível de toxicidade tardia, identificaram-se telangiectasias em 50% (n=2), fibrose em 50% (n=2) e diminuição da acuidade auditiva em 25% (n=1).

Dos doentes estudados, todos ficaram livre de doença, com uma mediana de 46 dias (27 a 190 dias) até à resposta completa. 40 % dos doentes apresentaram recidiva local comprovada por biópsia (n=2), após um tempo médio 349±249,6 dias até recidiva. Dos doentes recidivados após RT, todos foram submetidos a cirurgia com excisão completa. Da amostra estudada, à data do último follow-up, todos os doentes estavam vivos, sem doença.

Discussão: Apesar da taxa de recidiva de 40%, a RT evidenciou boa resposta quanto à remissão completa da lesão. O curto tempo de tratamento foi bem aceite e encarado como uma mais-valia tanto pelos doentes como pelas suas famílias. O posicionamento e o tratamento foram bem tolerados. Não obstante, a dimensão da amostra constitui uma limitação importante.

Conclusões: Os resultados deste trabalho estão de acordo com a literatura, mostrando que a RTE hipofraccionada é uma opção válida no tratamento radical do cancro da pele não-melanoma no doente idoso. Os efeitos secundários são aceitáveis, com excelente controlo local de doença e sobrevivência livre de doença elevada. O curto tempo de tratamento beneficia o doente, tendo reduzido impacto no seu quotidiano e implicando baixo risco de morbi-mortalidade. Do mesmo modo, o resultado cosmético evidencia-se bom, com significativo benefício de hipofraccionamento nesta faixa etária.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 34 VALOR PREDITIVO E DE PROGNÓSTICO DA PET-CT 18F FDG APÓS RADIOQUIMIOTERAPIA DEFINITIVA NO CARCINOMA LOCALMENTE AVANÇADO DO COLO DO ÚTERO

Diana Correia(1); Bruno Moura Fernandes(1); Inês Félix Pinto(1); Tomás Cabral Dinis(1); Barbosa de Abreu(1); Paula Soeiro(2); Paula Lapa(1); Inês Nobre-Góis(1); Tânia Teixeira(1); Margarida Borrego(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

(2) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: O cancro do colo do útero é o 2º cancro mais comum em mulheres de países em desenvolvimento e o 6º cancro mais frequente nas mulheres europeias. O carcinoma epidermoide é o tipo histológico mais frequente, representando 70 a 80% dos casos. No carcinoma localmente avançado a radioquimioterapia (RQT) é o tratamento standard. A PET-CT [18F]-FDG está indicada para estadiamento nestas doentes e como método de imagem para avaliar a resposta ao tratamento. A atividade metabólica do tumor, expressa pelo SUV máximo (SUVmáx) tem demonstrado, em vários estudos, apresentar valor prognóstico.

Objetivos: Avaliar o valor prognóstico e preditivo de resposta ao tratamento através da PET-CT [18F]-FDG, perfil de toxicidade do tratamento e sobrevivências.

Material e métodos: Foram incluídas as doentes com carcinoma epidermoide do colo do útero localmente avançado tratadas com RQT definitiva e que efetuaram PET-CT [18F]-FDG de estadiamento e de re-avaliação após o tratamento, na nossa instituição, entre junho/2016 e junho/2021. Foi determinada curva ROC (receiver operating characteristic) para avaliação de capacidade discriminativa de SUVmáx na PET-CT [18F]-FDG de re-avaliação e redução relativa de SUVmáx tumoral entre a PET-CT [18F]-FDG de estadiamento e de re-avaliação na predição de recorrência locorregional e à distância. Utilizado índice de Youden para determinação de valor cutoff. Toxicidade avaliada pela escala CTCAE v5.0 e curvas de sobrevivência pelo método de Kaplan-Meier. $\alpha=0,05$.

Resultados: Incluídas 28 doentes, com idade mediana 50 anos (39-71 anos). Relativamente ao estadiamento da FIGO 2018, 17,9% das doentes encontravam-se no estágio IIB, 17,9% no IIIB, 35,7% no IIIC1, 14,3% no IIIC2 e 14,3% no IVA. O SCC pré-tratamento apresentava um valor mediano de 6,8 ng/mL (0,9-146).

O tratamento de RQT consistiu em radioterapia externa com técnica arcoterapia volumétrica modulada (VMAT) com doses entre 50,4Gy-59,4Gy/28-33fr (1,8Gy/fr), braquiterapia intrauterina e vaginal com doses entre 14-21Gy/2-3fr (7Gy/fr) e QT concomitante com cisplatina semanal. A mediana de ciclos de QT foi 6 (5-6). Todas as doentes completaram o esquema de radioterapia proposto, 5 doentes não completaram o esquema de quimioterapia, maioritariamente (4) por toxicidade hematológica. Verificou-se anemia G2 em 67,9% dos casos, leucopenia G3 e G2 em 35,7% dos casos e trombocitopenia G2 em 17,9% das doentes. Apenas 1 doente apresentou náuseas G2, vômitos G2 e radiodermite G2. 10,7% das doentes tiveram diarreia G2.

Houve a necessidade de realizar transfusões de hemoderivados a 28,6% das doentes durante o tratamento.

SCC pós tratamento com mediana 0,9 ng/mL (0,5-33). Com uma diminuição mediana de 5,3 ng/mL (0,2-113), obtendo-se uma descida percentual de 82,9% (22%-99%).

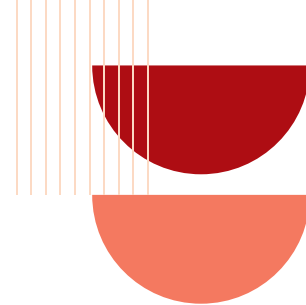
A redução mediana de SUVmáx entre a PET-CT [18F]-FDG de estadiamento e a de re-avaliação foi de 13,3 (2,7-38,4). O SUVmáx mediano na PET-CT [18F]-FDG de re-avaliação foi de 0 (0-10,2). A redução relativa de SUVmáx tumoral entre a PET-CT [18F]-FDG de estadiamento e de re-avaliação foi de 1 (0,25-1). A resposta clínica completa na primeira consulta após tratamento ocorreu em 82,1% das doentes. Ocorreu resposta imagiológica completa em 50% das doentes e parcial em 35,7%.

O follow-up mediano foi de 53 meses, obtendo-se as seguintes sobrevivências estimadas aos 4 anos: sobrevivência global (SG) de 55,9%, sobrevivência específica de doença (SED) 73,7%, sobrevivência livre de doença (SLD) 51,6% e sobrevivência livre de doença loco-regional (SLDR) 80,2%.

A curva ROC para SUVmáx na PET-CT [18F]-FDG de re-avaliação apresentou área abaixo da curva (AUC) 0,674, com cutoff 5,150 (sensibilidade (S) 60,0% e especificidade (E) 78,3%), com impacto na SLD ($p=0,009$), na SG ($p=0,003$) e na SED ($p=0,004$). Relativamente à redução do SUVmáx verificou-se uma curva ROC com AUC 0,652, com cutoff de 0,6760 (S=82,6%, E=60%), com impacto na SLDR ($p=0,047$), na SLD ($p=0,043$), SG ($p=0,015$), SED ($p=0,04$).

Discussão: Neste estudo obteve-se como cutoff um SUVmáx < 5,150 na PET-CT [18F]-FDG de re-avaliação com associação estatisticamente significativa a melhor SLD, SG e SED. Para além disso uma redução do SUVmáx > 0,6760 teve impacto estatisticamente significativo na SLDR, na SLD, na SG e na SED.

Conclusões: O tratamento de RQT definitivo foi bem tolerado com toxicidades aceitáveis. A PET-CT [18F]-FDG apresentou valor preditivo e prognóstico na nossa amostra de doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 35 CAPECITABINA ADJUVANTE NO COLANGIOCARCINOMA RESSECÁVEL - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE REFERÊNCIA

Maria Joao Rodrigues Gomes Lumiar Ramos(1); Sílvia Lopes(1); Isa Peixoto(1); Ridhi Ranchor(1); Ana Sofia Mendes(1); Raquel Romão(1); João Coelho(1); Rita Pichel(1); Joana Febra(1); Sérgio Azevedo(1); António Araújo(1)
(1) HOSPITAL SANTO ANTÓNIO E.P.E. - PORTO

Introdução: O colangiocarcinoma é uma neoplasia rara nos países desenvolvidos e altamente letal, com uma sobrevivência global aos 5 anos inferior a 10%. Apesar de ser uma entidade rara tem apresentado um aumento da prevalência em alguns países europeus, nomeadamente em Portugal.

Entre os poucos doentes elegíveis para cirurgia são fatores de mau prognóstico margens positivas e metastização ganglionar locorregional. O ensaio clínico de fase III BILCAP sugeriu que o tratamento adjuvante com capecitabina em doentes com tumores ressecáveis pode melhorar a sobrevivência global (SG).

Objectivo: Caracterizar a coorte de doentes do CHUPorto com colangiocarcinoma ressecável submetidos a quimioterapia adjuvante com capecitabina.

Materiais e métodos: Análise retrospectiva dos dados dos doentes com colangiocarcinoma ressecável tratados com capecitabina adjuvante, entre Maio de 2017 e Dezembro de 2021.

Foi realizada a colheita de dados através da consulta do processo clínico eletrónico e realizada análise estatística realizada pelo programa IBM SPSS Statistics® (versão 23). Foi considerado o valor $p < 0.05$ com significância estatística.

Resultados: Durante este período, 5 homens e 3 mulheres com colangiocarcinoma ressecável foram submetidos a quimioterapia adjuvante com capecitabina segundo protocolo BILCAP (1250mg/m² bid, 1-14 dias do ciclo de 21 dias, durante 8 ciclos). A idade mediana ao diagnóstico foi de 73 anos (65-81), com ECOG performance status de 1 em 7 doentes, sendo que apenas um doente apresentava ECOG de 2.

Metade dos doentes foi submetido a ressecção hepática (n=4; 50%), a maioria apresentou margens R0 (n=6; 75%), estadio II (n=7; 88%) sem doença ganglionar (n=6; 75%).

Relativamente à tolerabilidade apenas um doente apresentou toxicidade G3 (diarreia) e um doente descontinuou o tratamento por toxicidade sustentada, hiperbilirrubinemia G2.

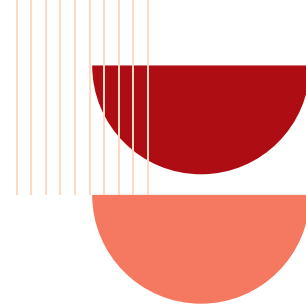
A mediana do tempo de follow-up foi de 9 meses (2.3-34.1) e a SG estimada aos 9 meses foi de 75% (mediana não atingida).

Quando agrupados pelo status de doença ganglionar (com metastização ganglionar vs sem metastização ganglionar), houve uma diferença significativamente estatística na SG ($p=0.004$), com os dois doentes do grupo com metastização ganglionar locorregional terem vindo a falecer enquanto que apenas se verificou a morte de um doente do grupo sem metastização ganglionar.

Quando agrupados pelo status das margens cirúrgicas (R0 vs R1) não se verificou diferença significativamente estatística na SG ($p=0.458$).

Conclusão: O nosso estudo confirma o perfil de segurança e tolerabilidade da capecitabina bem como do mau prognóstico associado aos doentes que apresentam metastização ganglionar locorregional.

Como limitações do estudo salienta-se o carácter retrospectivo da análise e o pequeno tamanho amostral, sendo necessário maior tempo de follow-up e um maior numero de doentes para comparação com os resultados do ensaio clínico BILCAP.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 36 VALIDAÇÃO DO PROTOCOLO DE DESENSIBILIZAÇÃO DE OXALIPLATINA

Maria João Teixeira(1); Vera Pires(1); Rute Varela(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Introdução: A oxaliplatina é utilizada como 1ª linha para o tratamento do carcinoma colorretal e gástrico. [1]. Vários doentes descontinuem esta terapêutica devido a reações de hipersensibilidade (HSR), e a substituição por outro agente pode afetar negativamente a sobrevida. [2]. Outra opção é realizar protocolos de dessensibilização. Juntamente com o serviço de oncologia foi elaborado um protocolo de dessensibilização de oxaliplatina.

Objetivo: O objetivo deste estudo é validar a utilização do novo protocolo de dessensibilização, verificando a sua segurança e eficácia.

Material e Métodos: Foi feito um estudo retrospectivo dos processos clínicos de todos os doentes a realizar terapêutica com oxaliplatina após HSR, entre janeiro de 2017 e julho de 2018. O protocolo de dessensibilização utilizado envolve quatro diluições (1:10000, 1:1000, 1:100 e 1:10) da dose total de oxaliplatina. Começando com a dose mais baixa, cada diluição é infundida durante 60 minutos e, a diluição final (90% da dose total) é perfundida durante 2 horas. O HSR foi classificado de acordo com a versão 3.0 do Common Toxicity Criteria.

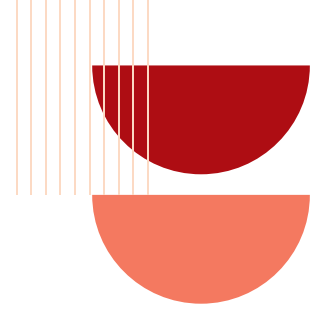
Resultados: Foram incluídos neste estudo, 8 mulheres e 1 homem com idade média de 62 anos. O diagnóstico mais frequente foi o cancro colorretal 56% (5), gástrico 22% (2) e esofágico 11% (1). 67% (6) dos pacientes foram tratados com Xelox, 22% (2) com EOF ou EOX, e 11% (1) com Gemox. Durante a HSR inicial, antes da dessensibilização, os efeitos adversos (EA) mais sentidos foram, 78% de sintomas dermatológicos, 44% dispneia, 22% gastrointestinais e 11% neurológicos/musculares; 8 pacientes apresentaram reações de grau 2-3 (moderada ou grave). HSR para oxaliplatina ocorreu após uma mediana de 1 infusão (intervalo: 1-2). Foram realizadas 33 infusões do protocolo de dessensibilização da oxaliplatina (mediana, 4 infusões; intervalo: 1-6). Dos 9 pacientes, 6 completaram o protocolo de dessensibilização e estão clinicamente estáveis com follow-up entre 3-15 meses. Apenas 3 pacientes não completaram o protocolo, um por reação anafilática, um por progressão, outro morreu por doença.

Discussão/Conclusões: A incidência global de EA, após protocolos de dessensibilização, foi baixa e os doentes que realizaram o tratamento atingiram a estabilidade clínica, o que confirma que os protocolos de dessensibilização de oxaliplatina são eficazes e seguros e, fornecem uma opção para permitir que os pacientes continuem o tratamento. Uma das limitações deste estudo pretende-se com o número pequeno da amostra e a falta de informação no processo clínico.

Bibliografia

1] - Kyoung-Hwan Lee, et al. Hypersensitivity Reactions to Oxaliplatin, *Cancer Res Treat.* 2006 Dec; 38(4): 240-241

[2] - Limswan T, Castells MC, Outcomes and safety of rapid desensitization for chemotherapy hypersensitivity, *Expert Opinion* (2010) 9(1):39-53.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 37 ESQUEMA DE HIPOFRACIONAMENTO MODERADO NO TRATAMENTO RADICAL DE CARCINOMA DA PRÓSTATA - A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO

Bruno Moura Fernandes(1); Diana Correia(1); Tomás Cabral Dinis(1); Inês Félix Pinto(1); Barbosa de Abreu(1); Carolina Carvalho(1); Inês Nobre-Góis(1); Ana Cleto(1); Margarida Borrego(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, representando a segunda causa de morte por doença oncológica. A radioterapia (RT) é uma estratégia curativa bem estabelecida no tratamento do cancro da próstata localizado. Esquemas de hipofracionamento moderado (2,4-4Gy/fração) com simultaneous integrated boost (SIB) permitem um escalonamento equivalente de dose, com vantagens em termos de controlo tumoral e de duração de tratamento, com perfil de toxicidade semelhante quando comparado a esquemas de fracionamento convencional (1,8-2Gy/fração).

Objetivos: Avaliar toxicidades e sobrevivências em doentes com cancro da próstata localizado que realizaram RT radical com esquema de hipofracionamento moderado com ou sem SIB.

Materiais e métodos: Incluídos doentes com adenocarcinoma da próstata localizado tratados na nossa instituição entre 2016 e 2020. Realizada RT radical segundo um esquema de hipofracionamento moderado, com ou sem SIB, em que foram administradas doses de 70Gy/28fr/5,5semanas (2,5Gy/fr) na próstata, 61,6Gy/28fr/5,5 semanas (2,2Gy/fr) nas vesículas seminais e 50,4Gy/28fr/5,5semanas (1,8Gy/fr) na pelve, de acordo com o grupo de risco (classificação d'Amico), com ou sem realização de hormonoterapia (HT). Toxicidade avaliada pela escala CTCAE v5.0 e análise de sobrevivências pelo método Kaplan-Meier, com teste logrank. $\alpha=0,05$.

Resultados: Incluídos 152 doentes, idade mediana 71 anos [50-82], com PSA inicial mediano 7,8ng/mL [0,75-69,4]. Todos os tumores eram adenocarcinomas, 24,5% localizados no lobo esquerdo, 30,6% à direita e 44,9% bilaterais. 27% das amostras classificadas como score de Gleason ≤ 6 , 64,4% como Gleason 7 e 8,6% como Gleason ≥ 8 . 42,8% dos doentes estadiados como cT1, 54,6% como cT2, 2,7% como cT3. Apenas 2% dos doentes eram cN+.

Quanto à estratificação de risco segundo a classificação d'Amico, 15,8% dos doentes foram classificados como grupo de risco baixo, 57,2% intermédio e 27,0% alto. 15,8% dos doentes foram submetidos a hipofracionamento moderado dirigido à próstata, e os restantes realizaram SIB, 74,3% com irradiação da próstata e vesículas seminais e 9,9% com irradiação pélvica adicional. 50,7% dos doentes foram submetidos a HT, 64,5% dos quais de longa duração.

Apenas 9,2% apresentaram toxicidade genitourinária (TGU) aguda \geq grau 2. As TGU mais frequentes foram disúria (44,7%) e polaquiúria (34,2%). 15,1% dos doentes apresentaram toxicidade gastrointestinal (TGI), a mais frequente diarreia (8,6%).

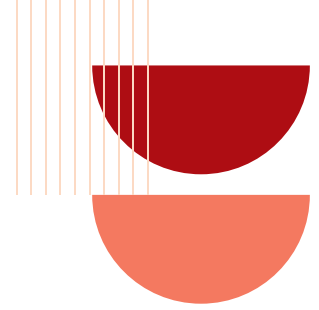
Quanto à toxicidade tardia, 55,3% dos doentes apresentaram TGU, as mais frequentes nictúria (24,3%), disúria (19,7%) e polaquiúria (17,8%). Hematúria foi relatada por 3,9%, e incontinência urinária por 13,8%. 24,3% dos doentes referiram TGI tardia, a mais frequente retorragia em 18,4%, dos quais 6,6% grau 2.

Na análise por subgrupos, os doentes de risco baixo, intermédio e alto, apresentaram sobrevivência global aos 5 anos (SG) de 83,3%, 94,7% e 69,8%, respetivamente. A sobrevivência específica de doença (SED) foi de 100% para os doentes de risco baixo e intermédio, e de 96,3% para os doentes de alto risco. A sobrevivência livre de recidiva bioquímica (SLRB) foi de 100% para os doentes de baixo risco, 95,1% nos de risco intermédio e 68,4% nos doentes de alto risco.

Discussão: O esquema de hipofracionamento com ou sem SIB mostrou ser, tal como descrito na literatura, um tratamento bem tolerado, com bom perfil de toxicidades. De facto, apesar da percentagem considerável de TGU e TGI agudas ou tardias relatadas, verificou-se uma baixa toxicidade grau 2 ou superior.

Pela análise comparativa de sobrevivências, evidencia-se que a mortalidade diretamente associada ao carcinoma da próstata é baixa, com SED de 100% nos grupos de risco baixo e intermédio e de 96,3% no grupo de alto risco. Os resultados obtidos de SLRB eram expectáveis e mostram-se concordantes com a estratificação de risco pela classificação d'Amico. Estes dados permitem-nos demonstrar o bom controlo bioquímico e clínico obtido com esta estratégia terapêutica.

Conclusão: O esquema de hipofracionamento moderado com SIB como tratamento radical do cancro da próstata localizado permite um excelente controlo de doença, com baixas taxas de toxicidade associadas.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 38 BRAQUITERAPIA DE ALTA TAXA DE DOSE SEGUIDA DE RADIOTERAPIA EXTERNA COMO ESTRATÉGIA RADICAL NO TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA

Inês Félix Pinto(1); Bruno Moura Fernandes(1); Tomás Cabral Dinis(1); Diana Correia(1); Barbosa de Abreu(1); Inês Nobre Góis(1); Ana Cleto(1); Armanda Matos(1); Margarida Borrego(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, representando a segunda causa de morte por doença oncológica. A radioterapia (RT) é uma estratégia curativa bem estabelecida no tratamento do cancro da próstata localizado. O uso de braquiterapia com alta taxa de dose (BT HDR) em combinação com RT externa permite um escalonamento de dose (boost), com potenciais vantagens em termos de controlo tumoral, sem aumento da toxicidade associada.

Objetivos: Avaliar toxicidade e sobrevivências em doentes com cancro da próstata localizado que realizaram RTE associada a boost com BT HDR.

Materiais e métodos: Incluídos doentes com adenocarcinoma da próstata localizado inseridos no grupo de risco intermédio e alto (classificação d'Amico), tratados na nossa instituição, entre 2017 e 2020. Realizada BT HDR com uma dose de 15Gy numa fração única, onde foram determinadas a dose administrada em 90% do volume da próstata (D90), a dose mínima nos 2 cm³ mais irradiados do reto (D2cc) e no 0,1 cm³ mais irradiado da uretra (D0,1cc), volume da próstata que recebe 100% da dose prescrita (V100) e volume que recebe 100% da dose prescrita, independentemente do volume delineado (Vref). Posteriormente, RT externa com uma dose de 50Gy/25fr/5semanas dirigida à próstata e vesículas seminais, com ou sem irradiação da pelve, de acordo com a probabilidade de envolvimento ganglionar (tabela de Partin). O tratamento foi feito com ou sem associação a hormonoterapia. Toxicidade avaliada pela escala CTCAE v5.0 e análise de sobrevivências pelo método Kaplan-Meier, com teste logrank. $\alpha=0,05$.

Resultados: Incluídos 71 doentes, com idade mediana 72 anos (53-80) e Índice de Karnofsky $\geq 90\%$. Apresentavam PSA mediano de 10,5 ng/mL (2,38-95,00) ao diagnóstico. Quanto ao estadiamento, 29,6% eram cT1, 64,8% eram cT2 e 5,6% eram cT3. Nenhum doente tinha doença ganglionar clinicamente evidente. Histologicamente, 50,7% tinham Gleason score 7 (3+4), 28,2% tinham Gleason score 7 (4+3) e 49,3% eram tumores moderadamente diferenciados (G2). Quanto às condições para BT, verificou-se IPSS mediano de 4 (0-16), Q_{máx} de 17,2ml/s (9,3-36,4) e volume ecográfico pré-procedimento de 33cc (8,2-73,4). Considerando a classificação d'Amico, 56,3% pertenciam ao grupo de risco intermédio e 43,7% ao grupo de alto risco.

Dos parâmetros dosimétricos avaliados na BT, verificou-se volume da próstata mediano de 31,49 cc (9,54-105,38), V100 mediana de 31,35 cc (9,12-99,60), Vref mediano 46,06 cc (16,74-129,41), D90 mediana de 15,81 Gy (12,49-16,35), D2cc do reto mediana de 8,88 Gy (5,74-9,87), D0,1cc mediana de 16,87 Gy (15,87-17,18).

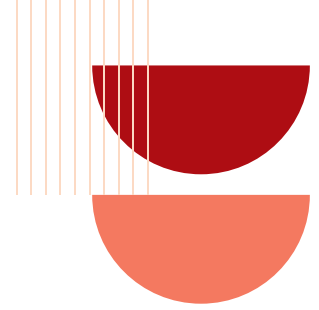
Relativamente aos volumes de radioterapia externa, 76,1% dos doentes irradiaram próstata e vesículas seminais e 23,9% próstata, vesículas seminais e pelve. Foi administrada hormonoterapia em 70,4% dos doentes, em 65,3% dos quais de longa duração.

Os procedimentos de BT decorreram maioritariamente sem intercorrências; 11,3% apresentaram complicações, sendo a mais frequente hematúria G1. No decurso da RT externa subsequente, verificou-se toxicidade aguda em 66,2% dos doentes, apenas Grau 1-2, maioritariamente geniturinária (57,7%). A mais frequente foi disúria G1 (26,8%), com uma mediana de 36 dias desde o início de RT até ao seu aparecimento. Reportada diarreia G1 em 8,5% dos doentes, com uma mediana de 30 dias até ao aparecimento. A toxicidade tardia ocorreu em 69% dos casos. Foi predominantemente geniturinária (66,2%), sendo G1 em todos os doentes, à exceção de 1, com incontinência urinária G2.

O tempo mediano de follow-up não foi atingido. Obtiveram-se as seguintes sobrevivências estimadas aos 4 anos: sobrevivência global (SG) de 98,5%, sobrevivência específica de doença (SED) de 100%, sobrevivência livre de recidiva bioquímica (SLRB) de 100%.

Discussão: A BT HDR como boost em associação à RT externa é uma estratégia bem estabelecida no tratamento curativo do carcinoma da próstata, como método de incremento de dose. Os parâmetros dosimétricos de BT avaliados estão de acordo com os resultados descritos na literatura, cumprindo os constrangimentos de dose e garantindo uma boa cobertura de dose no volume alvo. Pela análise dos resultados obtidos por este trabalho verificou-se que, apesar de a BT HDR ser um procedimento invasivo e, como tal, não isento de complicações, estas foram ligeiras e autolimitadas, não tendo obrigado à alteração da estratégia terapêutica do doente. Da mesma forma, as toxicidades agudas e tardias registadas, com a realização da RT externa subsequente, embora frequentes, foram de baixo grau e bem toleradas, verificando-se uma boa tolerabilidade associada à estratégia terapêutica. Os doentes analisados nesta amostra apresentaram resultados de sobrevivência de acordo com o expectável, evidenciados pela SLRB e SED de 100%, resultados que vêm reforçar o excelente controlo de doença alcançado por esta estratégia de tratamento.

Conclusão: A BT HDR em combinação com RT externa como estratégia radical no cancro da próstata localizado permite um bom controlo bioquímico e clínico, com toxicidade ligeira associada.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 39 DUAS ESTRATÉGIAS DE RADIOTERAPIA RADICAL NO TRATAMENTO DO CANCRO DA PRÓSTATA - COMPARAÇÃO DE RESULTADOS

Tomás Cabral Dinis(1); Inês Félix Pinto(1); Diana Correia(1); Bruno Moura Fernandes(1); Barbosa de Abreu(1); Inês Nobre-Góis(1); Ana Cleto(1); Margarida Borrego(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE COIMBRA

Introdução: O cancro da próstata é a neoplasia mais frequente no homem, representando a segunda causa de morte por doença oncológica. A radioterapia (RT) é uma estratégia curativa bem estabelecida no tratamento do cancro da próstata localizado. De forma a permitir um escalonamento de dose, que se demonstrou ter vantagens a nível de controlo de doença, podem ser usadas estratégias como: RT externa com esquema de hipofracionamento moderado (2,4-4Gy/fração) com simultaneous integrated boost (SIB) ou RT externa em combinação com braquiterapia com alta taxa de dose (BT HDR). O benefício, em termos de sobrevivência, entre as duas estratégias não está comprovado. **Objetivos:** Avaliar toxicidade e sobrevivência em doentes com cancro da próstata localizado que realizaram RT radical, com esquema de hipofracionamento moderado com SIB (grupo HipoSIB) e com BT HDR associada a RT externa (grupo BT+RTE).

Materiais e métodos: Incluídos doentes com adenocarcinoma da próstata localizado, inseridos no grupo de risco intermédio e alto (classificação d'Amico), tratados entre 2016 e 2020, na nossa instituição. Os doentes realizaram BT HDR com uma dose de 15Gy numa fração única, seguida de RT externa com uma dose de 50Gy/25fr/5semanas dirigida à próstata, com ou sem irradiação da pelve (grupo BT+RTE); ou esquema de hipofracionamento moderado com SIB, em que foram administradas doses de 70Gy/28fr/5,5semanas (2,5Gy/fr) na próstata, 61,1Gy/28fr/5,5semanas (2,2Gy/fr) nas vesículas seminais e 50,4Gy/28fr/5,5semanas (1,8Gy/fr) na pelve, de acordo com o grupo de risco (grupo HipoSIB), com ou sem realização de hormonoterapia (HT). Toxicidade avaliada pela escala CTCAE v5.0 e análise de sobrevivências pelo método Kaplan-Meier, com teste logrank. $\alpha=0,05$.

Resultados: Incluídos 199 doentes, dos quais 71 (35,7%) foram submetidos a BT+RTE e 128 (64,3%) a SIB, idade mediana 72 anos (53-82), com PSA inicial mediano 9,66ng/mL (0,75-95). Todos os tumores eram adenocarcinomas, 19,5% localizados no lobo esquerdo, 26,7% à direita e 53,8% bilaterais. 11,6% das amostras classificadas como score de Gleason 6, 77,4% como Gleason 7 e 11% como Gleason 8. 37,7% dos doentes estadiados como cT1, 58,3% como cT2, 4% como cT3. Apenas 3 doentes eram N+.

Quanto à estratificação de risco, segundo a classificação d'Amico, 63,8% do grupo intermédio e 36,2% do grupo alto. 61,7% dos doentes foram submetidos a HT, 68,1% dos quais com esquema de longa duração.

Relativamente à toxicidade genitourinária (TGU) aguda, esta foi relatada em 57,7% dos doentes do grupo BT+RTE, mas em apenas 7% grau 2. A TGU mais prevalente foi disúria (33,8%) e nictúria (18,3%). No grupo HipoSIB, 64,1% dos doentes reportaram TGU aguda, as mais frequentes disúria (43,8%) e polaquiúria (32,0%). 11,3% dos doentes do grupo BT+RTE registaram toxicidade gastrointestinal (TGI) aguda, a mais frequente diarreia (9,9%). No grupo HipoSIB, 15,6% dos doentes apresentaram TGI, 8,6% destes relatando diarreia.

No que respeita a TGU tardia, esta ocorreu em 66,2% dos doentes do grupo BT+RTE (disúria em 35,2%), e em 58,6% do grupo HipoSIB (disúria em 21,9%). A TGI tardia ocorreu em 16,9% dos doentes do grupo BT+RTE, a mais frequente diarreia 8,5%. No grupo HipoSIB (27,3% com TGI), a toxicidade relatada mais frequente foi rectorragia (20,3%).

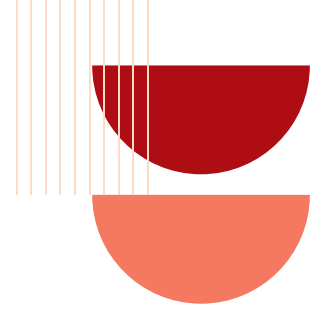
O tempo mediano de follow-up não foi atingido. Na análise por subgrupos, os doentes submetidos a BT+RTE e aqueles submetidos a esquema SIB, apresentaram sobrevivência global aos 4 anos (SG) de 98,5% e 90%, respetivamente. A sobrevivência específica de doença (SED) foi de 100% para os doentes submetidos a BT+RTE, e de 98,9% nos doentes submetidos a esquema SIB. A sobrevivência livre de recidiva bioquímica (SLRB), foi de 100% para os doentes submetidos a BT+RTE, 94,3% nos doentes submetidos a esquema SIB.

Discussão: Após análise dos resultados obtidos por este trabalho, ambas as estratégias de tratamento mostraram ser bem toleradas, registando-se baixos níveis de toxicidade. Considerando os efeitos secundários agudos decorrentes da BT+RTE, apurou-se uma maior incidência de sintomas gastrointestinais, enquanto que no grupo de doentes submetidos a SIB, se registou uma maior incidência de efeitos secundários genitourinários.

Quanto à toxicidade tardia, o grupo submetido a BT+RTE teve ligeiramente maior incidência de efeitos secundários. A taxa de rectorragias foi bastante inferior no grupo de doentes submetidos a BT+RTE, comparativamente aos doentes submetidos a SIB, resultado expectável tendo em conta uma maior poupança do volume de recto irradiado na BT+RTE.

Ambas as estratégias foram eficazes no controlo da doença. Apesar da assimetria dos dois grupos estudados, obteve-se melhor controlo, quer em termos de SLRB como de SED, no grupo de doentes submetidos a BT+RTE. Será, no entanto, necessário maior tempo de follow-up para poder retirar conclusões com relevância estatística.

Conclusão: Ambas as estratégias foram eficazes no controlo da doença. A definição da estratégia de Radioterapia deve ser individualizada e ir de encontro à vontade do doente.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 40 NIVOLUMAB NO CARCINOMA ESPINOCELULAR CUTÂNEO LOCALMENTE AVANÇADO - UM CASO CLÍNICO

Rita Carrilho Pichel(1); João Queirós Coelho(1); Alexandra Araújo(1); António Araújo(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DO PORTO E.P.E.

Introdução: O carcinoma epidermóide cutâneo (CEC) é uma neoplasia maligna comum, com pico de incidência na população mais idosa. Apenas uma pequena percentagem se apresenta com doença avançada, mas esta associa-se a morbimortalidade significativa. Pela sua relação com a exposição solar, é uma neoplasia que geralmente apresenta carga mutacional elevada, com expressão frequente de PD-L1 (do inglês: programmed cell death ligand 1). Os inibidores dos checkpoints imunitários dirigidos ao PD-L1 e ao PD-1 (o seu recetor) foram avaliados no tratamento do CEC avançado com resultados favoráveis. Estes fármacos emergem assim como uma arma terapêutica promissora também para o CEC.

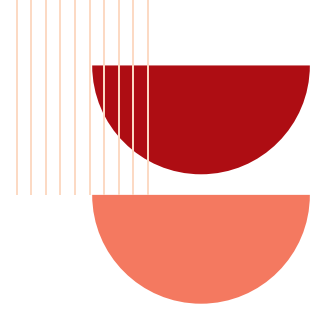
Objetivos: Relatamos o caso de um idoso frágil com CEC com metastização ganglionar extensa tratado com nivolumab, depois de esgotadas outras linhas terapêuticas, para demonstrar a utilidade dos inibidores dos checkpoints imunitários no CEC metastizado ou não candidato a tratamento local radical.

Material e métodos: Revisão do processo clínico do doente.

Resultados: Homem de 66 anos, fototipo II, com história pessoal de tabagismo, consumo alcoólico excessivo no passado e carcinoma basocelular pré-esternal excisado em 2012. Em 2015 documentada nova lesão pré-esternal associada a tumefações supraclavicular e axilar esquerdas, cujas biópsias revelaram carcinoma epidermóide com metastização ganglionar. A TAC de estadiamento mostrou, além da lesão primária, um extenso conglomerado adenopático axilar esquerdo com extensão da região supraclavicular esquerda até à parede torácica lateral esquerda, e uma adenopatia axilar direita. Estadio cT2N3M0. Pela extensão do envolvimento ganglionar, não foi considerado candidato a terapêutica local radical (cirurgia ou radioterapia), pelo que foi proposto para quimioterapia paliativa. À avaliação em consulta de Oncologia Médica apresentava-se emagrecido, parcialmente dependente de terceiros (com limitação da mobilidade do membro superior esquerdo por dor não controlada), com ECOG PS 2 e com fragilidade. Assim, foi considerado frágil para protocolo de cisplatino/5-FU, pelo que iniciou tratamento com paclitaxel e cetuximab, com indução de resposta clínica e radiológica. Após 3 meses suspendeu paclitaxel, ficando apenas sob cetuximab. Entre 2015 e 2017, manteve doença globalmente controlada, com alguns episódios de oligoprogressão ganglionar tratados localmente. Em 2017, por progressão ganglionar supraclavicular não controlada com cirurgia e cetuximab e por apresentar melhor estado geral, foi tratado com cisplatino e fluoropirimidina, com resposta parcial de curta duração. Nesta altura, foi documentada sobreexpressão de PD-L1 e ausência de expressão MLH1 na peça de esvaziamento ganglionar supraclavicular. Foi solicitada autorização para tratamento com nivolumab, um anti-PD-1, em regime "off label", que foi concedida. Iniciou o tratamento em Junho de 2018 e desde o primeiro mês de tratamento apresentou evidência de regressão das lesões que apresentava. O doente encontra-se ainda sob tratamento com nivolumab, sem sinais de progressão da doença ou efeitos adversos significativos.

Discussão: Os resultados obtidos no tratamento deste doente vão de encontro à evidência crescente de benefício do uso dos agentes anti-PD-1 no tratamento paliativo dos doentes com CEC localmente avançado ou metastizado e que culminou na aprovação pela Agência Europeia do Medicamento de um destes agentes, o cemiplimab, para esta indicação. Por outro lado, é de notar que a neoplasia deste doente apresentava biomarcadores conhecidos e associados a maior probabilidade de resposta com a imunoterapia (sobre-expressão de PD-L1 e instabilidade de microssatélites).

Conclusões: Este caso de CEC avançado é ilustrativo da importância da procura e disponibilidade crescente de armas terapêuticas. Reitera o benefício clínico sustentado que pode ser obtido com a utilização da imunoterapia neste tipo de cancro, com bom perfil de toxicidade, mesmo num doente frágil.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 41 UTILIZAÇÃO DE INIBIDORES DE FLT3 NA LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA RECAÍDA/REFRATÁRIA

Mariana Trigo Miranda(1); Juliana Bastos(2); Rui Bergantim(2); Fernanda Trigo(2)

(1) CENTRO HOSPITALAR TONDELA VISEU E.P.E (2) CENTRO HOSPITALAR SAO JOAO E. P. E. - PORTO

Introdução: Aproximadamente 30% dos casos de leucemia mieloide aguda (LMA) apresentam mutações do gene da tirosina cinase 3 do tipo FMS (FLT3), sendo a duplicação interna em tandem (ITD) a mais comum (FLT3-ITD) - 25% de todos os casos. Esta é uma mutação driver que se apresenta com alta carga leucémica e confere mau prognóstico. A mutação no domínio da tirosina cinase (FLT3-TKD) - presente em 7-10% dos casos - tem significado incerto. Estas mutações podem evoluir desde o diagnóstico até à recaída. Inibidores de FLT3 de primeira geração como o sorafenib e a midastaurina, são inibidores multikinase de largo espectro. Esta falta de especificidade pode justificar a sua ação anti-leucêmica transitória, principalmente em monoterapia, para além de contribuir para mais efeitos secundários. O surgimento de inibidores FLT3 de segunda geração como o gilteritinib, possibilitaram uma nova opção terapêutica, mais específica e potente, para este grupo de doentes.

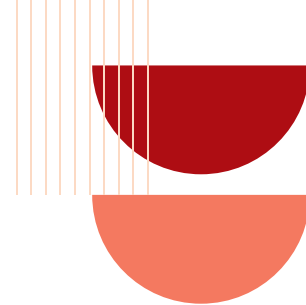
Métodos: Descrição de 3 casos em que foram utilizadas terapêuticas com inibidores de FLT3 de primeira e segunda geração em LMA recaída/refratária.

Resultados: F, 36 anos. ECOG 0. Diagnosticada em julho de 2015 com LMA, cariotipo normal, FLT3-ITD+ e FLT3-TKD D835+, NPM1-. Refratária a 2 ciclos de quimioterapia de indução (citarabina e daunorrubicina) resgatada com clofarabina e citarabina atingindo remissão completa (RC). Em fevereiro de 2016 foi realizado transplante alogénico de dador não relacionado. Recai 2 anos depois com sarcoma mieloide (FLT3-ITD+) e inicia terapêutica com 5-azacitidina, sorafenib e radioterapia adjuvante com resposta por mais 2 anos. Tem nova recaída (FLT3-TKD D835+) e mantém esquema prévio, mas por agravamento das citopenias e crescentes necessidades transfusionais a doente inicia terapêutica com gilteritinib. Apesar de melhoria nas necessidades transfusionais, manteve blastos em circulação e teve várias admissões por intercorrências infecciosas acabando por falecer por choque séptico 5 meses após o início de tratamento.

F, 70 anos. ECOG 1. Diagnosticada em maio de 2018 com síndrome mielodisplásica com excesso de blastos tipo II (AREB-II) pelo que iniciou tratamento com 5-azacitidina que cumpriu por 10 ciclos. Em abril de 2019 por agravamento clínico com pancitopenia persistente, necessidades transfusionais bi-semanais, sintomas generalizados e infeções recorrentes, foi proposta para transplante alogénico de dador relacionado tendo obtido RC. A doente recai 5 meses após o transplante, com perda de quimerismo. Reinicia 5-azacitidina e realiza três infusões de linfócitos do dador. Por manutenção de doença a doente é tratada com hidroxiureia e posteriormente com gilteritinib. Apesar de melhoria no controlo de sintomas e menores necessidades transfusionais, a doente falece cerca de 1 mês após início do tratamento por intercorrências associadas a queda traumática.

M, 55 anos. ECOG 0. Diagnosticado em julho de 2019 com LMA, cariotipo normal, FLT3 ITD+, FLT3 TKD-, NPM+. Iniciou tratamento com quimioterapia de indução atingindo RC com MRD+ (doença residual mensurável positiva) mantendo resposta após quimioterapia de consolidação com altas doses de citarabina e midostaurina. Tem uma primeira recaída em março de 2020 tendo iniciado quimioterapia de indução com FLAG-IDA. Posteriormente foi iniciado sorafenib com 5-azacitidina como ponte para transplante alogénico. Por persistência de doença e intercorrências infecciosas, o doente não prosseguiu de imediato para transplante e iniciou tratamento com gilteritinib 120mg/dia. Ao dia 28 de tratamento foi obtida RC com DRM+, sendo possível o transplante alogénico de dador não relacionado. Apesar de ter sido obtida RC, o doente acaba por recair 2 meses pós-transplante desta vez com alterações cromossómicas, trissomia do 8, e mantendo as mutações FLT3 ITD+ e NPM1+. Foi iniciada terapêutica com hidroxiureia, 2 ciclos de 5-azacitidina, 3 ciclos de gilteritinib e ainda 1 ciclo de sorafenib. Contudo 5 meses após a recaída o doente acaba por falecer por progressão de doença.

Discussão/ Conclusões: Apesar de nos casos relatados o tempo de terapêutica com gilteritinib ter sido escasso e em linhas terapêuticas avançadas foi possível verificar a sua ação no controlo da doença, assim como na melhoria clínica dos doentes. Numa utilização mais precoce, esta é uma terapêutica que, em conjunto com os restantes protocolos de quimioterapia e transplante alogénico, poderá ajudar a aumentar a probabilidade de remissão neste grupo de doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 43 DELEÇÃO DO 13P COMO FATOR PROGNÓSTICO INDEPENDENTE PARA RECAÍDA PRECOCE APÓS TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE CÉLULAS PROGENITORAS HEMATOPOIÉTICAS EM PRIMEIRA LINHA NO MIELOMA MÚLTIPLO

Marta Henriques(1); Pedro Chorão(1); Pedro Baptista(1); André Airosa Pardal(1); Pedro Oliveira Monteiro(1); Eliana Aguiar(1); Jorge Cancela Pires(1); Aida Barbosa(1); Maria José Soares(1); Paula Gomes(1); Rui Bergantim(1); Fernanda Trigo(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: As alterações do cromossoma 13 foram inicialmente descritas como um dos primeiros fatores de mau prognóstico em doentes recém-diagnosticados com mieloma múltiplo (MM). No entanto, evidências recentes desafiaram o seu valor prognóstico devido à co-ocorrência de outras alterações de alto risco citogenético.

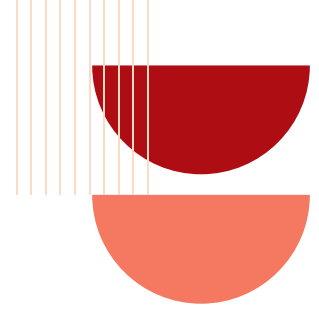
Objetivos: O nosso objetivo foi analisar o impacto das deleções de 13p em doentes com MM recém-diagnosticado que recaíram precocemente após transplante autólogo de células progenitoras hematopoiéticas (TAPH) em primeira linha.

Material e métodos: Trata-se de um estudo retrospectivo em doentes com MM submetidos a TAPH em primeira remissão com condicionamento com melfalano entre Janeiro de 2008 e Agosto de 2020, e pelo menos um ano de seguimento após transplante. Anormalidades genéticas (deleção de 17p e 13p, t(4;14), t(11;14), t(14;16)) foram identificadas por hibridização fluorescente in situ (FISH) ao momento do diagnóstico. Alterações de alto risco citogenético foram definidas usando a classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Regressão logística foi utilizada para identificar as variáveis de interesse prognóstico que se correlacionam com a recaída precoce, definida como menos de 12 meses após o TAPH.

Resultados: Dos 298 pacientes transplantados no período do estudo, 171 foram incluídos por terem dados completos de FISH ao diagnóstico. A idade mediana no TAPH foi de 60 anos (variação 37-71) e 55% dos doentes eram do sexo masculino. Ao diagnóstico, 21% apresentavam hipercalcemia, 21% insuficiência renal, 55% apresentavam anemia, 18% doença extramedular e 27% tinham doença de alto risco. Os regimes de indução consistiram em combinações de Imunomodulador e Inibidor de Proteossoma (IP) em 50% e apenas com IP 46%. A ciclofosfamida foi usada para mobilização de células progenitoras em 74%, 13% realizaram TAPH em tandem e 40% fizeram terapêutica de manutenção.

Discussão: A análise multivariada mostrou que os doentes que tiveram maiores odds de recaída precoce foram aqueles com paraproteína não-IgG/não cadeia leve (odds ratio [OR] 3,23, intervalo de confiança de 95% [IC] 1,14-9,15), que não obtiveram remissão completa (RC) ao dia +100 de TAPH (OR 2,79, IC 95% 1,14-6,84), que não realizaram terapêutica de manutenção (OR 3,07, IC 95% 1,10-8,60), doença de alto risco citogenético (OR 2,41, IC 95% 0,98-5,94) e a deleção 13p (OR 2,53, 95% CI 1,05-6,19). Idade ao diagnóstico, presença de anemia, hipercalcemia, insuficiência renal, lesões ósseas, doença extramedular ao diagnóstico, quimioterapia de indução e resposta à mesma, TAPH em tandem e ano do transplante não foram estatisticamente significativos.

Conclusões: O nosso estudo sugere que a deleção de 13p é um fator prognóstico para recaída precoce, independentemente da presença de outras alterações de alto risco, assim como da resposta ao dia +100 de transplante, uso de quimioterapia como terapêutica de manutenção e subtipo imunológico da paraproteína envolvida. Os nossos achados apoiam a importância da deleção 13p como marcador de mau prognóstico em doentes com MM. Se esta alteração é um substituto de outras alterações genéticas de alto risco ou acarreta verdadeiramente um risco biológico mais pobre necessita de ser abordado em estudos próximos.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 44 O IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NO TRATAMENTO DO CANCRO DO PULMÃO NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

Susana Costa(1); André Miranda Pires(1); Susana Sarandão(1); Flávia Fernandes(1); Tiago Figueiredo(1); Joana Cardia(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

O vírus SARS-CoV-2 surgiu na China, no final de 2019 e rapidamente se disseminou para todo o planeta. Em Portugal, foram detetados mais de 1 milhão de casos e morreram quase 19 mil pessoas por COVID-19 até ao final de 2021.

Os doentes com cancro do pulmão parecem particularmente suscetíveis à infeção por SARS-CoV-2, ao desenvolvimento de complicações graves e à morte. O estudo TERA-VOLT observou elevadas taxas de hospitalização e mortalidade (76% e 33%, respetivamente) em doentes com neoplasia torácica. Alguns estudos sugerem um risco acrescido de complicações por COVID-19 em doentes a realizar tratamento antineoplásico. No entanto, os dados existentes na literatura nesta área são ainda escassos, sobretudo no que refere à radioterapia (RT).

Objetivos: Estudar o impacto de um ano de pandemia COVID-19 no tratamento do cancro do pulmão num serviço de RT. Foi ainda avaliada a tolerância à RT em doentes infetados com SARS-CoV-2.

Materiais e métodos: Estudo retrospectivo unicêntrico que incluiu doentes tratados num serviço de RT antes da pandemia COVID-19 (maio/2019 a abril/2020) e durante a pandemia (maio/2020 a abril/2021). Foram colhidas e analisadas as características demográficas e clínicas desses doentes. Os doentes infetados com SARS-CoV-2, comprovado por teste RT-PCR, previamente ou durante o tratamento oncológico, foram registados e avaliada a sua tolerabilidade à RT, segundo a escala CTCAE 5.0. A análise descritiva e estatística foi realizada com o software SPSS v26.

Resultados: Realizaram-se 228 tratamentos (206 doentes) e 266 tratamentos (244 doentes) no ano pré-COVID e no ano COVID, respetivamente. A mediana de idades foi de 72,0 anos (40-99 anos) e 74,3% dos doentes tratados eram homens, sem diferença estatística entre os grupos. A maioria dos doentes apresentaram o subtipo histológico adenocarcinoma (58,7%), epidermóide (27,6%) ou carcinoma de pequenas células (7,5%). Cerca de metade dos doentes tratados eram estadio I/II (54,7%), 31,0% eram estadio III e 14,4% eram estadio IV. Cento e trinta doentes foram diagnosticados no contexto de vigilância de cancro do pulmão ou outro cancro (27,1% versus 32,4%, pré-COVID e COVID, respetivamente).

Comparando o grupo pré-COVID e o grupo COVID, a Radioterapia Estereotáxica Corporal (SBRT) foi o tratamento de RT mais utilizado em ambos (122 (53,5%) e 141 (53,0%) tratamentos, respetivamente), seguido de RT combinada com quimioterapia (QT) com intuito radical (57 (25,0%) e 63 (23,7%) tratamentos, respetivamente). Cerca de 10% realizaram RT paliativa (23 (10,1%) e 30 (11,3%) tratamentos, respetivamente) e 8,3% RT adjuvante (19 (8,3%) e 22 (8,3%) tratamentos, respetivamente). Não se observou diferença estatística entre os grupos no que refere ao tipo de tratamento. Relativamente ao fracionamento nos doentes submetidos a SBRT, não se verificou diferenças entre os dois grupos, sendo a fração única e as 4 frações os esquemas mais utilizados (42 (34,4%) versus 51 (36,2%) tratamentos; e, 44 (36,1%) versus 35 (24,8%) tratamentos, respetivamente).

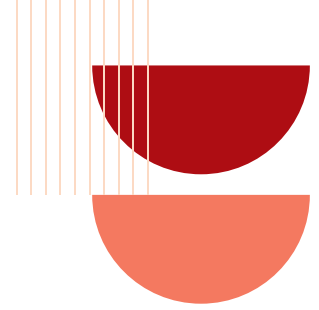
Dos 450 doentes tratados com RT, 65% foram referenciados de outras instituições (65,4% e 64,7%, respetivamente). Dez doentes foram infetados com SARS-CoV-2, metade dos quais durante o tratamento oncológico. Seis doentes não desenvolveram sintomas, 2 doentes apresentaram sintomatologia ligeira e 2 doentes apresentaram doença moderada/severa. Um doente adiou o tratamento de QT e o último ciclo de QT foi omitido em 2 doentes. A RT foi interrompida em 2 doentes. Todos os doentes apresentaram boa tolerância ao tratamento de RT ($G \leq 2$, CTCAE 5.0). Dos doentes com interrupção/omissão do tratamento oncológico, um doente apresentou doença estável no final do estudo, um doente sem informação clínica e os restantes sem evidência de doença ativa.

Discussão: A pandemia COVID-19 causou uma grande pressão no funcionamento dos serviços de saúde, com atrasos no rastreio e diagnóstico das doenças oncológicas. Apesar disso, não se observou diferenças no número de doentes com cancro do pulmão tratados neste serviço de RT durante a pandemia COVID-19. De facto, observou-se um discreto aumento do número de doentes tratados no ano COVID (206 versus 244 doentes, pré-COVID e COVID, respetivamente). Não se verificou diferença estatisticamente significativa no estadio clínico entre os 2 grupos, sendo que mais de metade dos doentes apresentava estadios iniciais (53,5% versus 55,6%, pré-COVID e COVID, respetivamente).

A maioria dos doentes foram tratados com SBRT e RT radical. O esquema de fracionamento do tratamento de RT não foi alterado durante o período pandémico, entre os quais o fracionamento da SBRT, não se verificando uma primazia da utilização de frações únicas em detrimento de esquemas mais fracionados.

Cerca de 65% dos doentes foram referenciados de outros hospitais, que eram centros de tratamento COVID-19. No entanto, não se observou diminuição do número de doentes referenciados por essas instituições durante a pandemia.

Conclusões: A pandemia COVID-19 tem dificultado o provisionamento de cuidados de saúde, incluindo aos doentes oncológicos. Inesperadamente, no nosso serviço, o número de tratamentos de RT no cancro do pulmão manteve-se estável durante a pandemia. Os pacientes com historial de infeção por SARS-CoV-2 parecem tolerar o tratamento de RT torácica.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 45 O SUSPEITO DO COSTUME - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO COM MÚLTIPLOS TUMORES PRIMÁRIOS

Cláudia Franco de Sá(1); Marta Baptista Freitas(1); Diogo Queirós Inácio(1); Maria Paula Fontes(1); Maria Gabriela Pinto(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: O carcinoma do esófago é a 8ª neoplasia mais comum e a 6ª causa de morte mais frequente por cancro, mundialmente. A sobrevivência média dos doentes submetidos a Quimioterapia e Radioterapia (QTRT) neoadjuvante seguida de cirurgia é de 49 meses.

O tabagismo representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de várias neoplasias, nomeadamente carcinoma do esófago, do pulmão e da cabeça e pescoço. A cessação tabágica associa-se a uma diminuição desse risco, sobretudo após os 5 anos.

O diagnóstico de outras neoplasias no mesmo doente tem vindo a aumentar, sobretudo devido ao melhor diagnóstico e tratamento que têm permitido um aumento da sobrevivência global destes doentes. Contudo, os múltiplos tratamentos oncológicos prévios colocam novos desafios em termos de toxicidade e podem condicionar as opções terapêuticas de que dispõem estes doentes aquando do diagnóstico de uma segunda neoplasia.

Objetivos: Descrição de um caso clínico referente ao diagnóstico e tratamento de múltiplas neoplasias com cirurgia, quimioterapia e radioterapia.

Material e Métodos: Dados obtidos através da revisão do processo clínico electrónico do doente. Efeitos adversos classificados segundo "Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)", versão 5.0.

Resultados: Mulher, 49 anos, ECOG 0, fumadora (30 UMAs), consumo de cerca de 40g álcool/dia, sem antecedentes familiares oncológicos, diagnosticada com carcinoma epidermóide do esófago cT3NxM0, em setembro/2011. Realizou QTRT neoadjuvante, per fez 39.6Gy em 22 frações concomitante com cisplatina 75mg/m² (D1) com 5-FU 1000mg/m²/dia (D1-D4). Referiu disfagia grau I, melhorada após tratamento. Submetida a esofagectomia parcial tipo Ivor-Lewis, que revelou resposta patológica completa, tendo ficado em vigilância. Após a cirurgia a doente cessou consumos tabágicos e alcoólicos. Posteriormente foi submetida a vários procedimentos de dilatação esofágica por estenose da anastomose, sem outras complicações. Sem sinais de recidiva clínica ou imagiológica durante 6 anos.

Em dezembro/2017 a doente apresentou lesão ulcerada do palato mole à esquerda. Submetida a biópsia - carcinoma epidermóide. Realizou exérese transmural da lesão do palato e reconstrução com retalho da parede posterior da faringe, seguida de esvaziamento cervical bilateral em março/2018 - pT1N2cR0. Isolamento de 1 gânglio (gg) metastizado em 16 isolados à esquerda e 0/15 gg à direita, pelo que realizou RT adjuvante (per fez 60Gy à região cervical bilateral em 30 frações, a 2Gy/dia). Durante o tratamento apresentou disgeusia e mucosite grau II, odinofagia e xerostomia grau I, este último que mantém.

Em outubro/2018, em RMN de vigilância foi observada massa posterior ao cavum faríngeo à esquerda "de novo", 24x20mm, compatível com recidiva ganglionar. A doente realizou QT (com cisplatino 100mg/m² a cada 21 dias) e RT concomitante com intuito radical, perfazendo dose total de 70Gy em 35 frações a 2Gy/dia com boa tolerância clínica. Em setembro/2019 realizou cirurgia de encerramento de comunicação oro-nasal por sequelas da ressecção tumoral cirúrgica. Posteriormente, manteve vigilância, sem evidência de recidiva.

Em agosto/2020, em TC tórax de vigilância verificou-se opacidade no lobo superior direito (LSD), 23x20mm. Realizou biópsia - inconclusiva por material insuficiente. Repetiu avaliação imagiológica, em fevereiro/2021, que mostrou progressão dimensional da lesão conhecida do LSD (28x26mm), bem como duas lesões "de novo", uma no LSD (mais anterior à primeira lesão) com 29x18mm e outra no lobo inferior direito (LID) de 12x12mm. Realizou PET-CT 18FDG que mostrou captação hipermetabólica apenas numa das lesões do LSD, suspeita de lesão maligna, a qual foi biopsada revelando adenocarcinoma TTF-1 negativo, PD-L1 negativo, sem mutações alvo.

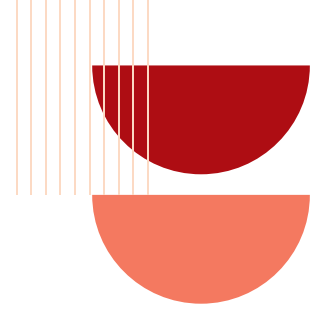
Após discussão em Reunião de Grupo Oncológico do Pulmão, decidida realização de nova biópsia pulmonar à lesão do LSD, que mostrou adenocarcinoma de padrão "lepidic", PD-L1 negativo, com mutação c.34G>T p.(Cly12Cys), no exão 2 do gene KRAs. Realizou EBUS em maio/2021, sem identificação de adenopatias. Portanto, doente com confirmação histológica de 2 adenocarcinomas pulmonares síncronos. Realizou radioterapia estereotáxica em agosto/2021, perfazendo dose total de 50 Gy/5 frações/1,5 semanas sobre os 2 nódulos no LSD e 60 Gy /5 frações/1,5 semanas sobre o nódulo no LID.

Atualmente a doente mantém xerostomia grau I, sem outros sintomas, mantendo-se em vigilância e sem evidência de recidiva.

Discussão/Conclusão: A doente apresentava um importante fator de risco (tabagismo) para carcinoma do esófago, palato mole e pulmão. Apesar da cessação alcoólica e tabágica, há a considerar a exposição cumulativa a tais fatores nocivos.

O avanço nas terapêuticas oncológicas atuais permitiu a esta doente múltiplos tratamentos com baixa toxicidade, não comprometendo assim as opções terapêuticas das seguintes neoplasias. A doente apresenta uma longa sobrevivência, de cerca de 10 anos, desde o primeiro tratamento de QTRT neoadjuvante do carcinoma do esófago. Embora bem descrita na literatura a relação entre os fatores de risco não enumerados e a incidência das neoplasias descritas, considera-se que dada a idade jovem ao diagnóstico seria de discutir o benefício da referenciação à consulta de Oncogenética.

Este caso realça a importância da vigilância clínica e imagiológica destes doentes, não só pelo risco de recidiva da doença oncológica como pelo surgimento de outras neoplasias.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 47 RADIOTERAPIA EM DOENTE COM TUMORES METÁCRONOS – A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Moreira Van Der Elzen(1); Fátima Aires(1); Diogo Queirós Inácio(1); Maria Lurdes Vendeira(1);
Fernando Costa(2); Maria Gabriela Pinto(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO

(2) LENITUDES MEDICAL CENTER

Introdução: Tumores metácronos são tumores que se desenvolvem, pelo menos, 6 meses após tratamento curativo de outro tumor primário.

O cancro da laringe é um dos mais frequentes cancros da cabeça e do pescoço sendo o tabaco o principal fator de risco, tal como no cancro do pulmão. O cancro do pulmão é o segundo tumor sólido mais prevalente em ambos os sexos a nível mundial. O adenocarcinoma é o subtipo histológico mais comum, associando-se a fumadores e não fumadores. A radioterapia (RT) constituiu uma opção terapêutica fulcral no tratamento de ambas as neoplasias. Apresenta-se um caso clínico com três tumores primários, em tempos diferidos, submetidos a tratamento radical.

Objetivo: Descrição de caso clínico.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de dados relativos à idade, sexo, antecedentes, data do diagnóstico, terapêutica realizada e estado atual.

Resultados: Homem de 62 anos, ECOG 0, com antecedentes de enfisema pulmonar e hábitos tabágicos e etílicos moderados. Em 03/2016 foi encaminhado para consulta de ORL por disfonia com 2 meses de evolução. Realizou cordectomia direita em 08/2016 cujo resultado anatomopatológico revelou carcinoma epidermoide. Em RM laríngea de 05/2017 verificou-se recidiva com extensão subglótica e adenopatias cervicais contralaterais pelo que foi submetido a laringectomia radical e esvaziamento cervical bilateral a 02.08.2017 (pT4N2c R1 ganglionar). Realizou QTRT adjuvantes perfazendo a dose total de 66Gy (2Gy/dia) – 60Gy ao PTV loca e cervical bilateral seguido de Boost de 6Gy ao PTV cervical esquerdo. Em follow-up, realizou TC toraco-abdominal (02/2019) que revelou “nódulo justa-cisural no lobo médio pulmonar, de 17 x 5 mm com ligeiro crescimento” e na zona apical do lobo superior direito (LSD) observou-se “prováveis alterações cicatriciais subpleurais”, já descritas em exames anteriores. Realizou PET-CT 18F-FDG (04/2019) que demonstrou focos de hipercaptação em densificação nodular justa-cisural e avidéz ligeira na região apical do LSD. Submetido a BAT (biópsia aspirativa transtorácica) ao nódulo justa-cisural a 05/2019 que revelou adenocarcinoma, compatível com primário pulmonar (TTF1 positivo), PD-L1 negativo.

Assumidas alterações do ápex como cicatriciais, foi submetido a lobectomia do médio com esvaziamento ganglionar mediastínico (VATs) a 09/2019 com internamento prolongado por complicações pós-cirúrgicas.

Cumprido em Out/2019 QT adjuvante (4 ciclos de carboplatina + vinorelbina). Em follow-up, PET-CT 18F-FDG (03/2021) revelou lesões suspeitas nas regiões paravertebral do LSD e ápex pulmonar direito (SUVmáx: 5,4).

Submetido a biópsia do nódulo pulmonar paravertebral do LSD (03/2021) - adenocarcinoma de origem pulmonar, PDL-1 positivo (2º tumor primário do pulmão).

Efetuada biópsia ao ápex pulmonar direito (04/2021) que demonstrou: tecido fibroso compatível com pleura espessada, sem sinais de malignidade. Ponderou-se repetir a biópsia, no entanto, por antecedentes de enfisema e com base na alteração imagiológica da PET, em reunião de grupo oncológico, assumiu-se malignidade da lesão no ápex do pulmão direito. Realizou SBRT às duas lesões pulmonares - 50,00 Gy / 5 frações / 1,5 semanas com técnica VMAT_SBRT, com fotões de 6MV FFF, com 6 semi-arcos - que terminou a 09.06.2021.

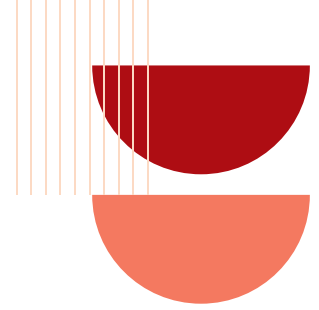
Ficou em seguimento e a TC Tórax (09/2021) demonstrou “nódulo epiculadado em topografia paravertebral no LSD traduzido agora por área de consolidação lineariforme, de provável etiologia cicatricial a tratamentos efetuados e crescimento do nódulo na periferia do LSD (13mm)”, observado em TC Tórax prévio. Submetido a biópsia de nódulo periférico do LSD (11/2021) que revelou adenocarcinoma de origem pulmonar, PD-L1 positivo (NGS semelhante ao nódulo paravertebral previamente tratado). Proposto em Consulta de Grupo Oncológico Pulmonar de 12/2021 para SBRT à lesão periférica do LSD.

Atualmente, apresenta-se sem evidência de doença laríngea, assintomático do ponto de vista respiratório, mantém ECOG 0, a aguardar tratamentos de estereotaxia.

Discussão/Conclusão: Os hábitos tabágicos são o principal fator de risco para o desenvolvimento de cancro da cabeça e pescoço e pulmão. Após cordectomia, num doente com recidiva laríngea desta extensão, a indicação é resseção cirúrgica com esvaziamento ganglionar cervical bilateral, a que o doente foi submetido, seguido de QTRT adjuvantes. O doente não apresenta evidência de doença laríngea.

Após diagnóstico de tumor metácrono, no pulmão, em estadio inicial, o doente foi submetido a lobectomia do médio, tratamento de eleição, sendo considerado no LSD alterações sobreponíveis a tecido cicatricial. Pelas complicações associadas à cirurgia e pela sua doença pulmonar de base foi considerado não elegível para mais procedimentos cirúrgicos. Nestes casos, a radioterapia esterotáxica (SBRT) assume-se como primeira linha de tratamento com baixa morbilidade associada. Sendo considerado um novo tumor primário do pulmão (diferente NGS do justa-cisural), foi submetido a tratamento de SBRT aos nódulos paravertebral e ápex direitos, ambos com resposta imagiológica e sem toxicidade associada. Por progressão da doença, após 3 meses, com crescimento de nódulo periférico do LSD (até então não suspeito), foi novamente proposto para SBRT.

Em epitome, no tratamento multidisciplinar de tumores metácronos, descrito neste caso clínico, a SBRT assume especial importância no tratamento do cancro do pulmão em estadios iniciais, apresentando boas taxas de controlo local, sobrevivência global, e boa qualidade de vida.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 48 NA PONTA DA LÍNGUA - APRESENTAÇÃO INCOMUM DE NEOPLASIA DO RIM

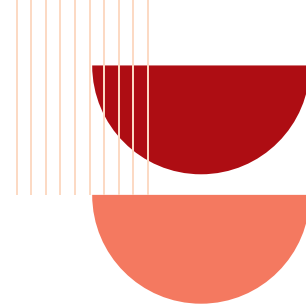
Sara Magno(1); Ana Sofia Opinião(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA LISBOA

Introdução: O cancro do rim é uma neoplasia pouco comum, representando cerca de 5% dos diagnósticos de cancro, sendo o carcinoma de células renais a histologia mais frequente (80%). O diagnóstico é cada vez mais frequentemente feito de forma incidental, em exames de imagem. Quando sintomático, a apresentação clínica mais frequente é hematuria indolor e/ou síndromes paraneoplásicas. Outras apresentações clínicas são menos frequentes.

Descrição do caso: Apresentamos o caso de uma mulher de 72 anos, sem antecedentes pessoais relevantes, não fumadora. Por nódulo não doloroso na língua com algumas semanas de evolução, recorreu ao dentista e por suspeição de atipia foi realizada biópsia excisional da lesão, que revelou metástase de carcinoma de células renais. Foi referenciada ao IPO de Lisboa para completar o estudo e orientação terapêutica. À observação inicial, apresentava anorexia marcada, perda ponderal de 20kg (>10% peso) em 2 meses e queixas algicas nos membros superiores e inferiores; sem outras queixas, nomeadamente hematuria ou dor lombar. O exame objectivo não tinha alterações. O estudo analítico revelou hipercalcémia (cálcio corrigido à albumina de 11mg/dL) e colestase (fosfatase alcalina 386mg/dL, GGT 529mg/dL; bilirrubina total 0.36mg/dL), sem anemia ou eritrocitose. O estudo imagiológico revelou doença extensamente metastizada - a TC tóraco-abdominopélvica evidenciou uma volumosa massa renal esquerda com 8x12cm, adenopatias mediastínicas, uma lesão sólida na parede torácica póstero-lateral esquerda, justa-escapular, metastização pulmonar bilateral, e não revelou alterações hepáticas; a cintigrafia óssea e TC da bacia revelaram metastização óssea extensa. A revisão de lâminas no IPO da biópsia excisional lesão da língua confirmou o diagnóstico de carcinoma de células renais (epitélio pavimentoso estratificado, com infiltração por neoplasia de arquitectura cordonal e organoide, constituída por células PAX8+, CA-IX+, CK7- e CK20-). Iniciou terapêutica sistémica com sunitinib e foi proposta para nefrectomia citoredutora, se obtivesse resposta com sunitinib. Um mês após iniciar terapêutica, apresentou quadro de afasia de expressão e hemiparésia esquerda de início gradual. Fez TC e RM craneoencefálicas, que revelaram metastização múltipla do sistema nervoso central, com lesões hemorrágicas. Foi proposta para radioterapia holocraneana.

Conclusão: Apesar de ser um cancro raro, o carcinoma de células claras do rim é o cancro do rim mais frequente. Hematuria e síndromes paraneoplásicas (hipercalcémia, febre, eritrocitose e colestase) são apresentações frequentes, contudo a apresentação clínica pode ser muito variada e apresentar um desafio diagnóstico. A nossa doente apresentou com um nódulo na língua, uma apresentação muito atípica, demonstrando a importância de envolver várias especialidades no diagnóstico e abordagem destes doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 50 ALVOS TERAPÊUTICOS, SOBREVIVÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA NO CANCRO DA MAMA COM VÁRIOS ANOS DE EVOLUÇÃO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

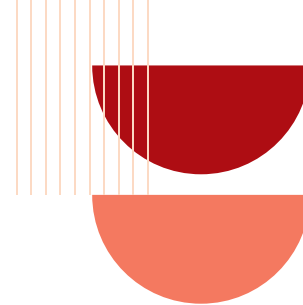
Inês Dunões(1); Maria Menezes(1); Alicia Oliveira(1); Tomás Carvalho(1); Francisco Trinca(1); Rui Dinis(1)

(1) HOSPITAL ESPÍRITO SANTO-ÉVORA

Introdução: O cancro da mama é uma das principais causas de morte no sexo feminino prevendo-se um aumento progressivo da sua incidência devido ao envelhecimento da população, ao sedentarismo e à baixa fertilidade. Dada a sua heterogeneidade torna-se fundamental enquadrar os dados anatomopatológicos, moleculares, clínicos e biológicos de cada doente com o intuito de poder oferecer o melhor tratamento. Existem cada vez mais estratégias terapêuticas que têm permitido aumentar a sobrevivência livre de progressão, a sobrevivência global e ainda a qualidade de vida.

Caso clínico: Mulher de 83 anos, sem antecedentes pessoais, ginecológicos ou familiares de relevo. Em 1997, com 58 anos, foi submetida a mastectomia radical e esvaziamento ganglionar à direita por carcinoma ductal invasivo (CDI) luminal B Her 2 enriched. Manteve-se assintomática até 2010 altura em que apresenta recidiva locorregional com lesão na parede torácica. Confirmado CDI com recetores de estrogénio (RE) de 90%, recetores de progesterona (RP) negativo, c-erbB-2 - 2+ com FISH positivo por biopsia. Após o diagnóstico iniciou quimioterapia (QT) com paclitaxel até outubro de 2010 e trastuzumab que terminou em julho de 2011. Apresentou resposta completa nos exames de re-estadiamento e manteve terapêutica com hormonoterapia (HT) com letrozol. Em dezembro de 2014 a TC TAP revelou nova recidiva na mama direita e cadeia ganglionar axilar homolateral. Foi proposta para radioterapia (RT) que realizou até abril de 2015. Dado o excelente estado geral, ausência de sintomas e de envolvimento visceral manteve letrozol até completar 10 anos de terapêutica. No final de 2020 por subida dos marcadores tumorais realizou nova PET que evidenciou aumento da adenopatia da cadeia mamária interna esquerda, e foco de novo na extremidade anterior da 3ª costela. Realizou novamente RT até março de 2021 e por progressão de doença sem metastização visceral iniciou em março de 2021 fulvestrant que mantém. Realizou PET de controlo em dezembro de 2021 que revelou desaparecimento das lesões previamente descritas (resposta completa). Atualmente, em janeiro de 2022, mantém tratamento com fulvestant com boa tolerância mantendo-se assintomática e com boa qualidade de vida.

Discussão: O cancro da mama é uma doença molecularmente e clinicamente heterogénea. Têm sido descobertos muitos alvos terapêuticos nos últimos anos que têm permitido fornecer uma terapia personalizada cada vez mais eficaz e bem tolerada. Cada tratamento não está isento de toxicidades, sendo necessária uma monitorização adequada. O presente caso ilustra uma doente com cancro da mama com longo período de evolução, com três recidivas, que contou com diferentes estratégias terapêuticas o que permitiu para além de sobrevivência, qualidade de vida e uma resposta prolongada sem toxicidade major associada.

**ABSTRACT BOOK | POSTERS****PO 51 IMPACTO DA PANDEMIA COVID-19 NO TRATAMENTO NEOADJUVANTE NO CANCRO DA MAMA - A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR**

Marta Baptista Freitas(1); Catarina Lopes de Almeida(1); Ana Carmo Valente(1); Mariana j. Costa(1); Inês Costa(1); Joana s Reis(1); Nuno Tavares(1); Isabel Sousa(1); Daniela Almeida(1); Cláudia Caeiro(1); Isabel Augusto(1); Lúcia Águas(1); Miguel Barbosa(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: A pandemia COVID-19 levou a uma necessidade de reorganização dos cuidados de Saúde, com consequentes atrasos na realização dos rastreios oncológicos e referenciação dos doentes. Novas recomendações no tratamento e orientação dos doentes com cancro foram por este motivo instituídas.

Dadas as alterações anteriormente referidas, existia o risco de haver um impacto negativo no tratamento dos doentes com cancro, nomeadamente no cancro da mama (CM) de atrasos no início da quimioterapia neoadjuvante (QTNA) e realização da cirurgia, levando a piores respostas ao tratamento.

Este estudo teve como objetivo comparar a taxa de resposta patológica (RP) à QTNA em doentes com CM que realizaram tratamento antes e durante a pandemia COVID-19 na nossa instituição.

Métodos: Avaliação retrospectiva de dados clínicos de doentes com CM que realizaram QTNA de março/2018 a março/2019 (período antes da pandemia COVID-19 - PAPC) e de março/2020 a março/2021 (período de pandemia COVID-19 - PPC). Efetuada a comparação das taxas de RP e eventos adversos como ocorrência de neutropenia febril (NF) e eventos tromboembólicos venosos (TEV) entre os dois grupos. Analisamos os outcomes das doentes que tiveram COVID-19 durante a QTNA. A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM® SPSS® Statistics® V25, considerando significativo $p < 0.05$. O teste do qui-quadrado foi utilizado para avaliar a associação das diferentes variáveis categóricas entre os grupos.

Resultados: Seleccionados 143 casos de CM que realizaram QTNA nos períodos referidos. Destes, 10 foram excluídos da análise: 8 por suspensão da QTNA dada toxicidade grave precoce (grau 3 - 4), 1 por recusa do doente e 1 caso por morte. Assim, foram incluídos 133 doentes, todos do género feminino, 77 (58%) dos quais tinham realizado QTNA no PAPC (mediana de idades 49 anos [min. 27 - máx. 75]) e 56 (42%) no PPC (mediana de idades 47.5 anos [min. 29 - máx. 78]). Quanto ao perfil dos CM diagnosticados, no PAPC: 40.3% luminais e Her2 negativos, 31.2% Her2 positivos e 28.6% triplos negativos; no PPC: 30.4% luminais e Her2 negativos, 44.6% Her2 positivos e 25% triplos negativos ($p=0.268$). Verificou-se 1 (0.8%) caso de CM estadio I (PAPC), 72.2% de casos estadio II (75,4% no PAPC e 23.4% no PPC) e 27% de casos estadio III (9.1% no PAPC e 8.9% no PPC) ($p=0.30$).

Quanto à RP após QTNA: 52.6% das doentes apresentaram RP completa (53.2% no PAPC e 51.8% no PPC); 19.5% com RP parcial major (persistência de doença < 10%) (20.8% no PAPC e 17.9% no PPC); 15.8% com RP intermédia (persistência de doença entre 10 - 50%) (15.6% no PAPC e 16.1% no PPC); e 12% com RP minor (persistência de doença > 50%) (10.4% no PAPC e 14.3% no PPC) ($p=0.90$).

Quanto a efeito adversos da QTNA, verificou-se que quer a incidência de NF quer a de TEV não foi significativamente diferente nos dois grupos ($p=0.16$ e $p=0.42$, respectivamente). Ocorreram 15 episódios de NF (14.3% no PAPC e 47.1% no PPC) e 10 de TEV (6.5% no PAPC e 8.9% no PPC). No PAPC verificou-se uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de NF e o facto de a doente não ter RP completa ($p=0.013$).

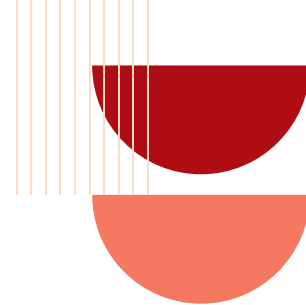
Cinco doentes contraíram a infeção COVID-19, durante a realização da QTNA. Em todos os casos tratou-se de uma doença assintomática ou pouco sintomática. Três doentes obtiveram RP completa (2 casos de cancro perfil triplo negativo e 1 Her2+) e 2 tiveram persistência de >50% da doença (1 triplo negativo e outro caso Her2+). Nenhuma destas doentes teve neutropenia febril ou um evento tromboembólico venoso durante a realização da QTNA.

Discussão: Na nossa instituição verificou-se que no PPC o número de doentes que realizou QTNA foi menor em comparação com semelhante período de tempo antes da pandemia. Contudo, este estudo não permite concluir se tal se deve ao menor número de doentes referenciadas, atrasos no diagnóstico ou ao acaso. Não se verificou diferença estatística quer em termos de perfil do tumor quer no estadio da doença ao diagnóstico, entre os dois grupos comparados.

Verificamos também que não existiram diferenças significativas quanto à resposta do tumor à QTNA quando comparados os grupos, bem como, não se registaram mais eventos de NF nem de TEV no PPC.

Quanto às doentes que tiveram COVID-19 durante a realização de QTNA, pudemos verificar que apesar do consequente adiamento de ciclos de QTNA, este não teve impacto significativo na RP. Atualmente, estas cinco doentes mantêm-se em vigilância, sem evidência de recorrência da doença.

Conclusão: Apesar de todas as contingências impostas pela pandemia COVID-19, na amostra de doentes com CM desta instituição não se verificou impacto significativo na resposta ao tratamento neoadjuvante. Um eventual impacto na sobrevivência apenas poderá ser avaliado com um período de seguimento mais prolongado.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 52 DADOS DE VIDA REAL DE DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL METASTÁTICO TRATADOS COM TRIFLURIDINA/TIPIRACILO - EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Patrícia Chow Liu(1); Emanuel Cadavez(1); Joana Pimenta(1); Pedro Mota(1); Natacha Mourão(1); Sílvia Duarte(1); Joana Carvalho(1); Kátia Ladeira(1); Inês Grilo(1); Renato Cunha(1); Mariana Rocha(1); Daniela Azevedo(1); Patrícia Gago(1); Teresa Sarmento(1); Rosa Gomes(1); António Teira(1); Marta Sousa(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR TRÁS OS MONTES E ALTO DOURO E.P.E

Introdução: O cancro colo-rectal é a segunda neoplasia mais diagnosticada em Portugal e a terceira causa de morte por cancro no mundo. Cerca de 25% dos doentes apresentam cancro colo-rectal metastático (mCCR) ao diagnóstico e 50% vão desenvolver metastização. O Trifluridina/Tipiracilo (TAS-102) está indicado nos doentes com mCCR tratados previamente com quimioterapia baseada em fluoropirimidina, oxaliplatina e irinotecano, agentes anti-VEGF e/ou agentes anti-EGFR.

Objetivos e métodos: Estudo observacional e retrospectivo que pretende relatar a experiência clínica de um centro hospitalar no tratamento do mCCR com o TAS-102 de Novembro de 2018 a Dezembro de 2021. Colheita de dados através da consulta dos processos clínicos e análise estatística realizada com recurso ao Software Microsoft Excel® e IBM SPSS Statistics Versão 27®.

Os objetivos primários foram analisar a eficácia e segurança do TAS-102, comparando os resultados com os ensaios clínicos RECOURSE e PRECONNECT. O objetivo secundário foi identificar possíveis fatores preditores da sobrevivência livre de progressão (PFS) e sobrevivência global (OS).

Resultados: Foram analisados 31 doentes com idade mediana de 63 anos (mín. 38 - máx. 85), sendo 61% do sexo masculino. 25,8% tinham o tumor primário no colón direito, 41,9% no colón esquerdo e 32,3% no recto. 38,7% apresentavam mutação do complexo RAS. No início do TAS-102, 58,1% tinha ECOG-PS 0 ou 1 e 41,9% tinha ECOG-PS 2. Em 25,8% havia metastização irrecutível em 1 órgão, 51,6% em 2 órgãos e 22,6% em 3 ou mais órgãos. Todos os doentes realizaram quimioterapia (baseada em fluoropirimidina, oxaliplatina e irinotecano), 93,5% realizaram anti-VEGF e 45% anti-EGFR em alguma linha terapêutica. O TAS-102 foi iniciado sobretudo em 3ª e 4ª linha (54,8% e 25,8%, respetivamente), com mediana de 3 ciclos.

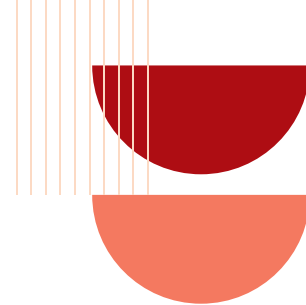
Os efeitos adversos (EA) foram maioritariamente grau 1 ou 2 e incluíram neutropenia (41,9%), anemia (35,5%), astenia (19,4%), anorexia (12,9%), citocolestase hepática (12,9%), trombocitopenia (3,2%) e diarreia (3,2%). Em 16,1% verificou-se EA grau 3 e foi necessária redução de dose em 29% dos doentes.

A melhor resposta ao tratamento foi doença estável (22,6%), sem respostas parciais ou completas. A PFS mediana foi 3,3 meses (IC 95% 1,6 - 5) e a OS mediana foi 6,6 meses (IC 95% 4,29 - 8,9). Houve diferença estatisticamente significativa na PFS do subgrupo com metastização em apenas um órgão ($p=0.010$), assim como na OS do subgrupo com ECOG-PS 0 ou 1 ($p=0.019$). Não houve diferença estatisticamente significativa na PFS e OS de acordo com a idade, local do tumor primário, status de mutação RAS, tempo entre metastização e o início do TAS-102 e número de linhas de tratamento prévias. A suspensão do tratamento ocorreu por progressão clínica (35,4%), imagiológica (32,3%), clínica e imagiológica (25,8%) e em 6,5% por toxicidade. Posteriormente ao TAS-102, 25,8% fez rechallenge com tratamentos sistémicos previamente usados e 48,4% foi orientado para Cuidados Paliativos. No seguimento aos 6 meses, 12 meses e final do estudo, permaneciam vivos 48,4%, 16% e 3,2% dos doentes, respetivamente.

Discussão e conclusão: Nas análises de eficácia e segurança do TAS-102, os resultados obtidos foram consistentes com os estudos RECOURSE e PRECONNECT.

Verificou-se associação entre o número de órgãos metastizados e a PFS e entre o ECOG-PS e a OS. Por outro lado, não houve associação na PFS e OS de acordo com idade, local do tumor primário, status de mutação RAS, tempo entre metastização e início do TAS-102 e número de linhas de tratamento prévias.

25% dos doentes mantiveram o ECOG-PS inicial, permitindo a realização de rechallenge com tratamentos sistémicos prévios - para o qual existe um baixo nível de evidência -, o que reforça a necessidade de novas opções de tratamento adicionais após o TAS-102.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 53 COVID-19 E CANCRO FATORES PREDITORES DE MORTALIDADE - ANÁLISE DE UM CENTRO

I. Ângelo(1), J. Gonçalves(1), I. Fernandes(1), J. Gramaça(1), G. Nogueira-Costa(2), D. Machado(1), I. Pina(1), J. Peixoto(1), E. Florova(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR BARREIRO MONTIJO E.P.E.

(2) CENTRO HOSPITALAR LISBOA-NORTE

Introdução: A infeção pelo vírus Sars-CoV-2 em doentes (dts) oncológicos apresenta ainda mais perguntas do que respostas, sendo essencial a documentação dos dados relativos à gravidade da doença infecciosa, eventuais fatores de risco para pior outcome e impacto sobre a doença oncológica.

Objetivos: Propomo-nos a avaliar os outcomes relativos aos dts oncológicos internados por infeção a Sars-CoV-2.

Material e métodos: Estudo retrospectivo de centro único que incluiu dts com doença oncológica e infeção Sars-CoV-2 confirmada por PCR Sars-CoV-2. Foram incluídos dts internados no CHBM entre 1 de Novembro de 2020 e 31 de Março de 2021. Análise retrospectiva dos dados através da consulta de processos clínicos, incluindo “características neoplásicas”, comorbilidades, performance status individual, características da doença covid-19 e curso da mesma. A análise estatística foi realizada em SPSS v.23., tendo sido realizada análise multivariada para investigação dos resultados de sobrevivência e fatores de risco. Cut-off do follow-up estabelecido a 30 de Abril de 2021.

Resultados: Da análise corrente foram incluídos 84 dts, com uma mediana de idade de 75 anos [37-90], prevalecendo o género masculino com uma incidência de 64.3%.

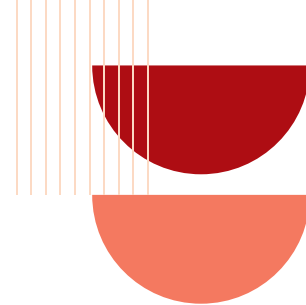
Desta amostra, verificou-se que 52.4% apresentava um ECOG PS >2 e 32.1% se encontrava em estadio IV, com 56% dts em tratamento ativo. Os tumores mais frequentes foram os gastrointestinais (26.1%), seguidos de próstata e mama (14%). sendo que os que tiveram maior taxa de mortalidade foram tumores do pulmão/pleura e pâncreas (100%).

Relativamente a comorbilidades, constatou-se que doença respiratória (englobando doença pulmonar obstrutiva crónica, asma e síndrome obesidade-hipoventilação) apresentou incidência inferior comparativamente a doenças cardiovasculares (29.7% vs 86.9%), com risco de mortalidade superior (100% vs 69%).

Da análise multivariada observou-se que os dts com doença em estadio IV e os dts que evoluíram com sobreinfeção bacteriana apresentaram maior risco de mortalidade com OS de 2 meses ($p=0,006$) e 3,5 meses ($p=0,009$), estatisticamente significativos. Os dts com idade > 80 anos apresentaram tendência para mortalidade superior mas sem significância estatística. Estimada uma sobrevida global (OS) nos doentes sem sobreinfeção de 3.5 meses vs 1.8 meses ($p=0,009$).

Na população global verificou-se uma OS aos 3 meses de 33.3 % (HR 66.6, IC de 95%).

Discussão: Na nossa população observámos um risco aumentado de mortalidade para os dts com doença oncológica em estadio IV e com sobreinfeção bacteriana. Uma das explicações plausíveis para tal, dever-se-á ao risco aumentado da gravidade da doença infecciosa em dts oncológicos, inerente ao seu estado imunodeprimido. Quando olhamos para a idade verificámos uma tendência para aumento da mortalidade em dts com mais de 80 anos, sem significado estatístico muito provavelmente porque a maioria da nossa população apresentava idade > 75 anos. No entanto, serão necessários mais estudos com maior amostra populacional para resultados com maior evidência estatística, com mais dts para resultados mais robustos.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 54 MARCADORES DE RESPOSTA TERAPÊUTICA NO CARCINOMA DA PRÓSTATA METASTÁTICO RESISTENTE À CASTRAÇÃO

Denise Magalhães(1); Diogo Silva(1); Marta Vilaça(1); Mafalda Costa(1); Helena Magalhães(1)

(1) HOSPITAL PEDRO HISPANO, ULSM

Introdução: O PSA é frequentemente utilizado na avaliação de resposta ao tratamento no carcinoma da próstata metastático resistente à castração (CPMRC). Um decréscimo do valor inicial de PSA em 30% aos 2/3 meses de tratamento com Docetaxel foi identificado como preditor de sobrevida global (SG). Do mesmo modo, esta queda do PSA foi identificada como fator para SG nos doentes tratados em 1ª linha com Abiraterona. A evidência no tratamento com Enzalutamida é escassa.

Dada a importância de uma identificação precoce do benefício clínico da terapêutica em curso no CPMRC, os autores pretendem avaliar a associação da variação do PSA como preditor de SG. Adicionalmente o valor de hemoglobina (Hb) e a fosfatase alcalina (FA) e o índice de prognóstico nutricional (PNI) foram também avaliados.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com CPMRC em primeira linha de tratamento paliativo, tratados numa unidade hospitalar entre janeiro de 2013 e agosto de 2020. A variação do PSA foi definida como uma queda >30% às 4, 8 e 12 semanas de tratamento, uma queda >50% às 12 semanas ou uma elevação $\geq 25\%$ nas primeiras 12 semanas. O valor de Hb e o PNI foram avaliados previamente ao início terapêutico, enquanto a FA foi avaliada previamente à instituição terapêutica, e às 12 semanas de tratamento. O PNI foi calculado segundo a fórmula: albumina sérica (g/L) + 0.005 x contagem total de linfócitos por microlitro. O valor de corte para a FA foi 150 U/L, para a Hb 12 g/dL e para o PNI score= 50.

Estatística: Realizada análise de sobrevida através das curvas de Kaplan-Meier e teste Log Rank. Realizada análise multivariada através da regressão de Cox.

Resultados: Foram incluídos 64 doentes com uma mediana de idades de 74 anos (57-89) ao diagnóstico de CPMRC. O valor mediano de PSA baseline era de 126,29 ng/mL. 40 doentes (63%) apresentavam doença de alto volume. Quanto à terapêutica em primeira linha 11 doentes (17,2%) realizaram Docetaxel, 26 (40,6%) Abiraterona e 27 (42,2%) Enzalutamida.

A sobrevivência livre de progressão (SLP) mediana foi de 13.70 meses (1-49 meses), enquanto a SG mediana foi de 21.53 meses (1-85 meses).

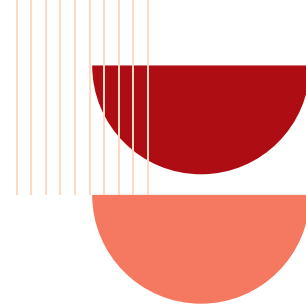
Um decréscimo do PSA >30% à 4ª semana foi associado a um aumento da SLP (8 vs 25 meses, $X^2=29.399$, $p<0.001$), mas não da SG. Esse mesmo decréscimo à 8ª e 12ª semana associou-se quer a um aumento da SLP quer da SG (31 vs 15 meses, $X^2=5.074$, $p=.024$ e 29 vs 14 meses, $X^2=4.298$, $p=.038$ - respetivamente). O mesmo se verificou na queda do PSA >50% aos 3 meses, com incremento de SLP e aumento da SG em 15 meses (21 vs 36 meses, $X^2=5.033$, $p=.025$), enquanto um aumento em $\geq 25\%$ do PSA levou a uma queda na SG em 17 meses (14 vs 31 meses, $X^2=4.816$, $p=.028$).

Um valor normal de FA às 12 foi associado a maior tempo até progressão de doença ou morte (12 vs 22 meses, $X^2=5.481$, $p=0.19$). Quanto ao valor de Hb e PNI não se verificou associação com a SLP ou SG.

Na análise multivariada, quer a variação do PSA, quer o valor de FA aos 3 meses, foram identificados como fatores independentes de prognóstico.

28 doentes (43.8%) receberam uma segunda linha terapêutica, destes 13 doentes Abiraterona, 8 doentes Enzalutamida, 6 Docetaxel e 1 Cabazitaxel.

Conclusão: Nesta população quer uma descida significativa do PSA aos 2/3 meses, quer um valor normal de FA às 12 semanas revelaram-se bons marcadores de resposta e foram associados a um incremento da SG. O desenho retrospectivo deste estudo representa uma limitação importante, com necessidade de estudos prospectivos para confirmação dos resultados.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 55 CRIAÇÃO E APLICAÇÃO DE UM MODELO DE FARMACOVIGILÂNCIA ATIVA DOS MEDICAMENTOS ONCOLÓGICOS ORAIS SUJEITOS A MONITORIZAÇÃO ADICIONAL

Sofia Pinto(1); Ana Maria Santos(1); Ana Rute Vaz(1); Marta Vilaça(1)

(1) UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE MATOSINHOS, S.A

Introdução: As reações adversas a medicamentos (RAMs) são a quinta causa de morte em ambiente hospitalar e estima-se que sejam responsáveis por cerca de 5% das admissões hospitalares, na União Europeia (UE). Em 2005, constatou-se que as RAMs eram responsáveis por cerca de 197,000 mortes por ano, na UE, o que demonstrou a necessidade de revisão do sistema de monitorização da segurança dos medicamentos. Tudo isto levou ao desenvolvimento da legislação de farmacovigilância, que entrou em vigor em 2012, e cujo principal objetivo é reduzir as RAMs. Entre as várias medidas implementadas destaca-se a introdução do conceito de monitorização adicional. A monitorização adicional tem como objetivo aumentar a notificação de reações adversas a medicamentos para os quais existem dados limitados sobre a sua segurança e que, por esse motivo, exigem uma monitorização mais atenta pelas entidades reguladoras. Uma parte substancial dos Medicamentos Sujeitos a Monitorização Adicional (MSMA) é dispensada nas farmácias hospitalares, em regime de ambulatório, sendo, por isso, relevante uma estreita vigilância dos efeitos adversos pelo farmacêutico hospitalar, restantes profissionais de saúde envolvidos, cuidadores e pelo próprio doente.

Objectivos: O objectivo principal deste estudo foi a implementação de um modelo de farmacovigilância ativa, nos Serviços Farmacêuticos, para MSMA utilizados em contexto de terapêutica antineoplásica nos Serviços de Oncologia e Hematologia da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM). Com isto pretende-se garantir uma identificação precoce dos efeitos secundários associados a estes fármacos, sensibilizar o doente/cuidador para a importância de os reportar caso surjam durante o tratamento, e aumentar a sua notificação.

Material e métodos: Durante o período de estudo, desde julho de 2019 a dezembro de 2021 foram criadas e implementadas medidas de minimização de risco nos Serviços envolvidos. Para isso, os MSMA foram identificados e catalogados, com etiqueta cor-de-laranja; Foram afixados um cartaz com a informação relativa aos conceitos de MSMA e triângulo preto e uma lista com os fármacos em estudo; criou-se uma consulta de monitorização dos efeitos secundários que decorria na farmácia de ambulatório; criou-se um cartão de monitorização dos efeitos secundários específico para cada fármaco para ser entregue aos doentes, assim como um panfleto informativo acerca dos MSMA e elaborou-se uma plataforma de monitorização, onde são registados todos os efeitos secundários e medidas tomadas, como reduções de dose ou suspensão do fármaco. Paralelamente, foi desenvolvida uma base de dados, com o objetivo complementar de poder avaliar a segurança dos fármacos, pela monitorização de efeitos laterais e avaliação do grau de toxicidade.

Todos os doentes a iniciar tratamento com fármacos sujeitos a monitorização adicional, no período de estudo, eram convidados a participar. Para isso, foi-lhes explicados os objectivos de estudo e, naqueles que aceitaram participar, após obtenção de consentimento informado, era-lhes entregue um folheto informativo acerca dos MSMA e um cartão de monitorização dos efeitos secundários, de acordo com o medicamento que ia realizar.

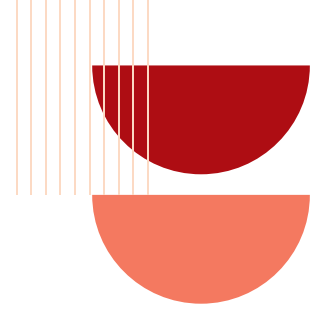
Resultados: A implementação do modelo de farmacovigilância ativa permitiu a deteção precoce de efeitos secundários, uma melhor gestão da toxicidade e uma avaliação da resposta ao tratamento, traduzindo-se também num aumento das notificações de efeitos secundários dos MSMA.

No período de estudo foram incluídos 50 doentes a realizar MSMA, distribuídos por 15 classes de fármacos.

A avaliação de segurança e eficácia dos tratamentos, assim como os dados de vida real dos doentes, serão apresentados posteriormente, no final do estudo.

Discussão: Os Serviços Farmacêuticos, ao usufruírem deste modelo de farmacovigilância ativa, conseguiram melhorar a qualidade do serviço prestado, uma vez que os doentes se sentiram mais acompanhados e com mais confiança no seu tratamento. A realização deste projeto permitiu, também, melhorar a colaboração entre vários profissionais de saúde envolvidos, proporcionando, assim, um melhor trabalho em equipa num contexto multidisciplinar.

Conclusões: Com este estudo, conseguiu-se um aumento da notificação de efeitos secundários de medicamentos para os quais existem, ainda, poucos dados, contribuindo para o aumento do conhecimento acerca da segurança dos mesmos, tal como pretendido pelas entidades competentes ao implementarem o conceito de triângulo preto. Este é um modelo que deve ser mantido e potencialmente alargado a outras classes de MSMA, uma vez que promove o uso seguro dos medicamentos e aumenta, assim, a segurança dos doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 56 RADIOTERAPIA HOLOCANIANA EM CONTEXTO PALIATIVO - 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO HOSPITALAR

Cláudia Franco de Sá(1); Marta Baptista Freitas(1); Diogo Queirós Inácio(1); João Casalta Lopes(1); Maria Gabriela Pinto(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: As metástases cerebrais (MC) são o tumor intracraniano mais comum nos adultos (>50% dos casos). Os tumores primários mais frequentemente responsáveis pelas MC são os câncros do pulmão, da mama, rim, colorretal e melanoma.

Atualmente, existem várias opções terapêuticas no tratamento das MC: cirurgia, radioterapia estereotáxica, radioterapia holocraniana (RTHC), quimioterapia, hormonoterapia ou terapêuticas alvo.

Objetivos: Avaliar sobrevivência mediana (SMRT), comparação ECOG Performance Status (PS) antes (ART) e após (PRT) a RTHC, fracionamento e toxicidade da RTHC.

Material e métodos

Estudo retrospectivo de doentes com MC que realizaram RTHC na nossa instituição de janeiro/2017 a dezembro/2021. Foram avaliados: tipo de neoplasia primária, ECOG-PS antes e após a RTHC, toxicidades, fracionamento, sobrevivência mediana após RTHC. A análise estatística foi realizada com recurso ao IBM® SPSS® Statistics® V27.

Resultados: Dos 204 doentes submetidos a RTHC foram excluídos: 17 casos por RTHC em contexto adjuvante e 17 por informação clínica incompleta.

Foram incluídos no estudo 170 doentes: 134 (79%) com cancro do pulmão (CP) (82.8% com CPNPC e 17.2% com CPPC) e 36 (21%) com outro tipo de neoplasia primária (OT) (39% cancro da mama, 22.2% cancro urológico, 14% cancro colorretal, 11% neoplasia primária oculta).

No grupo CP: 71% são homens e 29% mulheres; no grupo OT: 31% são homens e 69% mulheres ($p < 0.01$). A idade mediana para ambos os grupos foi de 63 anos (CP: 39-84; OT: 33-80).

Quanto ao ECOG-PS, a maioria dos doentes apresentavam ECOG-PS ART 0-1 (64.9% dos CP e 66.7% dos OT; $p = 0.85$). O ECOG-PS não teve diferença estatisticamente significativa entre os grupos - ECOG-PS ART ($p = 0.85$) e ECOG PRT ($p = 0.61$); nem se alterou de forma significativa após o tratamento, quer no grupo CP ($p = 0.3$) como no OT ($p = 0.9$). Apenas 15.3% dos doentes melhoraram o ECOG-PS ART após a RTHC (12.7% no CP e 25% no OT; $p = 0.15$). Dois doentes faleceram durante o tratamento: 1 no grupo CP e outro no grupo OT, ambos com ECOG-PS ART de 3.

A toxicidade aguda ocorreu em 21% dos doentes (21.1% dos CP, 22.2% dos OT; $p = 0.78$), sendo o evento mais frequente a alopecia (11.8%). Sem registo de toxicidades grau 2-3, nem toxicidades tardias significativas.

Relativamente ao fracionamento: 65% dos CP e 52.8% dos OT realizaram 20Gy/5 frações (Fr); 32% dos CP e 19.4% dos OT realizaram 30Gy/10Fr; 3% dos CP e 27.8% dos OT realizaram RTHC com outros fracionamentos ($p = 0.98$ - 20Gy/5Fr vs 30Gy/10Fr).

A SMRT foi \leq a 30 dias em 20.7% dos doentes: 18.7% no CP e 28.6% no OT ($p = 0.20$). Aos 12 meses, 18% dos doentes CP estavam vivos versus 28% no grupo OT ($p = 0.95$). A SMRT foi de 3 meses (2.4-3.6) no CP e 2 meses (0.01-4.0) no OT. Os doentes com ECOG-PS ART 0-1 tiveram maior SMRT, face aos doentes com ECOG-PS ART 2-3 ($p < 0.01$).

Os doentes que realizaram o esquema 20Gy/5Fr apresentaram uma SMRT de 2 meses (1.3-2.7) e os que realizaram 30Gy/10Fr tiveram uma SMRT de 4 meses (1.8-6.2) - $p = 0.11$. Na análise univariada, no grupo OT os doentes que realizaram 30Gy/10Fr apresentaram uma SMRT de 12 meses (1.7-22.3) e os que realizaram 20Gy/5Fr tiveram uma SMRT de 1 mês (0.1-1.9) - $p = 0.04$.

A recidiva das MC ocorreram em 3 doentes (2.1%; 2 no grupo CP e 1 no grupo OT), tendo os 3 realizado re-irradiação.

Discussão: O género masculino predomina no grupo CP, patologia mais prevalente nos homens, e no grupo OT predomina o género feminino, devido ao facto de um número significativo destes doentes terem cancro da mama ou ginecológico.

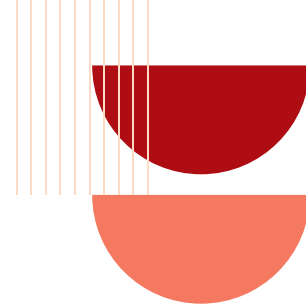
O ECOG-PS foi a variável que mostrou afetar de forma estatisticamente significativa a SMRT, sendo que, nesta amostra, doentes com ECOG-PS ART mais baixo apresentaram maior SMRT, tal como expectável.

Neste estudo, cerca de 20% dos doentes apresentaram uma SMRT \leq 30 dias (sem diferença significativa entre os grupos). Apesar da RTHC ter sido um tratamento bem tolerado (sem registo de toxicidades G2-3), este resultado de sobrevivência, aliado ao facto de não se ter verificado alteração estatisticamente significativa do ECOG-PS com o tratamento, em ambos os grupos, leva à discussão das indicações para RTHC. Contudo, são necessários mais estudos para perceber que doentes beneficiam mais da RTHC.

O fracionamento utilizado na RTHC não afetou significativamente a SMRT, contudo na análise univariada o grupo OT que realizou o esquema 30Gy/10Fr apresentou SMRT superior. Esta diferença poderá refletir um viés de seleção, com os doentes com melhor ECOG-PS e potencial sobrevivência a serem selecionados para um esquema mais fracionado.

Conclusões: A RTHC foi um tratamento bem tolerado. Cerca de 20% dos doentes apresentaram uma SMRT \leq 30 dias os quais, provavelmente, não beneficiaram deste tratamento.

O ECOG-PS foi a variável avaliada que afetou de forma significativa a SMRT, sendo que os doentes com ECOG-PS PRT de 0-1 apresentaram SMRT superior aos doentes com ECOG-PS PRT 2-3.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 59 CORIOCARCINOMA, UM SUBTIPO HISTOLÓGICO COM MAU PROGNÓSTICO: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

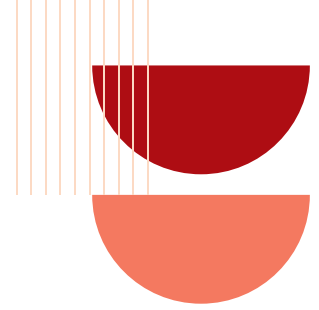
Carina Teixeira(1); Marina Gonçalves(1); Sara Meireles(1); Rui Almeida Pinto(1); Isabel Augusto(1); Miguel Barbosa(1); Maria Lurdes Vendeira(1); Pedro Fernandes(1); Pedro Pereira(1); Maria João Marques Ribeiro(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: A neoplasia do testículo, apesar de rara, é o cancro sólido mais frequente nos jovens. A grande maioria destas neoplasias corresponde a tumores de células germinativas sendo o coriocarcinoma o subtipo mais raro e agressivo. Neste caso clínico os autores apresentam um caso bem sucedido de um doente com coriocarcinoma em estadio avançado.

Caso clínico: Homem de 35 anos, ECOG PS 0, sem antecedentes de relevo, recorre ao serviço de urgência por quadro de astenia e dor abdominal com um mês de evolução associado a noção de aumento do volume do testículo esquerdo. Do estudo realizado a salientar nódulo testicular hipoeecogenico de 9 mm em ecografia testicular e múltiplas lesões pulmonares e hepáticas sugestivas de metástases associadas a massa retroperitoneal de grande volume em TC- toracoabdominopélvico. Analiticamente demonstrava elevação de B-HCG (1384796.9 mUI/mL) e LDH (2314 U/L). O doente foi internado no serviço de urologia e realizou biopsia hepática que confirmou o diagnóstico de neoplasia germinativa não seminomatosa subtipo coriocarcinoma. Após discussão em reunião multidisciplinar iniciou quimioterapia (QT) segundo esquema BEP (bleomicina, etoposídeo e cisplatino). Após 4 ciclos de QT apresentava evidência de resposta imagiológica parcial com diminuição das lesões pulmonares, hepáticas e ganglionares e resposta cerebral com alterações compatíveis com síndrome coriocarcinoma cerebral em ressonância magnética (RM-CE). Mantinha, no entanto, alteração dos marcadores tumorais apesar da descida sustentada dos mesmos (alfa-fetoproteína, LHD e B-HCG), pelo que foi proposto para QT de 2ª linha com TIP (paclitaxel, ifosfamida e cisplatino). Antes de reiniciar QT foi submetido a orquidectomia cujo resultado anatomopatológico revelou alterações compatíveis com regressão tumoral completa. Para tratamento das lesões cerebrais realizou radioterapia holocraneana. Após 6 ciclos de TIP mantinha regressão das dimensões das lesões secundárias e normalização os marcadores tumorais tendo sido então submetido a linfadenectomia retroperitoneal e posteriormente a exérese das lesões pulmonares. Ambos os resultados histológicos mostraram ausência de neoplasia. No que respeita às lesões hepáticas estas regrediram até ausência de tradução imagiológica e atualmente o doente encontra-se sem evidência de doença em vigilância em consulta de oncologia médica.

Conclusão: O coriocarcinoma corresponde a aproximadamente a 1% de todos os tumores testiculares. Esta neoplasia distingue-se pela produção elevada de B-HCG e capacidade de invasão vascular com conseqüente metastização via hematogénea. Esta via de disseminação confere a esta neoplasia um pior prognóstico também este associado à sua fraca resposta aos tratamentos anti-neoplásicos. Os locais de metastização mais frequentemente descritos são os pulmões e o cérebro podendo, no entanto, surgir lesões secundárias em qualquer outro órgão. Por se tratar de um tumor muito vascularizado por vezes a sua apresentação inicial é hemorragia das lesões metastáticas designado como síndrome coriocarcinoma. Todas estas características tornam o diagnóstico e tratamento desta neoplasia muito desafiante. No caso apresentado a múltipla metastização ao diagnóstico - pulmonar, hepática, retroperitoneal e cerebral - e elevação muito marcada dos marcadores tumorais, nomeadamente B-HCG, conferia um mau prognóstico pelo foi imperioso o início imediato de quimioterapia.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 60 TUMORES NEUROENDÓCRINOS, UMA NEOPLASIA RARA EM ASCENSÃO – RELATO DE CASOS

Marina Coelho(1); Rita Fideles(1); Teresa Vilaça(1); Inês Antunes(1); Carla Henriques(1); Ana Costa(1); Ivone Barracha(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

Introdução: A incidência dos tumores neuroendócrinos (TNE) gastroenteropancreáticos tem vindo a aumentar nos últimos anos, embora continuem a ser neoplasias raras. O diagnóstico precoce é essencial para o tratamento e melhoria do prognóstico, mas exige um elevado nível de suspeição dado o amplo espectro da apresentação clínica. Relatamos 3 casos clínicos de TNE diagnosticados na nossa instituição no período de 2 anos, que ilustram a complexidade do diagnóstico, e que pode levar 5 a 8 anos após o início dos sintomas.

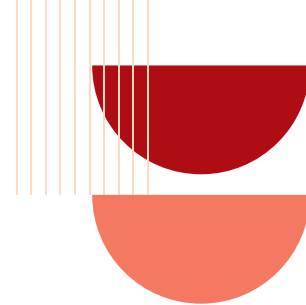
Relato de caso: O primeiro caso relata uma mulher de 53 anos, com antecedentes de neurofibromatose tipo 1, admitida no serviço de urgência (SU) por alteração do estado de consciência (AEC), associado a quadro de dor abdominal intensa, vômitos e perda ponderal com 1 semana de evolução, que motivou a admissão em SU 4 dias antes, feito o diagnóstico de pancolite em Tomografia computadorizada (TC) abdominopélvica (AP). Analiticamente documentou-se alcalemia metabólica grave, lesão renal aguda KDIGO III e anemia microcítica e hipocrômica. Realizou ecografia abdominal (EcoA), que documentou apenas nódulo na supra-renal direita. Endoscopia digestiva alta (EDA) com a identificação de formação polipoide na zona da papila de Vater, sugestiva de ampuloma, corroborado por colangiopancreatografia por ressonância magnética (CPRM) e confirmado por colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE). Realizou ampulectomia e colocação de prótese pancreática, com resultado anatomopatológico de TNE moderadamente diferenciado grau 2, com Ki67 2-3%, cromogramina, sinaptofisina, CK8/K8 e CAM5 positivos com extensão à camada muscular própria. Analiticamente documentou-se ainda aumento da cromogramina A (179.6ng/ml).

O segundo caso refere-se a um homem de 87 anos, com história de internamento recente por pancreatite aguda de etiologia não esclarecida e ida prévia ao SU por síncope. Admitido no SU no contexto de AEC com perda de conhecimento, associado a quadro de dor abdominal, náuseas e febre. Analiticamente apresentava um padrão de citocolestase hepática e hiperamilasemia. Realizou TC AP com documentação de microabscessos hepáticos enquadrados no contexto de bacteriemia a *Enterococcus faecium*, tendo realizado antibioterapia dirigida com melhoria clínica e analítica parcial. Por apresentar flutuação do padrão de citocolestase hepática, com períodos de agravamento com hiperbilirrubinemia essencialmente à custa da direta, realizou EcoA e CPRM, com documentação de dilatação das vias biliares alitiasica. CPRE e ecoendoscopia alta com alterações compatíveis com adenocarcinoma da papila de Vater, corroborado pelo resultado anatomopatológico da biópsia, carcinoma neuroendócrino de pequenas células, extensamente infiltrativo, CD56 e TTF1 positivo. A cromogramina A sérica estava elevada (346,3ng/mL) e documentou-se ainda imagens sugestivas na TC de tórax de disseminação metastática em ambos os pulmões.

O terceiro caso é o de um homem de 36 anos, sem antecedentes de relevo, admitido após AEC associado a hipoglicemia grave (glicemia capilar 26mg/dL). Nos últimos 2 meses referia múltiplos episódios sugestivos de hipoglicemia (confusão, tonturas, astenia e “perda de controlo dos membros”), com melhoria após a ingestão de alimentos, a triade de Whipple clássica. Analiticamente HbA1c 4.8%, aumento ligeiro da ACTH e evidente do IGF-1. Prova de jejum prolongado com atingimento de glicemia capilar de 41mg/dL pelo que iniciou terapêutica com diazóxido. Realizou TC AP com documentação de lesão exofítica na transição do corpo para a cauda pancreática, com realce arterial, sugestiva de lesão hipervascular, confirmado por elastografia. A biópsia revelou um TNE bem diferenciado grau 1, com Ki-67 3%, sinaptofisina positivo e cromogramina negativo. Realizou ainda tomografia emissão de positrões (PET) 68Gallium-DOTA-TOC sem documentação de lesões com hiperexpressão de recetores da somatostatina. Foi submetido a pancreatectomia distal e esplenectomia, suspendeu diazóxido, sem recorrência da hipoglicemia.

Discussão: Os TNE na sua maioria manifestam-se de forma inespecífica, e de facto, apesar dos nos 3 casos clínicos a admissão no SU ter sido no contexto de AEC, este é um sinal inespecífico e com múltiplos diagnósticos diferenciais possíveis. O aumento do conhecimento do comportamento biológico destas neoplasias, permite combinar todos os sintomas, embora na sua maioria sejam inicialmente vagos, podem sugerir o diagnóstico perante um elevado grau de suspeição. Existem múltiplos biomarcadores dos TNE, na sua maioria pouco específicos. A elevação sérica do valor de cromogramina A aumenta a probabilidade de TNE. O processo de diagnóstico foi moroso e implicou a realização de múltiplos exames complementares de diagnóstico, principalmente nos 2 casos de ampulomas em que o grau de suspeição era menor numa fase inicial.

Conclusão: Pela sua heterogeneidade a nível de localização e diversidade na forma de apresentação, o diagnóstico clínico dos TNE do tubo digestivo é complexo. É importante estabelecer requisitos mínimos para um diagnóstico clínico para uma abordagem uniforme e sistematizada destes tumores, permitindo um diagnóstico precoce e um tratamento atempado mais eficaz.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 61 METÁTESES OU NOVO TUMOR? DISCUSSÃO A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Sofia Toureiro Paiva(1), Ana Paula Vieira(1), Fernando Aveiro(1), Mariana Fernandes(1)

(1) HOSPITAL DR. NÉLIO MENDONÇA - FUNCHAL

Introdução: O cancro do pulmão representa uma das principais causas de morte em todo o mundo, especialmente nos estadios avançados de doença. A presença de múltiplos tumores primários do pulmão é rara e constitui um diagnóstico diferencial difícil da doença metastática.

OBJECTIVO: Relato de caso de doente com adenocarcinoma do pulmão sob terapêutica alvo.

Material e métodos: Consulta de processo clínico e relato de caso.

Resultados: Relatamos o caso de uma mulher de 62 anos, não fumadora, submetida em 2014 a lobectomia superior esquerda com linfadenectomia. O diagnóstico histológico revelou um adenocarcinoma misto, moderadamente diferenciado, com áreas de padrão acinar, papilar e brônquio-alveolar mucinoso; Estadio tumoral IIB: pT3 N0 R0 LVO G2. O Estudo molecular translocação ALK positivo, EGFR exão 19 e 21 wild type; Sem expressão PDL1. Realizou quimioterapia adjuvante, com cisplatino e vinorelbina, tendo entrado em vigilância.

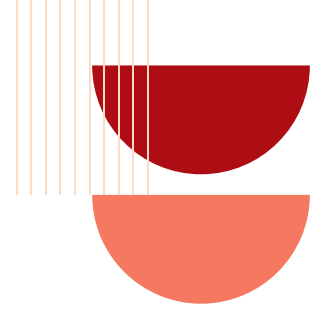
Recidiva sistémica em 2017, com aparecimento de micronódulos pulmonares bilaterais, o de maiores dimensões no segmento externo do lobo médio, com 9 mm. Tentativa de biópsia transtorácica do nódulo sem sucesso. Iniciou crizotinib com resposta imagiológica parcial e boa tolerância clínica e analítica.

Em 2019, devido a progressão imagiológica da doença, iniciou 2ª linha com inibidor da tirosinacina de 2ª geração - Alectinib.

Doença estável até 2020, altura em que se verifica o crescimento de um nódulo pulmonar no lobo médio direito de contornos irregulares periféricos, agora com 19x16mm. Doente proposta para radioterapia estereotáxica corporal, que acaba por não realizar por risco de fratura óssea.

Submetida a excisão desta lesão em 2021, com diagnóstico de um segundo carcinoma primário do pulmão: Adenocarcinoma de padrão predominantemente lipídico não mucinoso com 19 mm de maior eixo, com invasão da neoplasia até à superfície da pleura visceral, sem invasão linfovascular nem perineural. Margem cirúrgica sem neoplasia. Estadio IB: pT2a pN0 R0 LVO G1 PL2. O estudo molecular foi negativo para ALK, ROS1, RET, NTRK, EGFR e BRA. A doente mantém-se sob alectinib, com resposta imagiológica completa até 2022.

Discussão e conclusão: A rebiópsia deve ser considerada em situações de progressão, recidiva e presença de lesões com comportamento diferente do esperado. Em doentes sob terapêutica alvo com progressão de doença põe-se a hipótese de para além de segundo tumor se poder tratar de um clone com resistências adquiridas. Este caso demonstra como a biópsia de novas lesões, pode conduzir a alternativas terapêuticas, alterar o prognóstico e sobrevida global dos doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 63 SÓ UM EMPIEMA DESTRUIDOR... À PRIMEIRA VISTA.

Maria Inês Bertão(1); Ivo Barreiro(1); Margarida Gaudêncio(1); André Carvalho(1); Sara Helena Fontainhas(1); Maria do Rosário Santos Silva(1); Abílio Gonçalves(1); Fátima Guedes(1)

(1) HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, E.P.E.

Introdução: Derrames parapneumónicos e empiema são complicações frequentes de pneumonias, sendo o *Staphylococcus aureus* o agente etiológico mais comum. Um líquido pleural com características bioquímicas sugestivas de exsudato e com doseamento reduzido de glicose é altamente sugestivo de empiema. Contudo, as neoplasias também podem apresentar-se com estas alterações.

Caso clínico: Homem, 79 anos, com antecedentes de hábitos tabágicos e neoplasia do colon submetido a hemicolectomia direita e sigmoidectomia há 16 anos e duas recidivas durante este período. Hábitos tabágicos no passado.

Recorreu ao Serviço de Urgência por dor torácica direita, astenia, anorexia e perda ponderal. Sem febre, sudorese noturna, tosse ou perdas hemáticas visíveis. Ao exame objetivo apresentava-se caquético, auscultação pulmonar com murmúrio vesicular diminuído nos 2/3 inferiores do hemitorax direito e edema bilateral dos membros inferiores. Radiografia torácica com opacidade no hemitorax direito e ecografia abdominal sem alterações.

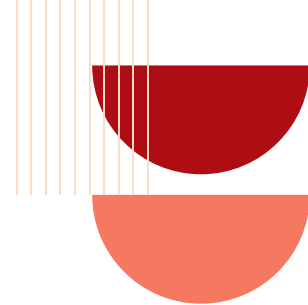
Realizou Tomografia Computorizada torácica (TC-Torax) que foi sugestiva de empiema com destruição da 5ª à 9ª costelas, atingindo posteriormente o tecido celular subcutâneo na região dorsal direita, derrame pleural direito moderado, sem adenopatias ou nódulos visíveis. Foi efetuada biópsia guiada por TC com aspetos citológicos sugestivos de processo inflamatório agudo, sem isolamento de microrganismos no exame bacteriológico (EB).

Submetido a toracocentese evacuadora (critérios de exsudado) e biópsias pleurais compatíveis com pleurite crónica ligeira, sem neoplasia nos fragmentos estudados. EB da biópsia pleural com isolamento de *S.aureus* (SAMS).

Sem resposta a antibioterapia de largo espetro, apresentou agravamento progressivo ao longo de 1 mês. Realizou nova TC-tórax que revelou um abundante hidropneumotorax direito multiloculado, com aumento da lesão nodular e atelectasia parcial do pulmão direito, bem como lise da maioria das costelas envolvidas e nódulos suspeitos de secundarização.

Foi efetuada core biopsy da formação tumoral do hemitorax direito na região posterior. O estudo de anatomia patológica foi consistente com lesão metastática ou infiltração por continuidade de neoplasia primitiva pulmonar, um carcinoma de não pequenas-células (CNPC), excluindo a hipótese de metastização de neoplasia colo-rectal e mesotelioma.

Conclusões e discussão: A TC pode ajudar a distinguir o líquido das massas sólidas, no entanto uma biópsia pleural pode ser necessária para excluir a causa neoplásica. No caso apresentado, apenas foi possível chegar ao diagnóstico através da core biopsy.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 64 ARCOTERAPIA VOLUMÉTRICA MODULADA NO TRATAMENTO DO LINFOMA MALT DA CONJUNTIVA OCULAR

Guy Morais(1); Jorge Santos(1); Joana Martins Pisco(1); Maria Filomena de Pina(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO LISBOA NORTE, E.P.E.

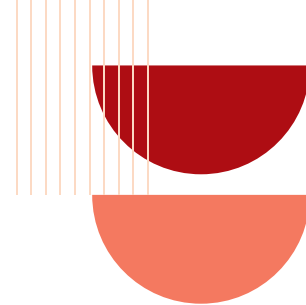
Introdução: Os linfomas da conjuntiva ocular são entidades clinicamente raras, localizadas ao nível do fórnix conjuntival e/ou conjuntiva bulbar. A radioterapia externa eletrónica (EBRT), de intuito definitivo, é o tratamento standard para linfomas da conjuntiva isolados (estádio Ann Arbor IE) de baixo grau (Linfoma MALT e Folicular).

Objetivos: Reportar um caso de linfoma MALT da conjuntiva ocular esquerda - estágio IE, submetido a radioterapia (RT) de intuito curativo utilizando a técnica de arcoterapia volumétrica modulada (VMAT), com respetivo enquadramento gráfico e planimétrico, seguido da respetiva avaliação de resposta e toxicidade aguda.

Material e métodos: Doente do sexo feminino de 64 anos, com diagnóstico de linfoma MALT da conjuntiva ocular esquerda (massa subepitelial de aspeto rosado "salmon patch") - estágio IE de Ann Arbor, com queixas de alterações visuais e edema palpebral. Realizou tratamento de radioterapia externa de intuito curativo, recorrendo a técnica de VMAT, na dose total de 24 Gy em 15 frações de 1,6 Gy. Avaliação dosimétrica: D95% no PTV avaliado = 24.1 Gy; D98% = 23,9 Gy; Dmax = 112,5 Gy; Dmax (cristalino esquerdo) =101,8%.

Resultados: A doente apresentou boa tolerância ao tratamento. Toxicidade aguda: eritema conjuntival e peri-orbitário e alopecia supraciliar esquerda transitória. Aos 4 meses de seguimento, a doente apresentava resposta completa ao tratamento.

Discussão/Conclusão: A radioterapia externa eletrónica é a opção de tratamento standard nos casos de linfoma da conjuntiva orbitária localizados (estádio IE), contudo segundo a bibliografia, esta apresenta toxicidade adversa a curto e a longo prazo, apesar de resposta terapêutica favorável. Num estudo que comparou a RT convencional eletrónica a IMRT concluiu-se que os efeitos adversos agudos eram menos frequentes. A principal preocupação com a utilização desta técnica prende-se com o risco de subdosagem na região de build-up. Apesar deste risco, e de a cobertura ser inequivocamente inferior nesta região, quando comparada com a radioterapia eletrónica, é, ainda assim, possível obter planos em que a cobertura, e sobretudo o outcome clínico, não sejam comprometidos. São, no entanto, necessários mais estudos para suportar o benefício clínico a longo prazo do tratamento dos linfomas da órbita utilizando a técnica de IMRT.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 65 TRÁIDOS POR UM OVÁRIO INVISÍVEL.

Maria Inês Bertão(1); Margarida Gaudêncio(1); Ivo Barreiro(1); André Carvalho(1); Bárbara Baptista(1); Maria do Rosário Santos Silva(1); Fátima Guedes(1); Abílio Gonçalves(1)

(1) HOSPITAL DISTRITAL DA FIGUEIRA DA FOZ, E.P.E.

Introdução: As neoplasias do ovário, trompa e peritoneu integram o mesmo sistema de classificação pelas semelhanças que apresentam na sua patogénese, clínica e terapêutica, sendo dos cancros mais letais na mulher. O diagnóstico destas neoplasias constitui um desafio, estimando-se que 75% das doentes se apresentem em estádios avançados. Com este caso clínico, os autores realçam a dificuldade diagnóstica deste tipo de neoplasia ginecológica, sem programa de rastreio estabelecido.

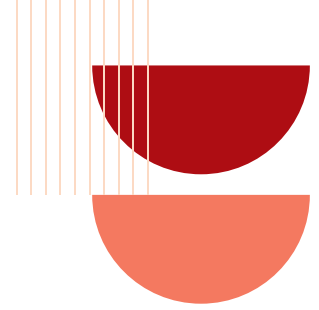
Caso clínico: Mulher, 68 anos, sem comorbilidades. Recorreu ao Serviço de urgência por dor abdominal e febre de 38º C. Ao exame objetivo destacava-se um abdómen distendido, doloroso à palpação do epigastro. Analiticamente, com elevação da PCR de 123 g/dL e rastreio sético negativo. Realizou ecografia abdominal que demonstrou derrame peritoneal peri-hepático, peri-esplénico e inter-ansas na escavação pélvica.

Foi realizada paracentese eco-guiada que revelou líquido ascítico com critérios de exsudato, com predomínio de mononucleares, exame citológico com células mesoteliais reacionais e grupos de células pleomórficas, com núcleos grandes e hipercromáticos, por vezes excêntricos. Colocando-se a hipótese de ascite paraneoplásica, foi realizada uma ecografia ginecológica que mostrou um endométrio atrofico, ovários não visualizados, sem imagens sugestivas de processo expansivo pélvico. Doseamento sérico de Ca 125 de 665 U/mL e CEA 0.6. Foi realizada Tomografia Computorizada abdominal e pélvica (AP) que confirmou a ascite, sem sugestão de neoplasia. A RMN-AP mostrou sinais de metastização peritoneal, sem adenopatias lombo-aórticas ou pélvicas. Realizou estudo endoscópico digestivo sem alterações.

Foi submetida a laparoscopia exploradora que mostrou um volumoso derrame peritoneal com carcinomatose peritoneal difusa e ovários atroficos. Todos os fragmentos de peritoneu biopsados mostraram infiltração neoplásica de adenocarcinoma com características morfológicas e imuno-histoquímicas enquadráveis em carcinoma seroso de alto grau de primitivo ginecológico ou peritoneal.

Após o estudo realizado, a doente foi referenciada a um centro de ginecologia oncológica, tendo sido decidido iniciar quimioterapia neoadjuvante, para posterior referência para centro de doença peritoneal.

Conclusão: O caso clínico apresentado evidencia o desafio diagnóstico destas neoplasias. A doente apresentava-se com uma ascite, sem evidência imagiológica de neoplasia ginecológica, inclusivamente com ovários descritos como atroficos ou ausentes. Assim, apenas através de biópsias por laparoscopia exploradora é que foi possível obter um diagnóstico e orientar corretamente a doente.

**ABSTRACT BOOK | POSTERS****PO 67 RADIOTERAPIA PÓS-OPERATÓRIA NO CPNPC COM MARGENS POSITIVAS: A IMPORTÂNCIA DA MARGEM ENVOLVIDA E DO ESTADIO GANGLIONAR NO PROGNÓSTICO**

André Miranda Pires(1); Carolina Ferreira(1); Flávia Fernandes(1); João Lima(1); Tiago Figueiredo(1); Sofia Conde(1); Susana Costa(1); Susana Sarandão(1); Joana Cardia(1)

(1) INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA PORTO

Introdução: A ressecção cirúrgica é o tratamento standard em doentes com Cancro do Pulmão de Não Pequenas Células (CPNPC) estadio I-III operáveis. O objetivo é a exérese completa (ressecção R0), contudo, em 1% a 17% persiste tumor residual microscópico (R1) ou macroscópico (R2) nas margens cirúrgicas. Uma ressecção incompleta pode comprometer significativamente o controlo loco-regional, bem como a sobrevida global (SG).

Os dados relativos à orientação de doentes com margens positivas são escassos e baseados em opiniões de especialistas ou em estudos retrospectivos, alguns antigos e com resultados contraditórios. Estudos históricos mostram que a PORT se associa a uma melhoria da SG, não confirmada em outras séries, que pode ser devido à utilização de técnicas de radioterapia (RT) desatualizadas ou à seleção inadequada dos doentes. As diretrizes da National Comprehensive Cancer Network recomendam preferencialmente a re-ressecção ou, alternativamente, a PORT, com ou sem quimioterapia (QT).

Objetivos: Descrever a experiência de um serviço de RT na PORT em doentes com CPNPC com margens positivas, a sua prevalência, e avaliar a possível relação de fatores clínico-patológicos na sobrevida livre de progressão (SLP) e SG. **Material e Métodos**

Estudo de coorte retrospectivo de doentes com CPNPC tratados num serviço de RT externa entre 01/2013 e 12/2020. Foram incluídos doentes submetidos a ressecção tumoral, estadio I-III (AJCC 8ª ed) com margens positivas (R1 ou R2). QT (neo)adjuvante foi permitida. As SLP e a SG foram avaliadas através de modelos de regressão de Cox univariados. Os dados foram analisados utilizando o software IBM® SPSS® v26.

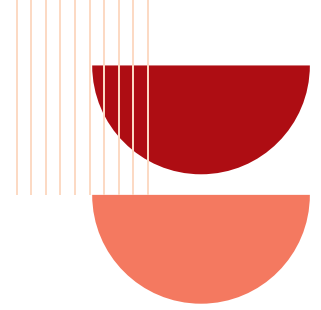
Resultados: Um total de 166 doentes com CPNPC estadio pI-III realizaram RT pós-operatória no nosso serviço entre 2013 e 2020, dos quais 27 (16,3%) apresentavam margens positivas, os quais foram analisados. Apresentavam uma idade mediana de 67 (51-81) anos, eram maioritariamente do sexo masculino (74,1%), com antecedentes tabágicos (66,7%) e com histologia de adenocarcinoma (51,9%). 55,6% e 11,1% receberam QT adjuvante e neoadjuvante, respetivamente, sendo o duplete de Platina com Vinorelbina o esquema mais utilizado (66,6%). A maioria foi submetido a uni ou bi-lobectomia (66,6%). Apesar de 74,0% ter sido estadiado como cT1/2, apenas 55,5% manteve o mesmo estadio patológico (y)pT1/2. Algo idêntico se verificou no estadiamento ganglionar, com 18,5% a ser classificado como (y)pN2 (versus 7,4%, inicialmente cN2). 96,3% dos doentes apresentavam tumor residual microscópico (R1), e apenas 1 (3,7%) apresentava doença residual macroscópica (R2). As margens mais frequentemente envolvidas foram a margem parenquimatosa, seguida da brônquica, da pleural/parede torácica e da vascular (40,7%, 33,3%, 22,2% e 3,7%, respetivamente). O fracionamento de RT mais utilizado foi 60Gy em 30 frações (48,3%), a maioria com técnica 3DCRT ou VMAT (40,7% em ambos).

Ocorreram 12 eventos primários: 2 (16,6%) recidivas locais, 4 (33,3%) recidivas pulmonares não locais, 5 (41,7%) metastizações noutras localizações, e 1 (8,3%) morte.

A análise da SLP e SG foi realizada com uma mediana de follow-up de 19,6 e 27,7 meses, respetivamente. Verificou-se uma SLP aos 3 e 5 anos de 66,4% e 56,9%, respetivamente, e uma SG aos 3 e 5 anos de 75,3%. A SLP mediana não foi atingida, e a SG mediana foi de 67,6 meses. Na análise univariada, doentes estadio y(p)N2 (HR=6,599; 95% IC: 1,768 - 24,627) e doentes com a margem brônquica envolvida (HR=5,518; 95% IC: 1,358 - 22,420) apresentaram SLP significativamente menores comparativamente a doentes y(p)N0-1 e com margem extra-brônquica envolvidas, respetivamente. Das variáveis clínico-demográficas analisadas, nenhuma mostrou ter um impacto na SG. Todavia, a não realização de QT adjuvante e a presença de doença residual na margem brônquica mostrou uma tendência na diminuição da SG (p=0,065 e p=0,057, respetivamente). Atendendo ao número limitado (n=2) de progressões locais, não foi possível realizar qualquer análise estatística subsequente.

Discussão: Dos 27 doentes analisados com margens positivas, apenas 2 (7,4%) experienciaram recidiva local. A metastização não local (pulmonar ou à distância) foi o tipo de progressão predominante, com uma frequência mais de 4x superior, e verificou-se em 33,3% dos doentes. As diferenças na SLP entre doentes com margem brônquica (MB) vs. extra-brônquica (MEB) positiva foi significativa, concordante com a conclusão de outros estudos. Este efeito poderá ser explicado porque, enquanto o envolvimento da MEB decorre do crescimento tumoral contínuo, o envolvimento MB resulta da infiltração peri-brônquica que, por sua vez, está associada a metastização ganglionar mediastínica (N2), o que piora adicionalmente o prognóstico. De facto, verificamos que a proporção de envolvimento pN2 nos doentes com MB envolvida é significativamente superior à dos doentes com MEB positiva (44,4% vs. 5,9%, respetivamente; OR=12,800, p=0,034). Também o envolvimento ganglionar N2 vs. N0/1 se associou a pior SLP. O número limitado de doentes analisados poderá explicar a ausência de fatores de prognóstico na SG.

Conclusão: A presença de margem brônquica positiva e o envolvimento ganglionar N2 associam-se a menores taxas de SLP. O conhecimento destes fatores de prognóstico poderá melhorar a orientação destes doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 68 Um caso de pancitopénia fulminante após vacina contra SARS-CoV2: casualidade ou causalidade?

Rita Fideles(1); Marina Coelho(1); Carla Henriques(1); Ana Costa(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR DO OESTE

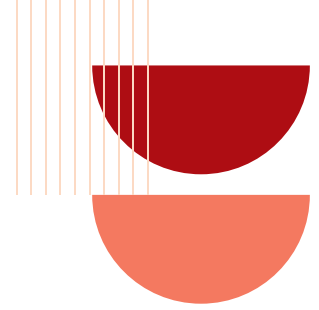
A Leucemia Mielóide Aguda (LMA) é um grupo de neoplasias de células precursoras da linhagem mielóide caracterizada por proliferação clonal de precursores mielóides com capacidade de diferenciação reduzida. É uma doença geneticamente muito diversa e com prognóstico e evolução muito variáveis o que representa grande dificuldade no tratamento e gestão desta patologia. Além disso é a leucemia aguda mais comum em adultos, representando cerca de 80% dos casos nesta faixa etária, com maior incidência em indivíduos do sexo masculino.

Apresentamos o caso de uma mulher de 62 anos, sem antecedentes pessoais e sem história epidemiológica de relevo que em julho de 2021 inicia quadro clínico caracterizado por astenia, mialgias, anorexia, perda ponderal de cerca de 10% do peso total em 1 mês e hipersudorese noturna, motivo pelo qual recorre ao Serviço de Urgência (SU) no final de agosto do mesmo ano. Trazia hemograma de março de 2021, sem alterações e referia ter recebido a vacina contra SARS-CoV2 cerca de 3 semanas antes do início dos sintomas. Objetivamente a doente apresentava palidez cutânea, sem outras alterações ao exame objetivo. Analiticamente apresentava pancitopénia com anemia (hemoglobina 5,1 g/dL), leucopénia ligeira ($3,4 \times 10^3/uL$) sem alterações da fórmula ou neutropénia absoluta, e trombocitopénia ($15 \times 10^3/uL$), tendo ficado internada para estudo etiológico.

Durante o internamento realizou, entre outros exames complementares, punção medular com colheita de sangue medular e biópsia óssea que mostrava alterações compatíveis com leucemia aguda com perfil microscópico, citoquímico e imunofenótipo sugestivos de infiltração por cerca de 40% de células imaturas da linhagem mielóide. Do ponto de vista citogenético apresentava apenas mutação FLT3/ITD, com NMP1 wild-type.

A doente foi transferida para um Serviço de Hematologia no início de setembro de 2021 onde iniciou quimioterapia à qual não apresentou resposta após 2 ciclos de esquema de indução. Nesse internamento apresentou inúmeras complicações derivadas da aplasia medular, como febre neutropénica com necessidade de vários ciclos de antibioterapia de largo espectro e hemorragia gastrointestinal e retiniana. Em Dezembro de 2021 é novamente internada por dor óssea grave, com leucocitose marcada e sinais de progressão da doença de base. Apresentou novamente complicações da aplasia medular, nomeadamente hemorragia do sistema nervoso central, tendo vindo a falecer no início do mês de Janeiro de 2022.

Este caso clínico mostra a evolução fulminante e a dificuldade na gestão das complicações da aplasia medular que a leucemia mielóide aguda pode apresentar, mesmo em doentes com bom fitness prévio e com diagnóstico célere. Os relatos de casos de fenómenos de imunoativação após a vacina anti SARS-CoV2 são múltiplos e de diversas áreas, não havendo ainda dados robustos sobre a relação causa-efeito dos mesmos, mas será certamente uma área fértil para trabalhos de investigação.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 71 ACUTE PANMYELOSIS WITH MYELOFIBROSIS: A CASE REPORT

Inês Brito(1); Cátia Sol(1); Eliana Aguiar(1); Rui Bergantim(1); Maria José Soares(1); Maria Luís Amorim(1); Elsa Fonseca(1); Fernanda Trigo(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introduction: Acute panmyelosis with myelofibrosis (APMF) is a very rare panmyeloid proliferation with increased blasts and accompanying fibrosis of the bone marrow. Patients are acutely sick at presentation and clinical evolution is usually rapidly progressive.

Objectives: The aim is to report a case of acute panmyelosis with myelofibrosis and to discuss its clinical and therapeutic implications.

Methods: Review the clinical process of a patient followed in the Clinical Hematology Department of a university hospital.

Results: A 50-year-old male presented with weight loss, fatigue and weakness for two months. He had hepatomegaly and painless splenomegaly, but no lymphadenopathy, petechiae or purpura. There was no significant past or family history. There was no history of any cytotoxic drug intake. Peripheral blood examination revealed pancytopenia with leukocyte count of 1400/mm³, platelet count of 72000/mm³ and haemoglobin level of 7,1 g/dL. Red blood cells were normocytic normochromic with minimal anisopoikilocytosis. Dacryocytes were also noted. No blasts were seen in the blood smear.

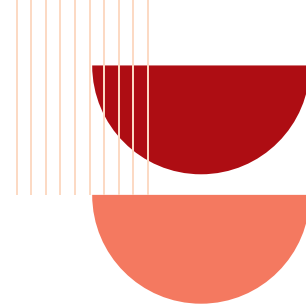
Bone marrow aspirate was dry tap. Bone marrow biopsy showed hypercellularity with panmyeloid proliferation. Dyspoietic megakaryocytes, immature myeloid and erythroid precursors were seen. Numerous small megakaryocytes were noted with hypolobated and nonlobulated nuclei, and dispersed chromatin. Blasts were seen dispersed as well as in clusters. Reticulin stain revealed a characteristic grade III myelofibrosis. In immunohistochemistry, blasts expressed CD34 and MPO and were negative for CD61, CD117, Tdt and glycophorin.

Conventional cytogenetic analysis revealed 5 metaphases with monosomy of 5, 10, 13, 17 and 20 and 6 normal metaphases. Philadelphia chromosome was negative. JAK2 V617F mutation was positive.

A diagnosis of acute panmyelosis with myelofibrosis (APMF) was firm and the patient was treated with the "3+7" induction regimen (daunorubicin 60 mg/m² and cytarabine 100 mg/m²). At the recovery of induction, bone marrow revealed 9% of blasts and the abnormal karyotype persisted in 10 metaphases. Second-line treatment with FLAG-Ida regimen (fludarabine, cytarabine, idarubicin and G-CSF) was started but he had refractory disease.

Due to of painful splenomegaly and pancytopenia with recurrent red blood cells and platelets transfusions, ruxolitinib was initiated. At this point, mutation for TP53 was detected. The patient started third-line therapy with decitabine as bridge to an unrelated allogeneic stem cell transplant. However, four months after initial diagnosis, the patient was admitted with febrile neutropenia and died with septic shock.

Discussion and conclusion: Acute panmyelosis with myelofibrosis is a very rare form of acute myeloid leukaemia (AML) and is characterized by acute panmyeloid proliferation with increased blasts (>20%) and accompanying fibrosis of the bone marrow. The major differential diagnosis of APMF includes other types of AML with associated bone marrow fibrosis. The outcome of such patients is usually poor with a rapidly fatal course. The above patient did not respond to several lines of chemotherapy and died four months after the diagnosis, which corroborates the diagnostic hypothesis of APMF and its poor prognosis.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 73 LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA AGUDA NO DOENTE IDOSO

Inês Marques(1); Cátia Sol(1); Ana Luisa Pinto(1); Eliana Aguiar(1); Maria Luís Amorim(1); Maria José Soares(1); Rui Bergantim(1); Paula Gomes(1); Fernanda Trigo(1)
(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: A leucemia promielocítica aguda (LPA) é um subtipo de leucemia mieloide aguda (LMA) com características clínicas e biológicas particulares. A maioria dos casos de LPA caracteriza-se pela fusão do gene PML, no cromossoma 15, com o gene RARA, localizado no cromossoma 17, embora ocasionalmente anomalias citogenéticas alternativas possam encontrar-se presentes. A sua incidência na população com idade igual ou superior a 60 anos é inferior à observada nas outras LMAs, levando a que o conhecimento sobre esta patologia neste tipo de população com características específicas seja diminuto.

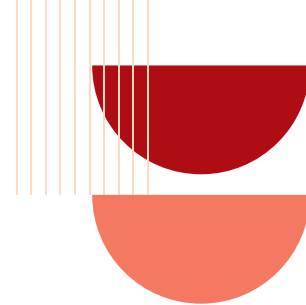
Objetivo: Análise descritiva dos doentes idosos com LPA.

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes com LPA, idade igual ou superior a 60 anos, seguidos num hospital terciário, entre janeiro/2005 e dezembro/2021. A análise dos dados foi efetuada recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS Statistics 26®.

Resultados: Foram incluídos 47 doentes [42.6% homens (n=20), 57.4% mulheres (n=27)], com idade mediana ao diagnóstico de 70 anos (61-81), com Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG PS) mediano de 1 (0-2) e Charlson Comorbidity Index (CCI) mediano de 6 (2-9). No momento do diagnóstico, os doentes apresentavam uma mediana dos seguintes parâmetros analítico: hemoglobina 8.4 g/dL (5.4-12.7), leucócitos 2.900/ μ L (0.300-73.350/ μ L), plaquetas 23.000/ μ L (5.000-120.000/ μ L), LDH 308 UI/L (126-2169UI/L), fibrinogénio 183 mg/dL (38-518) e D-dímeros 34 μ g/mL (3-144). Considerando o Sanz Risk Score, observaram-se 14 doentes (29.8%) de baixo risco, 18 doentes (38.3%) de risco intermédio e 15 doentes (31.9%) de alto risco. Da avaliação imunofenotípica realizada, verificou-se expressão de marcadores aberrantes em 36.2% dos doentes (n=17), nomeadamente CD56 [positivo em 63.8% dos doentes (n=30)] e CD34 [positivo em 63.8% dos doentes (n=30)]. Verificaram-se alterações adicionais do cariótipo em 7 doentes (14.9%), nomeadamente adição do cromossoma 8 (n=3), cariótipo complexo (n=2), t(1;5) (n=1) e t(1;3) (n=1). Foi também caracterizado o tipo de breakpoint do PML-RARA, tendo-se observado a presença do tipo BCR1/2 em 23 doentes (48.9%) e do tipo BCR3 em 21 doentes (44.7%). O tratamento de indução foi selecionado tendo em conta o protocolo adotado pelo serviço [AIDA/GIMENA (n=35, 74.5%), PETHEMA-LPA (n=10, 21.2%), sem tratamento (n=2, 4.3%)] que em todos os doentes foi iniciado no momento do diagnóstico. Durante o tratamento de indução verificou-se a morte de 14 doentes (29.8%), em mediana ao fim de 11 dias (1-53), por hemorragia/isquemia cerebral (n=8), sépsis/infeção (n=3), choque cardiogénico (n=2) ou síndrome de diferenciação do ATRA (n=1). Os restantes doentes atingiram uma resposta completa ao tratamento de indução. Verificou-se a recaída da doença em 7 doentes. Com vista a determinar quais os fatores com maior impacto na sobrevida global e resposta à terapêutica foi realizada uma análise de regressão logística univariada, não tendo sido encontrada associação com a idade ao diagnóstico, ECOG PS, CCI, hemoglobina, leucócitos, plaquetas, fibrinogénio, D-dímeros, DHL, alterações adicionais no cariótipo, tipo de breakpoint do PML-RARA e expressão de marcadores aberrantes. Não foi atingida a mediana da sobrevida global [mediana do tempo de seguimento de 22 meses (0-157)].

Discussão: Os estudos de vida real que avaliam a população de doentes idosos com LPA são escassos, no entanto, as características da população estudada neste estudo não diferem das séries já publicadas. A morte dos doentes estudados durante o tratamento de indução verificou-se numa proporção importante de doentes. Apesar de não ter sido identificada qualquer tipo de relação entre as características demográficas dos doentes, parâmetros analíticos e características moleculares, citogenéticas e imunofenotípicas e a resposta ao tratamento e sobrevida global, a morte precoce poderá dever-se a aspetos clínicos e biológicos do doente idoso não incluídos nesta avaliação. Estudos futuros nesta população deverão incluir uma caracterização detalhada das comorbilidades e de parâmetros analíticos adicionais destes doentes (hipertensão arterial, doença renal crónica, peptídeo natriurético tipo B, albumina) e não apenas os recursos a escalas de avaliação de comorbilidades (por exemplo a CCI).

Conclusão: Este trabalho permitiu a caracterização dos doentes com ≥ 60 anos com LPA de uma instituição e futuramente, com o aumento do tamanho da amostra, poderá ser possível a elaboração de modelos preditivos de resposta com base em aspetos demográficos e clínicos dos doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 74 LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA T(8;21) – ANÁLISE DESCRITIVA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Inês Marques(1); Cátia Sol(1); Eliana Aguiar(1); Maria Luís Amorim(1); Maria José Soares(1); Rui Bergantim(1); Paula Gomes(1); Fernanda Trigo(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: A leucemia mieloide aguda (LMA) com t(8;21)(q22;q22.1)/RUNX1-RUNX1T1 é considerada uma entidade clínica individual pela Organização Mundial de Saúde. Apesar de ser categorizada com sendo uma LMA de risco favorável, o desfecho clínico destes doentes nem sempre é satisfatório. Além da idade, algumas características clínicas, analíticas, imunofenotípicas, citogenéticas e moleculares parecerem estar relacionados com piores resultados.

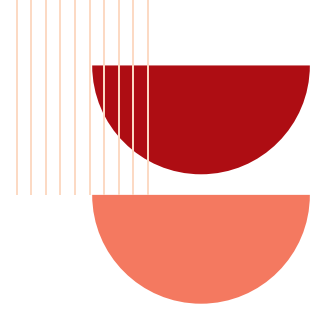
Objetivo: Análise descritiva dos doentes com LMA t(8;21).

Material e métodos: Foi efetuada uma análise retrospectiva dos doentes com LMA t(8;21), idade igual ou superior a 18 anos, seguidos num hospital terciário, entre janeiro/2009 e janeiro/2021. A análise dos dados foi efetuada recorrendo ao programa estatístico IBM SPSS Statistics 26®.

Resultados: Foram incluídos 17 doentes [58.8% homens (n=10), 41.2% mulheres (n=7)], com idade mediana ao diagnóstico de 44 anos (28-60). Analiticamente, ao diagnóstico apresentavam mediana de leucócitos 11.300/μL (4.030-125.900/μL), mediana de plaquetas 31.000/μL (15.000-70.000/μL), mediana de percentagem de blastos na medula óssea de 40% (20-90%) e mediana de LDH de 713 UI/L (257-1642UI/L). Verificaram-se alterações adicionais do cariótipo em 9 doentes (n=52.9%), nomeadamente deleção de cromossoma sexual (n=5), deleção do braço longo do cromossoma 9 (n=2), trissomia do cromossoma 4 (n=1) e deleção do braço curto do cromossoma 17 (n=1). A pesquisa da mutação D816 no exão 17 do gene KIT foi realizada em 13 doentes, estando presente em 4 dos doentes testados (23.5%). Da avaliação imunofenotípica realizada, foi pesquisada a expressão de marcadores aberrantes, nomeadamente, CD15 (positivo n=4, negativo n=9, não avaliado n=4), CD123 (positivo n=12, negativo n=4, não avaliado n=1), CD7 (positivo n=1, negativo n=14, não avaliado n=2), TdT (positivo n=5, negativo n=10, não avaliado n=2), CD79a (positivo n=2, negativo n=14, não avaliado n=1), CD56 (positivo n=10, negativo n=6, não avaliado n=1), CD19 (positivo n=9, negativo n=8). A presença de sarcoma mielóide verificou-se em 2 doentes e 1 doente apresentava invasão do sistema nervoso central. O tratamento de indução foi selecionado tendo em conta o protocolo adotado pelo serviço e as comorbilidades dos doentes [AML-12 (n=10, 58.8%), "7+3" (n=3, 17.6%), AML-12 HD-AraC (n=2, 11.8%), HD-AraC + Clofarabina (n=1, 5.9%) e "7+3" + Gemtuzumab (n=1, 5.9%)], tendo sido alcançada resposta completa em 14 doentes (82.4%) e resposta parcial em 3 doentes (17.6%). Verificou-se recaída da doença em 7 doentes (41.2%). Com vista a determinar quais os fatores com maior impacto na resposta à terapêutica, foi realizada uma análise de regressão logística univariada, não tendo sido encontrada associação com a idade ao diagnóstico, alterações adicionais no cariótipo, contagem de leucócitos, DHL, presença de doença extra-medular, presença de mutações no gene KIT e expressão de marcadores aberrantes. Não foram atingidas as medianas de sobrevida global e sobrevida livre de progressão [mediana do tempo de seguimento de 56 meses (10-149)].

Discussão: O aumento do tamanho da amostra poderá permitir o estabelecimento de relações mais evidentes entre as características demográficas dos doentes, parâmetros analíticos e características moleculares, citogenéticas e imunofenotípicas e a resposta ao tratamento em doentes com LMA t(8;21). Além disso, o reduzido tamanho amostra não permitiu a comparação destes resultados com estudos já efetuados neste âmbito noutros centros clínicos.

Conclusão: Este trabalho permitiu a caracterização dos doentes com LMA t(8;21) de uma instituição e futuramente, com o aumento do tamanho da amostra, poderá ser possível a elaboração de modelos preditivos de resposta com base em aspetos demográficos e clínicos dos doentes.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 75 PARANEOPLASTIC MULTIPLE CLOTTING FACTORS DEFICIT SECONDARY TO PLEOMORPHIC RHABDOMYOSARCOMA DURING COVID19 INFECTION

Catarina Jacinto Correia(1); Filipa Sousa Gonçalves(1); Nina Jancar(1); Inês f. Pinto(1); Bárbara Queiroz(1); Mariana Nobre(1); Patrício Aguiar(1)(2); Anabela Rodrigues(1); Cristina Catarino(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, E.P.E.

(2) FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA - CLÍNICA UNIVERSITÁRIA DE MEDICINA I

Introduction: Bleeding disorders with low plasma activity of more than one coagulation factor have been described in several conditions and multiple coagulation factor (F) deficiencies are commonly acquired disorders. Paraneoplastic syndromes are often associated with clotting abnormalities, arising from tumor-induced mediators or even anticancer chemotherapies. There are multiple case reports of acquired von Willebrand factor (vWF), FVII, FX, FXI, FXIII isolated deficits, as well as hyperfibrinolysis, disseminated intravascular coagulation (DIC), liver failure associated coagulopathy (LFAC) and vitamin K deficiency (VKD) described in literature associated with cancer, some even related to sarcomas. However there are no reports of multiple factors deficit specifically in this setting. Differential diagnostic of acquired coagulopathies remains a challenge, more so in the present context of the COVID19 global pandemic, since acquired coagulation conditions secondary to the infection have been reported, including factor deficiencies.

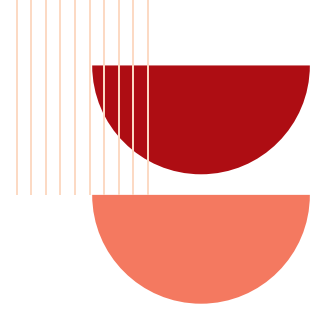
The authors present a clinical case report of a patient with acquired multiple clotting factors deficit secondary to advanced sarcoma in association with SARS-CoV2 infection, for the first time in the literature.

Case Report: A 57 years old female, diagnosed with stage IV pleomorphic rhabdomyosarcoma of the right thigh, with pulmonary and pleural metastasis was hospitalized to initiate chemotherapy (vincristine; actinomycin D; ifosfamide), complicated by febrile neutropenia and respiratory failure due to pleural effusion. An increase in prothrombin time (PT) was denoted post-cancer diagnosis, already present before starting chemotherapy, with no previous bleeding history and normal coagulation tests in the past. She tested positive for COVID19 in a routine test and was admitted to a SARS-CoV2 patients' dedicated ward, maintaining fever, decreased breath sounds in the left hemithorax and a difficult-to-control hemostasis after punctures. CT reevaluation showed signs of disease progression with multiple pulmonary metastasis, large left pleural effusion, with significant atelectasis, pulmonary nodules, but no inflammatory, infectious-type alveolar or interstitial lung infiltration. Laboratorial reevaluation showed: microcytic anemia, worsening of PT values 32,1/11,6s (INR 1,44>2,81), high TTPa (37,6/29s), elevated fibrinogen, and stable persistency of elevated inflammatory parameters. Progressive worsening of respiratory failure due to increase of the left pleural effusion was observed, with indication for drainage. However, given the patient's bleeding risk, a complementary coagulation study was requested, which revealed a decrease in FII (36%), FVII (12%) and FX (29%), with normal FIX and elevated FV, FVIII and vWF. Elevated indices of hemolysis and lipemia in the blood samples were excluded. Coagulation inhibitors testing was negative. Viscoelastic tests (Rotem®) showed prolonged EXTEM/INTEM-CT (higher in EXTEM), but elevated FIBTEM-A5 and FIBTEM-A10 plus other signs of high clot stiffness suggesting a hypercoagulability pattern, concomitant to prolonged bleeding time (consistent with paraneoplastic and COVID-19 alterations). No evidence of sepsis, autoimmune active process, liver failure or DIC (ISTH DIC-score 2) was found. There was also no deficit correction after vitamin K administration given at admission (and levels of FIX did not support vitamin K deficiency hypothesis). SARS-Cov2 infection was stable at the time of the coagulopathy abnormalities worsening (with no signs of COVID-pneumonia) making it less likely to be its cause. Unfortunately, the patient developed a terminal cancer disease, with a poor prognosis due to refractory hypoxemia. Her global clinical condition did not allow other therapeutic approaches and further investigation.

Discussion: As the coagulation alterations were first observed at the time of the cancer diagnosis and their subsequent worsening were coincident with rapid disease progression (confirmed by CT), having excluded alternative etiologies, a paraneoplastic multiple clotting factor deficiency was assumed. COVID-19 infection as a modulating or at least contributing factor cannot be excluded.

Acquired coagulation disorders are important conditions to be aware of, given their impact in clinical evolution and prognosis, as well is their challenging management, specially when hemostasis disturbances are secondary to malignancies or SARS-Cov2 infection, either concomitantly or alone, due to the simultaneous thrombotic and hemorrhagic risk that they impose.

More studies and reports are needed to establish a well-grounded evidence for these assumptions.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 76 LESÕES CEREBRAIS MULTIFOCAIS NEM SEMPRE SÃO SECUNDÁRIAS

Nídia Maltez Cunha(1); Mihail Mogildea(1); Magda Cordeiro(1); Cidália Pinto(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR DO ALGARVE

Introdução: Os glioblastomas são tumores astrocíticos malignos (grau IV segundo a Organização Mundial de Saúde) e representam os tumores cerebrais mais frequentes em adultos. Podem ocorrer em qualquer idade, mas ocorrem mais frequentemente entre os 45 e 70 anos com uma incidência global inferior a 10 por 100.000 habitantes. Normalmente estão localizados nos hemisférios cerebrais, mas podem ser encontrados em qualquer parte do sistema nervoso central.

O glioblastoma multiforme é o tumor glial com maior grau de malignidade devido a sua difusão e agressividade. Este caracteriza-se por ser indiferenciado, ter rápido crescimento infiltrativo e por apresentar necrose e proliferação microvascular. Atinge principalmente os hemisférios cerebrais, apresentando sintomas e sinais focais ou gerais relacionados com o tamanho, localização e taxa de crescimento tumoral. Usualmente, os glioblastomas apresentam uma lesão única e o diagnóstico de glioblastoma multiforme com localização multifocal apenas se verifica em cerca de 1% dos glioblastomas. Associado a um mau prognóstico e com uma sobrevida global mediana de aproximadamente 10 a 12 meses, o seu diagnóstico e tratamento tornam-se um desafio para a comunidade médica e científica.

Objetivos: Os autores apresentam o caso clínico para enfatizar a necessidade de uma abordagem diagnóstica exaustiva, aquando do aparecimento de lesões cerebrais múltiplas e subsequente dificuldade no diagnóstico de glioblastoma multiforme.

Materiais e métodos: Estudo de doente no Internamento de Medicina Interna e posterior seguimento em Consulta Externa de Oncologia Médica. Dados recolhidos através da consulta do processo clínico disponível na plataforma SCLinic®

Resultados: Homem de 70 anos de idade, caucasiano, independente nas atividades de vida diária, inicia queixas de parestesias no membro superior esquerdo e sensação de falta de força nos membros inferiores, a nível proximal. Refere ainda, perda peso de 5 quilogramas nos últimos 3 meses. Recorre ao serviço de urgência após consulta externa privada onde iniciou estudo de imagem por suspeita de doença neurológica. Apresenta em exame de imagem crânio-encefálico 5 lesões ocupantes de espaço, sugestivas de lesões secundárias. Ex-fumador há mais de 30 anos e sem antecedentes pessoais de relevo por início de deficits neurológicos e suspeita de neoplasia com metástases cerebrais de possível tumor primário, o doente é internado e inicia estudo direcionado a descartar cancro do pulmão, melanoma, cancro de células renais e cancro colorrectal.

Exames complementares de diagnóstico a destacar: Tomografia computadorizada e ressonância magnética crânio-encefálica apresentam cinco lesões sugestivas de depósitos secundários, o maior cortical frontal direito que mede 28x18mm, existindo um outro nódulo com 25x23mm com localização profunda periventricular, mas abrangendo também tálamo direito. Identificados 3 outros pequenos micronódulos intra-axiais com cerca 10mm cada, igualmente no lobo direito. Sem imagem definida de lesões ocupantes de espaço no hemisfério cerebral esquerdo e a nível infratentorial. Sem lesões líticas no plano ósseo.

Exame imagiológico torácico, abdominal, pélvico e coluna lombar sem imagens sugestivas de lesões ou depósitos secundários. Avaliação por endoscópica digestiva, biopsia prostática e cistoscopia sem identificação de lesões suspeitas.

Assim sendo, após estudo exaustivo sem identificar lesão extracraniana sugestiva de tumor primário, opta-se pela biopsia cerebral da lesão mais acessível com incisão linear temporo-frontal direita.

Análise histológica demonstra fragmentos de neoplasia glial infiltrativa, hiper celular, de morfologia predominantemente astrocitária com ligeiro pleomorfismo, mitoses frequentes e proliferação microvascular. Estudo imunocitoquímico revelou: GFAP+, p53-, ATRX+ (não mutado), índice proliferativo (Ki67/mib1) de 10-20% e IDH não mutado. Concluindo o diagnóstico de Glioblastoma grau 4.

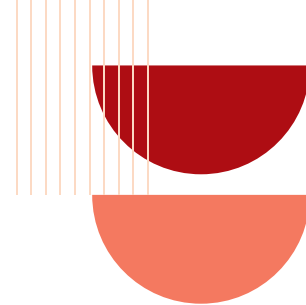
Após o diagnóstico, o doente foi encaminhado para consulta multidisciplinar de decisão terapêutica de neuro-oncologia onde foi acordada terapêutica médica com dexametasona e levetiracetam e início de quimioterapia e radioterapia segundo protocolo de Stupp.

Atualmente, passado um mês, o doente encontra-se com boa tolerância aos tratamentos, apresentando-se praticamente autónomo e a viver no domicílio com a família.

Discussão e conclusão: Na presença de glioblastomas, as manifestações clínicas diferem entre indivíduos uma vez que se devem, predominantemente, aos efeitos compressivos decorrentes do crescimento rápido do tumor, ao edema peritumoral e ao efeito tóxico das substâncias produzidas pela massa tumoral, sendo que o diagnóstico clínico não é possível. Para obtenção do diagnóstico, apesar dos avanços técnicos e científicos na neuroimagem, a biopsia seguida de diagnóstico histológico é crucial.

O seu diagnóstico em doentes com múltiplas lesões cerebrais e sem achados de lesão extracraniana é pouco comum porque quando são detetadas as massas cerebrais, estas são maior parte das vezes associadas a tumores metastáticos e não a glioblastomas multiformes multifocais.

Os autores apresentam este caso clínico para enfatizar a necessidade de uma abordagem exaustiva e multidisciplinar no diagnóstico de neoplasias pouco prevalentes como é o caso do glioblastoma multiforme.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 77 TERAPÊUTICA MULTIMODAL NA SOBREVIVÊNCIA NO CARCINOMA HEPATOCELULAR

José Miguel Rocha(1); Diana Santos Freitas(1); Silvia Santos(1); Maurício Peixoto(1); Raquel Fontes(1)

(1) HOSPITAL DE BRAGA

Introdução: O carcinoma hepatocelular (CHC) é a quinta neoplasia mais comum e a terceira causa mais frequente de morte relacionada com cancro a nível mundial. Apesar dos recentes avanços a nível de terapêuticas médicas, locoregionais e cirúrgicas, o CHC mantém-se associado a uma elevada carga de morbimortalidade, com taxas de sobrevida aproximadamente de um ano para doentes em estadios avançados e candidatos a terapêutica sistémica.

Objetivo: Relato de caso clínico ilustrativo do impacto de terapêuticas multimodais na sobrevivência no Carcinoma Hepatoceleular

Material e métodos: Consulta de processo clínico

Resultados/Discussão/Caso Clínico: Apresenta-se o caso de um homem de 62 anos, hipertenso, fumador (28 UMA), com hábitos etílicos importantes, referenciado a consulta externa de Oncologia Médica, com clínica de dor abdominal no quadrante superior direito e associadamente, anorexia e perda ponderal de 7Kg com dois meses de evolução. No estudo analítico efetuado realçava-se anemia macrocítica (Hgb 11.6g/dL) e elevação significativa da alfafetoproteína (9000 ng/mL), serologias víricas negativas.

Realizou TC-TAP em Janeiro de 2018, revelando a nível hepático uma volumosa massa anterior de crescimento exofítico com washout na fase portal e tardia, com 14,5cm de maior diâmetro e trombose do ramo direito da veia porta por invasão tumoral. Iniciou terapêutica sistémica com sorafenib 800 mg/dia, que cumpriu durante 18 meses. Doente com resposta clínica franca e as sucessivas avaliações imagiológicas com resposta parcial.

Em TAC de Junho de 2019 objetivou-se uma área hipodensa nos segmentos VIII e IV, e dois nódulos hipovasculares com 13mm e 25mm nos segmentos VI e VII, com trombose parcial do ramo direito da veia porta.

Decidido em Consulta de Grupo Multidisciplinar resseção hepática cirúrgica, com sub-segmentectomia IV, V e VIII, que foi submetido em Agosto de 2019. O exame histológico da peça cirúrgica não demonstrou evidência de neoplasia, tendo ficado em vigilância.

Em Setembro de 2020, na TC abdominal objetivou-se múltiplas nodularidades hipovasculares no lobo hepático direito, indicando progressão exuberante do processo neoplásico, e associadamente, com trombose completa do ramo direito da veia porta. Analiticamente, apresentava disfunção colestática e nova elevação da alfafetoproteína.

Reiniciou sorafenib, com resposta clínica e analítica favorável, com melhoria progressiva do padrão colestático e diminuição da alfafetoproteína.

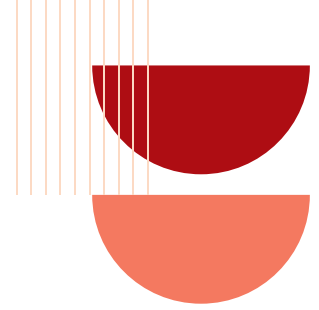
A TAC de Junho de 2021 demonstrou estabilidade da doença e realçando-se trombose da veia porta com transformação cavernomatosa. Doente foi proposto para terapêutica local com radioembolização, que realizou em Novembro de 2021, sem intercorrências.

Na avaliação imagiológica pós-radioembolização com TC TAP após 3 meses, verificou-se redução das lesões nodulares no lobo hepático direito demonstrando uma resposta favorável.

O doente encontra-se em vigilância, assintomático e com ECOG 0.

Conclusão: O relato deste caso clínico demonstra a importância do uso das várias terapêuticas multimodais (tratamento sistémico, cirurgia e tratamentos locais/radioembolização) no tratamento de CHC, inicialmente irressecável, bem como o impacto na sobrevivência.

De realçar que a discussão multidisciplinar e interdisciplinar é fundamental na abordagem e orientação destes casos.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 78 LIQUID BIOPSIES IN PROGRESSING METASTATIC COLORECTAL CANCER WITH FOCUS ON RAS MUTATION STATUS: REAL-WORLD DATA

Mafalda Miranda Baleiras(1); José Pereira(1); Fátima Alves(1); Marta Mesquita Pinto(1); Ana Martins(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR LISBOA OCIDENTAL E.P.E.

Introduction: Colorectal cancer is the second deadliest cancer worldwide. Metastatic disease at diagnosis occurs in 25% of patients and almost 50% of them develops metastatic relapse. The use of anti-epidermal growth factor receptor (EGFR) antibodies in metastatic colorectal cancer (mCRC) is an effective therapeutic strategy in RAS wild-type (RASwt) tumours. Therefore, assessing the KRAS, NRAS and BRAF mutational status is critical to personalised treatment. Analysing circulating tumour DNA (ctDNA) through liquid biopsies is a simple, fast and non-invasive alternative to tissue biopsy. Allowing for real-time characterization of tumour heterogeneity, liquid biopsy (LB) has a role in the mCRC therapeutic decision-making.

Objectives: To assess, in a real-world population, the therapeutic impact of LB in patients with progressive mCRC and its potential impact on survival.

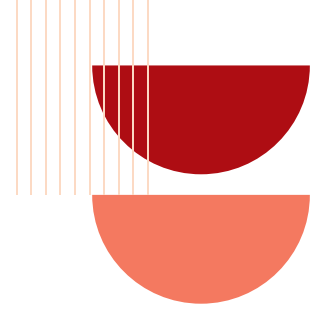
Material and methods: Observational and single-centre retrospective analysis of patients' medical records with mCRC. They were selected to perform liquid biopsy after two or more lines of chemotherapy. LB was conducted between June 2018 and December 2020. Only one LB per patient was performed. The collected data were statistically analysed with Stata/C software.

Results: The sample size was 22 mCRC patients. The median age was 60.5 years (30-78) and 59% (n=13) were men. The median follow-up was 37 months (8-122). The majority had stage IV disease at diagnosis (55%, n=12), and the liver was the most frequent site of metastasis (77%, n=17), followed by the lung (41%, n=9). Fifty per cent (n=11) of the patients had a left-sided colon tumour. All patients were characterised for RAS and BRAF status on tumour tissue before the start of treatment: 64% of patients were RAS-mutated (RASm; 14 KRAS, 0 NRAS) and 36% (n=8) were RAS/BRAF wild-type. No patient harboured BRAF mutation. Before the liquid biopsy, 16 patients had been treated with bevacizumab and six with cetuximab. The median time from the initial biopsy at diagnosis to the performance of LB was 33 months (9-100). The ctDNA analysis showed that the RAS mutation status had changed to wild-type in six patients (43%). Only three out of them started systemic chemotherapy with anti-EGFR. RAS-mutant mCRC patients who converted to wild-type-RAS status had longer progression free survival (PFS) than patients with no change in the RASm status (HR 0.43; 95% CI 0.15 to 1.24, p=0.119), although not significant. However, the hazard ratio for overall survival (OS) was 0.34 (95% CI 0.11 to 1.00, p=0.048), showing a better prognosis for patients with a shift to RASwt status in LB. Median OS was 28.3 months in the RASm-RASm group and 64.9 months in the RASm-RASwt group.

Discussion: RAS mutations are found in 50% of mCRC, turning EGFR-targeted therapies ineligible. The emergence of RAS-mutant clones under the selective pressure of EGFR inhibitors is a well-described acquired resistance mechanism. More recently, the "neoRAS wild-type" phenomenon (conversion from RASm to RASwt) got spotlight, but is not yet fully understood. This conversion opens an unexpected window of opportunity for EGFR blockade in initially RASm mCRC patients. A switch from RASm to RASwt has been shown to occur with a prevalence of 30%, similar to what was found in our study (43%). In our analysis, the patients who converted to wild-type status had a better OS, suggesting the prognostic value of LB.

The smaller PFS impact in this subset of patients may be associated with the delay to start anti-EGFR. It is common practice to postpone this therapy for later therapeutic lines. Could the deployment of anti-EGFR right after conversion enhance the PFS? Unfortunately, our sample is too small to enable any response. Thus, further research with larger samples is needed to wonder whether neoRAS wild-type patients benefit from anti-EGFR therapies.

Conclusions: Re-testing the mutational status of RAS genes in plasma at each disease progression allows to re-adjust the therapeutic regimen based on the presence of RAS-mutant or RAS-wild type clones. The detection of neoRAS wild-type clones through LB adds another treatment option (anti-EGFR plus chemotherapy) to the "continuum of care" aimed at improving survival and quality of life of patients with RASm mCRC.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 79 TOMOGRAFIA COMPUTORIZADA TORÁCICA NA INVESTIGAÇÃO DE NEUTROPENIA FEBRIL EM DOENTES COM NEOPLASIAS HEMATOLÓGICAS SUBMETIDOS A TRANSPLANTE AUTÓLOGO DE PROGENITORES HEMATOPOIÉTICOS

Marta Henriques(1); Pedro Chorão(1); Joaquim Monteiro(1); Pedro Baptista(1); Juliana Bastos(1); Ricardo Pinto(1); Rui Bergantim(1); Fernanda Trigo(1)

(1) CENTRO HOSPITALAR E UNIVERSITÁRIO DE SÃO JOÃO E.P.E.

Introdução: A neutropenia febril (NF) constitui uma das complicações e causas de morte mais comuns nos doentes com neoplasias hematológicas. As recomendações atuais demonstram benefício na realização de tomografia computadorizada torácica (TC-T) em contexto de neutropenia grave prolongada e risco de infeções fúngicas pulmonares nas leucemias agudas. No entanto, o seu papel na abordagem da NF no doente submetido a regime de condicionamento intensivo seguido de transplante autólogo de progenitores hematopoieticos (TAPH) não está claramente estabelecido.

Objetivos: Objetivo principal foi averiguar a utilidade diagnóstica e o impacto terapêutico na mudança de antibioterapia (ATB) após realização de TC-T durante episódios de NF. Objetivos secundários foram avaliar presença de sintomas à data de realização da TC-T e a sua pertinência dado o foco de NF mais provável.

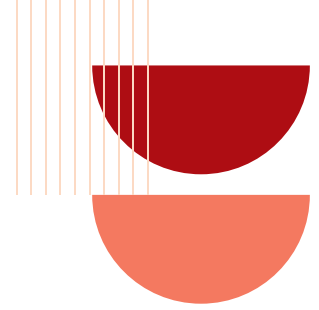
Material e métodos: Estudo retrospectivo em doentes submetidos a TAPH entre o período de Setembro de 2018 e Setembro de 2021. Apenas os doentes que apresentaram NF e tiveram TC-T realizada como consequente investigação foram incluídos. Cada TC-T foi realizada durante um episódio único de NF. Esta foi definida como temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ e contagem absoluta de neutrófilos $< 500/\text{mm}^3$. Todos os doentes foram tratados em quartos de isolamento com filtração de ar particulado de alta eficiência (HEPA).

Resultados: 61 doentes tiveram 63 episódios diferentes de NF que resultaram em TC-T. A mediana de idades foi 59 anos [26-71], 74% eram homens e 21% tinham antecedentes de doença pulmonar. As patologias transplantadas foram 3% leucemia aguda mielóide (LAM), 23% linfomas B, 11% linfomas T/NK, 13% linfomas de Hodgkin, 46% mieloma múltiplo e 3% doenças auto-imunes. Nos 59 doentes oncológicos, antes do TAPH 49% realizaram 1 linha, 27% 2 linhas e 24% ≥ 3 linhas de tratamento. O esquema de condicionamento mais utilizado foi melfalano em 46%, seguido de BEAM (carmustina, etoposídeo, citarabina e melfalano) em 44%, e 3% cada fizeram BuCy (bussulfano e ciclofosfamida), BCNU+TT (carmustina e tiotepa) e BEAM com globulina anti-timócito de cavalo. Doentes com LAM receberam profilaxia antifúngica com posaconazol. Durante a NF, 50% desenvolveram sintomas respiratórios, 73% mucosite e 19% foram transferidos para Cuidados Intensivos; 3 doentes morreram. Realizou-se lavado bronco-alveolar (LBA) em 5%, biópsia pulmonar em 3% e em 13% das NF identificaram-se isolamentos microbiológicos em hemoculturas. Iniciou-se ATB empírica com piperacilina/ tazobactan em 89% das NF, a menos que houvesse evidência de comprometimento hemodinâmico ou história de alergia a penicilina. Em 45 episódios (71%), acrescentou-se vancomicina ao esquema de ATB prévio à realização de TC.

Houve mudança de ATB de TC torácica em 12 episódios (19%) de NF, sendo a alteração mais comum a associação de um glicopeptídeo ($p=0,011$). As alterações de ATB foram mais comuns em doentes com sintomas respiratórios ($p=0,012$), particularmente com insuficiência respiratória ($p=0,047$), que realizaram LBA ($p=0,031$) e nos quais o foco estabelecido de NF foi respiratório ($p=0,007$). Nos doentes oncológicos, um maior número de linhas terapêuticas prévias ao TAPH (1, 2 ou >3) também se associou a mudança de ATB ($p=0,043$). Características demográficas, doença pulmonar prévia, diagnóstico hematológico, regime de condicionamento e os achados encontrados em TC-T (como consolidações, vidro despolido ou derrame pleural), não motivaram mudança de ATB.

Discussão: Os achados da TC-T foram geralmente consistentes com os achados clínicos. Apenas 12 NF tiveram alterações na terapia potencialmente atribuíveis aos resultados encontrados em TC, que de outra forma teria sido instituída com base em motivos clínicos, quer por suspeição de mucosite gastrointestinal, quer por suspeição de infeção respiratória. O reduzido número de doentes limita a avaliação do verdadeiro rendimento e qualidade clínica da utilidade da TC-T na NF. TC-T desnecessárias são dispendiosas, e potencialmente prejudiciais devido a um aumento na exposição cumulativa acima de limites aceitáveis, particularmente em doentes submetidos a TAPH, muitos dos quais têm vários episódios de NF. Do mesmo modo, exigem um tempo substancial fora das instalações filtradas por HEPA, com risco acrescido de infeção.

Conclusões: As nossas observações sugerem que a TC-T em doentes submetidos a TAPH durante o período de NF, uma vez sob profilaxias adequadas e um regime de ATB empírico de espectro amplo, infrequentemente fornece informações que resultem em alterações terapêuticas, que de outra forma não teriam sido feitas por suspeição clínica.



ABSTRACT BOOK | POSTERS

PO 81 PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE NAS PACIENTES COM CANCRO. QUE PRESENTE E QUE FUTURO?

Maria Nunes de Abreu(1); Vanessa Branco(1); Margarida Lagarto(1); Tiago Pina Cabral(1); Mariana Malheiro(1); Ana Martins(1)

(1) HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER

Introdução: À medida que os avanços dos tratamentos oncológicos levam a uma maior sobrevivência das pacientes com cancro na juventude, torna-se cada vez mais essencial pensar no seu desejo de maternidade futura. Tanto a quimioterapia como a radioterapia, além de muitas vezes a necessidade da própria ooforectomia, podem afectar a capacidade reprodutiva destas doentes. Para dar a estas mulheres a possibilidade de uma gravidez num futuro que se espera livre de doença existem várias formas de preservação da fertilidade, que diferem nas suas indicações, riscos e aplicabilidade.

Objetivos: Reunir as recomendações sobre a preservação da fertilidade nas pacientes com cancro e refletir sobre as opções disponíveis atualmente.

Material e métodos: Foi realizada uma revisão da literatura utilizando a base de dados PubMed com os termos “Fertility AND Preservation AND Cancer” e escolhidos, de forma não sistemática, os artigos de maior relevância, publicados há menos de 5 anos e de língua inglesa.

Resultados: A literatura converge na importância de que os profissionais de saúde que seguem a paciente oncológica abordem, de uma forma muito precoce no acompanhamento, a questão da potencial gonadotoxicidade dos tratamentos e apoiem o processo de reflexão sobre os seus desejos reprodutivos. Os números indicam que atualmente ainda são poucas as pacientes jovens a beneficiar de intervenções no sentido de preservar a sua fertilidade previamente ao início do tratamento oncológico. As possíveis razões que explicam estes dados prendem-se, por um lado, na escassa informação prestada pelo médico oncologista sobre esta problemática e, por outro, na falta de referência para os especialistas em matéria de reprodução.

A primeira linha a considerar para a preservação da fertilidade é a criopreservação de embriões ou, na ausência de um parceiro ou para evitar recorrer a dador de esperma, a vitrificação de ovócitos. Apesar de ser necessária a estimulação ovárica, os protocolos à base de inibidores de aromatase reduzem o risco de interferir com as neoplasias ginecológicas. Por outro lado, atualmente este processo já é independente do ciclo menstrual, pelo que se consegue uma maior celeridade e um menor intervalo de tempo até ao início do tratamento oncológico. Ambas as técnicas estão bem estabelecidas e encontram-se amplamente disponíveis. É também possível a criopreservação de esperma, no caso de tratar-se de pacientes do sexo masculino.

Como alternativa, sem requerer estimulação ovárica e portanto oferecendo uma vantagem em relação ao tempo necessário investir, surge a técnica de criopreservação de tecido ovárico, que pode ser realizada imediatamente após o diagnóstico, inclusivamente em pacientes que ainda não alcançaram a puberdade. Com o benefício de restituir a função ovárica após a transplantação do tecido preservado, recuperando-se a menopausa precoce causada pela disfunção gonadal, esta técnica, ainda experimental, está a ser continuamente melhorada para fazer face às potenciais complicações. A investigação está a ser realizada no sentido de melhorar a qualidade e longevidade dos enxertos e, por outro lado, minimizar os riscos de transplantação de células malignas. Nalguns países já é uma técnica aberta à prática clínica, pelo que poderá futuramente tornar-se a próxima opção de eleição.

Em casos concretos em que não é possível aplicar nenhuma das técnicas anteriores, apesar da evidência ser controversa, pode ser utilizado o método de supressão ovárica, através do uso de agonistas da GnRH, com o intuito de proteger o tecido ovárico dos efeitos tóxicos dos tratamentos oncológicos, prevenindo a insuficiência ovárica.

Conclusões: Ante uma paciente jovem com cancro é crucial alertar para a possível toxicidade sobre as gónadas dos tratamentos oncológicos que irá necessitar, aconselhando e referenciando a um especialista em reprodução por forma a garantir a possibilidade de uma gravidez futura. Neste momento, as técnicas consideradas em primeira linha são a criopreservação de embriões ou de ovócitos, mas esta não se aplica a doentes pré-púberes. A técnica de criopreservação de tecido ovárico é ainda considerada experimental e o tratamento profilático com um agonista de GnRH apresenta evidência contraditória da sua eficácia.

Há uma clara necessidade de maior investigação nesta área para obter recomendações de maior evidência, já que todas as recomendações actuais têm um nível de evidência no máximo de 3, ficando aquém do grau de clareza que as pacientes com cancro e os profissionais que as acompanham precisam para tomar, num curto espaço de tempo, uma decisão de tão grande impacto na sua vida futura.

