

### 579. PERFIL DE LMA DE 0 A 18 ANOS DO SERVIÇO DE HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, DE 2005 A 2015

Souza MV, Taniguchi AN, Barcelos MN, Michalowiski MB, Daudt LE

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

**Introdução:** A leucemia mieloide aguda é caracterizada por uma proliferação clonal de precursores mielóides com uma capacidade reduzida para se diferenciarem em elementos celulares mais maduros. A LMA corresponde a apenas 15% dos diagnósticos novos de leucemia aguda na infância. Devido a progressos nos estudos e mudanças no tratamento, o desfecho de crianças com leucemia mieloide aguda melhorou nos últimos 30 anos. **Materiais e métodos:** Foram rastreadas no sistema de prontuários eletrônicos todos os pacientes com diagnóstico de LMA (CID 92.0), entre os anos de 2005 a 2015, com idade de 0 a 18 anos No diagnóstico e que o tratamento inicial tenha sido realizado no serviço de hematologia pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foram analisados sexo, idade de diagnóstico, classificação da FAB, mortalidade, sobrevida global e livre de doença e protocolo de tratamento. A análise estatística foi realizada no SPSS 18, sendo utilizadas análises de frequência para os dados categóricos, mediana para idade e curva de Kaplan-Meier para análise de sobrevida. **Resultados:** Encontramos 24 pacientes com diagnóstico de LMA. Quanto ao sexo, 46% (11) dos pacientes era do sexo feminino e 54% (13), masculino. A mediana de idade foi de 9,5 anos (dois meses a 17 anos). De acordo com a classificação de risco do Protocolo AML-BFM, 17 foram classificados de risco alto, sendo 60% (10) considerados de risco alto e 40% (7), de risco baixo. Vinte e cinco por cento dos pacientes eram M3 pela classificação FAB (6), sendo os demais não M3 (18 pacientes, 75%). O cariótipo do diagnóstico foi determinado em 14 pacientes, dentre os quais 50% (7) tinham cariótipo normal, 28% (4) com t(15;17) e 21% (3) outras alterações. A mortalidade foi de 30% (7), sendo todos estes pacientes de alto risco. Dentre as causas de morte, 71% (5) foi septicemia. O protocolo de tratamento mais utilizado foi o BFM (1993, 1998 e 2004), 88% (16/18) nas LMA não M3; e 83% (5/6) GIMEMA nas M3. A sobrevida global foi de 70% em 10 anos e a sobrevida livre de doença foi de 72% em 10 anos, considerando toda a amostra. Quando analisados apenas os pacientes com LMA não M3, a sobrevida global fora de 60,6% e as LMA M3 de 100% em 3 anos (p0,03). **Discussão:** Concordando com a literatura, posto que encontramos discreto predomínio das LMA da infância no sexo masculino. A LMA continua sendo um desafio para os hematologistas pediátricos. Nos últimos anos, diversos grupos vêm estudado e publicado seus protocolos de tratamento onde a sobrevida livre de doença gira em torno de 50-55%, e a sobrevida global de aproximadamente 65% (Abrahamsson et al., 2011). No estudo de Xu YY ET AL, 2011, as LMA não M3/M5 apresentaram 51% de sobrevida livre de doença; em nossa análise, a sobrevida livre de doença fora de 60,6%. O BFM 1998 encontrou a sobrevida global de 62%, próximo aos 60,6% encontrados em nosso estudo. Já o BFM 2004 mostrou 74% de sobrevida global e 55% de sobrevida livre de doença. Considerando apenas LMA M3, nossa sobrevida global parece ser superior a literatura (89% encontrada pelo grupo italiano no protocolo de tratamento GIMEMA-AIEOPAIDA). **Conclusão:** Os achados característicos e prognósticos dos nossos pacientes assemelham-se ao da literatura; sendo encontrados resultados prognósticos superiores quando consideradas apenas as LMA promielocíticas.