

Obrigada por ver esta apresentação
Gostaríamos de recordar-lhe que esta
apresentação é propriedade do autor.

É-lhe fornecida pela Sociedade Portuguesa de
Pediatria no contexto do 18º Congresso
Nacional de Pediatria, para seu uso pessoal,
tal como submetido pelo autor

© 2017 pelo autor



Atraso de diagnóstico em Oncologia Pediátrica

Manuel João Brito

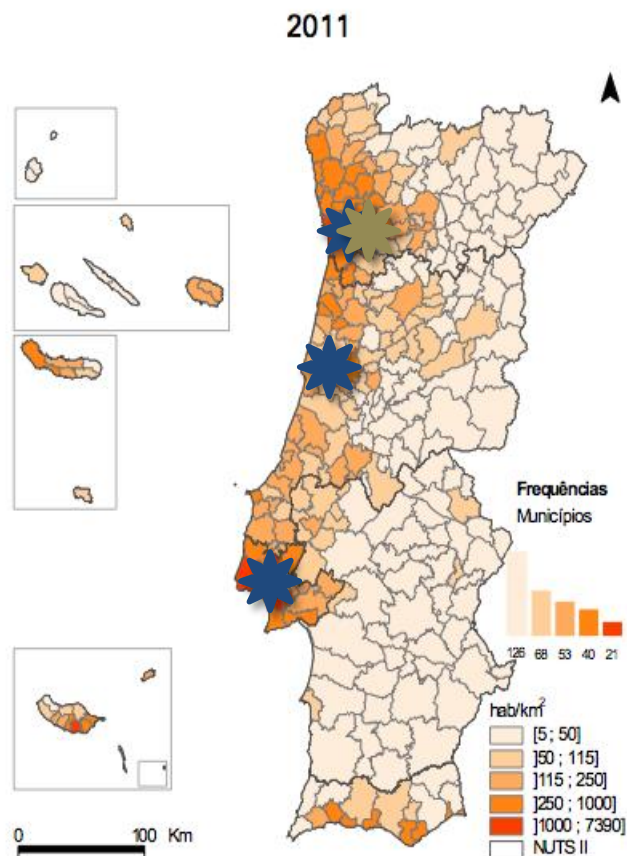
mjbrito@chuc.min-saúde.pt

Declaração de conflitos de interesse



Cancro em Idade Pediátrica

PORTUGAL



População < 18 anos: 1.899.196 (18%)

Novos casos de cancro - 400/ano

Centros de Oncologia Pediátrica

IPO Lisboa + Madeira, Açores

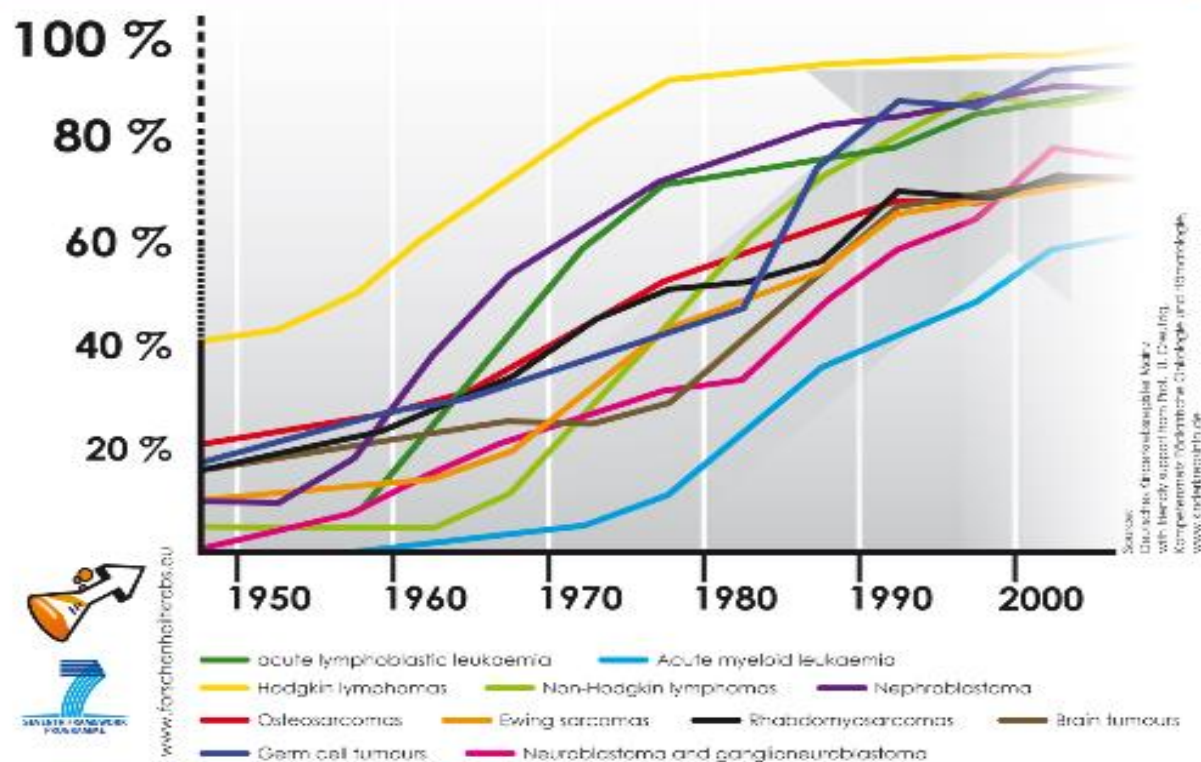
HP Coimbra

IPO Porto + Hosp S. João

Oncologistas pediatras 25

Cancro em Idade Pediátrica

Survival Rates of Children and Young Adults Suffering from Cancer



> 90% 2020

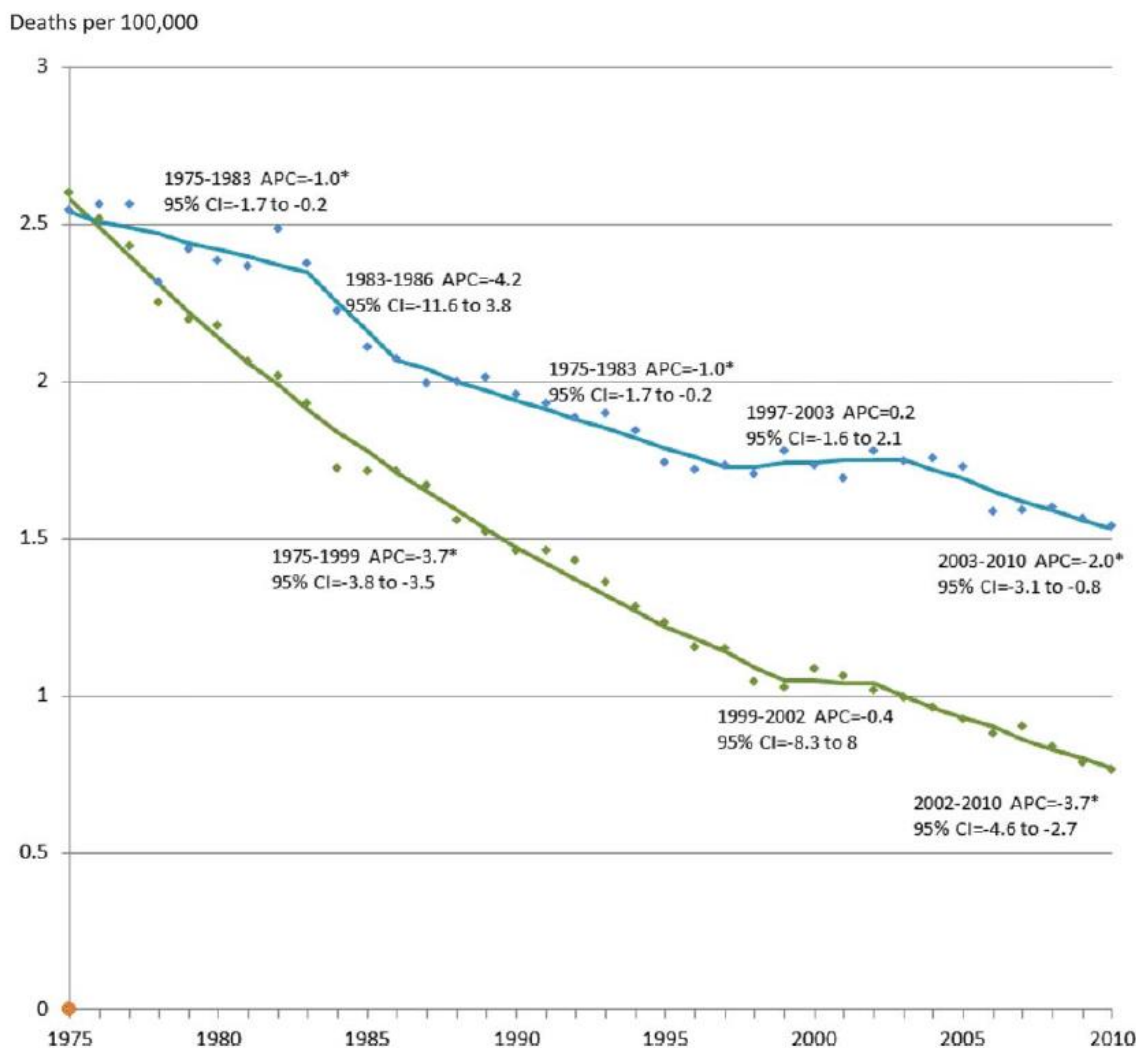
80% today

<10% < 1960

Doença oncológica em Pediatria

- Melhoria da sobrevida para 80%
- Melhor terapêutica
- Melhoria dos cuidados de suporte
- Melhor diagnóstico
 - mais precoce e mais preciso

Cancro em Idade Pediátrica



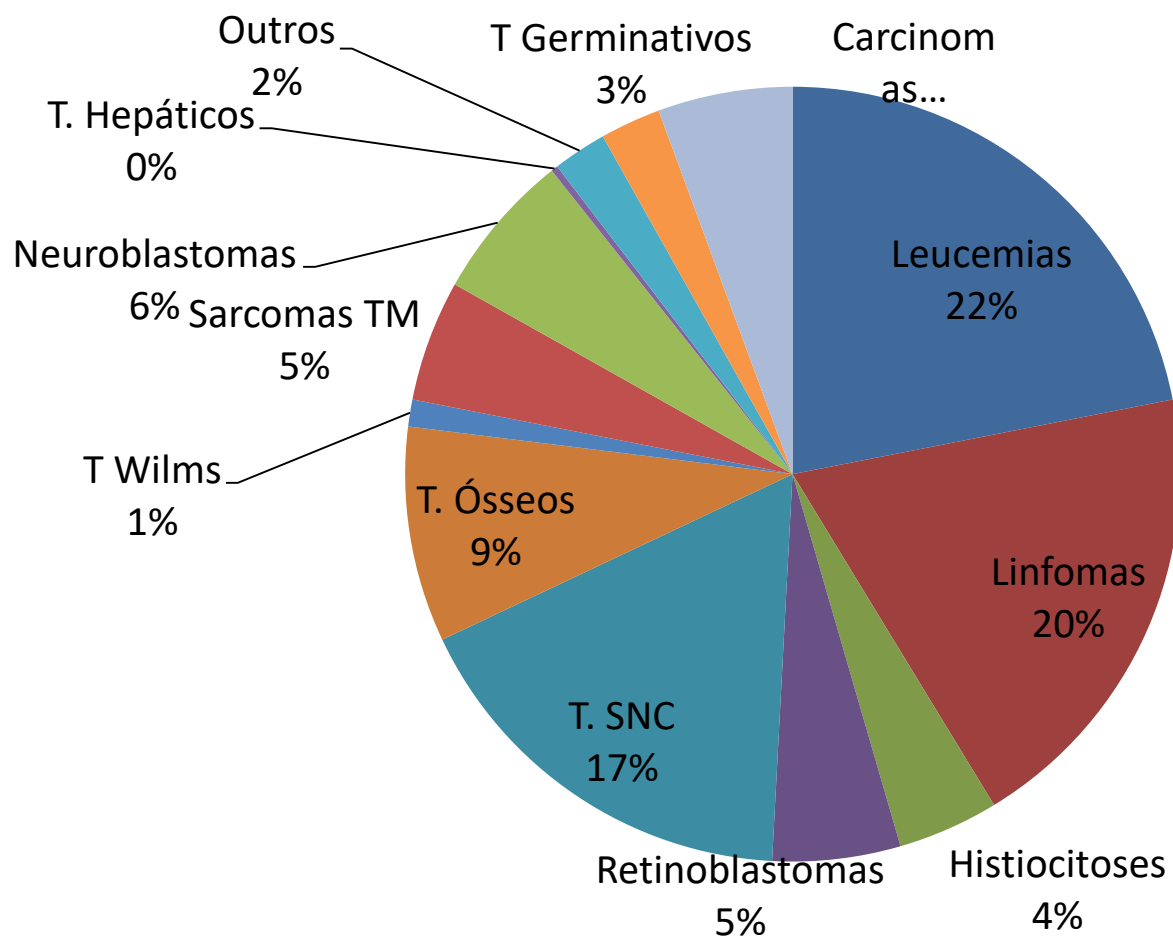
Leucemias
e Linfomas

Figure 3. Age-adjusted mortality trends are illustrated for all malignant cancers among children aged <20 years in the United States from 1975 through 2010 along with annual percentage changes (APCs) for joinpoint segments. An asterisk indicates that the slope of the joinpoint segment is statistically different from zero ($P < .05$). The green line indicates leukemias and lymphomas, and the blue line indicates all other cancer sites. CI indicates confidence interval.

Cancro em Idade Pediátrica

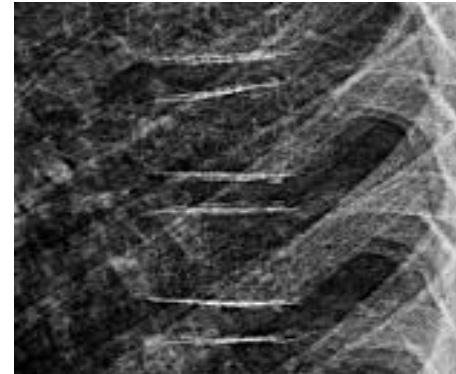
Serviço de Oncologia, HP (2011 – 2016)

n=358



Leucemias Agudas

- JAG 6 anos, sexo F
 - queda na escola (D1)
 - dor lombar intensa
 - RX: “sugere acunhamento anterior de D8. Não é inequívoco”



Internamento – Repouso analgesia

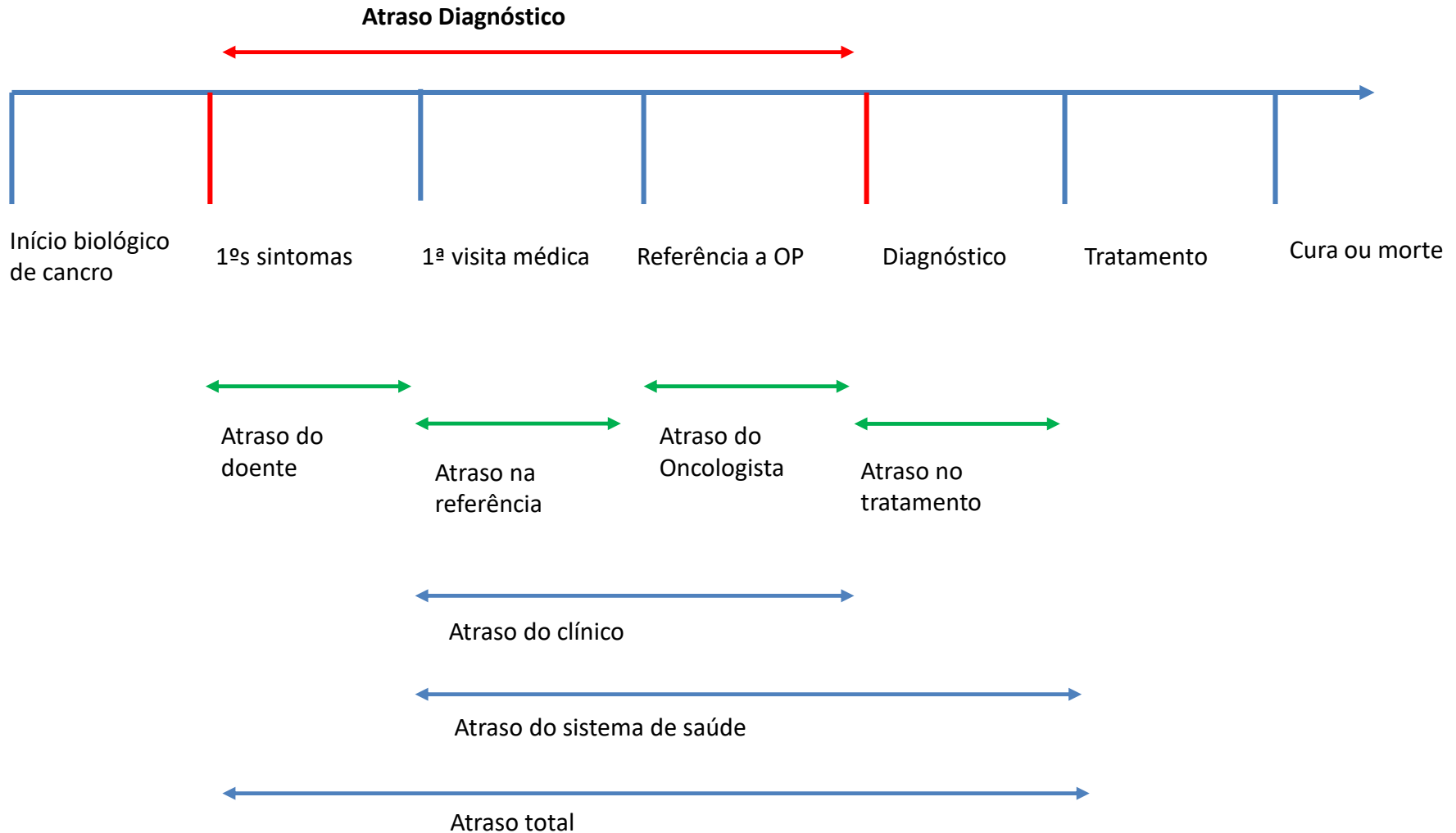
- D 20 – dor abdominal – trauma?
- 34 – cefaleias, dor abdominal, dor lombar – ao deitar
- D44 – torcicolo
- D45 – torcicolo – impeditivo do sono
- D54 – dorsalgia – “nunca ficou bem” sic
- D61 – dor: MSD, Joelho esq. e Coccis
 - Hb 13.4; 22.080 leucócitos com 13.230 neutrófilos, plaquetas 66.000
ESP – blastos?
 - LDH 1200 UI, Ác. Úrico 423 umol/l

Leucemia Linfoblástica Aguda
Philadelphia +
Quimioterapia – allo-transplante

Implicações:
Prognóstico – 0
Morbilidade -

Atraso diagnóstico

adaptado de Pediatr Blood Cancer 2008;51:468–474



Entre o Início biológico de cancro e 1ºs sintomas Antecipar diagnóstico?



avaliação do reflexo ocular: previsto 2 e 6 meses e 2 e 5 anos de idade

Desde jan/16: 10 crianças portuguesas com retinoblastoma - enucleadas 6

Antecipação da suspeita diagnóstica

- Rastreio
 - Neuroblastoma
 - Leucemias
 - Retinoblastoma
- Grupos de Risco
 - Situações de risco Oncológico
 - Hemihipertrofia, Risco Genético
 - Em consultas de subespecialidades
 - Reumatologia- linfomas
 - Trisomia 21 – LLA e LMA
 - Neuropediatria – opsóclonus–mioclónus, neurofibromatose
 - ...

Atraso do doente

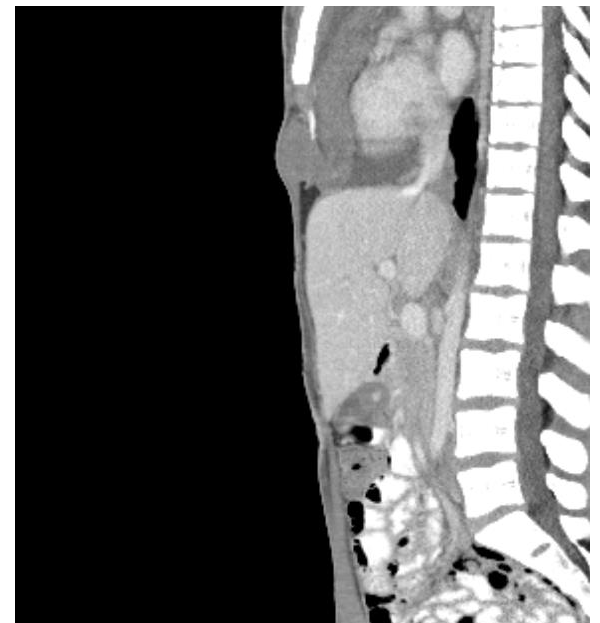
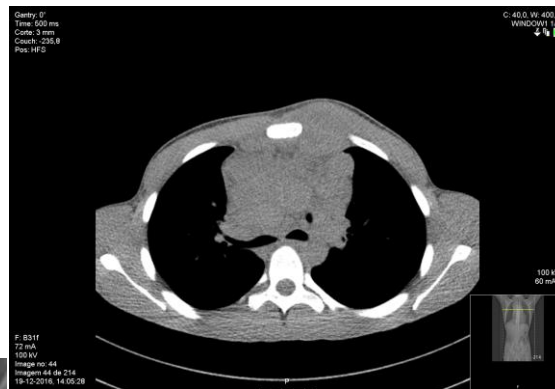


Mais frequente no adolescente, mais frequente em estratos sociais mais baixos

Implicações no estadio da doença

The Oncologist 2007;12:816 – 824





Atraso na referência a Oncologia Pediátrica – Atraso na Suspeita Diagnóstico

- NOCS
 - Suspeita de neoplasia – 48 h
 - Suspeita de doença linfoproliferativa – 24 h
- Dificuldades
 - Patologia rara
 - Dificuldade na aprendizagem por imitação
- Necessidade
 - Valorização clínica

Motivo de referir com urgência

Jaime
10 anos

Transferido do H. distrital por:
Equimoses do Mls e gengivorragias com cerca de 1 semana.
Cansaço fácil.
D4 de febre.
Hepatoesplenomegália

Anemia
Leucocitose
Blastos no ESP

Bom estado geral. Palidez cutânea.
Petéquias e equimoses nos Mls.
Hipertrofia gengival. Gengivorragia.
ACP – sem alterações
Abdómen: Fígado 4//1 cm, Baço 2//1 cm

Avaliação no HP

✓ Hb 9,3 g/dL; L $37 \times 10^3/\mu\text{L}$; PLQ $13 \times 10^3/\mu\text{L}$

✓ Na 145mmol/L; K 3,9 mmol/L; Ca 2 mmol/L; Pi 1 mmol/L

✓ BUN 4,6mmol/L; Cr 77mmol/L; Ácido Úrico 192 $\mu\text{mol/L}$

✓ LDH 1042 UI/L

Medulograma LMA M3

Avaliação no HP

Iniciou ATRA +
quimioterapia

Suport e Plasma e PLT

24h após a entrada

Cefaleias. Hemianópsia esquerda.

Sudorese profusa.

Glasgow 14.

TA e FC N

SDR grave com hipoxémia (Sat 70% a.a.)

Diminuição do MV, ralas bilaterais

✓ Hb **7** g/dL; L **48** $\times 10^3/\mu\text{L}$; PLQ **17** $\times 10^3/\mu\text{L}$

✓ Na 133 mmol/L; K 3,3 mmol/L; Ca 2 mmol/L; Pi 1 mmol/L

✓ BUN 6.4 mmol/L; Cr 77mmol/L; Ácido Úrico 192 $\mu\text{mol/L}$

✓ LDH **1153** UI/L

TAC CE – hemorragia extensa

Coma

Falece 24h após entrada

Suspeita diagnóstica – interpretação de exames



Carolina 16 anos
Janeiro 2016 – dor torácica

Carolina 16 anos

Abril 2016 – Síndrome da veia cava superior





02-01-2012, 2:57:18

F

67 kV
7 mAs
1

Importância da história e exame físico

Daniela 16 meses
Má progressão Ponderal,

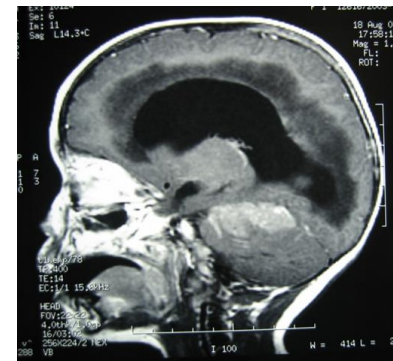
Combur 10
S. Urina e Urocultura

Colheitas séricas

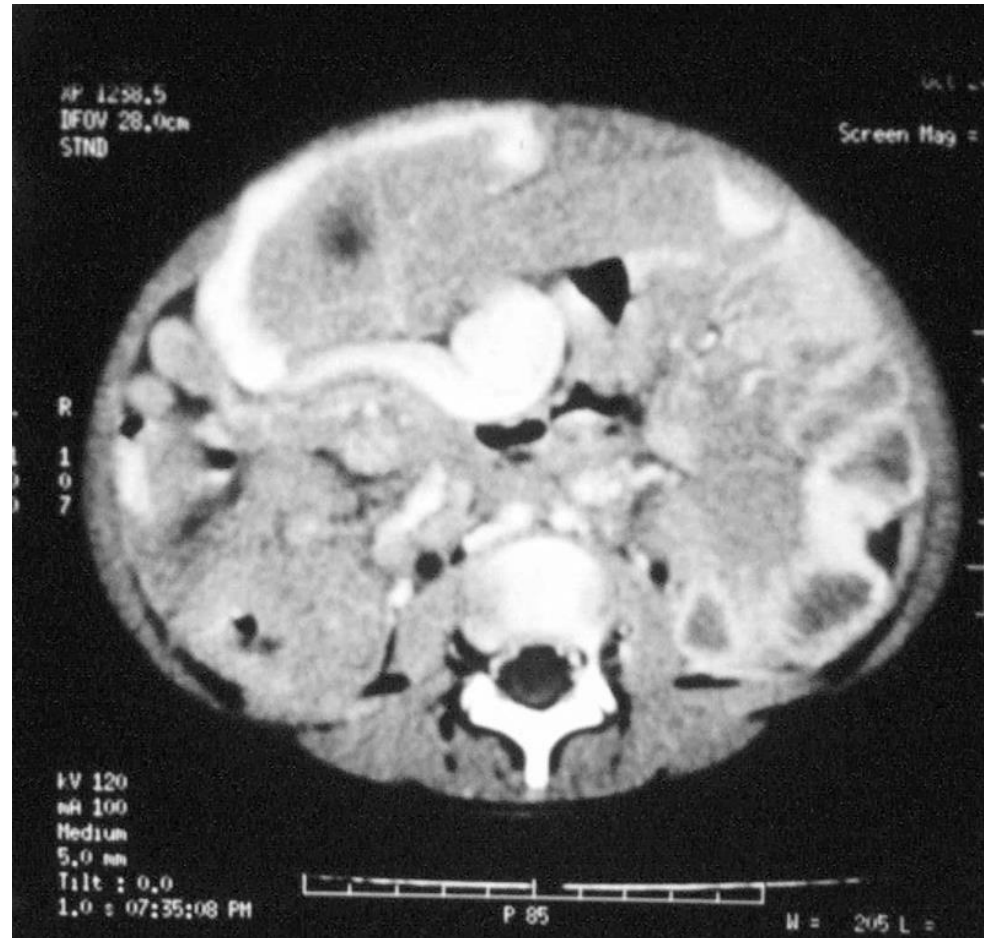
Após 3 semanas ... SU

Consulta no dia seguinte e começar do início

História
Antropometria - aumento do PC



Importância da história e exame físico

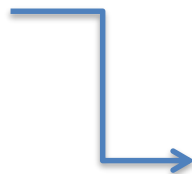


Conjugar sintomas

João Pedro
10 anos
AP e AF irrelevantes

Quadro de astenia e anorexia com 1 mês de evolução.
Avaliação clínica e laboratorial no SU do hospital da área de residência sem alterações.

– D5 de doença
Paresia facial, cefaleias com despertar noturno e vômitos.



Colocado # de **paresia facial periférica**

Medicado com corticoide e antibiótico
Orientado para Fisioterapia

– D13 de doença

Dores ósseas com despertar nocturno

Orientado para o SU a partir da consulta de MFR D 15

Queixoso. Após analgesia – bom estado geral.

Edema da face com deformação do sulco naso-labial para a direita.

Ptose palpebral á direita, desvio da comissura para a esquerda.

ACP – sem alterações

Abdómen: **Fígado 4//1 cm**, Baço – ponta palpável.

ORL – normal.

Genitais normais.

Nível sensitivo D4-D8.

Anemia

Trombocitopenia

Blastos no ESP

Transferido para o Hospital Pediátrico de Coimbra
Com a hipótese de doença linfoproliferativa.

Avaliação no HP

✓ Hb 9,2 g/dL; L $4,22 \times 10^3/\mu\text{L}$; PLQ 91 $\times 10^3/\mu\text{L}$

✓ Na 141 mmol/L; K 4,1 mmol/L; Ca 1,99 mmol/L; Pi 2,32 mmol/L

✓ BUN 4,8 mmol/L; Cr 87 $\mu\text{mol/L}$ Ácido Úrico 793 $\mu\text{mol/L}$

✓ LDH 5163 UI/L

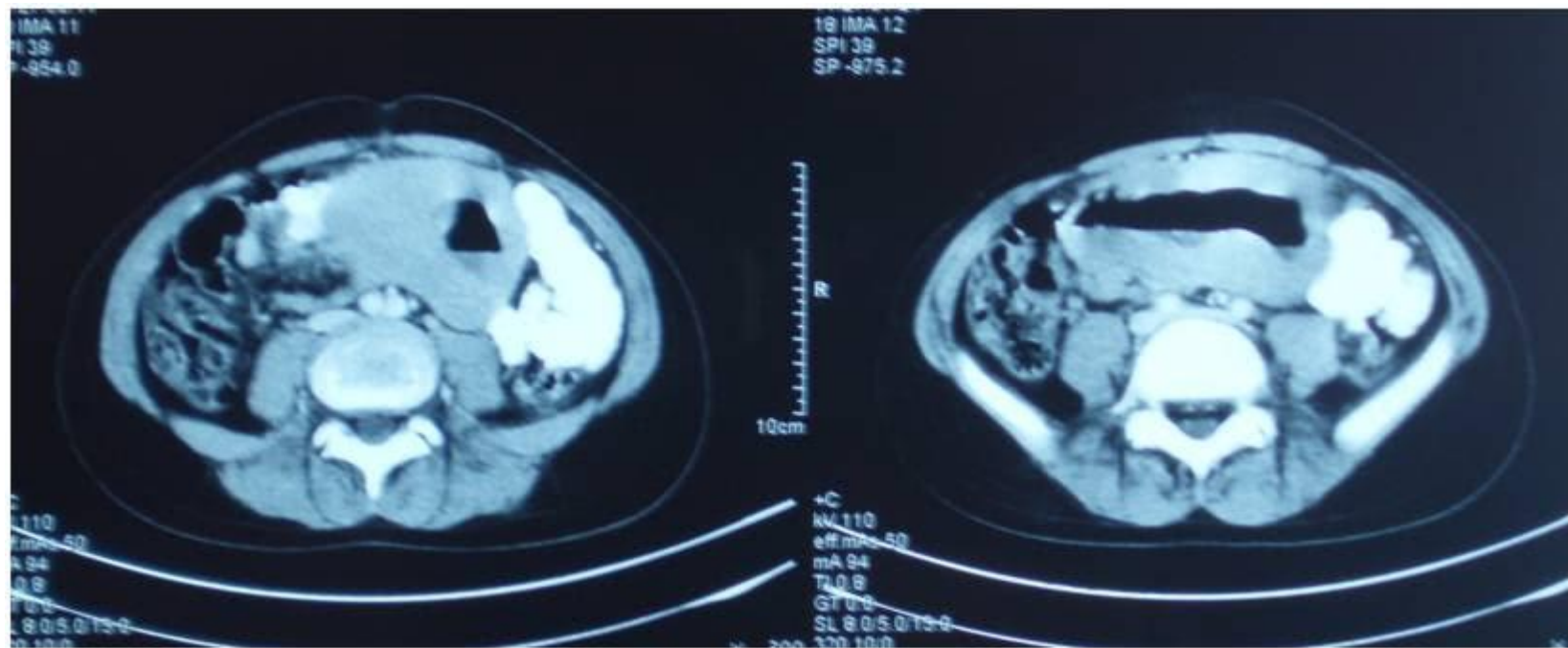
O que fazer a seguir???

Rx Torax sem alterações

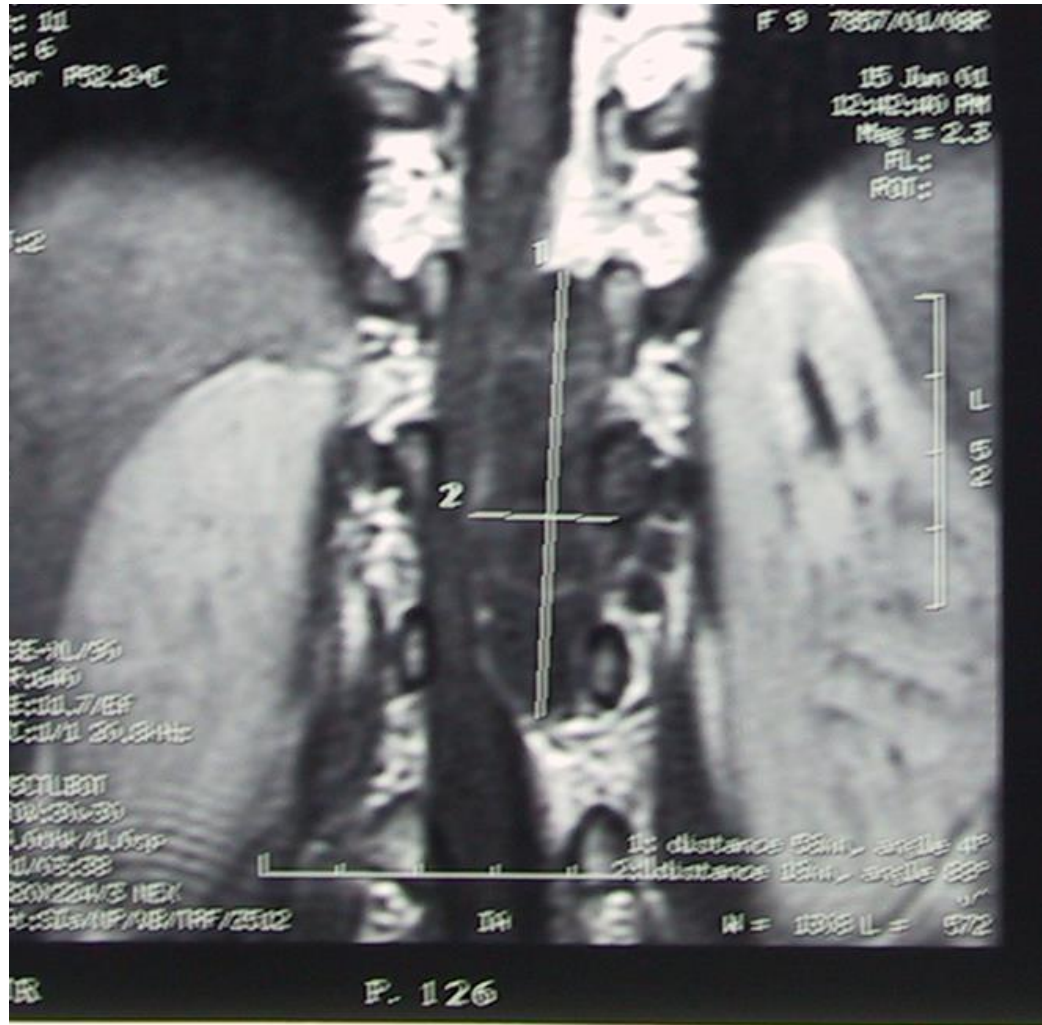
Ecografia abdominal e TAC Abdomino-Pélvica: infiltração renal bilateral, pancreática e intestinal.

TAC Crâneo-encefálica: Sem massas visíveis. Punção lombar: blastos no liquor.

Medulograma – Infiltração > 70% blastos B maduro



Valorizar Queixas



História de 1 mês de dor lombar

Múltiplas idas ao médico

Subitamente

– Atonia esfíncter anal

Na observação

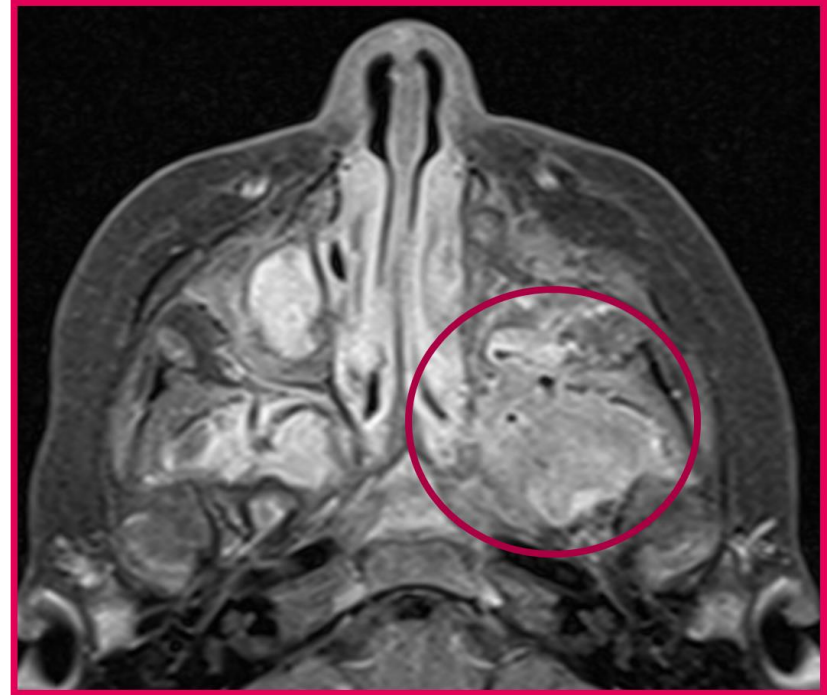
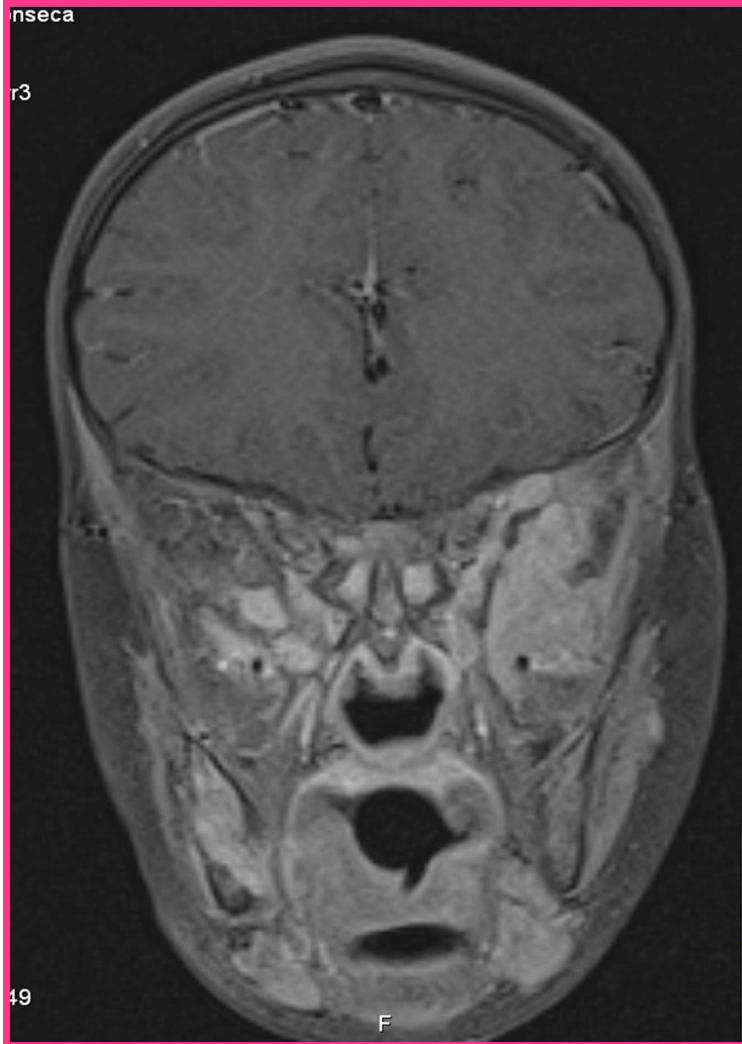
Adenopatias Cervicais – Precisão diagnóstica

- MGF
 - Marco 1 anos,
 - Adenopatias cervicais duras, aderentes, conglomerado de 4 cm
 - Prova terapêutica ab enquanto faz: Hemograma (anemia normocrômica normocítica), VS 74, Rx Tórax frente e perfil – N
 - Referido ao final de uma semana Diag. Linfoma de Hodgkin

Atraso de diagnóstico em Oncologia Pediátrica

- Doente de 2 anos com lesão cutânea cervical referenciada por adenopatias hipoecogénicas
- Prova terapêutica ab – melhoria de lesão com aspecto de ferida
- Agravamento – ab ev, marcada biópsia
- No dia da biópsia – 1º exame colheita para bacteriologia - felizmente seguiu também para AP e citometria

Atraso entre diagnóstico e tratamento



Doença de Erdheim-Chester
BRAF V 600 pos.

1 mês para início de
Dabrafenib – está em
Remissão completa

Atraso Burocrático

