

## Introdução

Ao longo dos tempos, tem sido observada uma grande evolução nas opções terapêuticas para o cancro da mama, mas com elas também advêm efeitos laterais importantes. Apesar das diversas estratégias profiláticas assumidas, são muitas vezes motivo de recorrência ao Hospital em consultas não programadas ou ao Serviço de Urgência. Nalguns casos, é mesmo necessário o internamento destes doentes.

Apesar da alta prevalência, hoje em dia sabe-se que constitui um dos tumores com as taxas mais elevadas de sucesso relativamente à eficácia terapêutica, pelo que é cada vez menos frequente encontrá-lo num internamento de Oncologia Médica.

Por essa razão, reveste-se de especial importância averiguar os motivos, a duração e as atitudes terapêuticas que o podem motivar. Estes resultados poderão ajudar a entender a magnitude do internamento no cancro da mama, em especial da toxicidade do tratamento oncológico e poderá impulsionar novas pesquisas de forma a diminuir as taxas de internamento nestas mulheres.

## Materiais e Métodos

Este estudo retrospectivo incluiu todas as mulheres com cancro da mama internadas no Serviço de Oncologia e de Cuidados Paliativos desde Julho de 2018 a Julho de 2019. Através do processo médico eletrónico, foram recolhidos dados demográficos (idade à data do internamento), co morbilidades, características do tumor (recetores hormonais e HER2) e do estadiamento no internamento.

Do internamento, foram recolhidas informações sobre o motivo de internamento, duração, terapêutica realizada e pedidos de colaboração.

## Resultados

Num total de 65 internamentos, a média de idades foi de 59 anos (range 30-91 anos). A maioria apresentava um ECOG Performance Status de 1.

Quanto ao perfil molecular do tumor, o mais frequente foi o Luminal B e o triplo negativo, enquanto o grau histológico 2 do tumor foi o mais comum.

Relativamente ao estadiamento aquando do internamento, a grande maioria das mulheres apresentava-se no estágio IV. Das doentes metastáticas, 36.4% apresentava metástases apenas num local, enquanto 63.6% apresentava em dois ou mais locais; as metástases ósseas foram as mais frequentemente encontradas (Tabela 1).

Houve 7 reinternamentos e o internamento teve uma média de duração de 10 dias (range=1-39). A causa mais frequente de internamento, em 30.8% (n=20) foi prostração/anorexia/astenia, em que destes 65% das doentes acabaram por falecer. A segunda causa mais frequente foi neutropenia febril, em 20% (n=13), como toxicidade da quimioterapia, com uma média de internamento de 7 dias, verificando-se apenas 1 morte. A terceira causa são alterações neurológicas em (parésia/cefaleias/crise convulsiva), em 18.5% (n=12), com uma média de internamento de 13 dias, verificando-se 2 mortes nestes dias (16.7%).

Verificou-se que, no total, 35.4% das mulheres acabaram por falecer durante o internamento.

Durante o internamento, foi diagnosticada progressão de doença com metástases de novo em 8 mulheres.

Relativamente ao tratamento instituído, 35.4% recebeu antibioterapia, 29.2% fez controlo sintomático, 23.1% recebeu medidas de conforto e 4.6% recebeu radioterapia (Tabela 2).

No total, foram feitos 20 pedidos de colaboração, especialmente aos Cuidados Paliativos (6), Radioterapia (3), Fisiatria (3), Neurocirurgia (2), Gastroenterologia (2), Infeciologia (1), Psicologia (1) e Neurologia (1).

Houve uma associação entre mortalidade e ECOG (t=2.348; p=0.022; OR 1.44; IC 95% [1,02-2,03]).

Variáveis		% (n)
Ecog	0	15,4% (n=10)
	1	38,5% (n=25)
	2	16,9% (n=11)
	3	15,4% (n=10)
	4	10,8% (n=7)
Co morbilidades	Hipertensão arterial	32,3% (n=21)
	Diabetes Mellitus	12,3% (n=8)
	Dislipidemia	18,5% (n=12)
Grau do tumor	1	7,7% (N=5)
	2	36,9% (n=24)
	3	20,0% (n=13)
Perfil molecular	Luminal A	6,2% (n=4)
	Luminal B	38,5% (n=25)
	Luminal HER2	13,8% (n=9)
	Sobreexpressão HER2	12,3% (n=8)
	Triplo Negativo	18,5% (n=12)
Estádio no início do internamento	I	1,5% (n=1)
	II	3,1% (n=2)
	III	26,2 (n=17)
	IV	37,7% (n=44)
Localização das metástases	Osso	43,1% (n=28)
	Fígado	35,4% (n=23)
	Gânglios linfáticos	10,8% (n=7)
	Pulmão	27,7% (n=18)
	SNC	13,8% (n=9)
	Pele	10,8% (n=7)

Tabela 1: caracterização das mulheres no início do internamento

Variáveis		% (n)
Tratamento durante o internamento	Controlo de sintomas	29,2% (n=19)
	Antibioterapia	35,4% (n=23)
	Transfusão sanguínea	1,5% (n=1)
	Medidas de conforto	23,1% (15)
	Radioterapia	4,6% (3)
	Outro	3% (n=2)
Graus de Neutropenia	Grau 2	7,2% (n=1)
	Grau 3	14,3% (n=2)
	Grau 4	78,6% (n=11)

Tabela 2: Terapêuticas efetuadas no internamento e discriminação dos graus de neutropenia

## Conclusão

O principal motivo de internamento relacionou-se com síndrome constitucional, provavelmente relacionado com o facto de que a maioria das doentes se encontrar em estadios avançados da doença e apresentavam subtipos histológicos mais agressivos, nomeadamente, Luminal B e triplo negativo.

A neutropenia febril é das complicações mais comuns decorrentes do uso de Quimioterapia e durante 2 décadas a gestão dos doentes oncológicos com neutropenia febril foi o internamento e a administração de antibioterapia. Queremos destacar que, no nosso estudo, a neutropenia febril foi causa de internamento em apenas 20% das doentes internadas. Estes dados podem ser um reflexo dos esforços desenvolvidos nos últimos anos para a uniformização de linhas orientadoras e estratificação de risco que permitem uma abordagem mais personalizada a cada doente e um manejo mais dirigido no contexto ambulatorio.

No entanto, são necessários mais estudos para determinar que estratégias podem ser assumidas para diminuir a taxa de internamento e/ou a sua duração.

Bibliografia:  
▪ Day FL, Bull JM, Lombard JM, Stewart JF. Changes in medical oncology admissions for the management of breast cancer complications: an Australian institution's experience. Asia Pac J Clin Oncol. 2011 Jun;7(2):146-53.  
▪ Numico G, Cristofano A, Mozzicafreddo A, Cursio OE, Franco P, Courthod G, et al. Hospital admission of cancer patients: avoidable practice or necessary care? PLoS One. 2015 Mar 26;10(3):e0120827.  
▪ Pittman NM, Hopman WM, Mates M. Emergency room visits and hospital admission rates after curative chemotherapy for breast cancer. J Oncol Pract. 2015 Mar;11(2):120-5.