

# VALOR PROGNÓSTICO DO RÁCIO NEUTRÓFILOS/LINFÓCITOS PRÉ-QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NO CANCRO DA MAMA

Luisa Leal da Costa<sup>1</sup>, Joana Albuquerque<sup>2</sup>, Pedro Simões<sup>1</sup>, Francisco Paralta Branco<sup>1</sup>, Mafalda Casa-Nova<sup>1</sup>, Mónica Nave<sup>2</sup>, Catarina Pulido<sup>2</sup>,

José Luís Passos Coelho<sup>1,2</sup>



<sup>1</sup>Serviço de Oncologia Médica, Hospital Beatriz Ângelo, Loures

<sup>2</sup>Serviço de Oncologia Médica, Hospital da Luz, Lisboa



## INTRODUÇÃO

O prognóstico do cancro da mama (CM) depende de características do doente e do tumor, sendo difícil prever o seu curso clínico. A quimioterapia neoadjuvante (QTna) induz elevadas taxas de resposta clínica, permitindo a cirurgia em neoplasias localmente avançadas ou “downstaging” e cirurgia conservadora em estádios precoces, estando a obtenção de resposta patológica completa (pCR) associada a melhor prognóstico, principalmente nos tumores HER2+ e triplo negativos (TN).

O rácio neutrófilos/linfócitos (RNL) tem sido investigado como factor de prognóstico e preditivo de pCR. Quando elevado parece ser indicativo de inflamação sistémica, associando-se a um aumento da mortalidade em várias neoplasias.<sup>3,6</sup> Uma metanálise de 15 estudos avaliou a relação entre o RNL ao diagnóstico e a sobrevida, concluindo que um RNL elevado se associa a pior sobrevida global (SG) e pior sobrevida livre de doença (SLD).<sup>4</sup>

## OBJECTIVOS

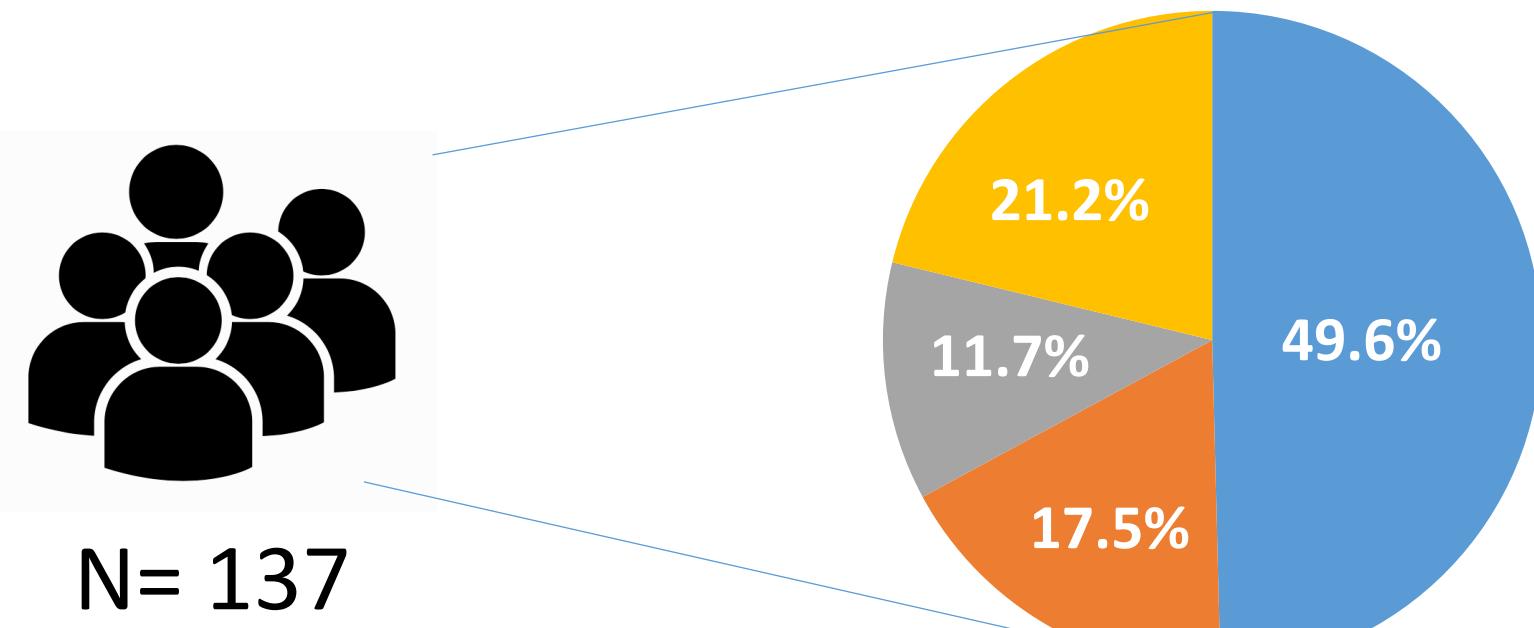
Calcular o RNL ao diagnóstico e perceber se existe correlação com a pCR e com o prognóstico em doentes com CM com indicação para QTna.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo de coorte retrospectivo. Todas as doentes com CM localizado ou localmente avançado (estádio I a III) submetidas a QTna no Hospital Beatriz Ângelo ou Hospital da Luz Lisboa entre janeiro de 2012 e dezembro de 2015, com mediana de seguimento de 5 anos. A mediana (MED) do RNL ao diagnóstico foi calculada e utilizada para dividir a população em dois subgrupos.

Foi realizada análise de regressão logística uni e multivariada com “outcome” pCR (vs doença residual) ajustada para co-variáveis relevantes e análise de sobrevida uni e multivariada com outcome SLD e SG, utilizando o programa SPSS v24.

## RESULTADOS



Idade – MED em anos	54 (28 – 79)
Pré-menopausa	60 (43.8%)
Estágio clínico	
Estágio II	54 (39.4%)
Estágio III	77 (56.2%)
Estágio indeterminado	6 (4.4%)
QTna	
Antracicilina, taxano ou ambos	137 (100)

Tabela 1: Caracterização da população

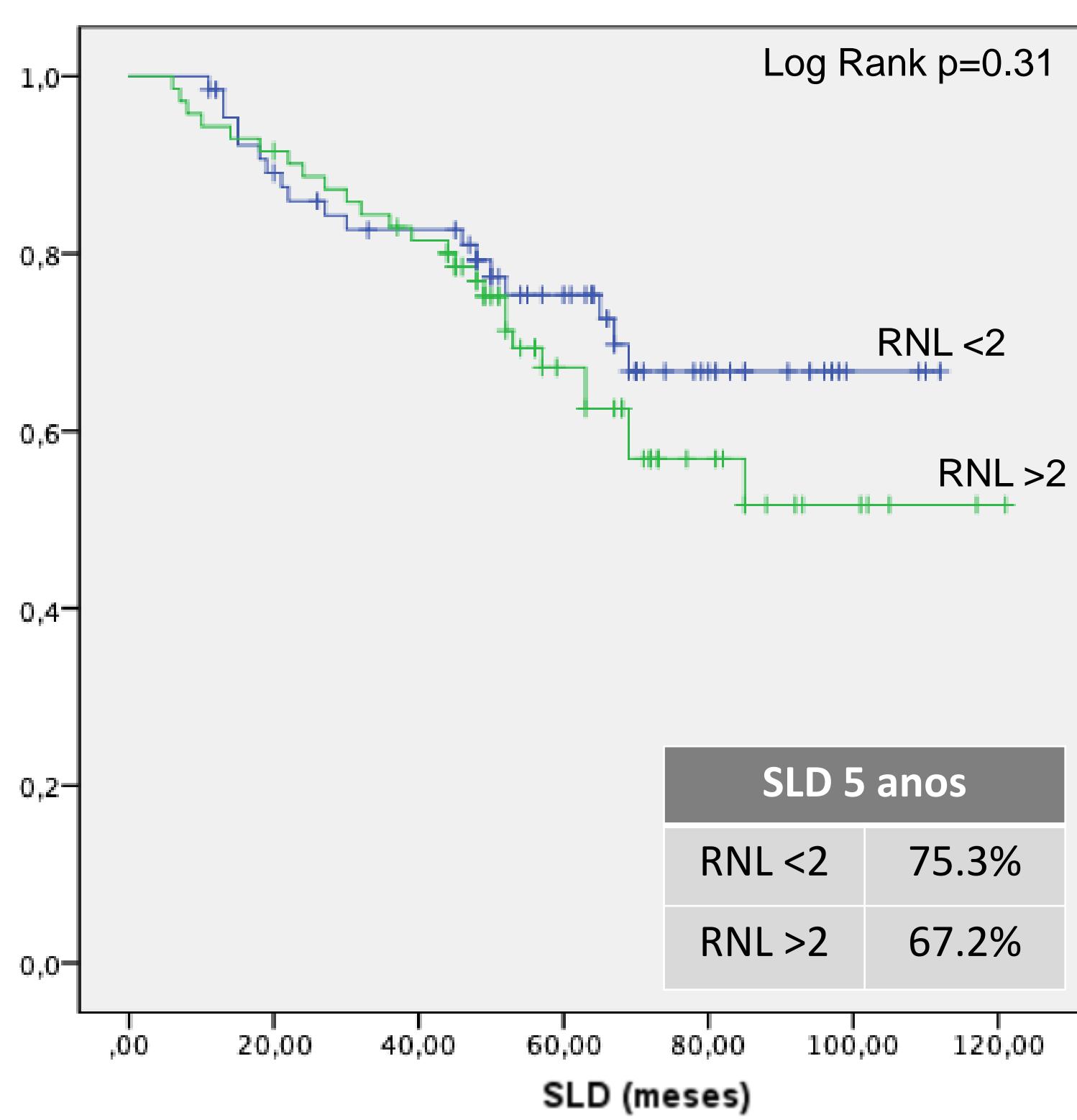


Gráfico 1: Curva de SLD por RNL < 2 ou > 2

### Sem associação entre RNL e SLD

Associação entre RNL e SLD no subgrupo estádio II ( $p=0.03$ ). Sem diferença nos restantes subgrupos RH+HER2- ( $p=0.07$ ), RH+HER2+ ( $p=0.70$ ), HER2+RH- ( $p=0.50$ ), TN ( $p=0.82$ ) e estádio III ( $p=0.65$ ).

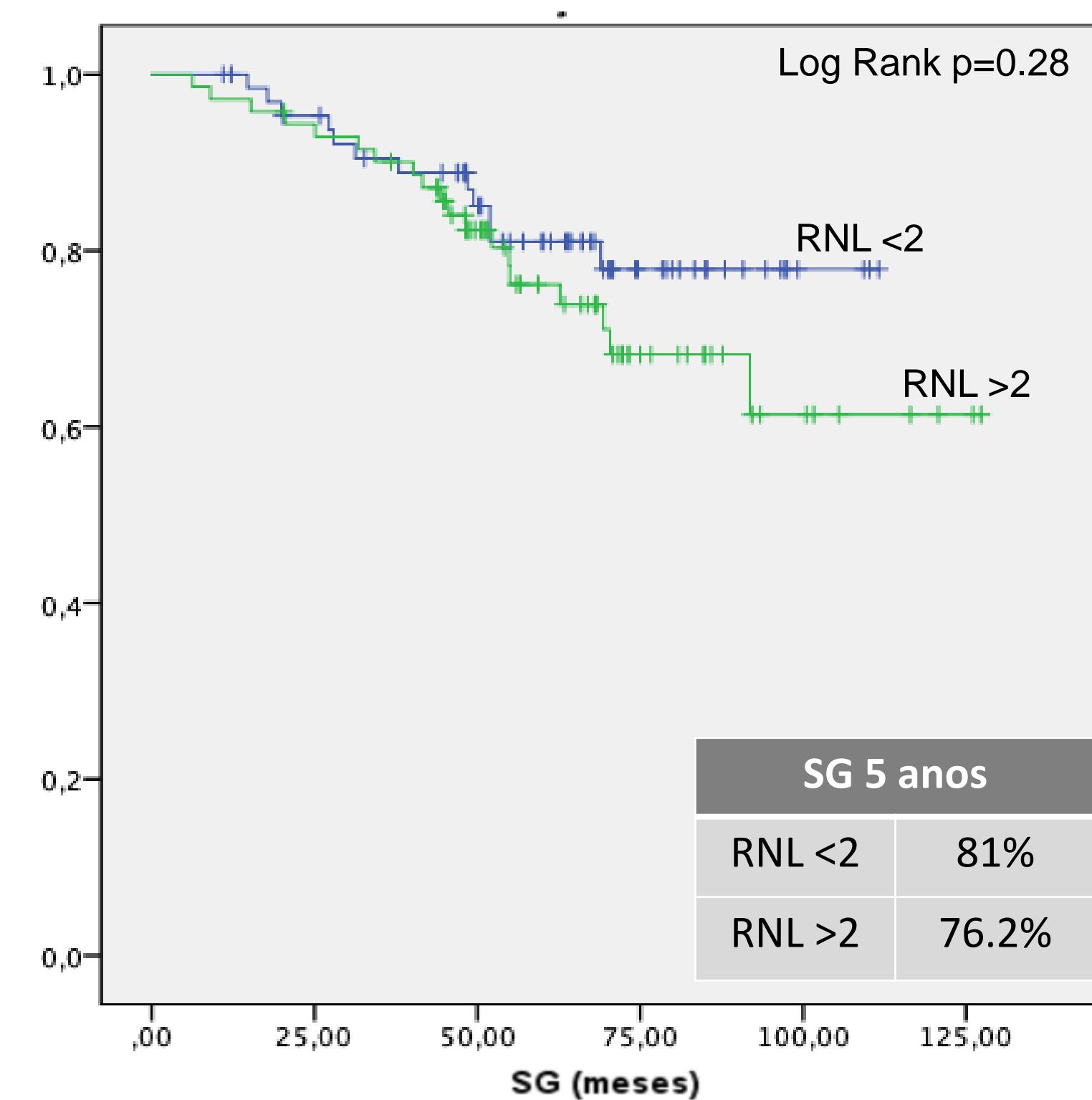


Gráfico 2: Curva de SG por RNL < 2 ou > 2

### Sem associação entre RNL e SG

Sem diferença na análise de subgrupos. RH+HER2- ( $p=0.11$ ), RH+HER2+ ( $p=0.86$ ), HER2+RH- ( $p=0.62$ ), TN ( $p=0.90$ ), estádio II ( $p=0.14$ ) e estádio III ( $p=0.89$ ).

### Recidiva em 32.1%

(SLD: MED 89 meses, IC 95% 81.3-96.7)

### Óbito em 22.6%

(SG: MED 103 meses, IC 95% 95.4-110.5)

### pCR em 27% (N=30)

### Mediana RNL ao diagnóstico = 2 (0.9-23.5)

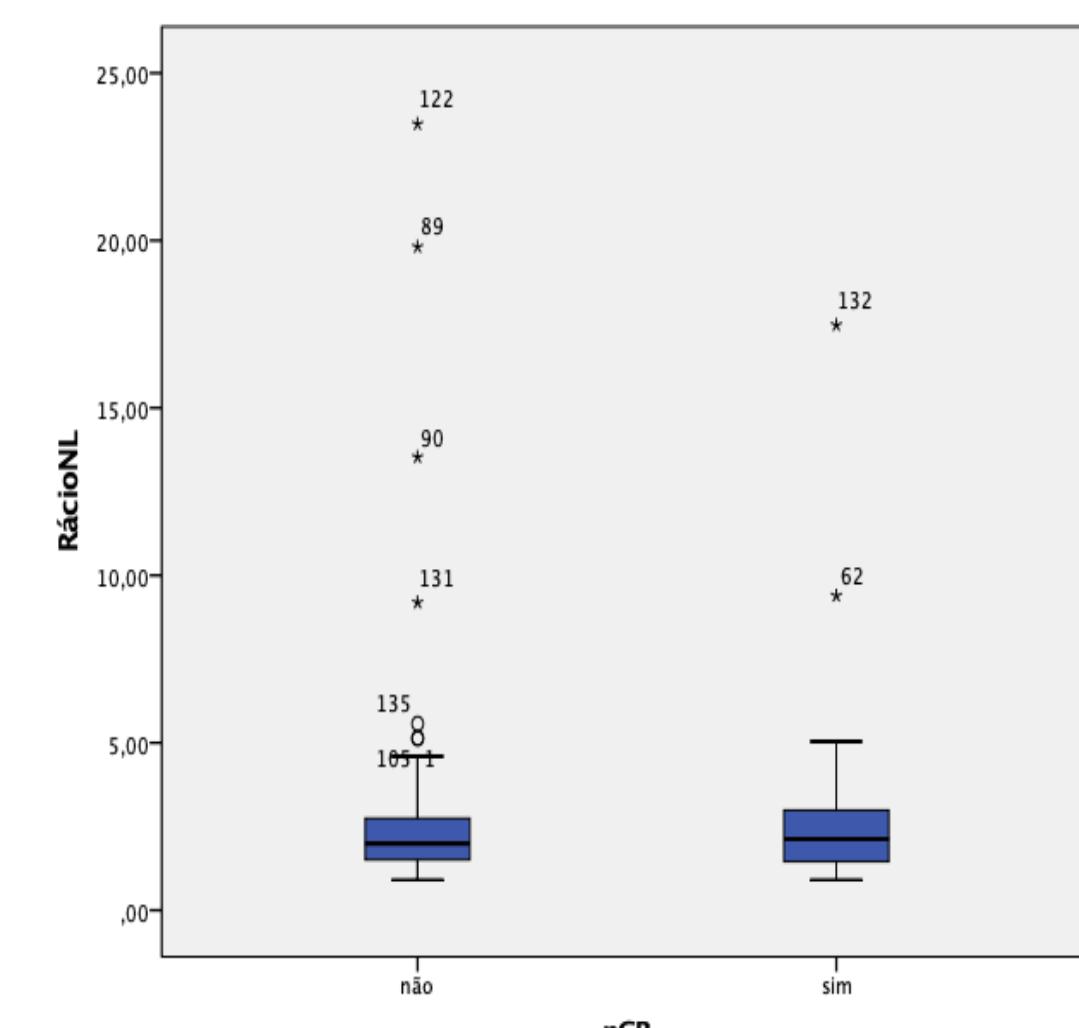


Gráfico 3: Distribuição do RNL por atingimento ou não de pCR

**SEM DIFERENÇA** no RNL entre pCR e doença residual (MED RNL 2.12, 0.90-17.4 vs. MED RNL 1.99, 0.91-23.48,  $p=0.68$ ).

Sem diferença entre tumores HER2+RH- ( $p=0.09$ ), TN ( $p=0.88$ ), LuminalHER2- ( $p=0.44$ ) ou LuminalHER2+ ( $p=0.531$ ), nem por estádios (estádio II,  $p=0.75$  e estádio III  $p=0.26$ ).

## CONCLUSÃO

Nesta coorte **não se documentou uma associação entre o RNL e a probabilidade de obter pCR**. Observámos **SLD ou SG inferiores em doentes com RNL >2** embora sem significado estatístico. Esta análise poderá estar limitada pelo número de doentes incluídos (N= 137).