

# AVALIAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE SINTOMAS EM DOENTES COM NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS: RESULTADOS PRELIMINARES DA APLICAÇÃO DA ESCALA MPN-10

Maria Sarmiento<sup>1</sup>; Sandra Ponte<sup>2</sup>; Maria José Monteiro<sup>3</sup>; Zilda Moura<sup>4</sup>; Gisela Ferreira<sup>5</sup>; Blanca Polo<sup>6</sup>; Jorge Freitas<sup>7</sup>

<sup>1</sup> ULS de Matosinhos; <sup>2</sup> Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental (CHLO); <sup>3</sup> Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNG/E); <sup>4</sup> Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD); <sup>5</sup> Centro Hospitalar do Baixo Vouga (CHBV) – Aveiro; <sup>6</sup> Centro Hospitalar de Lisboa Norte (CHLN); <sup>7</sup> Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP)

E-POST30



## INTRODUÇÃO

As neoplasias mieloproliferativas (NMP), Mielofibrose (MF), Policitemia Vera (PV) e Trombocitemia Essencial (TE) estão associadas a uma importante carga sintomática com conseqüente redução da qualidade de vida (QoL) dos doentes.<sup>1-3</sup> A avaliação e monitorização de sintomas, durante o tratamento, através da escala MPN-10, permite detetar alterações na sintomatologia, potenciais sinais de progressão da doença, indiciando uma eventual necessidade de reavaliação da doença e da abordagem terapêutica.<sup>4</sup>

## OBJETIVOS

Caracterizar a clínica e a sintomatologia dos doentes com NMP através da aplicação da escala MPN-10.

## MATERIAL E MÉTODOS

Registo multicêntrico prospetivo de doentes com NMP seguidos em consultas de enfermagem, com recolha de dados presencial e/ou telefónica na avaliação inicial (V1) e *follow-up* (FU).

Para uniformizar a aplicação da escala de autoavaliação MPN-10, foram consideradas as linhas orientadoras da publicação “Guia de apoio para avaliação de sintomatologia em doentes com síndromes mieloproliferativas através da aplicação da escala MPN-10”.<sup>5</sup>

A análise estatística foi realizada utilizando o *software* SPSS, v. 24.0, considerando-se significativos todos os resultados com nível de significância inferior a 5% (p<0,05).

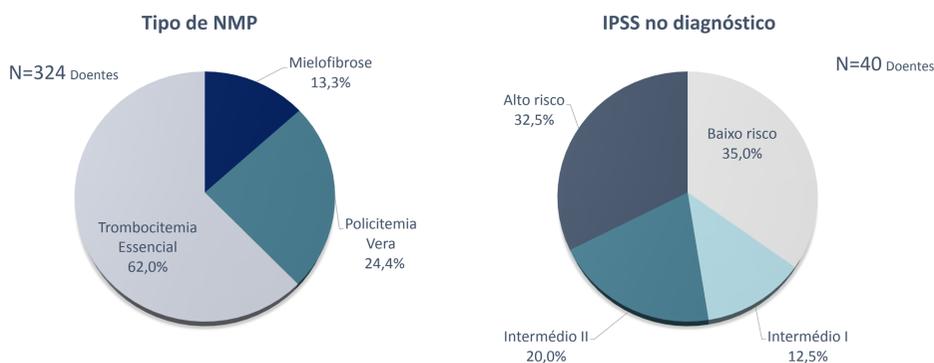
### Caracterização da amostra:

- Caracterização demográfica através da análise descritiva das variáveis sexo, idade e situação laboral, por tipo de NMP;
- Caracterização clínica através do número de doentes, tratamento farmacológico e terapêutica de suporte, por tipo de NMP;
- Avaliação da carga sintomática, com base na pontuação da MPN-10 em cada avaliação, por tipo de NMP.

## RESULTADOS

Foram incluídos 324 doentes, 57% mulheres, 60% reformados, idade média [mín,máx] 70 anos [32,96], duração mediana de doença > 3 anos (41,5 meses).

Mais de 60% dos doentes tinham diagnóstico de TE, 24% PV e 13% MF (74% MF primária). Dentro do subgrupo de doentes com MF, a maioria não tinha avaliação IPSS ao diagnóstico (14 doentes de baixo risco, 13 de risco intermédio e 13 de alto risco). D-IPSS média no diagnóstico 1,1±0,6 (n=188).

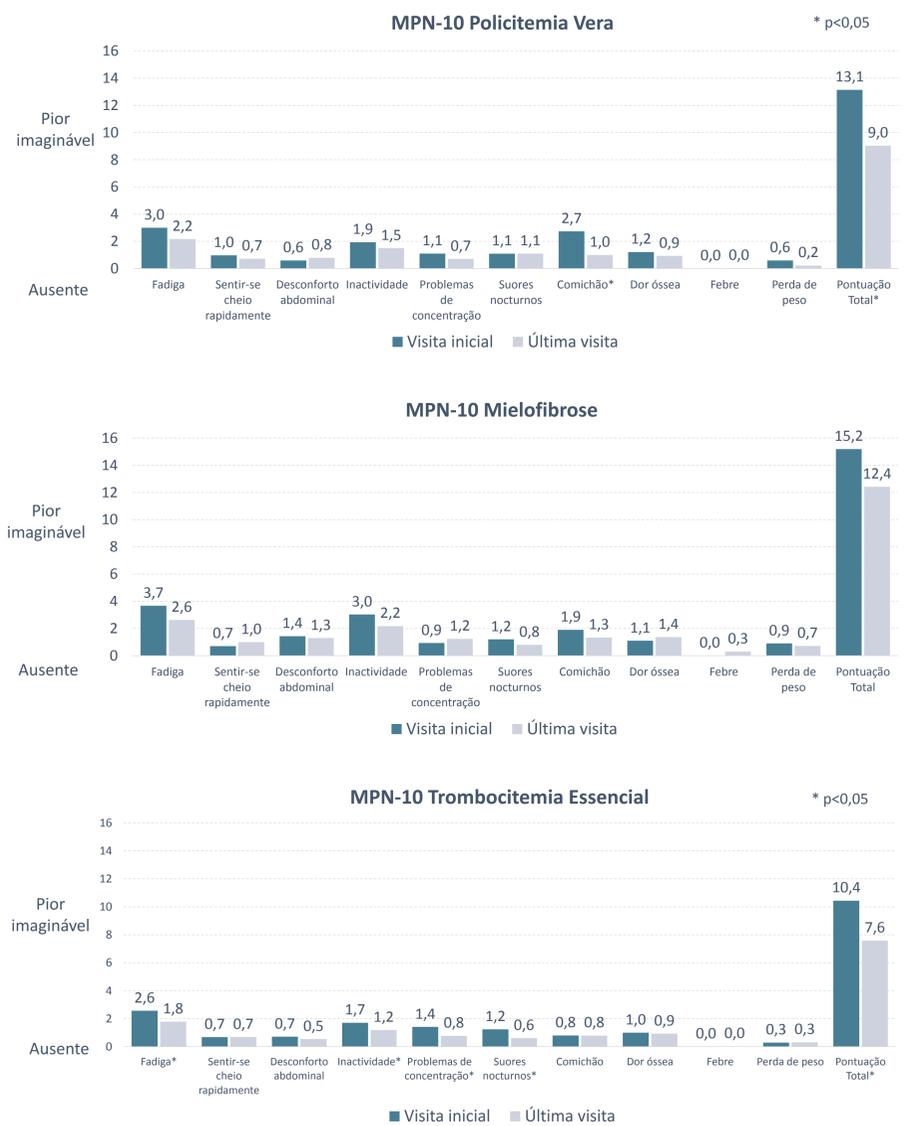


Terapêutica de suporte não instituída em 78% dos doentes. A maioria dos doentes (88%) estava sob tratamento farmacológico para NMP, 71% com hidroxiureia (>70% dos doentes PV e TE e 30% dos doentes MF), 31% AAS (±30% dos doentes TE e PV e 12% dos doentes MF), 9% flebotomia (30% dos doentes PV e <5% dos doentes MF e TE), 4% ruxolitinib (21% dos doentes MF, 1% dos doentes PV e TE), 2% interferão (<2% dos doentes TE e PV) e 6% com outro tratamento.

### Terapêutica de suporte por tipo de NMP



Os sintomas mais reportados pelos doentes com NMP foram fadiga (n=210), inatividade (n=153), prurido (n=114) e falta de concentração (n=110). Fadiga (n=37) e inatividade (n=29) foram os mais referenciados na MF; fadiga (n=53), prurido (n=46) e inatividade (n=36) na PV; e fadiga (n=120), inatividade (n=88) e falta de concentração (n=79) na TE.



A média (±DP) da MPN-10 na V1 vs. FU final foi de 15,2±13,3 vs. 12,4±15,5 (p=0,265); 13,1±11,3 vs. 9,0±10,7 (p=0,015); 10,4±10,6 vs. 7,6±11,7 (p=0,004) nos doentes MF, PV e TE, respetivamente.

## CONCLUSÕES

A aplicação sistemática da escala MPN-10 levou a um conhecimento mais aprofundado dos doentes e das suas queixas, o que, juntamente com alterações analíticas, motivou um reajuste terapêutico que conduziu a ganhos na QoL destes doentes.

## REFERÊNCIAS

- Mesa R, Jamieson C, Bhatia R, et al. Myeloproliferative Neoplasms, Version 2.2017. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2016 Dec;14(12):1572-11.
- Harrison CN, Koschmieder S, Foltz L, et al. The impact of myeloproliferative neoplasms (MPNs) on patient quality of life and productivity: results from the international MPN Landmark survey. Ann Hematol. 2017 Oct;96(10):1653-65.
- Arber DA, Orazi A, Hasserjian R, et al. The 2016 revision to the World Health Organization classification of myeloid neoplasms and acute leukemia. Blood. 2016 May 19;127(20):2391-405.
- Emanuel RM, Dueck AC, Geyer HL, et al. Myeloproliferative neoplasm (MPN) symptom assessment form total symptom score: prospective international assessment of an abbreviated symptom burden scoring system among patients with MPNs. J Clin Oncol. 2012 Nov 20;30(33):4098-103.
- Rocha A, Ricou C, Pereira E, et al. Guia de apoio para avaliação de sintomatologia em doentes com síndromes mieloproliferativas através da aplicação da escala MPN-10. ONCO.NEWS. 2018;36:41-4.