

## OLIGODENDROGLIOMAS ANAPLÁSICOS: UMA ANÁLISE DE 11 ANOS

Nuno Teixeira Tavares(1);Andreia Costa(1);Catarina Fernandes(1);Cláudia Caeiro(1);Lígia Osório(2);Lígia Castro(3);Bruno Carvalho(4);Paulo Linhares(4);José Fonseca(5);Margarida Damasceno(1)

(1) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Oncologia Médica (2) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Radioterapia (3) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Anatomia Patológica (4) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Neurocirurgia (5) Centro Hospitalar de São João, EPE - Serviço de Neuroradiologia

**INTRODUÇÃO:** O Oligodendroglioma anaplásico (OA) compreende cerca de 3.5% dos gliomas malignos, com uma idade mediana ao diagnóstico de 50 anos. A presença da co-delecção 1p19q é um marcador molecular de bom prognóstico. A melhor estratégia terapêutica está ainda por definir.

**OBJETIVOS:** Avaliar sobrevivência global (SG), sobrevivência livre de progressão (SLP) e factores de prognóstico (FP) dos doentes com OA no Centro Hospitalar de São João (CHSJ).

**MATERIAL E MÉTODOS:** Estudo observacional retrospectivo de doentes com diagnóstico histológico de OA no CHSJ entre 01/2005 e 12/2015. Recolheram-se informações relativas a variáveis demográficas, clínicas e tratamento. Os dados foram analisados em SPSS v22.0 com análise de sobrevivência pelo método Kaplan-Meier e análise multivariada pela regressão de Cox.

**RESULTADOS:** Foram incluídos 49 doentes com mediana de idade de 55 anos [28-78]; 51% do sexo masculino; 69.4% apresentavam ECOG-PS=0. As cefaleias foram a manifestação clínica inicial mais frequente (32.7%) e a localização no lobo frontal a mais comum (67.3%). Todos os doentes foram submetidos a intervenção neurocirúrgica: biópsia estereotáxica (22.4%), cirurgia macroscópica completa (38.8%) ou subtotal (38.8%). Foi pesquisada a co-delecção 1p19q em 9 doentes, estando presente num total de 6 doentes. Para uma mediana de seguimento de 11 meses, obteve-se SG de 12 meses e SLP de 8 meses. Verificou-se melhoria significativa da SG nos doentes submetidos a RT seguido de QT (RT-QT) comparativamente com RT isolada (SG 38 vs. 14 meses,  $p=0.025$ ) e vigilância/suporte (SG 38 vs. 1 meses,  $p<0.001$ ). Objectivaram-se também os seguintes factores de mau prognóstico para SG: idade  $\geq 55$  anos ( $p=0.004$ ), lesões bilaterais ( $p<0.001$ ) e presença de lesões múltiplas ( $p=0.002$ ). Na análise multivariada mantiveram impacto negativo: idade  $\geq 55$  anos (HR 0.405 IC 95% 0.18-0.92,  $p=0.031$ ) e estratégia de vigilância/suporte (HR 0.229 IC 95% 0.095-0.557,  $p=0.001$ ). A não apresentação por epilepsia ( $p=0.007$ ), estratégia vigilância/suporte ( $p<0.001$ ), bilateralidade ( $p=0.046$ ) e ausência de cirurgia de ressecção ( $p=0.02$ ) foram os FP associados a menor SLP. Na análise multivariada apenas a ausência de epilepsia (HR 0.272 IC 95% 0.096-0.769,  $p=0.014$ ) e a estratégia de vigilância/suporte (HR 0.175 IC95% 0.063-0.485,  $p=0.001$ ) mantiveram impacto negativo na SLP.

**DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:** A inclusão de vários doentes com idade avançada nos quais foi adoptada uma estratégia de suporte influencia negativamente a SG. A realização de RT-QT oferece vantagem significativa em termos de SG, não tendo sido possível afirmar qual o melhor esquema de QT. A identificação de vários FP contribuirá para aferir o curso expectável da doença em cada indivíduo. A pesquisa de co-delecção 1p19q foi estabelecida há relativamente pouco tempo, pelo que a escassez de doentes não permitiu confirmar diferenças significativas no prognóstico.