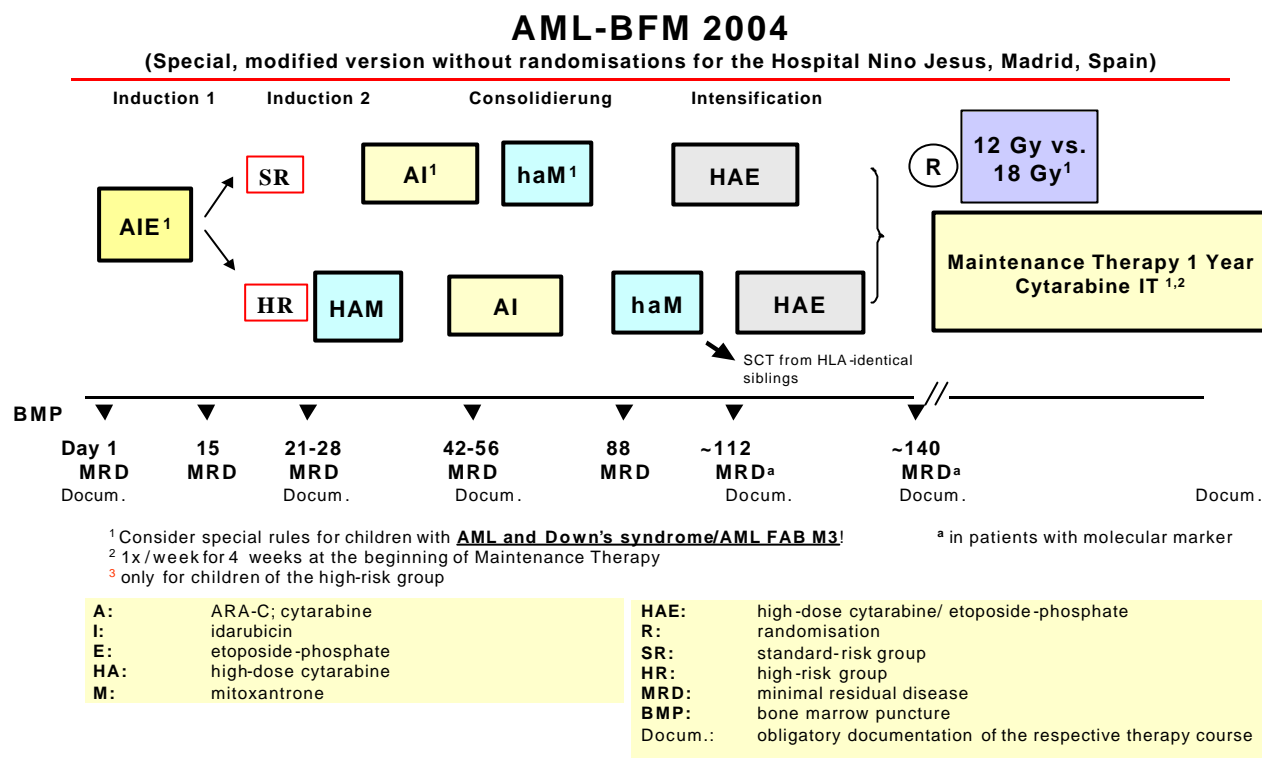


LMA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

- Até 16 anos → Protocolo infantil → BFM 2004
- Após 17 anos → Protocolo de Adulto → 7+3

Protocolo baseado no **BFM 2004**

Os



AML-BFM 2004

pacientes serão divididos em 2 grupos de risco:

RISCO STANDARD		ALTO RISCO
M3 LMA em Sdr de Down		M0 M1/ M2 sem bastões de Auer M4 M5 M6 M7
M1 / M2 com bastões de Auer M4 eosinofílica LMA com t(8; 21) / Inv (16)	M0 no D 15 com > 5% de blastos →	

INDICAÇÃO DE TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO:

1. doadores aparentados para todos os doentes de alto risco em 1ª remissão
2. doadores não aparentados para pacientes de alto risco com aplasia prolongada (mais de 4 semanas após HAM) sem sinais de regeneração medular.

Doses em lactentes:

Em lactentes (< 12 meses ou < 10 kg), as doses são calculadas por peso (kg) e não por superfície corporal (exceção do HD-ARA-C; vide tabela própria). As doses em m² são divididas por 30 para se obter as doses em kg.

FASE CITOREDUTORA:

Pacientes com leucometria inicial > 50.000/mm³ ou grandes visceromegalias receberão um pré-tratamento citoreductor:

TG	VO	40 mg/m ² /d
----	----	-------------------------

ARA-C	IV/SC	40 mg/m ² /d
-------	-------	-------------------------

Se não houver redução apreciável da leucometria no D3, iniciar a indução.

A fase citoreduzora não deve exceder 7 dias.

1. INDUÇÃO

ARA-C	IV	100mg/m ² /dia	D1-2 Infusão contínua em 48 h
ARA-C	IV	100mg/m ² /dose 12/12 h	D 3-8
IDARUBICINA	IV	12 mg/m ² em 4 horas	D 3, 5,7
VP 16	IV	150 mg/m ² em 1 hora	D 6, 7,8
ARA-C	IT	Dose pela idade	D1 e 8

ARA-C IT

IDADE	DOSE
< 1 ano	20 mg
Entre 1-2 anos	26 mg
Entre 2-3 anos	34 mg
> = 3 anos	40 mg

Observações:

VP 6 horas antes do ara-c

Idarrubicina antes do ara-c.

Medula óssea no D15 da indução.

Blasto no D15	Continuação da QT
≤5%	Aprox. no D 28 se afebril e em boas condições gerais
> 5 %	No D16 se não houver febre nem infecção severa.

2. 2ª INDUÇÃO:

HAM

SO NO GRUPO ALTO RISCO

Pacientes com boa resposta no D15 devem ter contagem de leucócitos > 1000/mm³ antes do início do Bloco e boas condições gerais.

Pacientes com blastos no D15 recebem o bloco apesar da contagem de leucócitos, se a condição do paciente permitir.

MO NO D1

HD ARA-C	IV	3g/m ² em 3 h 12/12 h	D 1-3 (total de 6 doses)
MITOX.	IV	10 mg/m ² em 30 min.	D 3,4
ARA-C	IT	DOSE PELA IDADE	D1

Redução da dose do ara-c pela idade:

Idade em meses	% da dose
≥ 24	100
20-24	90
17-19	80
14-16	70
11-13	60
10-8	50
6-7	40
4-5	30
≤3	20

Tratamento de suporte: Colírio lubrificante 2 gts/AO cada 4-6 horas, iniciando 6 horas antes do ara-c e terminando 12 h após a última dose.

Manter um intervalo de no mínimo 2 horas entre a 1ª dose de ara-c e o ara-c IT

3. CONSOLIDAÇÃO (2 PARTES):

CONSOLIDAÇÃO Parte I:

AI

- Inicia 4 semanas após a indução/HAM, respectivamente (pelo grupo de risco).
- Boas condições gerais
- Ausência de infecção
- PMN > 1000/mm³ e plaquetas > 80.000/mm³
- MO no D1

ARA-C	IV	500 mg/m ² em infusão contínua	D 1-4
IDA	IV	7 mg/m ² em 60 min.	D 3, 5
ARA-C	IT	DOSE PELA IDADE	D1, 6

CONSOLIDAÇÃO Parte II:

haM

- Inicia 4 semanas após AI
- Boas condições gerais
- Ausência de infecção
- PMN > 1000/mm³ e plaquetas > 80.000/mm³

HD ARA-C	IV	1g/m ² em 3 h 12/12 h	D 1-3 (total de 6 doses)
MITOX.	IV	10 mg/m ² em 30 min.	D 3,4
ARA-C	IT	DOSE PELA IDADE	D1, 6

Observar as precauções em relação ao uso do ara-c.

4. FASE DE INTENSIFICAÇÃO:

HAE (para todos os pacientes sem previsão de SCT).

- Inicia 2-4 semanas após haM
- Boas condições gerais
- Ausência de infecção
- PMN > 1000/mm³ e plaquetas > 80.000/mm³
- MO no D1

HD ARA-C	IV	3g/m ² em 3 h 12/12 h	D 1-3 (total de 6 doses)
VP16	IV	125 mg/m ² em 60 min.	D 2-5
ARA-C	IT	DOSE PELA IDADE	D1

VP 6 horas antes do ara-c

Observar as precauções em relação ao uso do ara-c.

5. MANUTENÇÃO: duração de 1 ano.

Inicia 4 semanas após o final da intensificação, em paralelo com a radioterapia, desde que as condições geral-hematológicas permitam.

ARA-C	SC	40 mg/m ²	D1-4 cada 4 semanas
TG	VO	40 mg/m ²	diariamente
ARA-C	IT	Pela idade	D1, 8, 15 e, 22

TG	Leucometria mm ³		% da dose
	> 3000		150
	> 2000		100
	>1000-2000		50
< 1000		0	

ARA-C: leucometria > 2000/mm³ e plaquetas > 80.000/mm³; caso não preencha os critérios, adiar em 1 semana.

TRATAMENTO DO SNC:

Idade	Dose profilática	Dose terapêutica
15 m -24 m	12 Gy	15 Gy
2-3 anos	12 Gy	18 Gy
> 3 anos	12 Gy	18 Gy

LMA EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN:

Pacientes com Sdr. De Down serão tratados como pacientes de Protocolo, mas com as seguintes alterações:

1. Redução da dose de ara-c como para crianças menores de 2 anos
2. Durante a indução (AIE), redução da dose de Idarrubicina: 8 mg/m².
3. Não receberão o Bloco HAM
4. Redução da dose de IDA no Bloco AI (5 mg/m²) e do MITOX no Bloco haM (7 mg/m²).
5. tratamento do SNC restrito a 7 doses de ara-c IT.

LMA M3

Pacientes com M3 são tratados no risco standard, independente no número de blastos no D15 da indução. A quimioterapia continuará seguindo as condições clínicas do paciente.

Pacientes que continuarem com marcador molecular positivo após o bloco HAE receberão ATRA até a negatificação e, após, o bloco HAM.

RECOMENDAÇÃO PARA O ATRA:

ATRA é iniciado logo após a confirmação do diagnóstico:

ATRA	VO	25 mg/m ² /dia em 2 doses com as refeições.
------	----	--

Manter por 3 dias antes de iniciar a QT

A droga será administrada de forma intermitente por 14 dias com 7 dias de repouso terapêutico. Geralmente a RC é alcançada após o 3º ciclo de ATRA.

Após isto, o ATRA será administrado novamente:

1. no início do ciclo HAE, por 14 dias.
2. três meses após o início da manutenção, cada 3 meses por 14 dias.

Início da QT:

Leucometria < 5000/mm ³	Após o 3º dia de ATRA
Leucometria inicial > 5000/mm ³	Após o 1º dia de ATRA
Leucometria inicial > 10.000/mm ³	ATRA e QT simultaneamente

SÍNDROME DO ATRA:

Febre, infiltrado pulmonar, derrame pleural/pericárdico, insuficiência renal.

Geralmente ocorre após 2- 10 dias de tratamento. Reversível com interrupção do ATRA e dexametasona.

Não é indicação para suspensão definitiva do ATRA.

Dexametasona 0,5-2 mg/kg.

TRATAMENTO DAS RECAÍDAS

Sugerido Esquema FLAG (fludarabina, ara-c e G-CSF) como indução, seguido de segunda indução com FLAG e consolidação com o mesmo ciclo ou SCT alogênico.