

## Curso a distância em SMD - organizado pela GLAM

### **Curso a distância em SMD - organizado pela GLAM**

O Grupo Latino-Americano SMD (GLAM), como uma Associação Científica Sem Fins Lucrativos, desenvolveu um curso de atualização que consiste em 20 módulos que serão renovados anualmente. A modalidade do curso é à distância e bibliográfica. Será concedido crédito para certificação equivalente a 330 horas.

### **Objetivo**

Gerar um canal de comunicação contínua com o leitor, atualizar conceitos e promover a educação, reafirmando o conhecimento atual.

### **Regulamento**

- O curso consiste em 8 módulos e 20 capítulos, cada um dos capítulos contem de 2 a 3 artigos que serão enviados para a web antes do anúncio para o seu e-mail.
- Para aprovar o curso anual, você deve responder corretamente, pelo menos, 60% das perguntas em cada capítulo.
- O curso será considerado aprovado e um certificado será entregue, uma vez concluído todos os módulos.
- No caso de não ocorrer aprovação em um capítulo, um conjunto com novas perguntas será enviado.
- A data de início do curso e sua conclusão serão anunciadas após o recebimento da sua inscrição

**Destinatários:** Profissionais médicos, bioquímicos e técnicos em genética e Citometria de fluxo.

**Modalidade:** a distancia e bibliográfica

**Data de inscrição:** a partir de março de 2019 (pedir bolsas de estudo)

**Avaliação final:** Teste de múltipla choice

**Curso equivalente a 330 horas de ensino (concede crédito para certificação)**

**Inscrições por e-mail para [secretaria@grupoglam.org](mailto:secretaria@grupoglam.org)**

**Custo:** Membros do Glam: Grátis;

**Membros não-médicos:** US \$ 50.- dólares

**Membros não médicos:** US \$ 100.- dólares

**Duração:** Anual

**Corpo Docente****Professores*****Prates, Virginia (Arg)******Basquiera, Ana Lisa (Arg)******Abello Polo, Virginia (Col)******Flores, Gabriela (Arg)******Navarro, Juan (Per)******Arbelbide, Jorge (Arg)******Gonzalez, Jacqueline (Arg)******Nucifora, Elsa (Arg)******Avendaño Oscar (Gua)******Grillé, Sofía (Uru)******Pimentel, Mayra (RDom)******Barroso, Fernando (Bra)******Huaylinos, Carlos (Per)******Reyes, Jheremy (Col)******Belli, Carolina (Arg)******Huaman, Fuad (Ecu)******Rodríguez Pineda, M. (CRic)******Boada, Matilde (Uru)******Iastrebner, Marcelo (Arg)******Salinas, Víctor (Par)******Calado, Rodrigo (Bra)******Ikoma, Maura Valerio (Bra)******Sánchez, Angel (Hon)******Cao, Carmen (Chi)******Lens, Daniela (Uru)******Serrano, Juan (Ven)******Choque, Juan Antonio (Bol)******Lopes, Luiz Fernando (Bra)******Undurraga, Soledad (Chi)******Díaz, Lilián (Uru)******Magalhaes, Silvia (Bra)******Valladares, Ximena (Chi)******Di Stefano, Marcos  
(Ven/Ecu)******Mendoza, Ninotchka (Pan)******Velloso, Elvira (Bra)******Enrico, Alicia (Arg)******Moreno Gusmao, Breno (Bra)******Vidal, Gabriela (Per)***

## Programa

- **Módulo I DIAGNÓSTICO**

- **Capítulo 1 Citomorfologia**
- **Capítulo 2 Anatomia Patológica**
- **Capítulo 3 Citometria de Fluxo**

- **Módulo II BIOLOGIA - FISIOPATOGENIA**

- **Capítulo 4 Citogenética**
- **Capítulo 5 Mutações**
- **Capítulo 6 Microambiente**

- **Módulo III CLASSIFICAÇÕES E SISTEMAS DE RISCO**

- **Capítulo 7 FAB, OMS 2016, Critérios de diagnóstico**
- **Capítulo 8 IPSS, IPSS-R, CPSS, WPSS, MDSS**

### **Módulo IV TRATAMENTO SUPORTE**

- **Capítulo 9 Medicina transfusional**
- **Capítulo 10 Quelantes de Ferro**

- **MÓDULO V BAIXO RISCO**

- **Capítulo 11 Algoritmo Terapêutico. Eritropoietina e outros**
- **Capítulo 12 SMD Hipoplásica, Insuficiência Medular, HPN.**

- **Módulo VI ALTO RISCO**

- **Capítulo 13 Algoritmo Terapêutico**
- **Capítulo 14 Hipometilantes**

- **Capítulo 15 Novas Drogas**
  
- **Módulo VII TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**
  - **Capítulo 16 Indicações, eficácia, complicações**
  - **Capítulo 17 Novas Estratégias**
  
- **Módulo VIII SÍNDROMES DE SUPERPOSIÇÃO, PEDIATRIA E SMD SECUNDÁRIA**
  - **Capítulo 18 LMMC e outras síndromes de superposição**
  - **Capítulo 19 SMD-t**
  - **Capítulo 20 SMD em pediatria e LMMJ**

## **INTRODUÇÃO**

**Curso a distância em SMD - organizado pela GLAM**

**Desenvolvimento:**

### **I.- DIAGNÓSTICO DAS SÍNDROMES MIELODISPLÁSTICAS**

As síndromes mielodislásicas (SMD) são um conjunto heterogêneo de doenças clonais de células progenitoras hematopoiéticas, caracterizadas pela presença de hematopoiese ineficaz, com presença de citopenias, alterações morfológicas celulares (dispoese) e medula óssea (MO) normo ou hiper celular. A presença de mielodislásia não é sinônima de síndrome mielodislásica e é necessária a exclusão de outras doenças que possam ter características comuns.

Abarca: Estudos em sangue periférico, medula óssea, alterações morfológicas (diseritropoese, disgranulopoese, dismegacariopoese). Critérios mínimos de diagnóstico (pré-requisitos, critérios decisivos e co-critérios). Classificações de acordo com a FAB, WHO 2008 e 2016.

### **II.- TRATAMENTO DAS SÍNDROMES MIELODISPLÁSTICAS**

Antes de iniciar um tratamento, é importante realizar uma análise da situação inicial do paciente: avaliações funcionais, co-morbidades e testes geriátricos. A decisão de se iniciar um tratamento em pacientes com SMD deve ser baseada em prognóstico individual. O objetivo do tratamento em paciente de alto risco é modificar a história natural da doença e prolongar a sobrevida por meio do tratamento ativo. Enquanto que, em pacientes com SMD de baixo risco, o tratamento visa melhorar a sintomatologia e a qualidade de vida, e em vista da ausência, por enquanto, de tratamentos que mostram aumento na sobrevida em pacientes de baixo risco, não se justifica a introdução de medicamentos na ausência de sintomas.

### **III.- TRATAMENTO DE APOIO**

O tratamento de suporte visa à melhoria geral dos sintomas ou sinais causada pela doença, melhorar as citopenias, corrigir a sobrecarga de ferro transfusional e, intervir sobre aspectos psicológicos e de reserva funcional e mecânica. Consistem no tratamento da anemia (suporte transfusional e uso de agentes que estimulam a eritropoiese), neutropenia (profilaxia com antibióticos e fatores estimulantes granulopoiéticos) e trombocitopenia (suporte transfusional e uso de análogos da trombopoetina). Abrange também o tratamento da sobrecarga de ferro transfusional (quelação), suporte psicológico e reabilitação funcional e social.

## **V.- ESTRATIFICAÇÃO PROGNÓSTICA**

O uso dos índices prognósticos IPSS, WPSS, IPSS-R é útil para selecionar o tratamento para um paciente individualmente, porém deve ser adaptado ao conhecimento científico atual. No caso da LMMC, recomenda-se o uso do CPSS. Novas propostas de fatores prognósticos como ferritina, mielofibrose, trombocitopenia, neutropenia, mutações e citometria de fluxo ainda necessitam validação.

## **V.- BAIXO E ALTO RISCO**

Uma vez que se avalia o paciente, o subtipo de SMD é definido e seu risco estratificado, recomenda-se o uso de consensos com seus respectivos algoritmos terapêuticos. O objetivo do tratamento de baixo risco é melhorar as citopenias e os sintomas da pacientes, especialmente anemia. Enquanto o objetivo na SMD de alto risco é modificar o curso da doença, aumentar a sobrevivência e reduzir o risco de transformação em leucemia aguda. O tratamento da maioria dos pacientes com SMD de alto risco não é satisfatório e não deve ser considerado padronizado. Recomenda-se que participem em ensaios clínicos sempre que possível. Esses pacientes devem receber o tratamento apropriado sem demora.

## **VI.- TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA**

Até o presente, o único tratamento curativo para a SMD é o transplante de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), por isso esta possibilidade deve ser avaliada precocemente. Com relação ao paciente, deve ser levado em consideração: idade, índice de comorbidade e preferência individual. Com relação ao transplante, deve ser considerado: doador (alogênico, haploidêntico), regime de condicionamento (mieloablativo ou não) e taxa de mortalidade e suas causas. O transplante deve ser indicado precocemente em pacientes jovens com doador HLA compatível. O desenvolvimento de esquemas de intensidade reduzida permitiu o uso deste procedimento em mais idosos ou com co-morbidades. Existem evidências de que o tratamento quimioterapêutico prévio não modifica a sobrevida livre de recaída no transplante mieloablativo. Mas isso não teria o mesmo papel nos transplantes com regimes não mieloablativos. Os agentes hipometilantes AZA ou DAC como ponte para o TCTH visam proporcionar que os pacientes cheguem ao transplante em melhores condições clínicas, reduzindo carga tumoral e com doença estável. Novas estratégias de manutenção com agentes hipometilantes estão em discussão.

## **VII.- SÍNDROMES DE SOBREPOSIÇÃO - LMMC**

A leucemia mielomonocítica crônica é uma hemopatia clonal caracterizada por monocitose e displasia no sangue periférico e na medula óssea, apresentando-se sob forma mielodisplásica ou mieloproliferativa. O risco depende principalmente do número de leucócitos e blastos, presença de dependência transfusional e alterações citogenéticas específicas. A abordagem terapêutica de pacientes de alto e baixo riscos com citopenias se assemelha ao utilizado nas síndromes mielodisplásicas, enquanto que a hidroxiureia é o tratamento de escolha para pacientes de baixo risco no polo proliferativo.

#### **VIII.- SÍNDROMES MIELODISPLÁSTICAS SECUNDÁRIAS**

As síndromes mielodisplásicas, secundárias ou relacionadas à terapia, são definidas como aquelas que se desenvolvem após a exposição à quimioterapia ou radioterapia (RT). O risco de desenvolver SMD-t / LMA-t secundária à RT, tem um pico de incidência em dois anos de exposição, com decréscimo até aproximadamente dez a quinze anos. As SMD-t / LMA-t são uma importante causa de mortalidade não relacionada à recaída após tratamentos de quimioterapia ou do transplante de células hematopoiéticas. Novos conceitos e estratégias em relação ao assunto são discutidos.

#### **IX.- SÍNDROMES MIELODISPLÁSTICAS EM PEDIATRIA**

A classificação da SMD em pediatria (FAB, OMS) difere da dos adultos. Neste capítulo se salienta o diagnóstico diferencial, enfatizando a maior frequência de medula hipoplásica e presença de mutações diferentes das detectadas em adultos.

**LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA JUVENIL:** É um distúrbio clonal mieloproliferativo de precursor hematopoiético e é a síndrome mieloproliferativa mais comum da infância. A incidência é de aproximadamente 1,2 por milhão, compreendendo 2-3% de todas as leucemias infantis, mas 40% das SMD. É um distúrbio agressivo que é caracterizado clinicamente pela hiperprodução de células monocíticas que infiltram órgãos, incluindo baço, fígado, trato gastrointestinal e pulmões.