

DOENÇA ONCOLÓGICA METASTÁTICA AD INITIUM: ORIENTAÇÃO DIAGNÓSTICA



Catarina Santos, Ana Faria, Ana Cláudia Monteiro
Unidade Autónoma de Oncologia
Hospital Fernando Fonseca

Amadora, 19 de Maio 2016

OBJECTIVOS

- ✿ Caracterizar a actividade e papel actuais da Oncologia na prática clínica
 - ✿ Discutir a importância do diagnóstico histológico para a prática do oncologista: situações de excepção
 - ✿ Identificar as principais formas de apresentação metastática da doença oncológica
 - ✿ Propor estratégias diagnósticas para os diferentes níveis de apresentação
 - ✿ Discutir e propor medidas que facilitem a colaboração entre a Oncologia e a Medicina Interna nos casos mais desafiantes
-

A ONCOLOGIA EM PORTUGAL

“É o cancro uma enfermidade tão fera, que à violência de sua fúria parece impossível escapar, o que por infortúnio caiu em suas garras, podendo-se supor infeliz na possessão de tão desumano mal. É um ardiloso veneno, que entrando com suavidade a nascer, acaba com rigor a maltratar; e de sorte que se não contenta, sem que devore a mais preciosa prenda da saúde, por conseguinte, sem que roube a mais estimável jóia da vida.”

Anastácio da Nóbrega, 1741

“O cancro é uma questão palpitante do momento actual, aquela que por toda a parte do mundo civilizado chama a atenção de todas as inteligências e se tornou em mira de todas as actividades no campo da Medicina.”

Miguel Bombarda, 1907

A ONCOLOGIA EM PORTUGAL

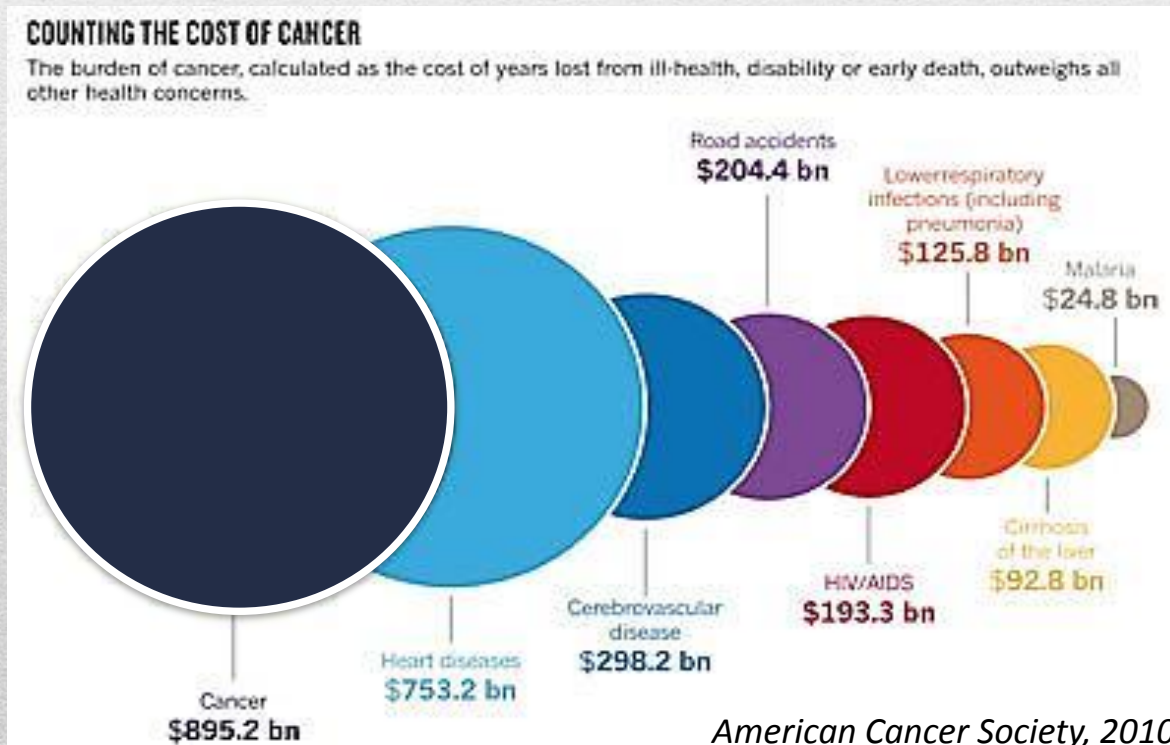
1904 - Criação de uma Comissão para o Estudo do Cancro : João Ferraz de Macedo, Azevedo Neves, Curry Cabral, Oliveira Feijão e Custódio de Almeida Cabeça

1912 – 1ª Clínica Cirúrgica, sob Direcção de Francisco Gentil, no Hospital de Santa Marta, Lisboa: 40 camas, 2 blocos operatórios



A ONCOLOGIA EM PORTUGAL

- 1979 – Criação do Sistema Nacional de Saúde; descentralização do IPO como centro de formação e tratamento em Oncologia – hospitais centrais e distritais começam a seguir doentes com cancro
- 1994 – PELA PRIMEIRA VEZ: INTERNATO DE FORMAÇÃO ESPECÍFICA EM ONCOLOGIA MÉDICA



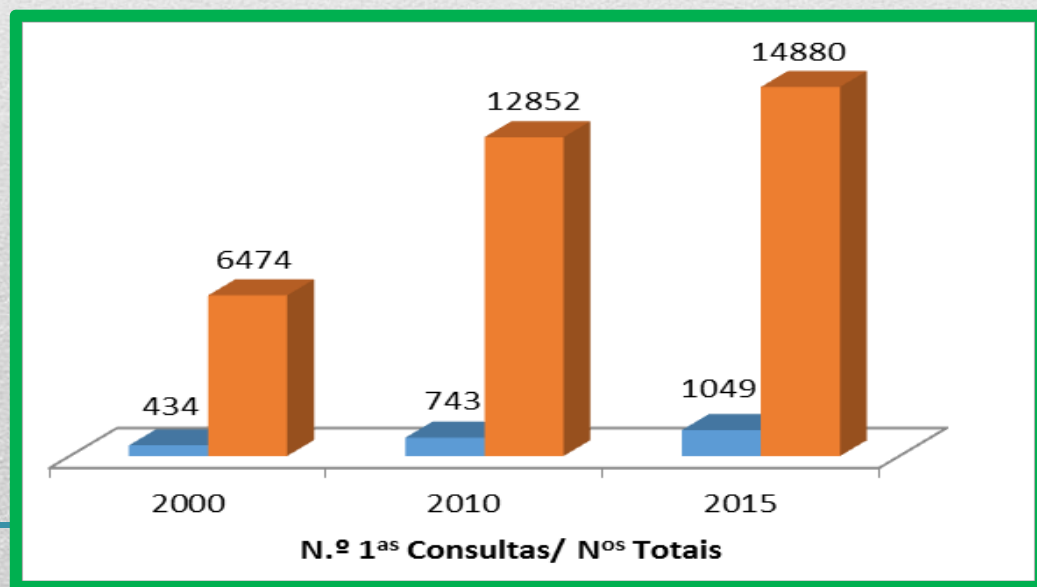
↑
**Esperança
média de
vida**

↑ **Métodos
de
diagnóstico
e rastreio**

↑↑ **Opções
terapêuticas**

A ONCOLOGIA NO HFF

Indicadores	2000	2006	2012	2013	2014	2015	Δ 2013-2015
N.º Total de Consultas	6 474	11 988	14 168	14 496	14 775	14 880	2,7%
N.º 1.ªs Consultas	434	656	756	790	816	1 049	33,0%
N.º Consultas Subsequentes	6 040	11 332	13 412	13 706	13 959	13 831	0,9%
N.º Doentes Distintos			1 936	2 053	2 069	2 228	8,5%
% 1.ªs Consultas /Total Consultas	6,7%	5,5%	5,3%	5,4%	5,5%	7,0%	



A MULTIDISCIPLINARIEDADE EM ONCOLOGIA



HISTOLOGIA NA DOENÇA METASTÁTICA

Valor prognóstico

Dados como tipo; grau; número de mitoses; índice proliferativo; IHQ (p16, CD117, HER2...) e mesmo estudos moleculares são marcadores **INDEPENDENTES** de prognóstico

Valor preditivo

Além de definir prognóstico, estes dados permitem **ORIENTAR TERAPÊUTICA** conforme **previsão** de resposta



TERAPÊUTICAS ALVO



HISTOLOGIA: POSSÍVEIS EXCEPÇÕES

Doença óssea metastática num doente de sexo masculino com PSA elevado

Carcinomatose peritoneal em doente do sexo feminino com massa ovárica e CA 125 elevado

Doença metastática num doente com massa pancreática e CA 19.9 elevado

CADA DECISÃO DEVE SER TOMADA CASO A CASO

MARCADORES TUMORAIS: QUAL A UTILIDADE?

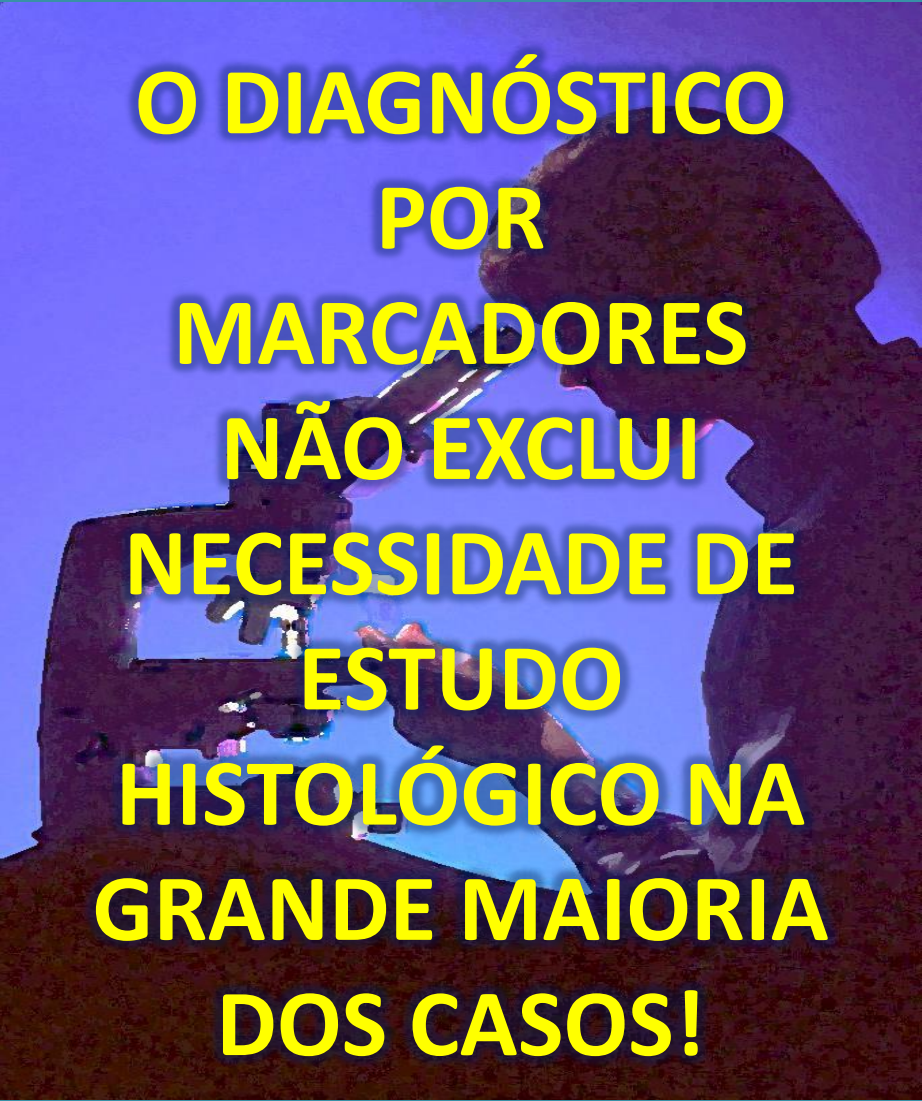
Não há **nenhum** marcador tumoral que seja patognomônico na ausência de contexto clínico

A sua utilidade é sobretudo monitorizar a resposta terapêutica

Reconhecem-se apenas **quatro** marcadores com utilidade **diagnóstica** (**↑ valor preditivo positivo**) na presença de **contexto clínico** apropriado:

B-HCG (tumores germinativos/ trofoblasto); **alfa-fetoproteína** (tumores germinativos; CHC); **calcitonina** (tumor medular da tiroideia); **PSA** (adenocarcinoma da próstata)

MARCADORES TUMORAIS: QUAL A UTILIDADE?



**O DIAGNÓSTICO
POR
MARCADORES
NÃO EXCLUI
NECESSIDADE DE
ESTUDO
HISTOLÓGICO NA
GRANDE MAIORIA
DOS CASOS!**

Não há nenhum

omónico na

A sua utilidade

terapêutica

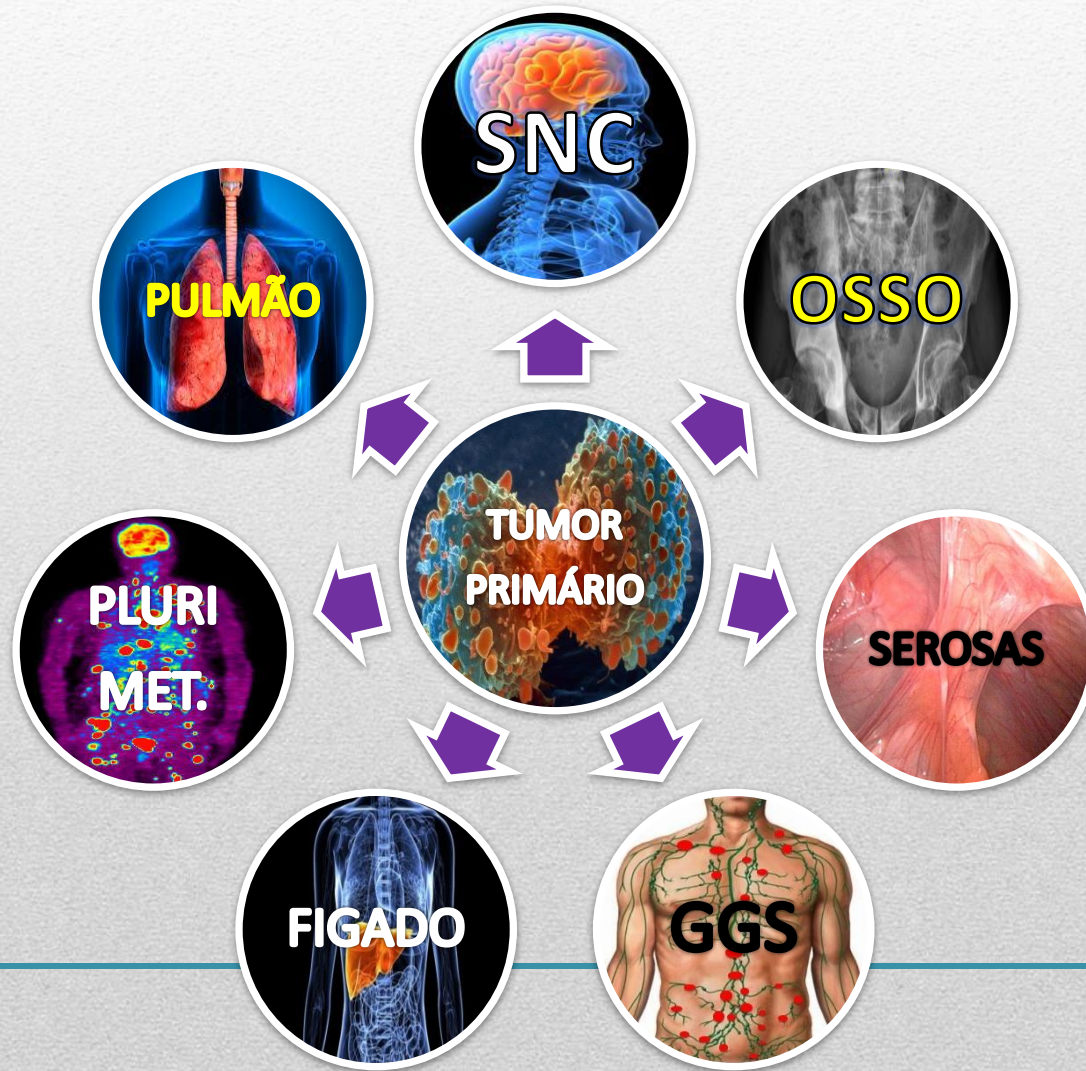
Reconhecem
diagnóstica (

utilidade
sença de

B-HCG (tumore
(tumores germ
tiroide

toproteína
nedular da
ta)

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DA DOENÇA METASTÁTICA



SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES

Cérebro 80%/ Cerebelo 15%/Tronco 5%



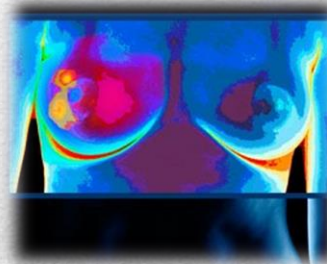
16-20%



7%



7-10%



5-10%



1-2%

Prioridade: gerir complicações e sintomas
Risco convulsivo/ \uparrow PIC / edema

TC-CE (múltiplas lesões) com contraste
RMN-CE com gadolínio (lesão única)

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES

Múltiplas LOE

LOE única

Anamnese/ exame objectivo/ lab

Queixas sugestivas de processo infeccioso (diagnóstico diferencial)
Hábitos tabágicos
Queixas de órgão e sistema
História familiar

Auscultação/ Percussão tórax
Pele

Palpação mamária
Toque rectal

Homens jovens: avaliar testículos

Anemia (ferropénica, doença crónica)

SE CONTEXTO: B-HCG, alfa-fetoproteína

Para doentes “unfit”
– acamados, sem vida de relação – é lícito não prosseguir investigação!
CASO A CASO

PRIMÁRIO IDENTIFICADO?

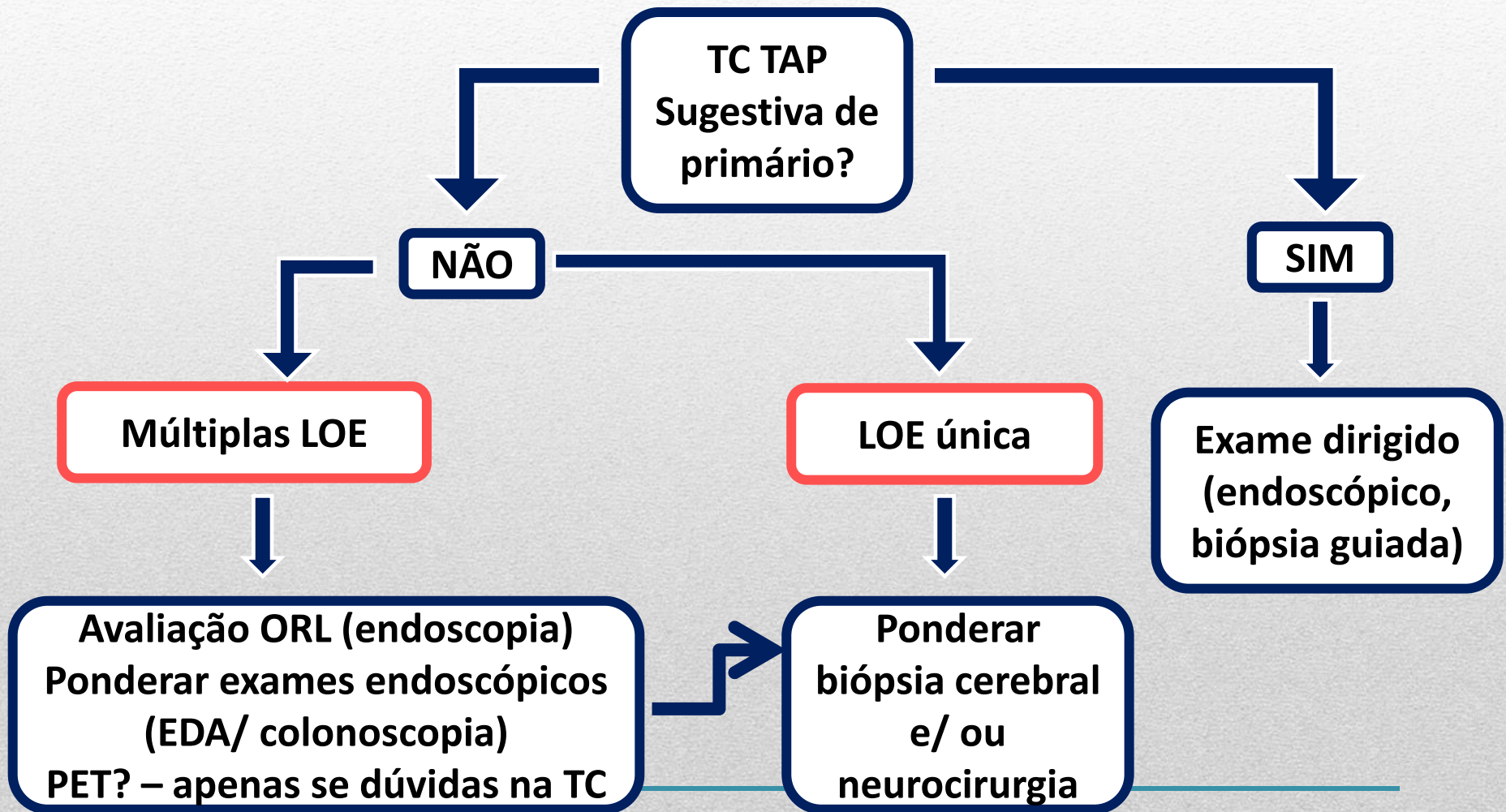
NÃO

TC TAP

SIM

Exame dirigido

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES



SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES

O tipo histológico pode apontar para um foco primário, caso seja um tumor indiferenciado ou pouco diferenciado, direccionando o tratamento

ADENOCARCINOMA: pulmão, mama, cólon

CARCINOMA PAVIMENTO-CELULAR: pulmão, cabeça e pescoço, esófago

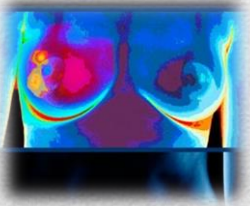
**RTE paliativa
e/ ou**

**QT em esquema para tumores de origem primária
desconhecida**

Na grande maioria dos casos é possível determinar uma origem primária do tumor; nos casos desafiantes, a decisão será sempre individualizada e o bom senso clínico deve imperar

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES

É tipicamente de apresentação metácrona, mas pode ser forma de apresentação e deve haver sempre suspeita na presença de contexto clínico apropriado



12 - 35%



10 -26%



5 - 25%



4- 14%



50 - 80%

Prioridade: gerir complicações e sintomas
Risco convulsivo/ dor/ compressão medular

ALERTA: sinais neurológicos suspeitos (focais, meningismo, alterações comportamento) na ausência de LOE e sem contexto infeccioso → PL mandatória

SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES

PUNÇÃO LOMBAR

+

RMN neuroeixo

caracterização histológica/ citom

%identificar massas meníngeas irradiar e o respectivo

Para doentes "unfit"
– acamados, sem vida de relação – é lícito não prosseguir investigação!
CASO A CASO

Anamnese/ exame objectivo/ lab

Hábitos tabágicos
Queixas de órgão e sistema
História familiar

Auscultação/ Percussão tórax
Palpação mamária
Toque rectal
Homens jovens: avaliar testículos

Anemia (ferropénica, doença crónica)
SE CONTEXTO: B-HCG, alfa-fetoproteína



NÃO



TC TAP

PRIMÁRIO IDENTIFICADO?



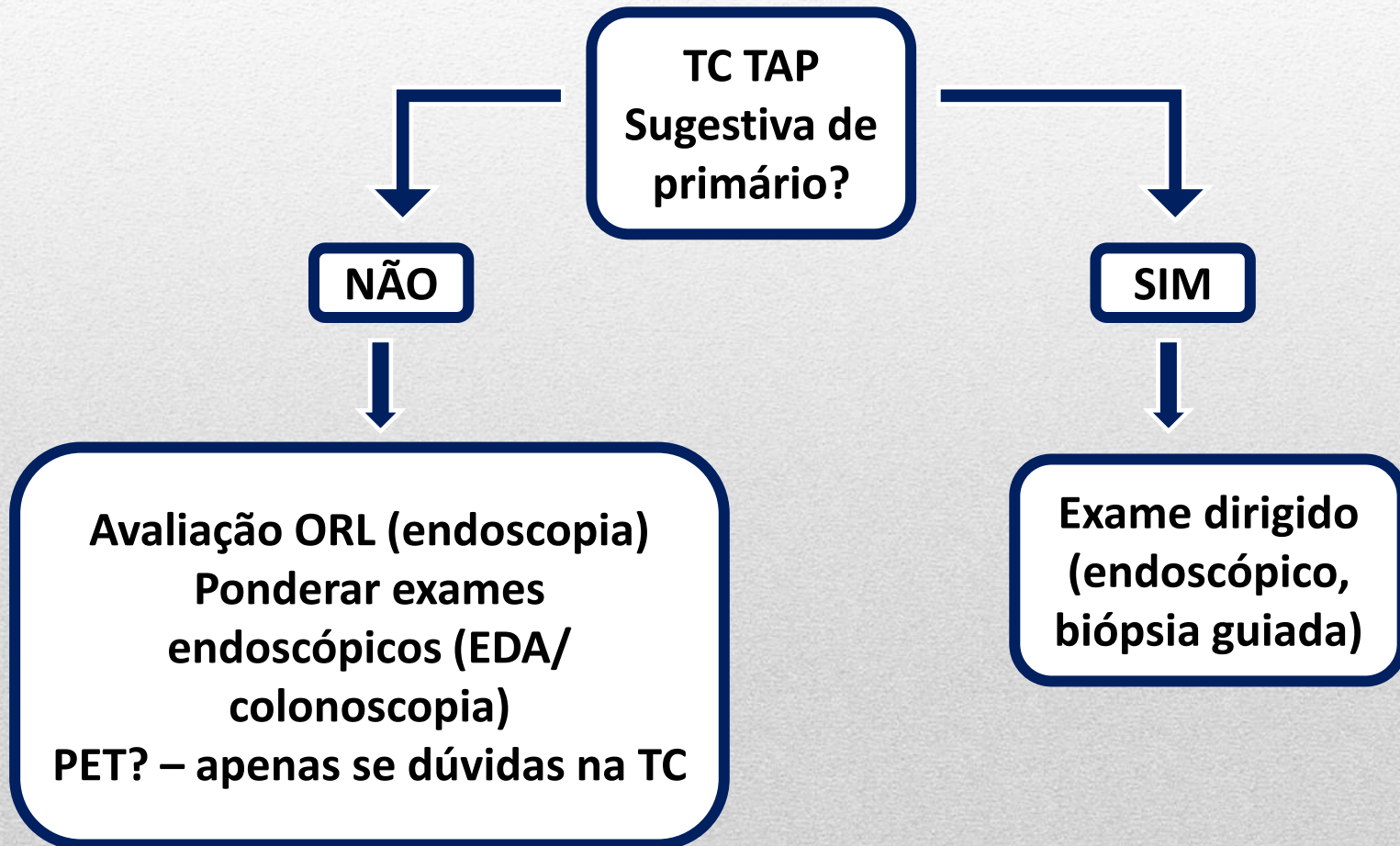
SIM



Exame dirigido



SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES



SISTEMA NERVOSO CENTRAL E MENINGES

O tipo histológico pode apontar para um foco primário, caso seja um tumor indiferenciado ou pouco diferenciado, direcionando o tratamento

ADENOCARCINOMA: pulmão, mama, cólon

**CARCINOMA PAVIMENTO-CELULAR: pulmão, cabeça e pescoço, esófago –
IHQ pode aprofundar o conhecimento!**

RT paliativa

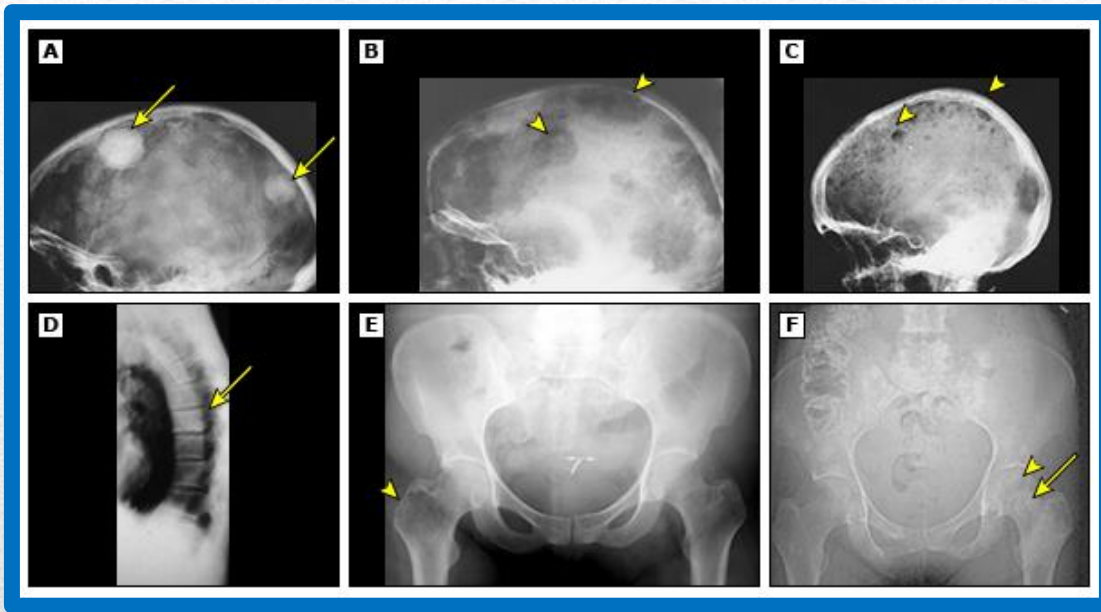
e/ ou

QT intratecal (MTX; citarabina; tiotepa)

QT sistêmica

Na grande maioria dos casos é possível determinar uma origem primária do tumor; nos casos desafiantes, a decisão será sempre individualizada e o bom senso clínico deve imperar

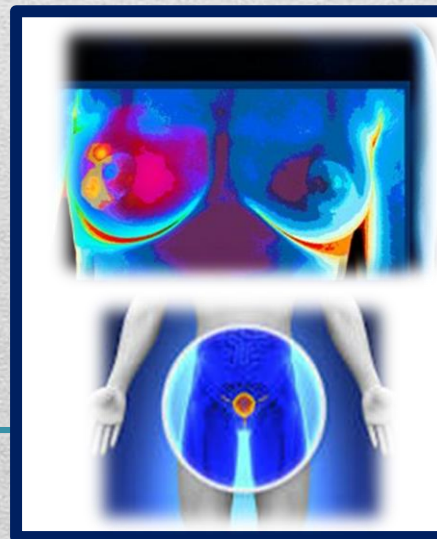
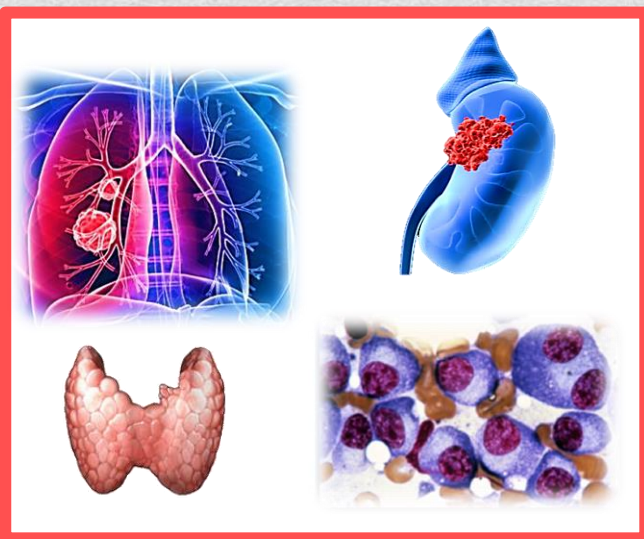
METÁSTASES ÓSSEAS



Líticas

Blásticas

Mistas



METÁSTASES ÓSSEAS

Se há confirmação de metástases ósseas vertebrais em doente “fit”, deve ser programada **RMN coluna vertebral** completa para caracterização de envolvimento medular

Exames como **cintigrafia óssea ou RMN óssea do corpo/ RX esqueleto** devem ser pedidos atempadamente para caracterizar a extensão do envolvimento ósseo – **PLANEAMENTO TERAPÊUTICO (RT)**

METÁSTASES ÓSSEAS

Líticas

**Anamnese/ exame
objetivo/ lab**

Hábitos tabágicos
Queixas de órgão e sistema
História familiar

Auscultação/ Percussão tórax
Palpação tiróide

Anemia (ferropénica, doença crónica)

Outros critérios **CRAB**

Electroforese proteínas →
imunofixação

SE CONTEXTO: calcitonina

Blásticas

**Anamnese/ exame
objetivo/ lab**

Queixas de órgão e sistema
História familiar

Auscultação/ Percussão tórax
Palpação mama
Toque rectal

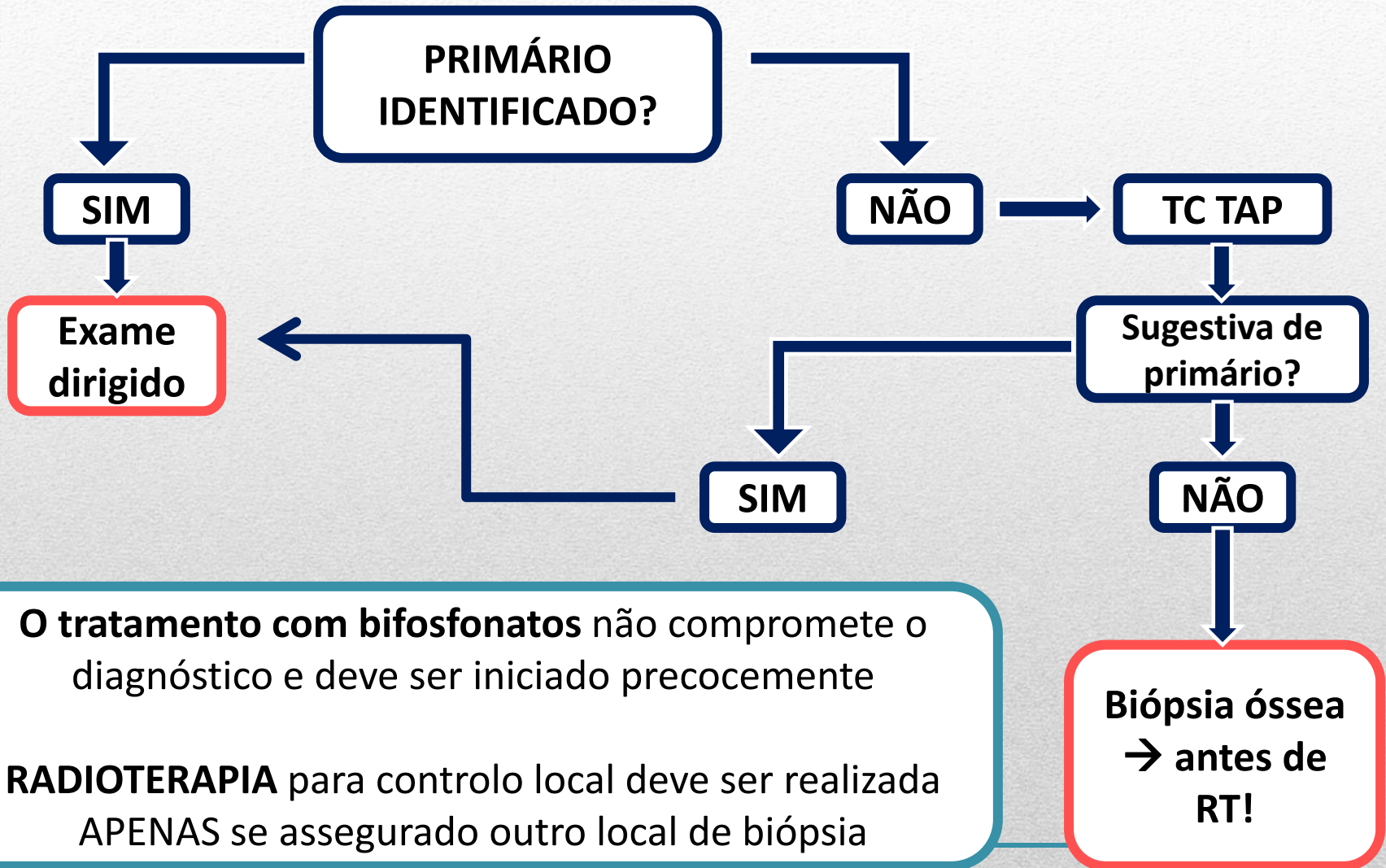
Homens jovens: avaliar testículos

Anemia (ferropénica, doença crónica)

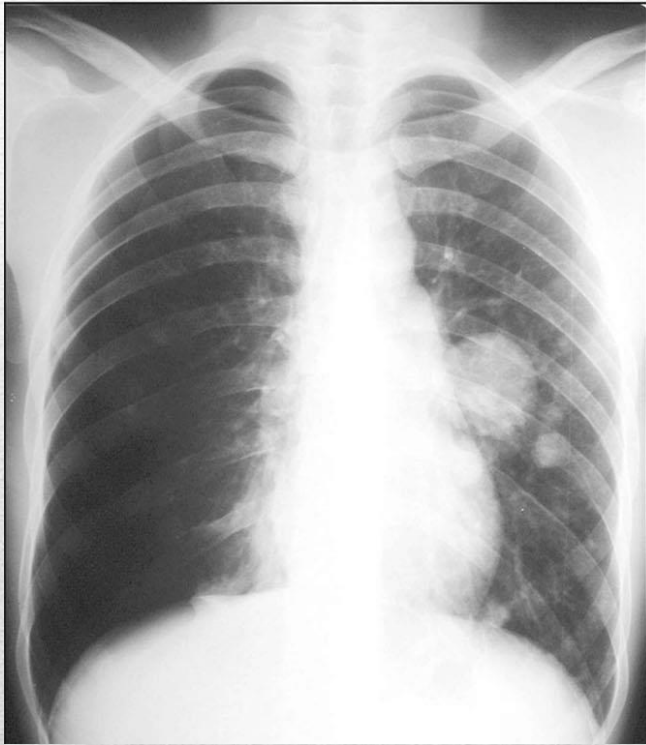
SE CONTEXTO: PSA

B-HCG, alfa-fetoproteína

METÁSTASES ÓSSEAS



METÁSTASES PULMONARES



METÁSTASES PULMONARES

TC-Tórax

- ✿ Nódulos múltiplos, >1 cm
 - ✿ Bases e topografia subpleural
 - ✿ Arredondados, bordos bem delimitados (excepto se hemorragia)
 - ✿ Ausência de calcificações
 - ✿ Cavitação rara
-

METÁSTASES PULMONARES

ANAMNESE

- ✿ Sexo
- ✿ Idade
- ✿ Hábitos
- ✿ AP (cirurgias, tratamentos)
- ✿ AF
- ✿ Sintomas

EO

- ✿ Adenopatias
 - ✿ Exame mamário
 - ✿ Pele
 - ✿ Cavidade oral
-

METÁSTASES PULMONARES

Doente com AP de doença oncológica

- Pulmão
- Mama
- C. coloretal
- C. cabeça e pescoço

Manifestação inicial de doença oncológica

- Testículo /TCG não gonadal
- Rins
- Mama
- Canal anal
- Melanoma
- Sarcomas

METÁSTASES PULMONARES

TC-TAP?

- ✿ Sempre que suspeita tumor maligno metastisado
- ✿ Possibilidade de identificação do primário

BIÓPSIA LESÃO PULMONAR?

- ✿ Se ausência de candidato a tumor primário mais facilmente biopsável (histologia obtida restringe as hipóteses)
- ✿ Punção TT, TB, biópsia excisional

ESTUDO MAMÁRIO?

- ✿ Se EO suspeito
 - ✿ Se anamnese enquadrável numa possível recidiva local e sistémica
-

METÁSTASES PULMONARES

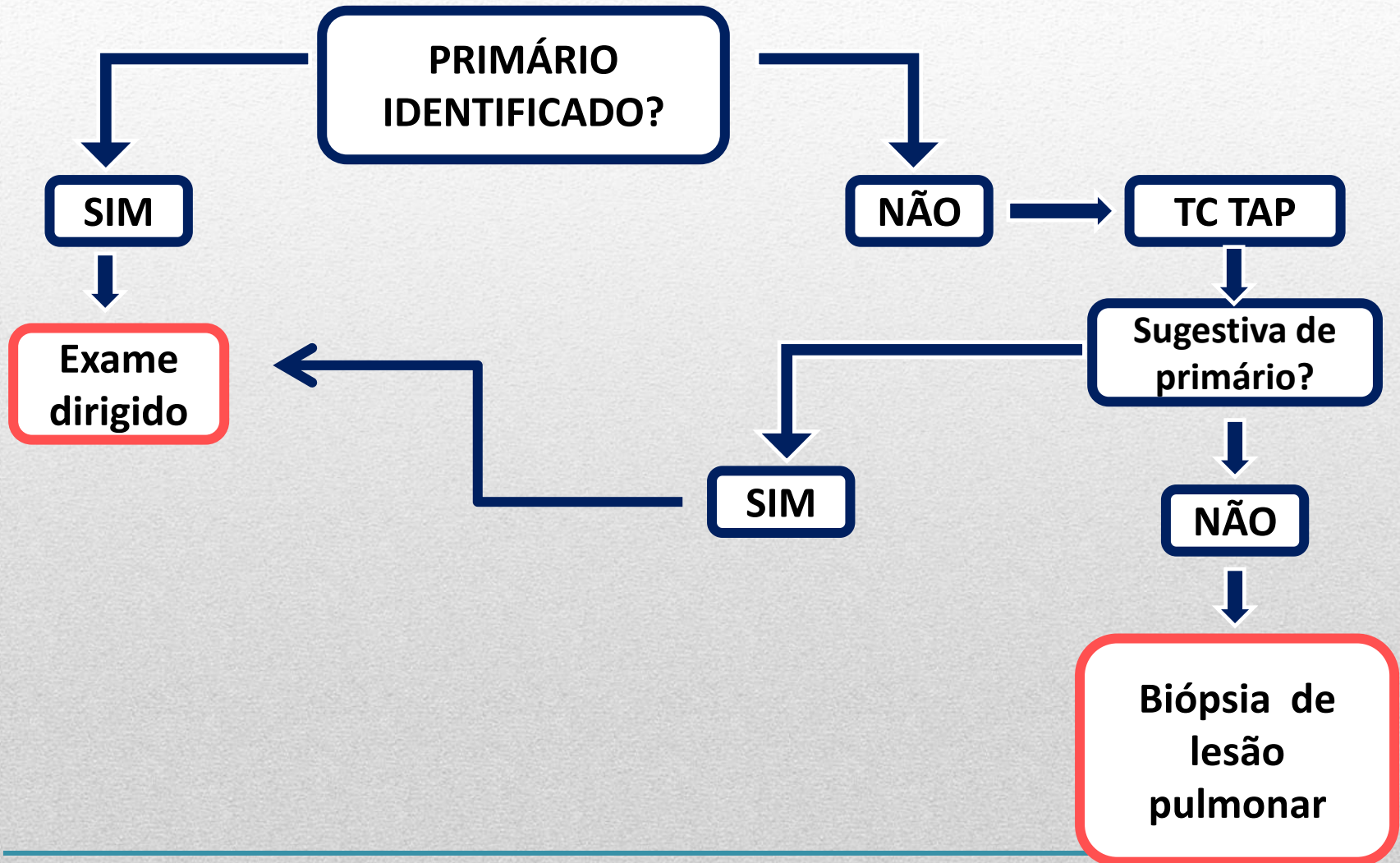
ECOGRAFIA TESTÍCULO?

- ✿ Se homem < 50 A e TC de corpo sem pista de lesão primária
- ✿ Associar doseamento de α FP e β HcG

ENDOSCOPIA DIGESTIVA?

- ✿ Se anemia ferropénica concomitante e ausência de AP de c. gástrico/colorectal
 - ✿ Se TC-TAP sugerir lesão nessa topografia
-

METÁSTASES PULMONARES



DERRAME PLEURAL MALIGNO

Tumor primário da pleura

- 10 % dos derrames pleurais associados a doença maligna

Envolvimento secundário

- 90 % do DP malignos
- Forma de apresentação de 10% dos cancros

Mesotelioma maligno

- C. Pulmão
- C. Mama
- Linfomas
- C. ovário
- C. gástrico
- C. primário desconhecido

DERRAME PLEURAL MALIGNO

FISIOPATOLOGIA

Aumento da produção de LP

- ✿ Aumento da vasos na superfície serosa (VEGF)
- ✿ Aumento permeabilidade vascular (citocinas, VEGF)
- ✿ Aumento pressão hidrostática capilar

Diminuição da drenagem linfática

- ✿ Oclusão e destruição vasos linfáticos pelas células tumorais
 - ✿ Diminuição pressão oncótica capilar
-

DERRAME PLEURAL MALIGNO

Presença de células malignas no líquido pleural (LP)

Exame citoquímico compatível com exsudado em contexto de doença metastática e ausência de outra causa aparente

DERRAME PLEURAL MALIGNO

TORACOCENTESE DIAGNÓSTICA

Avaliação citoquímica e citológica ± microbiologia

Citologia inicial positiva em apenas 66% casos de DPM

Biópsia pleural apenas se evidência de alt. pleurais difusas

TC-TAP

Se suspeita/confirmado DPM

Possibilidade indicação do primário

Melhor caracterização das superfícies pleurais

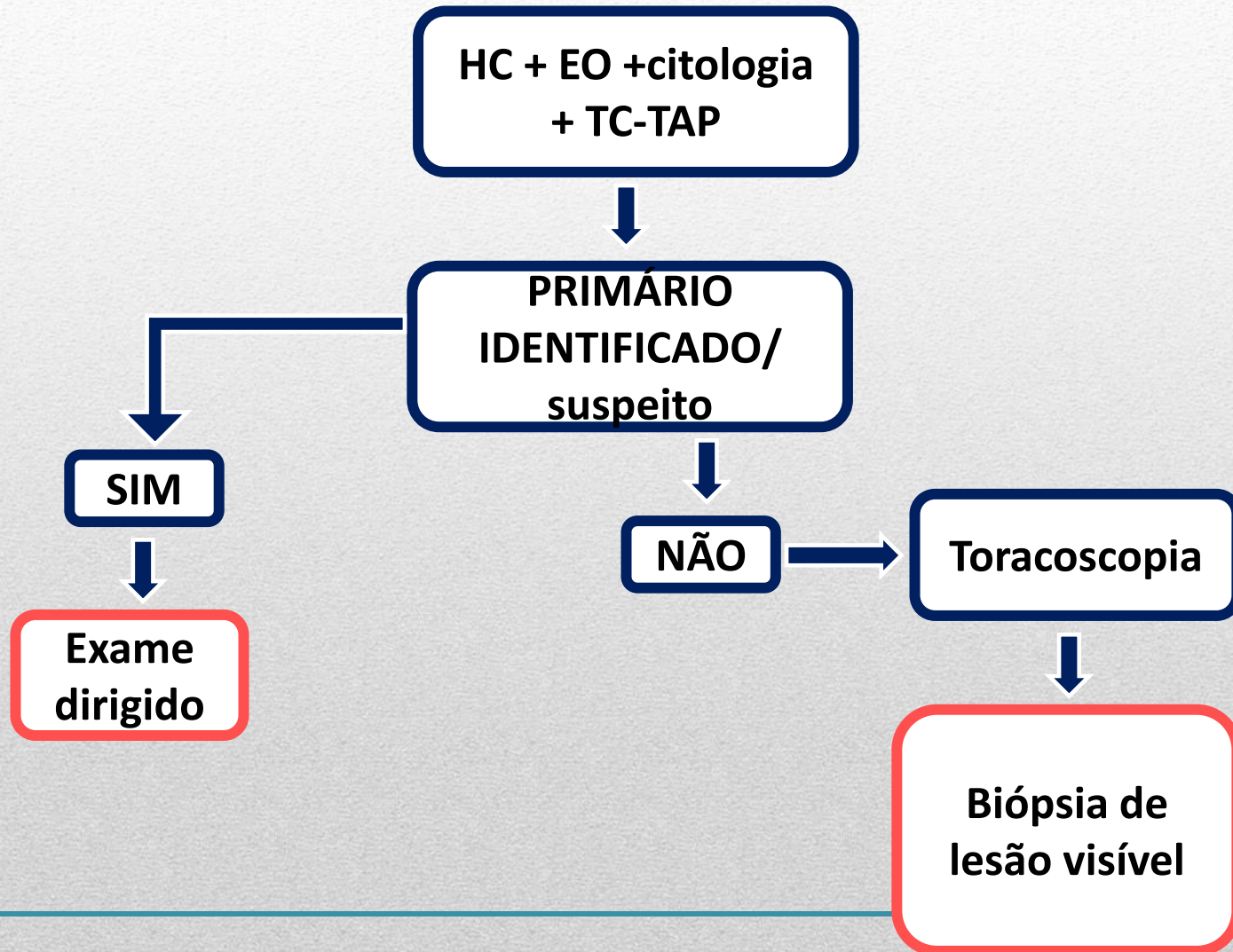
TORACOSCOPIA

Pleuroscopia directa/ video-assistida

Se suspeita de mesotelioma maligno e ausência de citologia/ histologia que sustente a hipótese

Não avançar para este passo sem discussão em RMD

DERRAME PLEURAL MALIGNO

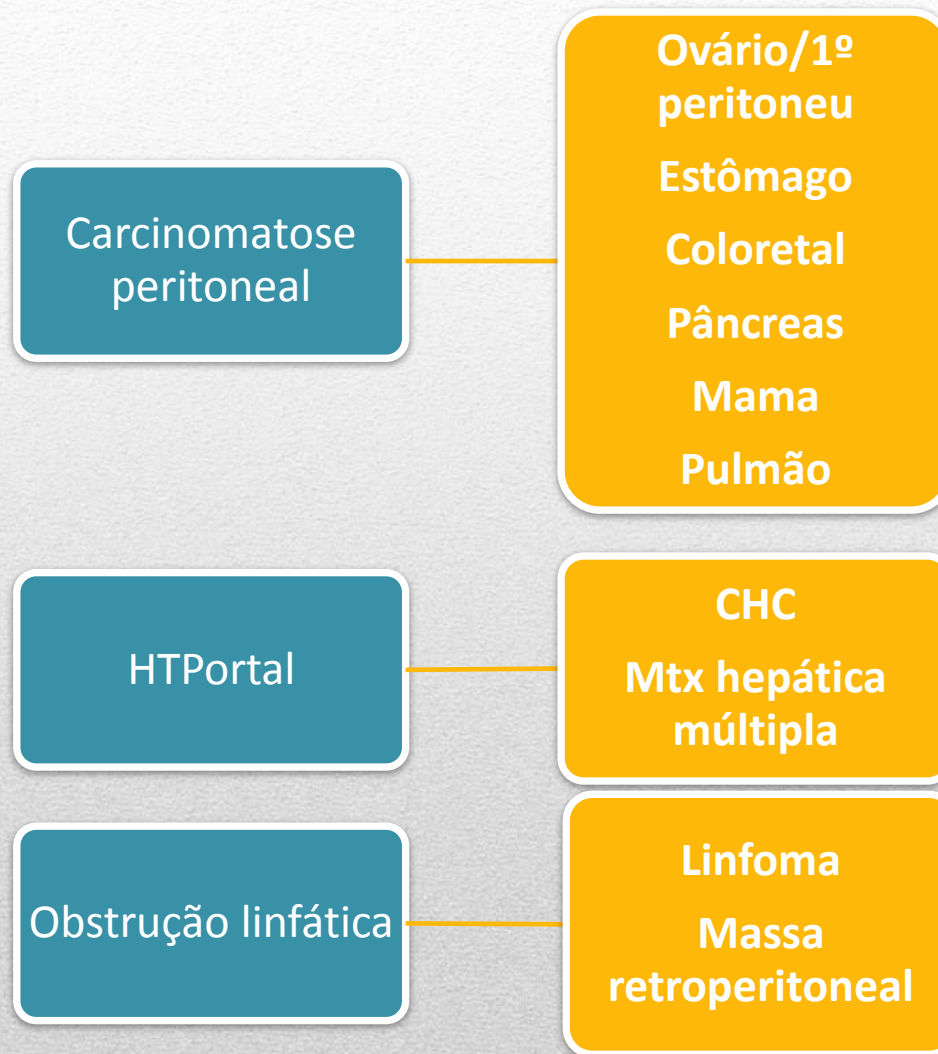


ASCITE MALIGNA

Ascite associada a doença maligna: aquela que se desenvolve na sequência de presença de cancro avançado

Ascite maligna ≠ carcinomatose peritoneal (2/3 casos)

ASCITE MALIGNA



ASCITE MALIGNA

ANAMNESE

- Antecedentes pessoais doença oncológica
- Hepatites crónicas, alcoolismo, outras doenças hepáticas crónicas, tabagismo
- Vigilância ginecológica
- Sintomas B, queixas GI, pelvialgias, queixas GU

EXAME OBJECTIVO

- Estigmas DHC
 - Nódulo de Sister Mary Joseph
 - Adenopatias (N. Virchow)
 - mamas
-

ASCITE MALIGNA

PARACENTESE DIAGNÓSTICA

- Aspecto do LA
- Exames citoquímico, citológico, ± microbiológico
 - Presença de células tumorais
 - Gradiente sero-ascítico da albumina < 1.1

ECOGRAFIA /TC ABDOMINAL

- Sempre que AM
- Pode preceder a paracentese
- Topografia sede de grande parte tumores primários

TC-TAP

- Procura primário, completar estadiamento

BIOPSIA

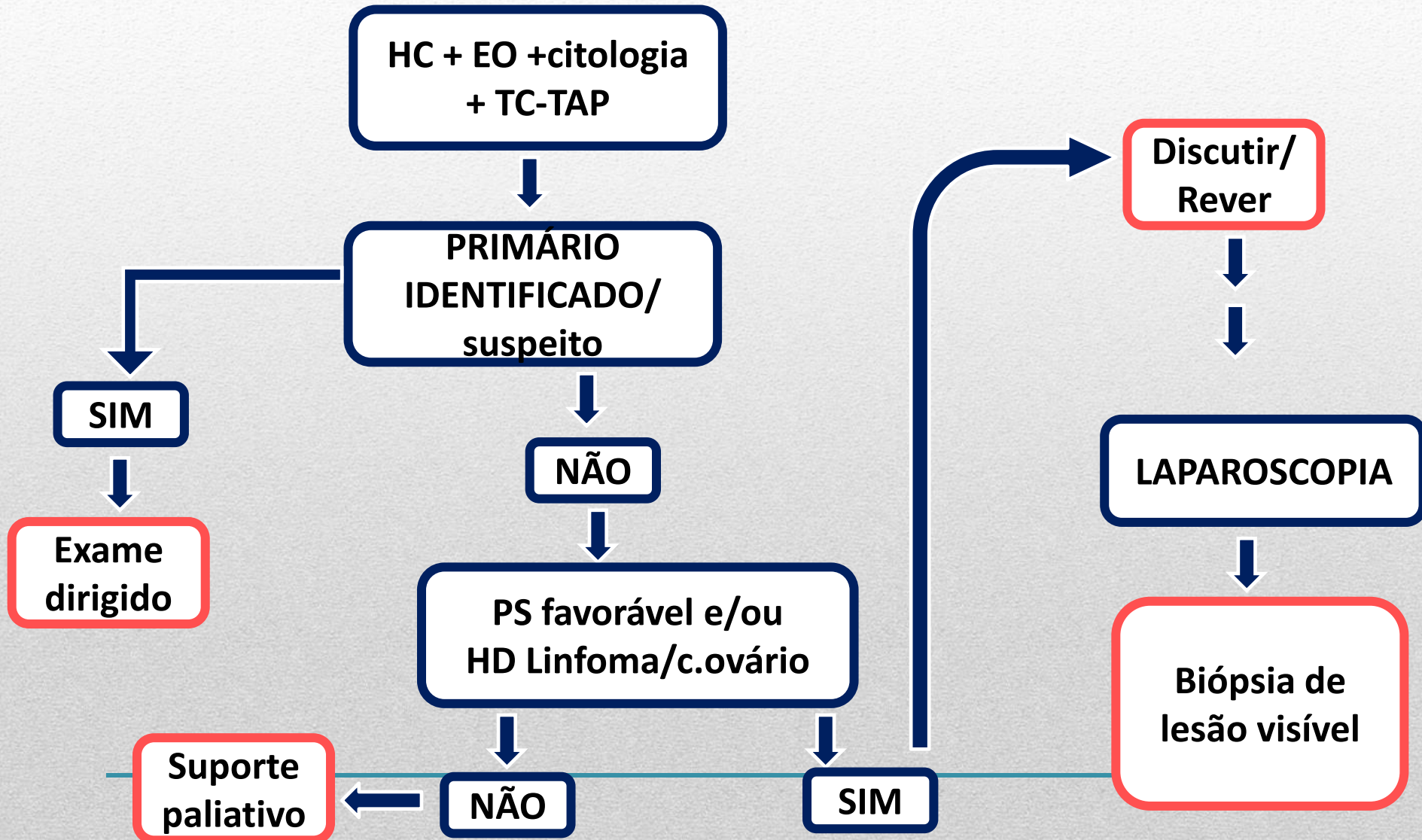
- primário
- Massa metastática (IHQ relevante)

+ECD ?
LAPAROSCOPIA?(RMD)

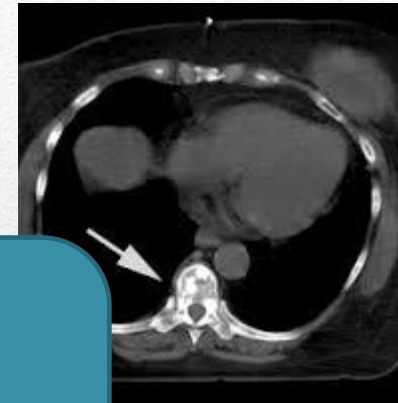
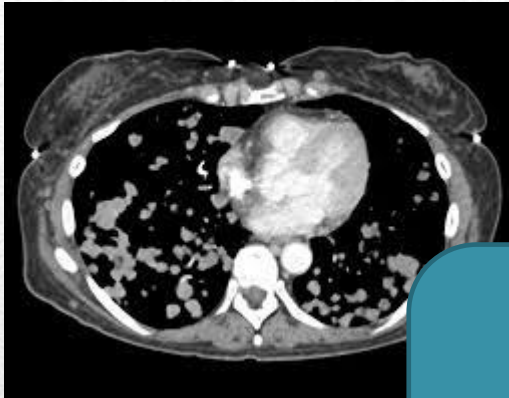
ASCITE MALIGNA

Dicotomia **cuidados paliativos vs abordagem curativa**

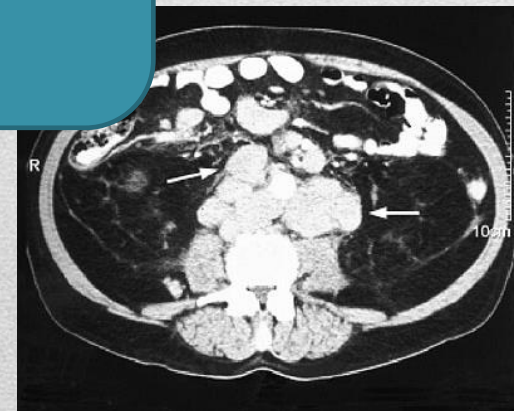
ASCITE MALIGNA



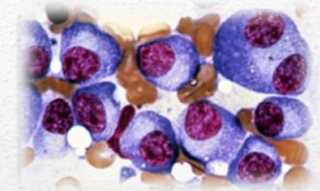
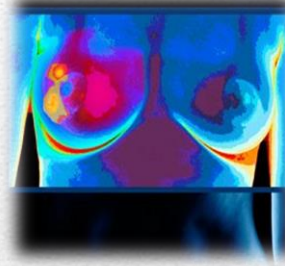
METASTAZAÇÃO MULTI-ORGÃO



Tumores agressivos,
acumuladores de aberrações
genéticas/cromossômicas e
grande capacidade de
desdiferenciação



METASTIZAÇÃO MULTI-ORGÃO



CPPC

- Conglomerados mediastínicos
- Apresentação multimetastática em 70% casos
- S. paraneoplásicos

ADC

Pele
Mucosas
Uvea

Disseminação para qq órgão

Protótipo doença sistêmica

C. Lobular

C. Anaplásico Tiroide

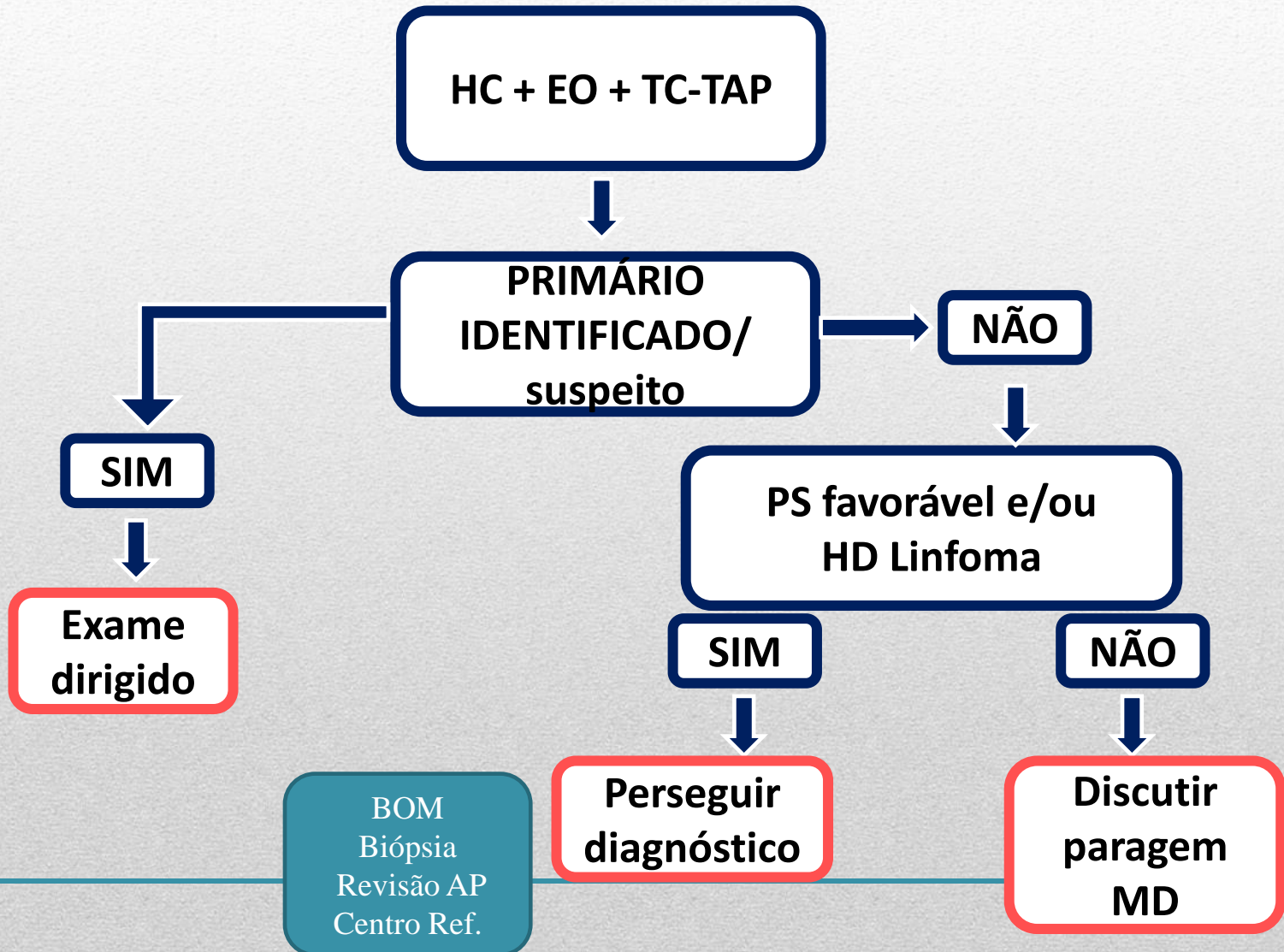
- Crescimento rápido
- Massa cervical
- Apresentação plurimetastática em 90% casos

L Burkitt

Tempo duplicação tumoral 25h

LDH ↑↑↑
Hiperuricemia

METASTIZAÇÃO MULTI-ORGÃO



METÁSTASES HEPÁTICAS

- Usualmente identificadas em ecografia abdominal ou TC.
- Completar estadiamento para avaliar extensão da doença e eventual primário.
- Restantes exames dirigidos pela clínica e achados da TC.

Primário

Colo-rectal

Mama

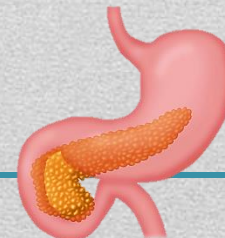
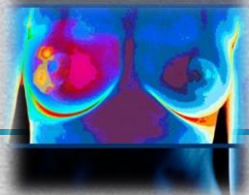
Pulmão

Pâncreas

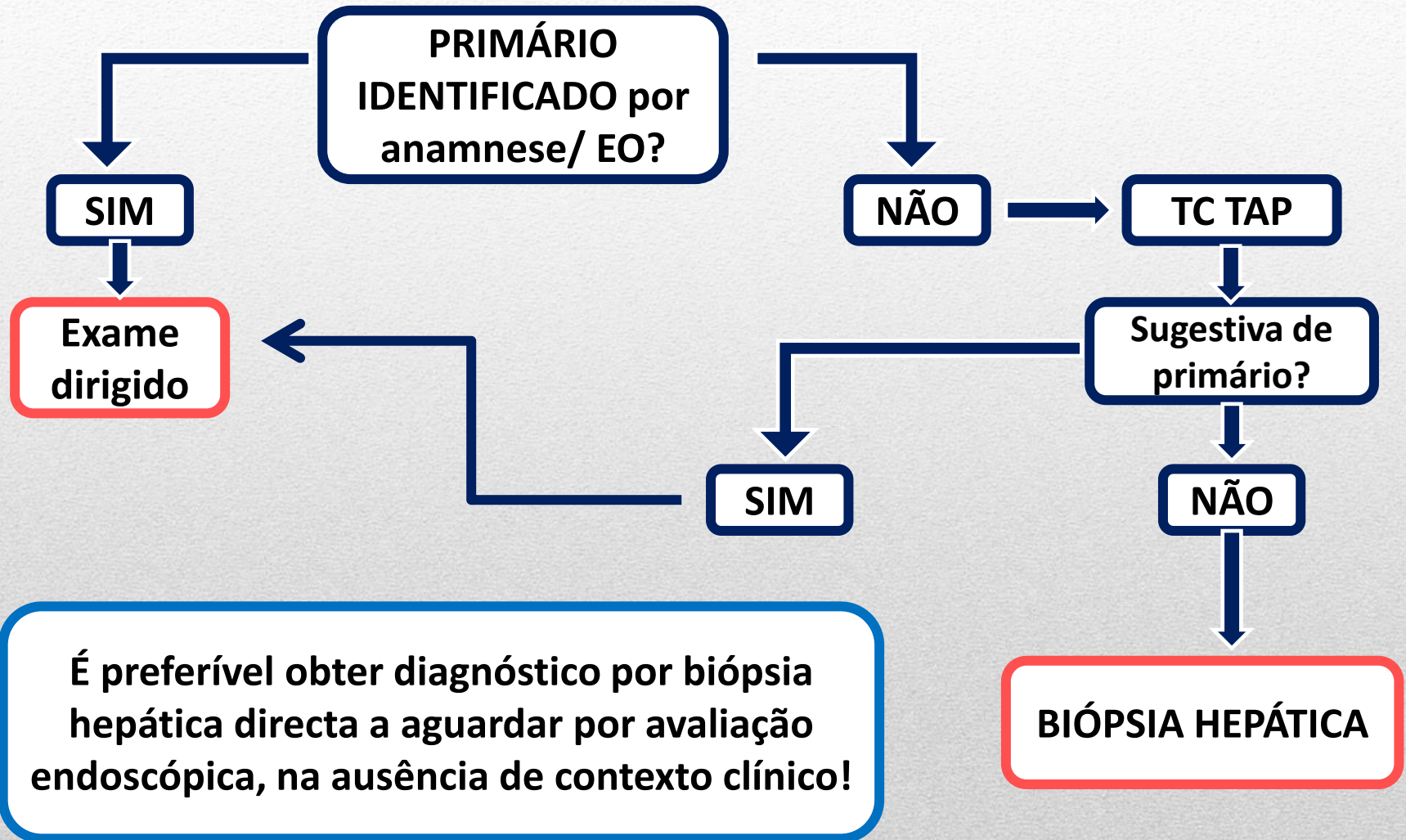
Estômago

Neuroendócrino

Melanoma



METÁSTASES HEPÁTICAS



METÁSTASES GANGLIONARES

Diferentes hipóteses consoante o nível envolvido!

Adenopatias axilares na mulher (ADC)

- neoplasia da mama oculta (EO e mamografia negativa)
 - Considerar RM mamária
 - Receptores estrogéneo/progesterona na biópsia
 - Na ausência de doença metastática à distância considerar Cirurgia + RT+ QT
 - Potencialmente curável
-

METÁSTASES GANGLIONARES

Adenopatias cervicais isoladas

- Mais provável: CPC ou carcinoma indiferenciado
- Observação por ORL
- Biópsias “cegas” naso/oro/hipofaringe
- PET
- Possibilidade de aumento sobrevida com RT locoregional
- Tiroglobulina na biópsia para excluir neoplasia tiróide

Quando possível → excisão ganglionar
ou biópsia aspirativa do gânglio

METÁSTASES GANGLIONARES

Adenopatias inguinais

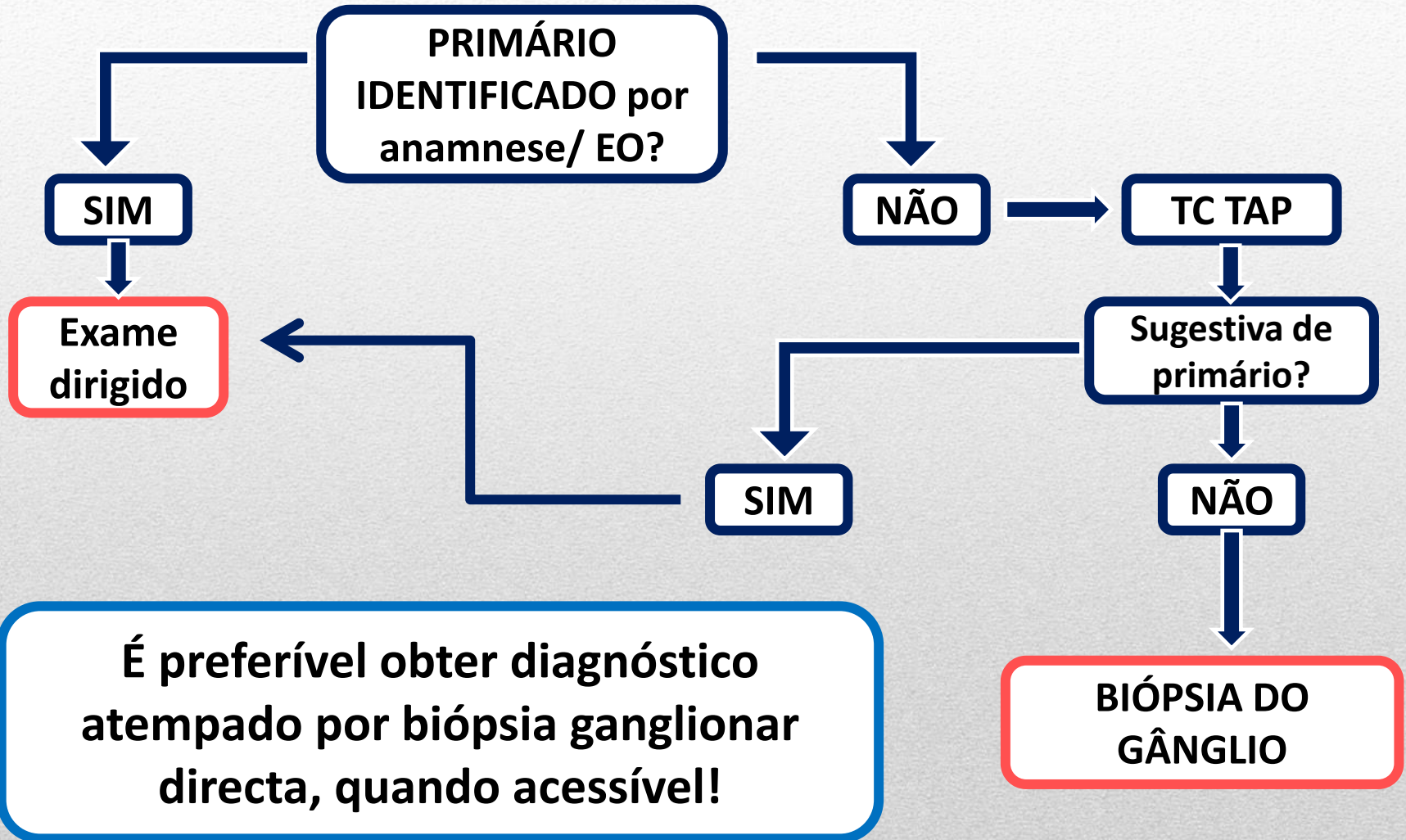
- Exame anorectal e genital (CPC)
 - Considerar ainda neoplasia pele
 - Toque rectal + protoscopia + exame ginecológico
 - A neoplasia do canal anal é potencialmente curável pelo que deve ser considerada
-

METÁSTASES GANGLIONARES

Adenopatias retroperitoneais ou mediastínicas no homem

- Beta-HCG e AFP – neoplasia germinativa
 - QT com platina deve ser considerada mesmo na ausência de confirmação histológica de neoplasia células germinativas ou MT elevados
 - → MTs diagnósticos em contexto clínico!
 - → **biópsia não é, contudo, dispensada**
-

METÁSTASES GANGLIONARES



TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO

Grupo heterogéno de tumores que têm em comum:

- metástases como primeira manifestação
- não se identifica tumor primário no momento diagnóstico, apesar da realização de MCDTs.

3 a 5% das neoplasias

2/3 são adenocarcinomas

disseminação metastática precoce

locais de metastização mais frequentes: fígado, pulmão, osso e ganglionar

50% sem identificação de tumor primário em autópsia

mau prognóstico

TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO

- Procura exaustiva do primitivo **não é recomendada**
 - **A apresentação clínica** é um bom guia dado que revela a história natural e vias de disseminação da doença
 - MCDTs invasivos conforme a clínica do doente
 - Tentativa de excluir as neoplasias sensíveis a terapêuticas conhecidas
-

TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO

Anamnese/ exame objectivo/ MCDTs

Homem / Mulher

Sintomas

Tempo evolução

Antecedentes pessoais

História familiar

Exaustivo

Avaliação ORL

Toque rectal

Observação ginecológica

Palpação mamária

Hemograma

Bioquímica

Urina II

TC-TAP

Mamografia (mulher)

PET-FDG (adenopatias cervicais, metástase única)

MT: AFP, beta HCG e PSA (contexto!)

TUMOR PRIMÁRIO DESCONHECIDO

Sub-divisão pela histologia

- ADC bem e moderadamente diferenciados (60%)
- Carcinoma pouco diferenciado/indiferenciado (29%)
- Carcinoma epidermóide (5%)
- Neoplasia mal diferenciada (5%)
- Diferenciação neuro-endócrina (1%)

Imunohistoquímica

Para as formas pouco diferenciadas, conforme a histologia, para eliminar tumores hormonossensíveis, quimiosensíveis e potencialmente curáveis.

CASOS-TIPO

Homem, 31 anos

Dor abdominal → ecografia com massas hepáticas múltiplas → SUG

HIPÓTESES:

Carcinoma hepatocelular

Tumor germinativo

Outro tumor – NET; GIST; tubo digestivo

Objectivo e MCDT

História pessoal e familiar

PALPAÇÃO TESTÍCULOS

OBRIGATÓRIA

Toque rectal

B-HCG e alfa-fetoproteína

Serologias para hepatites

Resultados:

EO sem alterações

AST e ALT elevadas; sem colestase; alfa-fetoproteína ↑↑ e B-HCG normal

Hepatites negativas

CASOS-TIPO

Homem, 31 anos

Dor abdominal → ecografia com massas hepáticas múltiplas → SUG

UMA TC TRIFÁSICA ABDOMINAL NESTE DOENTE PERMITIRIA ESTABELEECER O DIAGNÓSTICO DE CHC → **próximo passo diagnóstico**

TC trifásica não confirmatória → **BIÓPSIA HEPÁTICA DIRECTA** (adiantando TC tórax para completar estadiamento)

CASOS-TIPO

Homem, 71 anos

Dor lombar → TC coluna com lesões ósseas múltiplas → SUG

HIPÓTESES:

PRÓSTATA

MM

Pulmão

Rim

Digestivo

Objectivo e MCDT

História pessoal e familiar

Toque rectal

PSA

Calcio, albumina

Resultados:

Toque rectal com prostata aumentada de volume, pétérea

PSA↑↑

CASOS-TIPO

Homem, 71 anos
Dor lombar → TC coluna com lesões ósseas múltiplas → SUG

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL DE ADC PRÓSTATA → pedir biópsia prostática
SE POSSÍVEL ADIANTAR PEDIDO DE:
RMN coluna
TC TAP
Cintigrafia óssea

Se biópsia não confirmatória: TRATAR COMO ADC DA PROSTATA IV

CASOS-TIPO

Mulher, 62 anos

Tosse, dor torácica, dispneia ; TC com derrame pleural unilateral → SUG

HIPÓTESES:

Mama

Pulmão

Ginecológico

Objectivo e MCDT

História pessoal e familiar

Hábitos tabágicos

História ginecológica - TSH

Palpação mamária

Palpação abdomen →
massas pélvicas?

Resultados:

Não fumadora; sem TSH; palpação mamária sem alterações

Líquido pleural com células atípicas; sugestivas de adenocarcinoma indiferenciado sem origem primária definida

CASOS-TIPO

Mulher, 62 anos

Tosse, dor torácica, dispneia ; TC com derrame pleural unilateral → SUG

Próximo passo: perceber se há mais algum foco de metastização ou sugestão de primário

TC TAP + mamografia/ eco mamária

Se NÃO há imagem sugestiva de primário...

TORACOSCOPIA + BIÓPSIA PLEURAL

CONCLUSIVO → tratamento dirigido

INCONCLUSIVO → MTs; CA 15.3, CA 125 para eventual orientação

CASOS-TIPO

Mulher, 62 anos

Tosse, dor torácica, dispneia ; TC com derrame pleural unilateral → SUG

MTs inconclusivos

SEM EVIDÊNCIA DE ORIGEM MAMÁRIA OU GINECOLÓGICA

PONDERAR SUSPENDER INVESTIGAÇÃO e tratar com QT dirigida para doença agressiva de origem primária oculta.

REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES

MAMA – 2ª feira, 12:30, Serviço Anatomia Patológica

DIGESTIVO – 4ª feira, 14:30, Serviço Cirurgia B

TORÁDICOS – 5ª feira, 13:30, Serviço de Pneumologia

UROLÓGICO – 6ª feira, 8:30, Serviço de Urologia

GINECOLÓGICO – 6ª feira, 12:30, Serviço de Imagiologia

**SEMANAIS (excepto Urologia -
bimensal)**

TAKE HOME MESSAGE

- ✿ A doença oncológica com apresentação metastática permanece um desafio da prática clínica diária
 - ✿ A colaboração entre especialidades é essencial para o diagnóstico **atempado** → ESSENCIAL sobretudo para a doença com potencial de resposta a terapêutica
 - ✿ **CONTACTAR ONCOLOGIA** em caso de dúvidas na abordagem... até para reduzir tempos de internamento
 - ✿ **REUNIÕES MULTIDISCIPLINARES – CONVIDA-SE TODOS OS COLEGAS A PARTICIPAR**
 - ✿ **ABORDAGEM INDIVIDUALIZADA**
-

REFLEXÃO

“A vida no hospital oncológico é uma vida de combate, em que saímos, todos os dias, derrotados. A mais vergonhosa e dolorosa das derrotas, que é não conseguir cumprir a promessa nunca formulada, mas sempre implícita, de transportar para margem segura, quem em nós confiou e depositou esperança.”

João Lobo Antunes, 2006

PERGUNTAS?

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!

