



**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM**

JOSEFA DO SOCORRO DE LIMA

LINFOMA NÃO HODGKIN: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

NATAL/RN

2013

JOSEFA DO SOCORRO DE LIMA

LINFOMA NÃO HODGKIN: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Artigo científico apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Rio Grande do Norte, como requisito final para conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Mst. Cléa M. da Costa Moreno

NATAL/RN

2013

LISTA DE ABREVIATURAS

LNH	linfoma não Hodgkin
LH	Doença de Hodgkin.
PAAF	Punção aspirativa por agulha fina
SIDA	Síndrome da imunodeficiência adquirida
TGI	Trato gastrointestinal.
RCHOP	Rituxumabe, cytoxan, doorrubicina, vincristina e predinisona.
HIV	Vírus da imuno deficiência humana.
LFBG	Linfoma folicular de baixo grau.

RESUMO

Este estudo retrata um problema de saúde que pode ter um bom ou mal prognóstico dependendo do tempo entre o diagnóstico e o tratamento e o enfermeiro tendo o conhecimento das manifestações clínicas pode melhorar a perspectiva de vida do paciente. O objetivo deste estudo é realizar um levantamento bibliográfico sobre o Linfoma não Hodgkin. Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada nas bases de dados LILACS, SCIELO e livros. Durante a coleta dos dados foram selecionados 15 artigos científicos. Os Resultados demonstram que há uma escassez de artigos científicos de grande relevância, no que diz respeito à atuação do enfermeiro inerente ao tema da pesquisa. Neste sentido, conclui-se que ainda faltam profissionais capacitados por não haver uma política de saúde pública mais abrangente; estrutura física adequada e profissionais qualificados para realizar diagnóstico precoce.

Palavras-Chave: linfoma; Linfonodos; tecido linfóide; linfoma não Hodgkin.

ABSTRACT

This study portrays a health problem that can have a good or poor prognosis depending on the time between diagnosis and treatment, the nurse having knowledge of clinical manifestations can thereby improve the patient's outlook on life. The aim of this work is the early diagnosis of non-Hodgkin lymphoma by nurses. This is a bibliographic realized in LILACS, SCiELO and books, using the following descriptors: lymphoma , lymph , lymphoid tissue and non-Hodgkin lymphoma . Data analysis is by means of survey data based on research by referencing the following problem: How does the role of a nurse during the diagnosis of non-Hodgkin lymphoma? From the selection of Papers, The results show that a shortage of scientific articles of great importance, with regard to the role of a nurse ineretente the research topic, in this sense, it is concluded that there are no trained professionals for lack of a public health policy more comprehensive, adequate physical infrastructure; professional specific professional qualifications to treat will be from early diagnosis.

Keywords: linphoma. Limphonodos. tissue linph nodes. non hodkins linphoma.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
2	MATERIAL E MÉTODO.....	Erro! Indicador não definido.
3	REFERENCIAL TEÓRICO – RESULTADOS	9
3.1	DEFINIÇÃO DE LINFOMA NÃO HODGKIN.....	10
3.2	TRATAMENTO.....	11
3.3	CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	11
3.4	PROGNÓSTICO	12
4	DISCUSSÃO	13
5	CONCLUSÃO	14
	REFERÊNCIAS.....	

1 INTRODUÇÃO

Os linfomas são neoplasias de células de origem linfoide. Em geral, esses tumores começam nos linfonodos, porém podem afetar o tecido linfoide do baço, trato gastrintestinal (TGI), o fígado ou a medula óssea. Com frequência são classificados de acordo com seu grau de diferenciação celular e com a origem da célula maligna predominante. Os linfomas podem ser amplamente classificados em duas categorias: Linfoma de Hodgkin (LH) e Linfoma Não - Hodgkin (LNH) (SMELTZER; BARE, 2009).

O Linfoma de Hodgkin é uma doença maligna relativamente rara, com uma taxa de cura bastante alta e predominância maior em homens que em mulheres. Existem dois picos de incidência: um no início dos 20 anos e outro depois dos 50 anos (SMELTZER; BARE, 2009).

Segundo Smeltzer; Bare, (2009) o LH apresenta um padrão familiar com maior prevalência para parentes de primeiro grau, sendo que essa incidência é baixa, aumentando em pacientes que recebem terapia de imunossupressão crônica como em transplantados renais.

É observada ainda uma grande incidência em militares veteranos e pessoas que foram expostas a herbicida do agente laranja. O agente laranja é uma mistura de dois herbicidas: o 2,4-D e o 2,4,5-T. Foi usado como desfolhante pelo exército dos Estados Unidos na Guerra do Vietnã. Ambos os constituintes do agente laranja tiveram uso na agricultura, principalmente o 2,4-D, vendido até hoje em produtos como o *Tordon* (SMELTZER; BARE, 2009).

Por questões de negligência e pressa para utilização, durante a Guerra do Vietnã, foi produzido com inadequada purificação, apresentando teores elevados de um subproduto cancerígeno da síntese dos 2,4,5-T: a dioxina tetraclorodibenzodioxina.

Este resíduo não é normalmente encontrado nos produtos comerciais que incluem estes dois ingredientes, mas marcou para sempre o nome do agente laranja, cujo uso deixou sequelas terríveis na população daquele país e nos próprios soldados norte-americanos.

Já o LNH, constitui um grupo heterogêneo de câncer, que se origina do crescimento neoplásico dos gânglios linfáticos e dos tecidos linfoides. A causa exata ainda é desconhecida, a doença de Hodgkin em termos fisiopatológicos é similar, sendo que as células de Reed Sternberg não estão presentes, desenvolve-se principalmente nas células B, mas também em células T e histiócitos. O linfoma pode ser folicular, interfolicular em manto ou nodular, depende da distribuição das células malignas dos linfonodos. No caso nodular pode disseminar-se por todo sistema linfático (ANTCZAK et al., 2005).

As diferenças clínicas reais entre LH e LNH. O LH encontra-se frequentemente em um grupo axial isolado de linfonodos cervicais, mediastino e paraaórtico. Disseminação ordenada por contiguidade e o comprometimento extranodal geralmente é incomum, enquanto no LNH, ocorre comprometimento de vários linfonodos periféricos, não contiguidade e comumente há comprometimento extranodal (ROBBINS; COTRAN, 2005).

Segundo Robbins; Cotran (2005), o diagnóstico histológico dos linfomas baseia-se na identificação definitiva das células. A imunofenotipagem tem um papel muito importante para distinguir as diversas formas de linfoma.

Sabendo que são pertencentes a um grupo heterogêneo de doenças malignas linfoproliferativas com padrões e comportamentos diversos, o prognóstico e tratamento, pode envolver as estruturas torácicas, particularmente o mediastino e o parênquima pulmonar em 43 % dos pacientes em alguma fase do curso da doença, entretanto, o envolvimento endobrônquico é muito raro, mesmo na presença de doença avançada (KILGORE, CHASEN, 2011).

O Linfoma pode ser diagnosticado clinicamente a partir de um enfartamento ganglionar em qualquer região do corpo, linfonodos cervicais, axilares ou inguinais (KILGORE, CHASEN, 2011).

Silva et al, (2008), relataram um caso onde foi abordado um paciente acometido por LNH primário nas estruturas das orbitas e proptose axial num paciente masculino, reforçando a diversidade de estruturas acometidas.

Há maior incidência em tumores primários de LNH nas estruturas extras nodais, em pacientes imunodeprimidos, síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA), a síndrome de seio cavernoso, onde são acometidos os nervos frontais e maxilares (BARREIRA JUNIOR, MOURA, MONTEIRO, 2011).

A motivação para pesquisar sobre linfoma não Hodgkin foi a descoberta de um caso em um membro da família. O diagnóstico de um câncer é muito traumático, sabe-se que a vida é finita e com a descoberta acredita-se que o fim chegou. Houve ainda a necessidade de conhecer as várias formas de tratamentos, sendo a melhor forma, a realização de uma pesquisa mais aprofundada.

Justifica-se este trabalho, pela grande incidência de novos casos de linfoma a cada dia. Segundo o INCA no ano de 2009 foram acometidos pelo LNH 4.900 homens e 4.200 mulheres, só no Brasil. Tendo conhecimento destes dados o profissional enfermeiro, com embasamento científico pode se capacitar para realizar um plano de ação para diagnóstico precoce, dentro da estratégia de saúde da família (BIGNI, 2013).

O objetivo deste estudo é realizar um levantamento bibliográfico sobre o Linfoma não Hodgkin e contribuir assim com o conhecimento científico e para a orientação do indivíduo a respeito das manifestações clínicas, diagnóstico precoce e orientação sobre o tratamento.

2. MATERIAL E MÉTODO

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. A pesquisa bibliográfica pode, portanto, ser entendida como um processo que envolve as seguintes etapas: a) escolha do tema; b) levantamento bibliográfico preliminar; c) formulação do problema; d) elaboração do plano provisório de assunto; e) busca de fontes; f) organização lógica do assunto; e g) redação do texto (LAKATOS; MARCONI, 2004).

De acordo com Boaventura, (2004), a revisão de literatura objetiva demonstrar o que foi escrito sobre o tema. Consiste na análise e síntese das informações, visando definir as linhas de ação para abordar o assunto ou problema e gerar ideias novas e úteis. *Esta pesquisa foi realizada em livros, na BVS (biblioteca virtual em saúde) SCIELO (Scientific Eletronic Libray Online), de artigos científicos publicados entre os anos de 2005 a 2013, nacionais escritos na língua portuguesa, indexados e internet. Foram selecionados quinze artigos dos quais sete atenderam às necessidades e oito foram descartados, sendo complementado com cinco autores.*

3 RESULTADOS

3.1 Definição Linfoma não Hodgkin

Linfoma não Hodgkin é um tipo de câncer do tecido linfático, que causa um aumento dos gânglios linfáticos e sintomas generalizados. O sistema linfático produz, armazena e distribui linfócitos que são importantes para combater infecções. O linfoma não Hodgkin folicular é um tipo de linfoma de baixo grau ou tido como linfoma indolente, seu desenvolvimento é muito lento e na maioria das vezes leva muitos anos para se desenvolver e é assintomático. Pacientes com linfoma apresentam linfonomegalia na região cervical, axilar e inguinal. Os linfomas de células B indolente raramente apresentam sintomas sistêmicos, porém os agressivos incluem hipertermia, prurido tegumentar, sudorese noturna e perda de peso inexplicável, chegando a 10% da massa corporal (BRASIL, 2013).

O LNH pode ser classificado em quatro estádios ou estágios (I –IV) de acordo com o número de sites envolvidos. Aproximadamente 85% dos casos diagnosticados estão entre os estádios III e V já com envolvimento da medula óssea. O fígado, o baço e os nódulos mesentéricos estão frequentemente envolvidos (BRASIL, 2013).

Estadiamento (também chamado de estágios) é a descrição (geralmente em números de I a IV) de quanto o câncer já se espalhou pelo corpo. O estágio geralmente leva em conta o tamanho do tumor, o quão profundo ele está penetrado, se já invadiu órgãos adjacentes, se e quantos linfonodos entraram em metástase e se ele está espalhado em órgãos distantes. O estadiamento é importante porque o estágio no diagnóstico é um importante indicativo do prognóstico, planejamento dos tratamentos mais adequados, previsão das possíveis complicações e, após o tratamento, avaliação dos resultados.

Segundo o INCA, a indicação terapêutica do câncer depende do estadiamento da doença. Assim é que um estadiamento bem conduzido leva a condutas terapêuticas corretamente aplicadas (BIGNI, 2013).

3.2 Tratamento

Tratamento médico: o tratamento do LNH é baseado na classificação da doença, no estagio e se existiu um tratamento prévio. Também é avaliada a condição clínica do paciente em tolerar a terapia. Quando a doença está localizada, não é uma forma agressiva, o tratamento de escolha é a radiação isolada. Nas formas agressivas de LNH, as combinações de quimioterápicos são administrados mesmo nos estágios iniciais I e 2, com a combinação de quimioterapia e radioterapia. O agente biológico interferon foi aprovado para o tratamento dos linfomas foliculares de baixo grau (LFBG), e um anticorpo monoclonal para o CD20, rituximabe, nome comercial mabithera. A recidiva dos LFBG é muito alta, alguns estudos mostram a grande importância de se ter uma terapia para manutenção com o mabithera e na redução de progressão da doença (SMELTZER; BARE, 2009).

O tratamento padrão atualmente utilizado para o LNH agressivo é a combinação de cytoxan, doxorubicina, vincristina, prednisona e rituximabe, (RCHOP). Quando se tem um comprometimento do sistema nervoso central, é usada a radiação craniana e quimioterapia intratecal além da quimioterapia sistêmica, (SMELTZER; BARE 2009).

3.3 Cuidados de Enfermagem

Quando o enfermeiro cuida de um paciente com câncer deve-se conhecer o tipo da doença, o estagio, a história e o tratamento que está sendo realizado. A maioria dos cuidados acontece dentro do ambulatório, salvo nos casos de complicações, como comprometimento respiratório, devido a massas mediastinais. Deve-se ainda tratar efeitos colaterais como, por exemplo: náuseas, vômitos, alopecia e mielossupressão, causada pela própria doença. O risco de infecção nos pacientes com LNH é muito alto, não somente pela mielossupressão, mas também pela resposta imune defeituosa. Os pacientes precisam ser orientados e ensinados a minimizar riscos de infecção (p. ex:) boa técnica de higiene, evitar saladas e frutas frescas, evitar multidão e contato com pessoas com infecções respiratórias, manter dieta hipercalórica, hiperproteica, hipolipídica, hipoglicêmica e quando não há restrição hídrica, ingestão de no mínimo 3.000 ml/dia. À medida que a sobrevida aumenta a incidência de outras malignidades aparecerem e são altos, por isso os

pacientes devem ser triados, monitorados e orientados para possíveis segundas malignidades (SMTELTZER; BARE, 2009).

3.4 Prognóstico

A taxa atual de sobrevida é variável, conforme o tipo celular, as condições socioeconômicas e o estagio da doença no momento do diagnóstico. Nas regiões desenvolvidas, a sobrevida é em média cinco anos, em torno de 53%, enquanto que nas regiões menos desenvolvidas, é de 50% (ANDRADE, SAWADA, BARICHELO, 2013).

4 DISCUSSÃO

Hoje em dia com a descoberta de novos fármacos quimioterápicos, cada vez mais sofisticados, aumentou consideravelmente a taxa de sobrevida dos pacientes acometidos, não só pelo linfoma, mas por qualquer tipo de câncer em qualquer parte do organismo. Há outros fatores agravantes, como a condição socioeconômico que leva ao diagnóstico tardio, piorando o prognóstico e contribuindo para a redução da sobrevida.

Segundo o INCA a incidência maior do linfoma não Hodgkin ocorre na faixa etária média dos 40 anos, baixo nível de escolaridade e baixa renda mensal com predomínio maior para o sexo masculino. Com isso diminuindo a sobrevida do indivíduo acometido, por ter que submeter-se a longa espera por um diagnóstico devido a morosidade do sistema único de saúde. Uma das orientações de todos os profissionais de saúde é em relação a dieta do paciente, o caderno de nutrição 2009 se refere à alimentação como uma das formas mais eficazes de se diminuir sintomas da quimioterapia. Uma nutrição hiperproteica, hipercalórica e hipoglicídica (BRASIL, 2009).

Em relação às experiências divulgadas de enfermagem nas bases de dados foram poucos os trabalhos encontrados referentes ao tratamento que o enfermeiro deve dar ao indivíduo acometido por câncer, onde envolva o sistema hematológico. Os trabalhos poderiam facilitar o manejo dos sinais e sintomas da doença em si e o conhecimento o que levaria a uma melhor aceitação e adesão ao tratamento, autocuidados e aceitação em relação aos efeitos colaterais danosos que o paciente venha a sofrer proveniente da quimioterapia.

De acordo com Debiasi; Hehnemann; Garicochea (2010) em relato de alguns casos clínicos há uma grande incidência de metástase esplênica, por se tratar de uma neoplasia linfática, com isso ocasionando maior risco ao paciente oncológico por necessitar de mais uma intervenção cirúrgica de esplenectomia, com isso vulnerabilizando o estado geral pela mielossupressão já instalada

5 CONCLUSÃO

O enfermeiro que atua diretamente com pacientes oncológicos, participa diariamente com diversos questionamentos não só os referentes ao portador da patologia, mas também aquele que dizem respeito aos dos familiares que sofrem com a descoberta de um câncer, nesse sentido o profissional precisa de sensibilidade, dedicação, e principalmente ter conhecimento sobre a doença questionada, considerando o impacto sociocultural, financeiro emocional portanto a equipe multiprofissional precisa reconhecer os sentimentos, as angustias, como tendo um papel relevante na prestação da assistência de enfermagem.

Desse modo o enfermeiro sendo conhecedor do diagnóstico, patologia, tratamento e prognóstico poderá sistematizar a assistência de enfermagem e minimizar a desordem física e emocional causada pelo traumático tratamento de quimioterapia.

De acordo com as pesquisas mostrou-se uma deficiência da atuação do enfermeiro no tratamento de pacientes portadores de neoplasias malignas na literatura e bases de dados, dificultando com isso uma assistência humanizada e adequada, por exemplo, a um paciente com linfoma não Hodgkin.

Com isso compreende-se ser necessário que haja interesse do enfermeiro na área de saúde direcionada à oncologia, principalmente no que diz respeito a uma política de saúde pública, viabilizando realmente, o diagnóstico e promoção do bem estar e da saúde, havendo uma previsibilidade do tratamento ao paciente portador de linfoma não Hodgkin aumentando a perspectiva de vida.

REFERÊNCIAS

ANTCZAK, Susan E. et al. **Fisiopatologia Básica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ANDRADE, Viviane; SAWADA, Namie Okino; BARICHELO, Elizabeth. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 47, n.2, p. 355-361. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/12.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2013.

BARREIRA JUNIOR, Alan Kardec; MOURA, Frederico Castelo; MONTEIRO, Mario Luiz Ribeiro. Linfoma não-Hodgkin bilateral do seio cavernoso como manifestação inicial da síndrome de imunodeficiência adquirida: relato de caso. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 74, n. 2, p. 130-131. 2011. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/abo/v74n2/a13v74n2.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2013.

BIGNI, Ricardo. **Inca: Linfoma Não-Hodgkin**. Brasil: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=457>. Acesso em: 11 nov. 2013.

BOAVENTURA, Edvaldo Martins. **Metodologia da pesquisa**: monografia, dissertação, tese. São Paulo: Atlas, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da saúde SUS, 2009. Disponível em: <WWW.saude.gov.br/scitie>. Acesso em: 27 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Rituximabe para o tratamento de linfoma não - Hodgkin de células B, folicular, CD20 positivo**: Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 55, 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Rituximabe_linfomaNaohodgkin_CP.pdf>. Acesso em: 27 out. 2013.

DEBIASI, Márcio; HEHNEMANN, Marluce and GARICOCHEA, Bernardo. Monoterapia com rituximab no linfoma da zona marginal esplênico com linfócitos vilosos: relato de dois casos de pacientes com controle prolongado da doença depois de recidiva após esplenectomia. Sao Paulo, **Med. J.** v.128, n.6, p. 375-377, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-31802010000600012>>. Acesso em: 30 out. 2013

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

KILGORE, T. L. CHASEN, M. H. **Endobronchial non - Hodgkin's lymphoma**. Chest, v. 84, n. 1, jul. p. 58-61, 2011. Disponível em: <<http://journal.publications.chestnet.org/data/Journals/CHEST/21369/58.pdf>>. Acesso: 27 out. 2013.

ROBINS, S. L.; COTRAN, R. S. **Patologia:** Bases patológicas das doenças. Tradução: Maria da Conceição Zacharias. 7. ed. Rio de Janeiro: Kumar Abbas Fausto, 2005.

SILVA, Cristiane do Prado et al. Linfoma não Hodgkin de órbita: relato de caso. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 71, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S000427492008000200028&script=sci_arttext> . Acesso em 03 maio 2013.

SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G. Brunner e Suddarth: **Tratado de Enfermagem Médico**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 2.