A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Programa *Team Up* da Oncologia BP



Parceria: AstraZeneca

Cuidado Multidisciplinar do Câncer de Pulmão Não Pequenas Células

William N. William Jr.

Diretor Médico, Oncologia e Hematologia

BP – A Beneficência Portuguesa de São Paulo

Declaração de Conflitos de Interesse

Recebi honorários para palestras, consultoria e/ou pesquisa das seguintes empresas:

- Astra Zeneca
- Genentech / Roche
- Astellas
- Boehringer Ingelheim
- Merck
- Eli Lilly
- BMS
- MSD

Objetivos

1. Discutir os modelos, vantagens e limitações do cuidado multidisciplinar do câncer de pulmão;
2. Apresentar evidências que justificam a implementação de estratégias de cuidado multidisciplinar do câncer de pulmão.

TEAM UP !!!!

Pauta

1. Modelos
2. Evidências
3. Limitações

Pauta

1. Modelos
2. Evidências
3. Limitações

Modelos de Cuidado Multidisciplinar

- Estados Unidos
  - Parte integral do manejo do paciente e determinante dos desfechos
- Reino Unido
  - Regulado pelo NHS
- Brasil
  - Padronização inexistente ou incipiente na maioria dos centros
  - Fragmentação do cuidado do paciente

Wright et al. Eur J Cancer 2007

Modelos de Cuidado Multidisciplinar

- Formato: reuniões/conferências, sistema de referenciamento e contra-referenciamento, clínicas integradas
- Participantes



Por que cuidado multidisciplinar?

- Melhora do cuidado do paciente (estadiamento e plano de tratamento);
- Aderência a diretrizes de tratamento;
- Estabelecimento de algoritmos próprios;
- Educação continuada;
- Satisfação profissional;
- Maior participação em protocolos clínicos;
- Uso racional de recursos;
- Melhora de sobrevida (?)

Pauta

1. Modelos
2. Evidências
3. Limitações

Clínica Multidisciplinar

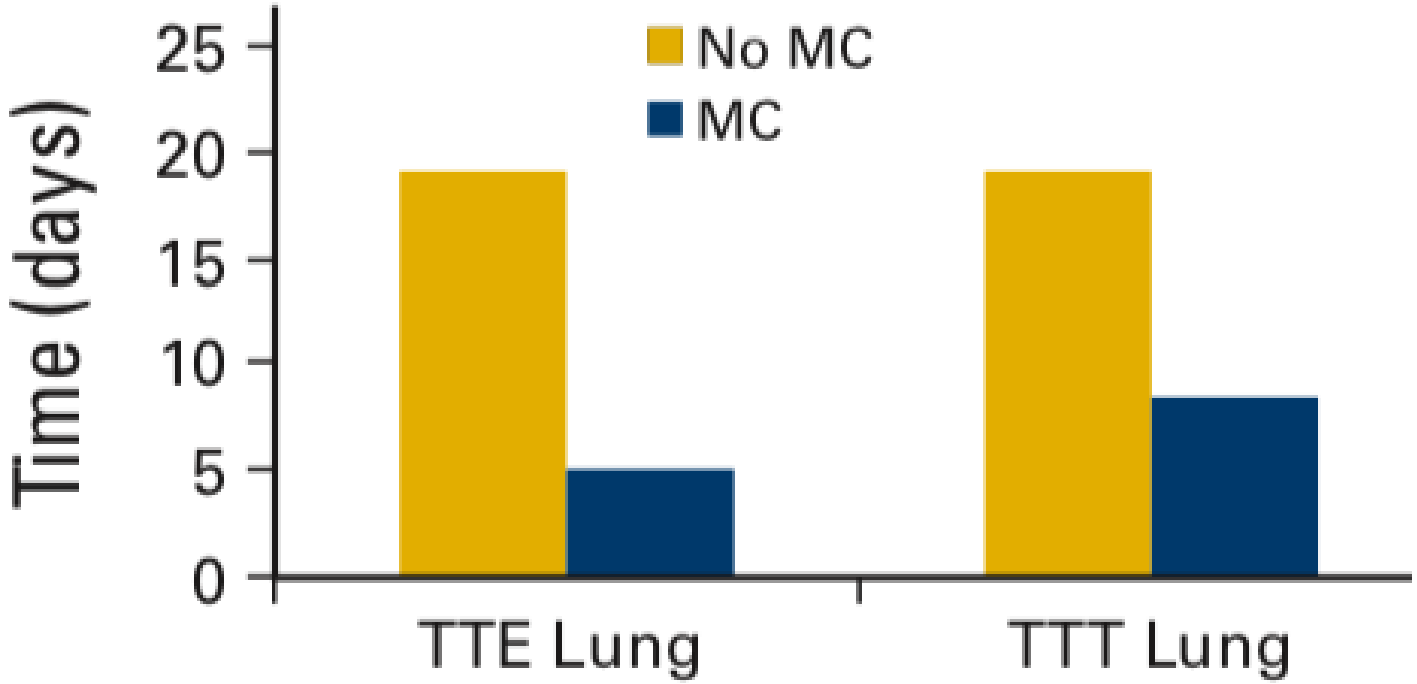
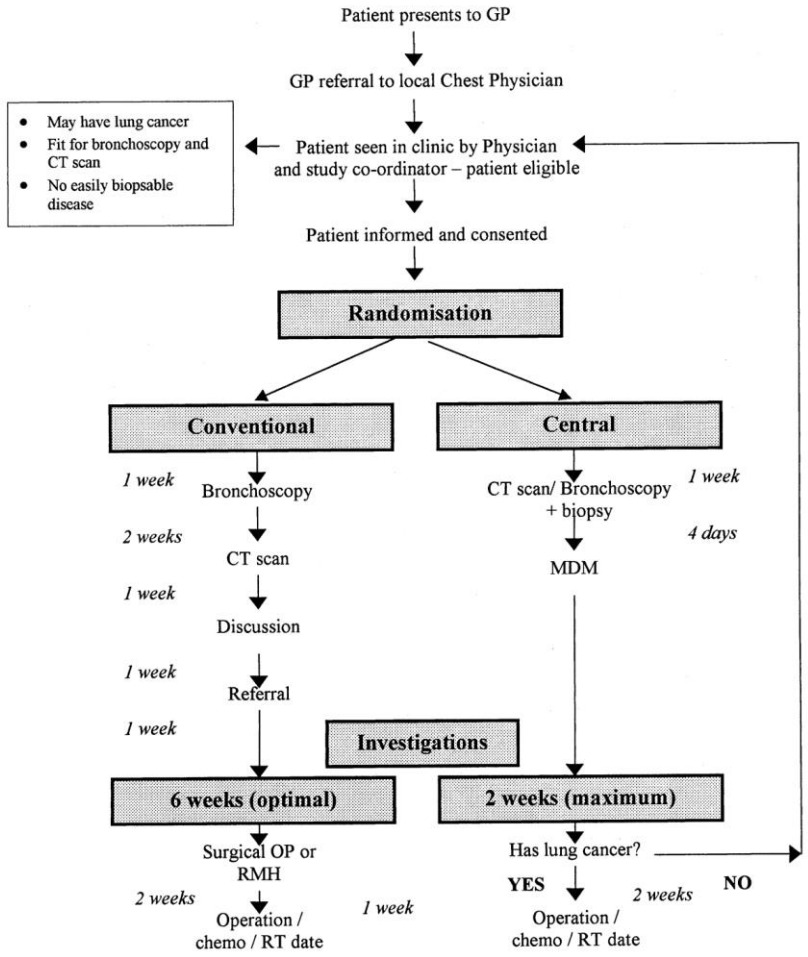
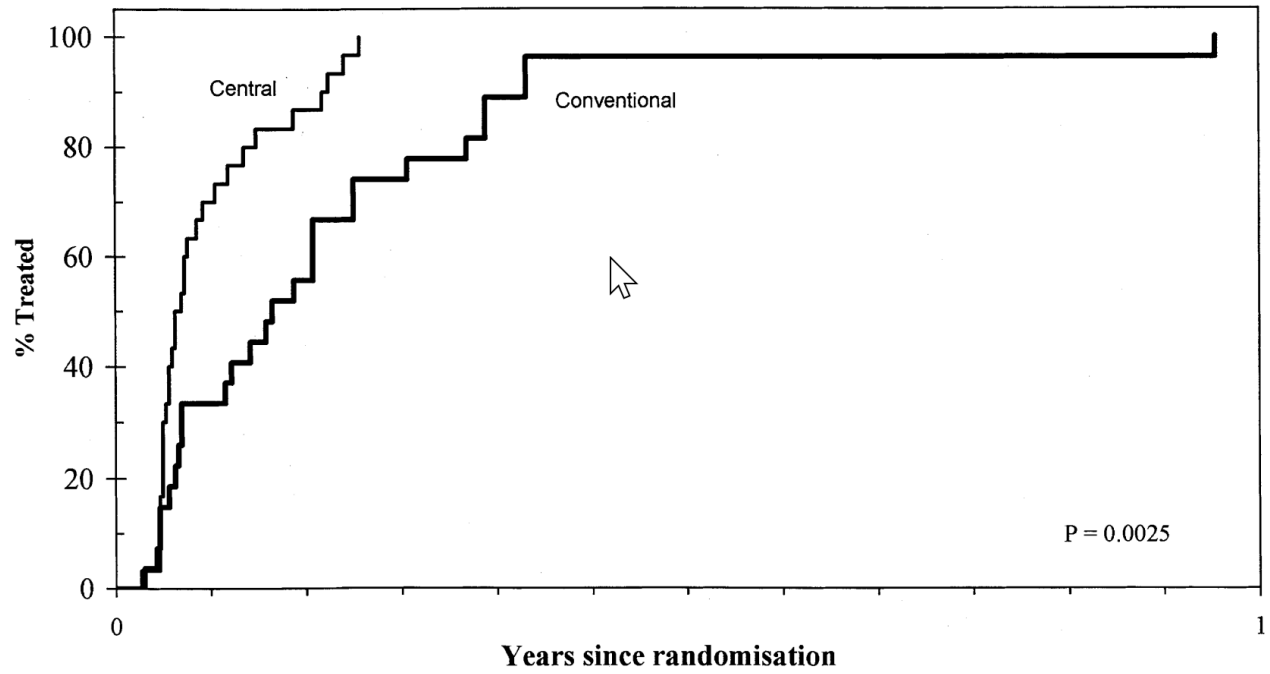


Figure 1. Multidisciplinary clinic (MC) improves speed of service. TTE, time to evaluation; TTT, time to treatment;

Horvath et al. J Oncol Pract, 2010

Suspeita Clínica: Investigação Centralizada vs Convencional





Murray et al. Lung Cancer, 2003

Impacto de Reuniões Multidisciplinares no Cuidado do Paciente com Câncer de Pulmão

	No. of Patients (%)		
	Discussed by MDT, n=504	Not Discussed by MDT, n=484	*P*[a]
ECOG PS			
Actual			
0	140 (28)	33 (7)	
1	198 (39)	50 (10)	
2	95 (19)	34 (7)	
3	56 (11)	30 (6)	
4	8 (2)	14 (3)	
Unknown	7 (1)	323 (67)	<.01
Pathology			
Adenocarcinoma	131 (26)	130 (27)	
Squamous cell carcinoma	97 (19)	72 (15)	
Large cell carcinoma	157 (31)	100 (21)	
NSCLC NOS	30 (6)	51 (10)	
SCLC	68 (14)	69 (14)	
No pathology	21 (4)	62 (13)	<.01

Boxer et al. Cancer 2011

Impacto de Reuniões Multidisciplinares no Cuidado do Paciente com Câncer de Pulmão

Table 2. Comparison of Patients With and Without Multidisciplinary Conference Care

Variable[a]	MDC (n = 6,627)	Non-MDC (n = 6,627)	*p* Value
Complete staging	6,031 (91)	4,572 (67)	< 0.0001
Multispecialty evaluation	5,898 (89)	3,446 (52)	< 0.0001
Diagnosis to treatment, d	19 ± 8	32 ± 11	< 0.0001
NCCN guidelines	5,832 (88)	4,705 (71)	< 0.0001
Research participation	1,127 (17)	398 (6)	< 0.0001
Palliative/hospice care	596 (9)	266 (4)	< 0.0001
Chemotherapy and/or radiotherapy without a tissue diagnosis	199 (3)	331 (5)	< 0.0001
Nontherapeutic surgical intervention	133 (2)	265 (4)	< 0.0001
Mean cost of care, diagnosis and staging, $	7,212.00	10,213.00	< 0.0001

[a] Continuous data are presented as mean ± standard deviation and categoric data as number (%).

MDC = multidisciplinary conference; NCCN = National Comprehensive Cancer Network.

Freeman et al. Ann Thorac Surg 2015

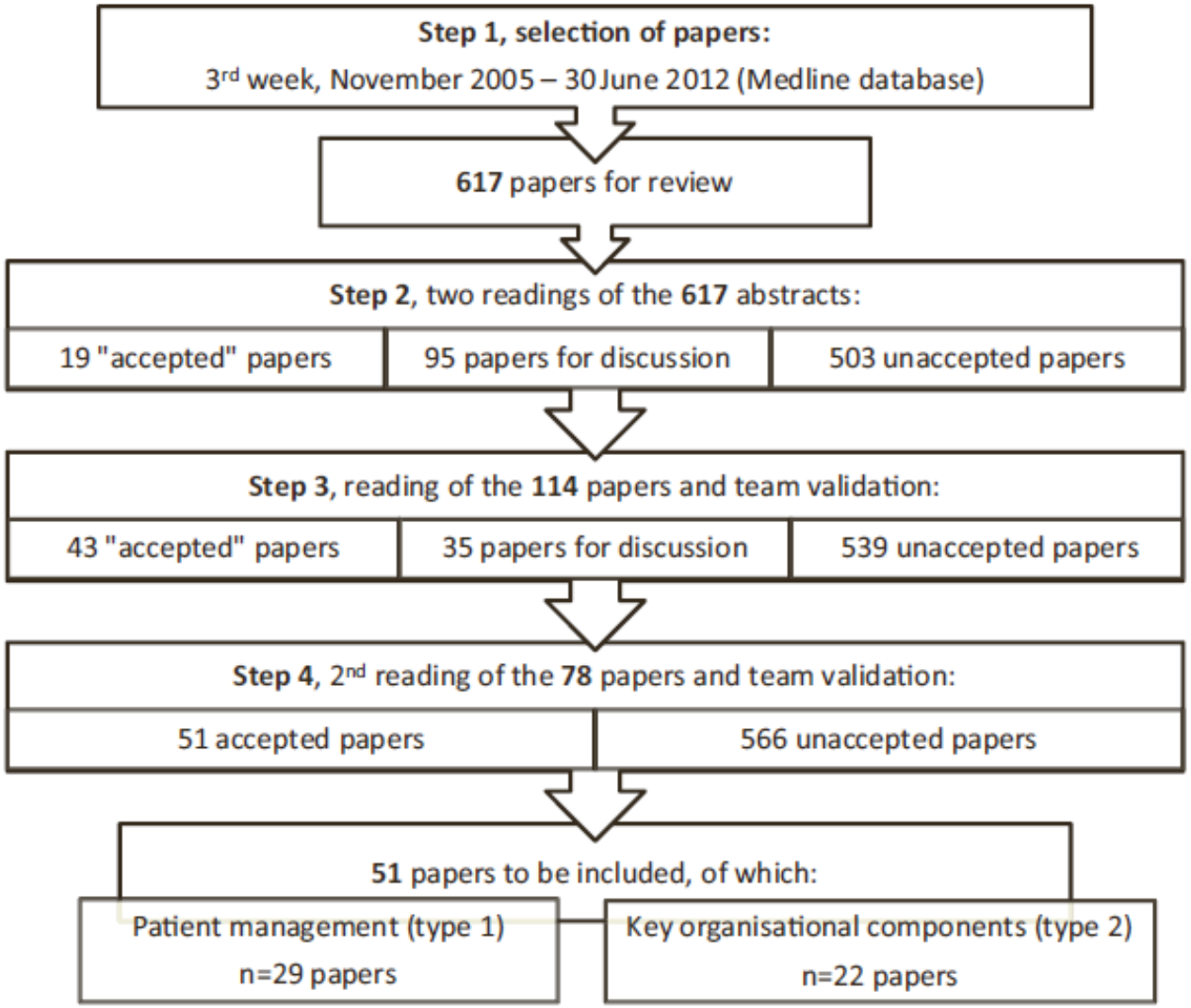
Cuidado Multidisciplinar e Número de Cirurgias

Table 1 Total lung cancer registrations, histological confirmation of non-small-cell lung cancer, resections and resection rates per year

Year	Pre-specialist			Post-specialist		
	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Total registration	469	493	474	477	482	496
Histological confirmation of NSCLC	180	158	193	241	246	260
Surgical resections	31	11	23	58	57	60
Resection rate (%)	17.2	6.9	11.9	24.1	23.2	23.1

Martin-Ucar et al. Lung Cancer 2004

Revisão Sistemática



Clinical focus[a] of the selected papers ($n = 51$).

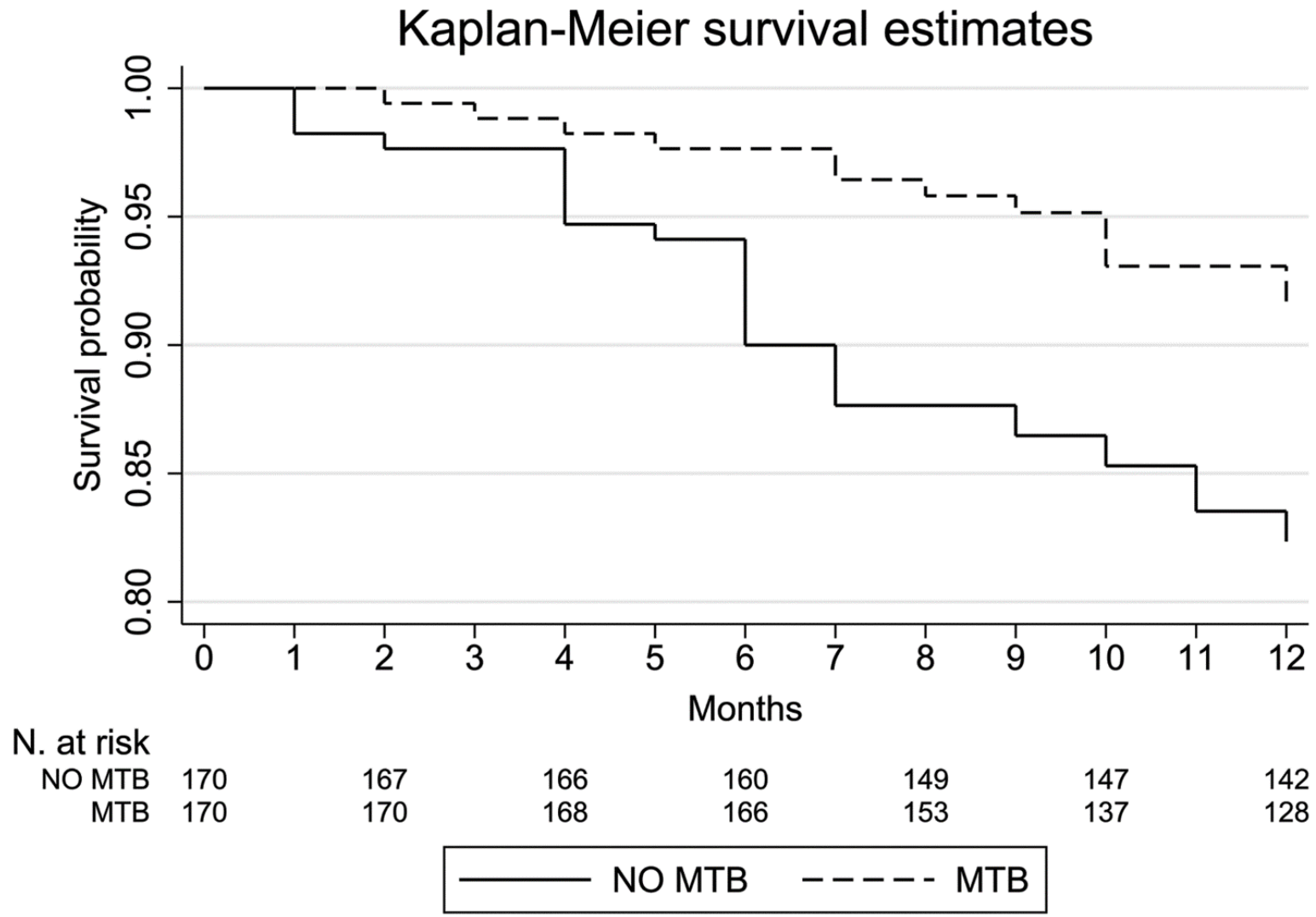
Clinical focus	No. of studies
Treatment	18
Diagnosis and treatment	14
Diagnosis, treatment and follow-up	7
Follow-up	3
Access to clinical trials	3
Diagnosis (staging)	2
Palliative care	2
Treatment and follow-up	1
Treatment and palliative care	1

[a] *Note*: regardless of specific mandate (patient survival, quality of care, etc.).

✓Melhora de sobrevida em pacientes com câncer colorretal, cabeça e pescoço, esôfago e pulmão;
✓Mudanças nas estratégias de diagnóstico e tratamento em câncer urológico, pancreático, gastro-esofágico, mamário, melanoma, vesical, colorretal, ginecológicos e de cabeça e pescoço.

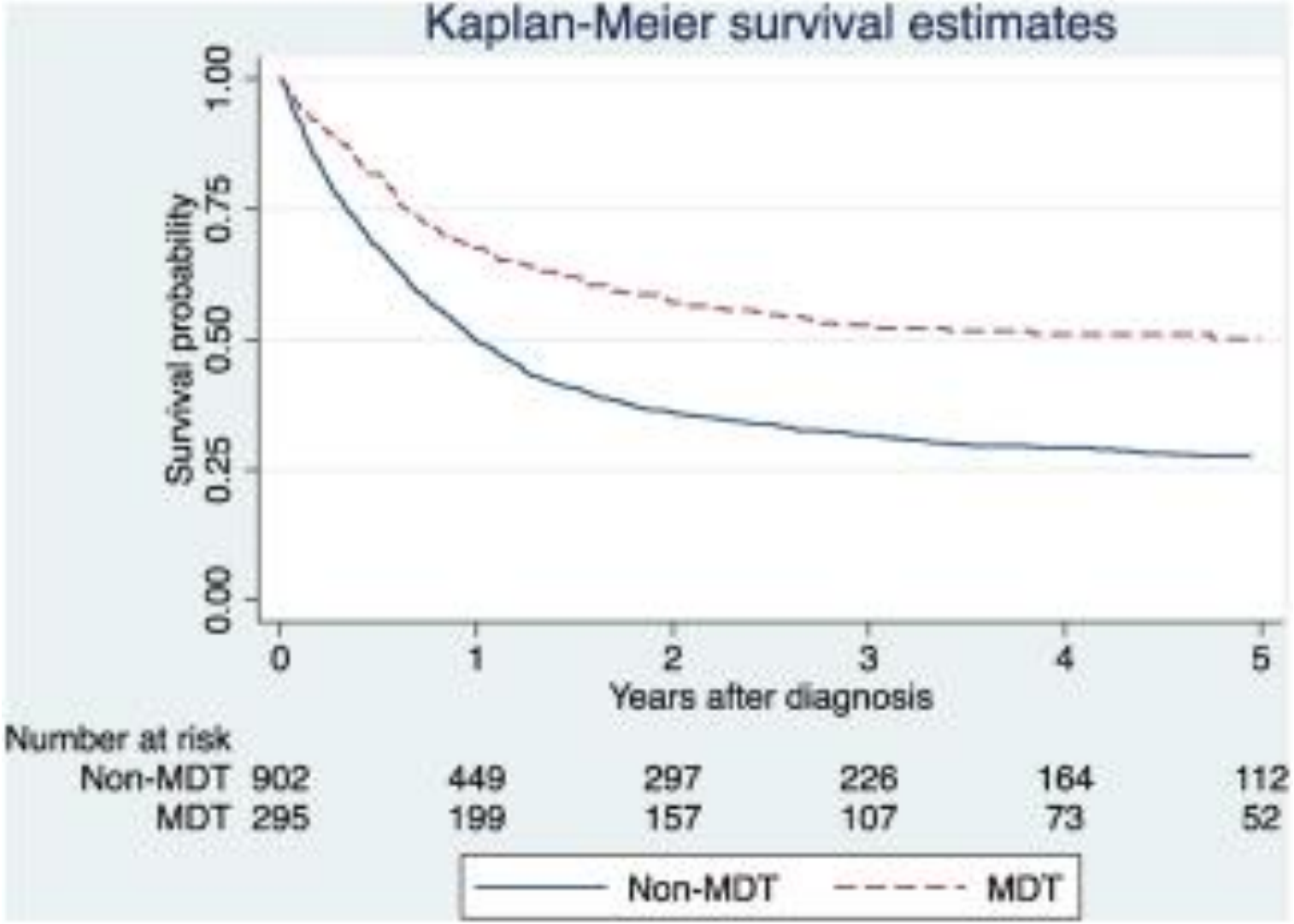
Prades et al. Health Policy 2015

Reunião Multidisciplinar



Tamburini et al. Eur J Cardiothorac Surg, 2018

Reunião Multidisciplinar



Stone et al. Lung Cancer, 2018

Pauta

1. Modelos
2. Evidências
3. Limitações

- **Limitações da literatura**
  - Qualidade e resultados heterogêneos;
  - Estudos unicêntricos e retrospectivos.

- **Limitações de implementação**
  - Complexidade;
  - Cobertura por fontes pagadoras;
  - Integração de sistemas e de prontuários.

Evolução

Cuidado Descentralizado



- Grupo motivado
- Educação continuada
- Reuniões multidisciplinares
- Serviços integrados

Cuidado Multidisciplinar

Conclusões

- Cuidado multidisciplinar foi intuitivamente adotado e hoje é parte integral em sistemas de saúde avançados;
- Manejo multidisciplinar diminui tempo de avaliação e de início para tratamento, leva a diagnóstico e planejamento de tratamento mais acurado, aumenta o número de procedimentos curativos e referenciamento para cuidados de suporte, e possivelmente melhora a sobrevida;
- Implementação gradual e desafiadora.

TEAM UP !!!!

Bibliografia

1. Wright FC, De Vito C, Langer B, et al. Expert Panel on Multidisciplinary Cancer Conference Standards. Multidisciplinary cancer conferences: a systematic review and development of practice standards. Eur J Cancer. 2007; 43(6): 1002-10.
2. Horvath LE, Yordan E, Malhotra D, Leyva I et al. Multidisciplinary care in the oncology setting: historical perspective and data from lung and gynecology multidisciplinary clinics. J Oncol Pract. 2010; 6(6): e21-6.
3. Murray PV, O'Brien ME, Sayer R, et al. The pathway study: results of a pilot feasibility study in patients suspected of having lung carcinoma investigated in a conventional chest clinic setting compared to a centralised two-stop pathway. Lung Cancer. 2003; 42(3): 283-90.
4. Boxer MM, Vinod SK, Shafiq J, et al. Do multidisciplinary team meetings make a difference in the management of lung cancer? Cancer. 2011; 117(22):5112-20.
5. Freeman RK, Ascioti AJ, Dake M, et al. The Effects of a Multidisciplinary Care Conference on the Quality and Cost of Care for Lung Cancer Patients. Ann Thorac Surg. 2015; 100(5):1834-8; discussion 1838.
6. Martin-Ucar AE, Waller DA, Atkins JL, et al. The beneficial effects of specialist thoracic surgery on the resection rate for non-small-cell lung cancer. Lung Cancer. 2004; 46(2):227-32.
7. Prades J, Remue E, van Hoof E, et al. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. Health Policy. 2015; 119(4):464-74.
8. Tamburini N, Maniscalco P, Mazzara S, et al. Multidisciplinary management improves survival at 1 year after surgical treatment for non-small-cell lung cancer: a propensity score-matched study. Eur J Cardiothorac Surg. 2018; 53(6):1199-1204.
9. Stone E, Rankin N, Kerr S, Fong K, Currow DC, Phillips J, Connon T, Zhang L, Shaw T. Does presentation at multidisciplinary team meetings improve lung cancer survival? Findings from a consecutive cohort study. Lung Cancer. 2018; 124:199-204.

A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Parceria:

AstraZeneca