A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Programa *Team Up* da Oncologia BP



Parceria: AstraZeneca

Abordagem Prática para Obtenção de Tecidos: Técnicas de Biópsia em Câncer de Pulmão

Fabio José Haddad

Cirurgia Torácica e Broncoscopia

Declaração de Conflitos de Interesse

De acordo com a Norma 1595/2000 do Conselho Federal de Medicina e com a RDC 96/2008 da ANVISA, declaro que:

- Apresentações - como palestrante convidada, participo dos eventos de:

  MSD, BMS, AstraZeneca, Boehringer-Ingelheim.

- Não possuo ações de quaisquer destas companhias farmacêuticas.
- Os meus pré-requisitos para participar destas atividades são a autonomia do pensamento científico, a independência de opiniões e a liberdade de expressão.

Objetivos

1. Importância do diagnóstico clínico (suspeita diagnóstica)
2. Importância do diagnóstico e do estadiamento
3. Entender os métodos disponíveis para cada situação clínica
4. Entender as possíveis complicações dos procedimentos
5. Entender a importância da abordagem multidisciplinar

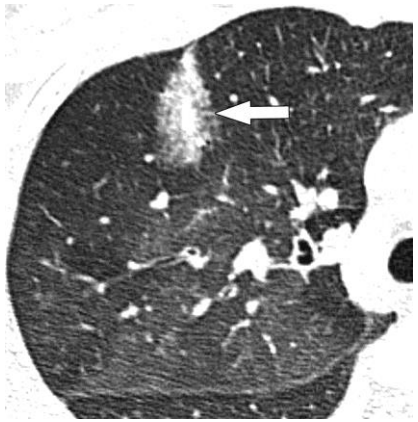
Pauta

1. Suspeita clínica, Diagnóstico, Estadiamento
2. Importância da Biópsia
3. Métodos de Biópsia e Potenciais Complicações
4. Cirurgia Primária (sem biópsia prévia)
5. Mensagens Finais

Pauta

1. Suspeita clínica, Diagnóstico, Estadiamento
2. Importância da Biópsia
3. Métodos de Biópsia e Potenciais Complicações
4. Cirurgia Primária (sem biópsia prévia)
5. Mensagens Finais

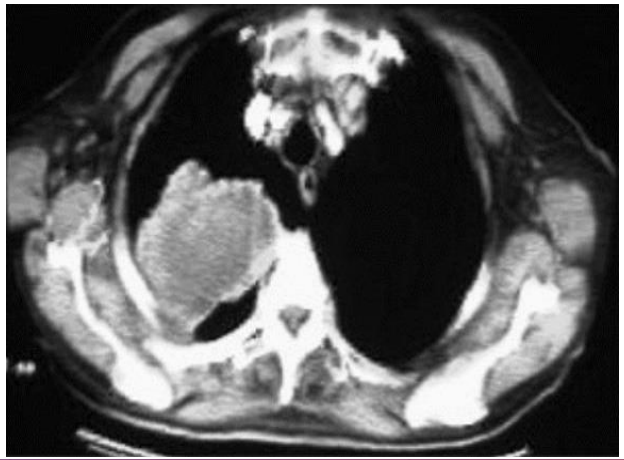
SUSPEITA DE NEOPLASIA PULMONAR





DIAGNÓSTICO PRECISO E ESTADIAMENTO SÃO MANDATÓRIOS,
se queremos maiores chances de cura do paciente





Pauta

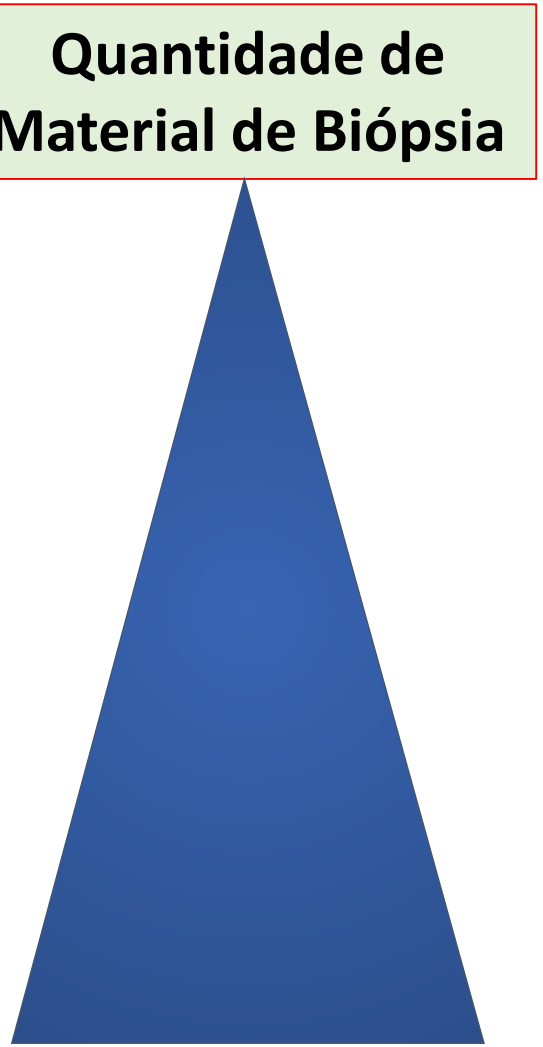
1. Suspeita clínica, Diagnóstico, Estadiamento
2. Importância da Biópsia
3. Métodos de Biópsia e Potenciais Complicações
4. Cirurgia Primária (sem biópsia prévia)
5. Mensagens Finais

Objetivos da Biópsia

1. **Diagnóstico** e, se possível, determinar **estadiamento** (do mais para o menos avançado)
2. **Material suficiente** para pesquisa molecular
3. Guiada por **métodos de imagem**
4. **Minimizar riscos** para o paciente:
   - Potencial de **complicações** / Estados **co-mórbidos** do paciente
5. Discutir as **preferências** do paciente
6. Conhecer a disponibilidade e eficiência dos **recursos locais**

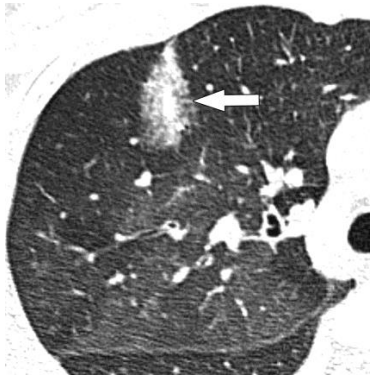
Situações Clínicas

1. Doença localizada paciente **inoperável**
2. Doença localizada paciente **operável**
3. Doença localmente **avançada ressecável**
4. Doença localmente **avançada irressecável**
5. Doença **metastática sítio único**
6. Doença **metastática múltiplos sítios**



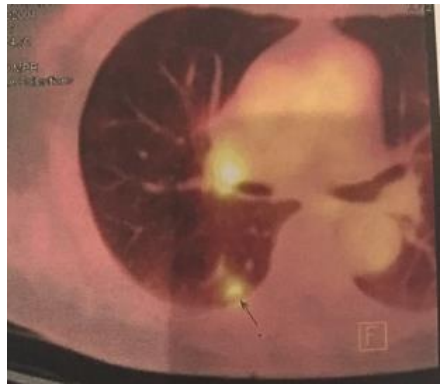
Pesar fatores de risco e estado geral do paciente (KPS e comorbidades)

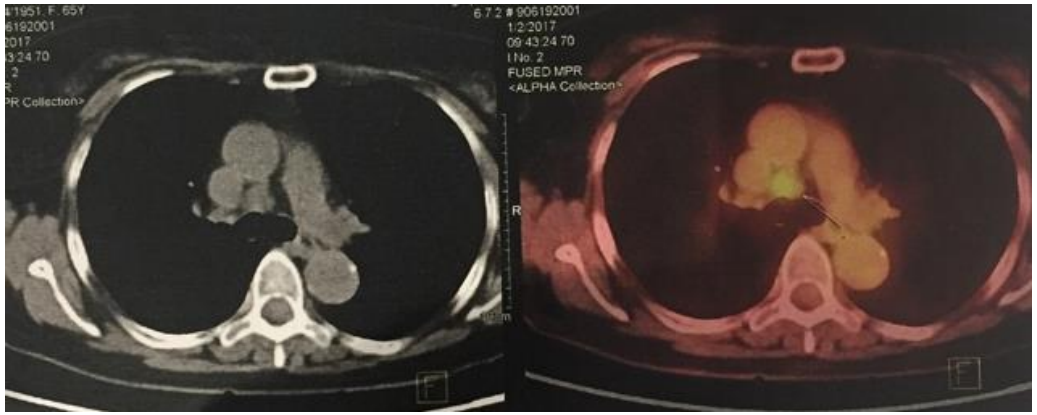
Situações Clínicas



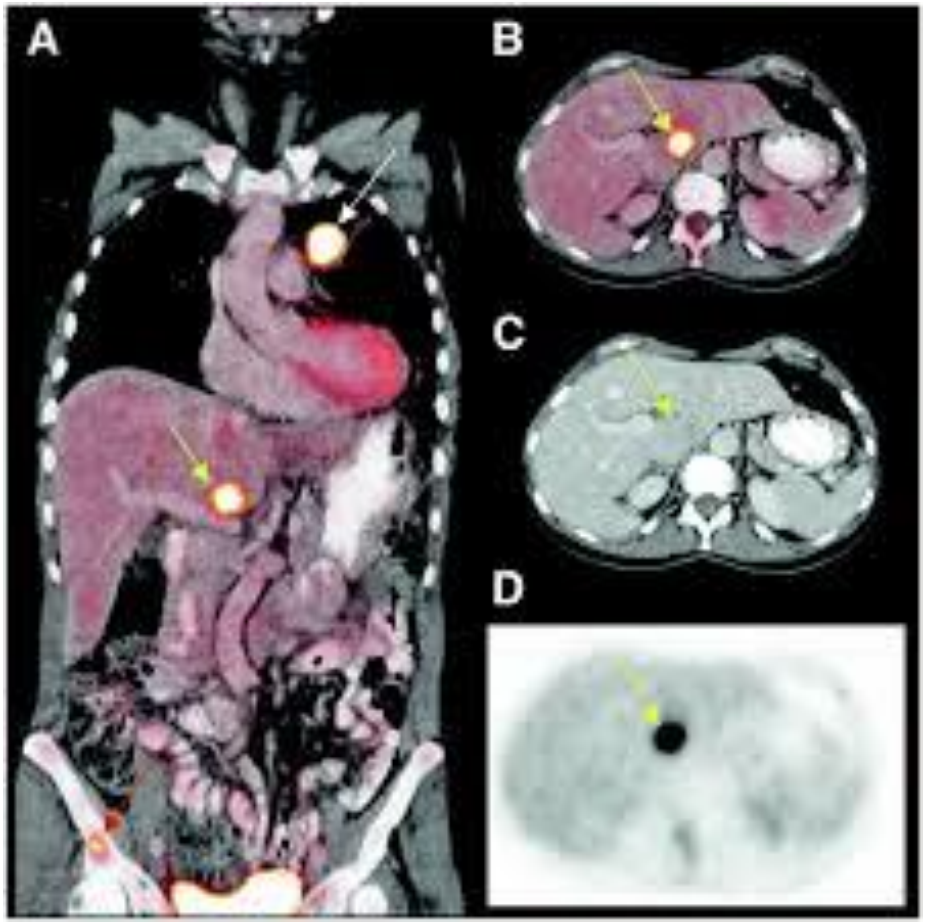
EC I

EC III





EC IV



Recomendações Gerais

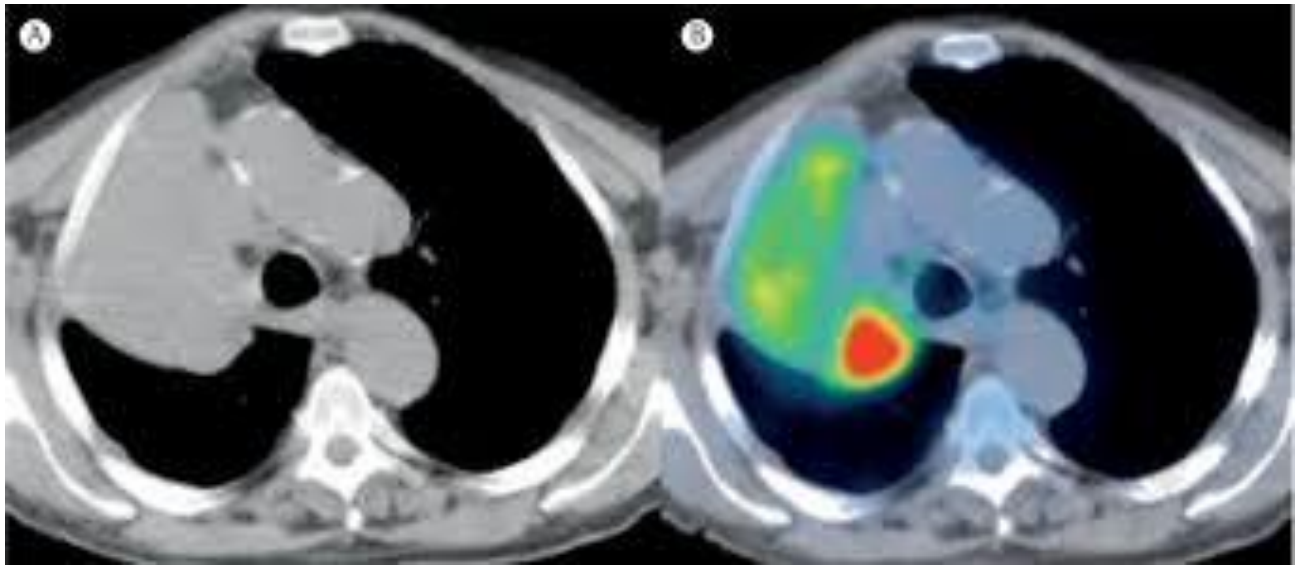
- Suspeita de câncer de pulmão = biópsia
- Guiar por imagem (PET-CT e TC)
- Procedimentos invasivos devem ser precedidos de discussão multidisciplinar

Review

OPEN ACCESS

Diagnostic procedures for non-small-cell lung cancer (NSCLC): recommendations of the European Expert Group

Manfred Dietel,[1] Lukas Bubendorf,[2] Anne-Marie C Dingemans,[3] Christophe Dooms,[4] Göran Elmberger,[5] Rosa Calero García,[6] Keith M Kerr,[7] Eric Lim,[8] Fernando López-Ríos,[9] Erik Thunnissen,[10] Paul E Van Schil,[11] Maximilian von Laffert[1]



Recomendações Gerais

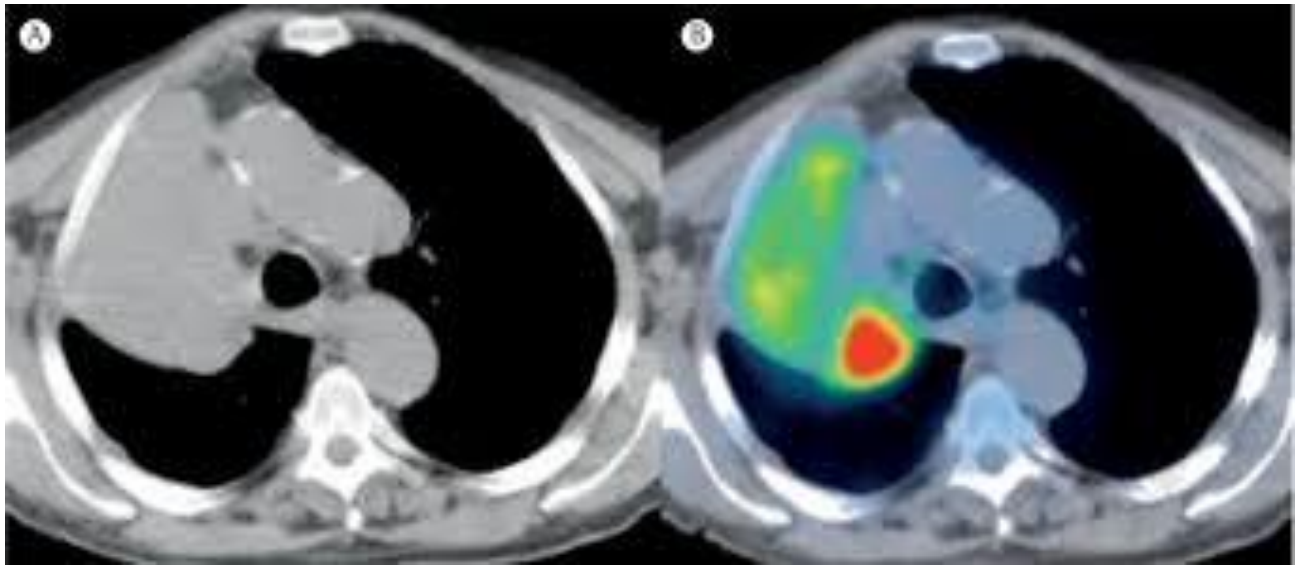
- O método menos invasivo vem primeiro
- Biópsia do foco suspeito de metástase, se único
- Manejo do tecido deve ser padronizado
- Sintonia entre quem faz e quem lê a biópsia

Review

OPEN ACCESS

Diagnostic procedures for non-small-cell lung cancer (NSCLC): recommendations of the European Expert Group

Manfred Dietel,[1] Lukas Bubendorf,[2] Anne-Marie C Dingemans,[3] Christophe Dooms,[4] Göran Elmberger,[5] Rosa Calero García,[6] Keith M Kerr,[7] Eric Lim,[8] Fernando López-Ríos,[9] Erik Thunnissen,[10] Paul E Van Schil,[11] Maximilian von Laffert[1]



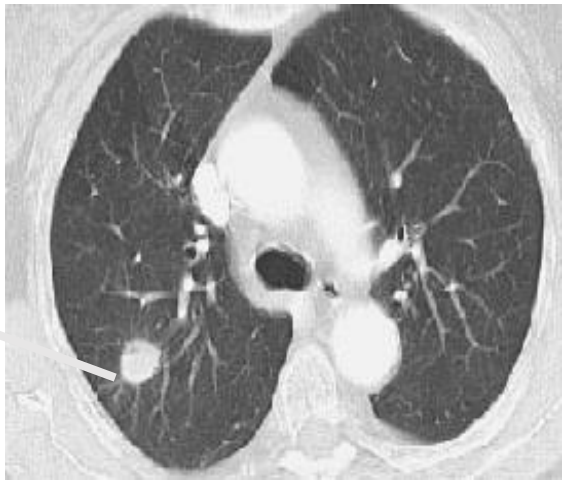
Parceria: AstraZeneca

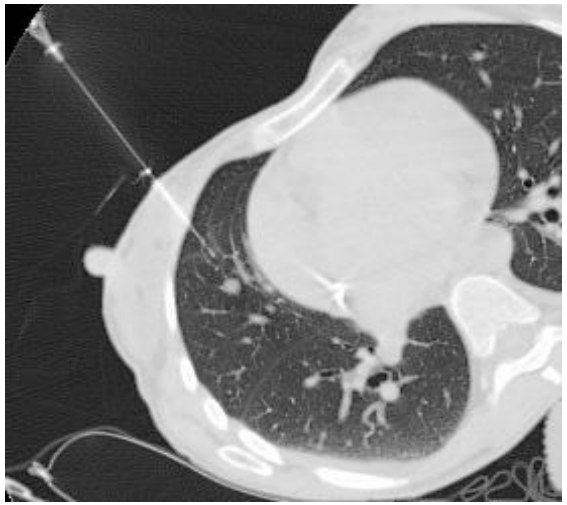
Pauta

1. Suspeita clínica, Diagnóstico, Estadiamento
2. Importância da Biópsia
3. Métodos de Biópsia e Potenciais Complicações
4. Cirurgia Primária (sem biópsia prévia)
5. Mensagens Finais

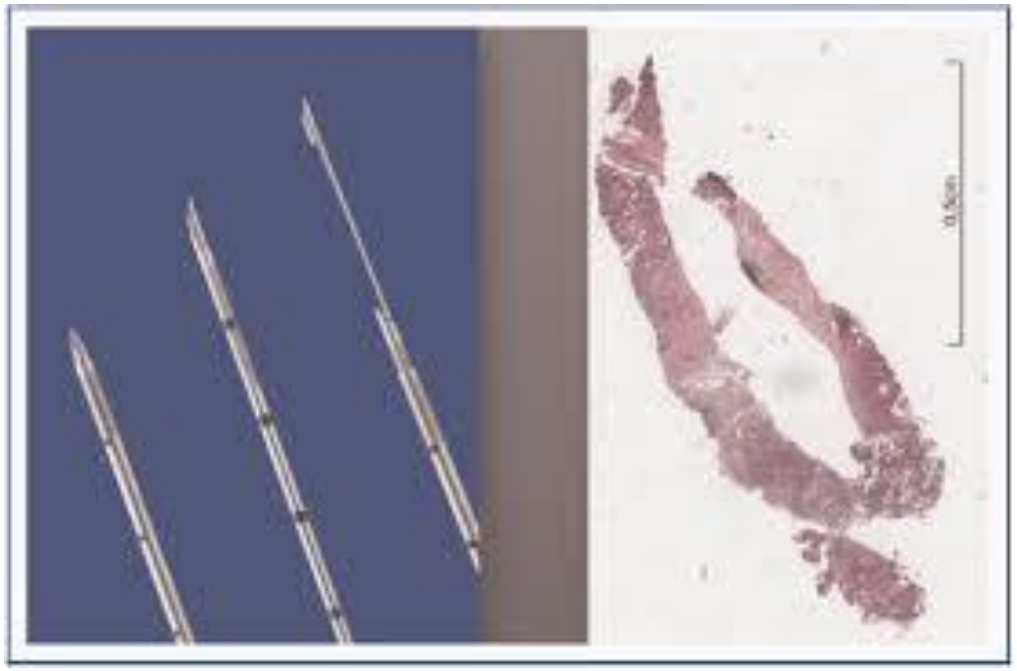
Diagnóstico Patológico

Menor Distância: Periférico = Transtorácica





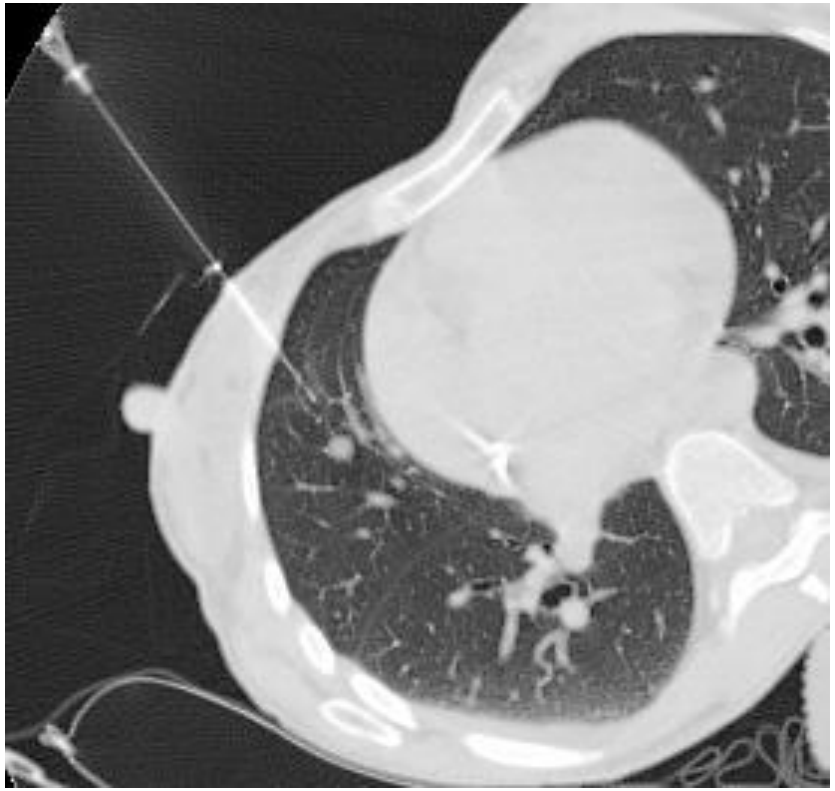
Agulha coaxial



Rendimento > 90%

Biópsia Transtorácica por TC

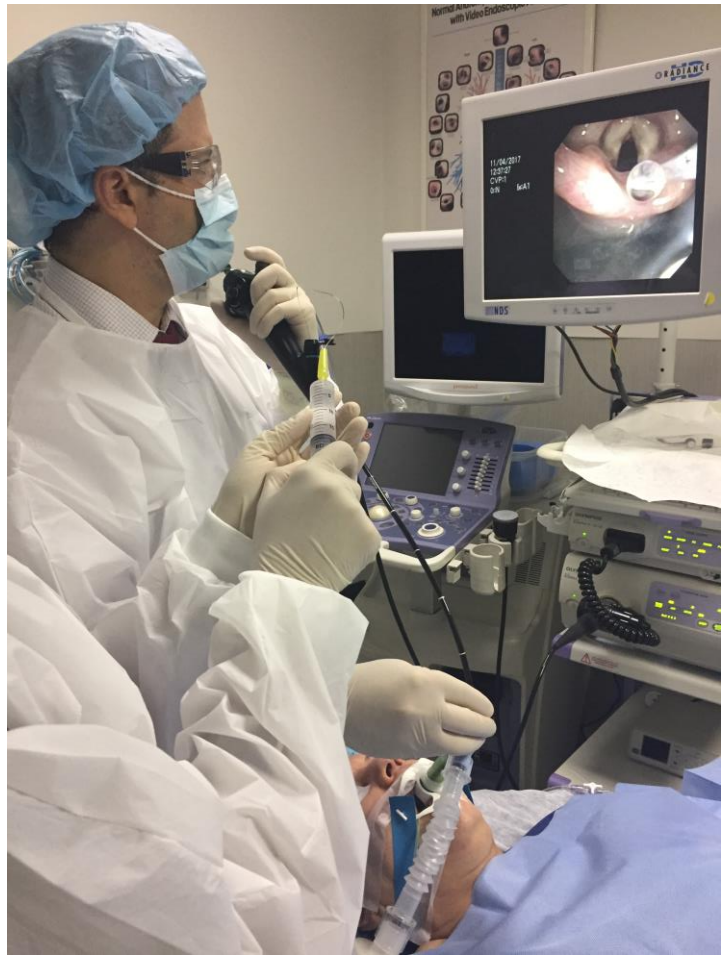
- Lesões periféricas 7 mm a 20 mm
- 10% pneumotórax
- 1 a 4% drenagens
- Agulha 18G a 20G
- HE = pelo menos 2 passagens (agulha coaxial)
- Molecular = preferencialmente 3 a 6 passagens
- Patologista em sala, se possível



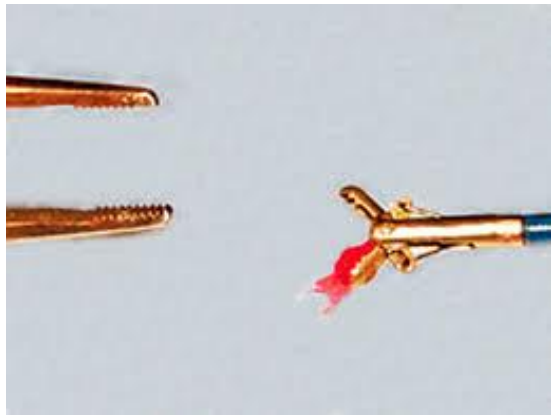
Dietel M, et al. Thorax 2016; 71:177-184.
Rivera P, et al. CHEST 2013; 143(suppl):e142S-e165S

Diagnóstico Patológico

Lesão Central = Videobroncoscopia





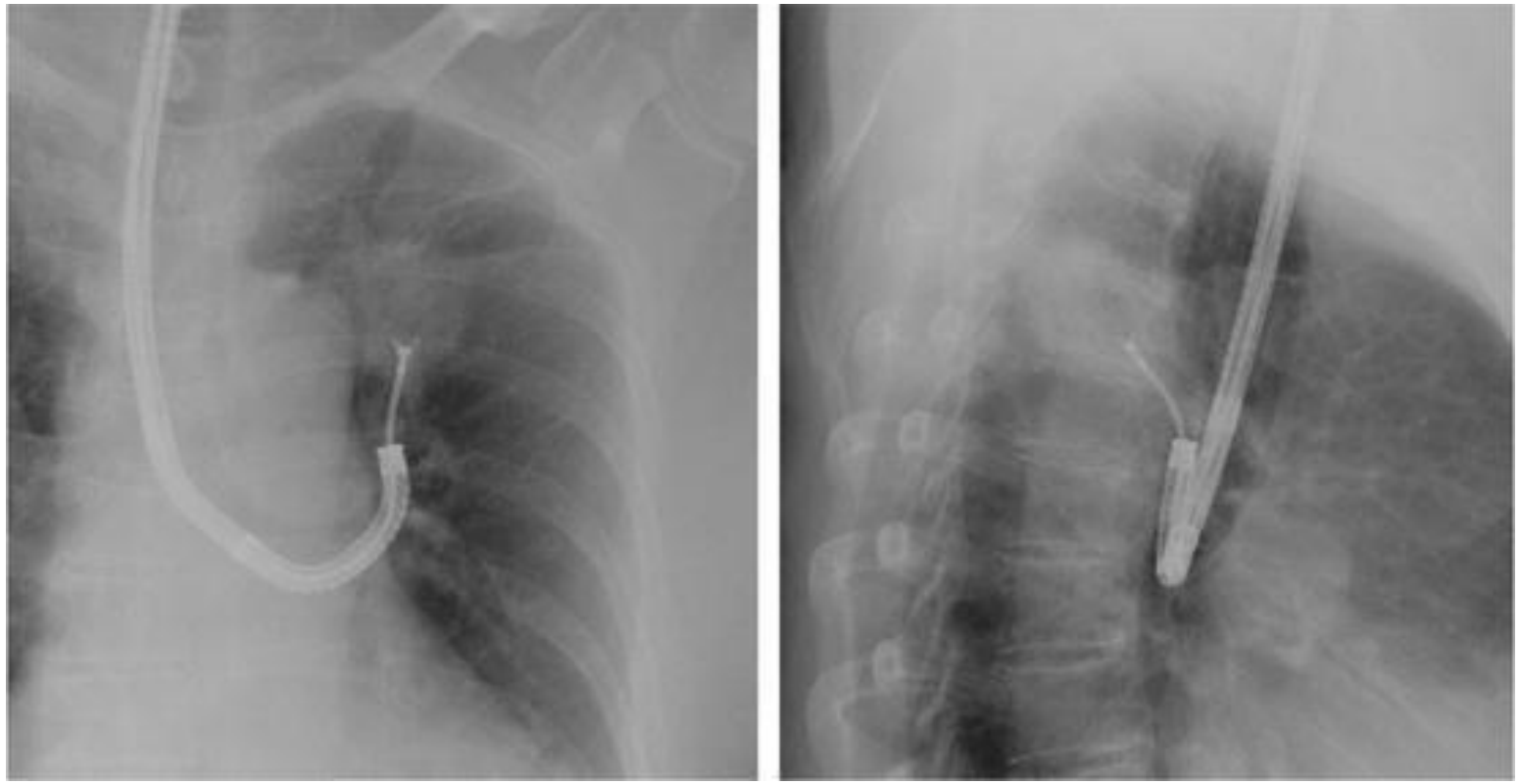


Rendimento: 85%

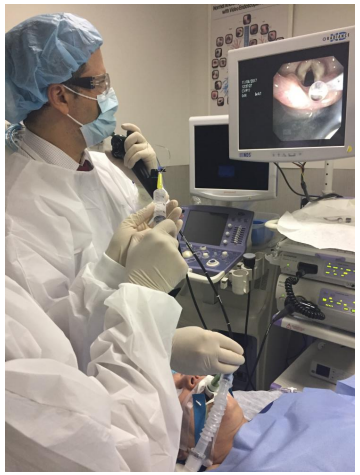
Rivera P, et al. CHEST 2013; 143(suppl):e142S-e165S

Diagnóstico Patológico

Lesão Periférica = Radioscopia



Videobroncoscopia*





Diagnóstico Patológico

- **Videobroncoscopia:**
  - **Lesão visível** = > **85%** rendimento diagnóstico
  - **Lesão periférica > 20mm** = **63%** rendimento com radioscopia
  - **Lesão periférica < 20 mm** = **37%** de rendimento
  - **Mínimo**: **5 fragmentos** para HE + IHQ
  - **Se possível**: **+5 fragmentos** para molecular

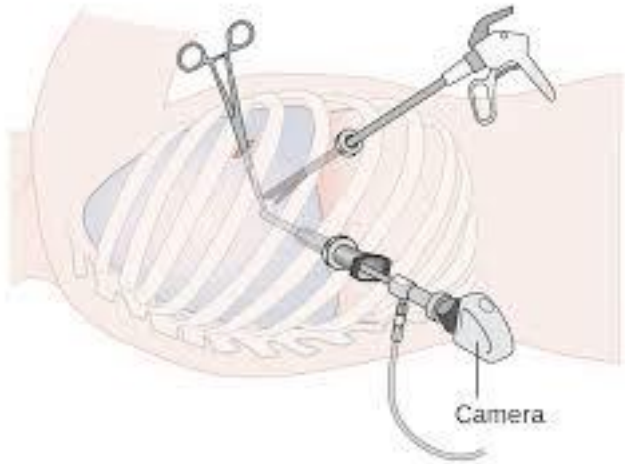


Dietel M, et al. Thorax 2016; 71:177-184.

Diagnóstico Patológico

Videotoracoscopia





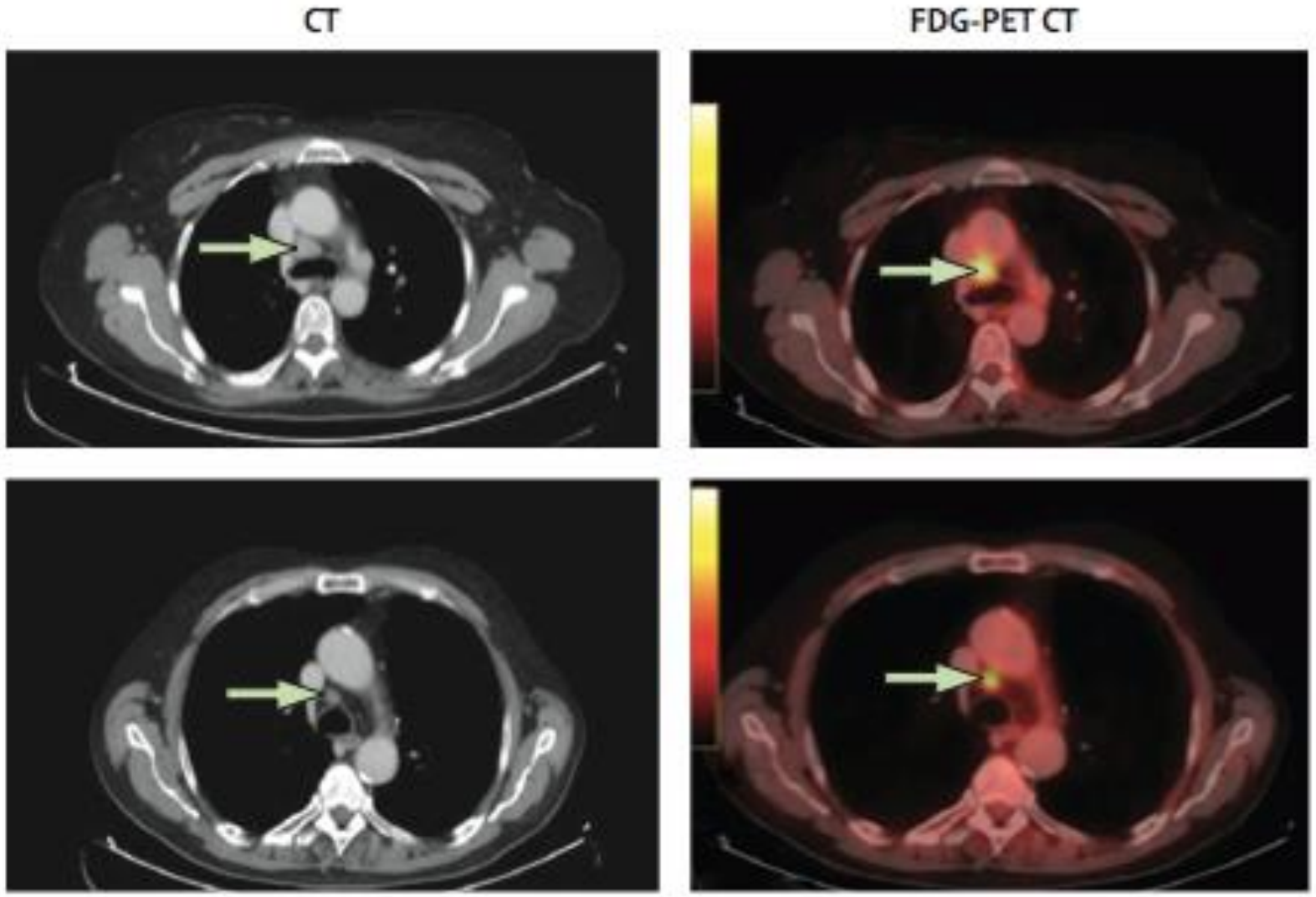




Estadiamento Invasivo do Mediastino

CT e PET (+)

CT (-) PET (+)



Tournoy KG, et al. Lancet Oncol 2012;13:e221-92012.

Estadiamento Invasivo do Mediastino

- Linfonodos (+) na TC ou no PET-CT = Estadiamento Invasivo
  - EBUS (Eco-broncoscopia com punção aspirativa)
  - EUS (Eco-endoscopia com punção aspirativa)
  - Mediastinoscopia (biópsias dos linfonodos)
  - Videotoracoscopia (VATS)

Pauta

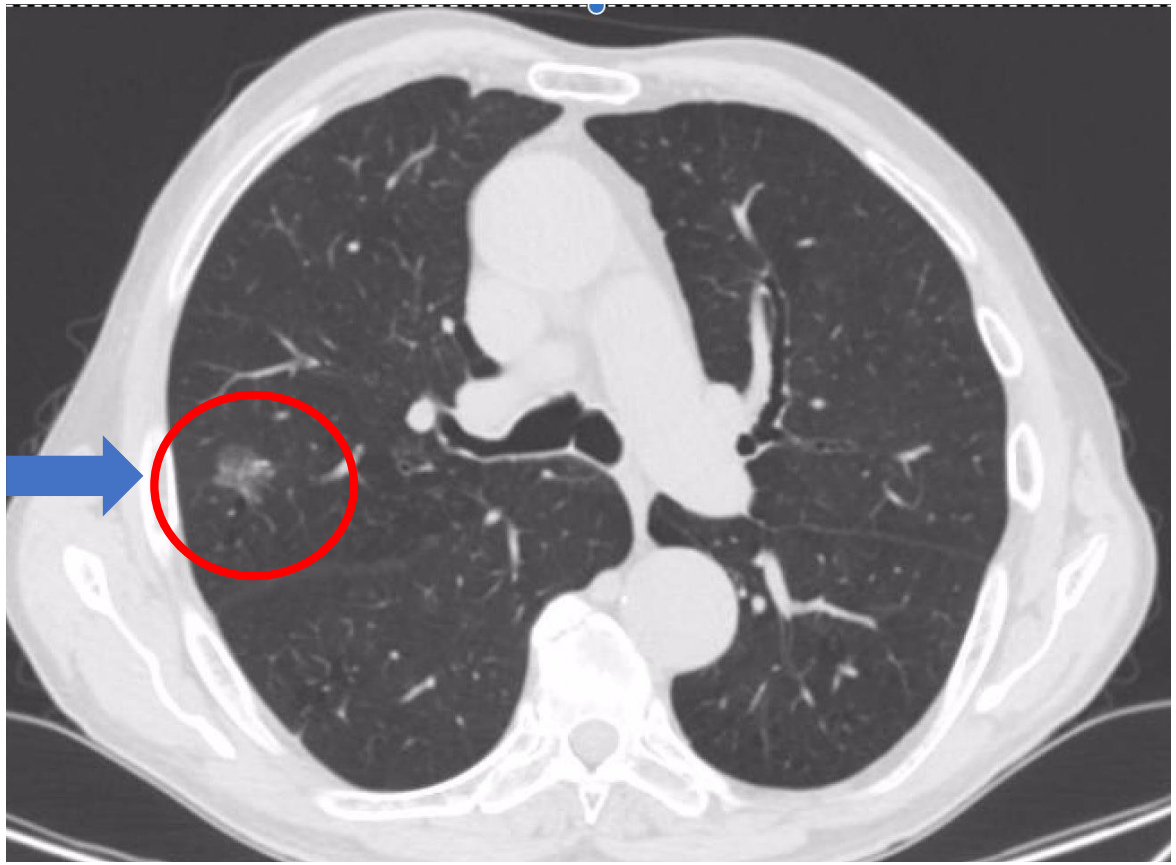
1. Suspeita clínica, Diagnóstico, Estadiamento
2. Importância da Biópsia
3. Métodos de Biópsia e Potenciais Complicações
4. Cirurgia Primária (sem biópsia prévia)
5. Mensagens Finais

Nova Classificação: Adenocarcinomas

- Os tempos mudaram...

➢ Adenocarcinoma *in situ* (AIS)

➢ Adenocarcinoma minimamente invasivo (MIA)



IASLC 2015.

Desafios do Tratamento Cirúrgico

Cirurgia Aberta *vs* Minimamente Invasiva?

Video (VATS) *vs* Robótica?

Lobectomia *vs* Sublobar?

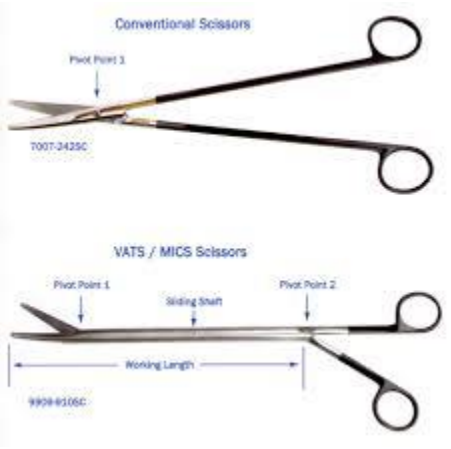
Tratamento Cirúrgico

VATS



Arquivo pessoal.

- Incisão < 8,0 cm
- Sem afastamento de costelas
- Olhos no vídeo
- Material bi-articulado





Gonzalez-Rivas D.

Tratamento Cirúrgico

Robótica





Arquivo pessoal.

Tratamento Cirúrgico

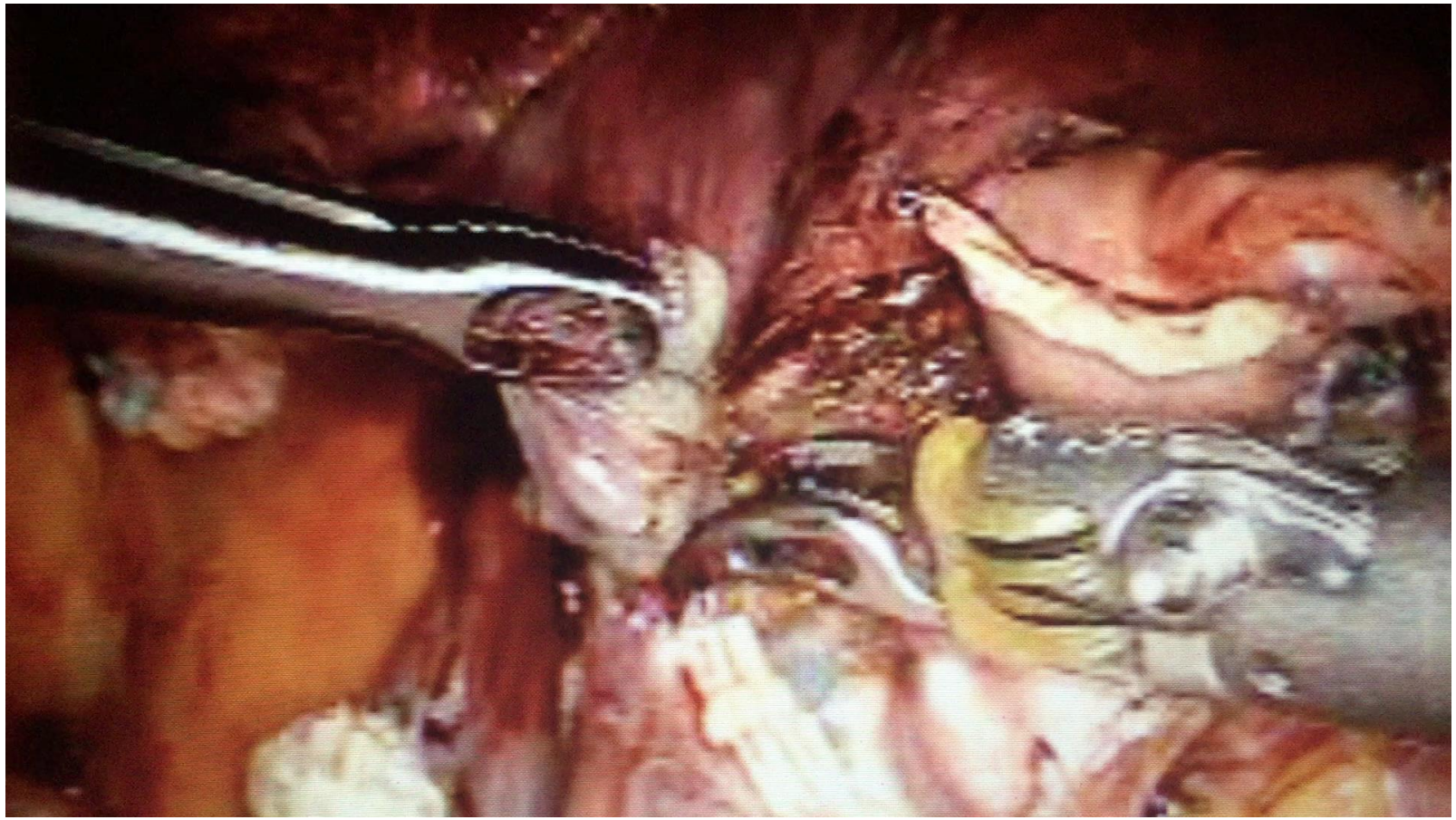
Robótica



Arquivo pessoal.

Tratamento Cirúrgico

Lobectomia Inferior Direita com Dissecção Linfonodal por Robótica



Arquivo pessoal.

Pauta

1. Suspeita clínica, Diagnóstico, Estadiamento
2. Importância da Biópsia
3. Métodos de Biópsia e Potenciais Complicações
4. Cirurgia Primária (sem biópsia prévia)
5. Mensagens Finais

Mensagens Finais

- ✓ **Diagnóstico** – material adequado
- ✓ Avaliar **risco clínico** do paciente para procedimentos invasivos
- ✓ **Doença mais avançada = mais material.**
- ✓ **Estadiamento** o mais completo possível:
  - História, Exame Clínico, e Imagem (PET-CT / RM crânio)
  - Invasão (mediastino / pleura)
  - EBUS, EUS, mediastinoscopia, VATS

Mensagens Finais

- ✓ Biopsiar antes o que lhe dá **estadiamento definitivo**
- ✓ **Menor distância** para alvo
  - ➢ **Periferia = biópsia por imagem (TC)**
  - ➢ **Central = broncoscopia**
- ✓ **Preferência por histologia > citologia.**
- ✓ **Patologista** – antes, durante e depois...

Mensagens Finais

- ✓ Doença localmente avançada: decisão multidisciplinar
- ✓ Lesões bem localizadas e típicas de neoplasia = operar direto (paciente de baixo risco)
- ✓ Método: o que você faz melhor (minimamente invasivo)

A Beneficência
Portuguesa
de São Paulo

Parceria:

AstraZeneca