

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

M E D I C I N A

TÉCNICAS VIDEOENDOSCÓPICAS EM CIRURGIA TORÁCICA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE (HUGG): APLICAÇÃO DA VIDEOENDOSCÓPIA NO ESTADIAMENTO DE CÂNCER DE PULMÃO

Felipe de Almeida Jorge (IC - Bolsista); Julival Mendes Alves Junior (IC - Voluntário); Pablo Nogueira Magalhães (Mestrando); Prof. Maria Ribeiro dos Santos Morard (orientadora, EMC/UNIRIO); Prof. Rossano Kepler Alvim Fiorelli (colaborador, EMC/UNIRIO).

Departamento DECI/GE; Cirurgia Torácica; Instituto Biomédico; UNIRIO.

Apoio Financeiro: FAPERJ

Palavras-chave: videomediastinoscopia; estadiamento; câncer de pulmão.

INTRODUÇÃO

O câncer de pulmão continua sendo uma importante patologia nos dias atuais no sentido de alta incidência e devido a sua elevada taxa de letalidade. De maneira geral, representa o principal tipo de câncer e o que mais leva ao óbito em relação aos homens e já em mulheres, é o quarto tipo de câncer mais comum e o segundo mais letal. Quando se refere ao Brasil, a estatística encontrada demonstra a perda em incidência para mama e próstata, porém permanece como o câncer mais letal, sendo a terceira causa de mortalidade por câncer entre as mulheres e a primeira entre os homens.¹

É verificado uma taxa de sobrevivência de apenas 15%, em 5 anos, para todas as localizações, em todos os estágios⁴. Essa taxa é verificada principalmente porque a maioria (75%) dos pacientes com câncer de pulmão apresentam sintomas apenas quando há presença de doença localmente avançada ou metastática². No entanto, pacientes que possuem o câncer em fase inicial tem grande possibilidade de cura, quando se refere a variante/tipo câncer de pulmão não-pequenas células (CPNPC). O tratamento requer cirurgia, quimioterapia ou radioterapia, isoladamente ou em associação e é realizado a partir do sistema de estadiamento TNM. Este leva em consideração os parâmetros anatômicos da extensão do tumor (T), do acometimento linfonodal (L) e da presença de metástases (M)².

Esse projeto foca principalmente no método de avaliar o acometimento linfonodal (componente "N" do estadiamento) no câncer de pulmão. Há várias maneiras de se obter essa avaliação linfonodal como: exames de imagem (tomografia computadorizada [TC], tomografia com emissão de pósitrons [PET], ou ambas integradas [PET-TC]) ou exames invasivos cirúrgicos (mediastinoscopia, mediastinotomia ou videotoracoscopia) ou não-cirúrgicos (punção transbrônquica guiada por ultra-som endobrônquico [EBUS-TBNA]; punção transbrônquica "às cegas" por fibrobroncoscopia; punção transesofágica guiada por ultra-som transesofageano [EUS])⁴. Apesar dessas possibilidades de exames complementares, a mediastinoscopia continua sendo o padrão ouro no estadiamento linfonodal do mediastino graças à sua disponibilidade, eficácia diagnóstica e segurança.³

No entanto, esse procedimento de mediastinoscopia possui certas limitações como: apenas algumas das estações linfonodais são possíveis de se realizar biopsias; a visualização sendo única e isolada pelo cirurgião, de maneira não compartilhada, devido ao campo cirúrgico estreito (conferido pelo aparelho de mediastinoscopia cervical) leva a uma maior chance de complicações como ruptura de vasos, além do fato do ensinamento técnico para os alunos ficar restrito.

Portanto, com o surgimento da técnica vídeo-endoscópica (adaptação do aparelho de vídeo ao mediastinoscópio convencional) que por intermédio de Lerut⁴ (desenvolveu esse conceito em 1989) e posteriormente, aprimorado, ofereceu grandes vantagens técnicas na execução e ensinamento da mediastinoscopia. Primeiro aspecto a considerar é o fato de, com a aquisição do vídeo, há maior detalhamento do ato cirúrgico, garantindo maior precisão na dissecação e portanto, menos complicações. Segundo ponto, várias pessoas podem assistir o procedimento, conferindo um aprendizado e ensinamento da técnica mais eficaz aos alunos (residentes, graduandos) e com o maior compartilhamento em tempo real, outros cirurgiões presentes na sala cirúrgica, podem opinar e auxiliar nas decisões de cada tempo operatório, evitando possíveis complicações.

No entanto para corroborar essas vantagens, tem-se a necessidade de levantar dados comparando as técnicas da mediastinoscopia convencional e a videomediastinoscopia, já que poucos estudos foram feitos nesse sentido, motivo pelo qual incentivou a realização do projeto. Pontos como sensibilidade diagnóstica, a segurança e a curva de aprendizado^{5,6} são importantes variáveis a serem avaliadas.

OBJETIVO

Tratando-se dos objetivos primários, destaca-se:

Avaliar a sensibilidade diagnóstica da videomediastinoscopia no estadiamento mediastinal do câncer de pulmão, através da concordância com os achados da linfadenectomia radical (quando realizada), comparando com os valores do método convencional previamente utilizado;

Avaliar a (1) quantidade de estações mediastinais biopsiadas e as (2) complicações, também comparando com a mediastinoscopia convencional;

Em relação aos objetivos secundários:

Promover arquivo informatizado dos procedimentos com fins didáticos para os alunos (residentes e graduandos); propor uma curva de aprendizado dos residentes da cirurgia torácica do HUGG; elaborar uma padronização da técnica para servir como rotina câncer de pulmão no Serviço de Cirurgia Torácica do HUGG.

METODOLOGIA

Desenho: estudo observacional transversal (analítico), ambi-direcional.

13ª JORNADA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

Amostra: todos os pacientes submetidos à videomediastinoscopia para estadiamento de câncer de pulmão entre novembro/2011 a fevereiro/2014 no Hospital Universitário Gaffré e Guinle (HUGG). E será analisado os prontuários antigos de pacientes, também com câncer de pulmão que foram submetidos a mediastinoscopia convencional no HUGG, de setembro/1994 a outubro de 2011.

Crítérios de Inclusão: os pacientes com suspeita ou confirmação de câncer de pulmão não-pequenas células com estadiamento clínico inicial entre os estágios IA (central) e IIIA, que necessitem de confirmação histológica através de mediastinoscopia.

Crítérios de Exclusão: os pacientes com mediastinoscopia, quimioterapia, radioterapia ou linfadenectomia mediastinal prévias.

Variáveis: dados epidemiológicos; quantidade e localização de estações linfonodais biopsiadas; sensibilidade e valor preditivo negativo (em comparação com achado cirúrgico da ressecção por toracotomia, quando realizada); e complicações. Tais fatores serão comparados aos encontrados com as mediastinoscopias convencionais previamente realizadas no HUGG.

RESULTADOS

Foram realizados até o presente momento o levantamento de 27 casos de videomediastinoscopia (novembro/2011 a maio/2014), sendo avaliadas algumas variáveis como as estações biopsiadas, o número de fragmentos biopsiados e as complicações diretas referentes ao procedimento. Esses dados colhidos serão comparados com as mesmas variáveis referentes aos 45 casos de mediastinoscopias convencionais realizadas no serviço de Cirurgia Torácica do HUGG (setembro/1994 a outubro de 2011). Há uma tendência na literatura, quando os artigos estabelecem comparação entre as mediastinoscopias convencionais e videomediastinoscopias, de haver menos complicações e mais linfonodos biopsiados nesse último.

Paralelamente a essa análise comparativa supracitada, foi feito outro levantamento de dados desses mesmos 27 casos de videomediastinoscopias em relação aos resultados histopatológicos, quando realizados procedimentos cirúrgicos complementares, como toracoscopia. O objetivo dessa comparação entre os resultados histopatológicos da videomediastinoscopia com os desfechos cirúrgicos é avaliar a sensibilidade diagnóstica da primeira técnica – videomediastinoscopia.

O nosso projeto está em andamento para que haja um aumento do número de casos de videomediastinoscopias. Esse aumento garante uma maior possibilidade de garantir resultados e conclusões mais fidedignas.

CONCLUSÃO

Diante da continuidade e andamento do projeto, com o objetivo de aumentar o número de casos de videomediastinoscopias, para tornar os resultados relevantes e as conclusões fidedignas, não há desfecho/conclusão até o presente momento.

REFERÊNCIAS

1. WHO/IARC. GLOBOCAN 2008. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>
2. Goldstraw P, Crowley J, Chansky K, et al. The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the TNM stage groupings in the forthcoming (seventh) edition of the TNM Classification of malignant tumours. J Thorac Oncol 2007; 2:706–714
3. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) guidelines. Disponível em: www.nccn.org
4. SABISTON TEXTBOOK OF SURGERY 19E
5. Cho JH, Kim J, Kim K, et al. A Comparative Analysis of Video-Assisted Mediastinoscopy and Conventional Mediastinoscopy. Ann Thorac Surg. 2011 May 19. [Epub ahead of print]
6. Anraku M, Miyata R, Compeau C, Shargall Y. Video-assisted mediastinoscopy compared with conventional mediastinoscopy: are we doing better? Ann Thorac Surg. 2010 May;89(5):1577-81.