

Decisões críticas para utilização de segmentectomia anatômica para o manejo definitivo do Estágio I, NSCLC.

Rodney Landrenau, Pittsburgh, EUA.

A decisão de utilizar segmentectomia em vez de lobectomia para o tratamento definitivo do câncer de pulmão em estágio I é afetada por uma série de aspectos, diagnósticos e funcionais pré-operatórios do paciente. Certamente, a patologia clínica de base deve ser acuradamente avaliada por estudos de imagem pré-operatórios (CT e PET CT) e intervenções minimamente invasivas (i. e. mediastinoscopia e alternativamente o EBUS).

Apesar destas medidas pré-operatórias para identificar com acurácia a doença de verdadeiro estágio I antes da exploração cirúrgica, pode ocorrer uma discrepância entre os estágios clínicos e patológicos em 15-35% dos pacientes.

Outras decisões pré-operatórias para considerar segmentectomia em vez de lobectomia estão relacionadas ao tamanho e localização anatômica da lesão, verificadas pela tomografia. A intensidade de absorção do isótopo do PET avaliada de acordo com o SUV, e o Antígeno Carcinoembrionário pré-operatório (CEA) pode também ser considerado na opção por uma ressecção mais radical, considerando a piora prognóstica quando há grande atividade metabólica do tumor. As provas funcionais pulmonares e a idade do paciente, são também considerações pré-operatórias, afetando a decisão de considerar a segmentectomia em vez de lobectomia para o tratamento cirúrgico de um pequeno câncer periférico do pulmão.

A tomada de decisão intra-operatória, com opção pela segmentectomia sublobar/anatômica como terapia cirúrgica definitiva para a lesão pulmonar é também afetada por um número de achados durante o procedimento cirúrgico. Certamente, o achado intra-operatório de uma lesão que atravessa os limites anatômicos segmentares, efetivamente negando a validade da realização de uma ressecção anatômica segmental “real” deveria conduzir o cirurgião torácico a converter para lobectomia como tratamento definitivo.

Esta situação é mais comumente notado em lesões profundas, estendendo-se sobre o segmento superior do lobo inferior e/ou para os segmentos basais.

Este pode também ser uma preocupação quando abordamos lesão do culmen, muito próximas ao limite lingular.

Em todas estas circunstâncias, o tamanho da lesão muitas vezes afeta a capacidade de se realizar uma segmentectomia anatômica adequada, com obtenção de adequadas margens cirúrgicas. Esta é precisamente a razão pela qual muitos consideram a segmentectomia somente para o pequeno câncer de pulmão periférico, confirmado estar dentro de limites anatômicos segmentares.

Outra importante consideração é o achado de invasão da pleura visceral. Mais importante do que o tamanho do tumor, a presença de invasão da pleura visceral parece determinar evoluções mais pobres com segmentectomia anatômica comparada com lobectomia para o câncer de pulmão não pequenas células de estágio IB.

Também, talvez de maior relevância, o achado intra-operatório de envolvimento de nódulos linfáticos hilares interlobares positivos para câncer deveria conduzir o cirurgião torácico a realizar lobectomia em vez de segmentectomia. Embora a sobrevida do paciente possa não ser realmente afetada positivamente pela realização de uma ressecção maior, o controle

locorregional da doença parece ser definitivamente inferior com segmentectomia nesta situação.

- Okada, M, Nishio, W. ET AL: Effect of tumor size on prognosis in patients with non-small-cell-lung câncer: the role of segmentectomy as a typt of lesser resection. J. Thor. Cardiovasc. Surg. 2005, 129:87-93.

-Schuchert, MJ., Abbas,G ET AL: Anatomic segmentectomy for the solitary pulmonary nodule and early-stage lung cancer. Ann Thor. Surg. 2012, 93:1780-5

- Inoue M¹, Minami M, Shiono H, Sawabata N, Ideguchi K, Okumura M:
Clinicopathologic study of resected, peripheral, small-sized, non-small cell lung cancer tumors of 2 cm or less in diameter: pleural invasion and increase of serum carcinoembryonic antigen level as predictors of nodal involvement. J Thorac Cardiovasc Surg. 2006;131:988-93.

- Tsutani Y¹, Miyata Y, Nakayama H, Okumura S, Adachi S, Yoshimura M, Okada M.: Prediction of pathologic node-negative clinical stage IA lung adenocarcinoma for optimal candidates undergoing sublobar resection. J Thorac Cardiovasc Surg. 2012; 144:1365-71.

- Schuchert MJ¹, Schumacher L, Kilic A, Close J, Landreneau JR, Pennathur A, Awais O, Yousem SA, Wilson DO, Luketich JD, Landreneau RJImpact of angiolymphatic and pleural invasion on surgical outcomes for stage I non-small cell lung cancer. - Ann Thorac Surg_ 2011; 91:1059-65;

- Al-Sarraf N, Gately K, Lucey J, Aziz R, Doddakula K, Wilson L, McGovern E, Young V.: Clinical implication and prognostic significance of standardised uptake value of primary non-small cell lung cancer on positron emission tomography: analysis of 176 cases. -Eur J Cardiothorac Surg. 2008; 34:892-7