

50th Annual Meeting Society of Thoracic Surgeons (STS)

Tópicos de interesse do Cirurgião Torácico

Orlando – 25-29 Janeiro 2014

1. J. Port, A. Nasar, P. C. Lee, S. Paul, B. M. Stiles, W. G. Andrews, N. K. Altorki
A Comparative, Propensity-Matched Analysis of Wedge Resection and Stereotactic Body Radiation Therapy for Early Stage Non-Small Cell Lung Cancer (NSCLC)

A tradicional conferência J. Maxwell Chamberlain Paper for General Thoracic Surgery, que destaca o trabalho mais importante do Congresso neste ano foi proferida pelo Dr. Port da Cornell Medical College de N.York.

Objetivo: Os pacientes que apresentam NSCLC, em estágios precoces, e que são maus candidatos para a lobectomia, podem ser tratados com ressecção em cunha (wedge resection) ou radioterapia estereotática (SBRT). A comparação entre as duas técnicas é difícil por causa das diferenças na seleção dos pacientes. Os autores procederam à análise comparativa de propensão, para comparar as diferentes modalidades terapêuticas.

Métodos: Uma análise retrospectiva de pacientes com tumores no estágio I-A que foram tratados com ressecção em cunha, ou ressecção em cunha + braquiterapia ou radioterapia (SBRT), entre 2001 e 2012. Análise uni e multivariada foi procedida (Cox regression) para determinar elementos preditivos de sobrevida, recorrência global (local e à distância) e recorrência locoregional, nos grupos estudados. A sobrevida foi analisada pelo método de Kaplan Meier.

Resultados: Foram estudados 164 pacientes, dos quais 99 foram selecionados para pareamento quanto à idade, sexo, histologia e estadió oncológico. Incluídos 62% mulheres, 38% homens e idade média dos três grupos foi de 73 anos. Trinta e oito pacientes foram submetidos à wedge somente, 38 pacientes foram submetidos cunha com braquiterapia associada (I-125= 6 e CS-131=32) e 23 pacientes foram tratados com SBRT. O tempo médio de seguimento foi de 20 meses. A recorrência global foi significativamente mais alta no grupo da SBRT (35%), comparado com cunha (5%) ou cunha + braquiterapia (16%). A análise univariada identificou sexo masculino, SBRT, e má reserva funcional pulmonar, como significantes preditivos negativos de mortalidade e recorrência. E a análise multivariada confirmou sexo masculino e SBRT como significantes preditivos negativos de mortalidade e recorrência.

Conclusões: Os pacientes portadores de NSCLC em estágio IA, tratados com SBRT tem uma probabilidade de recidiva significativamente mais alta do que os pacientes estudados com ressecção em cunha. A associação de cunha com braquiterapia não parece modificar a probabilidade do controle local da doença, na comparação com cunha isolada.

2- Linden PA, S. Sheng, P. Saha-Chaudhuri e M. Onaiti) - Wedge resection Reduces the Incidence of Major Morbidity by Nearly 50% as Compared to Lobectomy: An STS General Thoracic Surgery Database Propensity-Matched Analysis

A conferência Richard E. Clark Paper for General Thoracic Surgery, uma espécie de segundo lugar no ranking dos trabalhos selecionados, coube a um trabalho conjunto (Cleveland e Duke University) e foi apresentado pelo Dr Linden, PA.

Objetivo: A lobectomia tem sido considerada o procedimento cirúrgico padrão para NSCLC precoces. Na tentativa de reduzir o risco de complicações pós-operatória, a ressecção em cunha (wedge) tem muitas vezes sido usada em lugar da lobectomia. O trabalho pretende demonstrar o quanto a ressecção em cunha protege do risco de morbidades e mortalidade em populações comparáveis.

Métodos: Usando informações do Banco de Dados Nacional (National Database) foram revisados pacientes com câncer de pulmão, estádios I e II no período de Jan-2009 a Dez 2011. Neste período foram comparados pacientes tratados com lobectomia e segmentectomia. Após o uso de um modelo logístico, que incluiu uma variedade de fatores de risco e estabelecido a propensão comparativa, a evolução dos dois grupos foi comparada.

Resultados: 3,624 ressecções em cunha e 3,624 lobectomia foram comparadas em relação a mortalidade = (1.57% para lobectomia vs 1.08% para ressecção em cunha, $p=0.0606$). A morbidade importante ocorreu em 8.22% dos pacientes lobectomizados vs 4.36% dos pacientes submetidos à ressecção em cunha ($p<.0001$).

Não se percebeu diferença estatística significativa na incidência de trombose venosa profunda, embolia pulmonar, suporte ventilatório prolongado, infarto do miocárdio, empiema ou evento neurológico novo.

Diferenças significativas foram notadas na incidência de pneumonia, fístula broncopulmonar, necessidade de traqueostomia, sepse, insuficiência renal e quilotórax. Diferenças na incidência de complicações maiores foi também observado na comparação de Lobectomia por VATS vs Cunha por VATS e Lobectomia aberta vs ressecção por cunha aberta.

Conclusões: A ressecção em cunha se mostrou muito mais segura do que lobectomia nestas populações comparadas. Estudo adicional é recomendável para determinar em quais pacientes a ressecção em cunha implica em maiores benefícios.

3. E. Vallieres, B. E. Louie, A. S. Farivar, R. W. Aye, S. C. Bharadwaj:
Comparison of Preoperative High-Dose Radiation vs Less than 60 Gy in the Trimodality Management of Stage III NSCLC

O grupo de Seattle, liderados pelo Dr Vallieres revisou o papel de uma dose mais alta de radioterapia no manejo de NSCLC estágio IIIA.

Objetivo: O tratamento do NSCLC no estágio IIIA é controverso. As opções incluem quimioterapia de indução, ou quimio + radioterapia, ambas seguidas de ressecção. Protocolos randomizados falharam na demonstração de vantagem de qualquer das estratégias a despeito do índice de resposta anatomopatológica (RAP) e remissão da

doença nos gânglios mediastinais (RDGM) quando se emprega a associação de quimio e radioterapia.

Para tentar melhorar o desempenho, uma dose de radio de 60 Gy tem sido advogada. Este trabalho revisou a experiência com doses diferentes de radioterapia como parte da terapia neoadjuvante em pacientes com NSCLC, estadio IIIA.

Métodos: Uma revisão de todos os estadios IIIA (N2) tratados com Quimio + radioterapia de 2004 a 2011.

Dados demográficos, tipos de tratamento e cirurgia, morbidade, achados anatomopatológicos, sobrevida livre de doença e sobrevida global, foram comparados entre os pacientes tratados com Gy 60 ou menos.

Resultados: 71 pacientes com NSCLC estadio IIIA foram tratados com QT + radioterapia, 10 pacientes foram excluídos, 31 pacientes receberam mais que 60 Gy e 30 receberam menos.

A morbidade da radioterapia com Gy 60 foi maior, expressa por esofagite, ($p=0.02$).

A morbidade pós-operatória foi igual nos dois grupos e RAP e RDGM, não foram significativamente diferentes nos dois grupos (RAP 23% x 26% $p=0.41$ e remissão nos gânglios 57% x 64% ($p=0.51$) com radioterapia menos ou Radio 60 Gy, respectivamente. Sobrevida livre de doença e sobrevida global também foram comparáveis nos dois grupos.

Conclusões: Nesta série de pacientes com N2 tratados com quimio + radioterapia, uma dose mais alta de radiação tende a produzir melhores resultados, ainda que a diferença não seja significativa. Contudo, protocolos que compararam quimioterapia isolada com quimio + radioterapia, não revelaram melhor sobrevida, sugerindo que melhor quimioterapia sistêmica e não um tratamento local mais radical, é necessária para melhorar a expectativa de vida desses pacientes.

4. L. Schneider, F. Farrokhyar, C. Schieman, Y. Shargall, J. D'Souza, *C. Finley
Pneumonectomy: The Burden of Death Following Discharge and Predictors of Surgical Mortality

O Grupo da McMaster University, de Hamilton, Canada, estudou o impacto da pneumonectomia em câncer de pulmão.

Objetivo: Pneumonectomia é a cirurgia com mais alta mortalidade em câncer de pulmão, mas é muito escassa a literatura que procurou identificar quais os elementos preditivos dessa mortalidade, tanto hospitalar quanto precocemente depois da alta. Este trabalho mostra o impacto dessa operação ao longo do tempo e de fatores preditivos tais como co-morbidades do paciente, volume cirúrgico do hospital e experiência operatória do cirurgião, para identificar diferenças modificáveis.

Métodos: Os dados foram coletados do Banco de Dados de Ontário, de 2005 a 2011, e a proporção de mortalidade e sobrevida cumulativa, intra-hospitalar e em 90 dias, foram computadas.

Resultados: Dos 504 pacientes que se submeteram a pneumonectomia, 300 (59%) eram homens e o tempo médio de internação foi de 6 dias (entre 1 e 30 dias). A mortalidade hospitalar foi de 4.4% e a mortalidade pós-alta e até 90 dias foi de 6.4%. Houve um significativo aumento de mortalidade na janela de 60-90 dias.

A regressão logística revelou que infarto prévio, insuficiência cardíaca congestiva, doença neurológica e insuficiência renal foram preditivos de mortalidade intrahospitalar. Enquanto que idade e insuficiência cardíaca congestiva foram indicativas de risco de morte pós-operatória até 90 dias pós-operatórios. Todos os outros elementos não foram significativos.

Conclusões: A mortalidade pós-alta hospitalar (até 90 dias) representa um peso impactante na avaliação dos resultados tardios da pneumonectomia. Mais da metade das mortes pós-pneumonectomia ocorre depois da alta hospitalar. Fatores mórbidos do paciente influenciam a evolução pós-operatória, enquanto que o tipo de instituição e o volume cirúrgico não tem impacto significativo.

5. A. L. Fonseca, A. L. Van Dyke, A. Moreno, A. W. Kim, F. C. Detterbeck, D. J. Boxx
Surgery Among 75,000 Clinical Stage III Primary Lung Cancers in the National Cancer Database

O Grupo da Yale, liderados pelo dr Detterbeck, com apresentação do Dr Fonseca, trouxe a discussão sobre o papel da cirurgia no tratamento dos NSCLC, estágio IIIA.

Objetivo: O papel da cirurgia no tratamento dos NSCLC, estádios IIIA permanece controverso, especialmente quando se analisa os casos de N2. Para tentar contribuir nesta discussão foram revisados os casos do Banco de Dados Nacional, para definir o uso da terapêutica cirúrgica nesta coorte controversa.

Métodos: O National Cancer Database (NCDB) da American Cancer Society e a Commission on Cancer controlam mais de 70% dos novos casos de câncer de pulmão diagnosticados nos EUA. Este estudo revisou os casos tratados entre 1999 e 2009, com NSCLC, com N2 mas sem doença sistêmica (T1-4, N2, M0, estágio cirúrgico III).

Resultados: 75,352 pacientes com NSCLC, em estágio clínico IIIA, com metástase mediastinal presumida ou confirmada foram identificados.

Somente 8% dos pacientes foram submetidos à cirurgia, aumentando este percentual nos últimos 7 anos (passou de 7,5% para 9,9% ($p=0.005$). Lobectomia foi o procedimento mais comum (74%) seguido por pneumonectomia (16%), ressecção em cunha (8%), e segmentectomia (2%). A mortalidade cirúrgica (30 dias) foi de 3,9% (pneumonectomia = 9.0% e lobectomia = 2.9%). A sobrevida em 5 anos da população tratada cirurgicamente com NSCLC estágio IIIA, foi de 28%, mais alta dos que os não cirúrgicos (8%) ou os pacientes não tratados (4%, $p < .0001$).

Um dado interessante: entre os 3,819 tumores ressecados SEM terapia pré-operatória, 38% foram rebaixados para a condição de N1 ou No, na avaliação patológica pós-operatória.

Conclusões: Apenas a minoria dos NSCLC estadiados como IIIA por N2, é tratada cirurgicamente. Nos pacientes que foram diretamente à cirurgia, se observou com frequência que tinha havido um supraestadiamento clínico do mediastino.

Estudos adicionais foram considerados necessários para determinar qual a prevalência de supraestadiamento em pacientes com NSCLC, estágio clínico III, nos EUA, considerando que uma classificação equivocada de N2, poderia estar retirando da cirurgia pacientes potencialmente curáveis.

6. K. Kawaguchi, K. Yokoi, H. Niwa, Y. Ohde, S. Mori, S. Okumura, H. Saito
Induction Chemoradiotherapy (Cisplatin + Vinorelbine + Concurrent Radiotherapy) and
Surgical Resection for Non-Small Cell Lung Cancer with Chest Wall Invasion:
Initial Results of Central Japan Lung Study Group Trial 0801 (CJLSG 0801)

Objetivo: Um trabalho multicêntrico, envolvendo várias universidades japonesas, apresentou os resultados da avaliação dos eventuais benefícios da terapia neoadjuvante (com quimio + radioterapia) nos pacientes com NSCLC, T3N0-1, com envolvimento da parede torácica, com a intenção de melhorar a sobrevida.

Métodos: Os critérios de invasão da parede foram definidos assim:

- os achados de invasão óbvia do tumor nos tecidos moles da parede torácica ou costelas na TC de tórax;

- continuidade do tumor e a parede torácica, com história de dor contínua ou cintilografia óssea positiva.

Foram então selecionados para receberem dois ciclos de cisplatino + vinorelbina + radioterapia (40 Gy). A cirurgia foi realizada de 3-6 semanas depois da última dose de quimioterapia.

Resultados: De janeiro de 2009 a dezembro de 2012, 51 pacientes (45 homens) entraram neste estudo, incluindo 40 estádios IIB e 11 estádios IIIA. A terapia de indução foi completada em 49 pacientes (96,1%) e em 25 deles (51,0%) se observou uma resposta parcial na TC de tórax. Quarenta e oito pacientes foram submetidos à ressecção pulmonar com ressecção combinada de parede e em 44 (91,75%) a ressecção foi considerada completa. Em 12 casos (25%) não havia neoplasia viável na peça e em 31 (64,6%) havia mínima doença residual.

Cinco pacientes apresentaram complicações pós-op importantes e um deles morreu de exacerbação de pneumonia intersticial seis meses depois da cirurgia (mortalidade de 2,1%).

Conclusões: O tratamento bimodal combinado é factível e seguro nesta avaliação multiinstitucional e pode ser considerado efetivo em pacientes com NSCLC, estágio T3N0-1, envolvendo a parede torácica.

7- Synchronous Multiple Non-Small Cell Lung Cancers: Molecular Staging and Survival Outcomes, Y. Zhang, H. Hu, R. Wang, T. Ye, L. Shao, Y. Pan, L. Wang, Y. Li, L. Shen, Y. Yu, D. Garfield, Y. Sun, H. Chen

Um grupo de Shanghai, China apresentou um trabalho interessante sobre o estadiamento dos tumores múltiplos sincrônicos.

Objetivo: Reconhecendo que a identificação da origem clonal dos tumores pulmonares múltiplos sincrônicos é importante para os propósitos terapêuticos e prognósticos, este grupo propôs uma abordagem para elucidar este assunto.

Métodos: Os espécimes de tumores múltiplos e sincrônicos ressecados foram classificados segundo os guidelines atuais, avaliação histológica e mutações genéticas de genes selecionados. As evoluções foram analisadas usando o coeficiente de Kappa. A sobrevida foi estimada para paciente com tumores múltiplos sincrônicos e comparada com aquela de pacientes com tumores NSCLC isolados.

Resultados: 52 pacientes consecutivos foram arrolados neste estudo. O coeficiente de Kappa mostrou escassa utilidade do estadiamento pelos guidelines atuais, comparado com análises que incluem as mutações gênicas. Contudo a avaliação histológica resultou numa consistência quase total com o método mutacional ($P < 0.0001$, $Kappa = 0.85$, 95% CI: $0.69 \sim 1.00$) e a origem clonal pode ser determinada em 98.2% dos tumores sincrônicos múltiplos, combinando as duas abordagens. Novos critérios foram propostos para o diagnóstico diferencial dos tumores múltiplos sincrônicos baseados nestes métodos.

A estratificação dos pacientes com tumores múltiplos sincrônicos, por estes critérios, foi significativamente em termos de intervalo livre de doença ($P = 0.026$).

Conclusões: Novos critérios baseados na histologia e nos métodos genéticos podem constituir uma abordagem confiável na identificação clonal dos tumores pulmonares múltiplos sincrônicos, permitindo o estabelecimento de tratamento adequado depois de definido que se trata de tumores primários múltiplos e não de metástases pulmonares múltiplas.

8- M. Tahiri, M. Khereba, J. Kazakov, V. Riçault, P. Ferraro, M. Liberman: Prospective Trial Evaluating Preoperative Assessment of Chest Wall Invasion in Non-Small Cell Lung Cancer Using Surgeon-Performed Ultrasound

O grupo de Montreal apresentou um importante trabalho sobre a avaliação pré-operatória de tumores com provável invasão da parede torácica.

Objetivo: A invasão da parede torácica eleva o estadiamento do tumor e pode afetar o planejamento cirúrgico. Diagnosticar a invasão pré-operatoriamente é importante para a obtenção do consentimento informado (sic, sic american people) e na escolha da abordagem cirúrgica. O objetivo deste estudo foi determinar a acurácia diagnóstica de invasão da parede (T3) feita pelo cirurgião, usando ultrassom (US) e comparar com a informação da TC pré-operatória.

Métodos: O estudo consistiu de um protocolo clínico prospectivo.

Foram considerados elegíveis aqueles pacientes com NSCLC abaulando a pleura parietal ou invadindo a parede torácica no TC pré-operatória e para os quais se planejou ressecção cirúrgica. Os critérios para diagnóstico de invasão da parede torácica na US incluíram:

- 1- crescimento do tumor na parede torácica;
- 2- invasão das costelas;
- 3- redução do movimento pleural com a respiração.

O exame ultrassonográfico da parede foi procedido pela equipe cirúrgica imediatamente antes da intervenção. A especificidade e sensibilidade da US e da TC na detecção correta da invasão da parede, foi determinada de maneira definitiva pela avaliação anatomopatológica final, considerada padrão áureo.

Resultados: Durante um período de 24 meses, 28 pacientes foram incluídos prospectivamente. O tempo médio gasto pelo cirurgião na avaliação pré-operatória de invasão da parede, com o US foi de 5.3 ± 5 min.

A sensibilidade da US na avaliação da invasão da parede foi 88.9% e a especificidade 87.8%. A TC de tórax apresentou uma sensibilidade de 66.7% e uma especificidade de

78.6%. Os valores preditivos positivos e negativos da US foi de 80.0% e 94.3%, respectivamente, comparado com 66.7% e 78.6% para a TC de tórax.

Conclusões: A ultrassonografia da parede realizada pelo cirurgião pode confiavelmente diagnosticar invasão da parede torácica, em pacientes com NSCLC.

9- C. Bermudez, A. Shiose, J. D'cunha, N. Shigemura, J. K. Bhama, T. Richards, M. M. Crespo, J. M. Pilewski:
Contemporary Outcomes of Intraoperative Venoarterial Extracorporeal Membrane Oxygenation vs Cardiopulmonary Bypass in Lung Transplantation

O grupo de Pittsburgh se incorporou a uma estratégia moderna desencadeada em Hannover (2012) e rapidamente adotada pelo grupo de Toronto, com ótimos resultados.

Objetivo: O uso intra-operatório de circulação extracorporea (CEC) em transplante pulmonar tem se associado a altos índices de disfunção pulmonar e complicações hemorrágicas.

Mais recentemente o uso de ECMO tem emergido como uma técnica de suporte viável. Este trabalho comparou essas duas técnicas em termos de resultados precoces e intermediários.

Métodos: Entre julho 2007 e abril 2013, 271 pacientes consecutivos se submeteram a transplante de pulmão (TP) e necessitaram de suporte, usando CEC (n=222) ou ECMO (n=49) exclusivamente. Desde março de 2012, ECMO se tornou o nosso método de suporte preferido, com somente dois pacientes usando suportes combinados e por isso excluídos do nosso estudo, que é uma análise retrospectiva da evolução dos pacientes que usaram CEC ou ECMO em transplante de pulmão.

Resultados: Os grupos de CEC e ECMO eram similares do ponto de vista demográfico e o tipo de cirurgia.

No grupo da CEC mais pacientes necessitaram reintubação (35.6% vs 20.4%, p=0.04), traqueostomia temporária (44.6% vs 28.6%, p=0.05), e com um período de ventilação mecânica mais prolongada (384 horas vs 250 horas, p=0.06). Pacientes do grupo da CEC apresentaram mais alto índice de insuficiência renal, requerendo hemodialise (22.1% vs 8.2%, p=0.028) e um tempo de terapia intensiva mais prolongada do que o grupo da ECMO (21.9 dias vs 15.1 dias, p=0.06).

Não houve diferença na disfunção precoce severa do enxerto entre os dois grupos (p=1.00), assim como foram comparáveis às necessidades de transfusão de hemácias (p=0.64). As transfusões de plaquetas foram menos exigidas no grupo da ECMO (4U vs 8U, p=0.08). Não houve diferença de mortalidade entre os dois grupos em 30 dias e 6 meses.

Conclusões: O uso de ECMO em Tx Pulmão é seguro e associado, na nossa experiência, com uma diminuição das taxas de complicações pulmonares e renais. Estes dados sustentam uma tendência de mudança de paradigma que aponta para a ECMO como método ideal de suporte intra-operatório em transplante de pulmão.

9. S. Taghavi, S. N. Jayarajan, E. Komaro, A. Shiose, E. Leotta, K. Hisamoto, N. Patel, F. Cordova, G. Criner, T. Guy, Y. Toyoda
Examining ABO Compatible Donors in Double Lung transplantation During the Era of Lung Allocation Score

O grupo da Temple University School of Medicine, de Philadelphia, apresentou uma experiência interessante sobre o uso de doadores ABO compatíveis (não idênticos) em transplante de pulmão.

Objetivo: O uso de doadores ABO compatíveis em transplante de pulmão é considerado responsável por resultados comparativamente piores. Contudo, o uso de doadores compatíveis na era do lung allocation score (LAS) ainda carece de verificação pelo exame dos registros multi-institucionais. O objetivo deste estudo é verificar se o uso de doadores ABO compatíveis, cuidadosamente selecionados, pode conduzir a resultados equivalentes aos obtidos com doadores ABO idênticos.

Métodos: O banco de dados da United Network for Organ Sharing (UNOS) foi revisado retrospectivamente para transplantes duplos de pulmão de maio de 2005 a dezembro de 2011. Recipientes de doadores ABO compatíveis foram comparados com aqueles de doadores ABO idênticos.

Uma análise multivariada de risco verificou a mortalidade precoce e tardia, bem como comparou o declínio do VEF1 ao longo do tempo.

A eventual presença da síndrome de bronchiolite obliterante foi comparada pela análise de Kaplan-Meier.

Resultados: De 6,655 DLTx, 493 (7.4%) foram realizados com doadores compatíveis. Na análise multivariada o uso de doadores compatíveis não se associou com mortalidade diferente aos 30 dias, 1 ano ou 5 anos.

Variáveis associadas com mortalidade aos 5 anos: sexo feminino, idade maior que 60 anos, tempo de isquemia prolongado, receptor com creatinina aumentada.

O tempo de internação foi mais longo e foi observado para os transplantados com doadores compatíveis (30.9 vs 25.9 dias, $p=0.001$).

Episódios agudos de rejeição (8.8% vs 8.9%, $p=1.00$), FEV1 Pós-Tx (82.7% vs 79.7%, $p=0.053$), e decréscimo do FEV1 ao longo do tempo não foram diferentes.

Ausência de BOS foi similar (1,475 vs 1,454 dias, $p=0.17$).

Conclusões: Num grande estudo para avaliar o uso de doadores ABO compatíveis em transplantes duplos de pulmão, na era do lung allocation score mostrou resultados equivalentes em termos e de resultados imediatos e tardios.

O uso desse recurso em casos cuidadosamente selecionados pode conduzir a excelentes resultados.

10. A. A. Osho, A. W. Castleberry, L. D. Snyder, S. Hirji, S. Palmer, S. S. Lin, R. D. Davis, M. G. Hartwig.

Differential Survival for Early and Late Lung Re-Transplantation Since Implementation of the Lung Allocation Score

O grupo da Duke University avaliou os resultados do re-transplante, comparando-os com os do transplante original, na era atual.

Objetivo: Um estudo prévio sugeriu que a sobrevida pode ser comparável em transplante original ou retransplante quando os parâmetros de risco são similares. Contudo, estes dados são anteriores ao Lung Allocation Score (LAS) e sem fazer distinção entre as indicações de retransplante. O objetivo deste estudo é comparar a sobrevida do retransplante no peri-operatório e no pós-op tardio, com o transplante original em situações de risco semelhantes.

Métodos: Foram comparados os dados extraídos 9,646 Tx primários e 419 ReTx realizados desde a implantação do LAS segundo os registros da United Network for Organ Sharing (UNOS). Escores de propensão de risco foram utilizados para parear os dois grupos.

Análise de Kaplan-Meier e Cox Proportional Hazard Ratios foram usadas para comparar a sobrevida entre transplante e retransplante de pulmão. Análises separadas foram feitas quanto ao tempo do retransplante: precoce (<90 dias) e tardio ReTx (>90 dias).

Resultados: A média de idade dos pacientes do grupo do transplante foi: 58 anos (IQR 47, 63) comparado com 62 anos (IQR 53, 65) no retransplante precoce e 47 anos (IQR 30, 59) no retransplante tardio. Transplante bilateral foi realizado em 2/3 dos casos. Comparando todos os retransplante com os resultados do transplante original se observa uma desvantagem em relação ao retransplante, mas que desaparece quando os fatores de risco dos dois grupos são equiparados.

Considerando somente o ReTx tardio vs Tx original, os resultados em termos de sobrevida são similares ($p = 0.958$). Em contraste quando se compara com os resultados do retransplante precoce com o transplante original, os números são muito desfavoráveis ao retransplante, mesmo quando os fatores de risco são pareados ($p = 0.012$).

Conclusões: O retransplante na era do Lung Allocation Score, confere resultados comparáveis quando o procedimento é indicado depois de 90 dias.

Contudo, a sobrevida em pacientes retransplantados antes de 90 dias, é severamente diminuída. A indicação de retransplante precoce precisa ser reavaliada.

11. J. A. Hayanga, J. Yang, J. Aboagye, C. A. Berko, C. Qiao, H. E. Kaiser, N. Shigemura, J. D'cunha:

Risk Factors for Lung Re-Transplantation in the United States: Evaluation of a Nationwide Registry Over a Quarter Century.

Um trabalho conjunto da University of Pittsburgh, Johns Hopkins Medical Institutions, e University of Michigan Medical Center, Ann Arbor estudou os fatores de risco do retransplante.

Objetivo: O transplante de pulmão permanece como a solução mais durável para as pneumopatias terminais. A escassez relativa de doadores estimula a discussão sobre a indicação do retransplante. Até a presente data, os fatores de risco para o retransplante não estão bem definidos na literatura. Este trabalho foi elaborado para

identificar aqueles fatores de risco que podem independentemente servir para prever o resultado do retransplante.

Métodos: Foi realizada uma avaliação retrospectiva dos números da UNOS por um período de 25 anos (1987 a 2012). Um total de 24,194 pacientes transplantados foram identificados. Uma regressão logística retrospectiva foi utilizada nos receptores/doadores, aliadas às variáveis do transplante, com a intenção de identificar os fatores de risco independentes do retransplante pulmonar.

Durante os 25 anos estudados 24,194 pacientes se submeteram ao transplante pulmonar e 941 (3.9%) subsequentemente se submeteram ao retransplante.

Fatores com aumentado risco no retransplante incluíam a idade do receptor > 40 anos, (OR 2.26, $p=0.0001$), escore aumentado no Lung Allocation Score (LAS) (OR 0.98, $p=0.001$), aumentado percentual de declínio da capacidade ventilatória forçada (%FVC) e readmissão à Unidade de Terapia Intensiva ($p=0.02$).

Em adição, o tempo de isquemia aumentado (0.91, $p=0.02$), história de fumo do doador (OR 1.47, $p=0.04$), e IMC do doador <18.5 (OR 1.68, $p=0.04$) foram cada um deles associado com maior risco do retransplante.

As indicações mais frequentes do retransplante foram falência precoce do enxerto e rejeição crônica.

Conclusões: Os autores identificaram fatores de risco que estão associados com o retransplante. Estes fatores podem oferecer predição da falência do enxerto e da necessidade de retransplante.

Adicionalmente estes elementos servem como um guia para protocolos de imunossupressão mais adequados e uma seleção de doadores compatível com os escassos recursos dos centros transplantadores.

12. A. M. Ganapathi, A. W. Castleberry, P. Speicher, B. R. Englum, A. A. Osho, S. S. Lin, R. D. Davis, M. G. Hartwig
The Effect of Prior Pneumonectomy or Lobectomy on Subsequent Lung Transplantation

O grupo da Duke University apresentou este trabalho, sobre o impacto no transplante pulmonar do antecedente de uma ressecção pulmonar maior.

Objetivo: Os resultados do transplante pulmonar em pacientes com lobectomia ou pneumonectomia não são bem definidos em função da rara incidência dessa combinação.

Usando os dados da UNOS, os autores determinaram o impacto que uma ressecção prévia tem sobre os pacientes ulteriormente transplantados.

Métodos: Revisão retrospectiva de adultos transplantados de outubro de 1999 a dezembro de 2011. Dos 15.734 pacientes transplantados, 104 passaram por ressecção prévia (pneumonectomia – PN $n= 23$ e lobectomia- LB $n= 81$).

Após pareamento dos grupos, os resultados primários (mortalidade em 90 dias) e secundários (deiscência da via aérea, necessidade de hemodiálise, tempo de internação > 25 dias), foram avaliadas com teste qui-quadrado.

A análise em separado dos pacientes pneumonectomizados (PN) e lobectomizados (LB) também foi realizada.

Resultados: Após a equiparação dos parâmetros, não houve diferença entre os dois grupos quanto a recipiente, doador e características operatórias. Houve 11 transplantes duplos e 12 transplantes unilaterais após PN e 52 duplos e 29 unilaterais depois de lobectomias.

A mortalidade em 90 dias foi significativamente maior no grupo da PN comparado com a LB (13.5% e 8.1%) antes da equiparação dos fatores de risco. Depois da equiparação não houve diferença entre os dois grupos, exceto um aumento significativo da necessidade de hemodiálise no grupo da pneumonectomia ($p=0.01$).

Conclusão: Para que o transplante pulmonar em pacientes com ressecções prévias tenha um perfil de risco aceitável, é necessária uma cuidadosa seleção dos candidatos.

13. R. T. Ripley, R. R. McMillan, C. S. Sima, S. M. Hasan, V. W. Rusch, N. P. Rizk, J. Huang
Incidence of Second Primary Lung Cancers in Smokers vs Non-Smokers After Curative Resection of Stage I Lung Adenocarcinoma.

O quanto a associação com tabagismo pode ter impacto na evolução de pacientes operados de câncer de pulmão, se constituiu em interessante revisão apresentada pelo grupo do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York.

Objetivo: Fumantes têm um risco de desenvolver NSCLC, maior do que os não fumantes, mas o risco relativo de cada grupo de desenvolver um segundo tumor primário, não é claro.

Determinar o risco de segundo primário em fumantes e não fumantes após o tratamento de um NSCLC pode ajudar na orientação de vigilância em longo prazo.

Métodos: Pacientes que se submeteram a ressecção de adenocarcinoma estágio I foram identificados para o seguimento prospectivo do banco de dados da instituição. Pacientes com outros tipos histológicos, portadores de lesões sincrônicas ou que se submeteram a terapia neoadjuvante ou adjuvante foram excluídos.

Resultados: De 1995 a 2012, 2.151 pacientes se submeteram a ressecção de adenocarcinomas estágio I. Destes, 308 (14%) eram nunca fumantes, e 1,843 (86%) eram ex-fumantes ou fumantes atuais.

Durante o período de observação, 30 (9.7%) nunca fumantes e 145 (7.9%) fumantes desenvolveram um segundo primário. O segundo primário foi detectado na maioria dos casos, em TCs de vigilância, (161, 92%).

A análise de risco não mostrou diferença nas taxas de incidência cumulativa de segundo primário entre fumantes e não fumantes, em 10 anos 23.5% para não fumantes e 18.0% para fumantes ($p=0.126$). Sobrevida prolongada foi observada após tratamento do segundo tumor primário, com uma sobrevida média de 7.5 anos a partir do tratamento.

Conclusões: Ainda que os fumantes tenham um maior risco de desenvolver NSCLC, o risco dos não fumantes de apresentarem um segundo primário após a ressecção de um adenocarcinoma estágio I, é comparável ao dos fumantes.

A maioria desse câncer, segundo primário, é detectada em um estágio curável.

Uma vigilância em longo prazo é recomendável a todos os pacientes, independente da condição tabágica.

14. C. C. Vallilo, *R. M. Terra, A. W. Mariani, A. L. Albuquerque, M. M. Suesada, P. M. Pêgo-Fernandes.
Lung Resection Improves Quality of Life for Patients With Symptomatic Bronchiectasis.

O Grupo da USP apresentou uma série de 37 pacientes com bronquiectasias de origem tuberculosa (já presuível pelo tipo de ressecções utilizaddas) ou não tuberculosa e analisou o impacto que a cirurgia teve na qualidade de vida dos pacientes.

Objetivo: O rendimento do tratamento cirúrgico de bronquiectasias é uma matéria de debate, mas a qualidade de vida (QOL), um dos aspectos mais relevantes, tem sido negligenciada na maioria dos estudos. O objetivo do estudo foi avaliar o impacto da ressecção pulmonar na QOL dos pacientes com bronquiectasias sintomáticas.

Métodos: Um estudo em corte prospectivo, incluindo pacientes com bronquiectasias sintomáticas (tosse, sangramento, escarro) de origem tuberculosa ou não tuberculosa. Todos os pacientes se submeteram a ressecção pulmonar anatômica. QOL, função pulmonar e função cardiopulmonar foram avaliados antes e 9 meses após a cirurgia através de espirometria e avaliação cardiopulmonar em exercício.

Testes T pareados foram usados para comparar os dados antes e 9 meses depois da cirurgia e uma regressão linear multivariada foi usada para encontrar preditores de melhora da QOL. Uma $p < 0.05$ foi considerada significativa.

Resultados: 37 pacientes completaram o protocolo 19H/18M, com uma média de idade de 40,97 anos, ± 11.80 anos. Destes, 56.75% tinham história de tuberculose e o número médio de segmentos comprometidos foi cinco.

Eles foram submetidos aos seguintes procedimentos: pneumonectomia (13.51%), lobectomia superior 45.94%, lobectomia média 24.32%, e lobectomia inferior 32.43%. Complicações pós-operatórias foram: empiema (1), arritmia cardíaca (1), e embolia pulmonar (1).

Todos os parâmetros de QOL melhoraram 9 meses depois da cirurgia, ainda que a melhora não tenha se relacionado com as variações de função pulmonar ou cardiológica no mesmo período.

Conclusões: O tratamento cirúrgico melhora a qualidade de vida (QOL) dos pacientes com bronquiectasias sintomáticas.

15. J. Eckardt, P. Licht
Thoracoscopic or Open Surgery for Pulmonary Metastasectomy: An Observer-Blinded Study.

Este trabalho foi apresentado pelo grupo da Dinamarca (Odense University Hospital) e comparou VATS e cirurgia aberta na metastasectomia pulmonar.

Objetivo: Em pacientes com doença metastática pulmonar limitada, a toracotomia aberta é considerada padrão áureo para metastasectomia por causa dos nódulos não identificados na tomografia e que podem ser perdidos com a palpação limitada imposta pela abordagem com VATS. Entretanto, contra todas as recomendações, a VATS vem sendo usada rotineiramente com propósitos terapêuticos por 40% dos

cirurgias pesquisados, principalmente porque a tecnologia da VATS avançou e passou a ser usada em muitos centros para ressecções mais avançadas.

Como os estudos se baseiam em séries de casos, este grupo decidiu promover um estudo prospectivo (cego para o observador) com VATS de alta definição.

Métodos: Todos os pacientes com doença pulmonar metastática moderada na TC de tórax, considerados para a ressecção cirúrgica foram submetidos a EBUS para excluir a doença ganglionar metastática antes da cirurgia. VATS em alta definição foi realizada por uma equipe cirúrgica e, imediatamente depois, outra equipe realizou toracotomia com palpação bimanual.

As avaliações da TC e os resultados cirúrgicos foram mantidos em segredo e o ponto final da observação foi o número de nódulos detectados.

Resultados: Durante um período de 2 anos, 72 pacientes foram incluídos e 112 imagens suspeitas de metástases foram visualizadas na TC de tórax.

99 destas foram palpáveis durante VATS (88%) e todas foram identificadas na toracotomia. Adicionalmente 50 lesões novas e insuspeitadas foram encontradas durante a toracotomia. 20 (40%) eram metástases, 29 (58%) eram benígnas e 1 (2%) era um câncer primário de pulmão.

Conclusões: Mesmo num centro com grande volume de VATS de alta definição (HD) nódulos não visíveis e, portanto, inesperados foram frequentes durante toracotomia subsequente. 40% desses nódulos teriam sido perdidos se se tivessem usado exclusivamente VATS para a metastasectomia. Não se sabe se isto teria ou não impacto na sobrevida, porque isto também depende de decisões subsequentes se novas metástases aparecerem durante o seguimento.

16. C. Nwogu, J. D'cunha, H. Pang, L. Gu, X. Wang, W. G. Richards, L. Veit, T. L. Demmy, D.J. Sugarbaker, L. J. Kohman, S. J. Swanson. VATS Lobectomy Has Better Perioperative Outcomes than Open Lobectomy:

Um trabalho multicêntrico foi feito para avaliar comparativamente a evolução precoce de pacientes tratados com toracotomia aberta ou VATS.

Objetivo: A superioridade em curto prazo da VATS comparada com a toracotomia aberta em estadios precoces do NSCLC tem sido sugerida por estudos institucionais. O objetivo foi realizar um estudo multicêntrico randomizado para aferir isto. A análise foi realizada para investigar a hipótese de que a lobectomia por VATS resulta em tempo de internação mais curto e com complicações peri-operatórias menos frequentes do que a lobectomia aberta em câncer de pulmão em estadios I e II, em um estudo multiinstitucional.

Métodos: 519 pacientes (282 VATS e 237 toracotomia) com tumores que tinham sido tratados como parte da CALGB 140202 (The Lung Cancer Tissue Bank) foram considerados elegíveis. Parâmetros de comparação quanto a idade, raça, sexo, condição clínica, tipo histológico, estadio anatomopatológico e tamanho do tumor como variáveis independentes, foram usados para criar uma equiparação 1:1 de um grupo de 175 pares de pacientes.

O teste de McNemar para variáveis binárias e o teste de Wilcoxon para variáveis contínuas, foram usados para acessar qualquer diferença em tempo de internação, complicações perioperatórias e condições de alta hospitalar entre os dois grupos. Uma comparação de controle da doença e sobrevida global entre os dois métodos foi feita usando um teste log-rank. Todos os valores de $p < 0.05$ foram considerados significantes.

Resultados: Todos os dados referentes a tempo de internação, complicações perioperatórias e condições de alta favoreceram significativamente o grupo da VATS. Não houve diferença entre os dois grupos quanto a controle da doença e sobrevida global num seguimento de 60 meses.

Conclusões: Este estudo multiinstitucional sustenta a assertiva de que a lobectomia por VATS resulta em menor tempo de internação, menos complicações perioperatórias e maior probabilidade de alta hospitalar autônoma, comparada com lobectomia por toracotomia, no tratamento do câncer de pulmão em estádios precoces.

17. J. Cho, M. Hamaji, S. D. Cassivi, F. C. Nichols, M. S. Allen, D. A. Wigle, C. Deschamps
Disease-Free Survival After Pulmonary Metastasectomy for Colorectal Carcinoma Is Affected by the Primary Tumor Location

Um estudo da Mayo Clinic observou o impacto prognóstico da localização do tumor primário de colon, com metástases pulmonares.

Objetivo: Câncer retal tem um risco maior de desenvolver metástases pulmonares, comparado com o tumor colônico. Não está claro, entretanto, se esta incidência aumentada implica em pior prognóstico pós-metastasectomia pulmonar.

Métodos: Pacientes que se submeteram a ressecção pulmonar de metástases pulmonares de tumor de colon foram estudadas quanto à sobrevida e padrões de recorrência, dependendo da localização do tumor colorretal.

Análises de regressão multivariada foram aplicadas para identificar variáveis clínicas preditivas de sobrevida seguindo-se a metastasectomia pulmonar.

Resultados: Entre 1985 e 2012, 626 pacientes se submeteram a ressecção de metástases pulmonares de origem colônica e foram revisados neste estudo.

Estes pacientes foram divididos em dois grupos: tumor primário era de origem colônica ou retal. O follow-up médio foi de 45.5 meses (de 0-287 months). Não havia diferenças estatísticas entre os dois grupos quanto ao número de nódulos, tamanho do tumor ou envolvimento ganglionar. Houve pequena diferença de sobrevida em 5 anos nos dois grupos, câncer colônico sobrevida em 5 anos = 67.2% comparado com 60.1% para o câncer retal ($p = .004$). O sítio mais frequente de metástase foi o fígado em câncer colônico, e o pulmão no câncer de origem retal.

Análise multivariada demonstrou que tumor primário em reto e múltiplos nódulos (mais que 3) foram são fatores independentes adversos de risco, afetando a sobrevida livre de doença depois de metastasectomia pulmonar.

Conclusões: Sobrevida livre de doença e sítio de recorrência após metastasectomia pulmonar por câncer colorretal é dependente do sítio do tumor primário.

Metástase pulmonar de um tumor de reto tem pior prognóstico que o tumor colônico, e ocorre mais vezes no pulmão do que o tumor colônico ocorre no fígado. Isto pode influenciar no tratamento e estratégias de seguimento.

18. F. Lou, V. W. Rusch, J. Huang

Stage-Specific Differences in Patterns of Recurrence and Their Mode of Detection in Early Stage vs Locally Advanced Non-Small Cell Lung Cancer.

O Grupo do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, apresentou interessante trabalho sobre modelos de recorrência e formas de detecção de NSCLC em diferentes estádios.

Objetivo: Os benefícios de screening para NSCLC têm sido estabelecidos para pacientes de alto risco e guidelines recentes tem advogado vigilância contínua depois de terapia curativa. Já a estratégia ótima de vigilância pós-tratamento permanece obscura. Os autores compararam os padrões de recorrência e os métodos de detecção em tumores precoces vs tumores localmente avançados.

Métodos: Pacientes consecutivos que se submeteram a ressecção de NSCLC em estádios I-IIIa foram identificados no Banco de Dados institucional. Todos os pacientes receberam TC de tórax a cada 6-12 meses pós-tratamento.

Resultados: De 2004 a 2009, 1,640 pacientes identificados. Destes, 181 de 346 pacientes com estágio IIIa (52%) e 257 de 1,294 pacientes com estágio I-II (20%) desenvolveram recorrência de doença. Recorrências assintomáticas foram detectadas por TC de tórax de vigilância em 157 pacientes em estádios I-II (61%), mas em somente 89 pacientes com estágio III (49%) ($p=0.04$).

Por outro lado, sintomas levaram a detecção de recorrência mais frequentemente em pacientes do estágio III (73 [40%]) do que em pacientes em estádios I-II (81 [32%]).

Metástases à distância representaram maior proporção de recorrência em pacientes nos estádios III (153 - 85% vs 112 - 44% do que nos estádios I-II; $p=0.008$), enquanto que recorrências unicamente locoregionais foram mais frequentes em pacientes em estádios I-II (67 - 26% vs 28 - 15% para os de estágio III).

Ainda que o risco de recorrência em pacientes com estágio IIIa seja mais alto nos primeiros 2 anos, ele permanece significativo até o quarto ano.

Conclusões: Pacientes com NSCLC em estágio IIIa, menos frequentemente tem recorrências detectadas em TCs de vigilância, e mais vezes se apresentam com sintomas, comparado com aqueles tratados com doença em estádios mais precoces. Pacientes com doença em estágio IIIa têm risco marcadamente aumentado de recorrência e uma alta propensão de recaída à distância e este risco não se limita aos dois primeiros anos.

Estratégias de vigilância precisam ser adequadas às diferenças específicas dos estádios da doença.

19. R. R. McMillan, C. S. Sima, F. Lou, J. Dycoco, N. P. Rizk, V. W. Rusch, J. Huang

The Outcome Measure 30-Day Mortality Underestimates Risk of Early Mortality After Major Resections for Thoracic Malignancies.

O Grupo do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, publicou importante revisão sobre mortalidade cirúrgica, focando no tempo mais adequado de avaliação (30 ou 90 dias?).

Objetivo: A mortalidade em 30 dias é comumente utilizada na avaliação de Banco de Dados como os da STS National Database e o National Surgical Quality Improvement Program. Estes dados são usualmente citados quando se discute os riscos na obtenção do consentimento informado dos pacientes. Considerando a natureza dessas operações e que muitos desses pacientes são idosos e com co-morbidades associadas, os autores formularam a hipótese que a avaliação de 30 dias subestima o verdadeiro risco peri-operatório dos pacientes submetidos a cirurgia de ressecção de neoplasias torácicas.

Como o período global do Medicare engloba 90 dias, os autores compararam a mortalidade em 30 e 90 dias, em diferentes tipos de cirurgia.

Métodos: Foram revisados os dados institucionais de pacientes submetidos à cirurgia de câncer de pulmão, câncer de esôfago e mesoteliomas.

Resultados: De 1999 a 2012, 7,665 ressecções cirúrgicas foram feitas em pacientes com câncer de pulmão (6,115), câncer de esôfago (1,257), ou mesotelioma (293). Entre os diferentes cânceres e através de várias cirurgias, em média, uma mortalidade adicional ocorreu no período do dia 31 ao dia 90 (1,52%), e foi similar à mortalidade ocorrida até o dia 30 (1,24%), resultando numa mortalidade global em 90 dias de 2,74%, que foi mais do que o dobro da mortalidade em 30 dias.

Conclusões: A mortalidade em 90 dias é significativamente mais alta do que a observada aos 30 dias de pós-operatório de múltiplas cirurgias torácicas por câncer. A mortalidade em 90 dias deveria ser usada e, como medida primária em bancos de dados nacionais e quando apresentado o risco cirúrgico aos pacientes.

20. R. D. Adams, W. D. Bolton, G. Henry, E. T. Robbins, E. Sommers, J. E. Stephenson, S. L. Sams. Multicenter, Community-Based Evaluation of Clinical Outcomes of Standardized Robotic Pulmonary Lobectomy Compared to Thoracotomy and VATS Outcomes in the STS National Database.

O trabalho com o mais número de conflito de interesses do Congresso mostrou a experiência de seis serviços com o uso de ressecção por robótica comparada com a cirurgia aberta e com VATS.

Objetivos: A ressecção com video (VATS) facilita a ressecção endoscópica com benefícios inerentes ao paciente. Vários aspectos, entretanto, limitam o uso generalizado. Se a lobectomia feita completamente por robótica (CPRL) pode resolver estas limitações, foi o objetivo desta revisão.

Este estudo multicentrico, avalia a integração de uma CPRL, padronizada, em seis hospitais, examinando o Banco de Dados Nacional da STS, e comparando a evolução, da VATS e da lobectomia aberta no período de 2009 a 2010. Também avaliada a subsequente mudança na taxa de lobectomia minimamente invasiva de cada cirurgia desses grupos estudados.

Métodos: 6 cirurgias cardiotorácicas da comunidade, com variadas técnicas de lobectomia pré-robótica e que atualmente usam uma CPRL padronizada foram identificados. Dados peri-operatórios de suas lobectomias robóticas realizadas entre janeiro 2010 e setembro 2012 foram retrospectivamente identificados (n=242), pareados e comparados quanto à evolução registrada no Banco de Dados da STS para lobectomias abertas (n=5,913) e VATS (n=4,612). O teste-t de Welch-Satterthwaite foi utilizado com p=0.05. Características pré-operatórias foram comparadas nos três coortes.

No grupo da CPRL, 227 procedimentos (93.8%) foram exitosamente completados roboticamente. Com CPRL, tempo operatório, tempo de internação, duração da drenagem torácica foram significativamente mais curtos do que com VATS ou aberta. Comparada com a aberta, a CPRL, mostrou taxas significativamente mais baixas de escape de ar e transfusão sanguínea.

Em outras variáveis todas as três coortes foram comparáveis. Por adotar a assistência robótica, todos os cirurgiões mostraram um aumento nas taxas de lobectomias minimamente invasivas, variando de 23% a 85%.

Conclusões: Este trabalho multicêntrico demonstrou que a lobectomia robótica padronizada, é segura, reproduzível, e promove resultados que são superiores aos da VATS e da técnica aberta.

21. D. Vondrys

Three-Year Experience With Biodegradable Airway Stenting in Children

Um trabalho feito em Innsbruck na Áustria discutiu uma experiência interessante sobre o uso de prótese no manejo desta situação complexa: estenose traqueal em crianças.

Objetivo: Existem várias opções disponíveis de stent para o manejo de estenoses da via aérea de crianças. Este grupo usou dilatação com balão e próteses autoexpansíveis metálicas bem como próteses removíveis de plástico e silicone, e todas elas podem provocar perfuração, além de que não acompanham o crescimento dos pacientes. Neste trabalho se reporta a experiência de 3 anos com stents biodegradáveis de polydioxanone, para tratamento de estenoses traqueais de crianças.

Métodos: 20 stents de polydioxanone foram implantados em 10 crianças com estenoses devido a colapso intrínseco ou compressão externa. O diâmetro médio da compressão foi de 9 mm (6-14 mm) e com uma extensão média de 15 mm (13-70 mm).

Resultados: Alívio da estenose foi conseguido inicialmente em todos os casos, e não houve sangramento ou perfuração durante a inserção do stent.

Disparidade de tamanho ocorreu em dois casos, 7 pacientes repetiram pelo menos uma vez a inserção do stent por degradação do mesmo. Houve uma morte não relacionada à implantação do stent. Todos os 9 sobreviventes se encontram em boas condições clínicas 3 anos depois da implantação dos stents.

Conclusões: Este estudo de seguimento mostra que o stent de polydioxanone oferece uma alternativa segura aos stents metálicos ou silásticos no manejo de colapso ou compressão externa da traquéia em crianças. Eles podem evitar a necessidade de stents permanentes e permite o crescimento da via aérea.

22. I. Park, J. Jeon, H. Kim, Y. Hwang, C. Kang, Y. Kim, J. Kim

The Role of Postoperative Radiation Therapy in Completely Resected Masaoka- Koga Stage II Thymoma

O grupo de Seul apresentou interessante experiência com o manejo de timoma, quanto à necessidade de radioterapia pós-ressecção..

Objetivo: O trabalho pretende mostrar a eficácia da radioterapia pós-operatória em timomas estágio II Masaoka-Koga, quanto à prevenção da recorrência.

Métodos: De 171 pacientes com timomas completamente ressecados 77 com estágio II, foram revisados retrospectivamente. Os pacientes foram divididos em dois grupos: com radio (CR) e sem radio (SR), e comparados quando a recidiva ou não da doença.

Resultados: Havia 39 mulheres (50.6%) e a idade média foi de 53 anos. O tempo médio de follow up foi de 65 meses, 39 pacientes eram estágio IIa e 38 eram estágio IIb. O tamanho médio dos tumores era 5,7 cm. A sobrevida global em 10 anos foi de 93,5%. As taxas livres de doenças em 5 e 10 anos foi de 92% e 89.5%. Radioterapia foi realizada em 44 pacientes (57.1%). Recorrência foi diagnosticada em 7 pacientes no estágio IIb, quatro no grupo que não irradiou (12%) e três no grupo que irradiou (6.8%). Recorrência foi diagnosticada em um paciente do grupo que não irradiou. Seis pacientes tiveram recorrências regionais e dois deles apresentaram metastases pulmonares concomitantes.

Mais pacientes do grupo que irradiou eram estágio IIb (59.1% vs 36.4%, $p=0.048$).

O estadiamento foi um fator prognóstico decisivo na avaliação de ausência de doença em 5 anos (IIa 100% vs IIb 83.4%, $p=0.009$). Quando analisados em separados os pacientes com estágio IIb, a radioterapia fez diferença em ausência de doença em 5 anos (92.3% vs 58.4%, $p=0.2$).

Conclusões: Radioterapia pós-operatória não é efetiva em termos de controle da doença em timomas Masaoka IIa, completamente ressecados. Entretanto, pode ser benéfica no estágio IIb.