

12º SIMPÓSIO
INTERNACIONAL DE

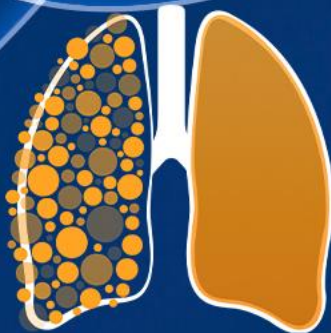
CÂNCER DE PULMÃO

2ª JORNADA ONCONNECTION MULTICARE

2024

GERENCIAMENTO E PRODUÇÃO

RV+
EVENTOS MÉDICOS



12º SIMPÓSIO
INTERNACIONAL DE

CÂNCER DE
PULMÃO

2ª JORNADA ONCONNECTION MULTICARE

2024

Tratamento do estágio IIIA e IIIB

Vladmir Cláudio Cordeiro de Lima, MD, PhD

Oncologista Clínico - Tumores Torácicos e Mamários - Departamento de Oncologia Clínica - A C Camargo Cancer Center

Pesquisador Associado - Laboratório de Imuno-Oncologia - CIPE

Presidente-Eleito - Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica

Vice-Presidente - Lung Cancer Steering Committee - LACOG

Assessor Técnico-científico - Medicina de precisão em Oncologia - Grupo Fleury

Declaração de Conflito de Interesse

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

Pesquisa Clínica: como médico investigador, participei de estudos patrocinados por: **BMS, Janssen, MSD, Roche, Syneos**

Apresentações: como palestrante convidado, participei dos eventos de: **MD Health, Amgen, Astra-Zeneca, BMS, Novartis, MSD, Sanofi, Daichii-Sankyo, Roche**

Consultoria: como membro de *advisory boards*, participei de reuniões com: **Roche, MSD, Astra-Zeneca, Novartis, Janssen, BMS, Lilly, Pfizer, Daichii-Sankyo, Cristália**

♀ , 66 anos, branca, cirurgiã-dentista, casada, natural e procedente de São Paulo - SP

- HDA: Paciente encaminhada por pneumologista externa para rastreamento devido ao tabagismo. Relata história de diagnóstico de nódulo pulmonar desde Janeiro/2022 após “gripe forte” com sibilos e cansaço que ficou em acompanhamento. Apresentou pneumonia em Abril/2023 e estava em uso de Clenil HFA desde então. Relata cansaço importante para andar, mas mantém todas as atividades de vida diária e de autocuidados.
- HPP: HAS em uso de losartana.
Diabetes mellitus tipo 2 em uso de glicazida e metformina.
Dislipidemia em uso de sinvastatina.
- Hábitos de vida: Tabagista ativa, 30 maços-ano.
- HF: Avô materno – Tumor de cólon
Pai – tumor de pulmão

♀ , 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano

- Exame físico: MV simétrico, roncos e estertores bilaterais.
- TC de tórax (11/05/23): obstrução de brônquio segmentar apicoposterior do lobo superior E com atelectasia parcial do lobo; discreto espessamento septal liso do ápice pulmonar E; linfonodo para-aórtico E de 1,3x0,9cm.
- Espirometria (30/05/23) – VEF-71%, CVP-1,71L
- Ecocardio (30/05/23) – FE-59%, disfunção diastólica discreta de VE.
- Doppler de carótidas (30/05/23) – estenose <50% à D e entre 60-69% à E.

♀, 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano

- Broncoscopia (13/06/23) - CONCLUSÃO: **Lesão infiltrativa ocluindo totalmente o óstio para o Lobo Superior Esquerdo**, impedindo a passagem do aparelho, associada a alargamento de bifurcação com o Lobo Inferior Esquerdo. Realizada biópsias da lesão após instilação de adrenalina com sangramento controlado com medidas hemostáticas endoscópicas.
MATERIAL COLHIDO: - BIÓPSIAS DE LOBO SUPERIOR ESQUERDO.



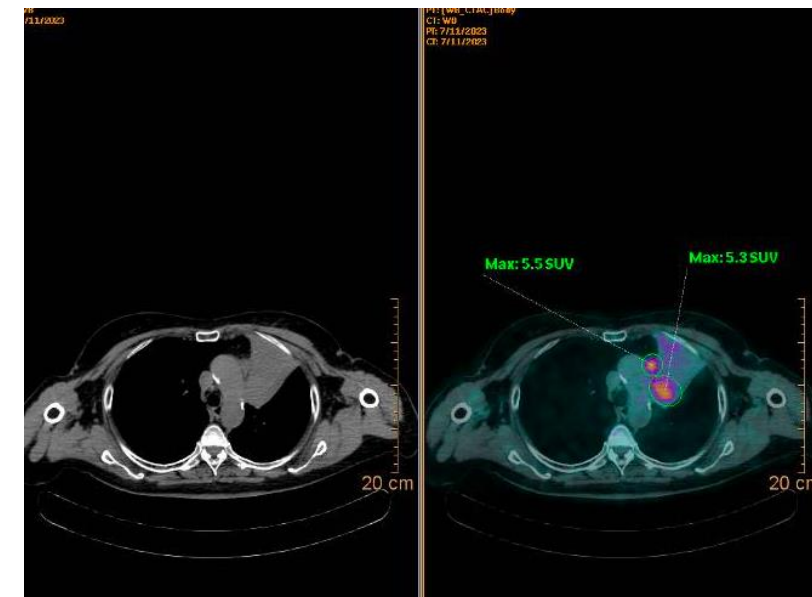
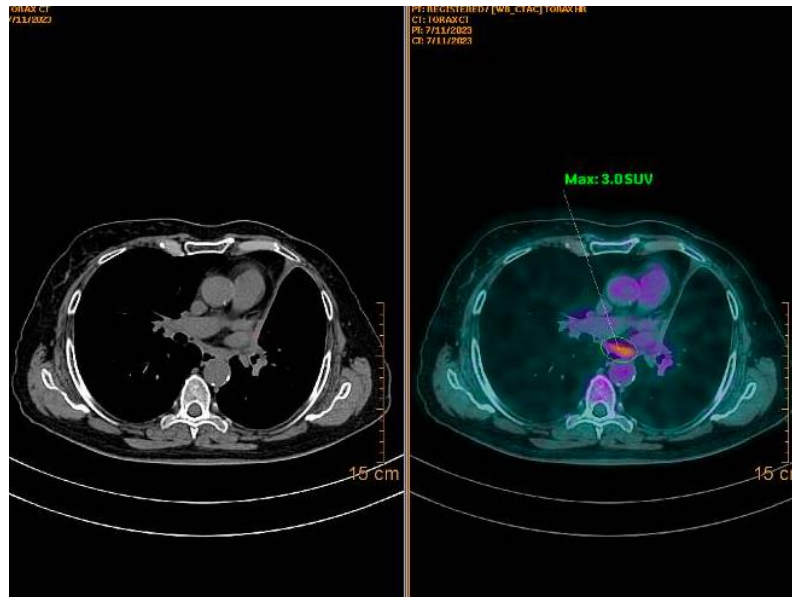
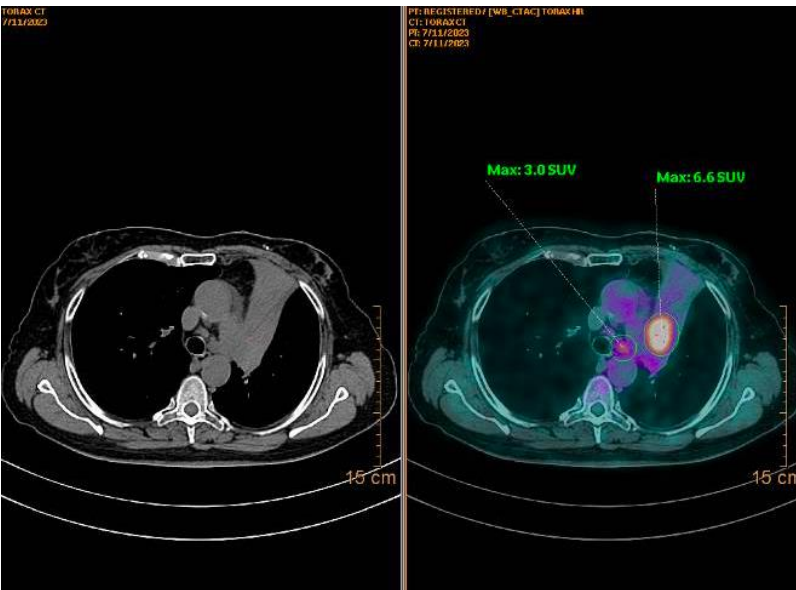
♀, 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano

- Bx de brônquio superior E (13/06/23) – carcinoma invasor de células escamosas queratinizantes, moderadamente diferenciado.

Há necessidade de algum teste suplementar?

PD-L1 clone 22C3 (17/06/23) – TPS - 40%

PET-CT (12/07/23) – áreas de concentração anômala do ^{18}F -FDG na topografia torácica correspondendo a lesão pulmonar hilar com obliteração brônquica à esquerda com SUV de até 7,1, associada a atelectasia do lobo superior esquerdo com SUV de até 3,6 e a linfonodomegalias mediastinais pré-vascular ipsilateral com SUV de 2,8 e 6,1; paratraqueal à esquerda com SUV de 3,3 e infra-carinal com SUV de 3,5.



♀, 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano
CEC de pulmão T2bN2M0 PD-L1 – 40%

RM de crânio (14/07/23) – Exame de estadiamento sem alterações significativas.
Sinais involutivos encefálicos.

Qual o proximo passo?

- a) Estadiamento invasivo do mediastino por mediastinoscopia.
- b) Estadiamento invasivo do mediastino com EBUS.
- c) Prosseguir com quimiorradioterapia, pois o PET-CT já mostra comprometimento linfonodal mediastinal.
- d) Realizar VAMLA e proceder linfadenectomia mediastinal.

- EBUS (01/08/23) - AVALIAÇÃO BRONCOSCÓPICA: **Presença de lesão em Brônquio do Lobo superior esquerdo, com obstrução do seu óstio e com infiltração de carina secundária e afilamento de óstio do Lobo inferior esquerdo.**
- AVALIAÇÃO ULTRASSONOGRÁFICA: **Linfonodo paratraqueal inferior direito (4R): conglomerado de linfonodos ovalados, homogêneos, com limites bem definidos, sem hilo gorduroso, sem necrose, com núcleo, sem vasos lineares em seu interior, o maior medindo aproximadamente 0,73 cm em seu menor diâmetro.** Realizada 3 punções aspirativas (consistência amolecida)

Linfonodo subcarinal (7): **conglomerado de linfonodos ovalados, heterogêneo, com limites mal definidos, sem hilo gorduroso, sem necrose, sem núcleo, com múltiplos vasos lineares em seu interior, o maior medindo aproximadamente 1,34 cm em seu menor diâmetro.** Realizada 3 punções aspirativas (consistência endurecida)

Linfonodo hilar direito (4L): **conglomerado de linfonodos ovalados, heterogêneo, com limites bem definidos, sem hilo gorduroso, sem necrose, sem núcleo, com vasos lineares em seu interior, o maior medindo aproximadamente 0,83 cm em seu menor diâmetro.** Realizada 3 punções aspirativas (consistência endurecida).

Avaliados linfonodos 11Ri, 11Rs, 10R, com menor diâmetro e com critérios ultrassonográficos de benignidade, sem indicação de punção.

Material coletado: Punções aspirativas em cadeias 4L, 7 e 4R, com patologista em sala.

- EBUS (25/07/23) – 1 Citologia de punção aspirativa por agulha fina de linfonodo cadeia 4R à direita
Avaliação da amostra: Amostra adequada, representativa Descrição microscópica: Material constituído por moderada quantidade de linfócitos em diferentes estágios de maturação, além de histiócitos, isolados ou formando esboços de centros germinativos, em fundo amorfo.

Conclusão: Citologia negativa para malignidade.

2 Citologia de punção aspirativa por agulha fina de linfonodo cadeia 7

Descrição microscópica: Citologia constituída por agrupamentos de células epiteliais com acentuado pleomorfismo, hipercromasia nuclear e alta relação núcleo/citoplasma, em meio a linfócitos em diversos estágios de maturação e esboços de centros germinativos.

Conclusão: Citologia positiva para células neoplásicas, compatível com metástase de carcinoma de células escamosas.

3 Citologia de punção aspirativa por agulha fina de linfonodo cadeia 7

Descrição microscópica: Citologia constituída por agrupamentos de células epiteliais com acentuado pleomorfismo, hipercromasia nuclear e alta relação núcleo/citoplasma, em meio a linfócitos em diversos estágios de maturação e esboços de centros germinativos.

Conclusão: Citologia positiva para células neoplásicas, compatível com metástase de carcinoma de células escamosas.

4 Citologia de punção aspirativa por agulha fina de linfonodo cadeia 4L à esquerda

Descrição microscópica: Citologia constituída por agrupamentos de células epiteliais com acentuado pleomorfismo, hipercromasia nuclear e alta relação núcleo/citoplasma, em meio a linfócitos em diversos estágios de maturação e esboços de centros germinativos.

Conclusão: Citologia positiva para células neoplásicas, compatível com metástase de carcinoma de células escamosas.

♀, 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano.

Carcinoma pulmonar de células escamosas – T2bN2M0 – EC IIIA

Avaliação molecular: PD-L1(17/06/23) – TPS – 40% (22C3)

Qual a sua opção de tratamento:

- a) Quimioimunoterapia sistêmica isolada
- b) Quimioimunoterapia neoadjuvante seguida de cirurgia
- c) Quimiorradioterapia concomitante seguida de durvalumabe de consolidação
- d) Quimiorradioterapia sequencial seguida de durvalumabe de consolidação
- e) Não sei

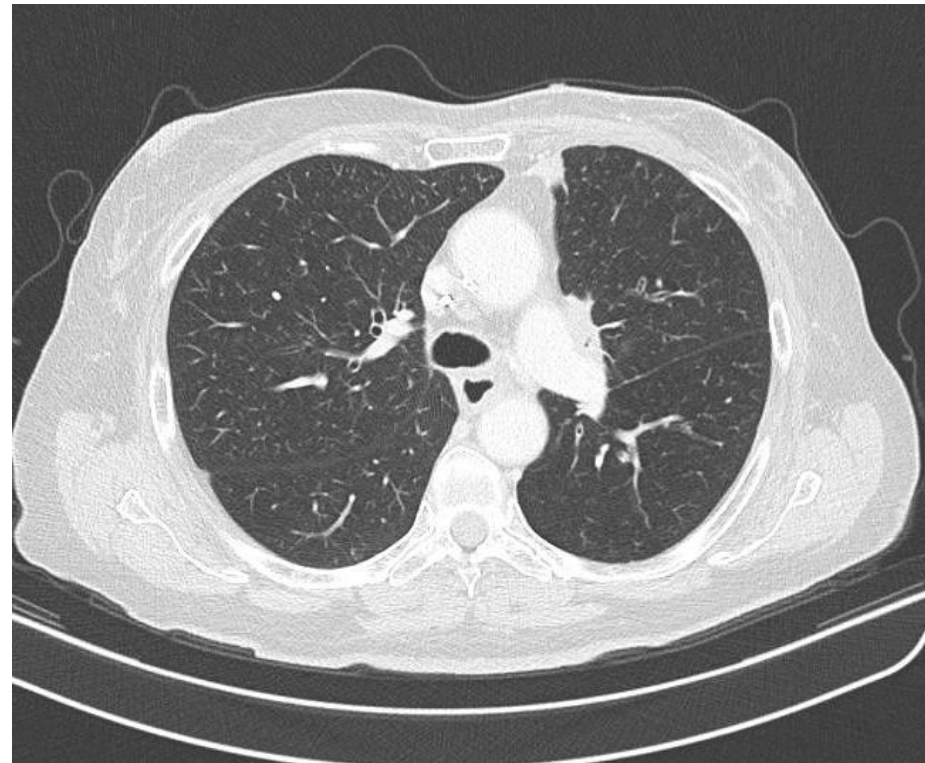
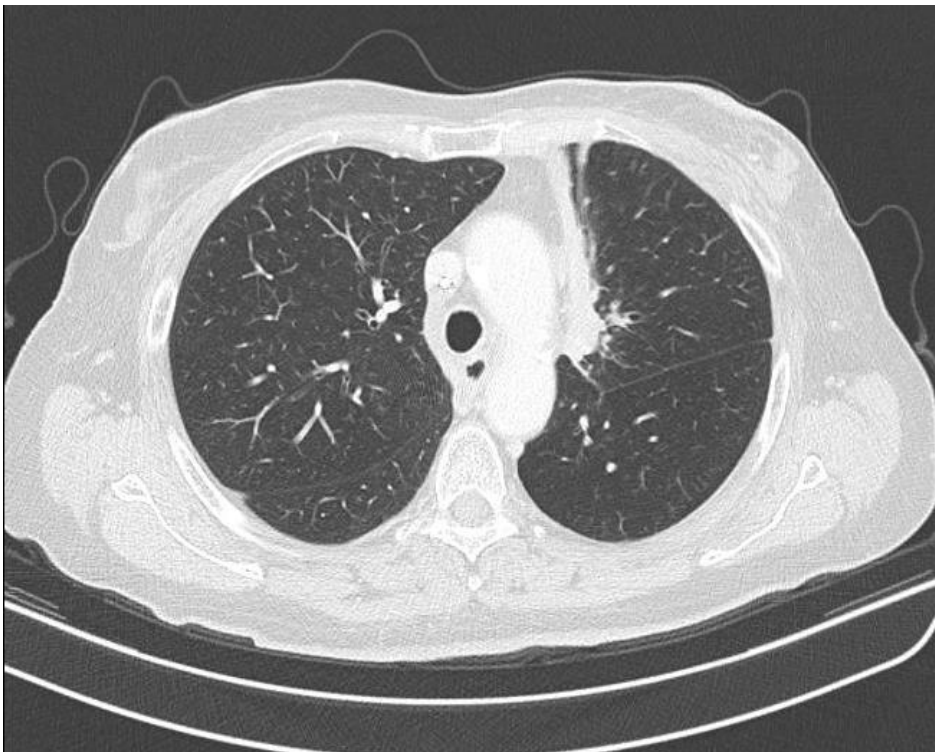
♀, 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano.

Carcinoma pulmonar de células escamosas – T2bN2M0 – EC IIIA

Avaliação molecular: PD-L1(17/06/23) – TPS – 40% (22C3)

- Caso discutido em TBM e optado por quimiorradioterapia concomitante seguida de consolidação com durvalumabe.
- 25/08/23 a 29/09/23: S1-S5 Carboplatina + Paclitaxel
- 25/08/23 a 11/10/23: IMRT 66GY 35 frações

TC de tórax e abdômen total (25/10/23) - Análise comparativa com imagens tomográficas do PET-CT de 07/2023 demonstrou redução da massa pulmonar esquerda e da atelectasia do lobo superior ipsilateral (alterações pós-actínicas); demais achados sem alterações evolutivas significativas, considerando-se as diferenças técnicas entre os métodos.



♀, 66 anos, branca, tabagista 30 maços-ano.

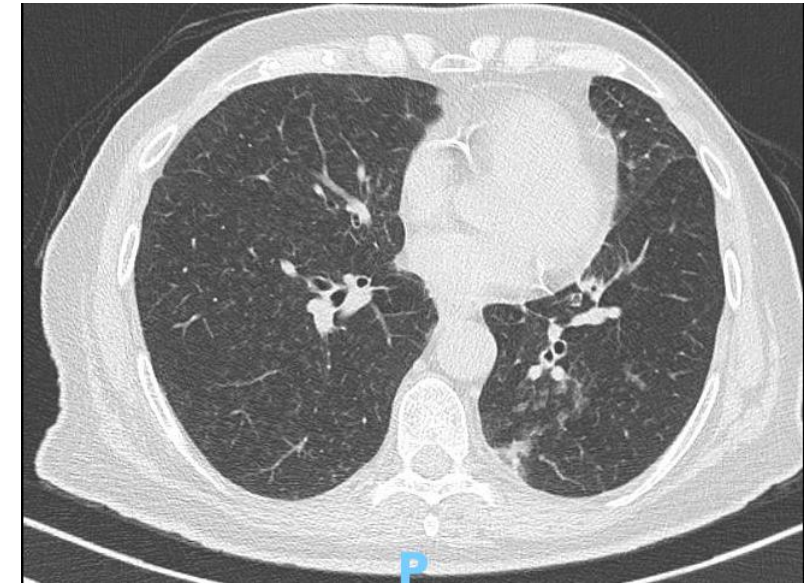
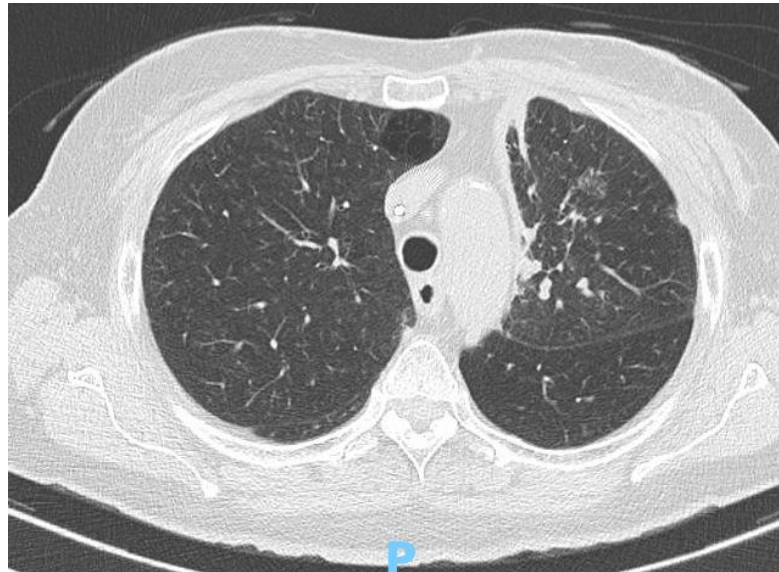
Carcinoma pulmonar de células escamosas – T2bN2M0 – EC IIIA

Avaliação molecular: PD-L1(17/06/23) – TPS – 40% (22C3)

- Caso discutido em TBM e optado por quimiorradioterapia concomitante seguida de consolidação com durvalumabe.
- 25/08/23 a 29/09/23: S1-S5 Carboplatina + Paclitaxel
- 25/08/23 a 11/10/23: IMRT 66GY 35 frações → Resposta parcial
- 03/11/23 a 08/03/24: C1 a C9 Durvalumabe de consolidação (atrasou C5 por pericardite viral? Imunomediada?)

Qual o papel de imunoterapia de indução ou concomitante à radioterapia nesse cenário?

- TC de tórax (25/10/23) - **Comparação com o exame de 26/10/2023:** - Alterações terapêuticas.
- Massa pulmonar perihilar esquerda, com diagnóstico já estabelecido, associada a atelectasia do parênquima pulmonar adjacente, sem alterações significativas em relação ao exame anterior.
 - Opacidade nodular em vidro fosco no lobo superior esquerdo, maior e melhor delimitada em relação ao exame anterior. Considerar processo inflamatório ou alterações pós actínicas.
 - Opacidades micronodulares em vidro fosco esparsas por ambos os pulmões, de padrão miliar. Considerar processo inflamatório.
 - Espessamento parietal brônquico, sugerindo broncopatia inflamatória.



Assintomática

sO₂-95%

Hemograma normal VHS - 10mm PCR - 5

Hipóteses?

Pneumonite imunomediada?

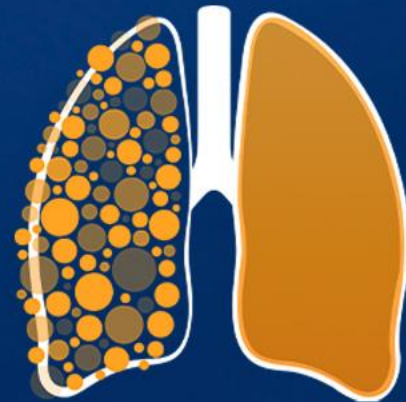
Assintomática

sO₂-95%

Hemograma normal VHS - 10mm PCR - 5

O que fazer?

- a) Segue tratamento e repete imagem em 2 semanas
- b) Interrompe tratamento definitivamente
- c) Interrompe tratamento temporariamente, inicia prednisona 1mg/Kg/dia seguido de desmame, colhe culturas e painel viral
- d) Interrompe tratamento definitivamente, inicia metilprednisolona 2mg/Kg, colhe culturas e painel viral
- e) Segue tratamento e dá antibiótico



12º SIMPÓSIO
INTERNACIONAL DE

CÂNCER DE
PULMÃO

2ª JORNADA ONCONNECTION MULTICARE

2024

Obrigado!



@ClaudioVladmir



vladmir.lima@accamargo.org.br

GERENCIAMENTO E PRODUÇÃO

