

Recomendações da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT)

Realização de cirurgia torácica em pacientes oncológicos durante a pandemia do COVID-19

O que seria uma cirurgia essencial durante essa pandemia?

Essa é uma nota técnica que procura orientar, apesar da escassez da literatura científica, os cirurgiões torácicos diante do paciente oncológico no curso da pandemia do COVID-19.

Ressalta-se, do ponto de vista Institucional, que a autonomia de cada associado e a realidade da sua unidade hospitalar, no contexto diverso da pandemia do COVID-19, devem ser fatores importantes nessa tomada de decisão.

Essa não é uma decisão fácil pois no mesmo momento que devemos preservar os leitos e toda a estrutura hospitalar para o atendimento dos pacientes com COVID-19, haverá pacientes com doença oncológica nos quais a postergação da cirurgia poderá comprometer o tratamento e colocar a vida do paciente em risco.

Como serão as condições hospitalares que influenciarão nossa conduta, as orientações foram divididas por cenário, que retrata o impacto da pandemia no funcionamento e segurança do hospital. Ficando evidente, portanto, que esta nota não se aplica àqueles hospitais em que não há registro de COVID-19.

1º Cenário: CONFIGURAÇÃO SEMI-URGENTE. Hospitais com poucos pacientes com COVID-19, recursos hospitalares não esgotados, instituição ainda possui disponibilidade de respiradores na UTI e a trajetória do COVID não está em fase de rápida escalada.

Cirurgia está indicada para os pacientes que podem ter sua sobrevida comprometida se a cirurgia não for realizada nos próximos 3 meses.

CASOS QUE PRECISAM SER REALIZADOS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL:

1. Nódulos em vidro fosco com componente sólido ($\geq 50\%$) ou suspeita clínica de câncer de pulmão em lesão ≤ 2 cm.
2. Nódulos sólidos malignos ≥ 2 cm.
3. Câncer pós-terapia de indução.
4. Tumores da parede torácica de alto potencial maligno não passíveis de terapia alternativa.
5. Estadiamento para iniciar o tratamento (mediastinoscopia, VATS diagnóstica com suspeita de disseminação pleural).
6. Tumores mediastinais sintomáticos: diagnóstico não possível através de biópsia por agulha.

7. Pacientes inscritos em ensaios clínicos terapêuticos.

CASOS QUE PODEM SER ADIADOS:

1. Nódulo predominantemente em vidro fosco ($\leq 50\%$ sólido).
2. Nódulo sólido ≤ 2 cm.
3. Tumor com histologia indolente (carcinoide típico).
4. Timoma (não volumoso, assintomático).
5. Sinais de doença metastática pulmonar de baixo volume (oligometástases): exceto-19 quando o diagnóstico será decisivo a menos que seja clinicamente necessário para pressionar as indicações terapêuticas ou de diagnóstico (isto é, a cirurgia afetará o tratamento).

6. Pacientes de alto risco devido à alta probabilidade de precisar de VM e ou UTI por tempo prolongado.

7. Ressecção traqueal (exceto histologia agressiva).

8. Broncoscopia.

9. Traqueostomia.

10. Estadiamento por EBUS.

ABORDAGENS ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO A SEREM CONSIDERADAS (SUPONDO QUE OS RECURSOS PERMITAM):

1. Optar pela terapia neoadjuvante nos casos elegíveis para terapia adjuvante, ou nos casos que exista alguma possibilidade de a cirurgia não ser R0 com base nos exames pré-operatórios.
2. Radioterapia Ablativa Estereotática (SABR).
3. Uso de prótese seguida de quimioterapia e radioterapia para obstrução por câncer.
4. Ressecção endoscópica para tumor endobrônquico. Somente em circunstâncias em que a terapia alternativa não é uma opção válida devido ao risco aumentado na formação de aerossóis. Por exemplo, estridor após pneumonia obstrutiva que não responde a antibióticos.
5. Estadiamento não cirúrgico: imagem, biópsia pela radiologia intervencionista.
6. Cirurgia de resgate nos pacientes após neoadjuvância com falha do controle local.
7. Estender quimioterapia (ciclos adicionais) para pacientes que completam um curso neoadjuvante planejado.

2º Cenário: CONFIGURAÇÃO DE URGÊNCIA. Hospital com pacientes com COVID- 19, UTI e capacidade de ventilação mecânica limitadas ou COVID-19 circulando dentro do hospital em fase de rápida escalada.

Cirurgia restrita a pacientes com probabilidade de comprometimento da sobrevivência se a cirurgia não for realizada nos próximos dias.

CASOS QUE PRECISAM SER REALIZADOS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL

1. Infecção associada a tumores, mas sem comprometimento séptico: por exemplo, debulking para pneumonia pós-obstrutiva).
2. Gerenciamento de complicações cirúrgicas, como hemotórax, empiema, tela infectada em paciente hemodinamicamente estável.

CASOS QUE DEVEM SER ADIADOS:

Todos os procedimentos torácicos normalmente agendados como rotineiros, ou seja, eletivos.

RECOMENDAÇÕES DE ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO.

1. Transferir o paciente para o hospital que está no 1º cenário.
2. Iniciar terapia neoadjuvante nos pacientes elegíveis para terapia adjuvante.
3. Radioterapia Ablativa Estereotática (SABR).
4. Reconsidere fazer neoadjuvância como quimioterapia definitiva. Monitorar os pacientes para possível falha local, ou seja, cirurgia de resgate.

3º Cenário: Hospitais com todos os recursos hospitalares encaminhados para os pacientes da COVID 19, sem disponibilidade de ventilação mecânica, de UTI ou com os suprimentos esgotados.

Cirurgia restrita a pacientes com probabilidade de comprometimento da sobrevivência se a cirurgia não for realizada nas próximas horas.

CASOS QUE PRECISAM SER REALIZADOS O MAIS RÁPIDO POSSÍVEL:

1. Obstrução de via aérea.
2. Sepses associada a tumores.
3. Tratamento de complicações cirúrgicas em paciente instável: sangramento ativo não passível de tratamento não cirúrgico, deiscência das vias aéreas, fístula da anastomose com sepses.

Publicação, relatando a experiência da China e Itália, relata que as cirurgias abdominais minimamente invasivas em pacientes com COVID-19 apresentaram um maior potencial de contaminação ambiental e da equipe quando comparadas à cirurgia aberta. Isso muito provavelmente se deve a alta concentração de vírus no aerossol produzido pela utilização do bisturi elétrico e energia.

Lembramos, essas são recomendações baseadas em literatura escassa e que a realidade de cada serviço deve ser levada em conta. É o que se chama de validade externa.

Bibliografia:

1. COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care. American College of Surgeons. Thoracic Cancer Surgery. Released March 24, 2020.
2. Preliminary recommendations for lung surgery during the epidemic of new coronavirus pneumonia. Chinese Journal of Lung Cancer. 20 February 2020; DOI: 10.3779 / j.issn.1009-3419.2020.03.01.
3. COVID-19 rapid guideline: delivery of systemic anticancer treatments. NICE guideline. Published: 20 March 2020 www.nice.org.uk/guidance/ng161.
4. Minimally Invasive Surgery and the Novel Coronavirus Outbreak: Lessons Learned in China and Italy. Zheng MH, Boni L, Fingerhut A. Ann Surg. 2020 Mar 26. doi: 10.1097/SLA.0000000000003924.

Elaborado pela diretoria da SBCT