

CDT: CONSENSO REGIONAL

ABORDAGEM CIRÚRGICA CDT : O CIRURGIÃO E O CLÍNICO



Dr. Hans Graf MD, PhD

CONFLITOS DE INTERESSE

CONSULTORIA PARA MERCK

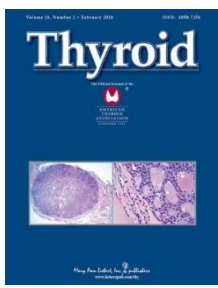
ABORDAGEM CIRÚRGICA CDT

1. PAAF de que nódulos ?
2. Epidemia dos microcarcinomas (MCPT)
3. Como fazer Vigilância Ativa?
4. TT x Lobectomia

ABORDAGEM CIRÚRGICA CDT

1. PAAF de que nódulos ?
2. Epidemia dos microcarcinomas (MCPT)
3. Como fazer Vigilância Ativa?
4. TT x Lobectomia

2015 ATA Management **guidelines** for adult patients with thyroid nodules and DTC



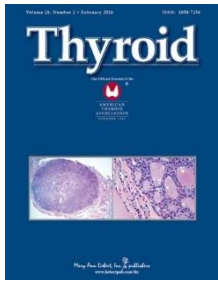
Jan.2016

A PAAF diagnóstica em nódulos tireoidianos é **recomendada** em:

Nódulos $\geq 1,0$ cm no maior diâmetro com risco US de suspeição **intermediária** ou **alta**

Nódulos $\geq 1,5$ cm no maior diâmetro com risco US de suspeição **baixa**

2015 ATA Management **guidelines** for adult patients with thyroid nodules and DTC



Jan.2016

A PAAF diagnóstica em nódulos tireoidianos é **recomendada** em

Nódulos ≥ 2 cm no maior diâmetro com risco US de suspeição **muito baixo** (p.ex., espongiforme).

Observação é uma opção razoável

ABORDAGEM CIRÚRGICA CDT

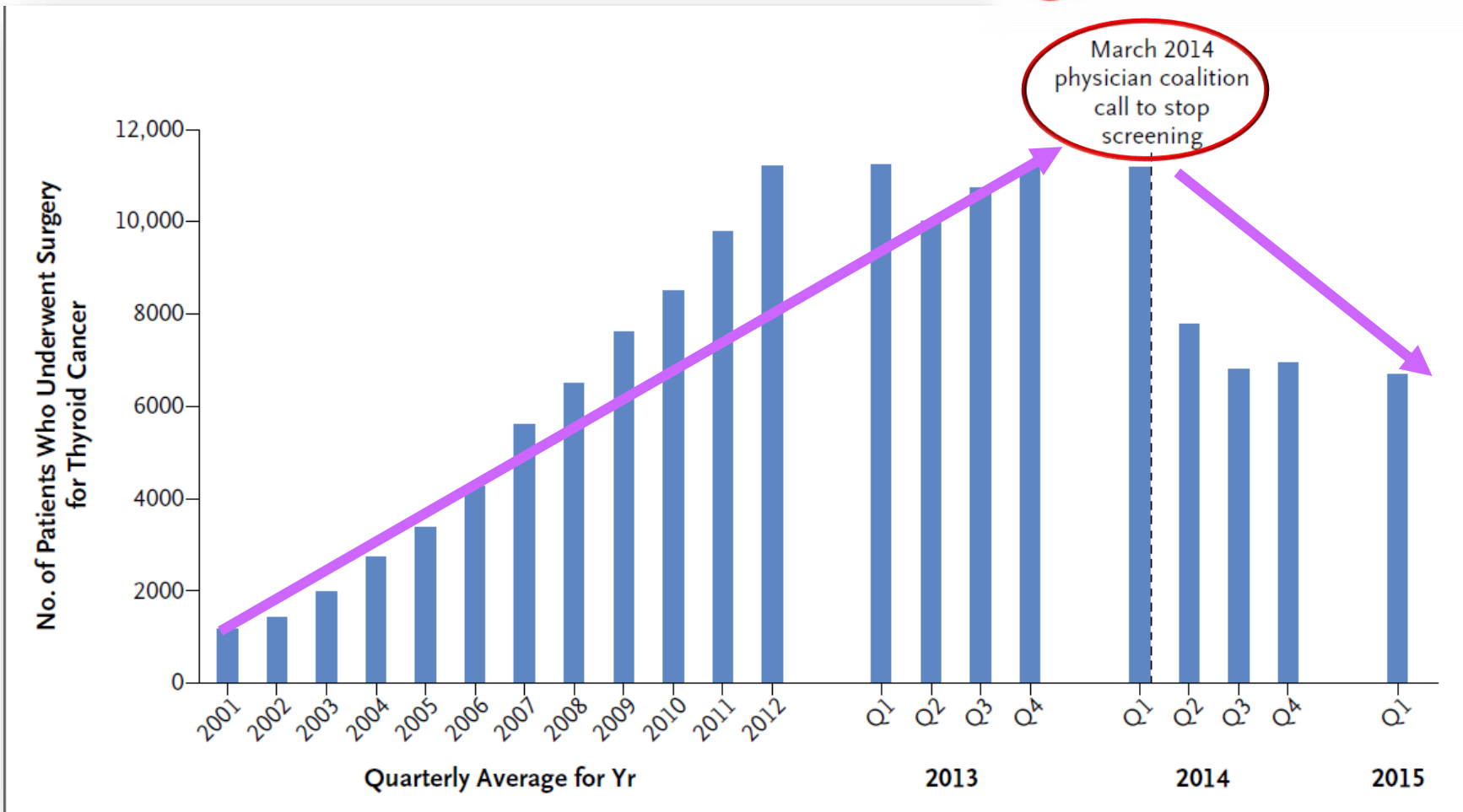
1. PAAF de que nódulos ?
2. Epidemia dos microcarcinomas (MCPT)
3. Como fazer Vigilância Ativa?
4. TT x Lobectomia

CDT: CONSENSO REGIONAL

A epidemia de CPT na Coréia do Sul - invertendo a maré



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE



ABORDAGEM CIRÚRGICA CDT

1. PAAF de que nódulos ?
2. Epidemia dos microcarcinomas (MCPT)
3. Como fazer Vigilância Ativa?
4. TT x Lobectomia

Como fazer Vigilância Ativa (VA) em MCPT?

ATA: Lesões suspeitas de MCPT não puncionar + VA

ou

ITO Y (Japão): puncionar + VA

CDT: CONSENSO REGIONAL

Estudos prospectivos usando **vigilância ativa** para MCPT

Studies on patients with low risk thyroid cancer undergoing active surveillance

Study	Definition of low risk	Patients (n)	Female (n (%))	Mean age (years (range))	Mean follow-up (years (range))	Growth >3 mm (n (%))	Lymph node metastasis (n (%))	Surgery at any follow up point (n (%))	Disease specific mortality
Sugitani (2010) ⁹⁵	<1 cm, no lymph node metastasis or extrathyroid invasion	230 (300 lesions)*	204 (89)	54 (23-84)	5 (1-17)	22 (7)	3 (1)	16 (5)	0
Ito (2013) ⁹⁴	<1 cm, no lymph node metastasis, extrathyroid invasion, or cytological findings suggesting high grade cancer; not close to trachea/dorsal thyroid surface	1235	1111 (90)	Unknown	5 (1-19)	58 (5)	19 (2)	191 (16)	0
Pace (2013) ⁹⁶	<1.5cm, no lymph node metastasis or extrathyroid invasion	71	50 (70)	52 (22-86)	1.3	0	0	3 (4)	0
All studies		1536	1365 (89)	NA	NA	80 (5)	22 (1.4)	210 (14)	0

*Analyzed by lesion.

NA—not applicable.

CDT: CONSENSO REGIONAL

Pontos chave MCPT

1. A maioria dos MCPT **não crescem** ou o fazem de forma muito lenta. A cirurgia imediata pode ser um **excesso de tratamento**.
2. A cirurgia feita após detecção da progressão tumoral (>3mm ou linfonodo) **é curativa**

A Clinical Framework to Facilitate Risk Stratification When Considering an Active Surveillance Alternative to Immediate Biopsy and Surgery in Papillary Microcarcinoma

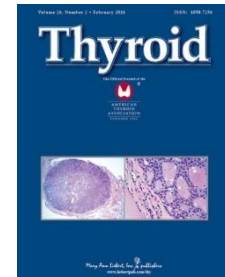
Pacientes com MCPT **considerados para VA** devem ser submetidos a uma estratificação de risco em relação a **3 fatores**:

1. **Lesão**: características **US precisas** como localização do MCPT na glândula **sem** sinais ou sintomas de **invasão NLR ou traquéia**
2. **Paciente**: idade, **anuência** da não cirurgia imediata, **entendimento adequado** da VA e dos riscos da cirurgia/qualidade de vida
3. **Características dos profissionais**: qualidade da **ecografia/ecografista** e **experiência** do profissional no tratamento do câncer de tireóide.

ABORDAGEM CIRÚRGICA CDT

1. PAAF de que nódulos ?
2. Epidemia dos microcarcinomas (MCPT)
3. Como fazer Vigilância Ativa?
4. TT x Lobectomia

2015 ATA Management guidelines for adult patients with thyroid nodules and DTC



Jan.2016

TT x Lobectomy

Tiroidectomia total **não é mandatória** para todos os pacientes com cancer de tireoide > 1.0 cm

Pacientes selecionados, com **cancer <4 cm**, podem ser classificados como de **baixo risco**, e **podem** ser tratados com lobectomia apenas

Caso 1: Paciente 45 anos, sexo feminino, **dentista**

Jan.2010: Por trabalhar com radiologia, decidiu solicitar uma **US** de tireoide. US: nódulo de **5 mm** em LE



Abordagem cirúrgica CDT

Consultou nutricionista que solicitou exames, entre os quais **CEA: 3,85**

A paciente insistiu em ter uma PAAF: **Bethesda VI**

Março.2010: **Tireoidectomia Total**: CPT de 5 mm, **sem** EET, infiltração angiolímfática, **sem** linfonodos comprometidos

Abril.2010: Cálcio 6,2 mg/dl, **PTH 4,0** Vit D 35. Iniciou **Calcitriol** e **Calcio**

Maior.2010: Em **hipotireoidismo** fez AT de **100 mCi** de ^{131}I (ART)

Seguimento: **hipoparatiroidismo** definitivo, em uso de calcitriol e cálcio

Abordagem cirúrgica CDT

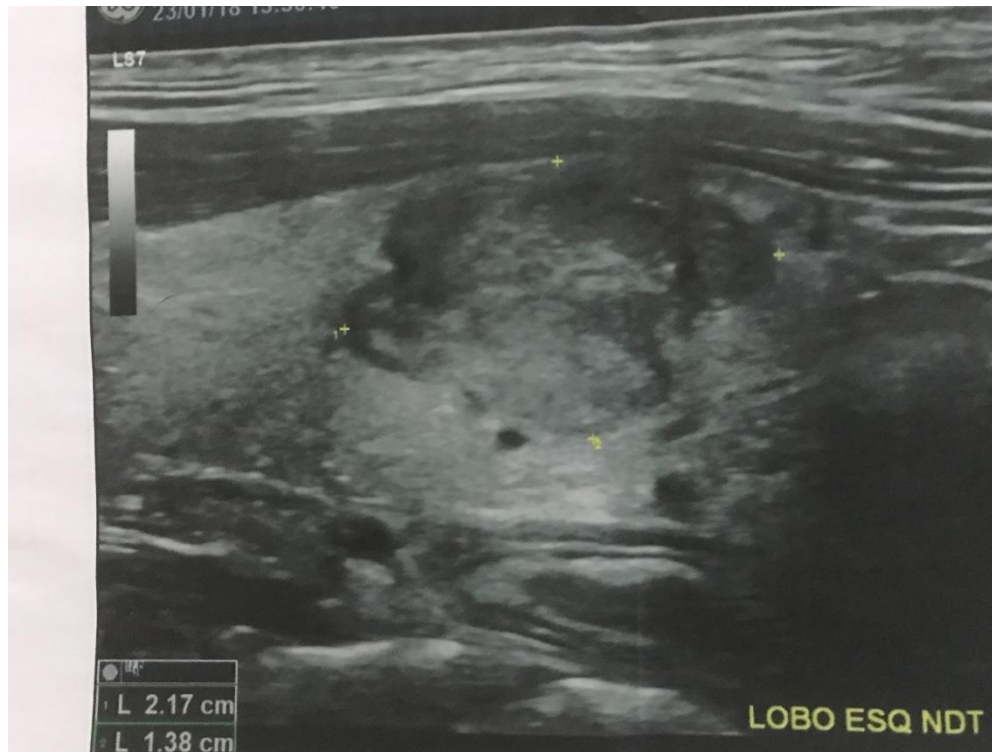
Caso 2: Paciente sexo masculino, 38 anos, biólogo

Fev.2018: Dor coluna cervical, RNM confirmou hérnia de disco, encontrado um nódulo de tireoide

TSH 1.8 T4 livre 1.32 TG 15.18 AATG 3.82

US: nódulo hipoecóico, contornos irregulares, medindo 23 x 15 x 18 mm

TIRADS 4 Região cervical e LD Normais



10.04.2018 Submetido à lobectomia E

Laudo AP: CPT variante clássica, 2.0 cm, sem invasão angiolinfática ou EET, sem linfonodos comprometidos

Estadiamento: T2N0Mx

30.05.2018 TSH 2.57 T4L 1.02 AATG Neg TG 10.58

Controversies in the Management of Low-Risk Differentiated Thyroid Cancer

Tratamento de **baixa** versus **alta** intensidade

	Low-Intensity Treatment	High-Intensity Treatment
Surgery	Lobectomy	Total thyroidectomy with prophylactic central neck dissection
RAI	None	High-dose RAI with thyroid hormone withdrawal
Suppressive doses of thyroid hormone	None	TSH suppression
Benefits	Fewer risks to patients, including lower risk of recurrent laryngeal nerve injury, hypoparathyroidism, sialadenitis, osteoporosis, arrhythmia, <i>etc.</i>	Easier long-term follow-up with tumor markers and neck ultrasound
	Possible avoidance of thyroid hormone supplementation	Less uncertainty about response to therapy and cancer-free status
	Lower costs	

Paciente fem. 34 anos, **CPT 1,5** cm, sem LN

UNIDADE DE TIREOIDE DO SERVIÇO DE ENDOCRINOLOGIA DO HC DA UFPR

Cléo Otaviano Mesa Jr.

Fabíola Yukiko Miazaki

Gisah Amaral de Carvalho

Hans Graf

