

## **Dissecção de Linfonodos Intrapulmonares e Hilares Realizada Pela Equipe Cirúrgica: Avaliação do Impacto no Estadiamento Patológico do CPNPC**

Autores: I.E.C. Farias, A.N. Silva, E.B. Lunkes, J.P.d.O. Medici, J.B.F. Morellato, M.V.B. Baranauskas, C.A.L. Pinto, J.L. Gross

**Introdução:** A adequada dissecção linfonodal melhora o estadiamento e resulta em melhor sobrevida global em pacientes com câncer de pulmão tratados cirurgicamente. Rotineiramente, os linfonodos hilares e intrapulmonares são coletados pelo patologista em peças cirúrgicas após o tratamento cirúrgico do câncer de pulmão. Nossa hipótese é que a dissecção e identificação de linfonodos hilares e intrapulmonares realizada pelo cirurgião resulte em maior amostragem de linfonodos em relação a dissecção realizada pelo patologista e potencial mudança de estadiamento..

**Objetivos:** avaliar o número de linfonodos dissecados, de cadeias linfonodais amostradas e de linfonodos hilares e intrapulmonares comprometidos. Avaliar a mudança do estadiamento clínico para o estadiamento patológico da neoplasia pulmonar com a dissecção linfonodal da peça cirúrgica realizada pelo próprio cirurgião.

**Métodos:** Estudo clínico de coorte prospectivo. A dissecção linfonodal na peça cirúrgica realizada pelo cirurgião (grupo intervenção) foi comparada com dados históricos dos anos de 2019 e 2020, quando a mesma dissecção linfonodal foi realizada pelo patologista (grupo controle). Os critérios de inclusão foram: pacientes com câncer de pulmão de células não pequenas submetidos à lobectomia, bilobectomia ou pneumonectomia e linfadenectomia mediastinal/hilar. Os grupos foram pareados pelas seguintes variáveis: idade, tipo histológico, classificação de risco anestésico (ASA), estadiamento clínico, estadiamento invasivo do mediastino e abordagem cirúrgica. A análise de correspondência de escore de propensão foi usada para comparar os dois grupos. Os desfechos primários foram: número total de linfonodos hilares e intrapulmonares (N1), número de estações (N1) amostradas, número de linfonodos N1 afetados e mudança do estágio clínico para o patológico.

**Resultados:** Após o escore de propensão, 34 pacientes foram incluídos no grupo intervenção e 96 pacientes foram incluídos no grupo controle. Houve diferença estatisticamente significativa ao comparar o número total de linfonodos N1 dissecados ( $p < 0,01$ ) e o número de estações (N1) amostradas ( $p < 0,01$ ). Não há diferença estatisticamente significativa quando se compara o número de estações N1 comprometidas ( $p=0,148$ ) e o número total de linfonodos ( $p=0,69$ ). A comparação entre os grupos quanto à mudança do estadiamento para estágios mais avançados (upstage), ocorreu em 3 (8,8%) dos pacientes do grupo intervenção e 5 (7,8%) dos pacientes do grupo controle. Essa comparação entre os grupos revelou diferença estatisticamente significativa com ( $p= 0,048$ ) a favor da dissecção realizada no grupo intervenção.

**Conclusão:** A dissecção da peça cirúrgica pelos cirurgiões levou a um maior número de linfonodos e estações linfonodais dissecadas. Também observamos que a dissecção linfonodal realizada pelo cirurgião foi associada a uma maior taxa de upstaging nodal.

**Palavras-chave:** Câncer de pulmão, linfadenectomia, estadiamento, linfonodos N1, linfonodos intrapulmonares