



COMUNICAÇÕES ORAIS

XXVII Congresso de Pneumologia do Norte

Porto, 5 a 7 de Março de 2020

FATORES PREDITIVOS DE RECIDIVA DE HEMOPTISES APÓS EMBOLIZAÇÃO BRÔNQUICA

D. Pimenta¹, M.J. Araújo¹, D. Rocha², T. Pereira²

¹Hospital de Braga. ²CHVNGE.

Introdução: As hemoptises são uma emergência respiratória que podem ameaçar a vida e exigir tratamento urgente. As causas comuns incluem bronquiectasias, infeções fúngicas (aspergiloma), neoplasia pulmonar. Menos comumente podem identificar-se as malformações vasculares, como fístulas arteriovenosas (FAV). A embolização brônquica é um dos pilares no tratamento da hemoptise. As complicações são raras e o sucesso clínico elevado, embora possa ocorrer recorrência da hemorragia.

Objectivos: Identificar fatores preditivos de recidiva de hemoptises em doentes submetidos a embolização brônquica.

Métodos: Realizou-se análise retrospectiva dos doentes submetidos a embolização brônquica entre 2015 e 2018, no CHVNGE. Realizada análise descritiva dos dados, analisada a etiologia das hemoptises e identificados fatores preditivos de recidiva das hemoptises após realização de embolização brônquica.

Resultados: Incluíram-se 43 doentes, 32 homens e 11 mulheres, idade média de 64,3 ± 14,4 anos. As etiologias registadas foram: bronquiectasias: 26 doentes, dos quais 17 doentes com antecedentes de tuberculose; neoplasia do pulmão: 1 doente; aspergiloma pulmonar: 5 doentes; malformação arteriovenosa (MAV) pulmonar: 1 doente. 74% dos doentes tinham história de hemoptises de moderado volume. Para a embolização foram utilizadas maioritariamente microesferas Bead Block 300-500, 500-700 e 700-900, mediante o calibre da artéria a embolizar, numa quantidade entre 0,2 a 6 ml. As complicações registadas foram: insuficiência respiratória, AVC isquémico, febre e traqueobronquite em 1 doente respetivamente. Apenas 5 doentes apresentaram recidiva das hemoptises, com necessidade de repetir o procedimento. Verificou-se relação estatisticamente significativa entre: a presença de bronquiectasias, os antecedentes de tuberculose pulmonar, a neoplasia do pulmão e a recidiva das hemoptises após embolização brônquica. Verificou-se também relação estatisticamente significativa entre a o tamanho das microesferas usadas e a recidiva das hemoptises ($p < 0,05$).

Conclusões: Os dados obtidos corroboram os dados da literatura. Registou-se maior incidência de hemoptises em doentes com antecedentes de bronquiectasias. Os fatores preditivos de recidiva identificados foram: hemoptises em contexto de neoplasia do pulmão, antecedentes de TP e bronquiectasias.

Palavras-chave: Hemoptise. Embolização brônquica.

CRITÉRIOS PARA VENTILAÇÃO DOMICILIÁRIA NÃO INVASIVA EM DOENTES COM DPOC. A EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO

E. Milheiro Tinoco, A.R. Gigante, C. Nogueira, D. Ferreira, S. Conde, C. Ribeiro

Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho.

Objectivos: Em doentes com DPOC exacerbada e acidemia o papel da ventilação não invasiva encontra-se bem estabelecido. No entanto, a prescrição de ventilação domiciliária não invasiva (VDNI) em doentes com DPOC é menos consensual, sendo que estudos recentes demonstraram benefícios com critérios menos restritos. Este trabalho tem como objectivo descrever a população de doentes com DPOC sob VDNI e os critérios utilizados no momento da sua prescrição.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional em doentes com DPOC sob VDNI seguidos em consulta de ventilação em 2018. Foram excluídos doentes com IAH > 15, patologia da caixa torácica e doença neuromuscular.

Resultados: Em 2018, eram seguidos na consulta de VDNI 140 doentes com DPOC sendo que 78 (55,7%) cumpriam os critérios de inclusão. A caracterização destes doentes e os critérios de prescrição utilizados encontram-se sumarizados na tabela.

Conclusões: Os doentes com DPOC que iniciaram VDNI são maioritariamente do sexo masculino, ex-fumadores e obesos. O síndrome de *Overlap* está presente em 19,2% dos casos. A maioria dos doentes está sob ventilação domiciliária há mais de 3 anos e o internamento de Pneumologia foi o local onde mais frequentemente se iniciou VDNI. Os critérios mais utilizados para início da terapêutica foram a $pCO_2 \geq 55$ mmHg e a ocorrência de 1 exacerbação com necessidade de VNI e agravamento franco aquando da tentativa de suspensão.

Sexo, masculino	43 (57,7)
Idade (anos)	69,5 ± 9,3
IMC (>30kg/m ²)	32 (41,0)
Habitos Tabáquicos	
Não fumador	29 (37,2)
Fumador	12 (15,4)
Ex-fumador	37 (47,4)
Síndrome de Oesofite (DPOC + SAOS ligada)	15 (19,2)
Duração de VNI (meses)	37,5 (22,8 - 58,0)
Local de início da VNI	
- Fase de estabilidade	
Consulta de VNI	32 (41,0)
Outras consultas de Pneumologia	2 (2,6)
- Exacerbação aguda	
Internamento de Pneumologia	35 (44,9)
Internamento de Medicina Interna	4 (5,1)
UCIP	3 (3,8)
UCIM	1 (1,3)
SU	1 (1,3)
Função Respiratória	
FEV ₁ após broncodilação (%)	41,6 ± 17,6
obstrução moderada (50% ≤ FEV ₁ < 80%)	16 (20,5)
obstrução grave (30 ≤ FEV ₁ < 50%)	31 (39,7)
obstrução muito grave (FEV ₁ < 30%)	19 (24,4)
FVC após broncodilação (%)	66,4 ± 19,1
FEV ₁ /FVC após broncodilação (%)	48,7 ± 12,5
RV (%)	176,1 ± 57,6
TLC (%)	116,1 ± 32,3
EMAM (n=24)	
Distância percorrida (metros)	332,9 ± 122,4
Dissaturação de oxigénio (%)	7 [4,3 - 12,8]
Gasometria sem VNI à data de prescrição em doentes em fase de estabilidade	
pH	7,39 ± 0,0
pO ₂ (mmHg)	62,6 ± 8,0
pCO ₂ (mmHg)	59,3 ± 8,2
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	33,5 ± 3,5
GLD (cm)	62 (79,5)
Debitos, L/min	1,5 [1 - 2]
Nº episódios de SU por patologia respiratória nos 12 meses anteriores ao início da VNI	2 [1 - 3]
> 3 idas SU	16 (20,5)
Nº internamentos por patologia respiratória nos 12 meses anteriores ao início da VNI	1 [0 - 2]
> 2 internamentos	10 (12,8)
Nº dias de internamento por patologia respiratória nos 12 meses anteriores ao início da VNI	9 [0 - 20,8]
> 10 dias	34 (43,6)
Critérios para início de VNI	
pCO ₂ ≥ 55 mmHg	34 (43,6)
pCO ₂ 50 - 54 mmHg e ≥ 2 exacerbações no último ano com acidose respiratória e necessidade de VNI	10 (12,8)
pCO ₂ 50 - 54 mmHg e SpO ₂ < 88% durante 5 minutos consecutivos, não corrigida com administração de O ₂	5 (6,4)
pCO ₂ > 53 mmHg persistente após exacerbação aguda da DPOC com acidemia respiratória	2 (2,6)
pCO ₂ 50 - 54 mmHg, 1 exacerbação com necessidade de VNI e agravamento franco com a tentativa de suspensão de VNI	13 (16,7)
pCO ₂ 45 - 49 mmHg, 1 exacerbação com necessidade de VNI e agravamento franco com a tentativa de suspensão de VNI	14 (17,9)
Dados apresentados como n (%), média ± desvio padrão ou mediana [percentil25 - percentil75]	

Palavras-chave: Ventilação domiciliária não invasiva. DPOC estável. Critérios de prescrição.

A CONTAGEM DE MONÓCITOS COMO BIOMARCADOR PROGNÓSTICO NA FIBROSE PULMONAR IDIOPÁTICA

D. Barros Coelho¹, C. Sousa¹, M. Jacob¹, H. Novais-Bastos^{1,2,3}, P. Caetano Mota¹, N. Melo¹, A. Morais^{1,2}

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Instituto de Investigação e Inovação em Saúde (IBMC/i3S).

Objectivos: A monocitose no sangue periférico foi recentemente proposta como um eventual biomarcador de mau prognóstico na fibrose pulmonar idiopática (FPI), tendo sido estabelecido o *cutoff* 0,95 k/uL a partir do qual o risco de mortalidade aumenta. Pretende-se com este trabalho avaliar a evolução dos doentes com FPI sob terapêutica antifibrótica e o papel dos monócitos no prognóstico.

Métodos: Análise retrospectiva de doentes com FPI sob tratamento com antifibrótico. Avaliação da resposta clínica, funcional e hemograma aos 6 e 12 meses do tempo de diagnóstico e início de tratamento. Considerada progressão da doença em caso de declínio de CVF ≥ 10% e/ou DLCO ≥ 15%.

Resultados: Foram avaliados 72 doentes com FPI, idade média 74,2 ± 9,1 anos, 79% do sexo masculino. 54,2% tratados com pirfenidona e restantes com nintedanib, com duração de tratamento de 29,7 ± 16,5 meses. Estudo funcional respiratório: FVC 2,7 ± 0,8L; FVC% 84,4 ± 24,3; DLCO% 42,4 ± 17,0. Contagem periférica inicial de monócitos de 0,74 ± 0,28 k/uL (8,3 ± 2,9%); aos 6 meses era de 0,66 ± 0,20 k/uL e aos 12 meses de 0,72 ± 0,32 k/uL. 18,0% dos doentes apresentavam monócitos ≥ 0,95 k/uL à data de diagnóstico. A DLCO% era

inferior nos doentes com monócitos ≥ 0,95 k/uL (31,8% vs 45,0%), com valores de FVC e FVC% semelhantes. Houve queda significativa de DLCO e FVC aos 6 e 12 meses de 25,6% e 21,9% respetivamente. A sobrevida média dos doentes com contagem de monócitos inicial ≥ 0,95 k/uL foi inferior (19,8 vs 45,7 meses; p = 0,001). A queda de valor de absoluto de FVC foi superior neste grupo (15,6 vs 0,1%, p = 0,30) aos 6 meses, sendo que 50,0% tiveram queda significativa. **Conclusões:** A contagem periférica de monócitos acima de ≥ 0,95 k/uL pode estar relacionada com pior sobrevida nos doentes com FPI sob terapêutica antifibrótica.

Palavras-chave: Fibrose pulmonar idiopática. Monócitos. Biomarcador.

ANÁLISE POR SEQUENCIAÇÃO DE NOVA GERAÇÃO (NGS) EM ADN TUMORAL CIRCULANTE PARA A DETEÇÃO DE MUTAÇÕES NO CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS (CPCNP)

C. Sousa¹, G. Fernandes^{2,3}, J. Pereira Reis^{3,4}, A. Justino⁴, M.J. Pina^{3,4}, M. Jacob, N. Martins^{2,4}, C. Souto Moura¹, S. Guimarães², J.C. Machado^{2,3,4}, V. Hespagnol^{2,3,4}, J.L. Costa^{2,3,4}

¹Centro Hospitalar Universitário de São João. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. ³Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto. ⁴i3S-Instituto de Investigação e Inovação em Saúde.

Objectivos: A análise do ADN tumoral circulante (ctDNA) tem um enorme potencial no diagnóstico molecular do cancro do pulmão, sendo uma ferramenta não invasiva. Este estudo teve como objetivo avaliar a deteção de alterações genómicas por sequenciação de nova geração (NGS) em ctDNA em comparação com NGS na biópsia tecidual correspondente. A acuidade da técnica e as correlações com fatores clínicos foram analisados.

Métodos: Em doentes com adenocarcinoma pulmonar avançado, com amostras de plasma e tecido correspondentes foi efetuada NGS (targeted amplicon-based NGS). A acuidade da NGS em ctDNA e a sua concordância com a NGS tecidual foram avaliadas e investigados fatores clínicos associados à positividade do ctDNA.

Resultados: Foram incluídos 115 doentes. A taxa de deteção de mutações no tecido foi de 63/115 = 54,8% e a taxa de deteção em ctDNA 53/115 = 46,1%, com uma média de alterações por doente de 1,3. Considerando a biópsia tecidual como referência, a sensibilidade em ctDNA foi de 79,4%, especificidade de 95,3%, VPN de 82,4%, VPP de 94,3% e acuidade de 87,4%. Além disso, o ctDNA foi capaz de detetar três mutações não identificadas na biópsia tecidual. As mutações mais frequentemente identificadas foram o KRAS e EGFR. A deteção de alterações em ctDNA associou-se, de forma significativa, à presença de doença metastática (p = 0,003). **Conclusões:** A NGS em ctDNA demonstrou ter uma boa acuidade sendo uma ferramenta não invasiva com grande potencial na identificação de alterações genómicas nos doentes com CPCNP.

Palavras-chave: ctDNA. NGS. Carcinoma pulmonar de células não pequenas. Biópsia líquida.

SEQUENCIAÇÃO TERAPÊUTICA NO CPNPC EGFR+ - ANÁLISE DE VIDA REAL

A.L. Fernandes¹, M. Dias², D. Coutinho², S. Campinha², E. Silva², T. Costa², S. Conde², A. Barroso²

¹Hospital Pedro Hispano. ²Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho.

Introdução e objectivos: Com o estudo FLAURA, o osimertinib foi aprovado como terapêutica de 1ª linha no carcinoma pulmonar não pequenas células (CPNPC) com mutação no *epidermal growth factor*

receptor (EGFR). Tem sido amplamente discutida a melhor sequência de tratamento: iniciar osimertinib em 1ª linha em todos os doentes (PFS = 18,9 meses) versus iniciar um inibidor da tirosina cinase (ITK) 1ª/2ª geração e osimertinib nos que progredirem com T790M+ (PFS 2ITK = 20,3 meses). O objetivo foi identificar a percentagem de doentes EGFR+ que iniciou ITK 1ª/2ª geração que teve condições para a pesquisa da T790M e a prevalência desta mutação. **Métodos:** Análise retrospectiva dos doentes com CPNPC EGFR+ diagnosticados de janeiro/2017 a outubro/2019. Analisaram-se variáveis demográficas, clínicas, patológicas e moleculares.

Resultados: Incluíram-se 88 doentes, dos quais 29 iniciaram ITK 1ª/2ª geração. Eram maioritariamente do género feminino (n = 20-69,0%), com idade mediana de 70 anos (40-92), não-fumadores (n = 22-75,9%) e a deleção do exão 19 foi a mais frequente (n = 19-65,6%). Deste grupo, 5 doentes (17,2%) ainda mantêm ITK 1ª/2ª geração. Dos doentes com progressão documentada (n = 24), 5 doentes (20,8%) não realizaram a pesquisa da mutação T790M: melhor terapia de suporte (MTS)/óbito (n = 4) e perda de follow-up (n = 1). Dezanove doentes (79,2%) foram submetidos a pesquisa da T790M (biópsia líquida e/ou tumoral), sendo a amostra insuficiente em 5,3% (n = 1) e positiva em 52,6% (n = 10). Destes, 9 doentes começaram osimertinib em 2ª linha. Num doente foi decidido MTS por agravamento clínico enquanto aguardava resultados.

Conclusões: Dos doentes que progrediram após ITK 1ª/2ª geração, a maioria apresentava condições clínicas para a pesquisa da T790M. Contudo, apenas 37,5% tiveram condições/critérios para iniciar osimertinib em 2ª linha. Assim, 62,5% dos doentes não tiveram oportunidade de efetuar osimertinib o que vem reforçar a importância de encontrar preditores de T790M+ e a utilização de osimertinib em 1ª linha de forma a não prejudicar um grupo de doentes que de momento não conseguimos identificar *ab initio*.

Palavras-chave: EGFR. Carcinoma pulmonar não pequenas células. T790M. Inibidor da tirosina cinase.

PREVALÊNCIA DE TRATAMENTOS DA DPOC EM PORTUGAL.

A. T. Rodrigues¹, M. Romão¹, R. Pereira¹, P. Heudtlass¹, A. Marques^{3,2}, L. Rocha^{3,4}, J. Cardoso^{3,5}, J. Alves³

¹Centro de Estudos e Avaliação em Saúde, Associação Nacional das Farmácias. ²Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

³Fundação Portuguesa do Pulmão. ⁴Instituto Português de Oncologia do Porto. ⁵Hospital de Santa Marta-Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Objectivos: As estimativas de prevalência da DPOC em Portugal variam entre 5,8% (auto-reporte da população portuguesa com 15 ou mais anos) e 14,2% (medida por inquérito e espirometria na população acima de 40 anos, em Lisboa). No entanto, em 2016 apenas estavam referenciados com DPOC nos Cuidados de Saúde Primários cerca de 132 mil pessoas. Com o objetivo de acrescentar conhecimento a esta discussão, o presente estudo pretende estimar a prevalência de tratamentos da DPOC em Portugal, através dos dados de consumos de medicamentos obtidos nas farmácias comunitárias.

Métodos: O modelo estatístico utiliza duas bases de dados, uma amostral, de diagnóstico e terapêutica prescrita por doente, e uma populacional, de dispensas de medicamentos em Portugal: (1) Com base nos regimes posológicos e duração de tratamento prescritos para amostra diagnosticada com DPOC e a utilizar pelo menos um medicamento, estimou-se, por extrapolação, o número médio de embalagens utilizadas por pessoa/ano. A extrapolação foi ajustada de acordo com a adesão à terapêutica e foram realizadas análises de sensibilidade. (2) Utilizando as dispensas totais dos respetivos medicamentos nas farmácias comunitárias, estimou-se o número de pessoas em tratamento em cada regime terapêutico.

Resultados: A prevalência estimada de tratamentos da DPOC, incluindo as pessoas com diagnóstico simultâneo de DPOC e Asma (ACOS), foi

de 2,1% (adesão à terapêutica de 85%). Quando avaliado por região do País, a prevalência de tratamento varia entre 0,8% (Beja) e 3,3% (Santarém). A análise de sensibilidade revelou que, se a adesão à terapêutica média for de 60%, a prevalência estimada aumenta para 3,0%.

Conclusões: Os resultados parecem indicar o subdiagnóstico de DPOC em Portugal e aumentam o conhecimento acerca do número de pessoas em tratamento. Utilizar informação das farmácias comunitárias confere ao método representatividade da população, possibilidade de estratificação por subgrupos e de monitorização contínua da prevalência de tratamentos.

Palavras-chave: DPOC. Prevalência. Real-world Data. Farmácia comunitária.

APLICAÇÃO DOS SCORES NEWS NAS EXACERBAÇÕES AGUDAS DE DPOC

L. Gomes¹, S. Pereira¹, B. Sousa-Pinto², C. Rodrigues¹

¹Serviço de Pneumologia, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. ²CINTESIS-Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde.

Introdução: O score NEWS (National Early Warning Score) avalia a deterioração clínica dos doentes em contexto hospitalar e classifica-os em risco baixo (score ≤ 4), moderado (score 5-6, necessita de monitorização horária) ou alto (score ≥ 7, necessita avaliação emergente). O NEWS2 acrescentou uma escala de saturação de oxigénio alvo (SatO₂) 88-92% para contexto de hipercapnia, mantendo a já usada no NEWS em doentes hipoxémicos. A aplicação da escala SatO₂ 88-92% em todas as exacerbações agudas de DPOC (EADPOC) (NEWS_{2-88-92%}) seria mais simples, porém o impacto na mortalidade e duração de internamento não está esclarecido.

Objectivos: Comparar os scores NEWS, NEWS2 e NEWS_{2-88-92%} na admissão das EADPOC e avaliar o impacto na mortalidade e duração de internamento.

Métodos: Análise retrospectiva de dados clínicos de doentes internados no serviço de Pneumologia por EADPOC durante 14 meses. Analisados dados demográficos, mortalidade intra-hospitalar e duração de internamento e calculados os scores NEWS. Aplicou-se o teste de Fisher para comparar mortalidade em cada grupo de risco entre os scores; no grupo de baixo-risco comparou-se o tempo de internamento entre os doentes do NEWS 2 e NEWS_{2-88-92%} concordantes e discordantes.

Resultados: Incluídos 91 doentes. A duração média de internamento foi 11,2 ± 10,7 dias. Ocorreram 5 óbitos (6%). A percentagem de doentes com necessidade de avaliação urgente (score ≥ 5) dos scores NEWS_{2-88-92%}, NEWS2 e NEWS foi 55%, 65% e 80% respectivamente. O NEWS_{2-88-92%} permitiu uma redução de 9% de doentes com necessidade de avaliação urgente em comparação com o NEWS2, sendo que a mortalidade no grupo de baixo-risco foi igual (0 óbitos nos dois scores), e a mediana da permanência hospitalar não apresentou diferença estatisticamente significativa (p = 0,78) entre os 2 scores. **Conclusões:** A utilização do NEWS_{2-88-92%} em todas as EADPOC simplificou as classificações e reduziu os doentes com necessidade de avaliação urgente, sem aumentar a mortalidade ou o tempo de internamento.

Palavras-chave: Score NEWS. EADPOC.

ASMA GRAVE E SAOS: COMO DORMEM OS DOENTES COM ASMA GRAVE?

D. Rodrigues¹, J. Machado¹, J. Costa¹, M. Braz¹, M. Valério¹, L. Gomes¹, A. Coutinho², F. Teixeira¹, A. Arrobas¹, J. Moita^{1,2}

¹Serviço de Pneumologia; ²Centro de Medicina do Sono, CHUC.

Objectivos: Os distúrbios respiratórios do sono, especialmente a SAOS, são comuns em asmáticos, estando associados a maior gravi-

dade da asma. Assim, o objectivo do trabalho foi avaliar a prevalência de SAOS nos doentes com asma grave, bem como a qualidade do sono nestes doentes.

Métodos: Estudo prospetivo. Amostra de conveniência contendo doentes com diagnóstico de asma grave, seguidos em consulta de Pneumologia (CHUC) em 2019. Recolhidos dados sócio-demográficos e clínicos. Aplicados questionários (Pittsburgh, miniAQLQ, ESE, STOP-BANG, ACT, CARAT) e realizada polissonografia (nível 3).

Resultados: Incluídos 30 indivíduos, 36,7% do sexo masculino, idade média de 53,2 anos, FEV1 médio de 66,2%. As principais comorbilidades identificadas foram: rino-sinusite (43,3%), diabetes *mellitus* (23,3%), polipose nasal (13,3%) e patologia cardiovascular (16,7%). 70,0% cumprem/cumpriram terapêutica biológica. Foi identificado SAOS em 30,0% dos doentes (IAH médio de 9,5 eventos/h). Obteve-se uma taxa de preenchimento de questionários de 100%. Relativamente ao questionário Epworth a pontuação média foi de 8,4 (50,0%

dos doentes com sonolência diurna excessiva). Quanto ao controlo da asma, obteve-se um ACT total médio de 20,3 (63,6% dos doentes controlados) e um CARAT total médio de 19,8 (33,3% dos doentes controlados). Na avaliação da qualidade de vida pelo miniAQLQ, nos vários domínios obtiveram-se medianas de 5 e 6. Pelo questionário de Pittsburgh, hora média de deitar: 23h06, latência média de sono: 30,6 minutos, hora de despertar 06h36 e duração média de sono: 06h08. Avaliados os 7 domínios do questionário obtendo-se um score médio total de qualidade do sono de 9,1, salientando-se uma eficiência média de 82,0%, com metade dos doentes referindo má qualidade do sono.

Conclusões: Na nossa amostra, os doentes com asma grave não apresentaram marcada limitação na qualidade de vida, contudo verificou-se má qualidade de sono percecionada na maioria dos doentes, apesar do score total de Pittsburgh médio de 9,1.

Palavras-chave: *Asma grave. SAOS. Qualidade do sono.*