

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

DIRETRIZES DE  
TRATAMENTOS  
ONCOLÓGICOS

2026

TUMORES TORÁDICOS

# MESOTELIOMA

Colaboração

**GBOT**  
Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica

## Apresentação

---

Esta diretriz tem como objetivo apoiar as decisões clínicas no tratamento de mesotelioma. As diretrizes seguem níveis pré-definidos de evidência científica e força por trás de cada recomendação (Sistema Grade). Não são objetivos dessas diretrizes recomendações a respeito de considerações fisiopatológicas sobre as doenças. Cada opção terapêutica recomendada foi avaliada quanto à relevância clínica, mas também quanto ao impacto econômico. Assim, algumas alternativas podem ser recomendadas dentro de um cenário de restrição orçamentária no sistema público de saúde brasileiro.

### AUTORES

#### Coordenação

Comitê de Tumores Torácicos SBOC

Dra. Eldsamira Mascarenhas  
Dra. Ana Caroline Zimmer Gelatti  
Dra. Danielli de Almeida Matias  
Dra. Flávia Amaral Duarte  
Dr. Guilherme Harada  
Dra. Sofia Vidaurre  
Dr. Helano Carioca Freitas

#### Colaboração

Grupo Brasileiro de Oncologia Torácica (GBOT)

*Diretrizes de tratamentos oncológicos da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC | Capítulo "Mesotelioma" DATA DE PUBLICAÇÃO 17/05/2026 PRESIDENTE Dra. Clarissa Baldotto PRESIDENTE ELEITO Dr. Fábio Franke PRESIDENTE DE HONRA Dra. Angélica Nogueira DIRETORIA Dr. André Sasse, Dra. Daniele Assad, Dra. Danielle Laperche, Dr. Helano Carioca, Dra. Marcela Crosara, Dr. Max Senna Mano, Dr. Rodrigo Guedes, Dr. Romualdo Barroso, Dr. William William CONSELHO FISCAL Dra. Aknar Calabrich, Dra. Ana Amélia Viana e Dr. José Aurílio Rocha ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO Rafael Luis Moura Lima do Carmo (DUO Consultoria e Design) PROJETO GRÁFICO Bruno de Jorge (DUO Consultoria e Design) CONTATO SBOC Av. Paulista, 2073, Horsa II, cj. 1003 - Conjunto Nacional - CEP: 01311-300 - São Paulo/SP TELEFONES (11) 3179.0090, (11) 3192.9284*

## Lista de abreviaturas

---

AJCC	<i>American Joint Committee on Cancer</i>
AUC	<i>Area under the curve</i> (área sob a curva)
BAP1	<i>BRCA1-associated protein-1</i>
CDDP	Cisplatina
CDKN2A	Gene <i>Cyclin-dependent kinase inhibitor 2A</i>
EBUS	<i>Endobronchial ultrasound</i>
ECOG	<i>Eastern Cooperative Oncologic Group</i>
FDG	18F-fluorodesoxiglicose
FR	Força de recomendação
H&E	Hematoxilina e Eosina
IHQ	Imunohistoquímica
IMRT	Radioterapia por Intensidade Modulada
EV	Endovenoso
KPS	<i>Karnofsky Performance Score</i>
LFN	Linfonodo
NE	Nível de evidência
PD	Progressão de doença
PD-L1	<i>Programmed death-ligand 1</i>
PET/CT	<i>Positron emission tomography/computed tomography</i>
QT	Quimioterapia
RM	Ressonância magnética
RT	Radioterapia
SG	Sobrevida global
SLP	Sobrevida livre de progressão
TC	Tomografia
VO	Via oral

## Estadiamento (AJCC 9ª edição)<sup>1</sup>

### Tumor primário (T)

T	T Clínico (cT)	T Patológico (pT)
Tx	O tumor não pode ser avaliado	-
T0	Nenhum tumor está presente	-
T1	Tumor limitado à pleura ipsilateral com P <sub>som</sub> ≤ 12 mm sem envolvimento da fissura (F <sub>max</sub> ≤ 5 mm)	Tumor limitado à pleura ipsilateral sem envolvimento da fissura
T2	Tumor envolvendo a pleura ipsilateral com P <sub>som</sub> ≤ 12 mm e qualquer um dos seguintes: - Envolvimento da fissura (F <sub>max</sub> > 5 mm) - Invasão da gordura mediastinal - Área isolada de invasão dos tecidos moles da parede torácica ou Tumor envolvendo a pleura ipsilateral com P <sub>som</sub> >12 mm e ≤ 30 mm, com ou sem: - Envolvimento da fissura (F <sub>max</sub> > 5 mm) - Invasão da gordura mediastinal - Invasão em área isolada dos tecidos moles da parede torácica	Tumor envolvendo a pleura ipsilateral e qualquer um dos seguintes: - Envolvimento da fissura - Invasão do parênquima pulmonar ipsilateral - Invasão do diafragma (não transmural)
T3	Tumor envolvendo a pleura ipsilateral com P <sub>som</sub> >30 mm; com ou sem: - Envolvimento da fissura (F <sub>max</sub> > 5 mm) - Invasão da gordura mediastinal - Invasão em área isolada dos tecidos moles da parede torácica	Tumor limitado à pleura ipsilateral (com ou sem envolvimento da fissura) e com invasão de qualquer um dos seguintes: - Gordura mediastinal - Superfície do pericárdio - Fáscia endotorácica - Invasão em área isolada dos tecidos moles da parede torácica
T4	Tumor com invasão de qualquer um dos seguintes (qualquer P <sub>som</sub> ): - Invasão óssea da parede torácica (costela) - Órgãos mediastinais (coração, coluna, esôfago, traqueia, grandes vasos) - Invasão difusa da parede torácica - Extensão direta do tumor através do diafragma ou pericárdio - Extensão direta para a pleura contralateral - Presença de derrame pericárdico maligno	Tumor com invasão de qualquer um dos seguintes: - Invasão óssea da parede torácica (costela) - Órgãos mediastinais (coração, coluna, esôfago, traqueia, grandes vasos) - Invasão difusa da parede torácica - Invasão transmural do diafragma ou pericárdio - Extensão direta para a pleura contralateral - Presença de derrame pericárdico maligno

#### Notas:

- **P<sub>som</sub>** = p<sub>max1</sub> + p<sub>max2</sub> + p<sub>max3</sub> (soma de 3 medidas da espessura máxima da pleura mensuradas em imagens axiais ao longo da parede torácica ou do mediastino em cada uma das três divisões do tórax – superior, médio e inferior – divididas por duas linhas: uma no topo do arco aórtico e a segunda no topo da artéria subclávia esquerda).
- **F<sub>max</sub>** = espessura máxima do tumor pleural ao longo das fissuras medida em imagens sagitais.

## Linfonodos

N	Descritores clínicos (cN) e patológicos (pN)
Nx	Os LFN regionais não podem ser avaliados
N0	Nenhuma metástase em LFN regionais
N1	Metástases em LFN intratorácicos ipsilaterais (inclui LFN broncopulmonares, hilares, subcarinais, paratraqueais, aortopulmonares, paraesofágicos, peridiafragmáticos, gordura pericárdica, intercostais e mamários internos ipsilaterais)
N2	Metástases em LFN contralaterais. Metástases em LFN supraclaviculares ipsilaterais ou contralaterais

## Metástases

M	Descritor clínico (cM)
M0	Nenhuma metástase à distância
M1	Presença de metástase à distância

## Agrupamento TNM

	N0	N2	N2
T1	I	II	IIIA
T2	II	IIIA	IIIA
T3	IIIA	IIIA	IIIA
T4	IIIB	IIIB	IIIB
M1	IV	IV	IV

# Introdução

O mesotelioma pleural é a apresentação mais comum do mesotelioma, correspondendo a cerca de 80% dos casos. Acomete mais frequentemente homens com média de idade ao diagnóstico de 65 anos. Está fortemente ligado à exposição ao asbesto, com um período de latência entre a exposição e a detecção da neoplasia de 20 a 40 anos, no entanto, 13% dos casos estão associados a mutações germinativas em genes de predisposição à câncer. É uma neoplasia de prognóstico reservado, sendo virtualmente incurável na maioria dos casos.<sup>2</sup>

## Exames para estadiamento<sup>3</sup>

A abordagem multidisciplinar é baseada na avaliação da extensão da doença, condição geral do paciente, incluindo função cardiopulmonar e outras comorbidades, e seu desejo de tratamento agressivo. O estadiamento clínico muitas vezes subestima a extensão da doença, sendo indicado o estadiamento patológico que fornece uma avaliação mais confiável se o paciente é ou não candidato a ressecção cirúrgica.

### Avaliação inicial

História ocupacional deve ser investigada exaustivamente para avaliar exposição a asbesto;

Exame clínico: achados físicos são decorrentes de um derrame pleural, que quase sempre está presente, e incluem macicez unilateral à percussão na base do pulmão, diminuição da movimentação de ar no lado afetado e expansão assimétrica da parede torácica durante a respiração. Massas palpáveis na parede torácica ou nódulos tumorais em incisões anteriores ou locais de punção de toracocentese podem ser observados com a doença avançada;

Exames laboratoriais incluindo hemograma, albumina, proteína C reativa e lactato desidrogenase para avaliação de escores prognósticos;

TC de tórax, abdome e pelve com contraste;

RM de crânio somente se presença de sintomas neurológicos.

Em casos potencialmente cirúrgicos:

- RM de tórax para avaliar possível envolvimento de parede torácica, espinhal, diafragmática ou vascular;

- PET/CT FDG;

- Estadiamento cirúrgico invasivo nos pacientes potencialmente ressecáveis: avaliação invasiva do mediastino com EBUS ou mediastinoscopia é recomendável principalmente se tamanho ou captação metabólica anormal em LFN mediastinais. A toracoscopia para avaliação de doença contralateral e a laparoscopia exploratória com lavagem peritoneal para detectar envolvimento subdiafragmático.

## Anatomia patológica

O mesotelioma é uma neoplasia de diagnóstico difícil e que apresenta diversos diagnósticos diferenciais. O diagnóstico definitivo depende da obtenção de amostra de tecido tumoral adequado e suficiente para H&E e IHQ. Preferencialmente, a biópsia deve ser obtida sob visão direta (pleuroscopia ou videotoroscopia), de 3 regiões distintas e englobar toda espessura da pleura. Citologia ou *core biopsy* podem ser empregadas, embora apresentem sensibilidade inferior (principalmente para variante sarcomatoide).

O mesotelioma é classificado em três principais subtipos histológicos: epitelioide, sarcomatoide ou bifásico (misto). Idealmente, deve-se realizar IHQ em todos os casos suspeitos com pelo menos dois marcadores para carcinoma (que devem ser negativos) e dois para mesoteliais (que devem ser positivos). A avaliação de perda de BAP1 ou MTAP por imuno-histoquímica (IHQ) ou a demonstração da deleção homocigótica de *CDKN2A* são marcadores específicos de malignidade, ajudando no diagnóstico diferencial mesmo em amostras citológicas e/ou limitadas.<sup>4</sup>

## Fatores prognósticos

O principal fator prognóstico é o subtipo histológico, sendo os subtipos bifásico e, especialmente, o subtipo sarcomatoide associados com doença de comportamento mais agressivo, pior resposta à quimioterapia e pior sobrevida.<sup>5</sup> Idade  $\geq$  75 anos, presença de doença N2, lactato desidrogenase, proteína C reativa elevada, albumina baixa, anemia, leucocitose, *performance* clínica comprometida, perda ponderal e dor torácica também estão associados com mau prognóstico e devem ser considerados, principalmente em pacientes para os quais existe discussão de tratamento cirúrgico.<sup>6</sup>

## Tratamento

Preferencialmente, todo paciente diagnosticado com mesotelioma pleural deve ser tratado em centros de referência e, se possível, incluído em ensaios clínicos, pois, apesar de alguns avanços no tratamento dessa doença, os resultados ainda permanecem aquém do ideal ou satisfatório. O paciente deve ser avaliado por oncologista, radioterapeuta, equipe cirúrgica, radiologista e pneumologista para avaliar se são candidatos ao tratamento multimodal.

## Tumores ressecáveis

### Estádios I a IIIA (doença potencialmente ressecável)

Para a maioria dos pacientes não há benefício claro da cirurgia, mesmo no cenário inicial, e os pacientes devem ser tratados com tratamento sistêmico isolado **NE ALTO/FR FORTE**.

Em casos bem selecionados, sem critérios de mau prognóstico, quando há acesso a equipe cirúrgica especializada com expertise em cirurgia para mesotelioma pode-se discutir tratamento cirúrgico (ver "Considerações e bases científicas para recomendações" abaixo). Nesta situação, considerar tratamento multimodal com 4 ciclos de QT neoadjuvante com cisplatina e pemetrexede seguido de cirurgia e, em alguns casos, RT **NE MODERADO/FR FORTE**.

#### Considerações e bases científicas para as recomendações

Recentemente, o estudo Mars-2 avaliou pacientes portadores de mesotelioma pleural não-metastático submetidos a 2 ciclos de QT com cisplatina e pemetrexede e posteriormente randomizados para receber pleurectomia/decorticação seguida de mais 4 ciclos de QT com cisplatina e pemetrexede ou apenas mais 4 ciclos de QT com cisplatina e pemetrexede. O estudo mostrou pior SG no grupo submetido à cirurgia (HR 1,28; IC 95%1,02-1,60;  $p=0,03$ ), sem melhora de SLP.<sup>7</sup> Dessa forma, a recomendação geral é de que os pacientes não sejam submetidos a tratamento cirúrgico, a não ser com intenção paliativa (toracocentese ou pleurodese). Entretanto, o papel da cirurgia ainda continua sendo um ponto de debate e pode ser discutida como tratamento do mesotelioma pleural (a cirurgia para mesotelioma pleural é considerada uma cirurgia citorrredutora e não uma cirurgia radical devido à impossibilidade de serem aplicadas margens cirúrgicas oncolologicamente adequadas), uma vez que vários especialistas consideram que o resultado do Mars-2 pode refletir má-seleção de pacientes e inclusão de centros de tratamento com baixo volume de cirurgias para mesotelioma, de forma que a cirurgia ainda continua sendo um componente da terapia multimodal para pacientes selecionados e de bom prognóstico com estádios I a IIIA, subtipo epitelióide, que sejam clinicamente operáveis, especialmente os pacientes com estádios I, em serviços com elevada expertise cirúrgica em mesotelioma.<sup>8</sup>

A decisão de se levar o paciente para cirurgia e o tipo de cirurgia (pleurectomia/decorticação *versus* pneumectomia extrapleural) a ser realizada deve ser discutida preferencialmente por um time multidisciplinar com experiência no manejo de mesotelioma pleural. Entretanto, como regra geral, existem parâmetros que tornam o paciente, a priori, não candidato à cirurgia de citorredução:<sup>5,6</sup>

- Idade  $\geq 70$  anos;
- Subtipo sarcomatoide;
- Presença de doença N2;
- KPS  $< 70\%$ .

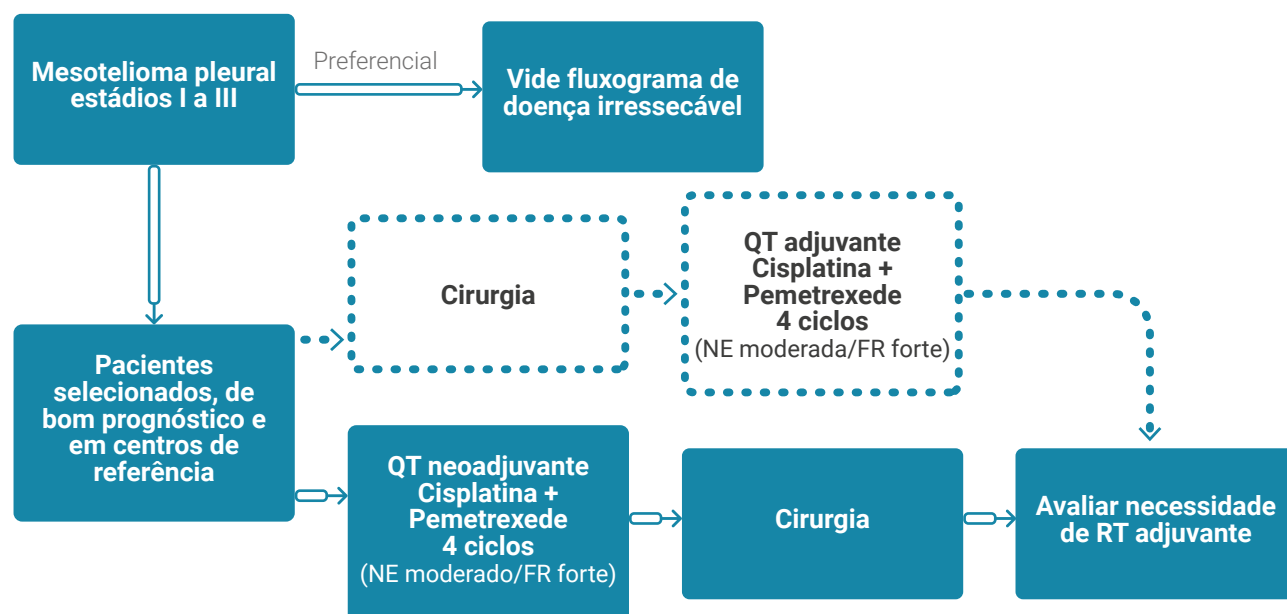
As cirurgias comumente empregadas são pleurectomia/decorticação e pneumectomia extrapleural associadas à dissecação mediastinal. O objetivo cirúrgico é alcançar a ressecção completa macroscópica, removendo todos os tumores visíveis ou palpáveis.<sup>9</sup> Não há estudos randomizados que comparem essas duas modalidades cirúrgicas. Apesar da pleurectomia/decorticação estar associada a menores mortalidade e morbidade cirúrgicas, a pneumectomia extrapleural pode ser necessária para remoção completa da doença em estádios II e III.<sup>10</sup>

Os pacientes candidatos à cirurgia devem ser submetidos à QT perioperatória. Uma vez que não existem estudos randomizados comparando as estratégias adjuvante e neoadjuvante no tratamento do mesotelioma pleural, não há consenso sobre qual destas é melhor estratégia. Favorecemos a realização de QT neoadjuvante por permitir a avaliação do comportamento biológico da doença, da quimiossensibilidade e de uma eventual promoção de citorredução química.<sup>11</sup>

O esquema recomendado é a combinação de cisplatina e pemetrexede, baseado em dados de doença avançada.<sup>12</sup>

Um estudo de fase II avaliou altas doses (54 Gy) de RT hemitorácica após pneumectomia extrapleural demonstrando SG mediana de 17 meses (estádios I e II, SG mediana de 33,8 meses; estádios III ou IV, de 10 meses), além de altas taxas de controle local, com apenas duas falhas loco-regionais isoladas em 54 pacientes.<sup>13</sup> Utilizando diretrizes dosimétricas rígidas, particularmente no pulmão contralateral, a técnica de IMRT levou a uma melhor cobertura do alvo e diminuiu as taxas de toxicidade.<sup>14</sup>

### Fluxograma 1: Tratamento de mesotelioma pleural estádios I a IIIA (doença potencialmente ressecável)



## Pacientes inoperáveis ou estádios III ou IV

Tratamento sistêmico com as seguintes opções:

Cisplatina + Pemetrexede	Cisplatina 75 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Pemetrexede 500 mg/m <sup>2</sup> EV D1 a cada 3 semanas, 6 ciclos	NE ALTO/FR FORTE
Cisplatina + Pemetrexede + Bevacizumabe*	Cisplatina 75 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Pemetrexede 500 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Bevacizumabe 15 mg/kg a cada 3 semanas, 6 ciclos, com manutenção com bevacizumabe após	NE ALTO/FR FORTE
Nivolumabe + Ipilimumabe**	Nivolumabe 3 mg/kg EV D1 a cada 2 semanas ± Ipilimumabe 1 mg/kg EV D1 a cada 6 semanas, por, no máximo, 2 anos	NE ALTO/FR FORTE

\* Sem aprovação em bula da Anvisa no Brasil.

\*\* Esquema preferido para tumores sarcomatoides ou bifásicos.



### Considerações e bases científicas para as recomendações

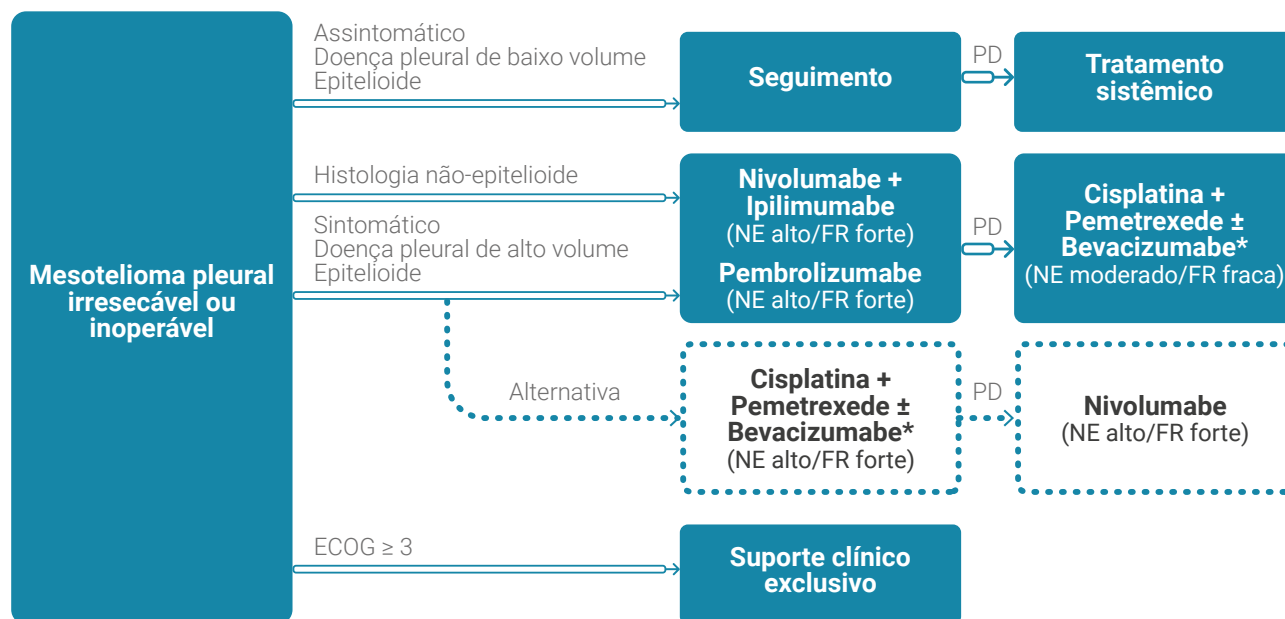
Pacientes com mesotelioma pleural epitelióide irrissecável ou inoperável assintomáticos e com baixo volume de doença pleural podem ser apenas observados inicialmente.

O estudo CheckMate 743 comparou a combinação de nivolumabe com ipilimumabe *versus* QT com cisplatina e pemetrexede em 605 pacientes portadores de mesotelioma com histologia epitelióide ou não-epitelióide de mostrando aumento de SG (18 *versus* 14 meses, HR=0,74; IC de 95%: 0,60-0,91; p=0,0020), mas com menor toxicidade quando comprada à QT.<sup>15</sup> A testagem do PD-L1 não é necessária para a prescrição de imunoterapia no mesotelioma. A atualização dos dados - com o seguimento mediano de 43 meses - confirmou o benefício na SG (HR 0,73; IC 95% 0,61-0,87), favorecendo a combinação de imunoterapia com 23% dos pacientes vivos em 3 anos, contra 15% do grupo controle. Na análise de subgrupo, ambas as histologias se beneficiaram da imunoterapia, porém o maior ganho foi na histologia não-epitelióide (HR 0,48; IC 95% 0,34-0,69) comparado à epitelióide (HR 0,85; IC 95% 0,69-1,04).<sup>16</sup> Contudo, a SG mediana para o subtipo epitelióide foi semelhante à observada no braço experimental do estudo IFCT-GFPC-0701 MAPS.<sup>17</sup> Nesse estudo, foi avaliado o papel da adição do bevacizumabe ao esquema de cisplatina e pemetrexede com benefício na SLP e SG. Dessa forma, principalmente para pacientes mesotelioma epitelióide e grande volume tumoral, é aceitável começar o tratamento com QT, idealmente associado ao bevacizumabe. A carboplatina pode ser empregada em pacientes idosos ou com contraindicação à cisplatina,<sup>18</sup> embora esteja associada com menor taxa de resposta objetiva. Não há evidência de ganho de SG com emprego de QT de manutenção, logo tal prática não deve ser recomendada.<sup>19</sup>

O estudo Keynote-483 avaliou pembrolizumabe em combinação com QT baseada em platina e pemetrexede em primeira linha e demonstrou ganho de SG favorável ao braço de imunoterapia (17,3 versus 16,1 meses; HR 0,79;p=0,0324). Além disso, a SG em 3 anos foi de 25% no braço com pembrolizumabe, comparada a 17% no braço controle, um resultado numericamente muito semelhante ao observado no estudo Checkmate 743.<sup>20</sup>

Pacientes com ECOG  $\geq 3$  devem ser submetidos a suporte clínico exclusivo.

## Fluxograma 2: Tratamento de mesotelioma pleural irrecetável, inoperável ou metastático



\* Sem aprovação em bula da Anvisa no Brasil.

## Doença metastática recidivada

Pacientes submetidos à pleurectomia parcial com recidiva ressecável, se ainda candidatos à cirurgia, podem ser submetidos a tratamento local seguindo o fluxo de doença ressecável (Fluxograma 1).

Pacientes com doença recidivada irresssecável virgens de tratamento sistêmico devem ser tratados seguindo o fluxo de tratamento de doença irresssecável (Fluxograma 2).

Para pacientes tratados previamente deve-se considerar:

Cisplatina + Pemetrexede ± Bevacizumabe* (se imunoterapia prévia)	Cisplatina 75 mg/m <sup>2</sup> EV D1 + Pemetrexede 500 mg/m <sup>2</sup> EV D1 ± Bevacizumabe 15 mg/kg a cada 3 semanas, 6 ciclos, com manutenção com bevacizumabe	NE MODERADO/FR FORTE
Nivolumabe + Ipilimumabe* (se QT prévia)	Nivolumabe 3 mg/kg EV D1 a cada 2 semanas + Ipilimumabe 1 mg/kg EV D1 a cada 6 semanas, por, no máximo, 2 anos	NE MODERADO/FR FORTE
Nivolumabe (se QT prévia)*	Nivolumabe 240 mg EV D1 a cada 2 semanas até progressão ou máximo de 12 meses	NE ALTO/FR FORTE
Pemetrexede	Pemetrexede 500 mg/m <sup>2</sup> EV D1 a cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FORTE

\*Sem aprovação em bula da Anvisa no Brasil.

Outras opções pós-progressão à platina e imunoterapia (as indicações abaixo não se encontram em bula devido a raridade da doença neste cenário)

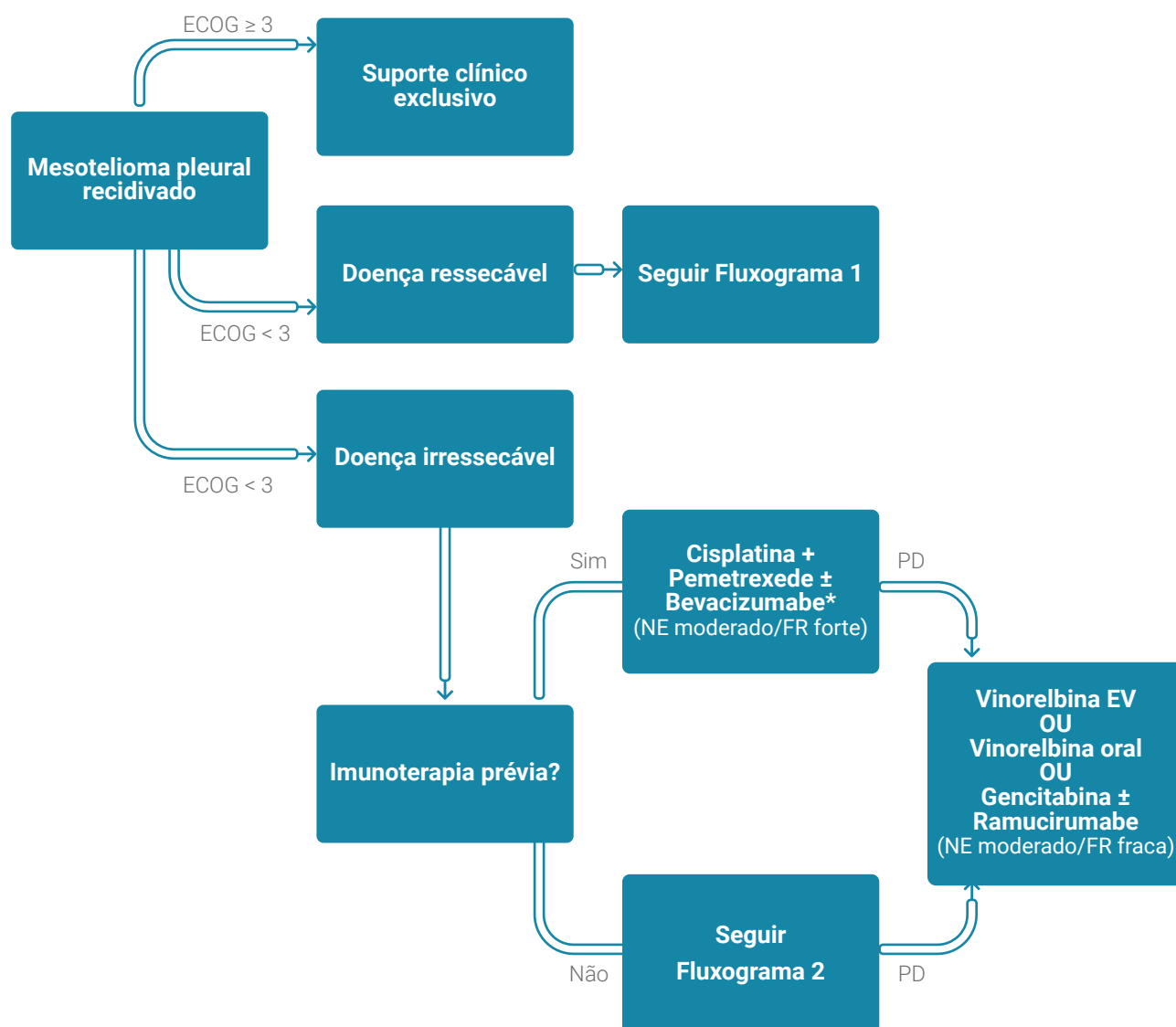
Vinorelbina EV	Vinorelbina 30 mg/m <sup>2</sup> IV D1 e D8 a cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FRACA
Vinorelbina VO	Vinorelbina 60 mg/m <sup>2</sup> VO D1 (ciclo 1) e 80 mg/m <sup>2</sup> VO D1 (a partir do ciclo 2) a cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FRACA
Gencitabina monoterapia	Gencitabina 1.000 mg/m <sup>2</sup> EV D1 e D8 a cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FRACA
Gencitabina + Ramucirumabe	Gencitabina 1.000 mg/m <sup>2</sup> EV D1 e D8 + Ramucirumabe 10 mg/Kg EV D1 a cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FRACA

### Considerações e bases científicas para as recomendações

No estudo Confirm, de fase III, 332 pacientes com mesotelioma refratário à platina (95% eram mesotelioma pleural) foram randomizados para nivolumabe ou placebo. Houve aumento da SG para nivolumabe (9,2 *versus* 6,6 meses; HR 0,72; IC 95% 0,55-0,94; p=0,02).<sup>21</sup> Entretanto, embora a comparação de pembrolizumabe monodroga *versus* QT, no estudo de fase III Promise com pacientes pós falha a platina, não ter demonstrado aumento da SG e SLP, pembrolizumabe foi associado a menor toxicidade e maior taxa de resposta.<sup>22</sup> O estudo de fase II não-randomizado e não-comparativo chamado IFCT-1501 MAPS2 avaliou o papel do nivolumabe monodroga ou nivolumabe e ipilimumabe. Os resultados obtidos foram taxa de resposta de 19 e 28% e SG de 11,9 *versus* 15,9 meses, respectivamente.<sup>23</sup> Pacientes que apresentaram progressão de doença após tratamento com nivolumabe e ipilimumabe e que mantenham com boa *performance status* devem ser tratados com cisplatina e pemetrexede associado ou não a bevacizumabe baseados em resultados de primeira linha.<sup>17,24</sup> A carboplatina pode ser empregada em pacientes idosos ou com contraindicação à cisplatina, embora esteja associada com menor taxa de resposta objetiva.<sup>18</sup> O retratamento com pemetrexede pode ser uma opção em pacientes não candidatos a imunoterapia que tiveram progressão tardia.<sup>25</sup> Alternativamente, tais pacientes podem ser tratados com gencitabina<sup>26</sup> ou vinorelbina em monoterapia.<sup>27</sup> O estudo Rames (fase II randomizado) mostrou aumento de SG com a adição de ramucirumabe à gencitabina em pacientes não previamente expostos a anti-angiogênicos.<sup>28</sup> Contudo, o ramucirumabe não está aprovado no Brasil para essa indicação.

Para pacientes com *performance status* ECOG  $\geq 3$  devem ser oferecido suporte clínico exclusivo.

**Fluxograma 3: Tratamento de mesotelioma pleural recidivado ou com progressão de doença**



\* Sem aprovação em bula da Anvisa no Brasil.

## Seguimento

Pacientes com mesotelioma pleural devem ser seguidos com TC com contraste. Entretanto, não existe consenso sobre o intervalo ideal. Sugerimos repetir imagens a cada 2 a 3 ciclos nos casos de doença metastática ou irressecável, e a cada 6 meses nos casos submetidos à cirurgia citorrredutora.

O seguimento deve ser mantido indefinidamente uma vez que o mesotelioma raramente é curável.

## Referências

1. Nowak AK, Giroux DJ, Eisele M, Rosenthal A, Bille A, Gill RR, et al. and Members of the Staging and Prognostic Factors Committee of the Advisory Boards and Participating Institutions. The International Association for the Study of Lung Cancer Pleural Mesothelioma Staging Project: Proposal for Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Ninth) Edition of the TNM Classification for Pleural Mesothelioma. *J Thorac Oncol*. Setembro de 2024;19(9):1339-51.
2. Mott FE. Mesothelioma: a review. *Ochsner J*. 2012;12(1):70-9.
3. Wolf AS, Flores RM. Updates in Staging and Management of Malignant Pleural Mesothelioma. *Surg Oncol Clin N Am*. outubro de 2020;29(4):603-12.
4. Dacic S. Pleural mesothelioma classification-update and challenges. *Mod Pathol Off J U S Can Acad Pathol Inc*. janeiro de 2022;35(Suppl 1):51-6.
5. Rusch VW, Giroux D, Kennedy C, Ruffini E, Cangir AK, Rice D, et al. Initial analysis of the international association for the study of lung cancer mesothelioma database. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*. novembro de 2012;7(11):1631-9.
6. Pass HI, Giroux D, Kennedy C, Ruffini E, Cangir AK, Rice D, et al. Supplementary prognostic variables for pleural mesothelioma: a report from the IASLC staging committee. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*. junho de 2014;9(6):856-64.
7. Lim E, Waller D, Lau K, Steele J, Pope A, Ali C, et al. PL03.10 MARS 2: A Multicentre Randomised Trial Comparing (Extended) Pleurectomy Decortication versus No Radical Surgery for Mesothelioma. *J Thorac Oncol*. 2023 Nov 1;18(11):S36.
8. Kaufman AJ, Flores RM. Surgical treatment of malignant pleural mesothelioma. *Curr Treat Options Oncol*. junho de 2011;12(2):201-16.
9. Rice D, Rusch V, Pass H, Asamura H, Nakano T, Edwards J, et al. Recommendations for uniform definitions of surgical techniques for malignant pleural mesothelioma: a consensus report of the international association for the study of lung cancer international staging committee and the international mesothelioma interest group. *J Thorac Oncol Off Publ Int Assoc Study Lung Cancer*. agosto de 2011;6(8):1304-12.
10. Cao C, Tian D, Park J, Allan J, Pataky KA, Yan TD. A systematic review and meta-analysis of surgical treatments for malignant pleural mesothelioma. *Lung Cancer Amst Neth*. fevereiro de 2014;83(2):240-5.
11. Krug LM, Pass HI, Rusch VW, Kindler HL, Sugarbaker DJ, Rosenzweig KE, et al. Multicenter phase II trial of neoadjuvant pemetrexed plus cisplatin followed by extrapleural pneumonectomy and radiation for malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 de junho de 2009;27(18):3007-13.

- 12.** Bölükbas S, Manegold C, Eberlein M, Bergmann T, Fisseler-Eckhoff A, Schirren J. Survival after trimodality therapy for malignant pleural mesothelioma: Radical Pleurectomy, chemotherapy with Cisplatin/Pemetrexed and radiotherapy. *Lung Cancer Amst Neth.* janeiro de 2011;71(1):75–81.
- 13.** Rusch VW, Rosenzweig K, Venkatraman E, Leon L, Raben A, Harrison L, et al. A phase II trial of surgical resection and adjuvant high-dose hemithoracic radiation for malignant pleural mesothelioma. *J Thorac Cardiovasc Surg.* outubro de 2001;122(4):788–95.
- 14.** Tonoli S, Vitali P, Scotti V, Bertoni F, Spiazzi L, Ghedi B, et al. Adjuvant radiotherapy after extrapleural pneumonectomy for mesothelioma. Prospective analysis of a multi-institutional series. *Radiother Oncol J Eur Soc Ther Radiol Oncol.* novembro de 2011;101(2):311–5.
- 15.** Baas P, Scherpereel A, Nowak AK, Fujimoto N, Peters S, Tsao AS, et al. First-line nivolumab plus ipilimumab in unresectable malignant pleural mesothelioma (CheckMate 743): a multicentre, randomised, open-label, phase 3 trial. *Lancet.* Janeiro de 2021;397(10272):375-86.
- 16.** Peters S, Scherpereel A, Cornelissen R, Oulkhair Y, Greillier L, Kaplan MA, et al. First-line nivolumab plus ipilimumab versus chemotherapy in patients with unresectable malignant pleural mesothelioma: 3-year outcomes from CheckMate 743. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol.* maio de 2022;33(5):488–99.
- 17.** Zalcman G, Mazieres J, Margery J, Greillier L, Audigier-Valette C, Moro-Sibilot D, et al. Bevacizumab for newly diagnosed pleural mesothelioma in the Mesothelioma Avastin Cisplatin Pemetrexed Study (MAPS): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. *Lancet Lond Engl.* 2 de abril de 2016;387(10026):1405–14.
- 18.** Ceresoli GL, Castagneto B, Zucali PA, Favaretto A, Mencoboni M, Grossi F, et al. Pemetrexed plus carboplatin in elderly patients with malignant pleural mesothelioma: combined analysis of two phase II trials. *Br J Cancer.* 8 de julho de 2008;99(1):51–6.
- 19.** Dudek AZ, Wang X, Gu L, Duong S, Stinchcombe TE, Kratzke R, et al. Randomized Study of Maintenance Pemetrexed Versus Observation for Treatment of Malignant Pleural Mesothelioma: CALGB 30901. *Clin Lung Cancer.* novembro de 2020;21(6):553-561.e1.
- 20.** Chu Q, Perrone F, Greillier L, Tu W, Piccirillo MC, Grosso F, et al. Pembrolizumab plus chemotherapy versus chemotherapy in untreated advanced pleural mesothelioma in Canada, Italy, and France: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet.* 2023 Dec 16;402(10419):2295–306. doi:10.1016/S0140-6736(23)01613-6.
- 21.** Fennell DA, Ewings S, Ottensmeier C, Califano R, Hanna GG, Hill K, et al. Nivolumab versus placebo in patients with relapsed malignant mesothelioma (CONFIRM): a multicentre, double-blind, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* novembro de 2021; 22(11):1530-40.

- 22.** Popat S, Curioni-Fontecedro A, Dafni U, Shah R, O'Brien M, Pope A, et al. A multicentre randomised phase III trial comparing pembrolizumab versus single-agent chemotherapy for advanced pre-treated malignant pleural mesothelioma: the European Thoracic Oncology Platform (ETOP 9-15) PROMISE-meso trial. *Ann Oncol.* 1o de dezembro de 2020;31(12):1734–45.
- 23.** Scherpereel A, Mazieres J, Greillier L, Lantuejoul S, Dô P, Bylicki O, et al. Nivolumab or nivolumab plus ipilimumab in patients with relapsed malignant pleural mesothelioma (IFCT-1501 MAPS2): a multicentre, open-label, randomised, non-comparative, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* fevereiro de 2019;20(2):239–53.
- 24.** Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, Denham C, Kaukel E, Ruffie P, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 15 de julho de 2003;21(14):2636–44.
- 25.** Ceresoli GL, Zucali PA, De Vincenzo F, Gianoncelli L, Simonelli M, Lorenzi E, et al. Retreatment with pemetrexed-based chemotherapy in patients with malignant pleural mesothelioma. *Lung Cancer Amst Neth.* abril de 2011;72(1):73–7.
- 26.** van Meerbeeck JP, Baas P, Debruyne C, Groen HJ, Manegold C, Ardizzoni A, et al. A phase II study of gemcitabine in patients with malignant pleural mesothelioma. *Cancer.* 15 de junho de 1999;85(12):2577–82.
- 27.** Steele JP, Shamash J, Evans MT, Gower NH, Tischkowitz MD, Rudd RM. Phase II study of vinorelbine in patients with malignant pleural mesothelioma. *J Clin Oncol.* 1o de dezembro de 2000;18(23):3912–7.
- 28.** Pinto C, Zucali PA, Pagano M, Grosso F, Pasello G, Garassino MC, et al. Gemcitabine with or without ramucirumab as second-line treatment for malignant pleural mesothelioma (RAMES): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* 1o de outubro de 2021;22(10):1438–47.

## ANEXO 1

# Sistema Grade de níveis de evidência e força da recomendação

## Níveis de evidência

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaios clínicos com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaios clínicos com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso controle.
Muito baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	- Ensaios clínicos com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas.

## Força de recomendação

Público alvo	Forte	Fraca (condicional)
Gestores	A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações	É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas
Pacientes	A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação	Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada	O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências

# É PROFISSIONAL DA SAÚDE?

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS DE SER ASSOCIADO(A) SBOC:



**Biblioteca Virtual** com acesso gratuito a mais de **900 periódicos**, como Nature Cancer, The Lancet Oncology e JAMA Oncology



**Visibilidade profissional**, com a possibilidade de ser convidado(a) para palestrar em eventos da SBOC ou integrar os Comitês da instituição



**Uso da sede SBOC** para reuniões e aulas virtuais mediante agendamento



**Networking profissional**



**Redução na inscrição do Congresso SBOC** que pode chegar a mais de **50%** nos primeiros lotes



**Acesso a cursos e eventos na OncoAcademy** – a nova plataforma educacional da SBOC



**Acesso ao SBOC Review**, uma seleção periódica de artigos científicos recém-publicados nas melhores revistas da especialidade



**Simplificação do processo de associação à ASCO e à ESMO** (com direito à gratuidade na entidade europeia)



Possibilidade de participação do programa de **Capacitação em Pesquisa Clínica**



Redução de, pelo menos, **40%** no valor da inscrição do exame para a **Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica**

**RESIDENTES MÉDICOS EM ONCOLOGIA CLÍNICA NÃO PAGAM ANUIDADE!**

**SBOC**

SOCIEDADE  
BRASILEIRA  
DE ONCOLOGIA  
CLÍNICA

**ASSOCIE-SE  
AQUI!**

