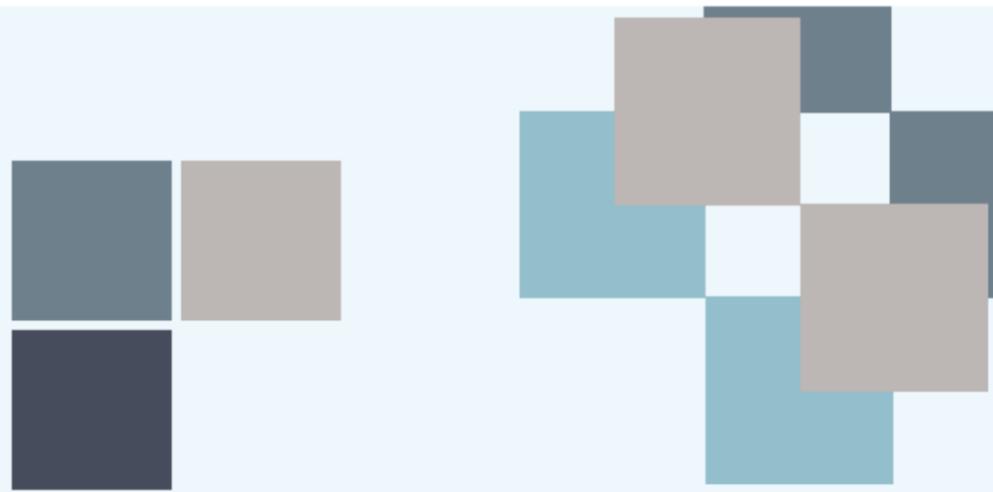


Curso de Cirurgia Hepatobilíopancreática do CB IHPBA – Região Sudeste



Neoplasia da vesícula biliar

Orlando Jorge M. Torres
Professor Livre-Docente
Núcleo de Estudos do Fígado - UFMA

- Apenas 25% dos pacientes serão submetidos a cirurgia potencialmente curativa e apenas 16% sobreviverão mais de 5 anos.
- O tratamento cirúrgico tem sido demonstrado ser curativo em alguns pacientes.
- A sobrevida pós-operatória está associada com o estadio patológico do tumor.
- A ressecção cirúrgica papel tanto de estadiamento quanto de tentativa terapêutica.

Cenários:

- Doença detectada no pré-operatório
 - Suspeita
 - Extensa
- Achado durante a colecistectomia
 - Doença limitada
 - Doença extensa
- Diagnóstico na biópsia da colecistectomia

Curso de Cirurgia Hepatobilíopancreática do CB IHPBA – Região Sudeste



- Fatores de risco
- Extensão da ressecção
- Linfadenectomia
- Ressecção da via biliar
- Portais
- Cirurgia minimamente invasiva
- Achado incidental

Neoplasia da vesícula biliar

Risco elevado

- ❑ Cisto de colédoco
- ❑ Junção anômala do ducto pancreaticobiliar
- ❑ Colangite esclerosante primária
- ❑ Colecistite hialinizante (vesícula em porcelana incompleta)

Risco elevado



Exame histológico da vesícula biliar de forma mais extensa.

Neoplasia da vesícula biliar

Fatores de prognóstico patológico

Precoce: confinada ao músculo

Avançada: Além da túnica muscular

Precoce:

Melhor prognóstico: Sobrevida em 10 anos de 90%

Neoplasia da vesícula biliar

Fatores de prognóstico patológico

Envolvimento dos seios de Rokitansky-Aschoff

Multifocalidade da displasia

Localização na superfície hepática *versus* peritoneal livre

Envolvimento da margem do ducto cístico

Ducto cístico

- Amostra adequada
- Estudo detalado
- Pior prognóstico



Fatores de risco

FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO CÂNCER DA VESÍCULA BILIAR¹⁻⁵

- Litíase biliar
- Lesões polipoides da vesícula biliar
- Anomalias na junção do ducto biliopancreático
- Cistos de colédoco
- Infecções bacterianas
- Vesícula biliar em porcelana
- Adenomiomatose
- Colangite esclerosante primária
- Outras: polipose colônica, doença inflamatória intestinal, exposição química, obesidade, tabagismo, colecistite xantogranulomatosa, multiparidade e estado pós-menopausa.

A R T I G O

D E R E V I S Ã O

Conduta nas lesões polipoides da vesícula biliar

Management of polypoid lesions of the gallbladder

ORLANDO JORGE MARTINS TORRES¹, RACHEL JORGE DINO COSSETTI², JANAINA OLIVEIRA BENTIVI²,
MARIA HELENA ALMEIDA COSTA², ALINE MARIA SANTOS FARIAS², GLÁUCIA MESQUITA CORDEIRO³

Disciplina de Clínica Cirúrgica III da Universidade Federal do Maranhão – UFMA – São Luís (MA)

RESUMO

Com o aumento do uso da ultrassonografia na prática diária, mais lesões polipoides da vesícula

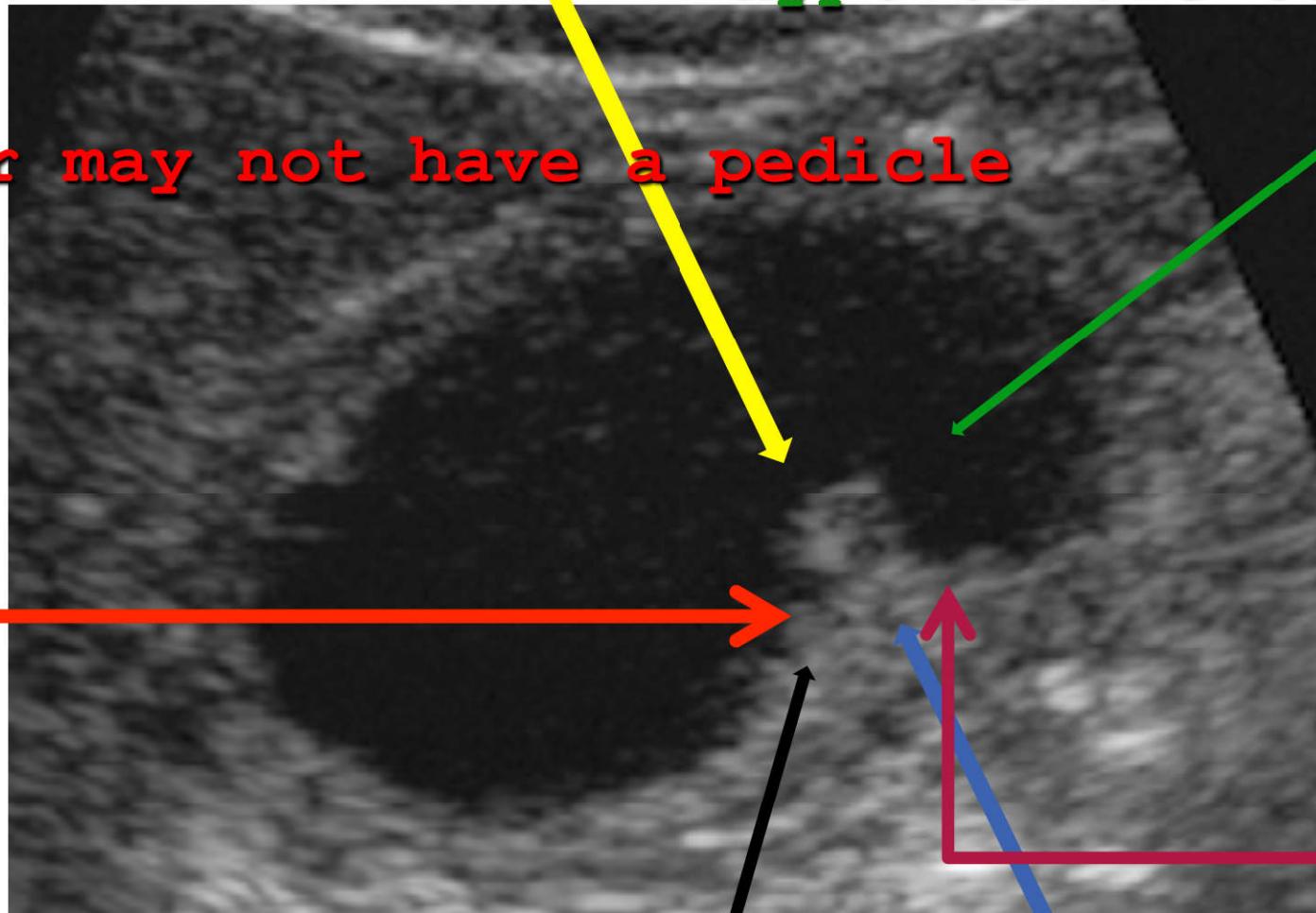
SUMMARY

With the increasing use of percutaneous ultrasonography in modern practice, more polypoid

The lesion projects into the lumen

Hyperechoic to bile

May or may not have a pedicle



Shows no acoustic shadow

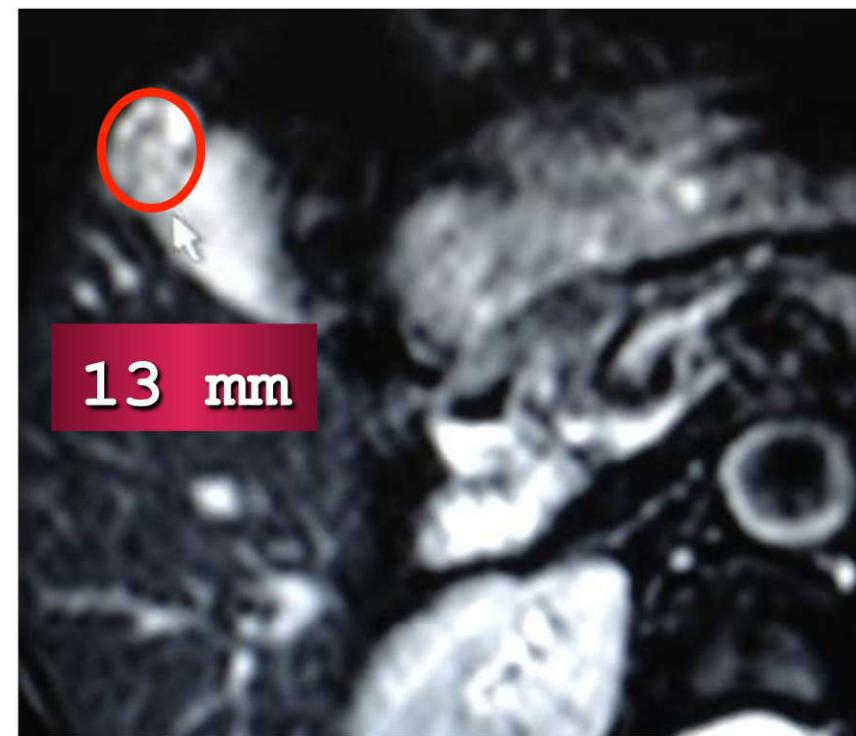
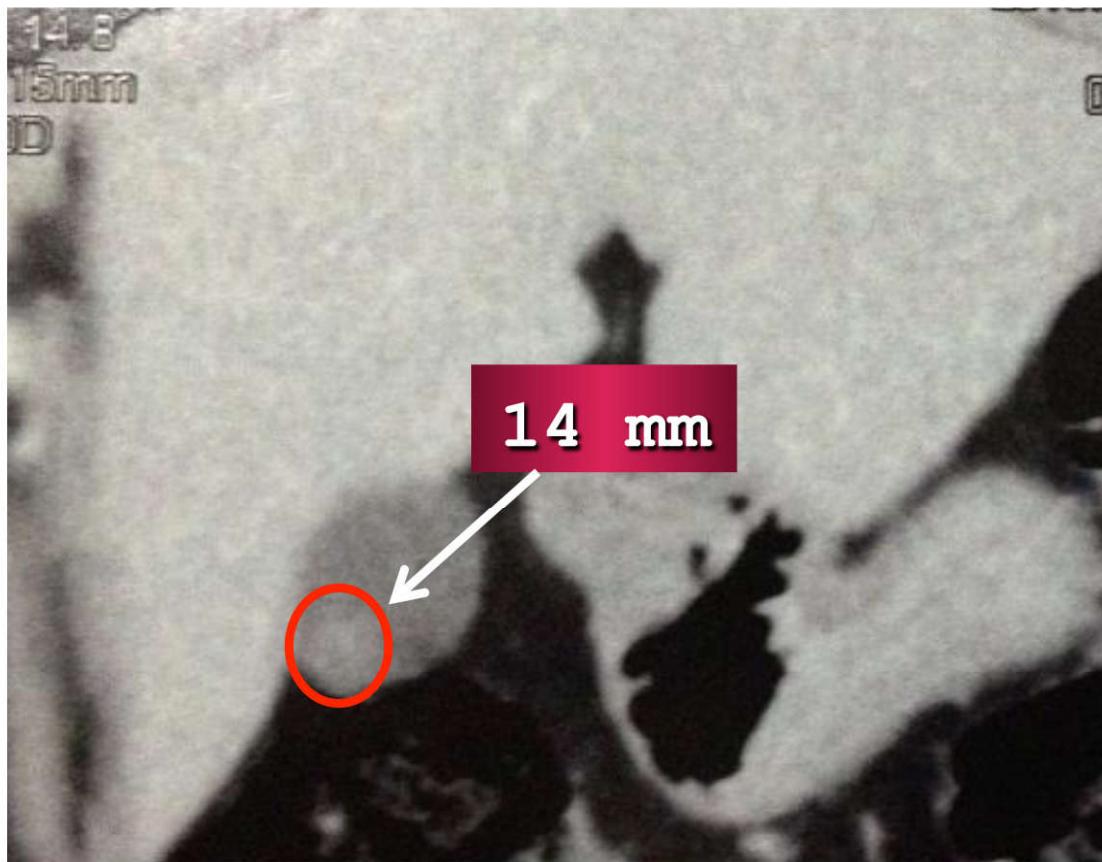
Echogenicity of the gallbladder wall

Fixed to GB wall (lacks displacement)

Cirurgia

- Tamanho da lesão polipóide ($> 10\text{mm}$)
- Presença de pedículo vascular

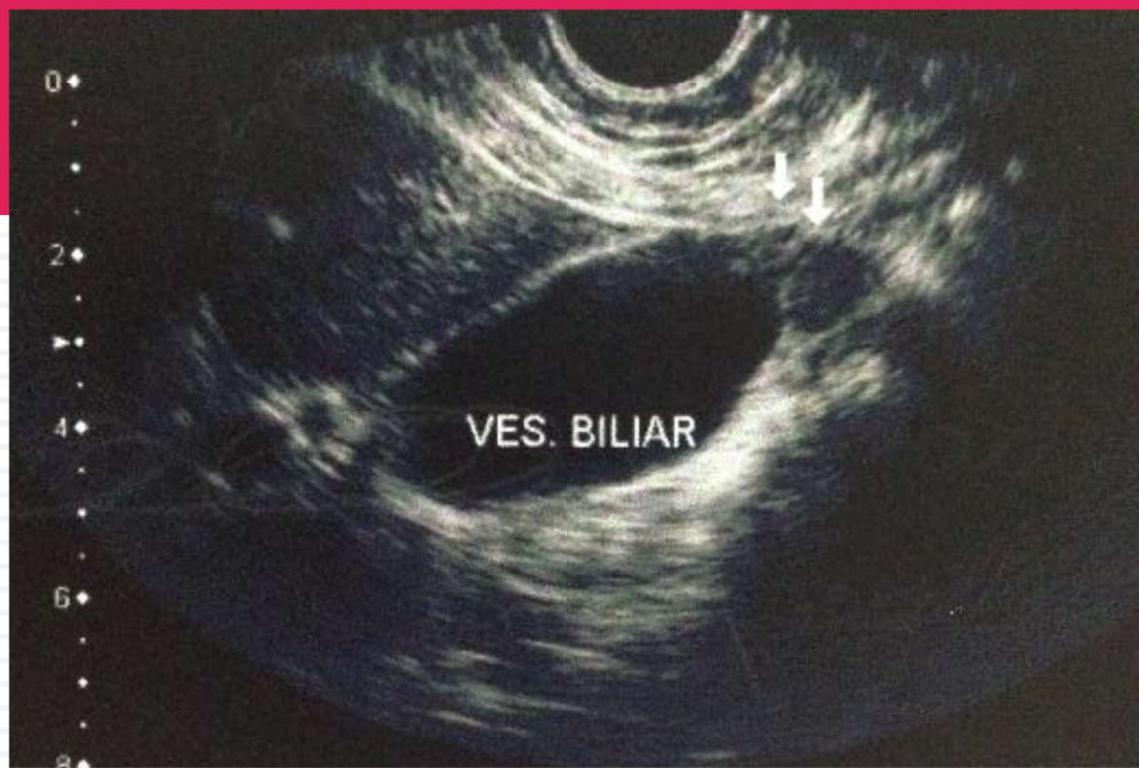
Lesão Polipóide



Cirurgia

- 6 mm ou menos
- 7-10 mm
- >10 mm





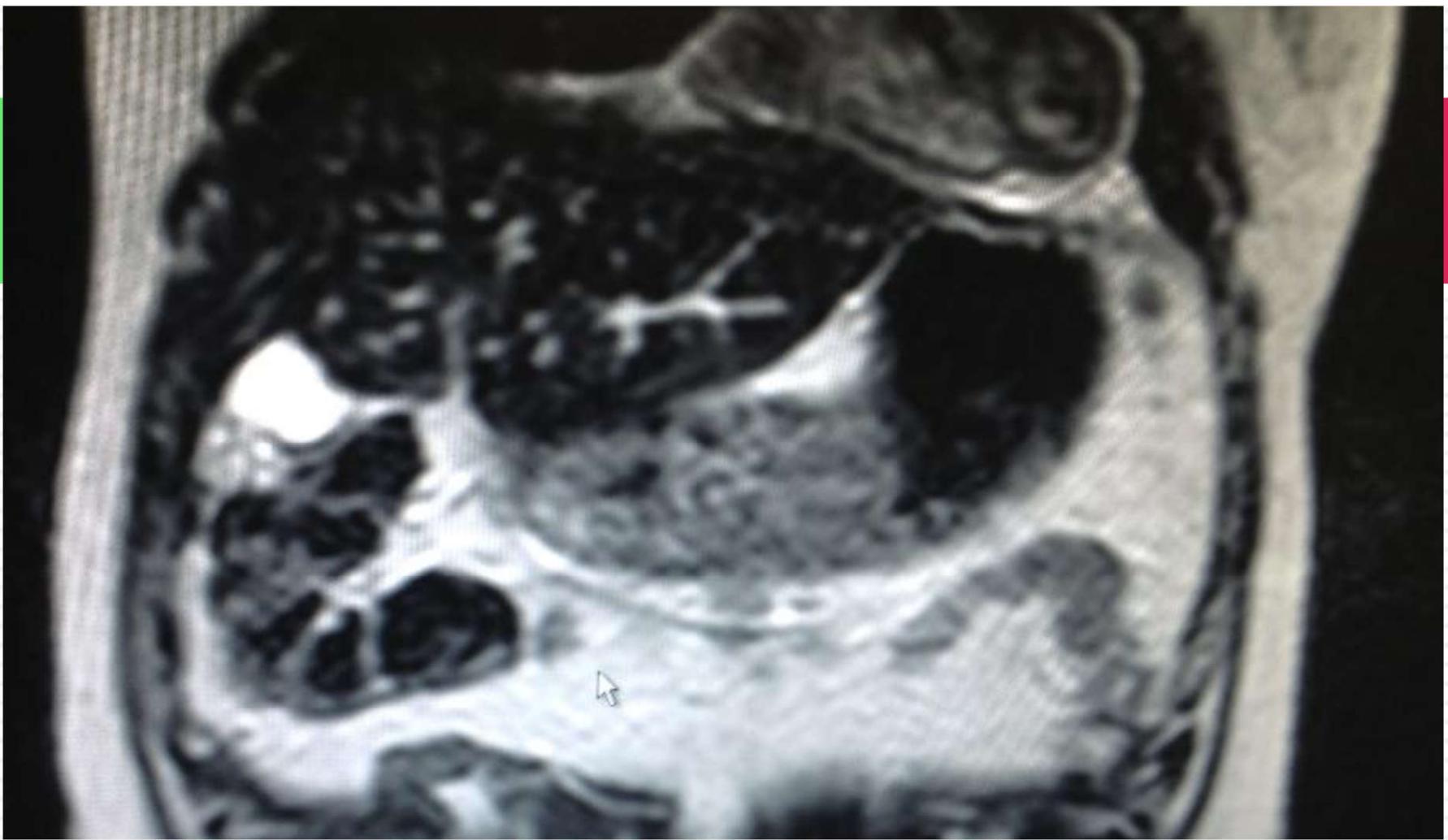
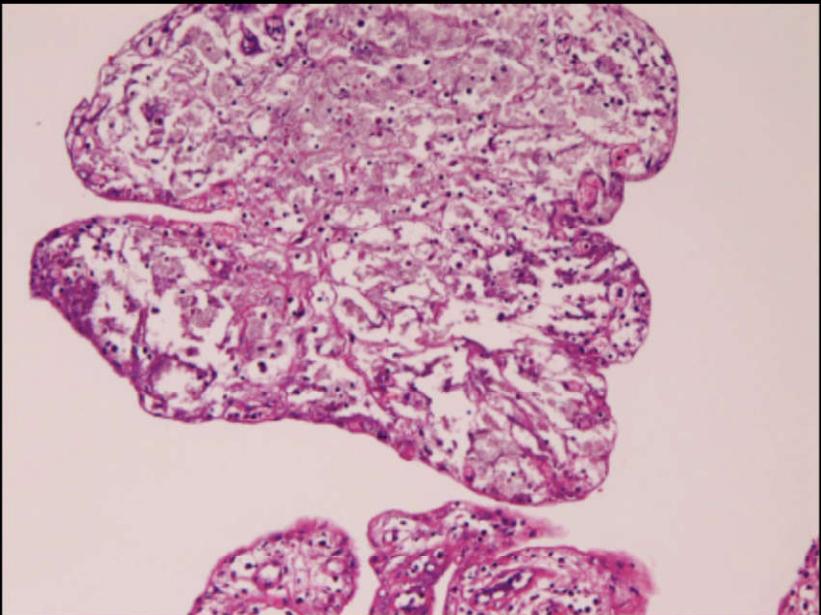


Table 5. Frequency of malignant polyp according to size groups

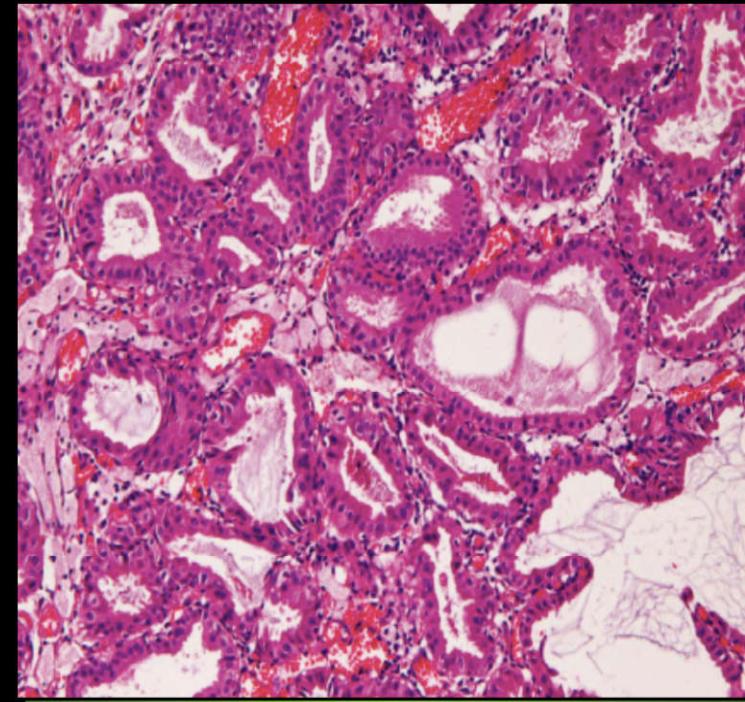
Size (mm)	Malignant polyp	Total PLG	%
<10	2	156	1.3
10-19	9	94	9.6
≥20	24	41	58.5

* $P<0.001$.

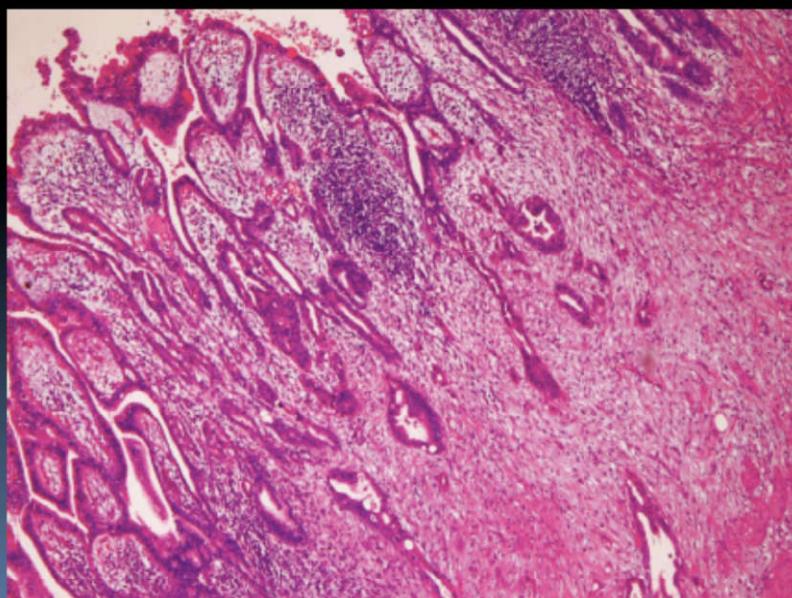
PLG, polypoid lesions of the gallbladder.



Cholesterol polyp

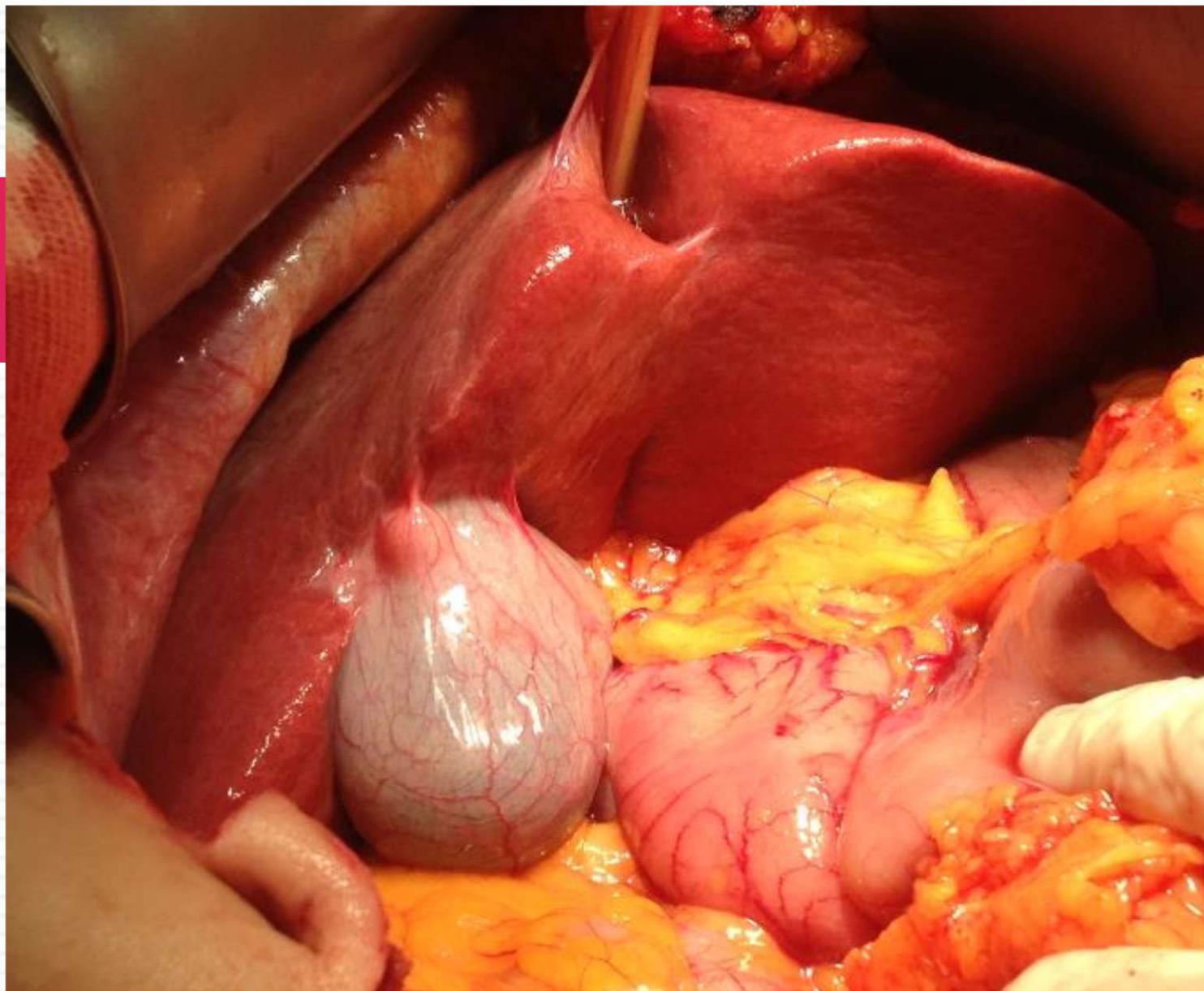


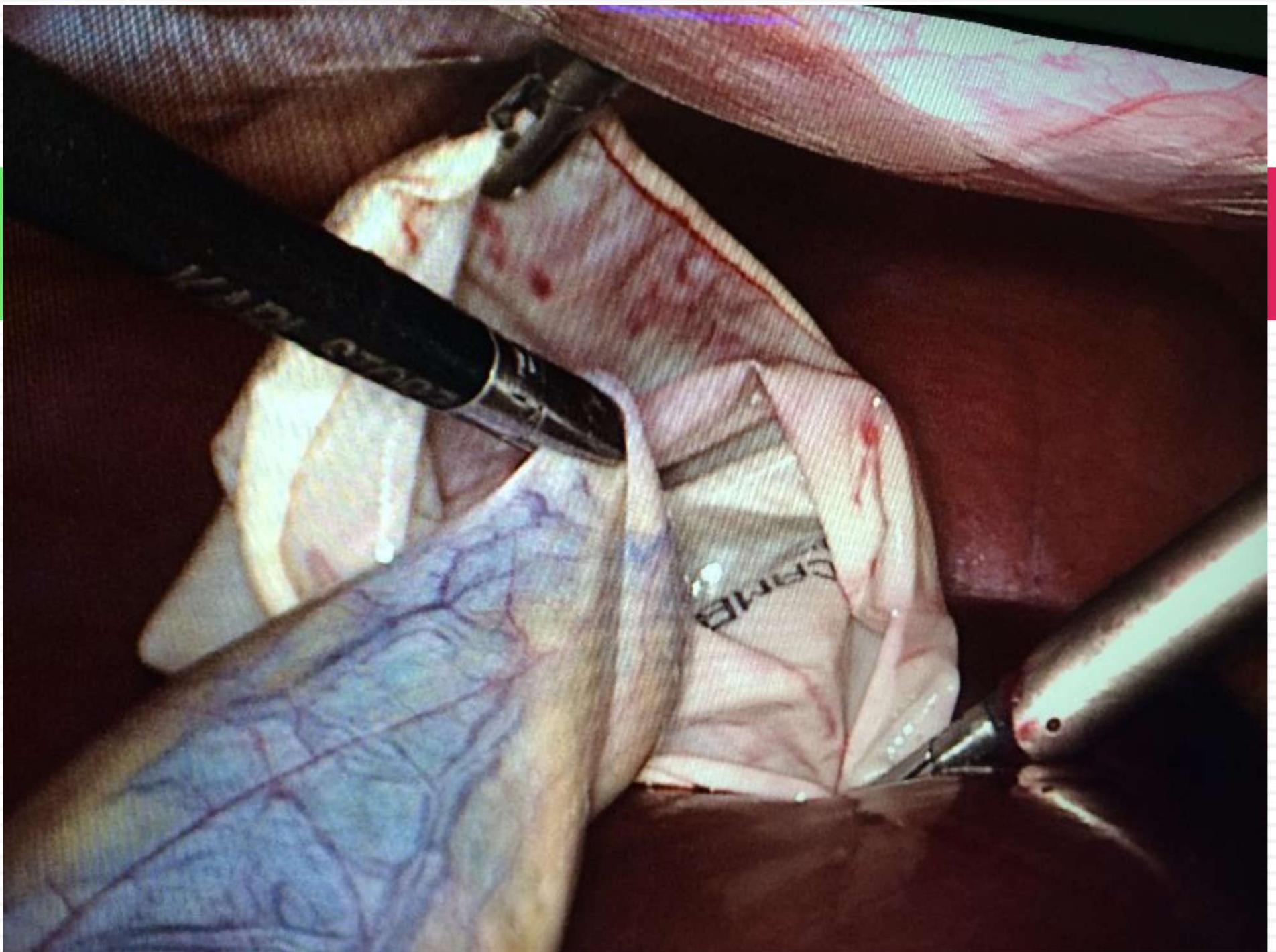
Adenoma tubular
intestinal



GB adenocarcinoma





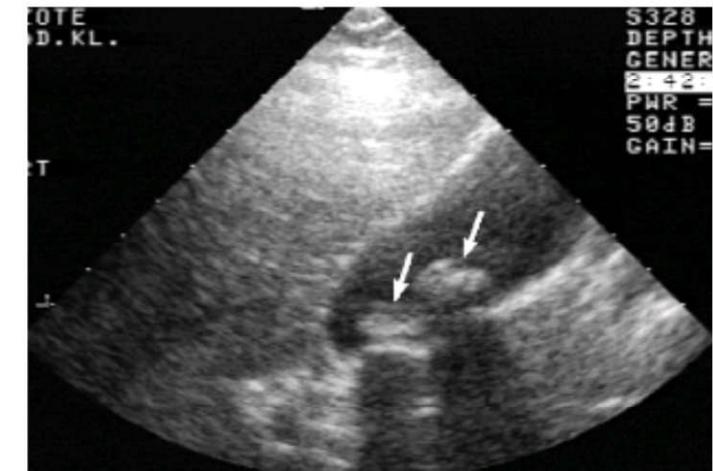




Ultrassonografia

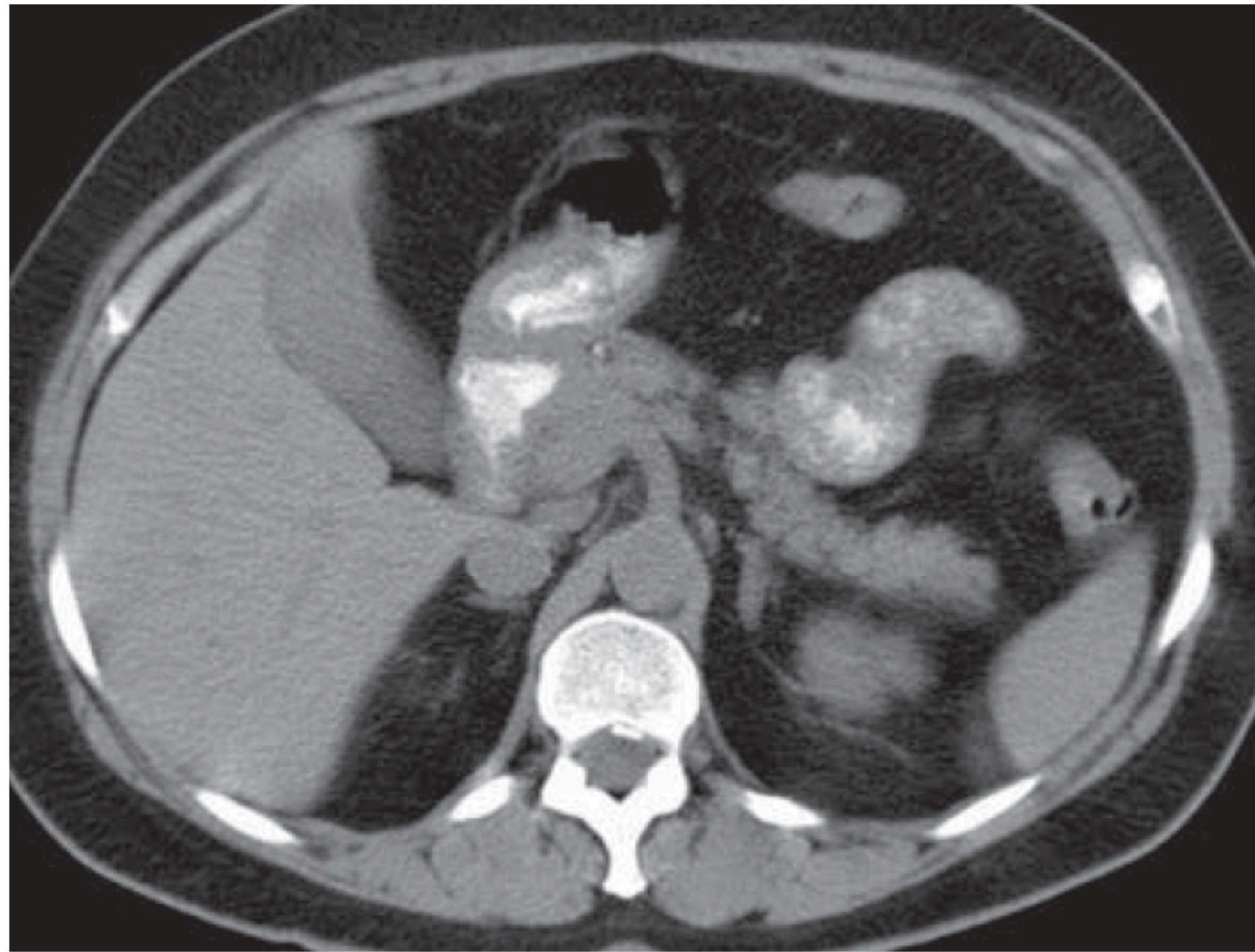


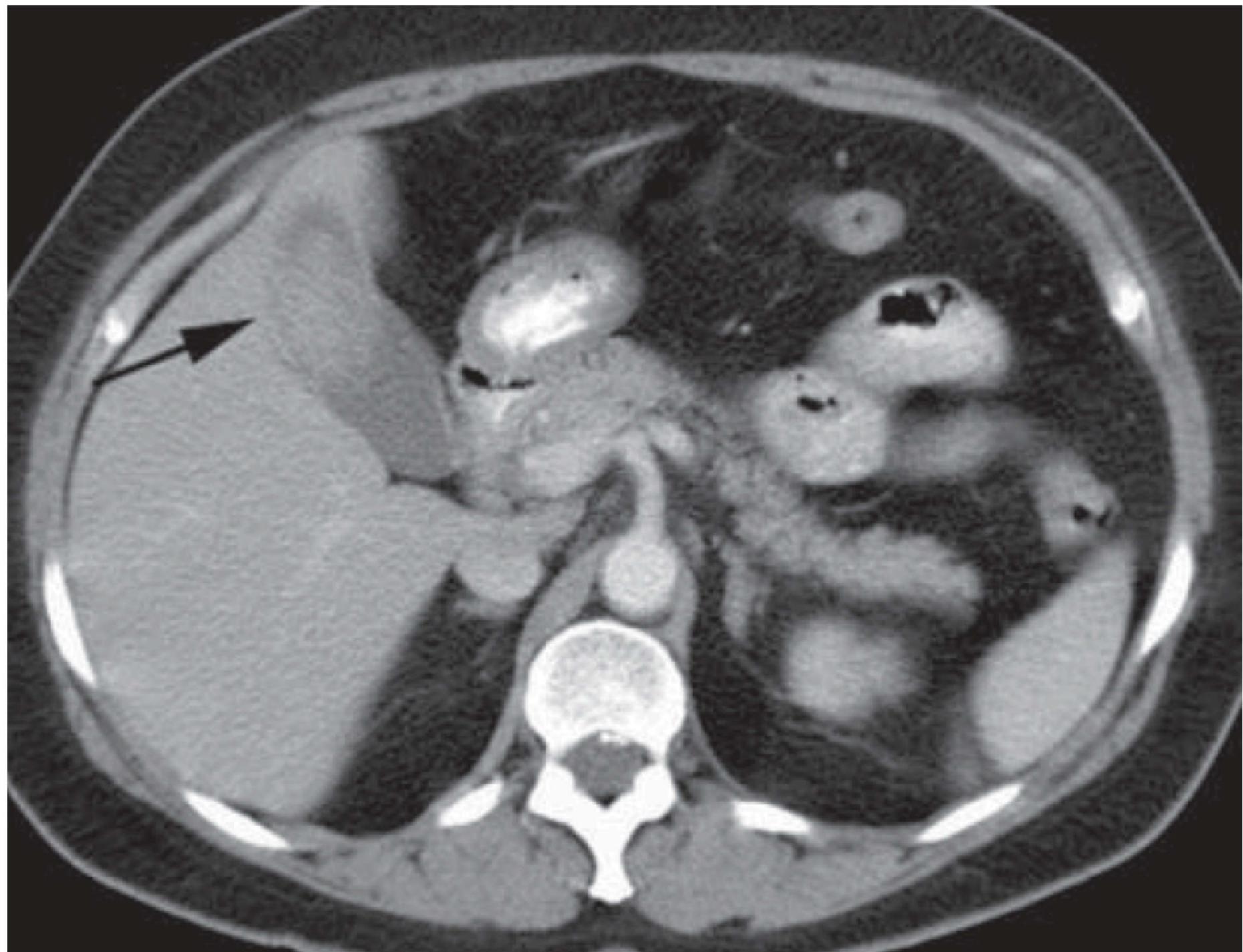
- ❑ Espessamento nodular ou irregular da parede da vesícula de forma excêntrica ou circumferencial
- ❑ A margem ecogênica distinta entre a parede da vesícula e a superfície



Câncer da vesícula biliar: Suspeita clínica

- ❖ Colecistite aguda
- ❖ Massa intraluminal imóvel com decúbito
- ❖ Associação com cálculos
- ❖ Cálculos fixos no fundo da vesícula



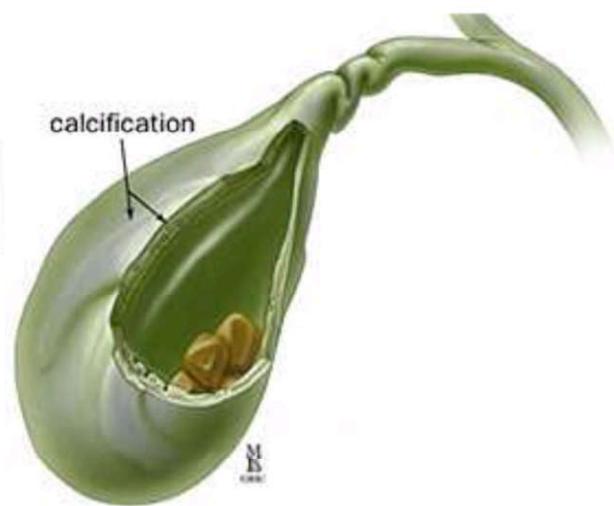


FATORES DE RISCO EM LESÕES POLIPOIDES DA VESÍCULA BILIAR^{18,22}

- Tamanho da lesão maior ou igual a 10mm
- Lesão única (ou menos que três lesões)
- Idade do paciente igual ou superior a 50 anos
- Lesão polipoide séssil
- Lesão polipoide na superfície hepática da vesícula biliar
- Associação com cálculos da vesícula biliar



Vesícula em porcelana



Estadiamento

Tomografia com contraste

Linfonodo portal

Implante peritoneal

Invasão vascular

Ressonância nuclear magnética

Colédoco

Hepático

Parênquima hepático

Estadiamento:

- Massa hepática suspeita
- Linfadenopatia
- Implante peritoneal

- Biópsia
 - Endoscópica
 - Percutânea
 - Laparoscópica

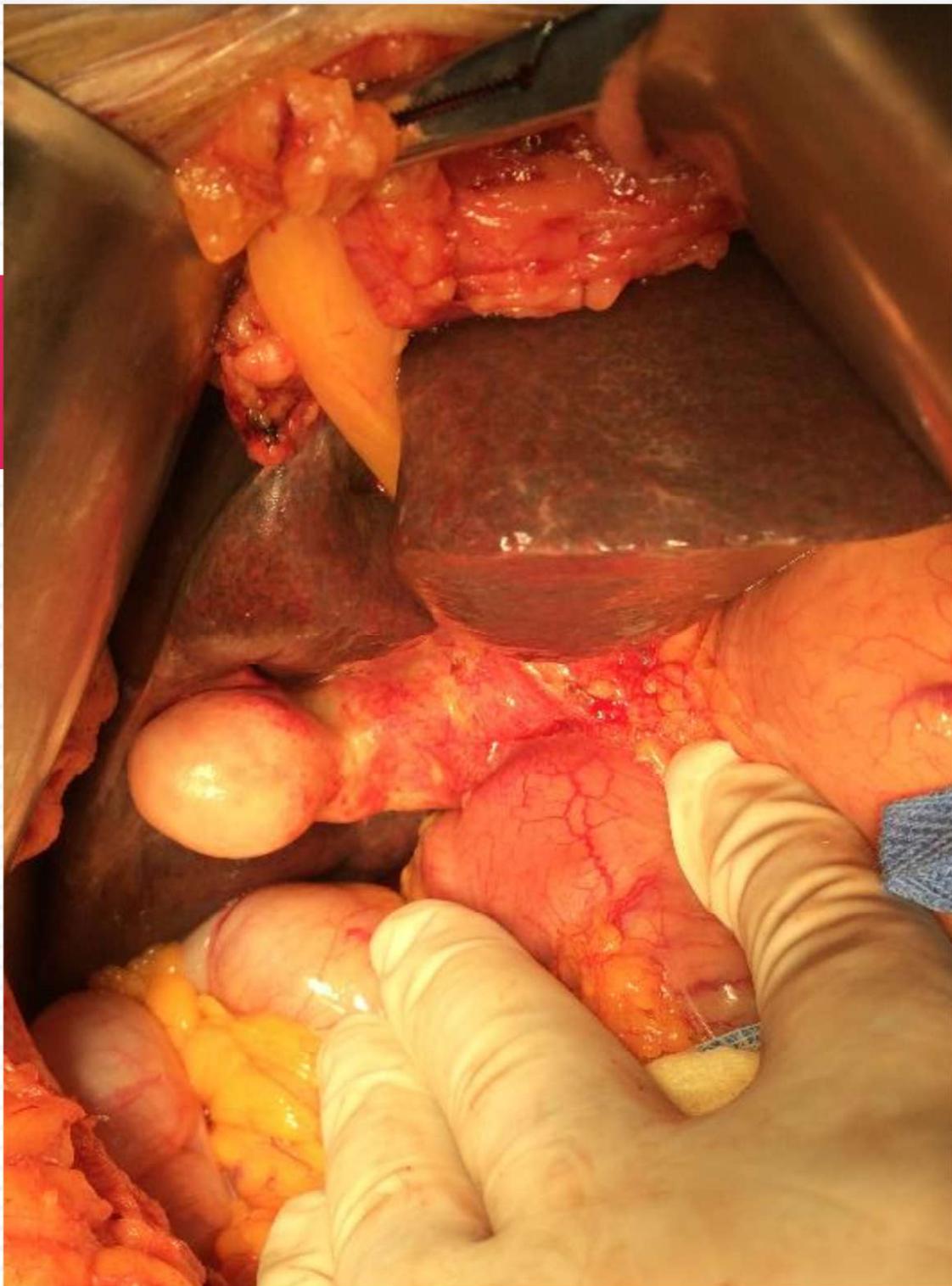
Neoplasia de vesícula confirmada ou suspeita:

PET-CT

- Metástase peritoneal
- Implante omental
- Metástase linfonodal Linfadenopatia
- Sensibilidade de 56%

Comprometimento muscular e mais profundo

Avaliar extensão da doença:
PET-CT
Reavaliação histológica da peça
Laparoscopia diagnóstica





Doença disseminada

Icterícia pré-operatória

- Doença disseminada
- Ressecção em bloco - margem + 40%
- Icterícia sem envolvimento nodal RARO
- Sobrevida livre de doença (R0) 6 meses
- Contra-indicação relativa

Massa vesicular

- Sem metástase distante
- Doença nodal ressecável
- Sem invasão vasculo-biliar
- Apto para cirurgia

Cirurgia

Estadiamento laparoscópico

- Evita cirurgia desnecessária em 38-62%
- Determina irrescabilidade oncológica em até 23%
- Ultrassonografia laparoscópica
- Congelação do linfonodo intercavo-aórtico
- elevada incidência de achados positivos

“Recomendado para todos os casos suspeitos ou comprovados de câncer de vesícula”

Linfonodos

Estações linfonodais para dissecção

N 1 N 2 N 3/M1

Cístico	Mesentérica superior	Intercavo-aórtico
Pericoledociano	Pancreatoduodenal postero-superior	
Hilares	Retroportal Tronco celíaco	

N3 positivo : doença metastática

Reid KM, et al. J Gastrointest Surg 11:671-681, 2007
American Joint Committee on Cancer

Relação entre metástase nodal e grau de invasão

		pN0	pN1	pN2	Nodo paraaórtico
pT1	m	1	0	0	0
	mp	3	0	0	0
pT2	ss	8	3	7	3
pT3-pT4	se-oa	3	2	7	4

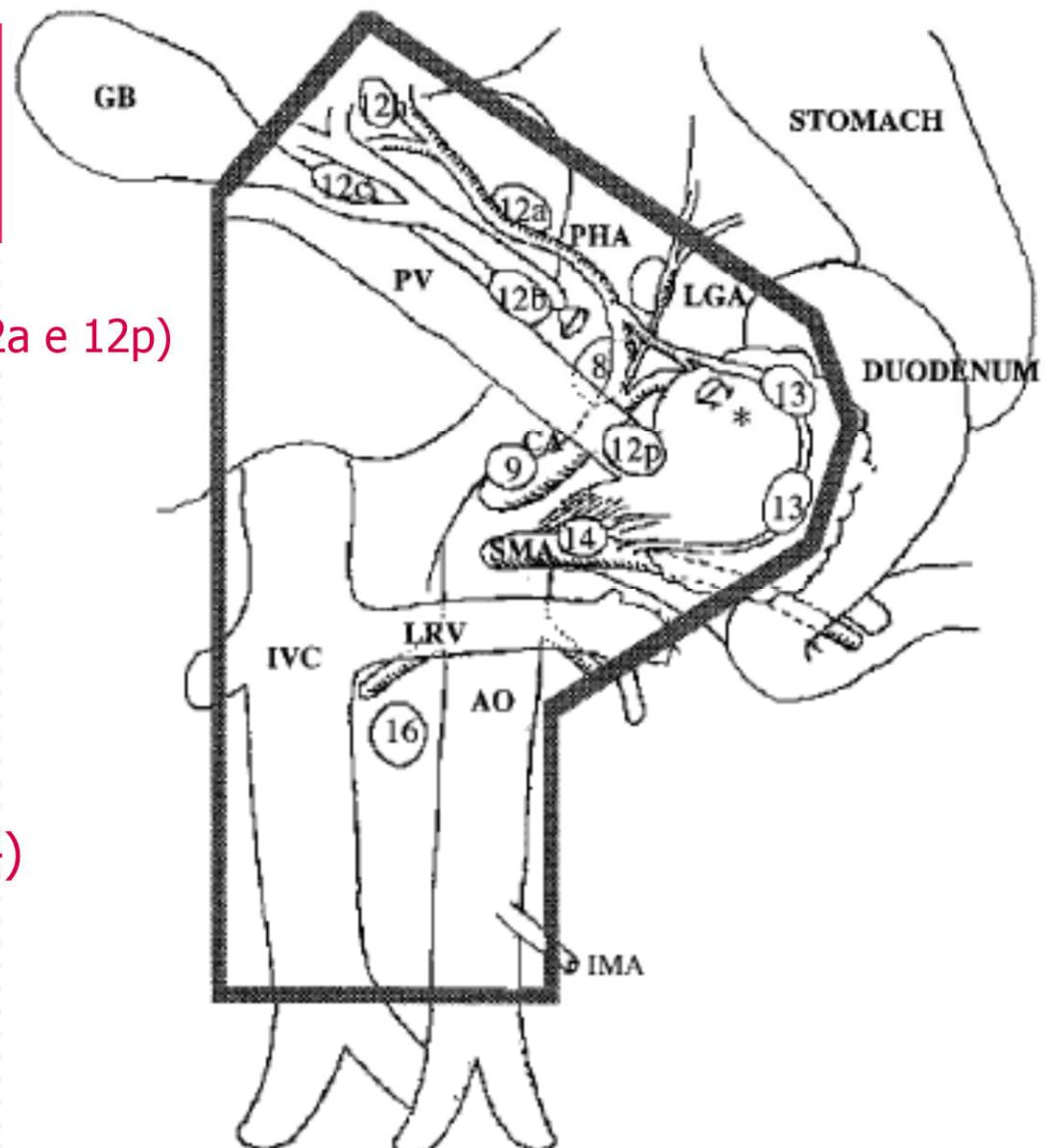
m:mucosa; mp:muscular própria; ss:subserosa; se:superfície serosa; oa:órgãos adjacentes

Avaliação nodal intra-operatória

- Ligamento hepatoduodenal (12h,12c,12b,12a e 12p)
- Artéria hepática comum (8)
- Pancreatoduodenal posterior (13)

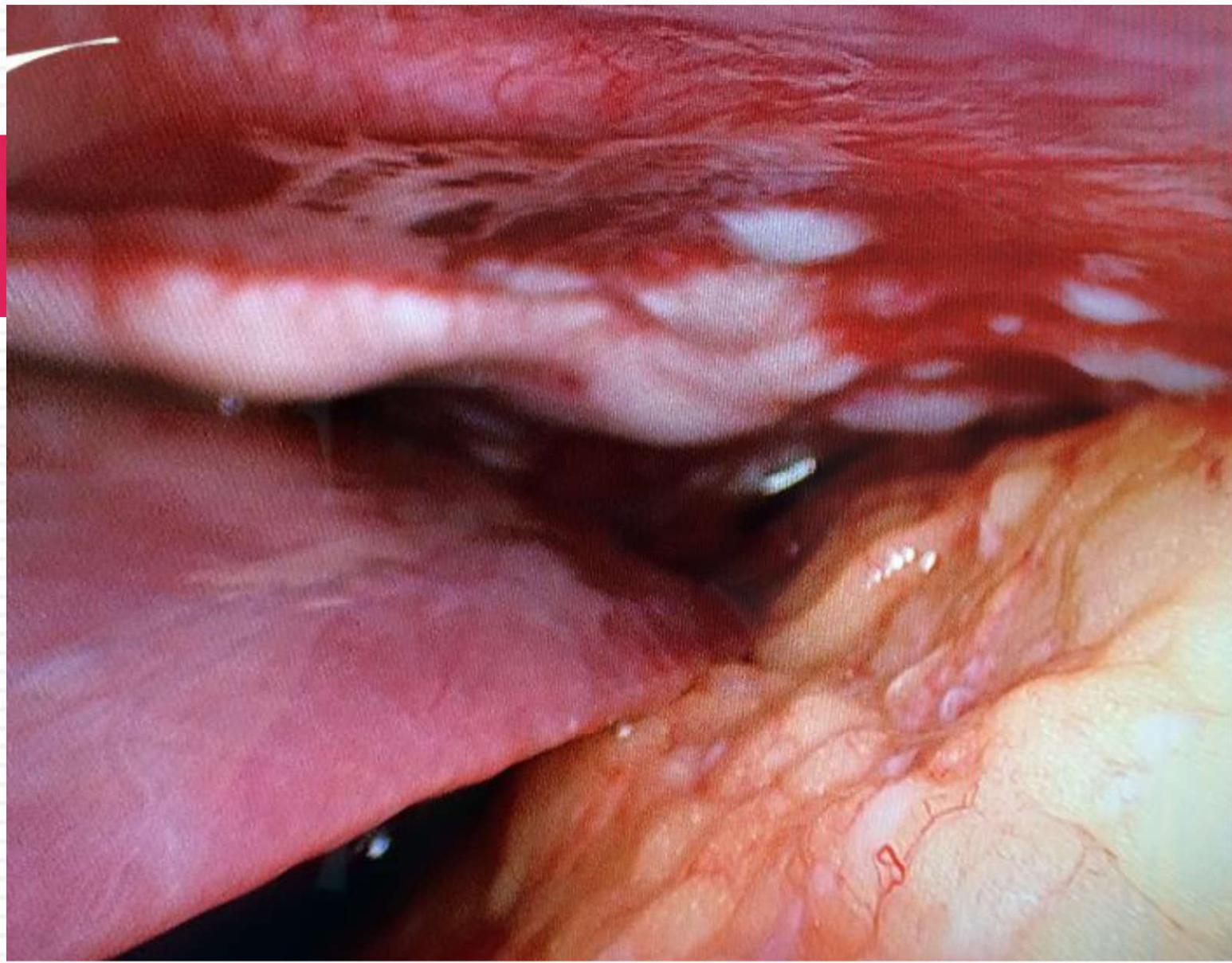
“Sem benefício na sobrevida”

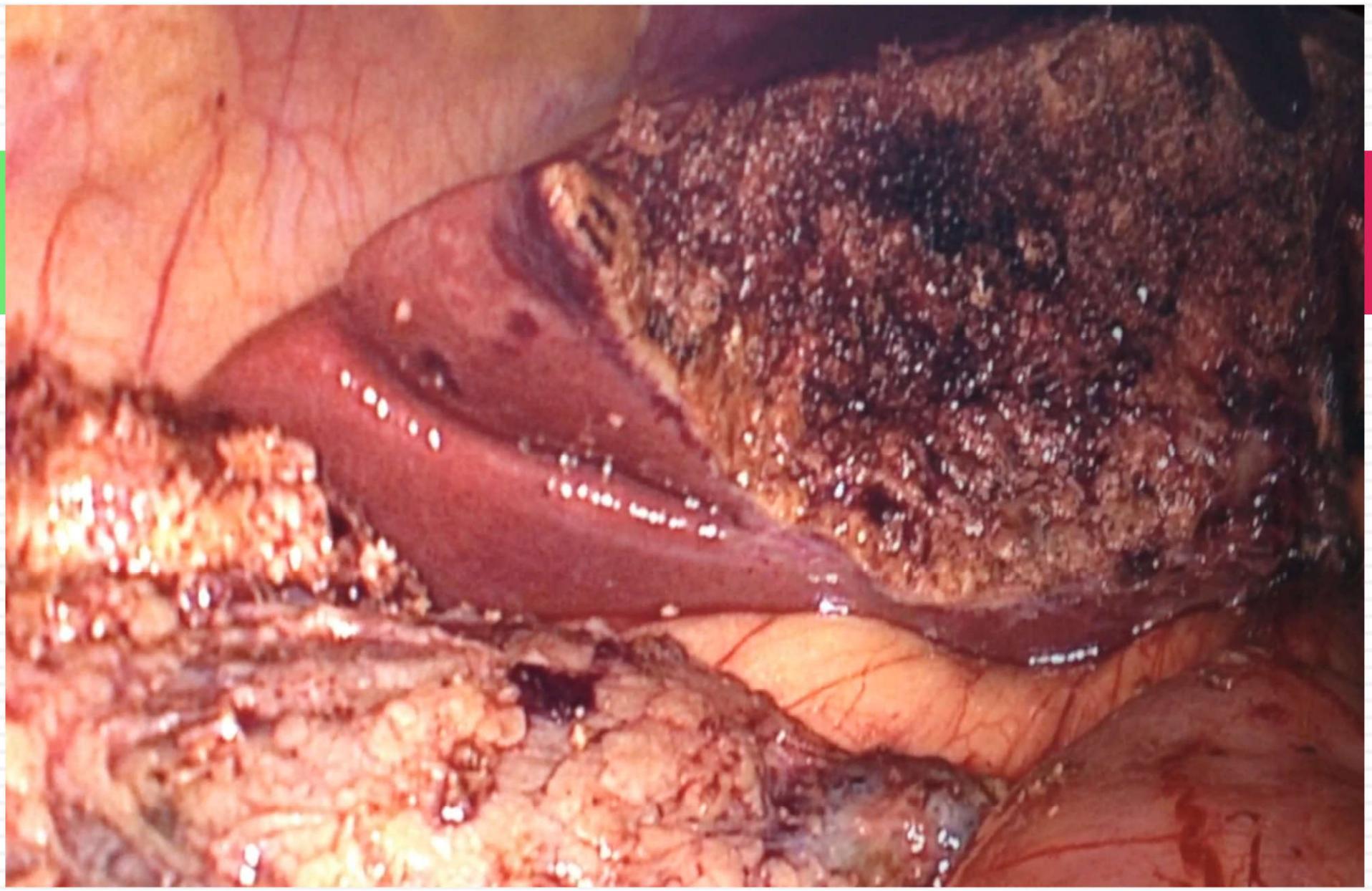
- Tronco celíaco (9)
- Artéria mesentérica superior (14)
- Para-aórtico (16)



Tratamento videolaparoscópico

- Centros especializados
- Adequada amostra nodal portal e aortocaval
- Margem de ressecção R0
- Ressecção e reconstrução da via biliar







Extensão da ressecção primária



T1b-T2

Cirurgia radical

Ressecção da vesícula + parênquima hepático

Ressecção da via biliar

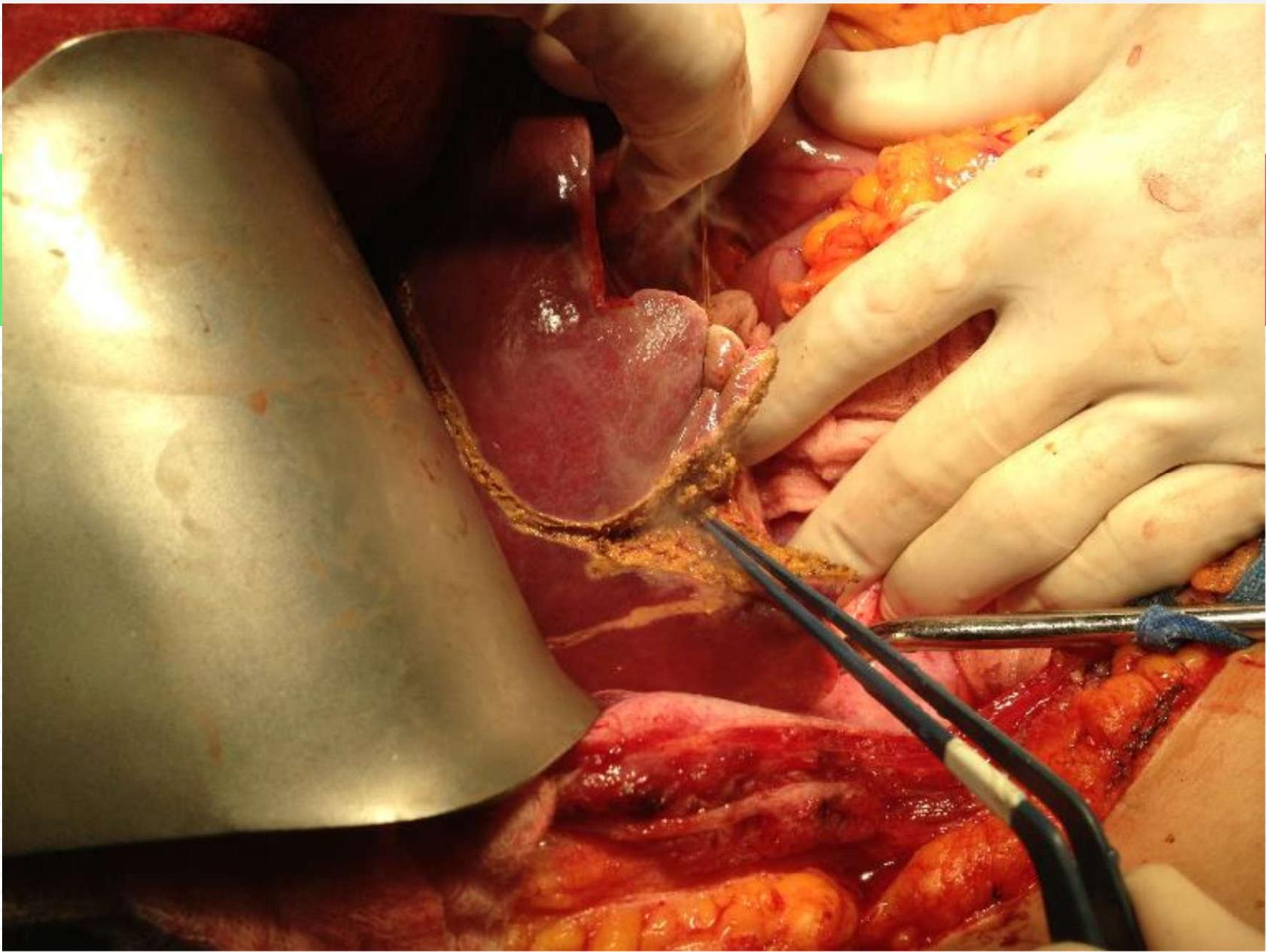
Envolvimento grosseiro por contato direto

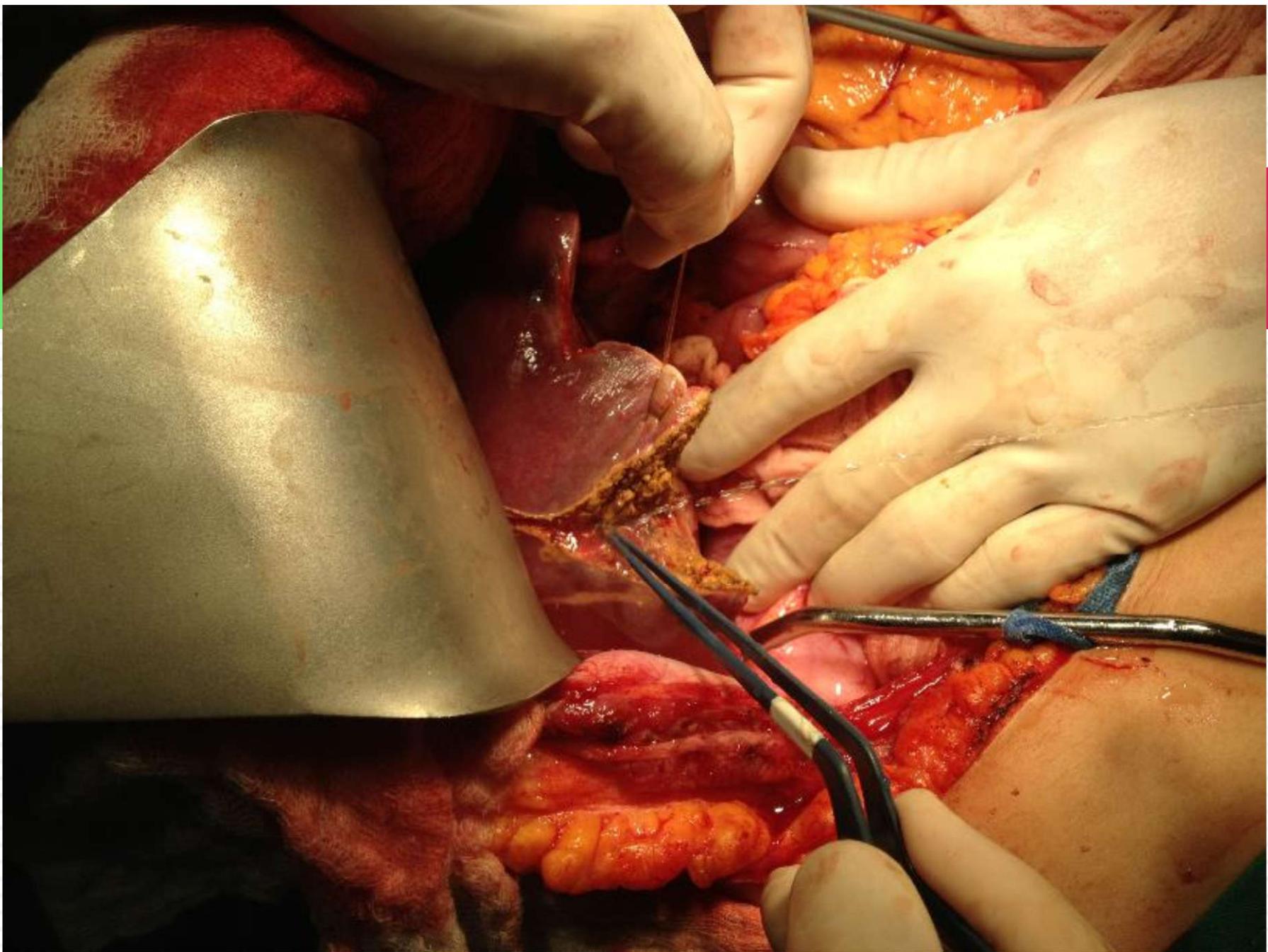
Envolvimento microscópico (Margem cístico positiva)

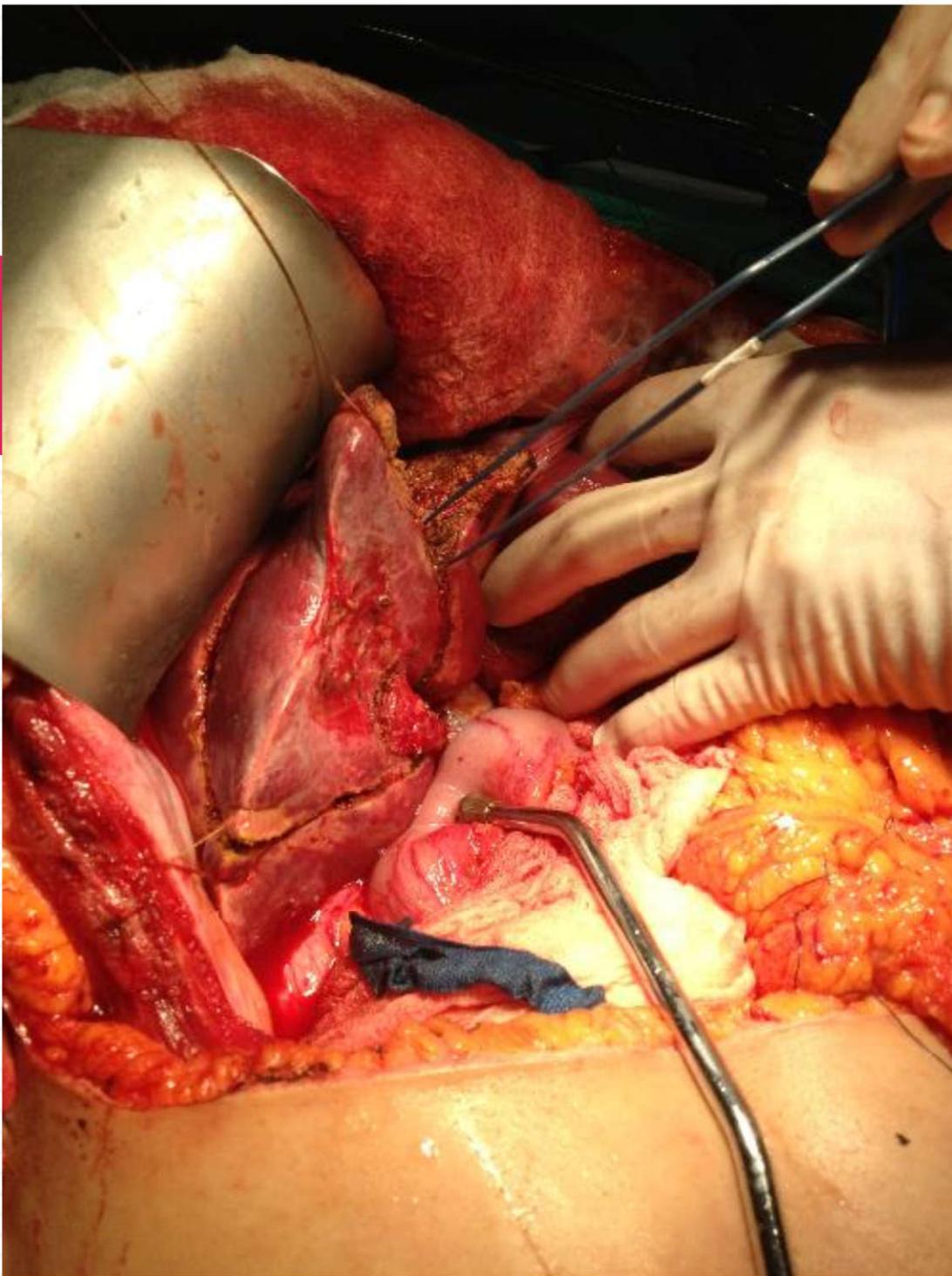
Envolvimento da via biliar

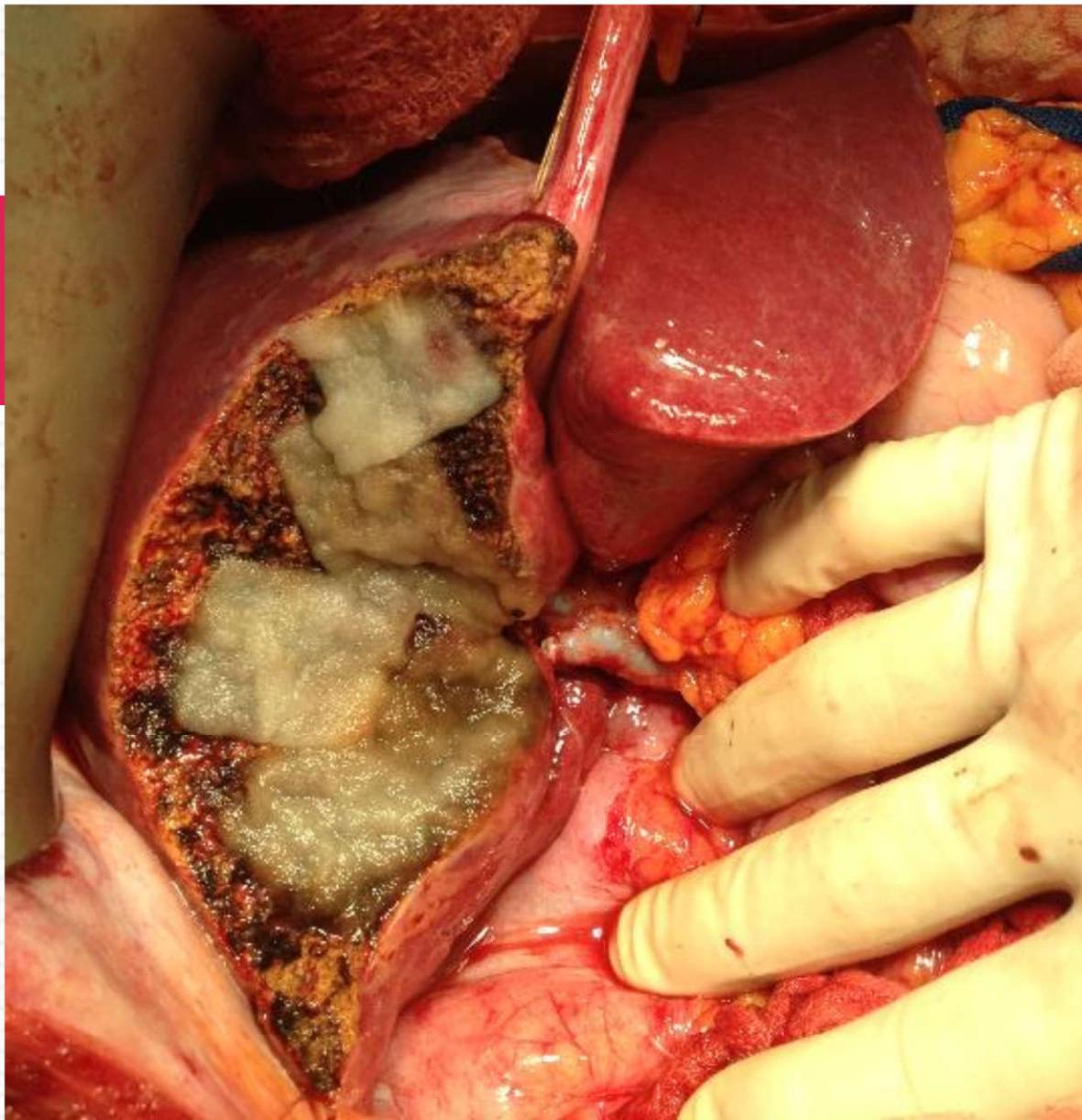
Mal prognóstico

Associado com invasão linfática









Doença localmente avançada

Envolvimento de órgãos adjacentes

T3-T4

Extensão da ressecção

Invasão direta (duodeno e cólon)

Não indica envolvimento nodal

Ressecção em bloco é possível (sem sobrevida)

Sobrevida a longo prazo (descrito)

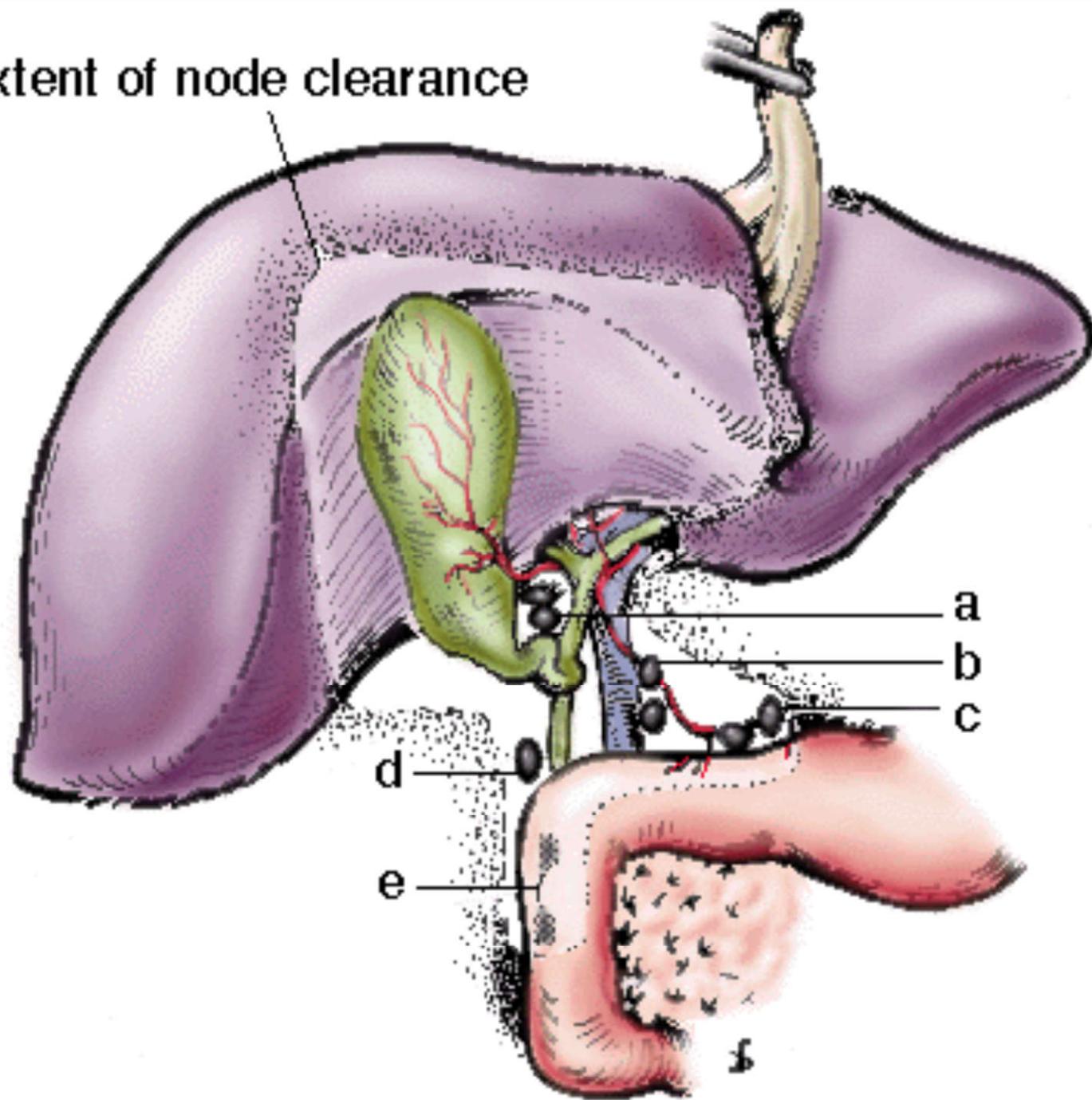
Cirurgia – pacientes aptos

Sobrevida

Biologia tumoral

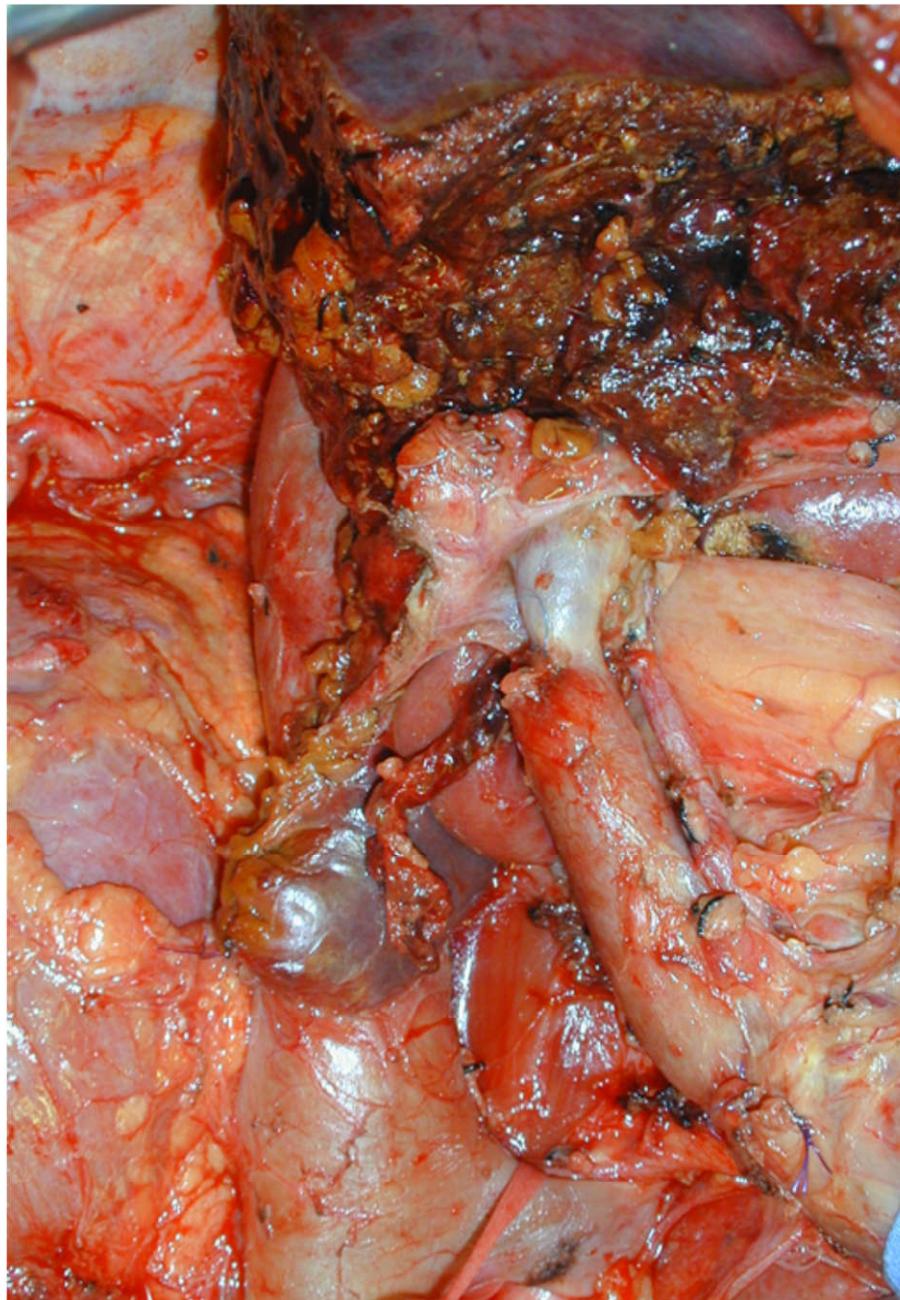
Estágio

Extent of node clearance



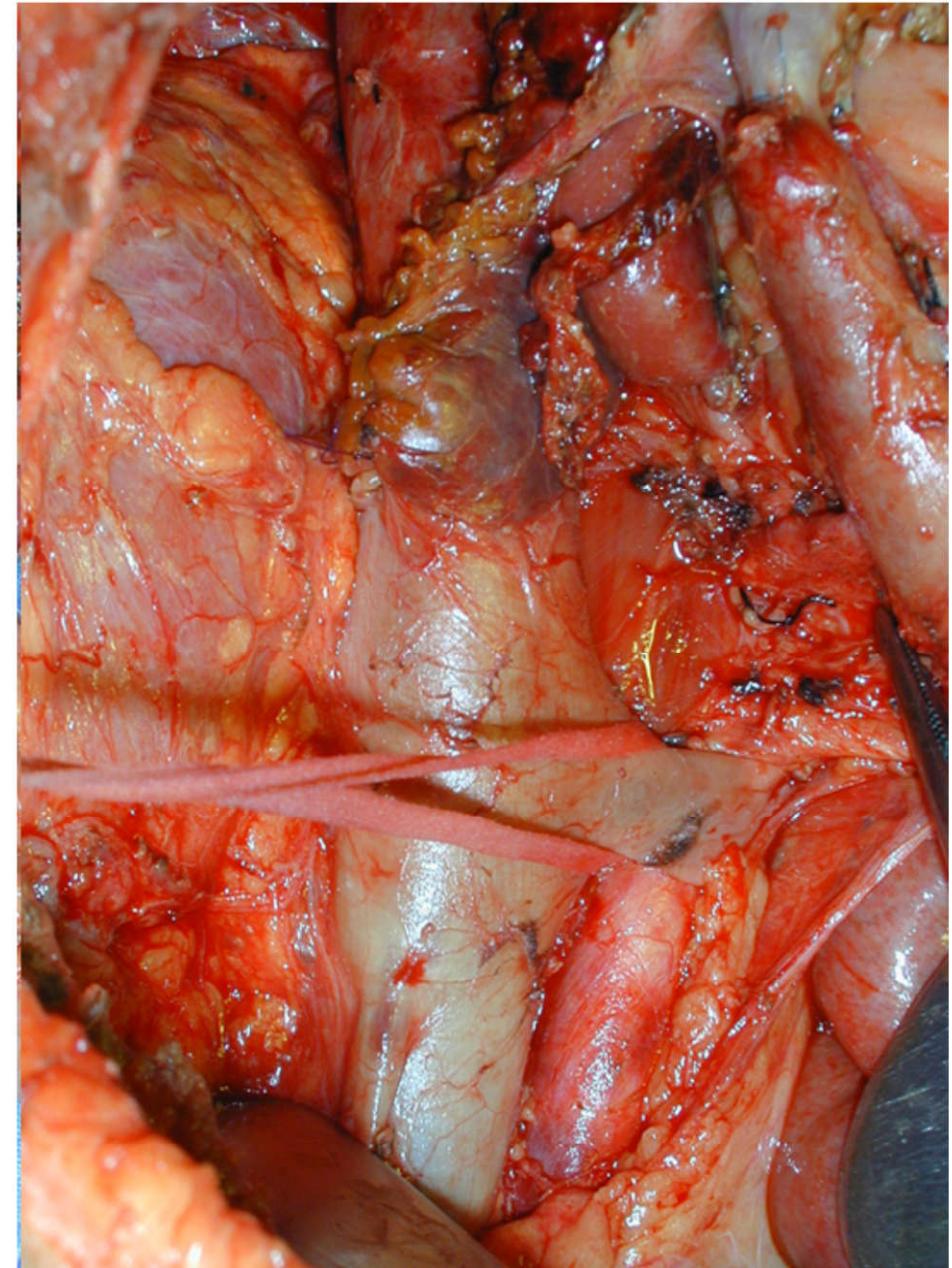
Extensão da linfadenectomia

- Linfonodo positivo – pior sobrevida
 - Biologia da doença
 - Qualidade da linfadenectomia
 - Coeficiente nodal
 - Estadiamento adequado – 6 linfonodos
 - Dissecção além dos linfonodos portais



- Hepatectomia direita estendida ao segmento IVb com linfadenectomia do pedículo hepático, associada à ressecção da via biliar.

- Linfadenectomia retropancreática e intercavaoártica.



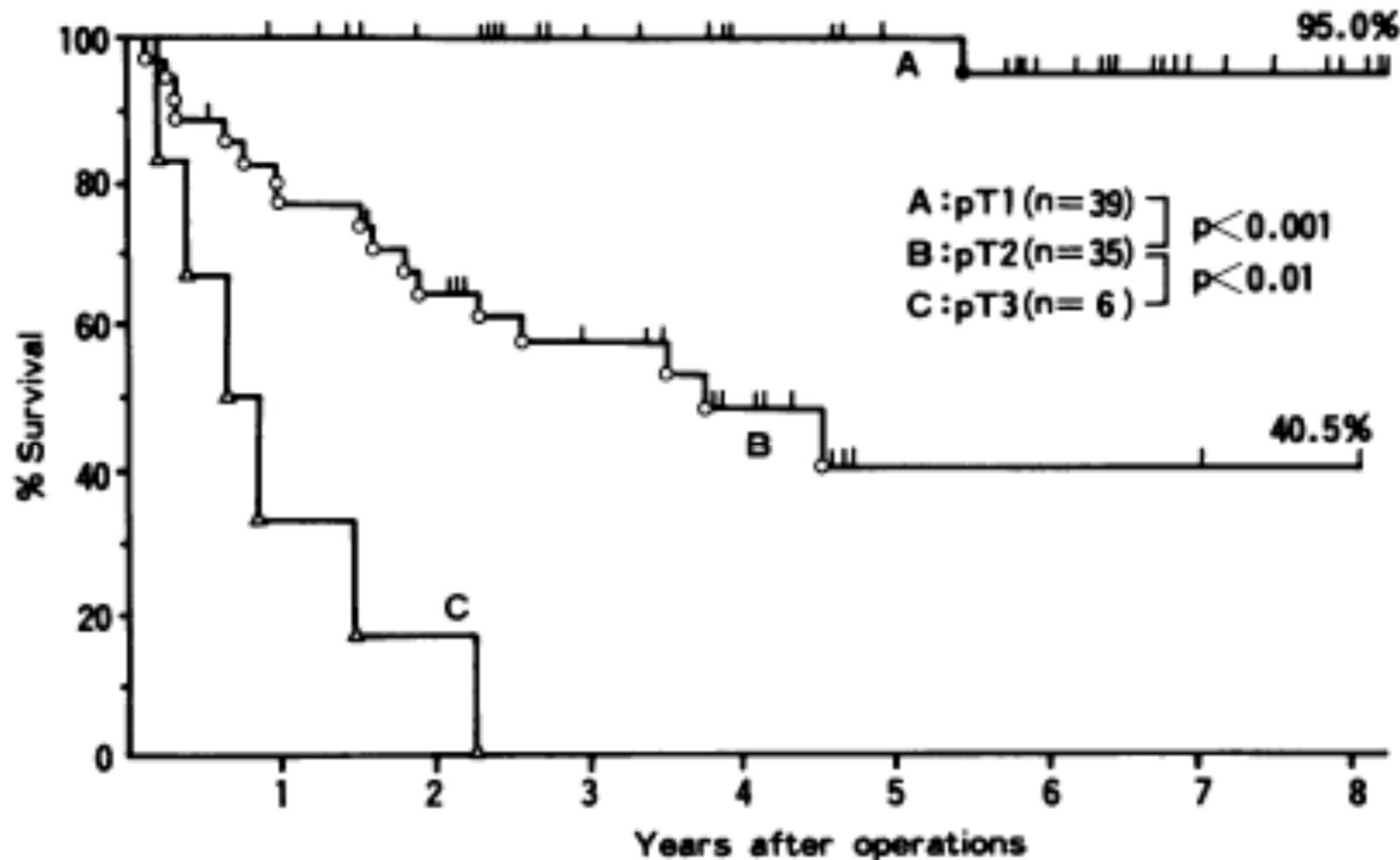
Carcinoma incidental

Incidência de doença residual

- 37,5% em T1
- 56,7% em T2
- 77,3% em T3

Re-ressecção associada com melhora da sobrevida
41% versus 15% (cinco anos)

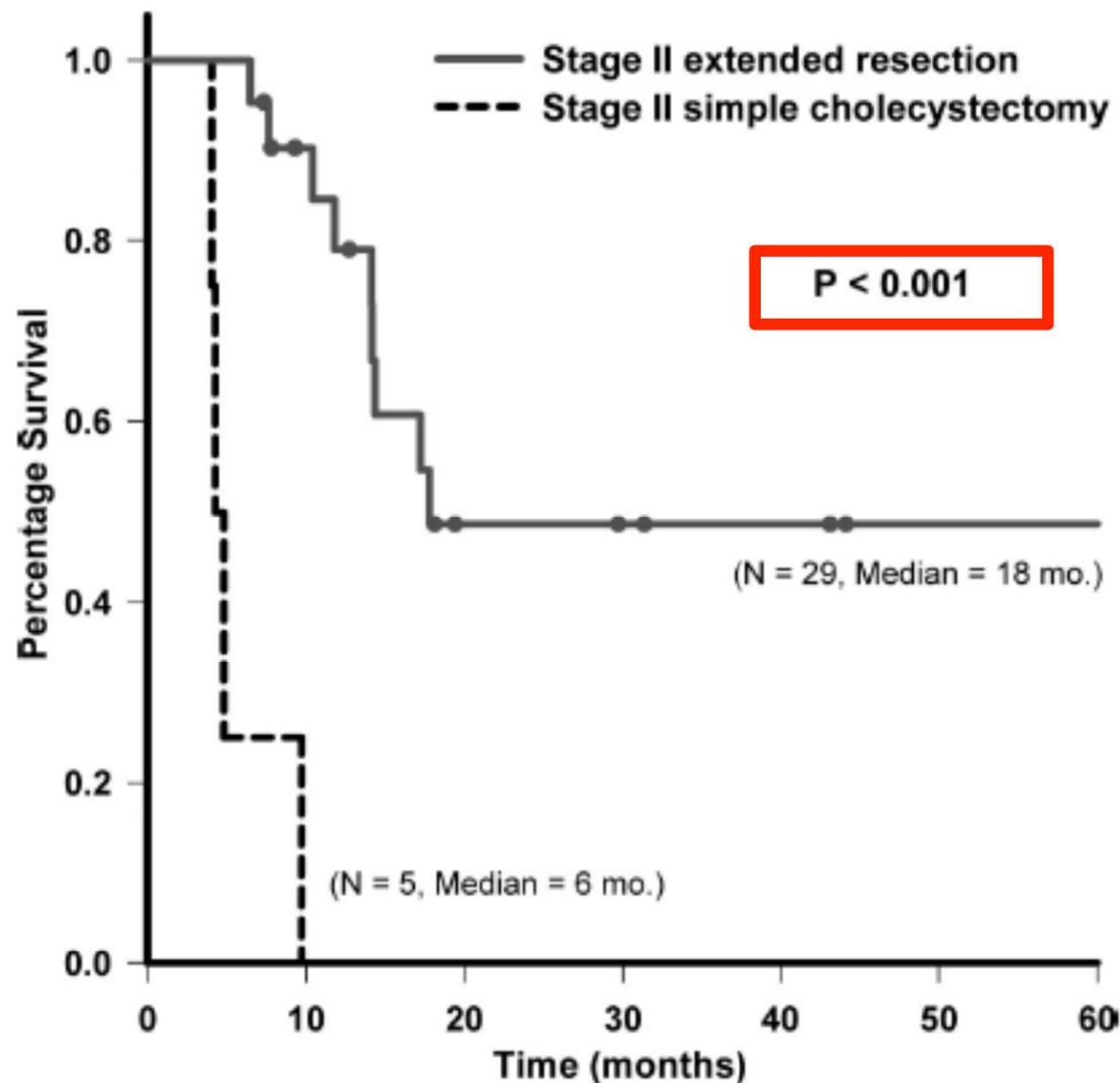
Tumores T1



- Curva de sobrevida (pT) em 80 pacientes com carcinoma inaparente

Carcinoma incidental

- 
- T1a Colecistectomia
 - T1b Controverso
 - Sobrevida em 5 anos (87,5% versus 61,3%)
 - T2 e T3 Re-ressecção



Avaliação pré-operatória

PET-CT Controverso

Alterou a conduta em 13% dos pacientes (MSKCC)

Alterou a conduta em 38% dos pacientes (Chile)

T2 e T3 Re-ressecção

Corvera CU, et al. J Am Coll Surg 2008; 206:57–65.

Butte JM, et al. HPB 2009;11:585–591.



Excisão dos portais

- Ressecção em 54 pacientes
 - 1 tinha doença metastática (MSKCC)
 - Óbito por doença peritoneal generalizada
- Não está associado com melhora da sobrevida
- Hérnia incisional

ORIGINAL ARTICLE

Gallbladder Cancer: expert consensus statement

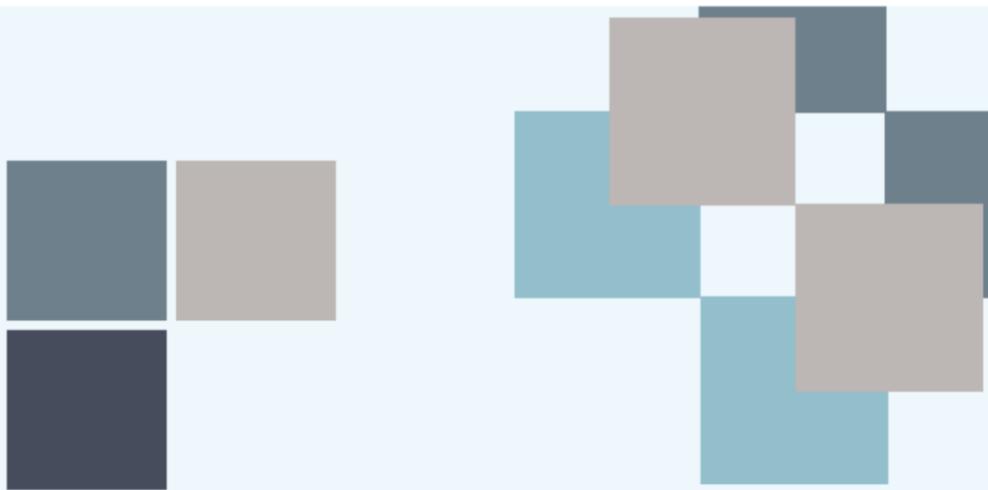
Thomas A. Aloia¹, Nicolas Járufe², Milind Javle³, Shishir K. Maithel⁴, Juan C. Roa⁵, Volkan Adsay⁶, Felipe J. F. Coimbra⁷ & William R. Jarnagin⁸

¹Department of Surgical Oncology, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA, ² Department of Digestive Surgery, School of Medicine, Catholic University of Chile (Pontificia Universidad Católica de Chile), Santiago, Chile, ³Department of GI Medical Oncology, University of Texas MD Anderson Cancer Center, Houston, TX, USA, ⁴Department of Surgery, Winship Cancer Institute, Emory University, Atlanta, GA, USA, ⁵Department of Digestive Surgery, School of Medicine, Catholic University of Chile (Pontificia Universidad Católica de Chile), Santiago, Chile, ⁶Department of Pathology and Laboratory Medicine, Winship Cancer Institute, Emory University, Atlanta, GA, USA, ⁷Department of Abdominal Surgery, AC Camargo Cancer Centre, São Paulo, Brazil, and ⁸Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, NY, USA

Abstract

An American Hepato-Pancreato-Biliary Association (AHPBA)-sponsored consensus meeting of expert panellists was convened on 15 January 2014 to review current evidence on the management of gallblad-

Curso de Cirurgia Hepatobilíopancreática do CB IHPBA – Região Sudeste



Neoplasia da vesícula biliar

Casos clínicos

Caso clínico 1

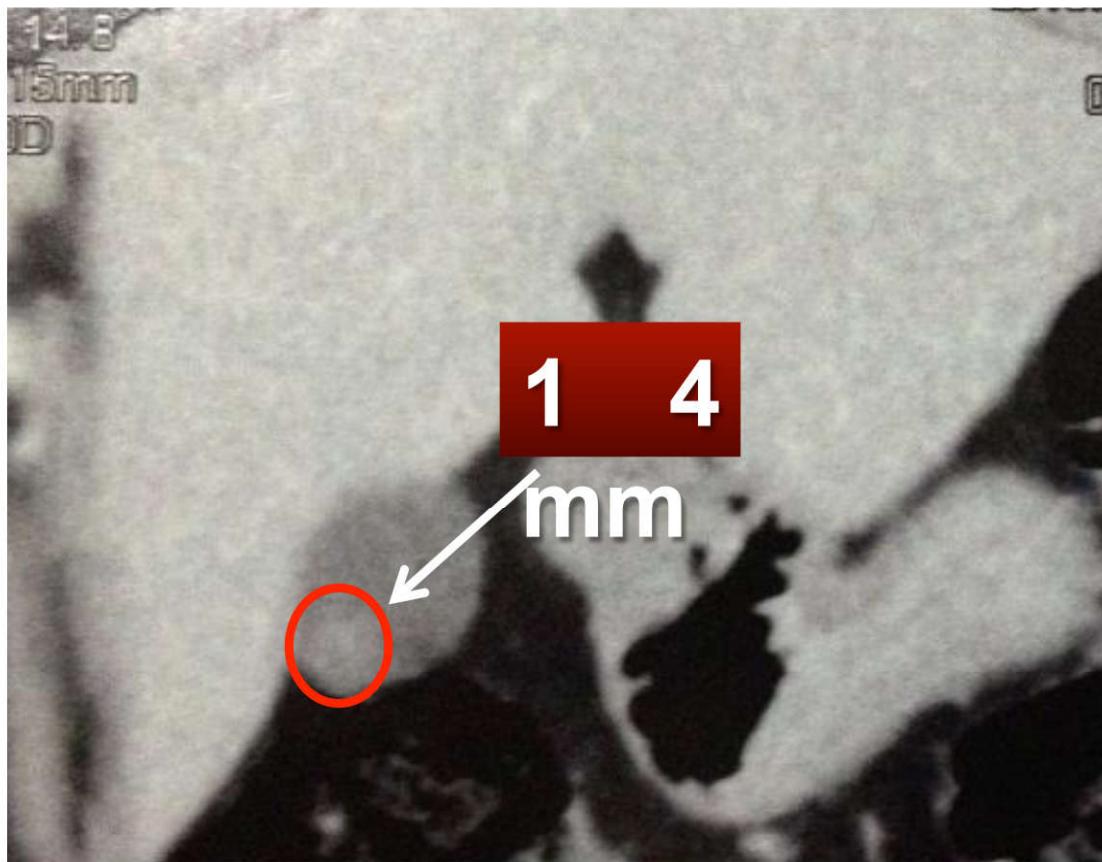
Paciente sexo feminino, 43 anos.

História de plenitude gástrica. Nega: icterícia, perda de peso, dor abdominal. Realizou EDA: Gastrite leve de antro. US: lesão polipóide de vesícula biliar (14 mm).

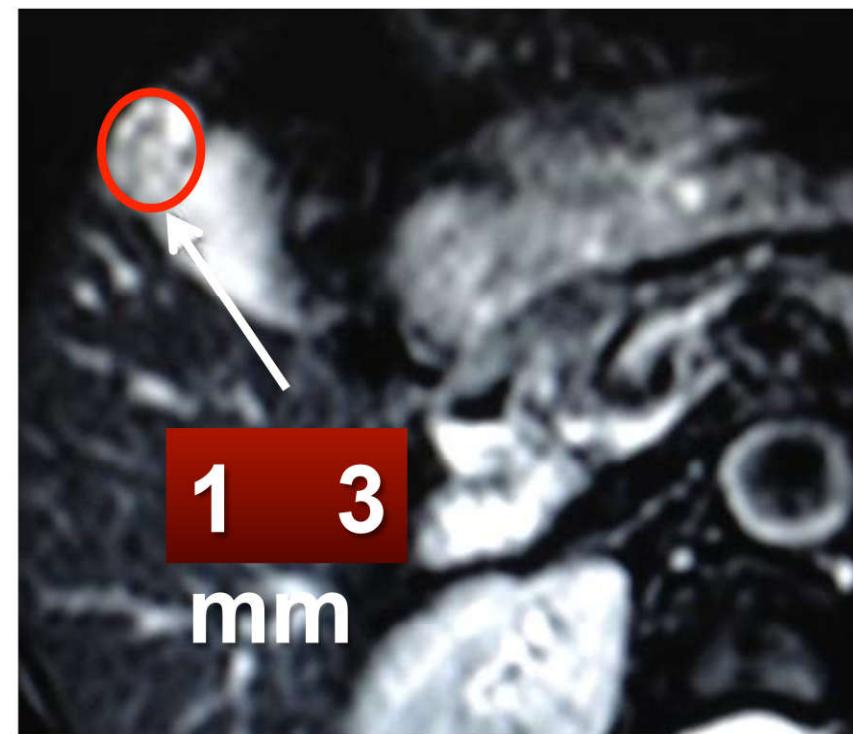
TC + RNM

Sem outras comorbidades

Tomografia



RNM

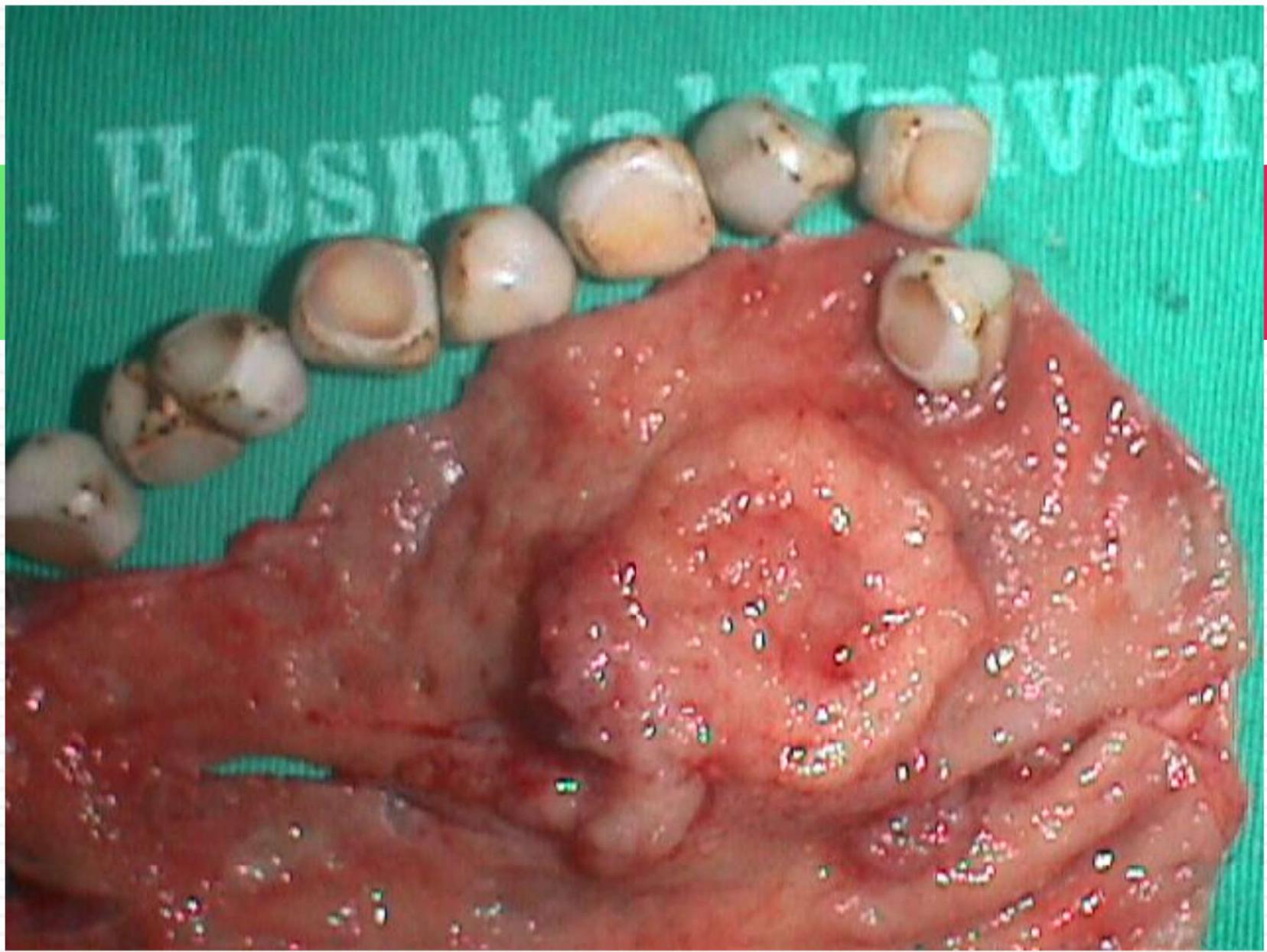


Conduta:

- a) RNM após seis meses
- b) Colecistectomia simples videolaparoscópica
- c) Colecistectomia aberta
- d) Colecistectomia ampliada aberta
- e) Hepatectomia IVb + V + Linfadenectomia
- f) Outra conduta

Caso clínico 2

Residentes de Cirurgia do Aparelho digestivo, realizam uma colecistectomia videolaparoscópica na sala ao lado. Você é chamado para avaliar a vesícula biliar aberta:





Você é informado que extravasou um pouco de bile na pinça do fundo da vesícula e que a vesícula foi retirada sem proteção, através do portal umbilical.

Conduta:

- a) Laparotomia exploradora imediata**
- b) Biópsia de congelação da peça operatória**
- c) Conduta clínica (estudo com parafina) e reavaliação após 30 dias.**
- d) Conduta clínica (estudo com parafina) e reavaliação após 90 dias**
- e) Outra conduta**

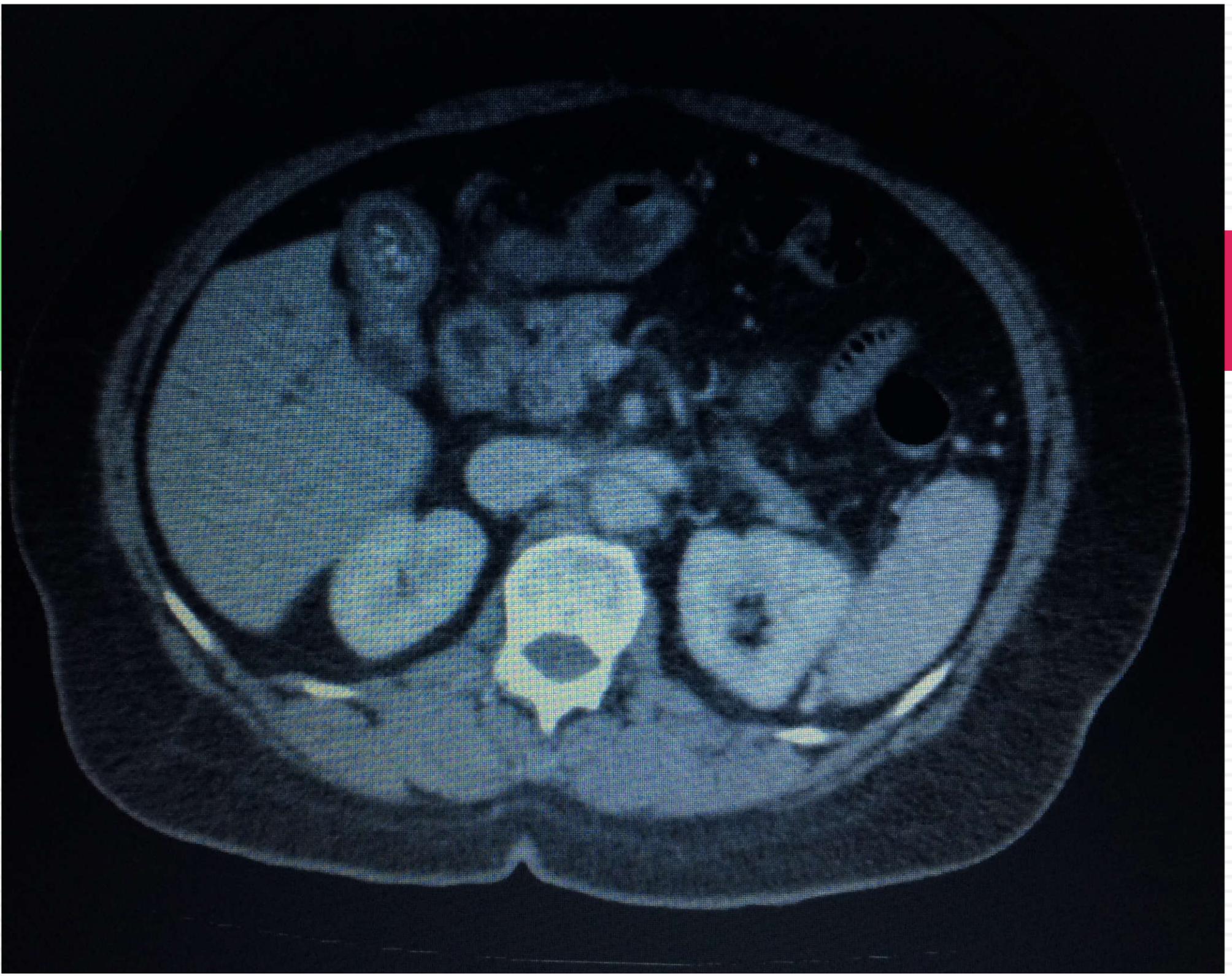
Caso clínico 3

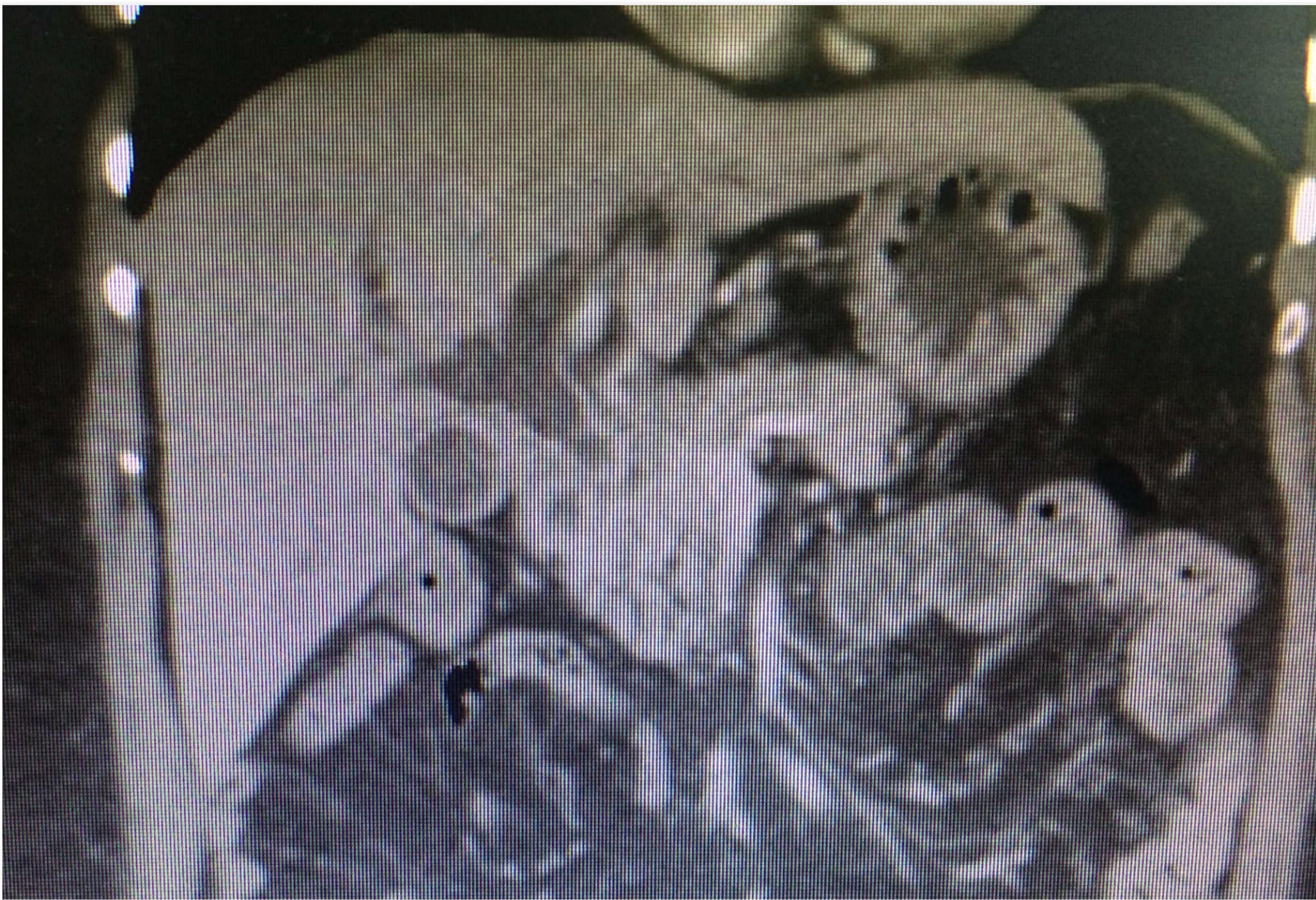
Paciente sexo feminino, 53 anos.
Epigastralgia, desconforto abdominal,
icterícia (+++/4+).

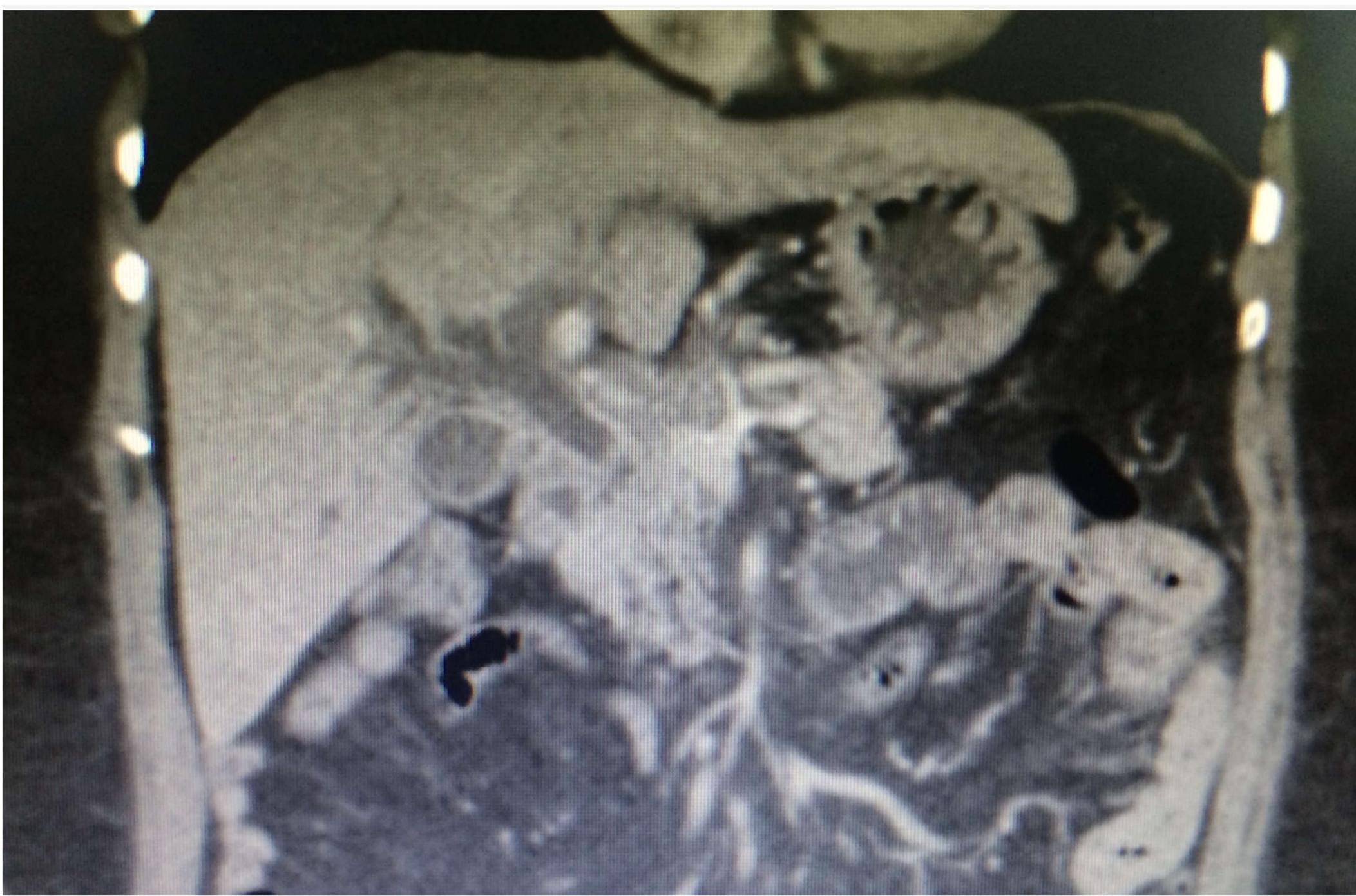
Estado geral bom.

Tomografia:







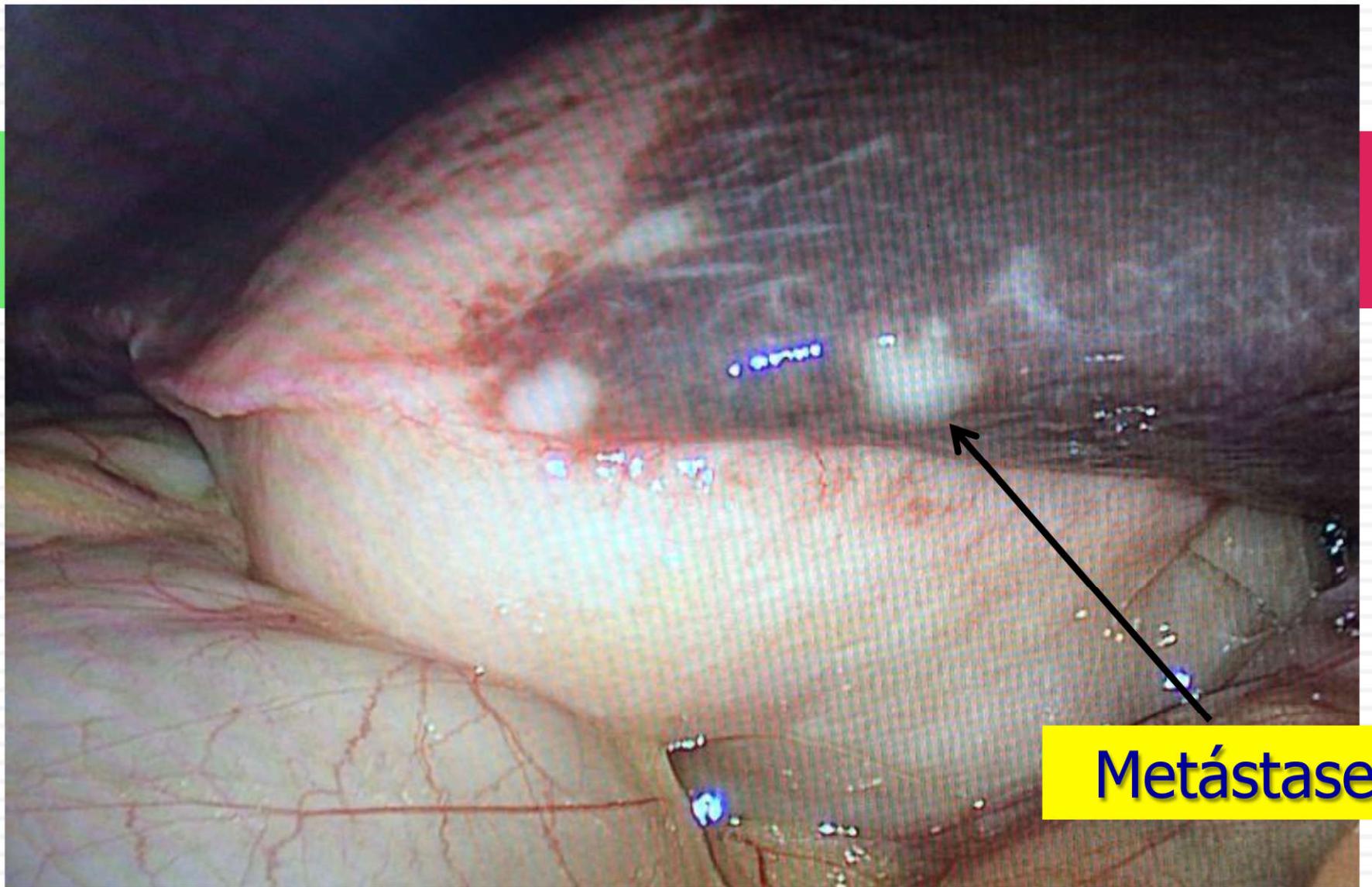


Conduta:

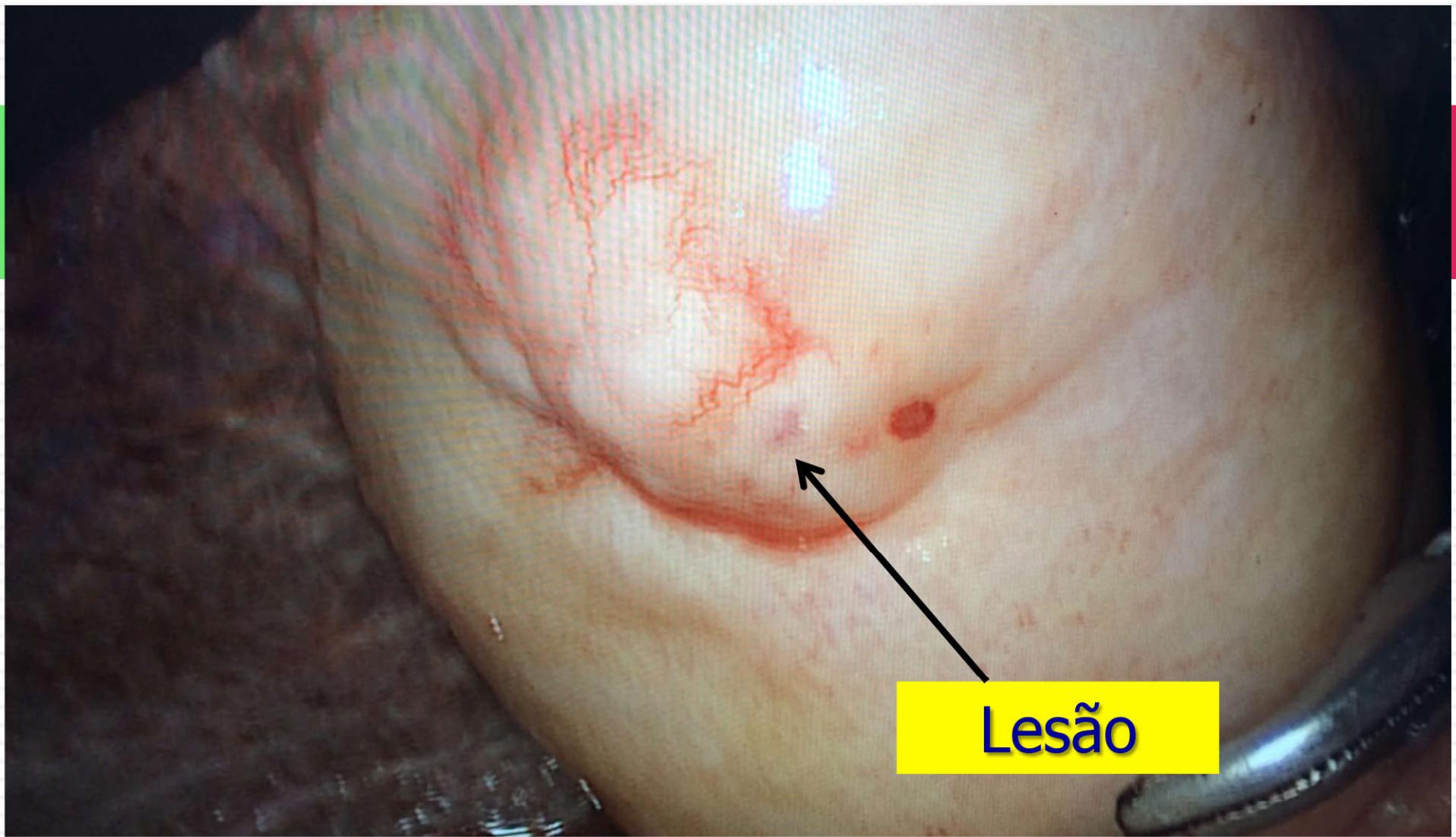
- a) CPRE + Prótese
- b) Laparoscopia + Biópsia
- c) Laparotomia + derivação BD + Biópsia
- d) Laparotomia + Congelação + Hepatectomia + BD
- e) Outra conduta

Caso clínico 4

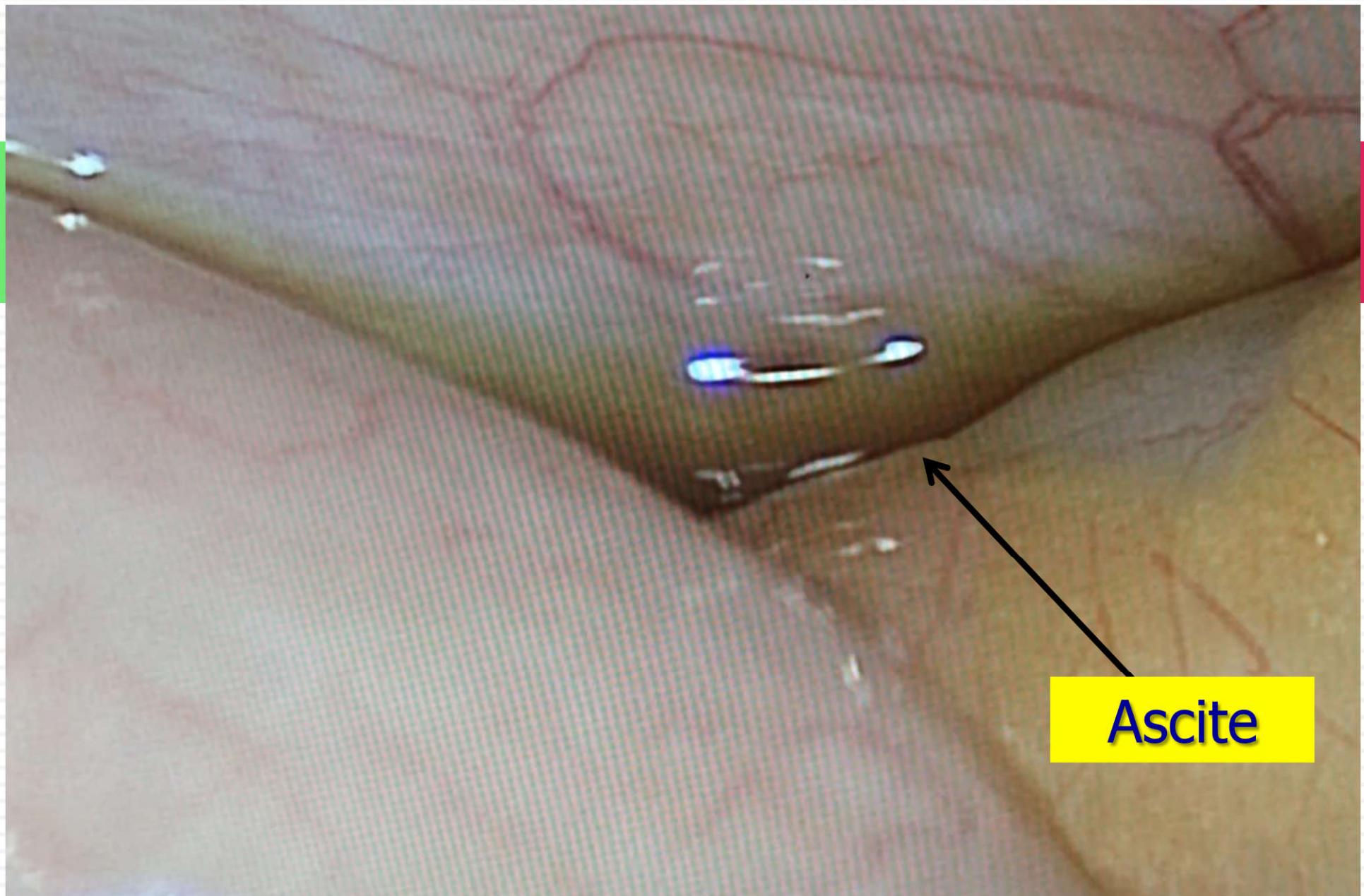
Paciente sexo feminino, 48 anos. Epigastralgia, desconforto abdominal, icterícia (+/++++). É internada e uma tomografia evidencia pequena ascite, espessamento da parede da vesícula, estreitamento da via biliar. Cirurgião da urgência fez uma laparoscopia:



Metástase



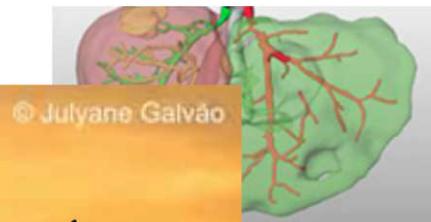
Lesão



Ascite

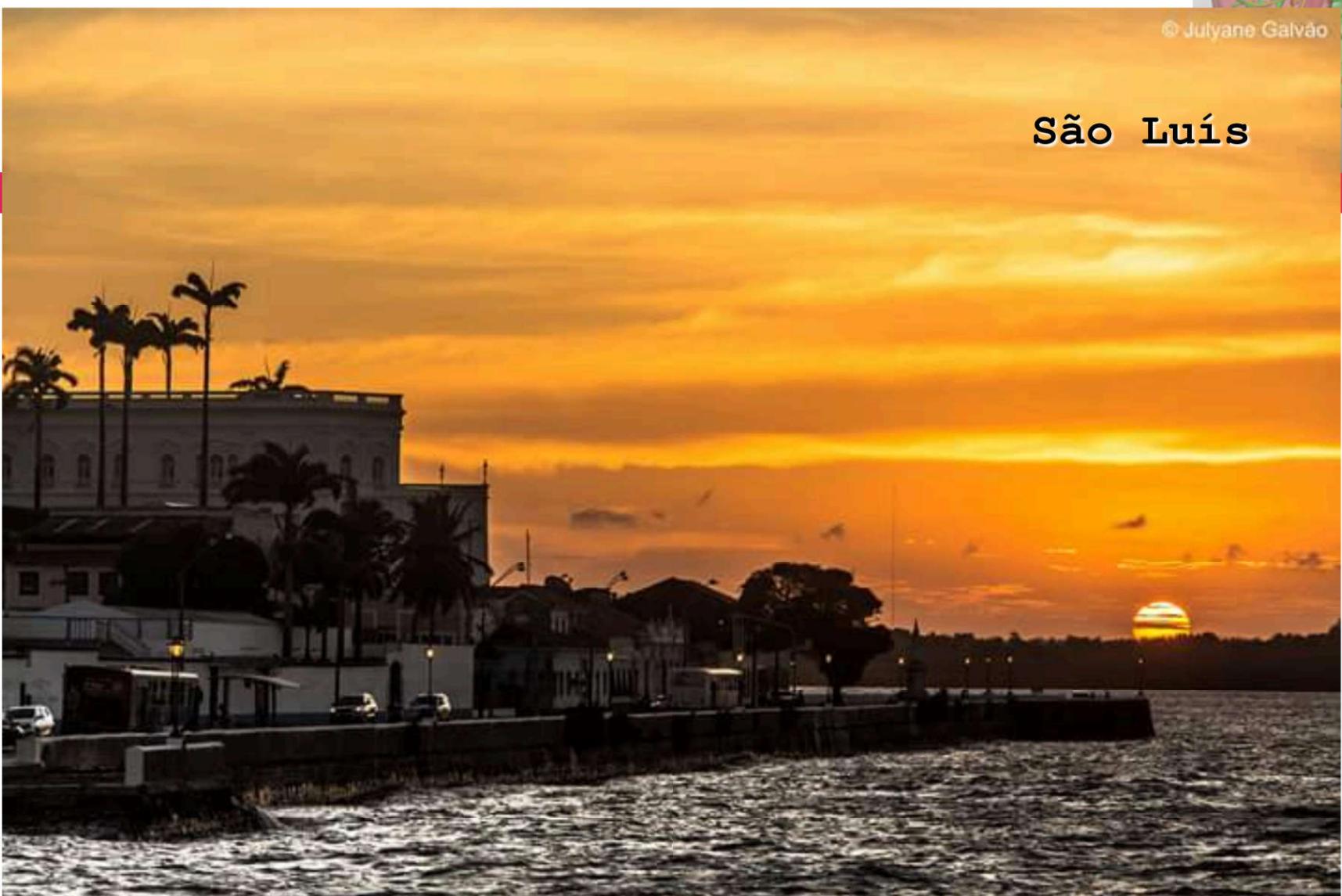


Estado geral bom
Sem comorbidades
Exames laboratoriais sem alterações



© Julyane Galvão

São Luís



IHPBA 2016 · SÃO PAULO
12TH WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL
Hepato-Pancreato-Biliary Association
April 20-23 2016 - Brazil
SHERATON WTC - SÃO PAULO

Obrigado !