



XVI Semana Brasileira do Aparelho Digestivo

XVI SBAD

11 a 15 de novembro de 2017

CICB | Brasília | DF

CÂNCER DA VESÍCULA BILIAR: CONDUITA NO ACHADO INCIDENTAL

Orlando Jorge M. Torres

Professor Titular

Chefe do Serviço de Cirurgia do Aparelho Digestivo
Universidade Federal do Maranhão

CÂNCER INCIDENTAL DA VESÍCULA BILIAR

- ❑ Doença detectada no pré-operatório

 - Suspeita

 - Extensa

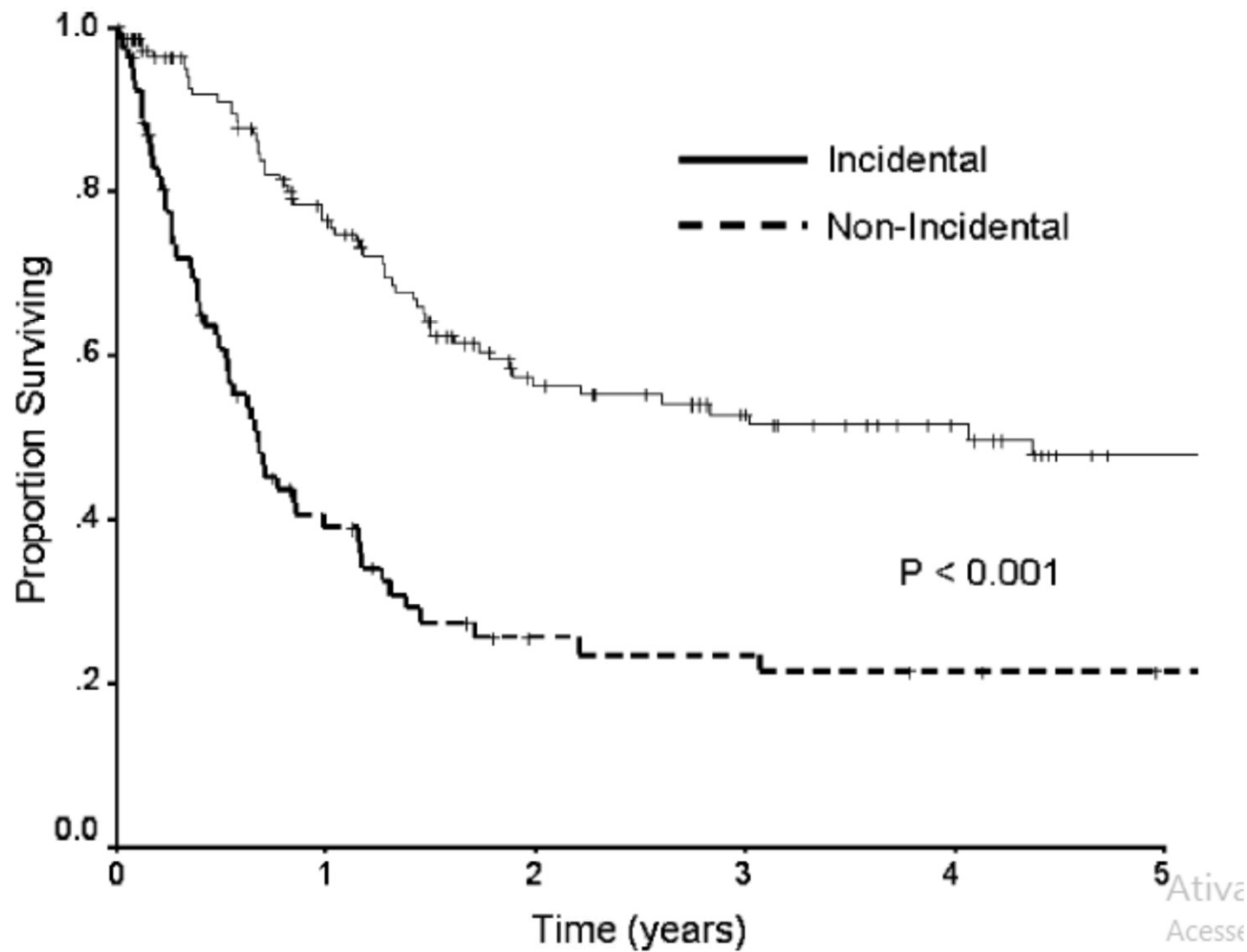
- ❑ Achado durante a colecistectomia

 - Doença limitada

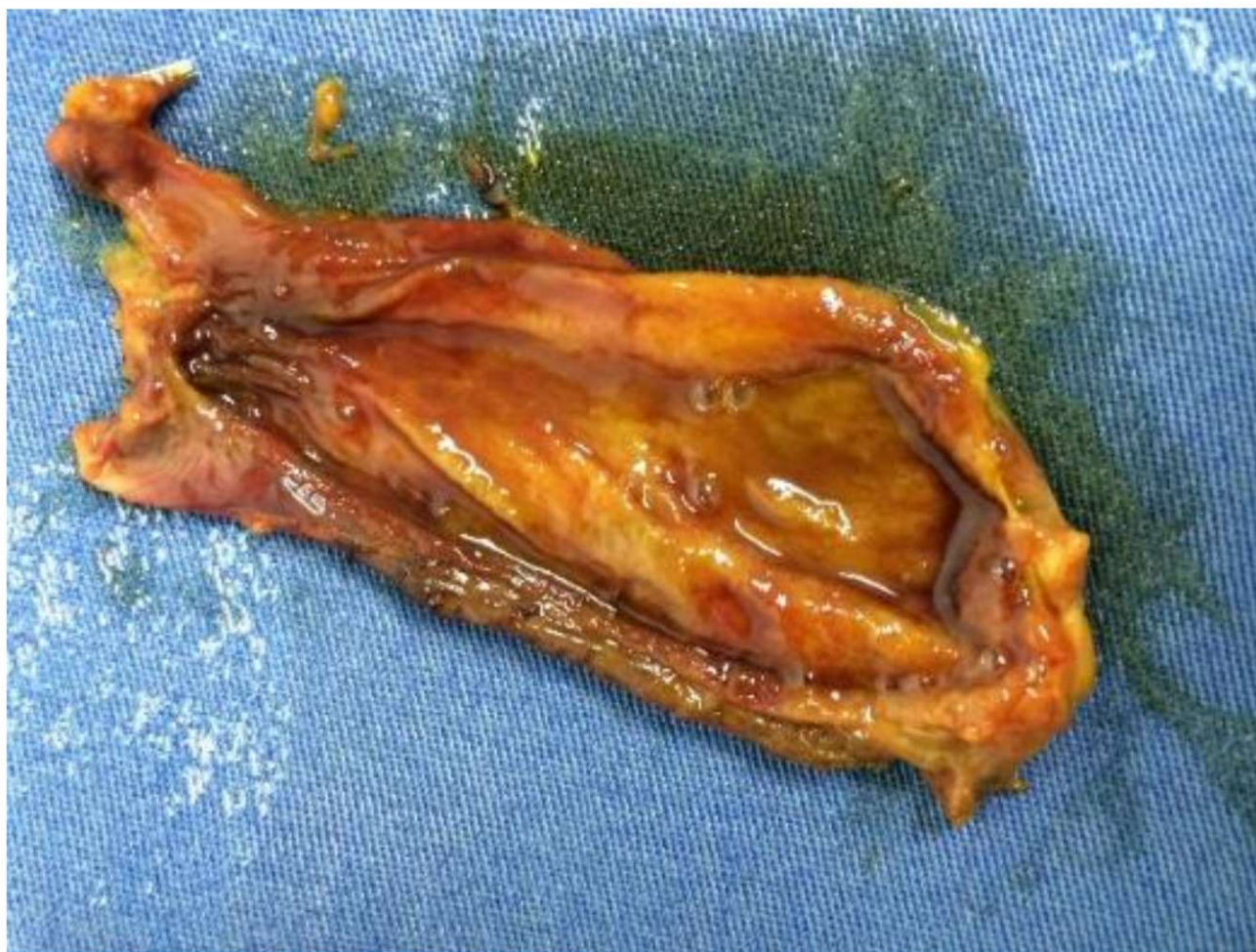
 - Doença extensa

- ❑ Diagnóstico na biópsia da colecistectomia

CÂNCER INCIDENTAL DA VESÍCULA BILIAR

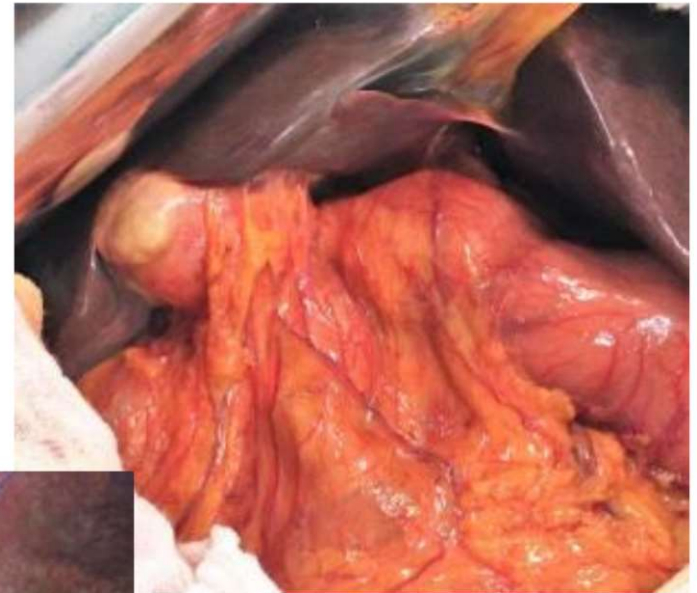
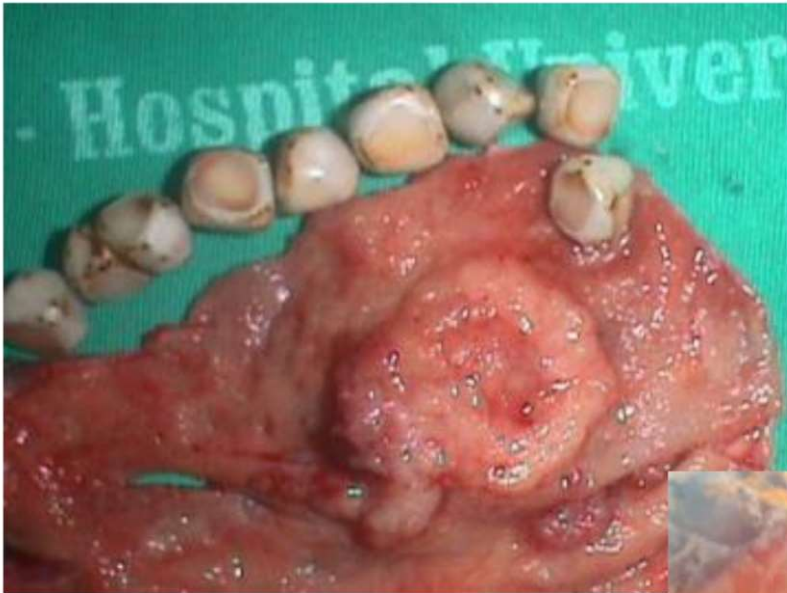


RISCO ELEVADO



Inspeção sistemática da vesícula

CÂNCER INCIDENTAL DA VESÍCULA BILIAR



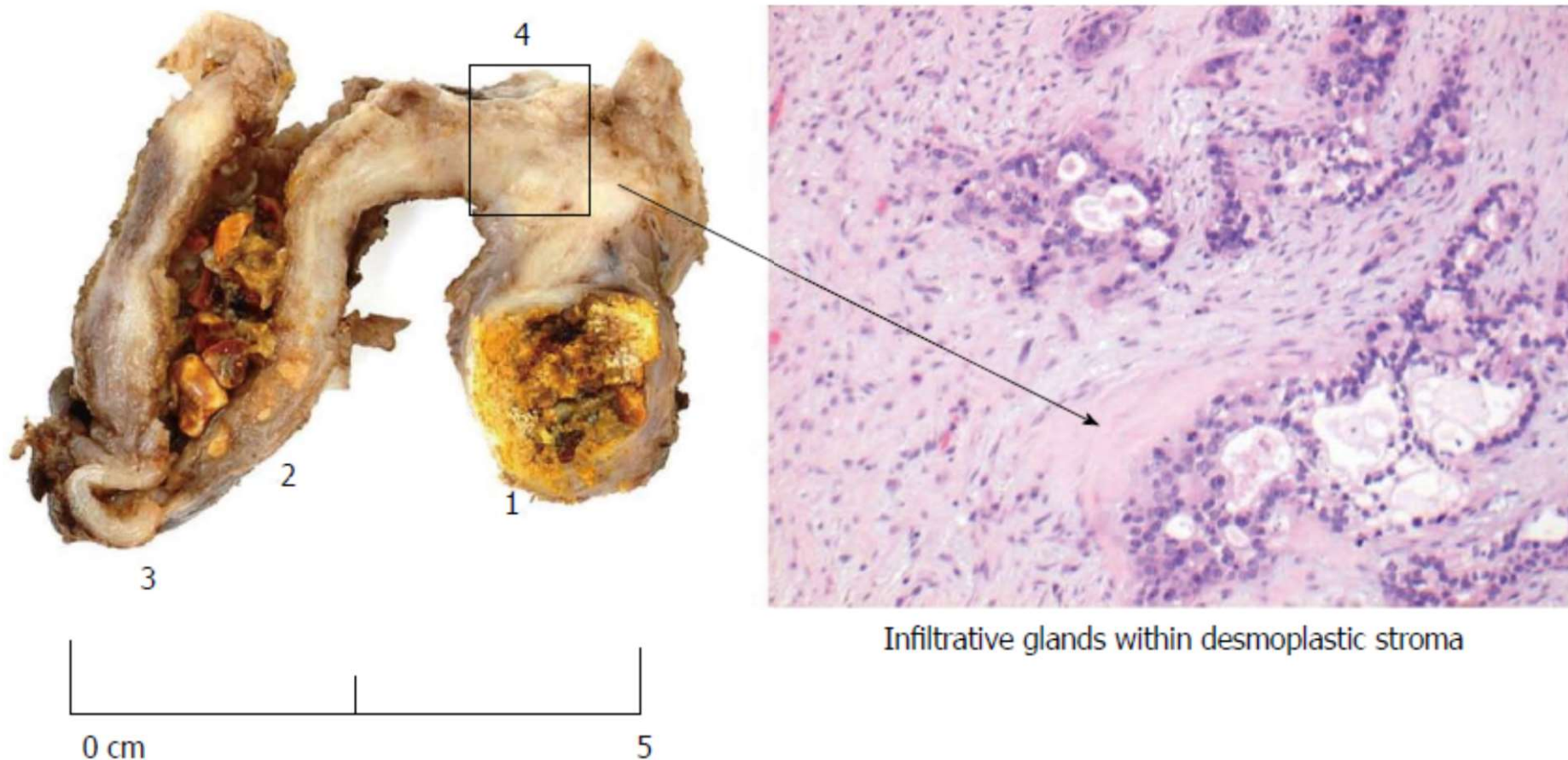
INSPEÇÃO SISTEMÁTICA DA VESÍCULA

☐ LESÃO SUSPEITA

- Congelação
- Confirmação
- Cirurgia
- Referenciado

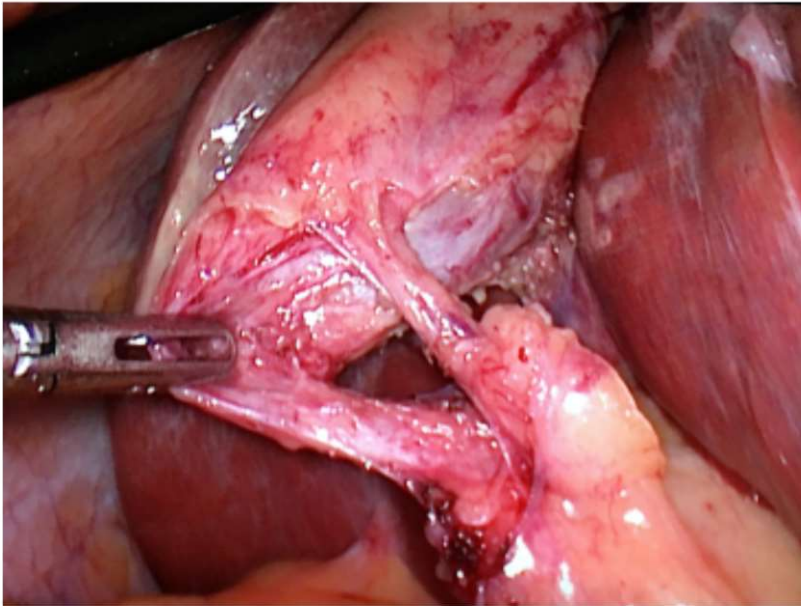


CÂNCER INCIDENTAL DA VESÍCULA BILIAR



- ❑ 1. Cálculos de colesterol impactado
- ❑ 2. Seios de RA contendo cálculos impactados
- ❑ 3. Colecistite crônica
- ❑ 4. Câncer de vesícula

CÂNCER INCIDENTAL DA VESÍCULA BILIAR



❑ Detalhes da cirurgia realizada

Via de acesso (laparoscopia)

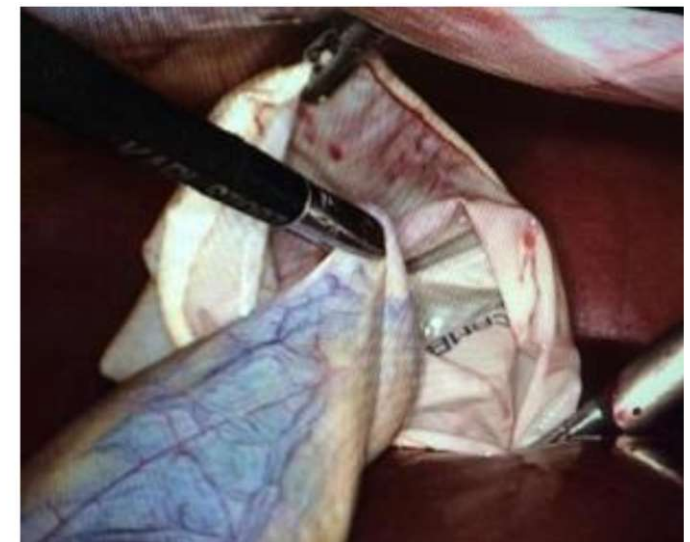
Suspeita (fator de risco)

Colecistite

Perfuração da vesícula (extravasamento de bile)

Retirada da vesícula (Bag)

Pneumoperitônio retirado usando o trocarte



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.

COLELITÍASE E CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR

CHOLELITHIASIS AND GALLBLADDER CARCINOMA

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC – MA¹

Lia Raquel de Alcântara Caldas²

Rodrigo Palácio de Azevedo²

Ricardo Lima Palácio²

Maria Luisa dos Santos Rodrigues³

José Anselmo Cordeiro Lopes⁴

RESULTADOS

Entre os 2.008 pacientes submetidos à colecistectomia, havia 1.649 do sexo feminino (82,1%) e 359 do sexo masculino (17,9%), com idade variando entre 5 e 99 anos (média de 46,3 anos).

A frequência das lesões observadas evidenciou 2,3% de câncer da vesícula biliar (46 pacientes) e está representada na Tabela 1.

Tabela 1

Resultado do estudo anatomopatológico da vesícula biliar.

	Nº	%
Colecistite aguda	32	1,6
Colecistite crônica	1.928	96,0
Câncer	46	2,3
Adenoma	2	0,1

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

- ❑ > 10 mm
- ❑ Idade > 40 anos

VAZAMENTO DE BILE

- ❑ 136 pacientes com câncer de vesícula
 - ❑ Com extravasamento de bile:
 - Sobrevida livre de doença – 20,9 meses
 - Sobrevida global – 25,8 meses
 - ❑ Sem extravasamento de bile
 - Sobrevida livre de doença – 71,4 meses
 - Sobrevida global – 72,6
- $p < 0,05$

ICTERÍCIA



Doença disseminada ?

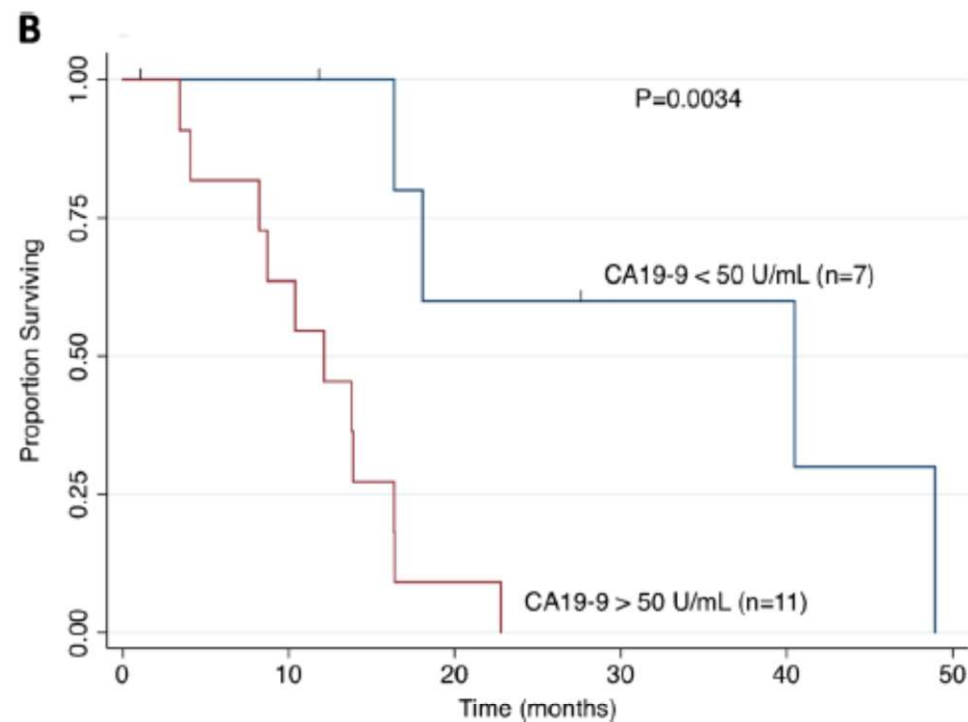
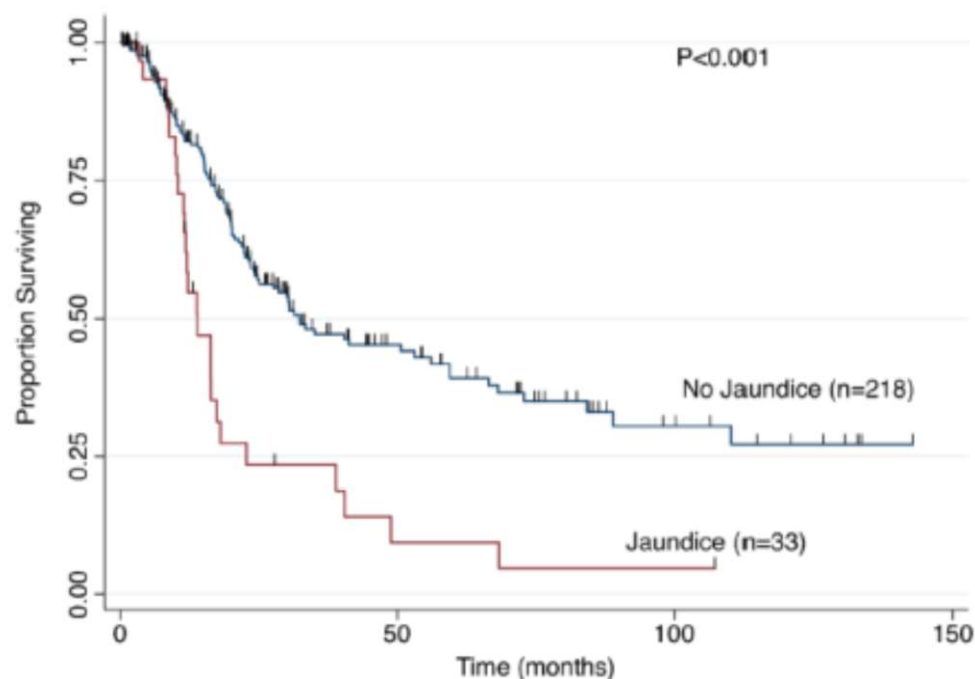
ICTERÍCIA

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



Gallbladder Cancer Presenting with Jaundice: Uniformly Fatal or Still Potentially Curable?

Thuy B. Tran¹ • Jeffrey A. Norton¹ • Cecilia G. Ethun² • Timothy M. Pawlik^{3,4} • Stefan Buettner³ • Carl Schmidt⁴ • Eliza W. Beal⁴ • William G. Hawkins⁵ • Ryan C. Fields⁵ • Bradley A. Krasnick⁵ • Sharon M. Weber⁶ • Ahmed Salem⁶ • Robert C. G. Martin⁷ • Charles R. Scoggins⁷ • Perry Shen⁸ • Harveshp D. Mogal⁸ • Kamran Idrees⁹ • Chelsea A. Isom⁹ • Ioannis Hatzaras¹⁰ • Rivka Shenoy¹⁰ • Shishir K. Maithel² • George A. Poultsides¹



Gallbladder Cancer Presenting with Jaundice: Uniformly Fatal or Still Potentially Curable?

Thuy B. Tran¹ • Jeffrey A. Norton¹ • Cecilia G. Ethun² • Timothy M. Pawlik^{3,4} • Stefan Buettner³ • Carl Schmidt⁴ • Eliza W. Beal⁴ • William G. Hawkins⁵ • Ryan C. Fields⁵ • Bradley A. Krasnick⁵ • Sharon M. Weber⁶ • Ahmed Salem⁶ • Robert C. G. Martin⁷ • Charles R. Scoggins⁷ • Perry Shen⁸ • Harveshp D. Mogal⁸ • Kamran Idrees⁹ • Chelsea A. Isom⁹ • Ioannis Hatzaras¹⁰ • Rivfka Shenoy¹⁰ • Shishir K. Maithel² • George A. Poultsides¹

ICTERÍCIA

- ❑ Sinal clínico de inoperabilidade
- ❑ Resultados ruins
- ❑ Sobrevida a longo prazo melhor (alguns):
 - CA 19-9 baixo
 - Sem invasão linfovascular

Incidência de doença residual

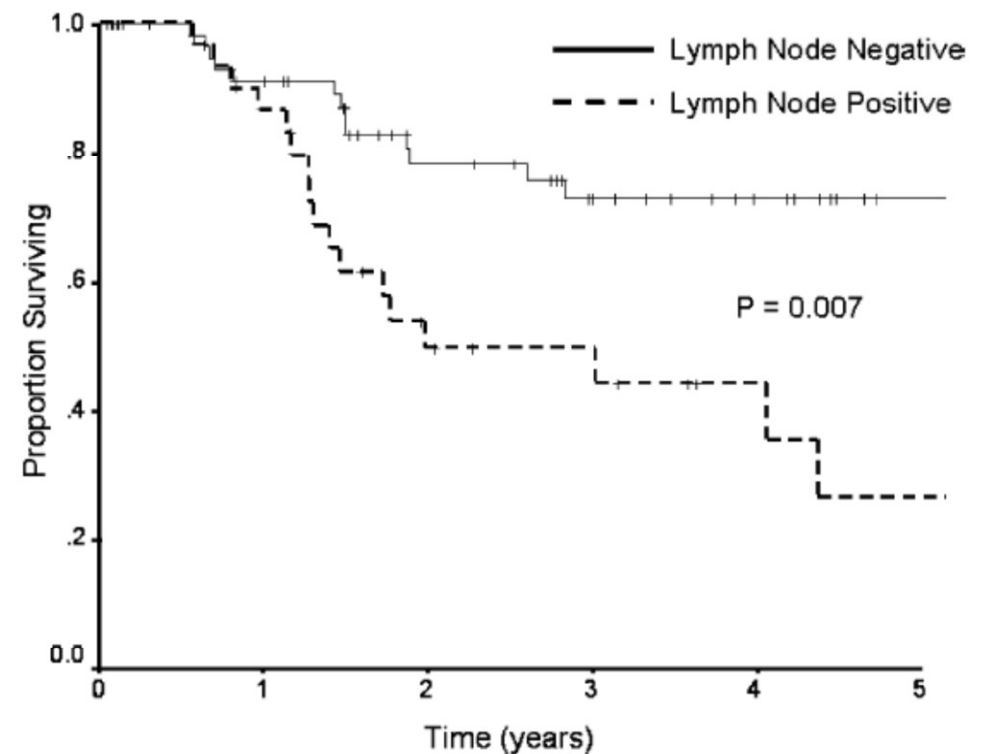
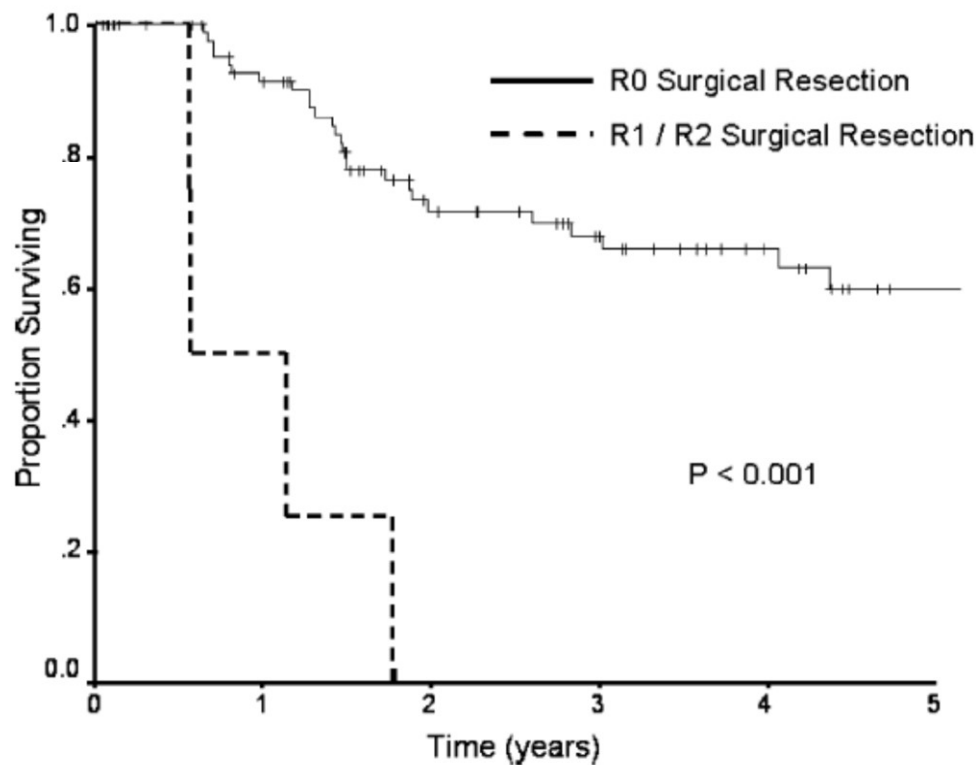
- ❑ 37,5% em T1
- ❑ 56,7% em T2
- ❑ 77,3% em T3

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

REOPERAÇÃO

❑ Ressecção R0

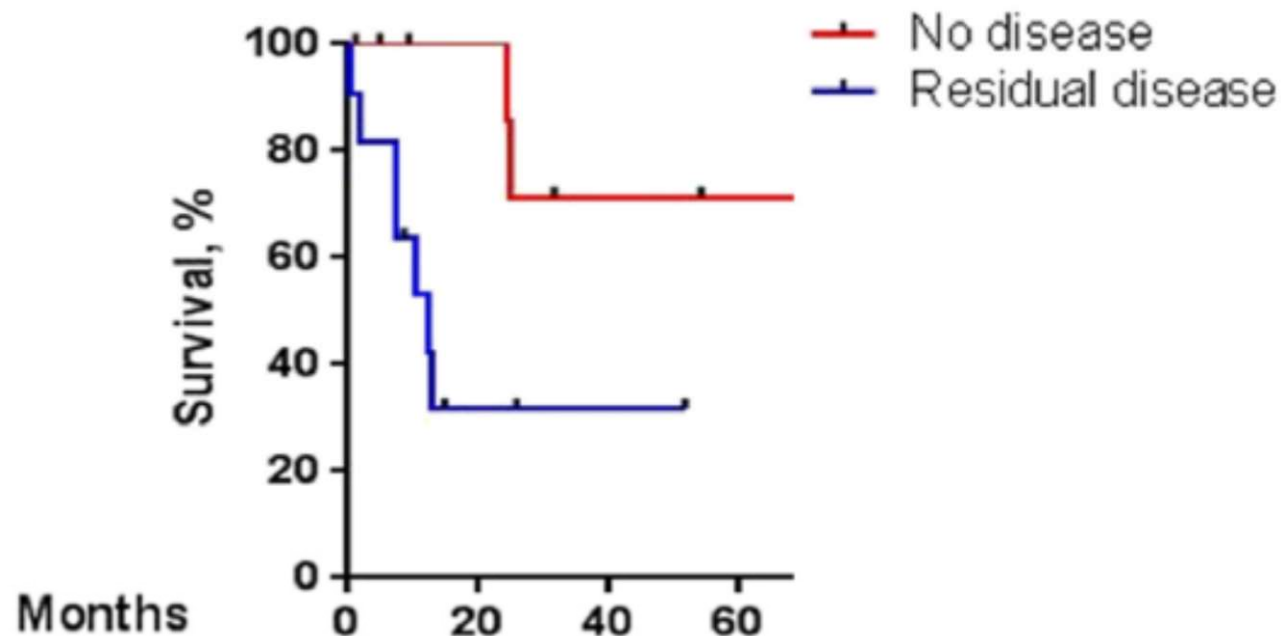
❑ Clareamento linfonodal



ORIGINAL ARTICLE

Does a second resection provide a survival benefit in patients diagnosed with incidental T1b/T2 gallbladder cancer following cholecystectomy?

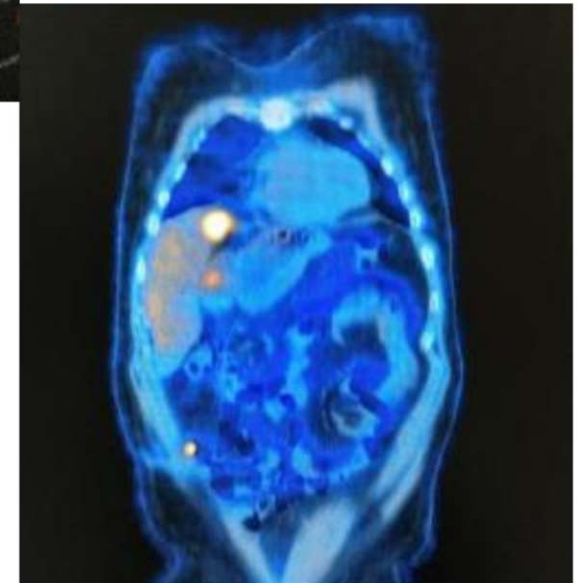
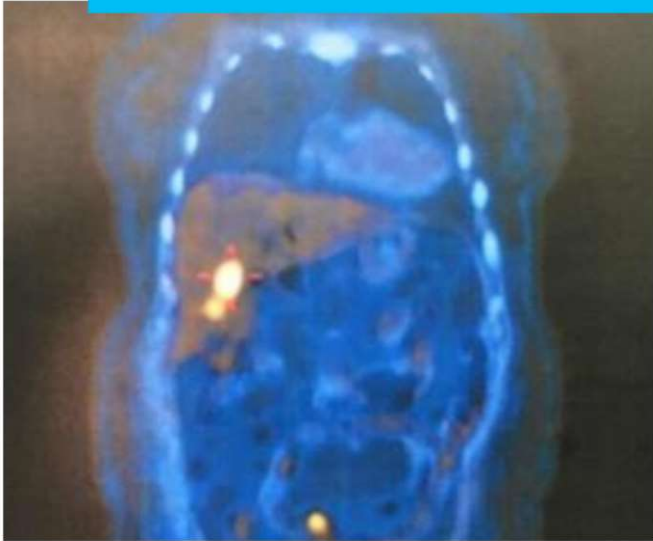
Henry Watson¹, Bobby Dasari¹, Judy Wyatt², Ernest Hidalgo¹, Raj Prasad¹, Peter Lodge¹ & Giles Toogood¹



ESTADIAMENTO

- ❑ Tomografia com contraste
 - Linfonodo portal
 - Implante peritoneal
 - Invasão vascular
- ❑ Ressonância nuclear magnética
 - Colédoco
 - Hepático
 - Parênquima hepático
- ❑ PET-CT
 - Metástase
 - Linfadenopatia
 - Doença residual no leito da vesícula
 - Doença nos orifícios dos trocáteres

ESTADIAMENTO



❑ PET-CT

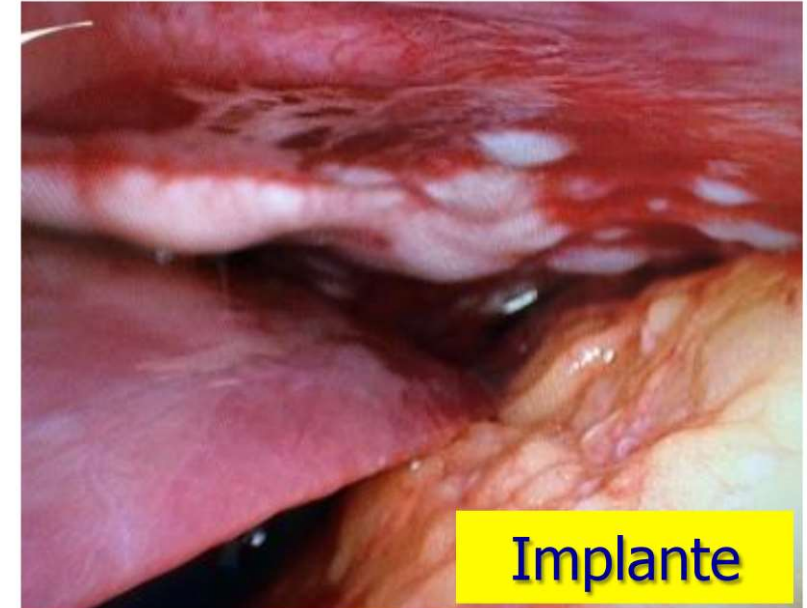
Metástase
Linfadenopatia
Doença residual no leito da vesícula
Doença nos orifícios dos trocáteres

ESTADIAMENTO LAPAROSCÓPICO



- ❑ Evita cirurgia desnecessária em 38-62%
- ❑ Determina irressecabilidade oncológica em até 23%
- ❑ Elevada incidência de achados positivos
- ❑ Recomendado na reoperação

ESTADIAMENTO LAPAROSCÓPICO

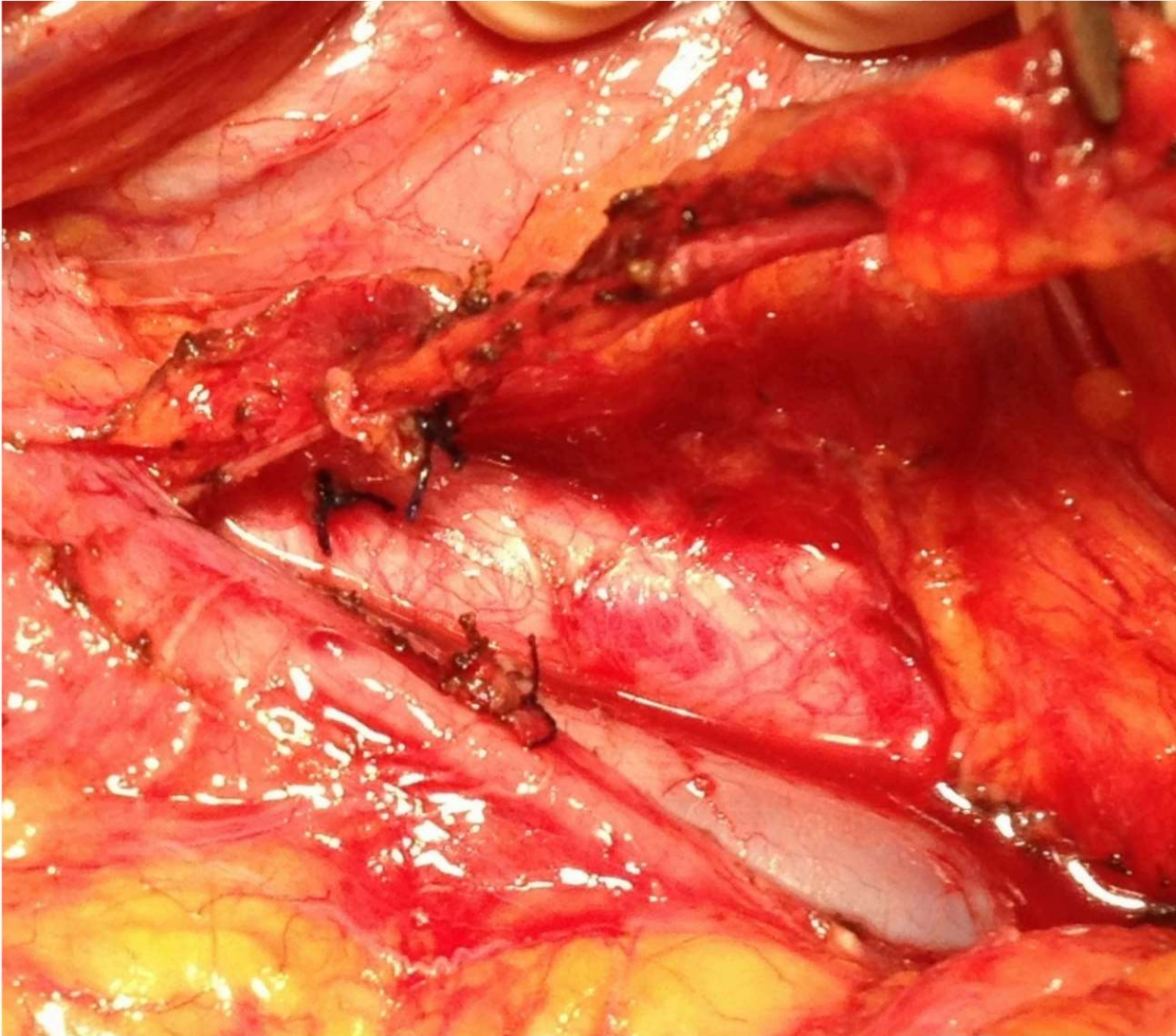


- ☐ Massa hepática suspeita
- ☐ Linfadenopatia
- ☐ Ascite
- ☐ Implante peritoneal
- ☐ Congelação do linfonodo intercavo-aórtico (**positivo**)

Palição

ESTADIAMENTO LINFONODAL

Na cirurgia



❑ Intercavo-aórtico

ESTADIAMENTO LINFONODAL

Estações linfonodais para dissecação

N 1	N 2	N 3/M1
Cístico	Mesentérica superior	Intercavo-aórtico
Pericoledociano	Pancreatoduodenal postero-superior	
Hilares	Retroportal	
	Tronco celíaco	

N3 positivo : doença metastática

VIAS DE INVASÃO NODAL

Colecisto retropancreático
(Principal)

Colecisto celíaco

Colecisto mesentérico

Linfonodos na raiz da AMS

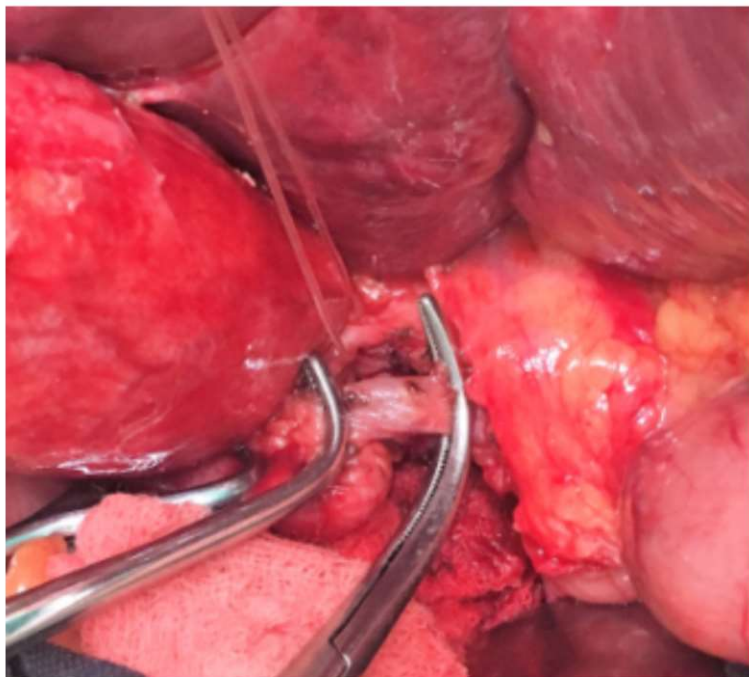
Ao longo do ligamento
hepatoduodenal

Linfonodos intercavo-aórtico

Linfonodos pericoledocianos podem ocorrer diretos para intercavo-aórtico

AVALIAÇÃO DO DUCTO CÍSTICO

Na cirurgia



- ☐ Amostra adequada
- ☐ Estudo detalhado
- ☐ Pior prognóstico



EXTENSÃO DA RESSECÇÃO

□ T1b-T2

Cirurgia radical

Ressecção da vesícula + parênquima hepático

□ Ressecção da via biliar

Envolvimento grosseiro por contato direto

Envolvimento microscópico (Margem cística positiva)

Envolvimento da via biliar

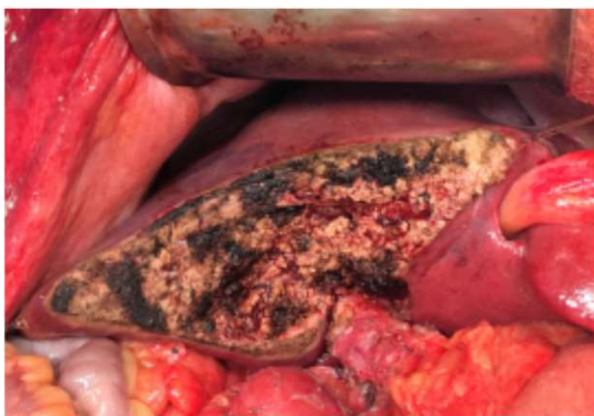
Mal prognóstico

Associado com invasão linfática

EXTENSÃO DA RESSECÇÃO HEPÁTICA

Na cirurgia

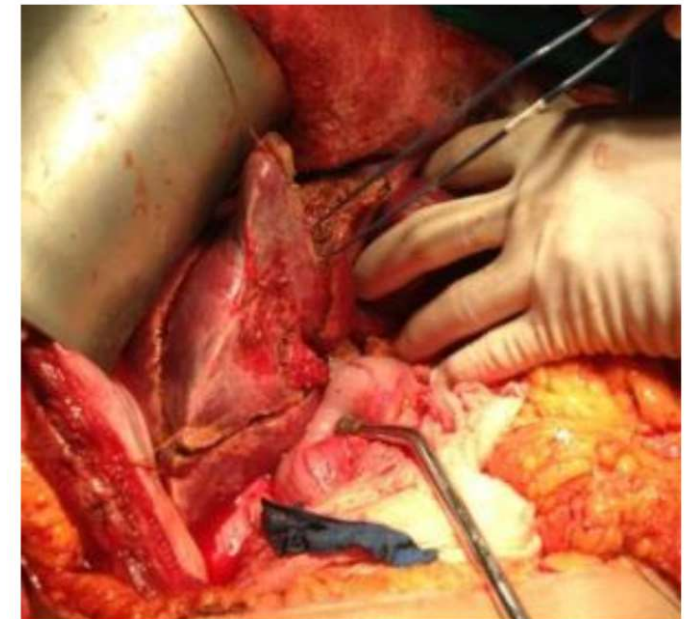
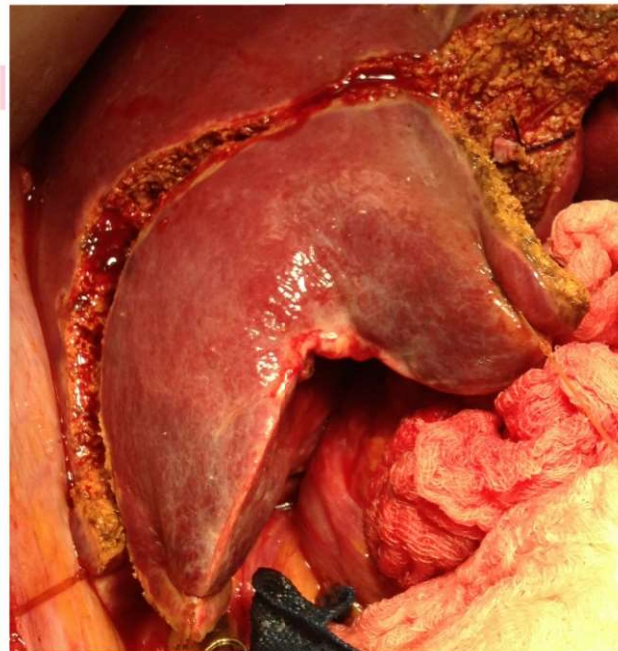
- ❑ Hepatectomia não anatômica (Ressecção em cunha)
 - ❑ Sem infiltração hepática
- ❑ Hepatectomia IVb/V
 - ❑ Sem infiltração
 - ❑ Infiltração limitada
- ❑ Hepatectomia maior
 - ❑ Infiltração extensa
 - ❑ Envolvimento vascular



EXTENSÃO DA RESSECÇÃO HEPÁTICA

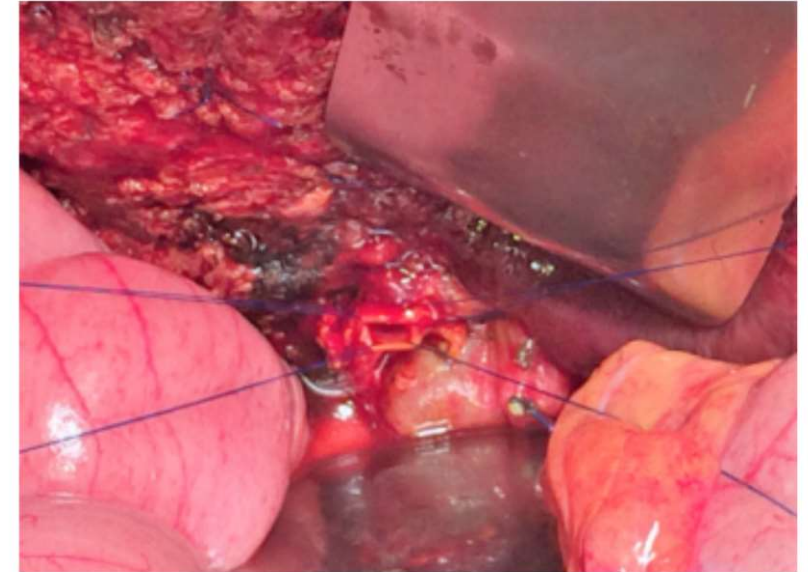
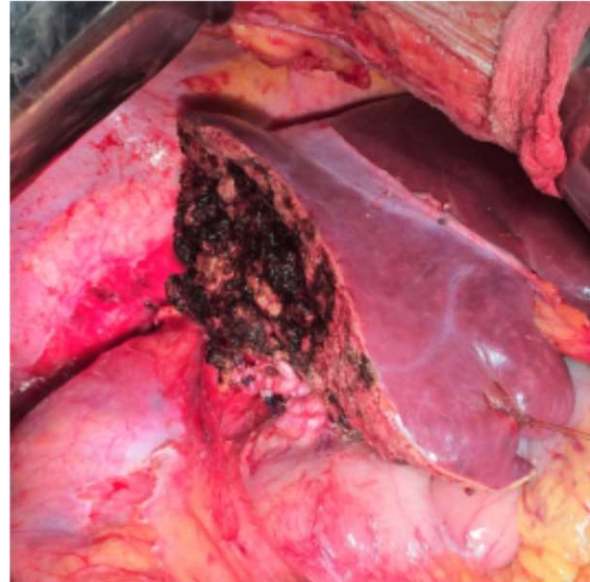
Na cirurgia

- ☐ Hepatectomia não anatômica (Ressecção em cunha)
 - ☐ Sem infiltração hepática
- ☐ Hepatectomia IVb/V
 - ☐ Sem infiltração
 - ☐ Infiltração limitada
- ☐ Hepatectomia maior
 - ☐ Infiltração extensa
 - ☐ Envolvimento vascular

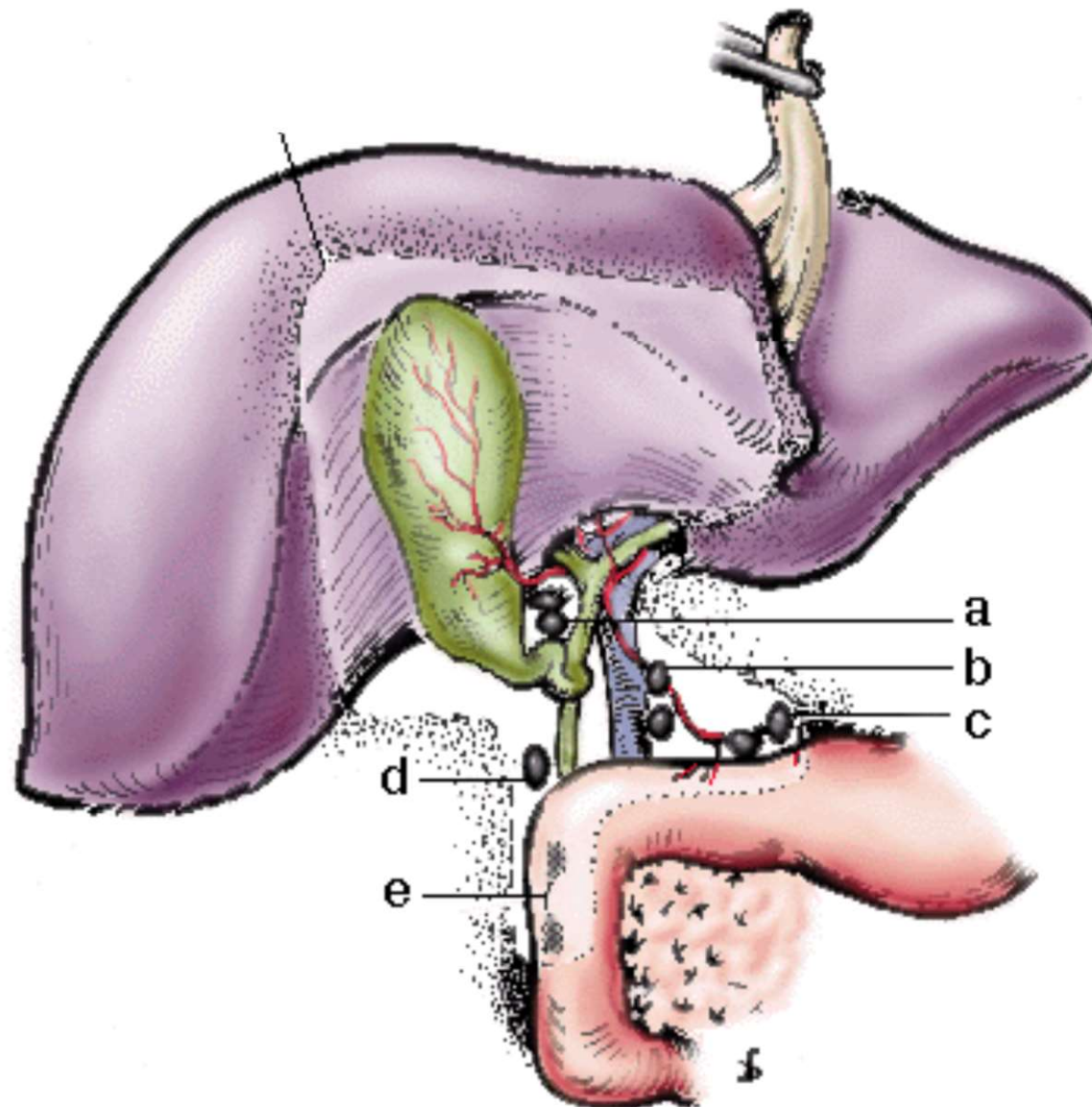


- ☐ Hepatectomia não anatômica (Ressecção em cunha)
 - ☐ Sem infiltração hepática
- ☐ Hepatectomia IVb/V
 - ☐ Sem infiltração
 - ☐ Infiltração limitada
- ☐ Hepatectomia maior
 - ☐ Infiltração extensa
 - ☐ Envolvimento vascular

“Margem negativa”



EXTENSÃO DA LINFADENECTOMIA



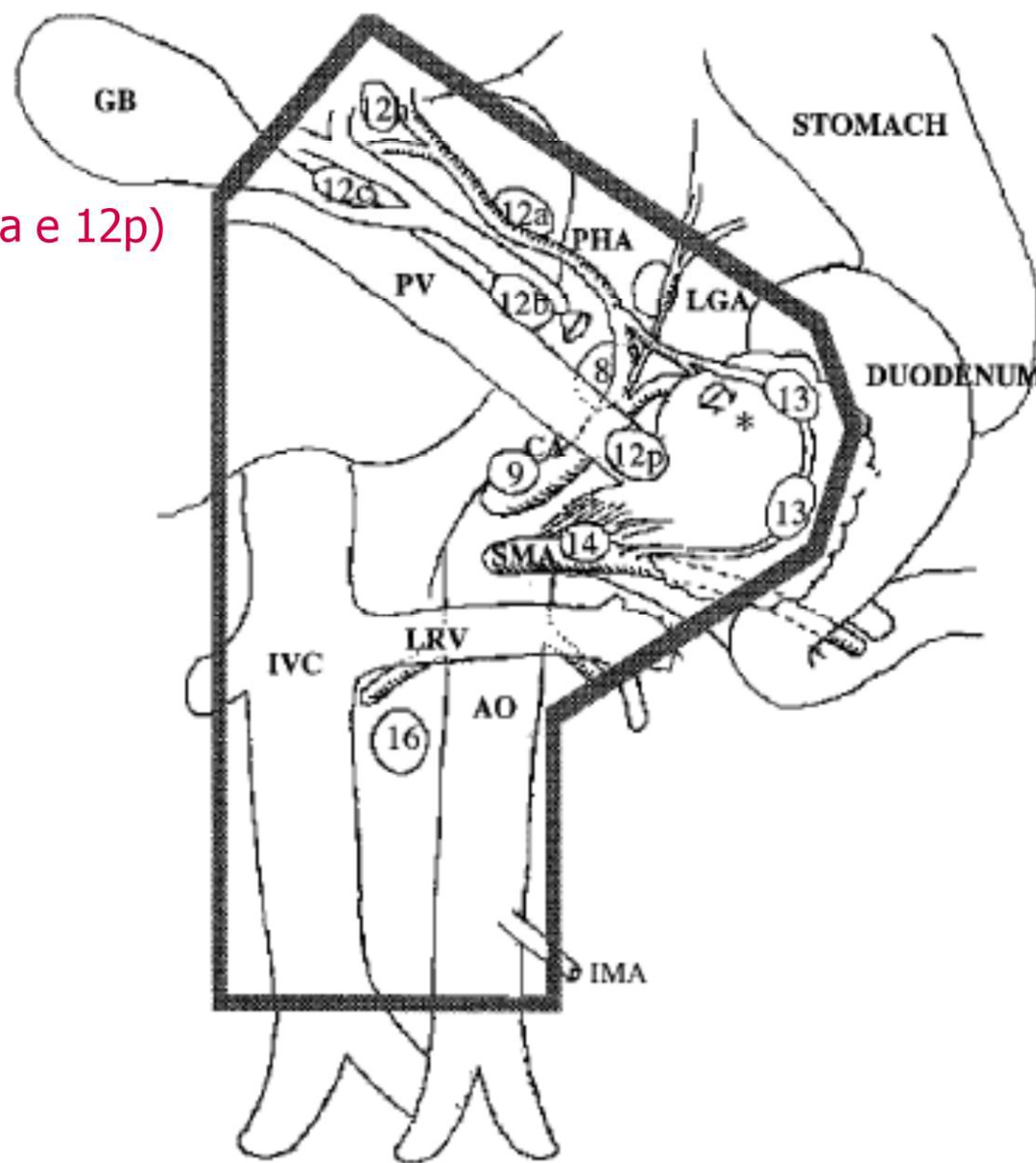
EXTENSÃO DA LINFADENECTOMIA

Na cirurgia

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

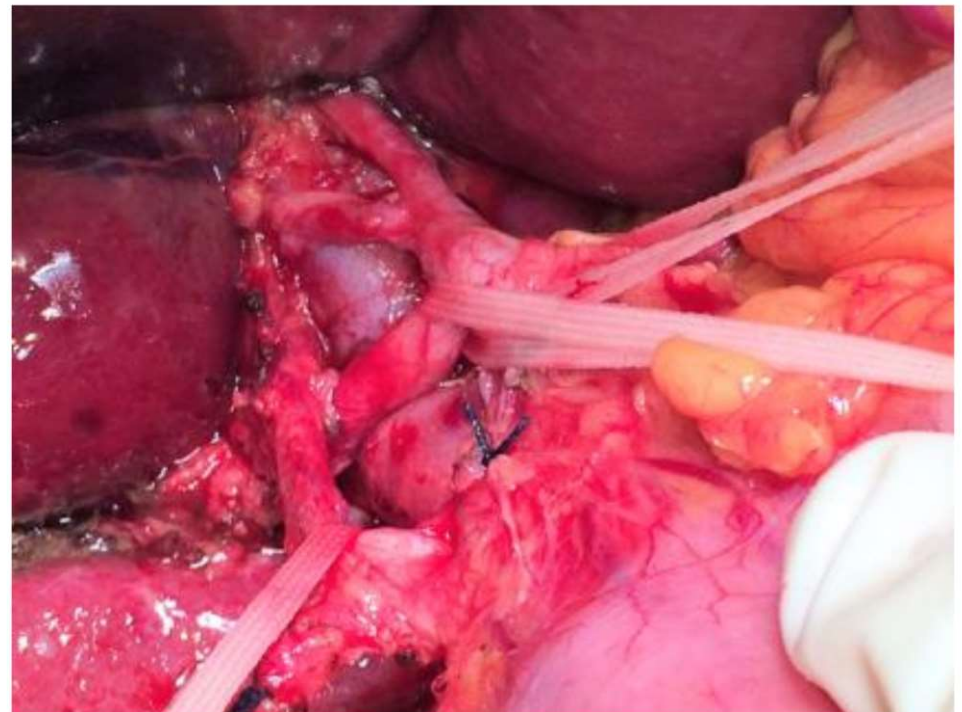
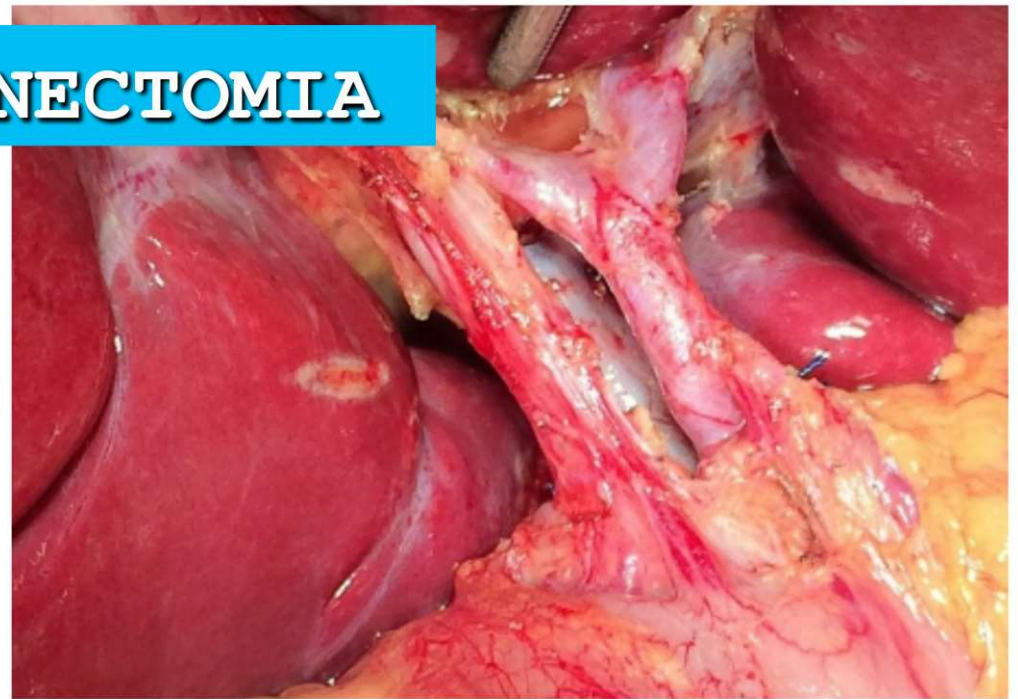
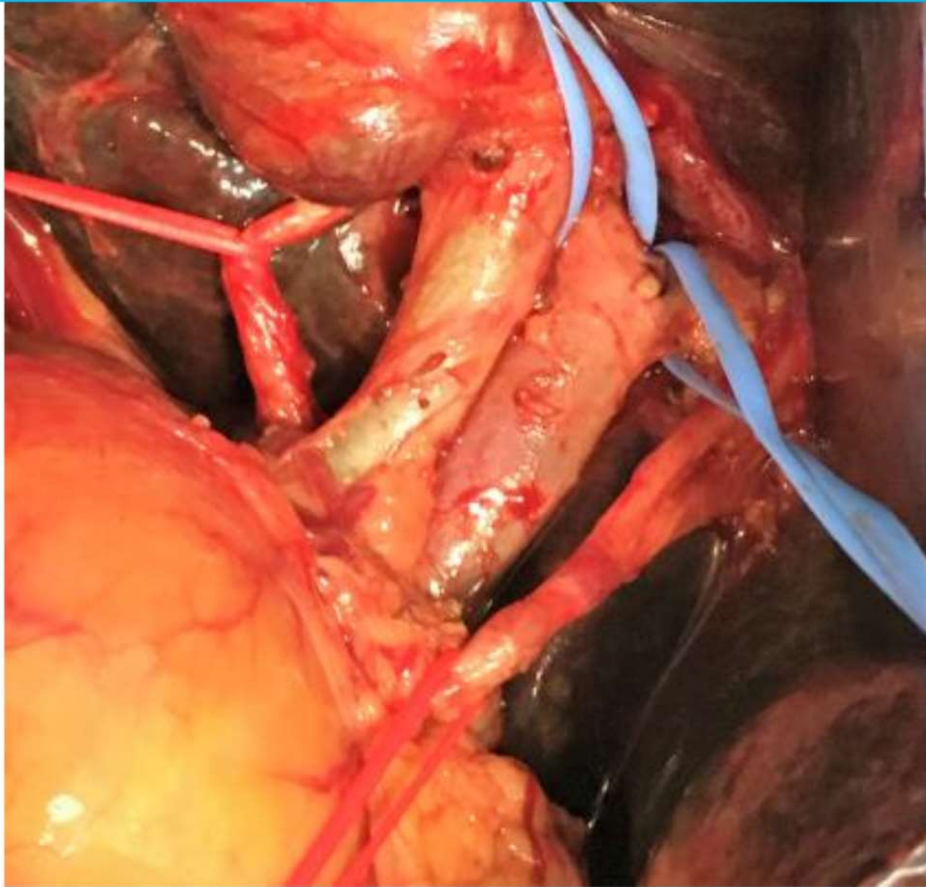
“Sem benefício na sobrevida”

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

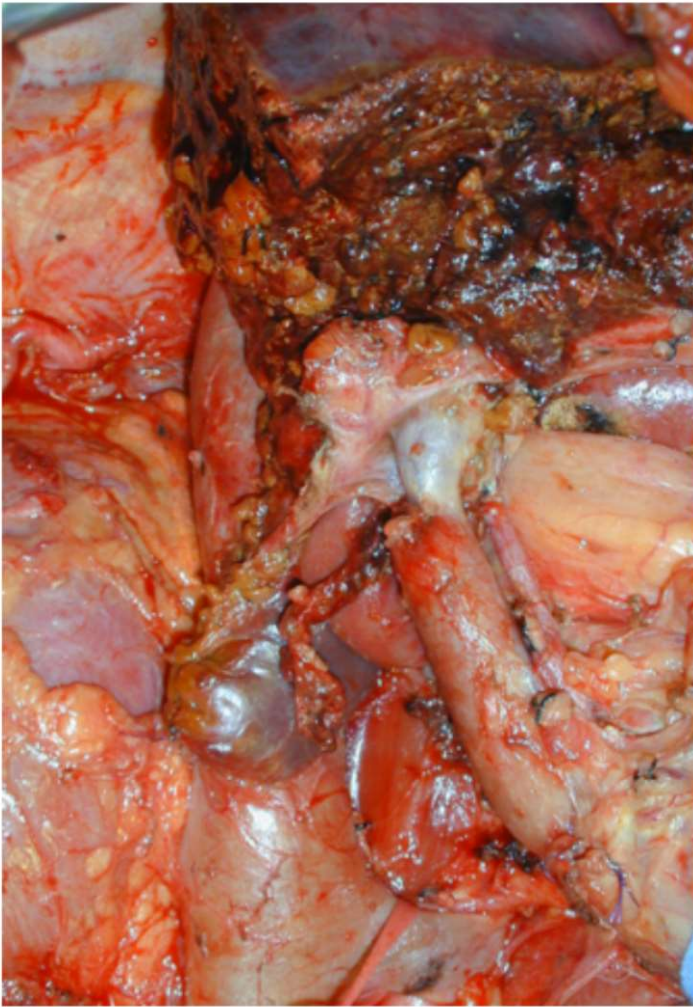


- ❑ Linfonodo positivo – pior sobrevida
 - Biologia da doença
 - Qualidade da linfadenectomia
 - Coeficiente nodal
 - Estadiamento adequado – 6 linfonodos
 - Dissecção além dos linfonodos portais

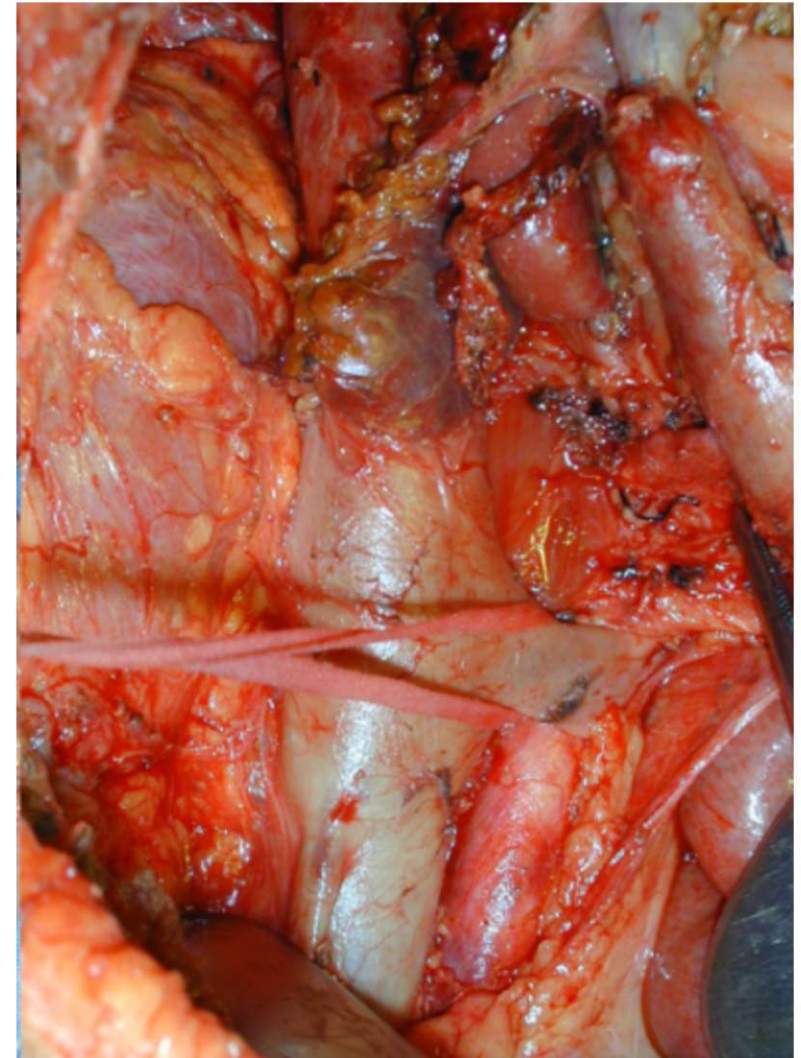
EXTENSÃO DA LINFADENECTOMIA



EXTENSÃO DA LINFADENECTOMIA



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

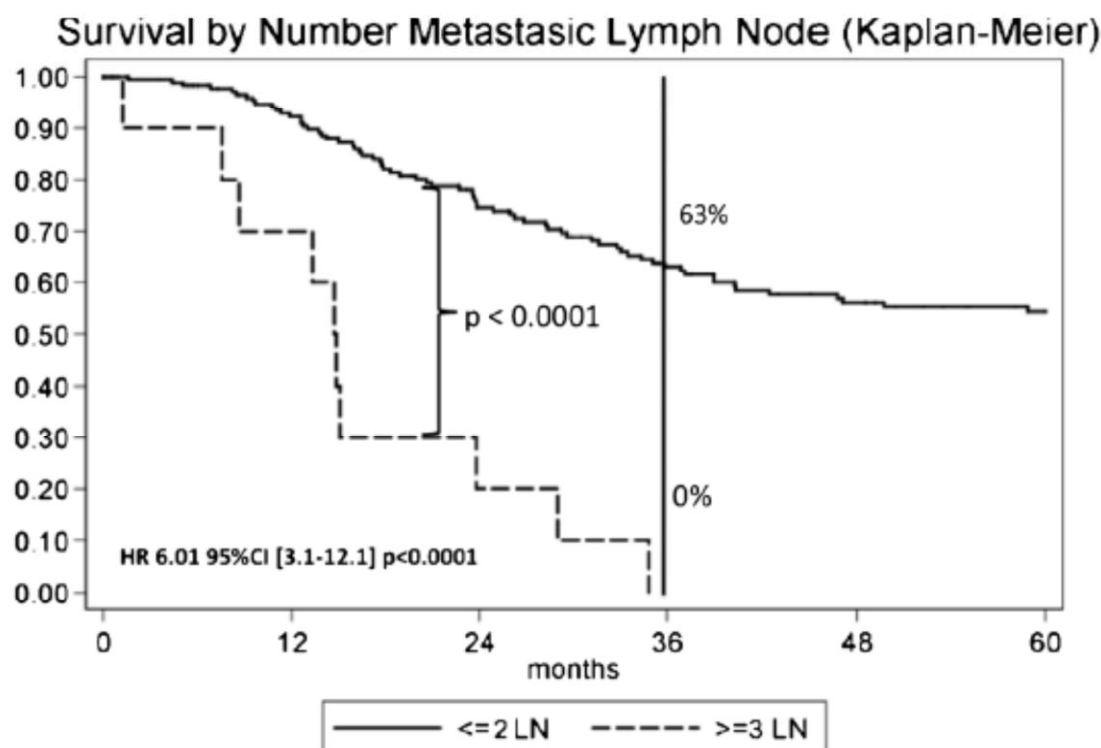


- ❑ Linfadenectomia retropancreática e intercavaoárctica.



Extended Lymphadenectomy Is Required for Incidental Gallbladder Cancer Independent of Cystic Duct Lymph Node Status

Eduardo A. Vega^{1,2} • Eduardo Vinuela^{2,3} • Suguru Yamashita^{1,4} • Marcel Sanhueza^{2,3} • Gabriel Cavada⁵ • Cristian Diaz^{2,3} • Thomas A. Aloia¹ • Yun Shin Chun¹ • Ching-Wei D Tzeng¹ • Masayuki Okuno¹ • Claire Goumard¹ • Jean-Nicolas Vauthey¹ • Jeffrey E. Lee¹ • Claudius Conrad¹ 



RESSECÇÃO DA VIA BILIAR

“Dilemas”

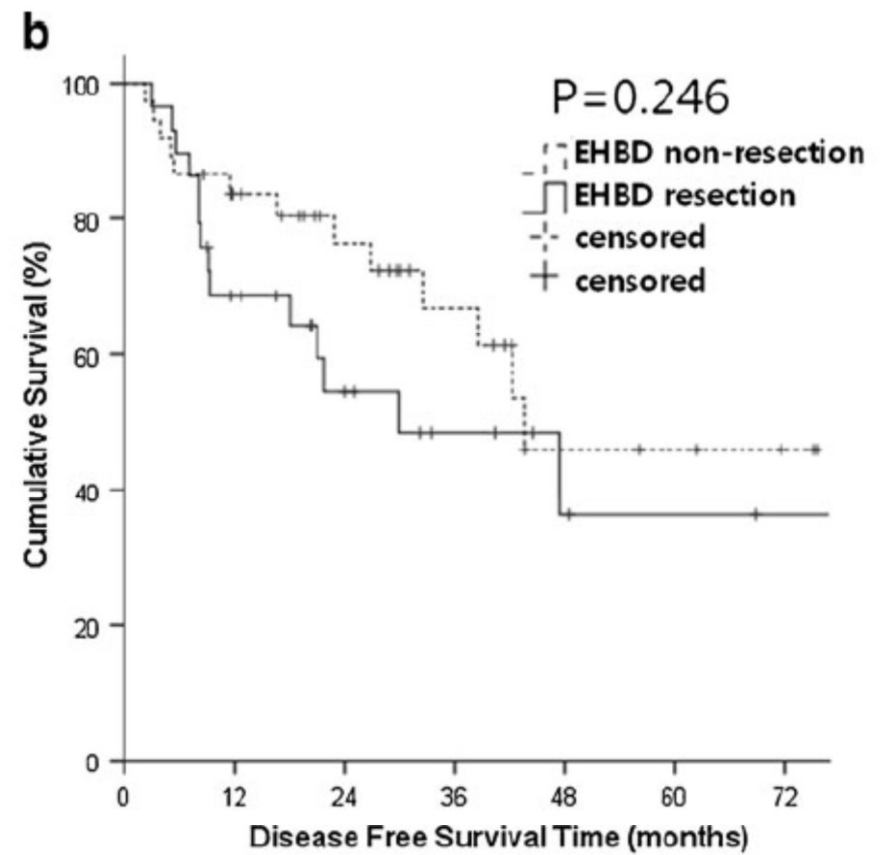
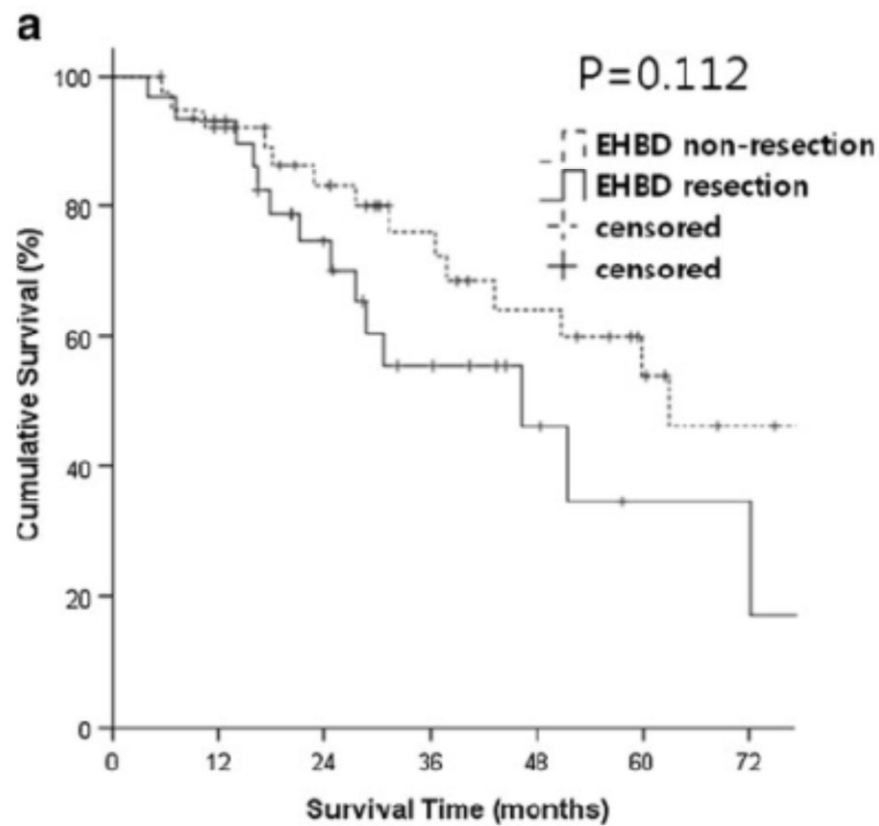
- ❑ Desmoplasia vs infiltração tumoral da VB
 - ❑ Biópsia de congelação não clara
- ❑ Câncer incidental
 - ❑ Status da margem do cístico não conhecido
 - ❑ Coto cístico não visível na cirurgia radical (2ª)
- ❑ Linfonodo envolvendo a via biliar
- ❑ Para permitir adequado clareamento nodal
- ❑ Desvascularização da VB após linfadenectomia

Surgical strategy for T2 and T3 gallbladder cancer: is extrahepatic bile duct resection always necessary?

Sae Byeol Choi • Hyung Joon Han • Wan Bae Kim •
Tae Jin Song • Sung Ock Suh • Sang Yong Choi



RESSECÇÃO DA VIA BILIAR

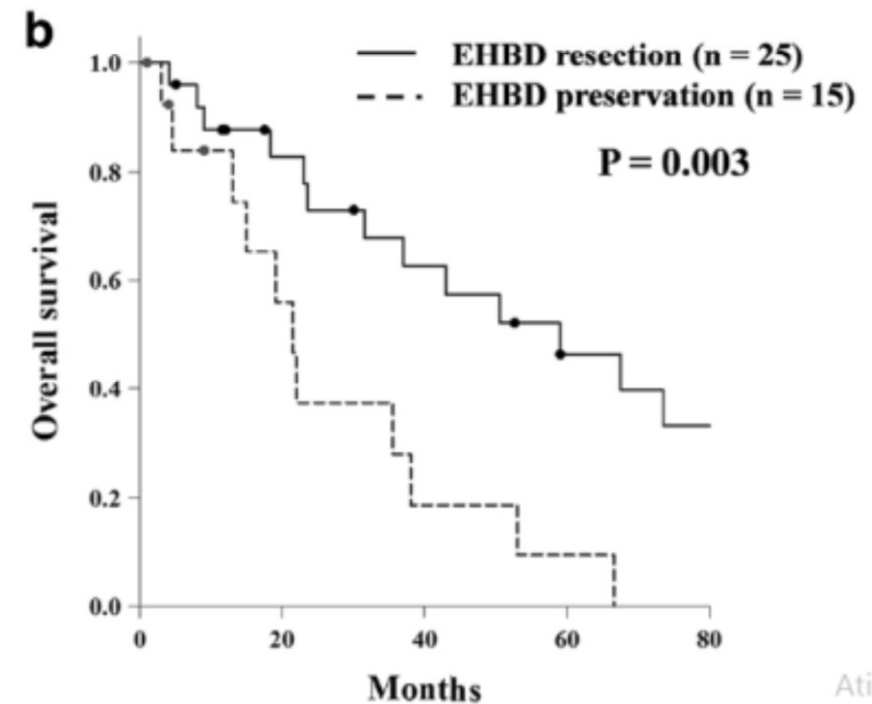
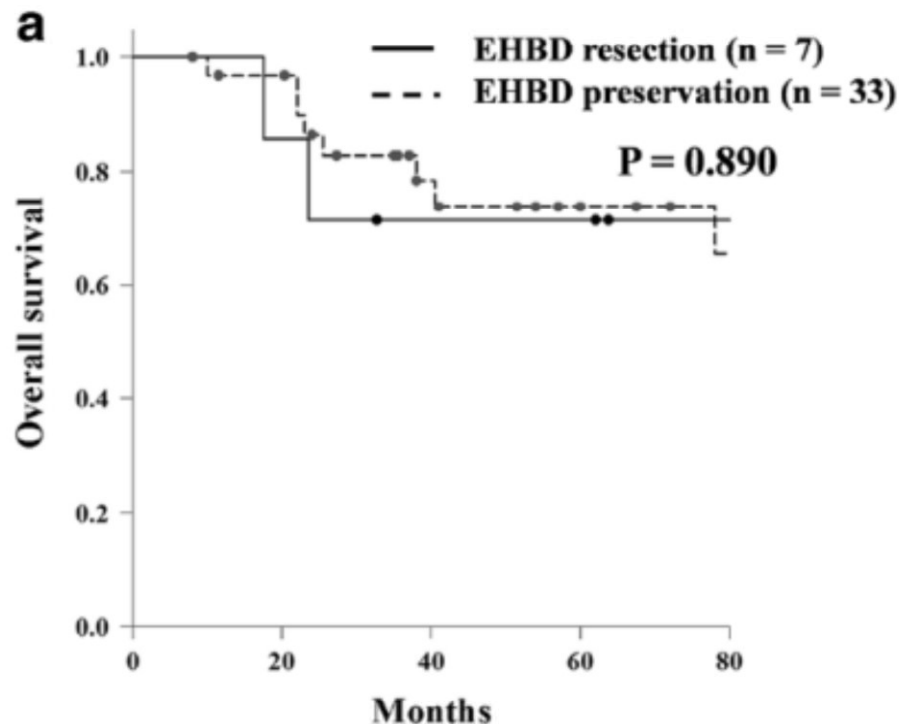


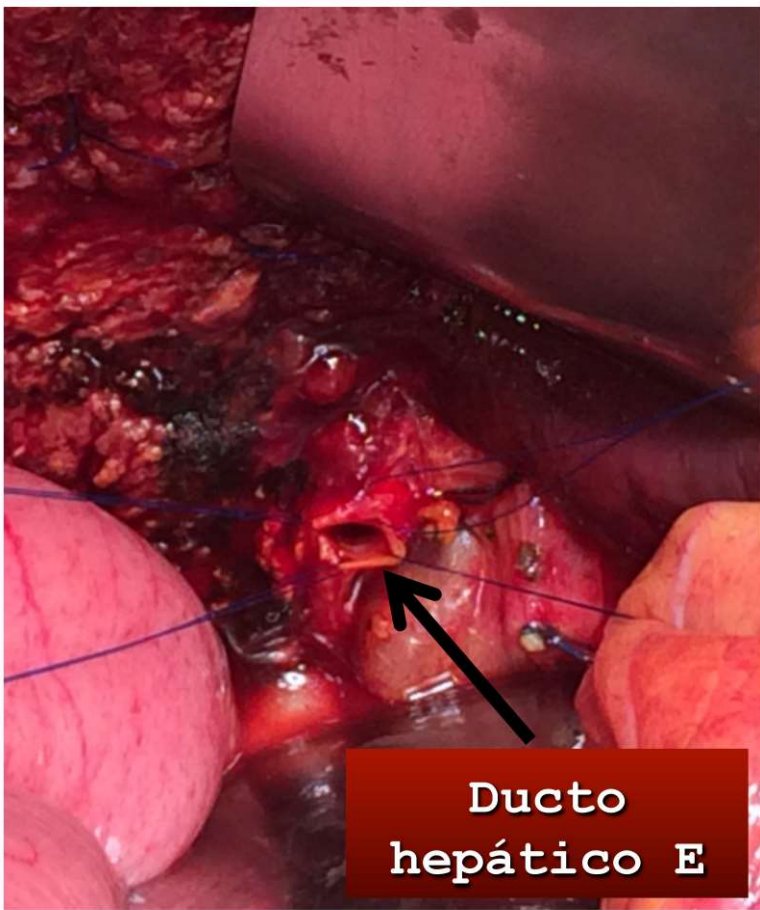
ORIGINAL ARTICLE

Indication of extrahepatic bile duct resection for gallbladder cancer

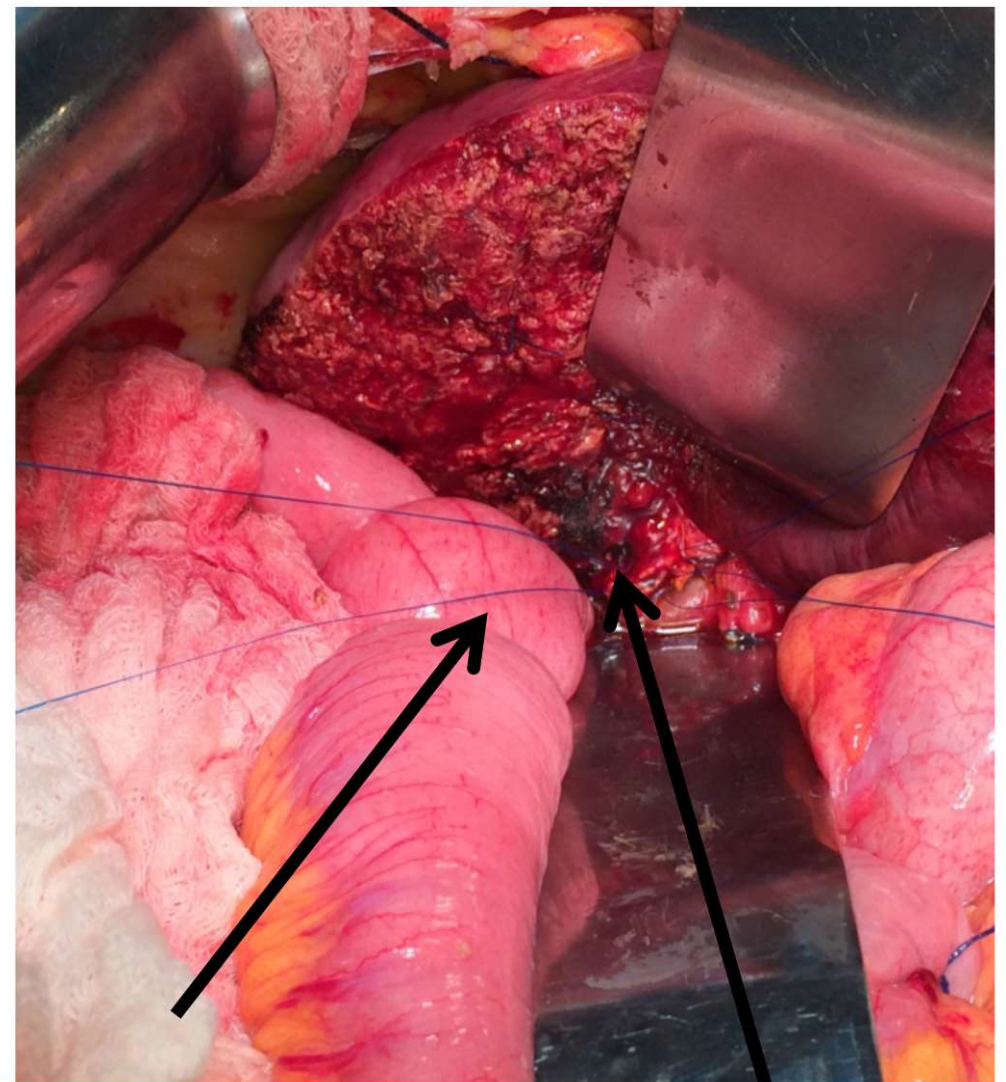
a) Fundo/corpo
b) Colo/ducto cístico

Hiroshi Kurahara¹  • Kosei Maemura¹ • Yuko Mataka¹ • Masahiko Sakoda¹ • Satoshi Iino¹ • Yota Kawasaki¹ • Shinichiro Mori¹ • Takaaki Arigami¹ • Yuko Kijima¹ • Hiroyuki Shintchi² • Shoji Natsugoe¹





Ducto
hepático E



Alça intestinal em
Y de Roux

Ducto hepático E

ORIGINAL ARTICLE

Indication of extrahepatic bile duct resection for gallbladder cancer

Hiroshi Kurahara¹  • Kosei Maemura¹ • Yuko Mataka¹ • Masahiko Sakoda¹ • Satoshi Iino¹ • Yota Kawasaki¹ • Shinichiro Mori¹ • Takaaki Arigami¹ • Yuko Kijima¹ • Hiroyuki Shinchi² • Shoji Natsugoe¹

Conclusions Extended cholecystectomy with EHBD resection should be performed for patients with GB cancer involving the neck and cystic duct to reduce local and regional lymph node recurrence and achieve better prognosis.

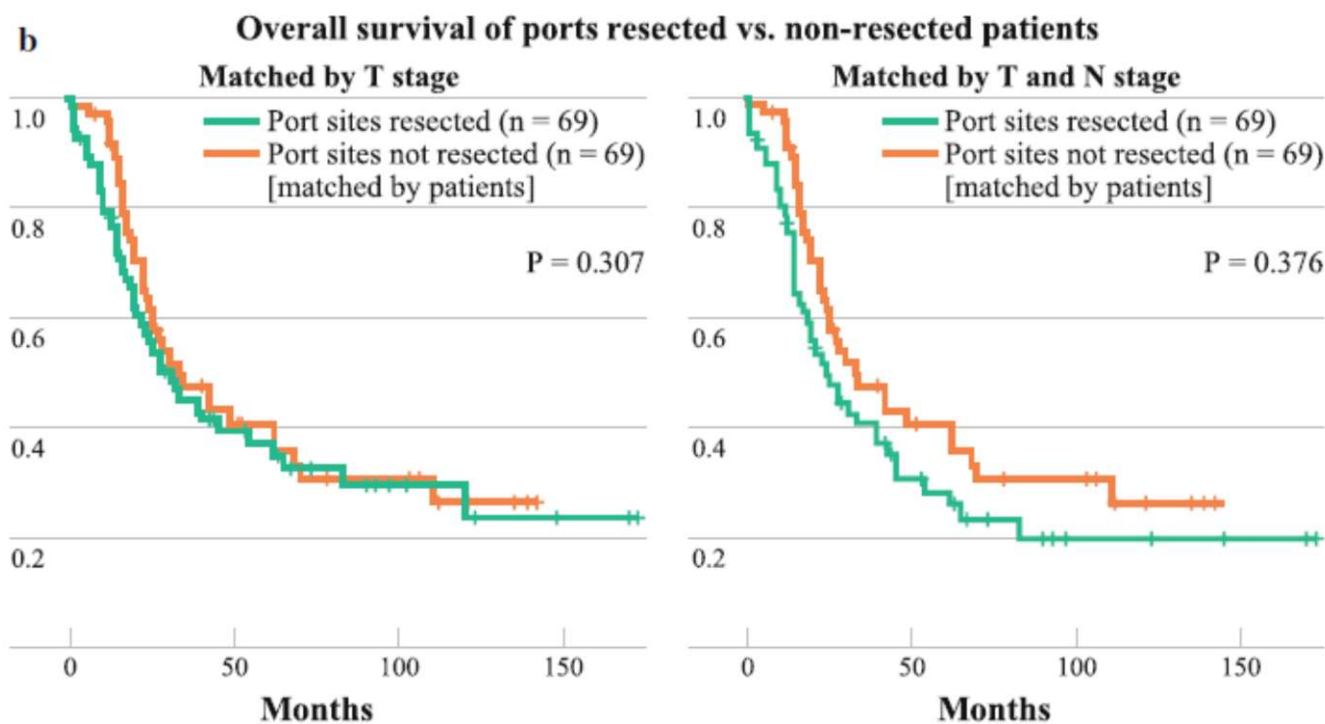
EXCISÃO DOS PORTAIS

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

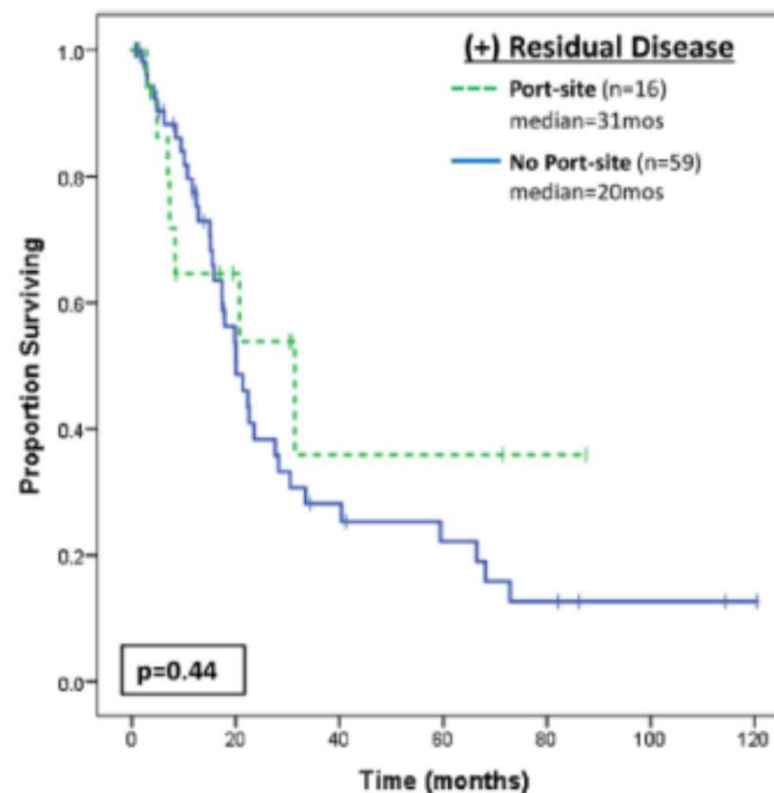
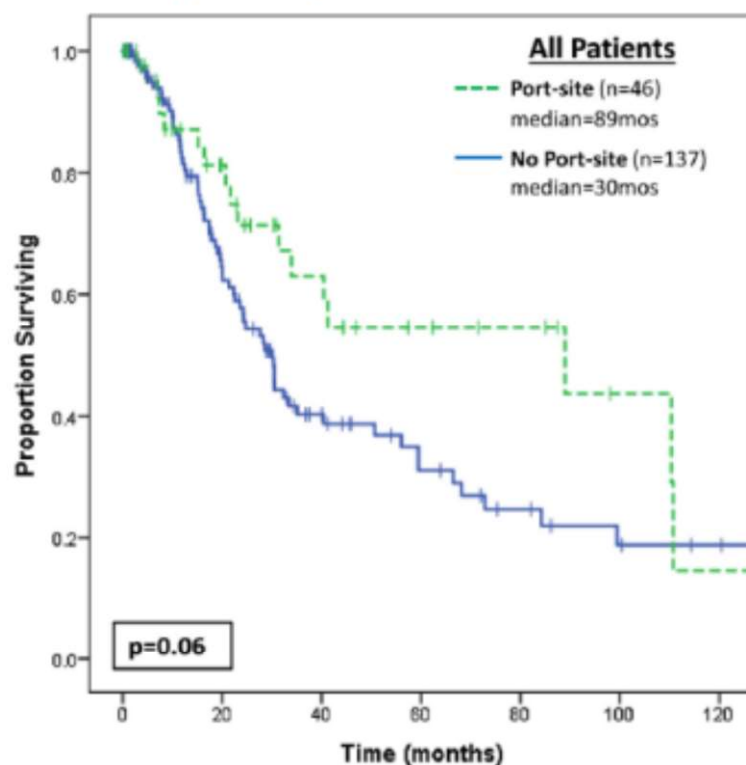


Is Port Site Resection Necessary in the Surgical Management of Gallbladder Cancer?

Ajay V. Maker, MD^{1,2}, Jean M. Butte, MD², Jacqueline Oxenberg, DO², Deborah Kuk, MS³, Mithat Gonen, PhD³, Yuman Fong, MD², Ronald P. DeMatteo, MD², Michael I. D'Angelica, MD², Peter J. Allen, MD², and William R. Jarnagin, MD²



Routine port-site excision in incidentally discovered gallbladder cancer is not associated with improved survival: A multi-institution analysis from the US Extrahepatic Biliary Malignancy Consortium



Routine port-site excision in incidentally discovered gallbladder cancer is not associated with improved survival: A multi-institution analysis from the US Extrahepatic Biliary Malignancy Consortium

- ❑ Excisão dos portais na reoperação:
 - ❑ Metástase do portal está associado a doença peritoneal
 - ❑ A ressecção não está associada com melhora na sobrevida
 - ❑ Mesma recorrência distante da não ressecção
 - ❑ Não recomendado de rotina

TRATAMENTO POR VIDEOLAPAROSCOPIA

Centros especializados

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



Obrigado!



Lençóis Maranhenses