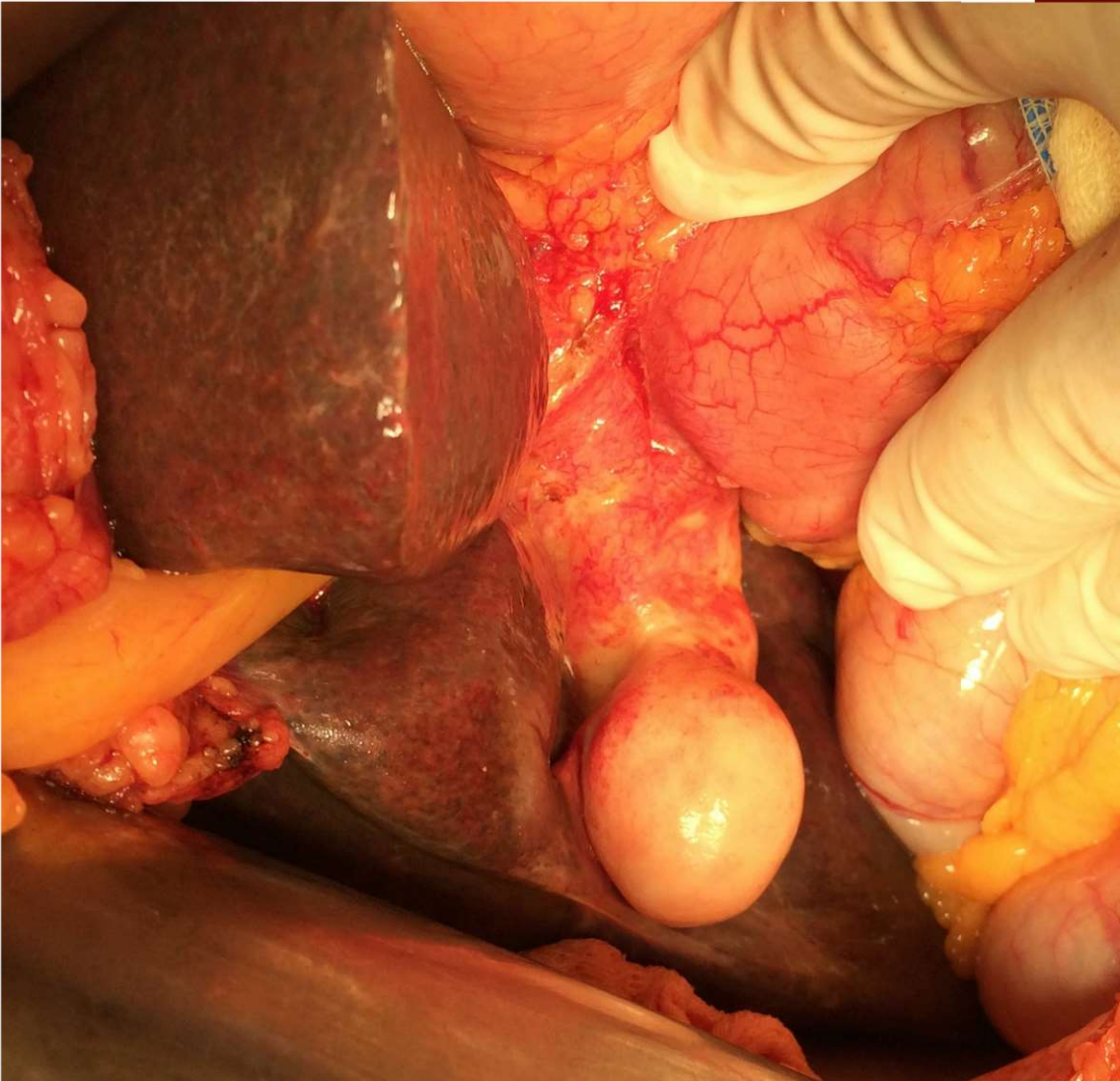
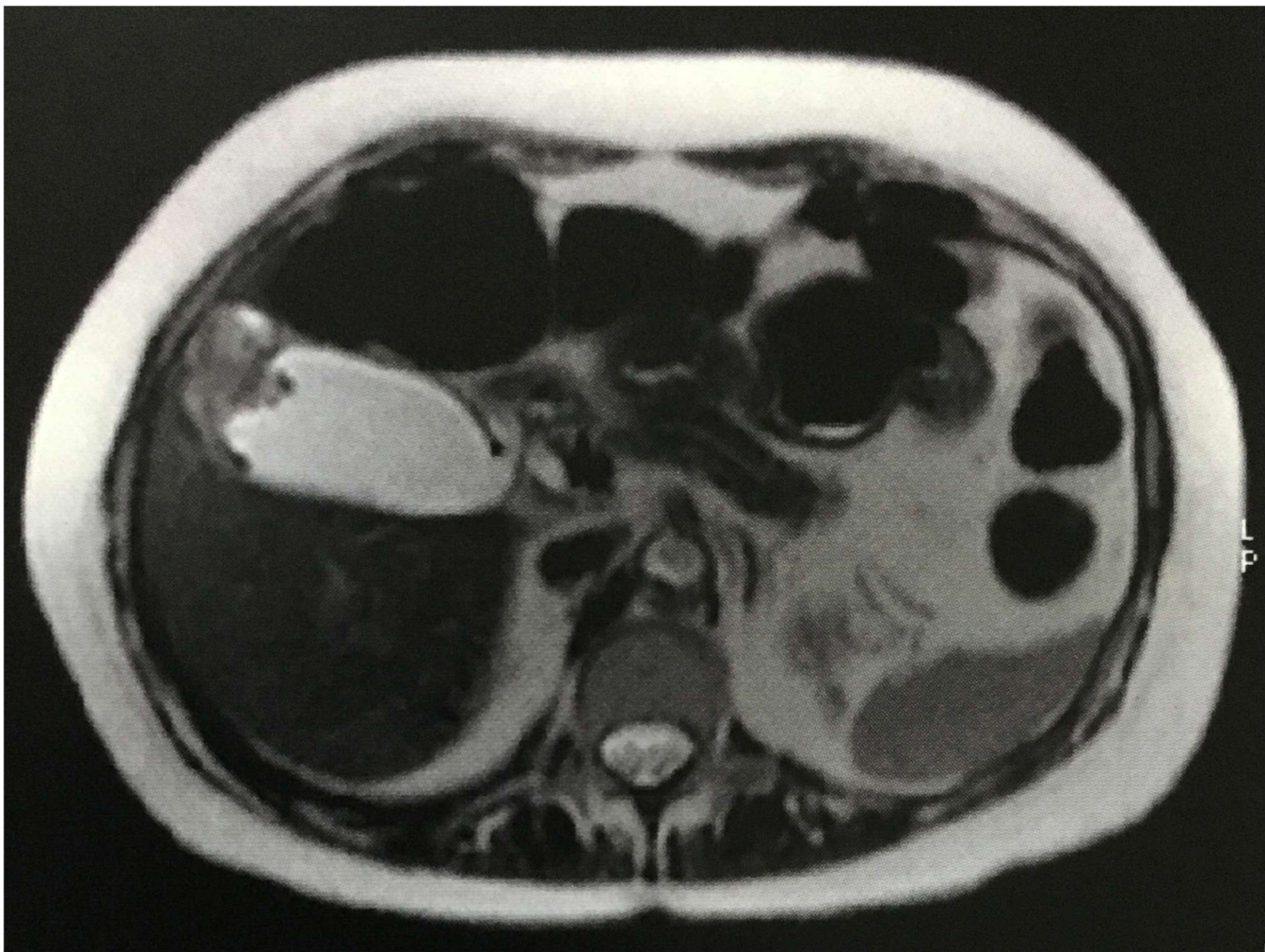
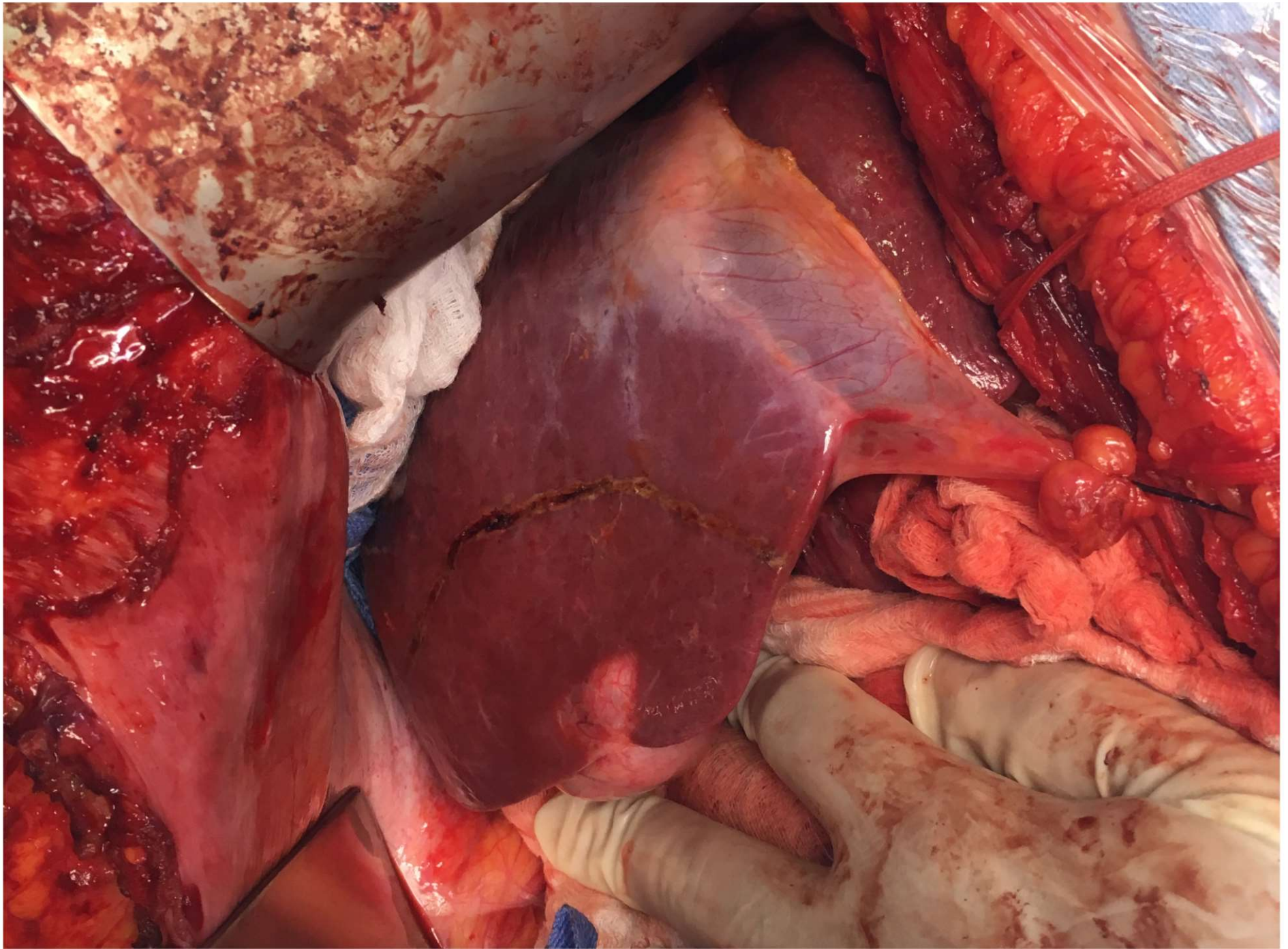


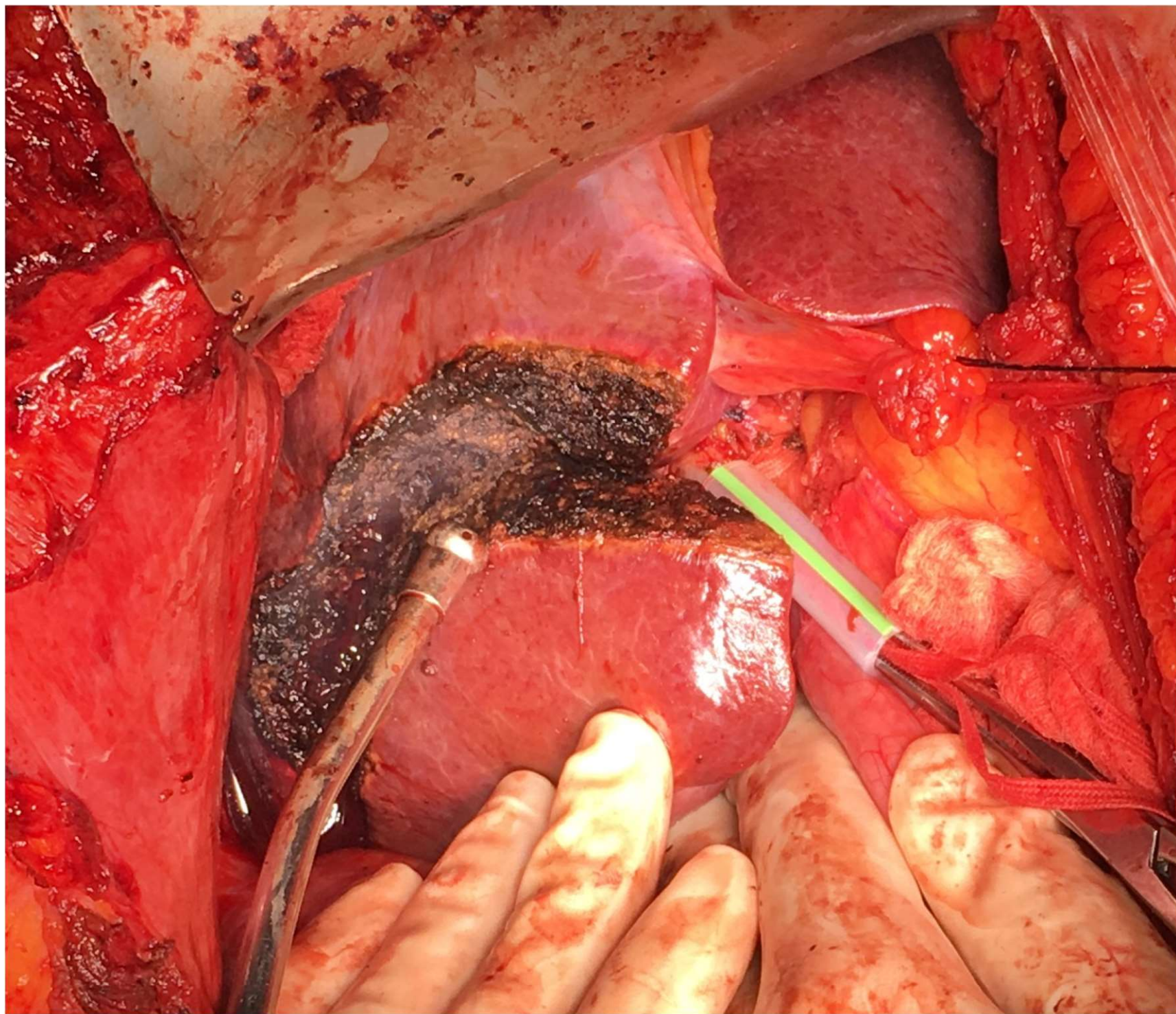
Câncer da vesícula biliar

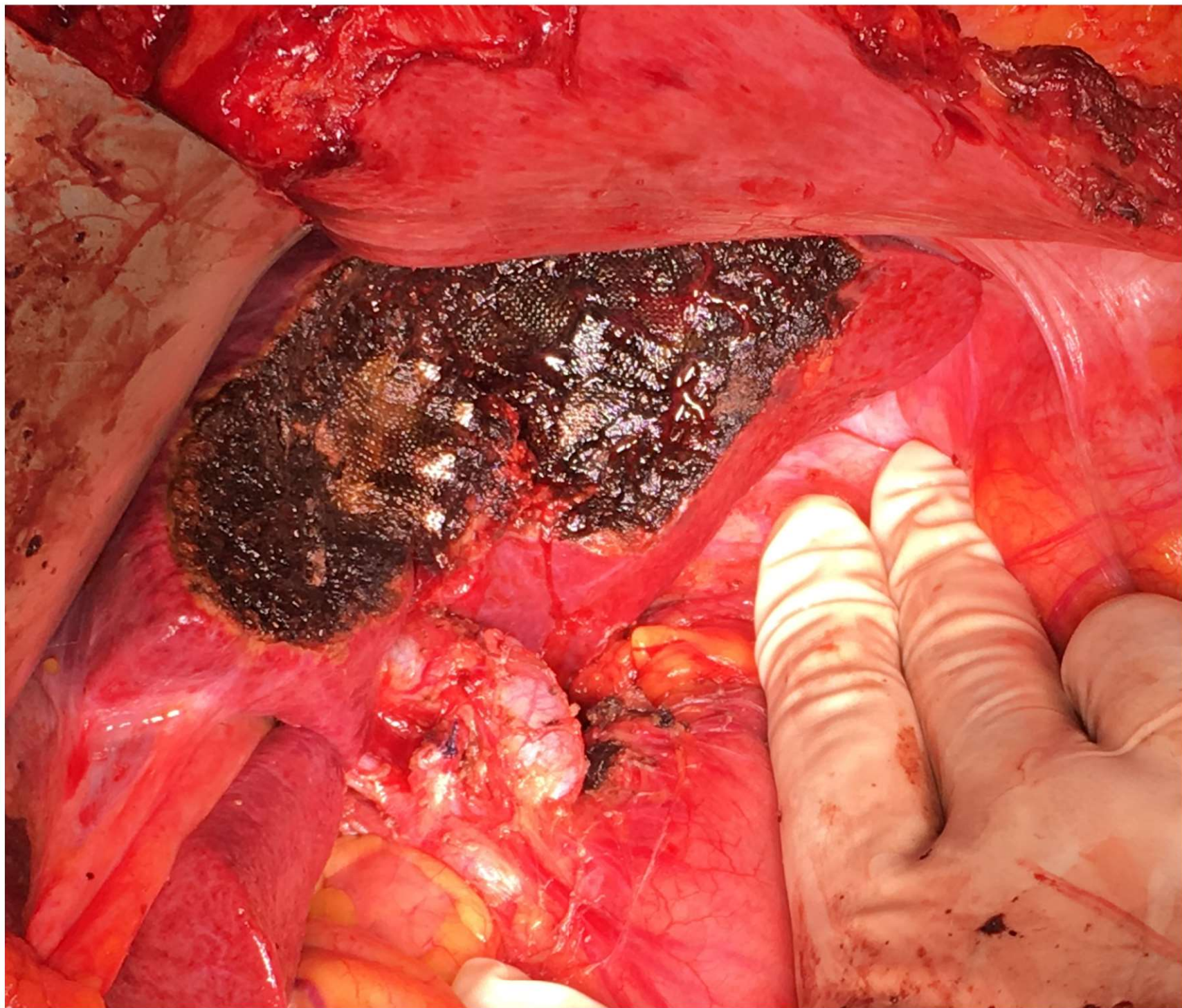


Orlando Jorge M. Torres
Professor Titular
Departamento de Cirurgia - UFMA



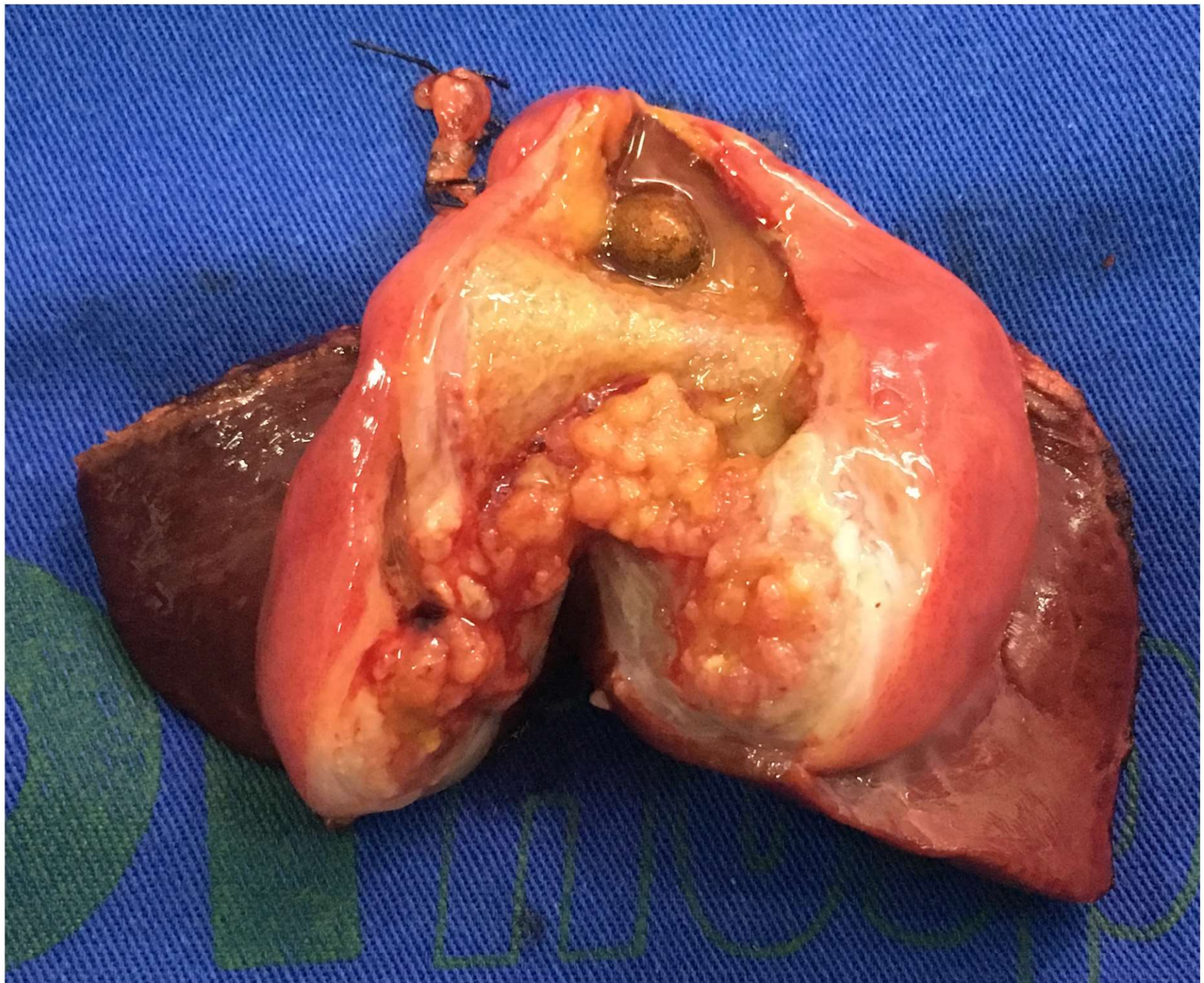


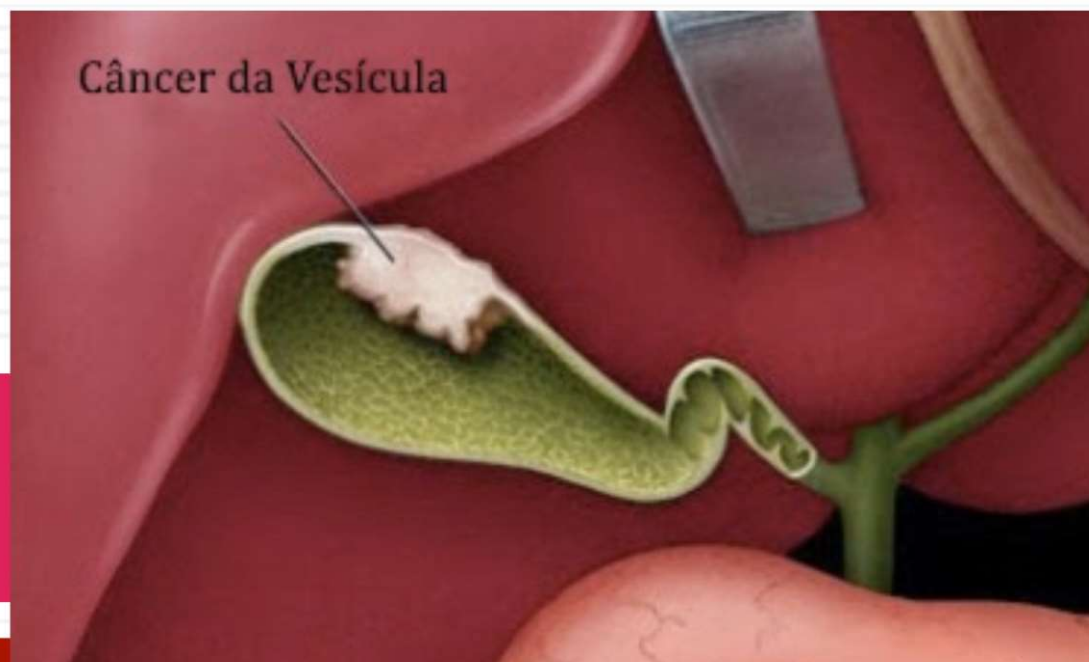








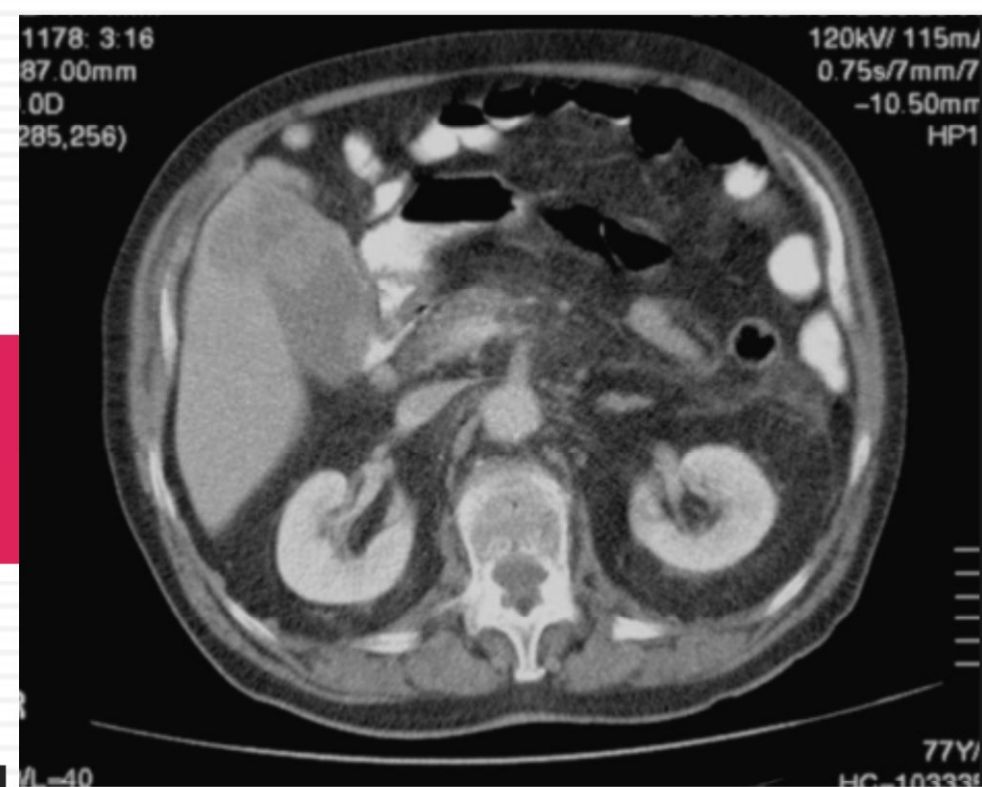
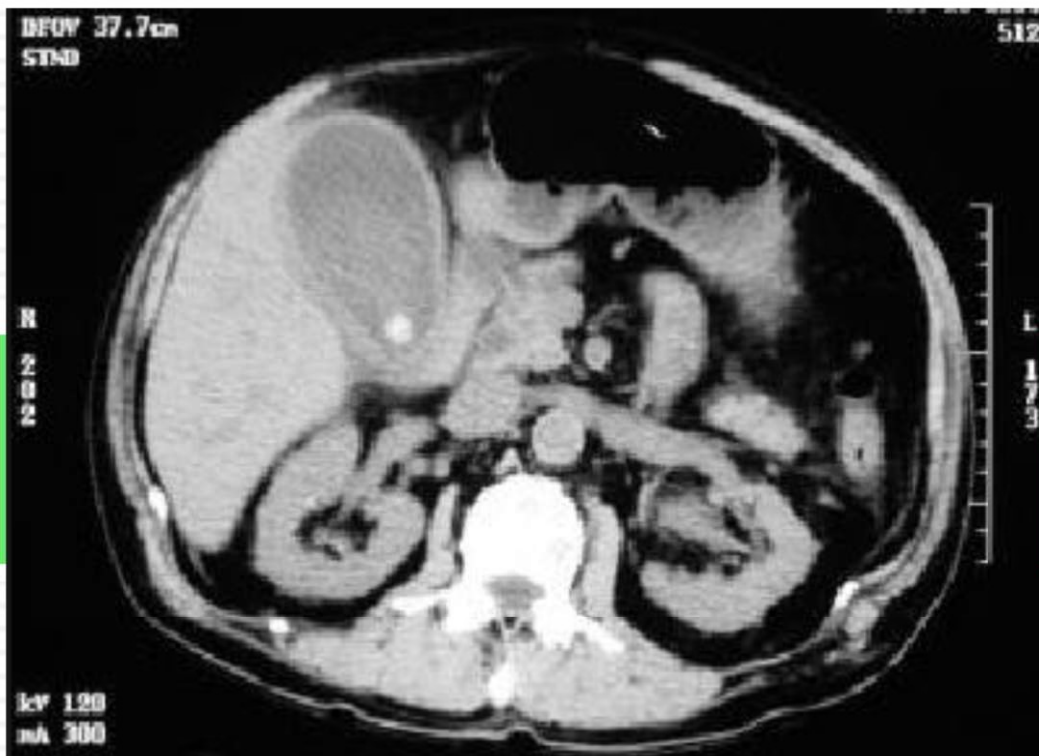




- ❑ Apenas 25% dos pacientes serão submetidos a cirurgia potencialmente curativa e apenas 16% sobreviverão mais de 5 anos.
- ❑ O tratamento cirúrgico tem sido demonstrado ser curativo em alguns pacientes.
- ❑ A sobrevida pós-operatória está associada com o estadio patológico do tumor.
- ❑ A ressecção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

Cenários:

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



Neoplasia da vesícula biliar

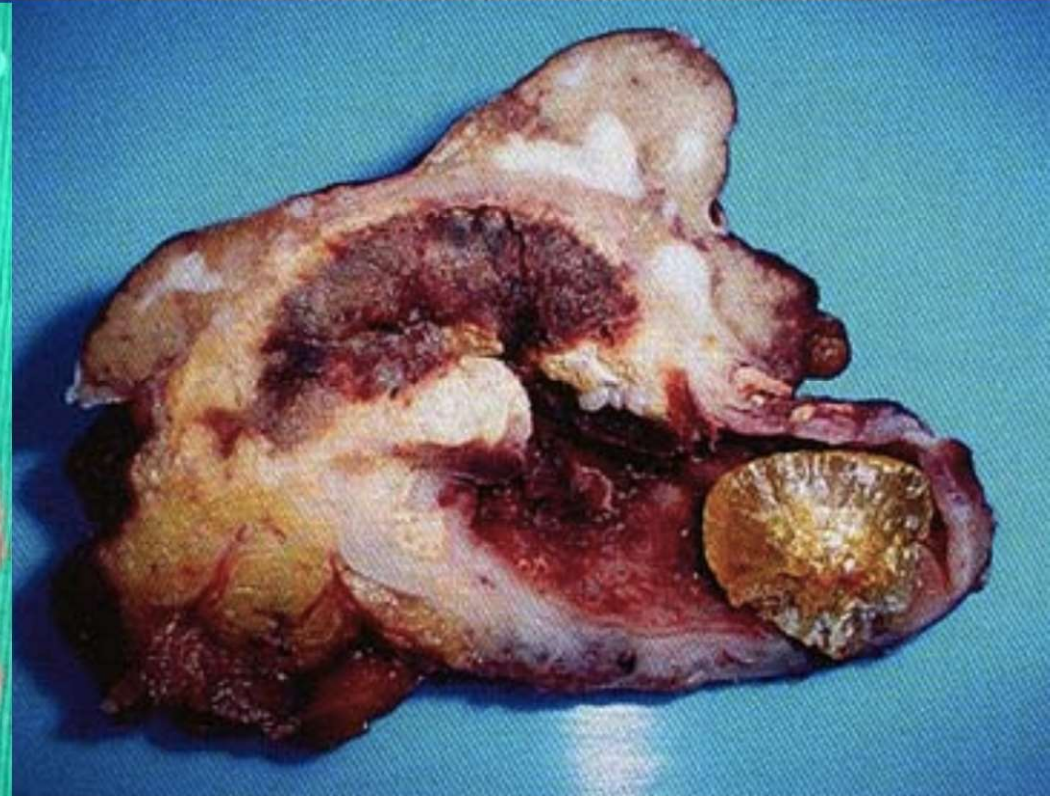
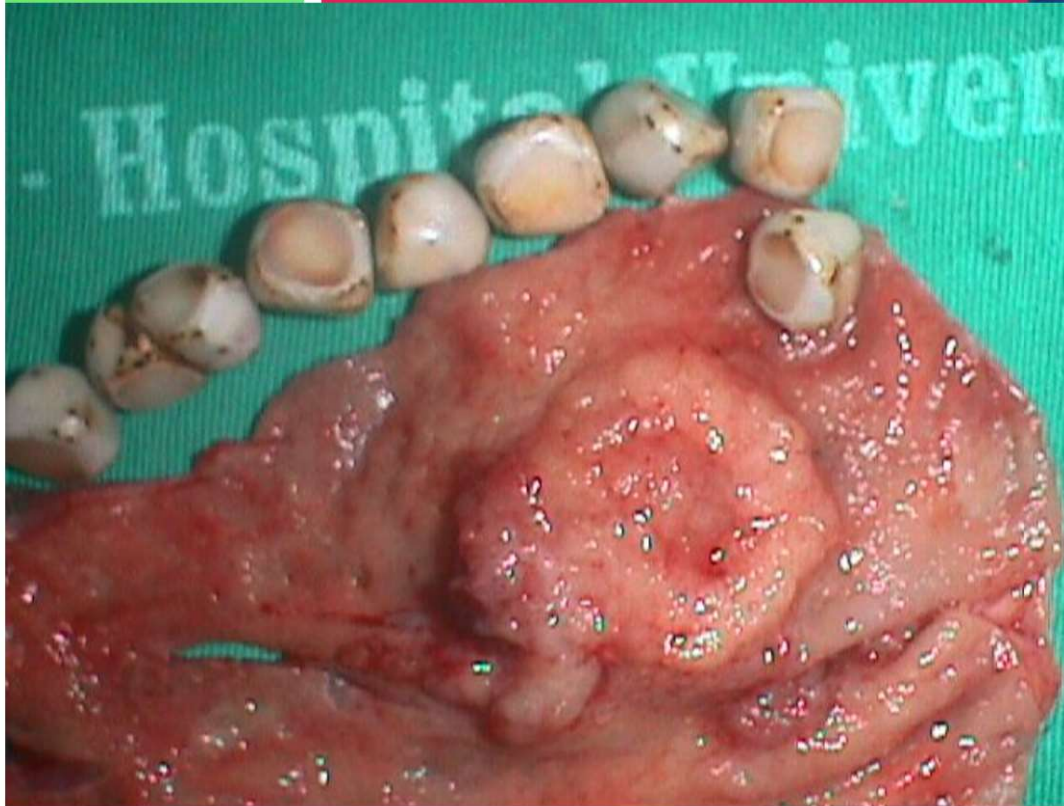
- ☐ Fatores de risco
- ☐ Extensão da ressecção hepática
- ☐ Linfadenectomia
- ☐ Ressecção da via biliar
- ☐ Portais
- ☐ Cirurgia minimamente invasiva
- ☐ Achado incidental

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



Neoplasia da vesícula biliar

Risco elevado

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

Risco elevado



Exame histológico da vesícula biliar de forma mais extensa.

Fatores de prognóstico patológico



Precoce: confinada ao músculo
Avançada: Além da túnica muscular

Precoce:

Melhor prognóstico: Sobrevida em 10 anos de 90%

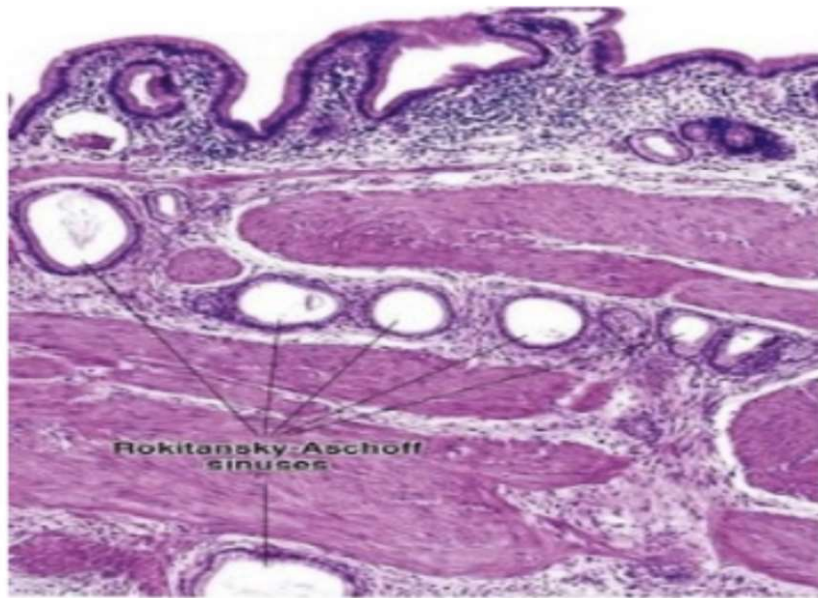
Fatores de prognóstico patológico

Envolvimento dos seios de Rokitansky-Aschoff

Multifocalidade da displasia

Localização na superfície hepática *versus* peritoneal livre

Envolvimento da margem do ducto cístico



Photomicrograph of the Rokitansky-Aschoff sinuses in the wall of the gallbladder. X120.



Ducto cístico



- ❑ Amostra adequada
- ❑ Estudo detalhado
- ❑ 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.

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

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

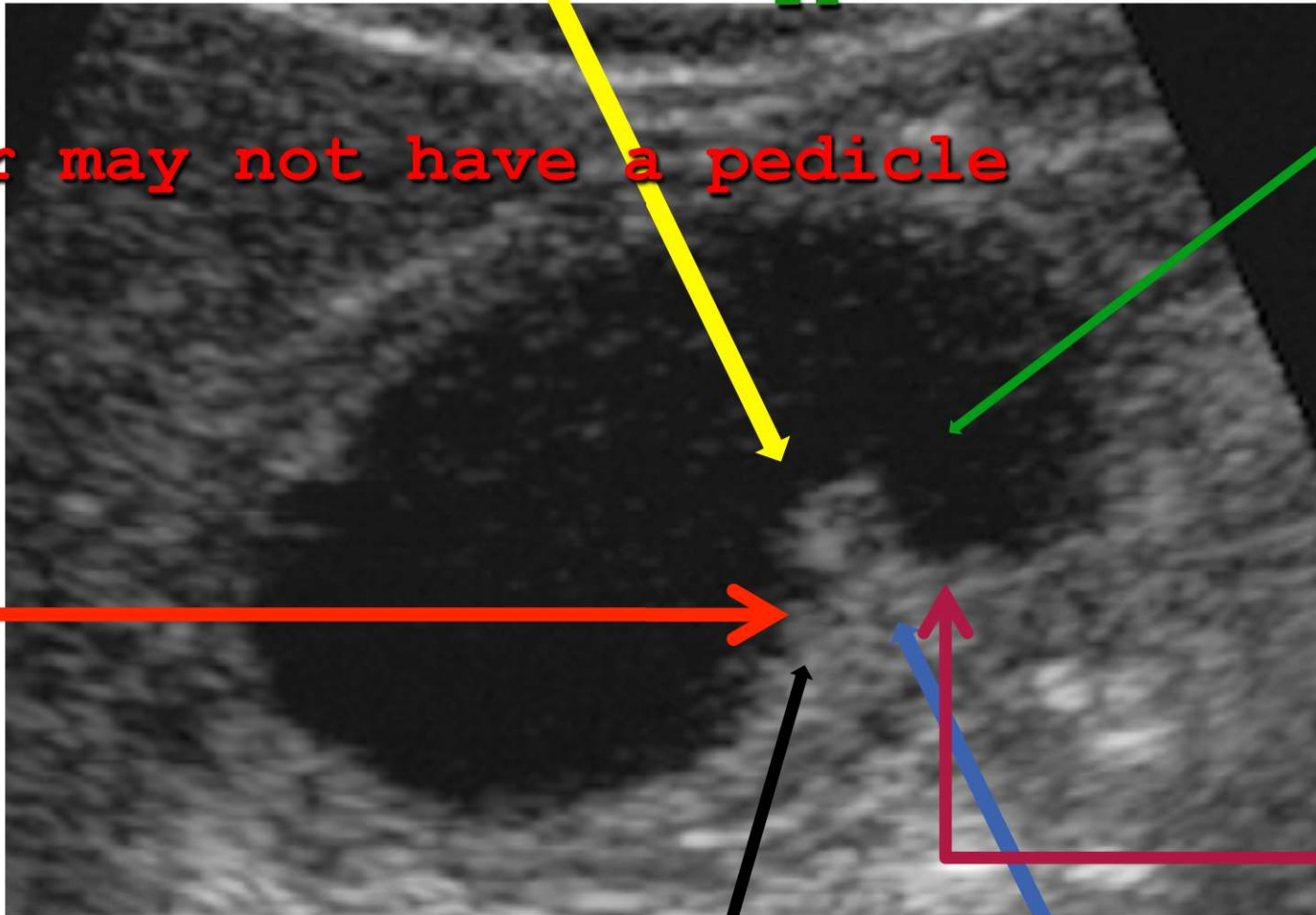
SUMMARY

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

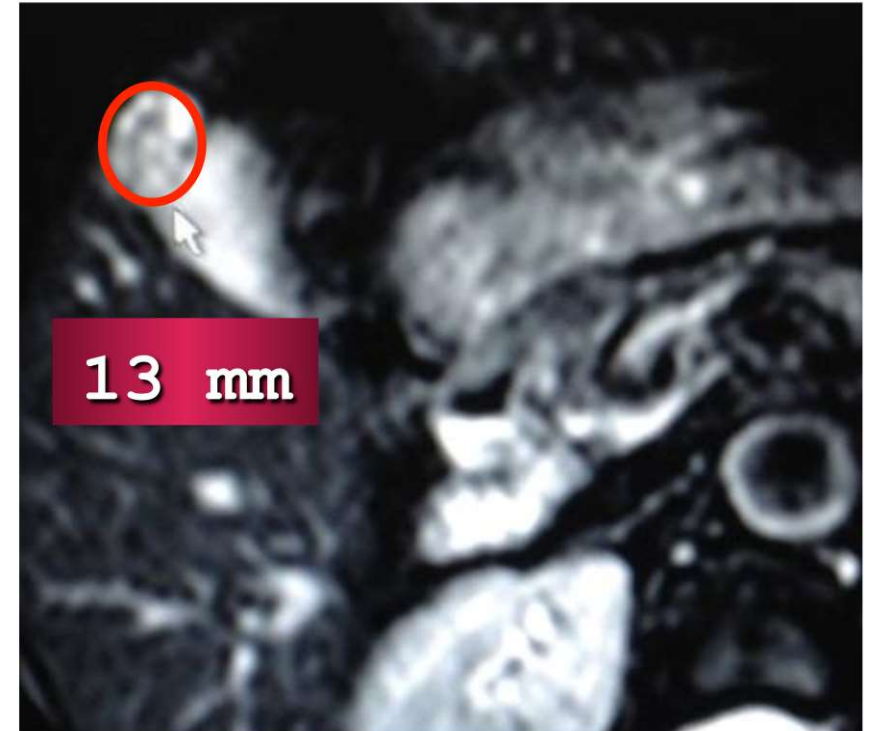
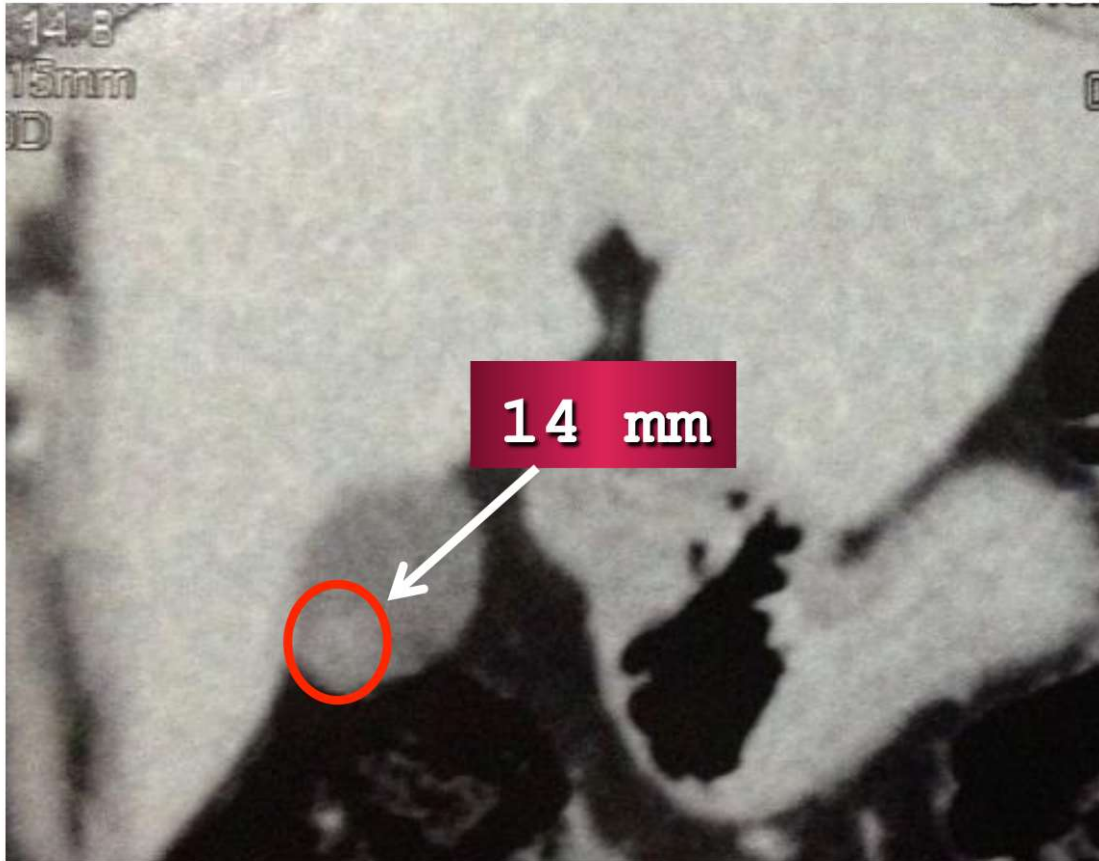
Echogenicity of the gallbladder wall

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



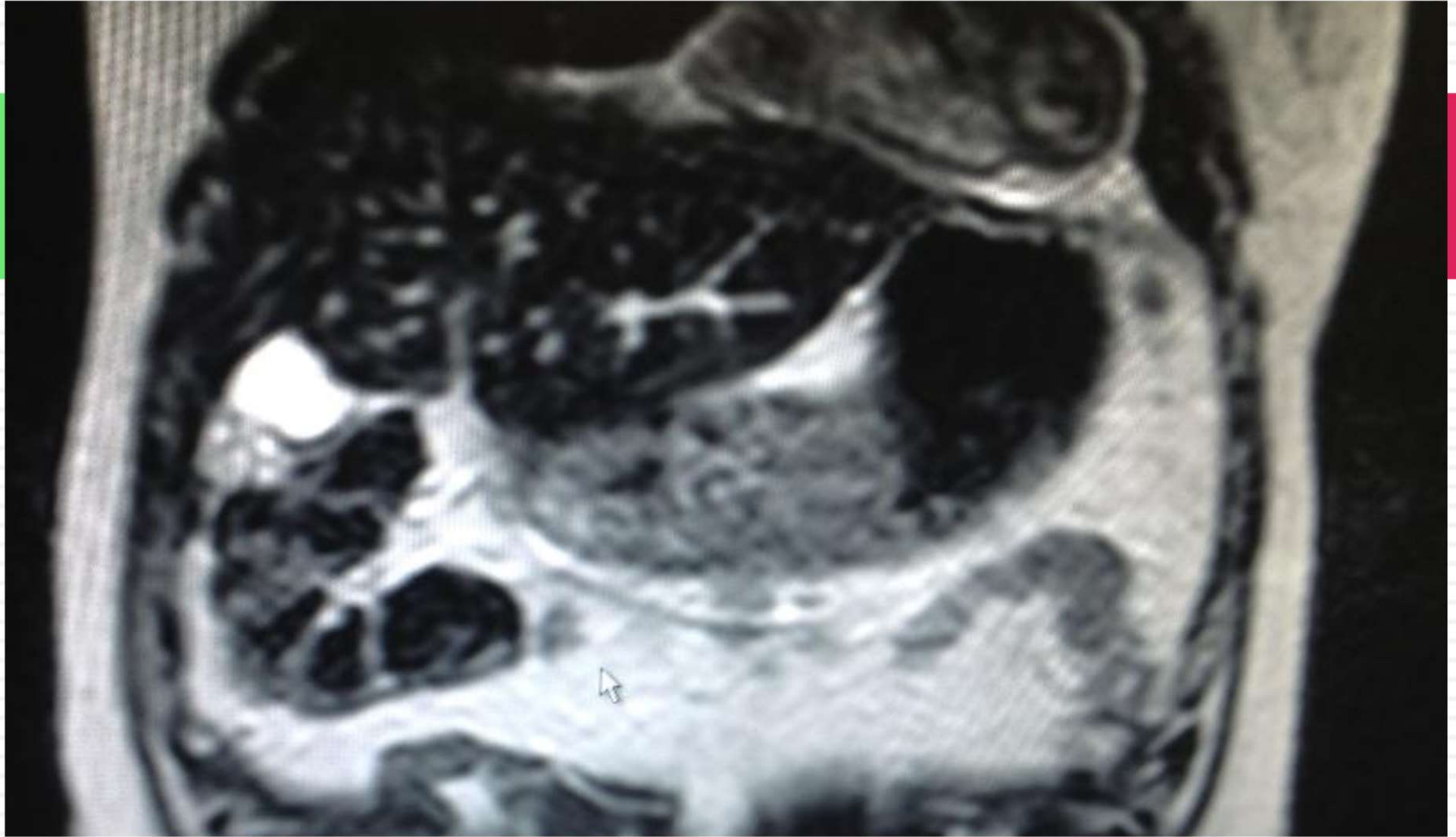
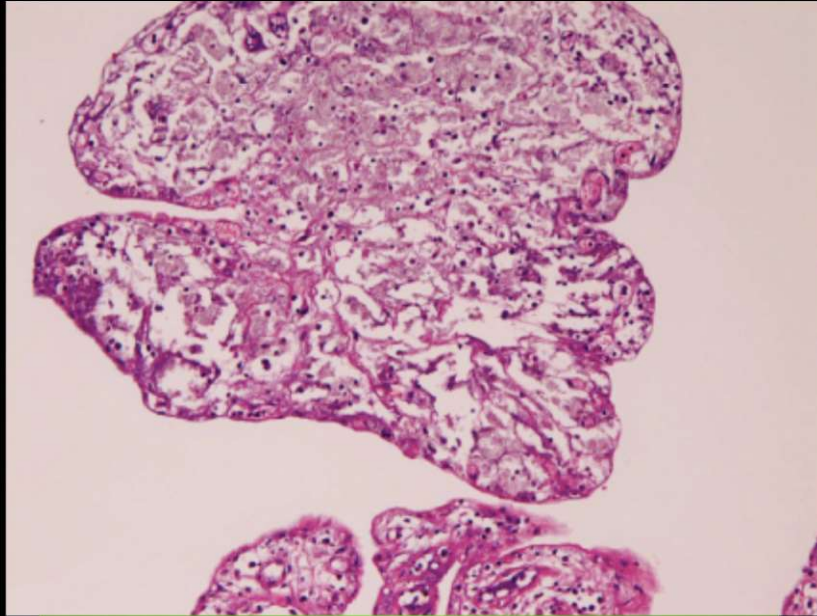


Table 5. Frequency of malignant polyp according to size groups

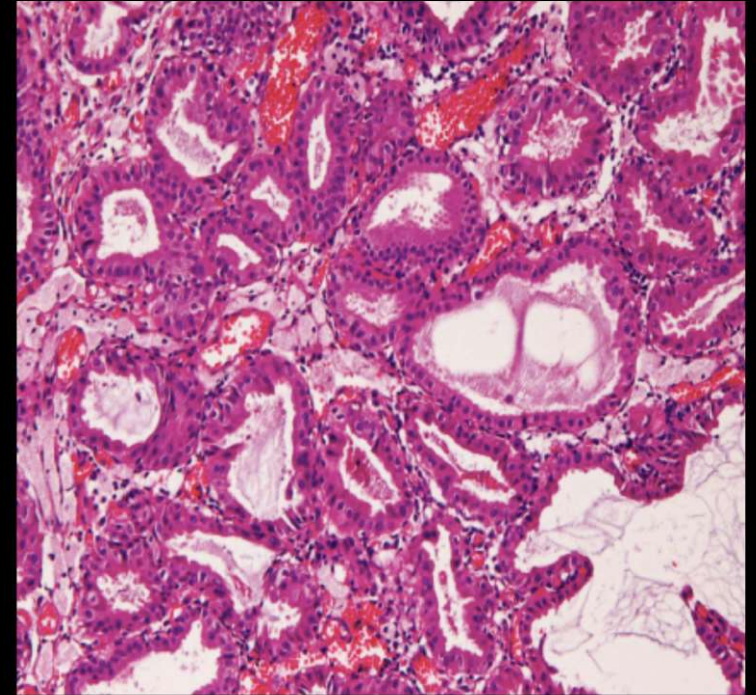
Size (mm)	Malignant polyp	Total PLG	%
<10	2	156	1.3
10-19	9	94	9.6
≥20	24	41	58.5

* $P < 0.001$.

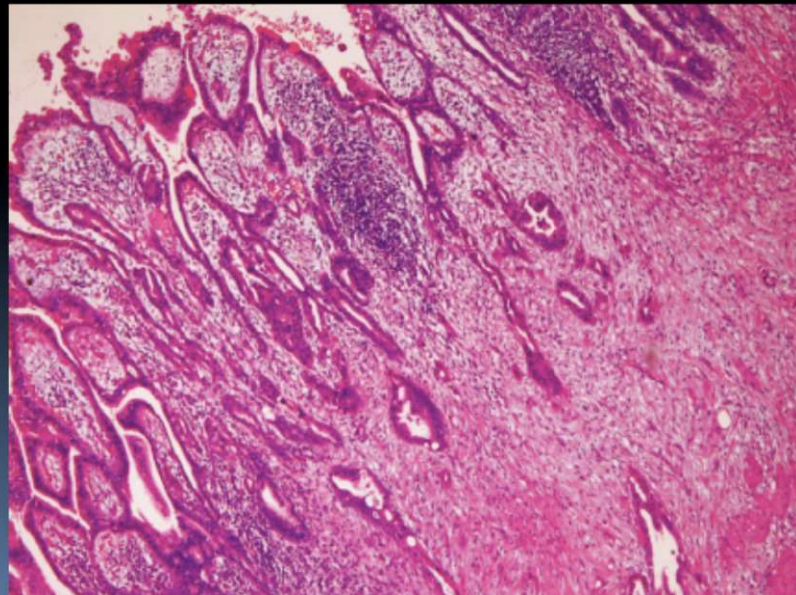
PLG, polypoid lesions of the gallbladder.



Cholesterol polyp

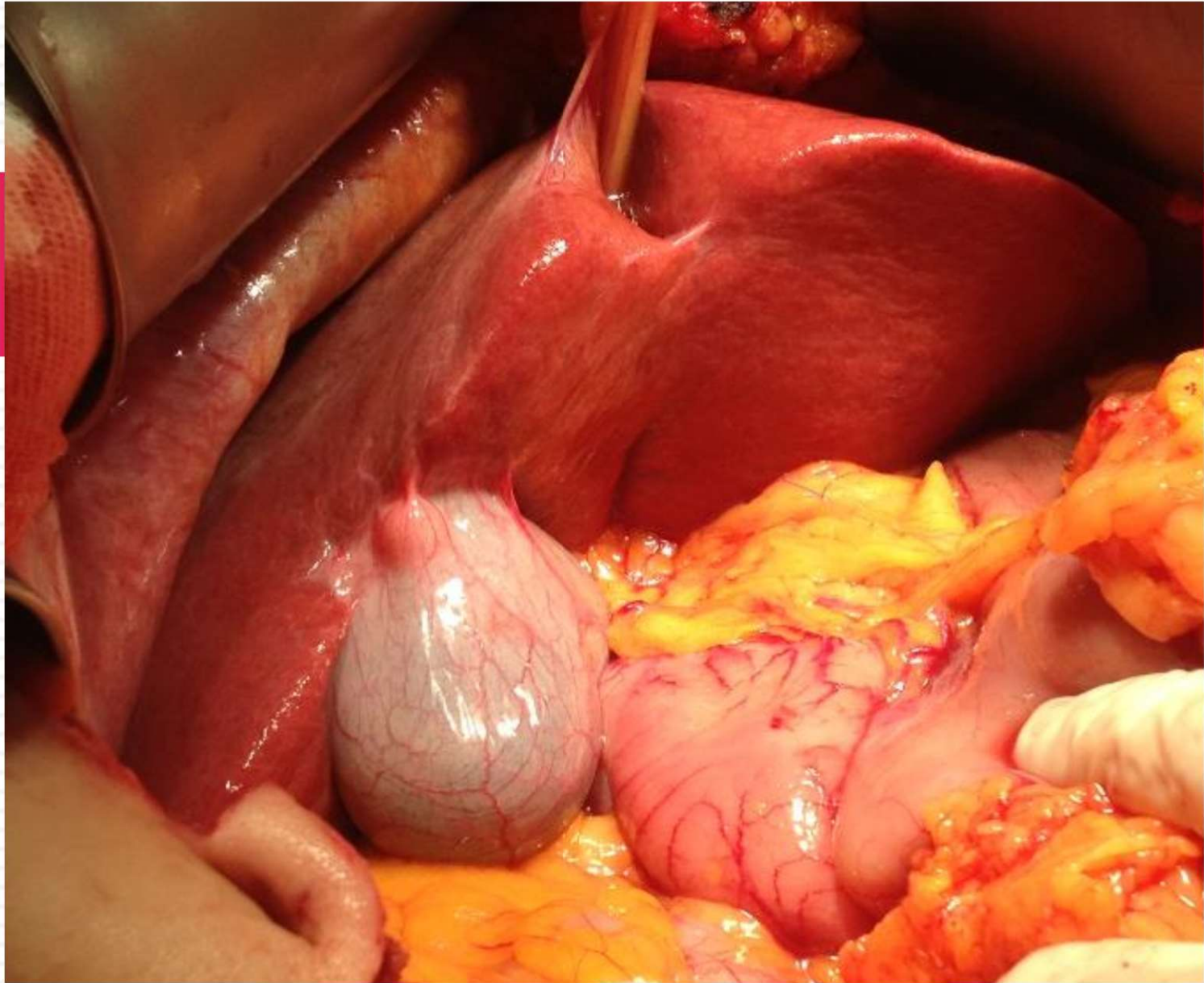


Adenoma tubular
intestinal



GB adenocarcinoma









Ultrassonografia

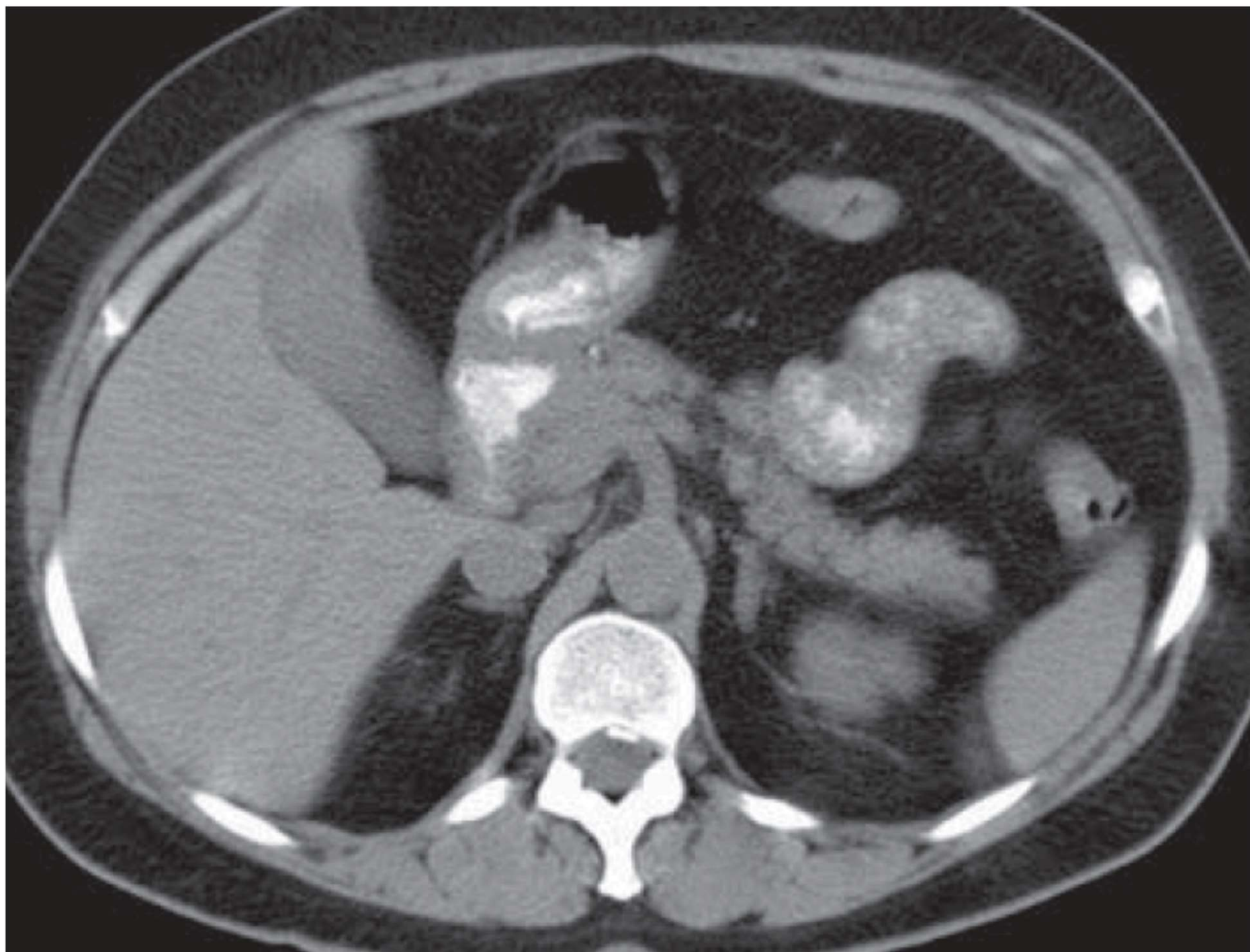


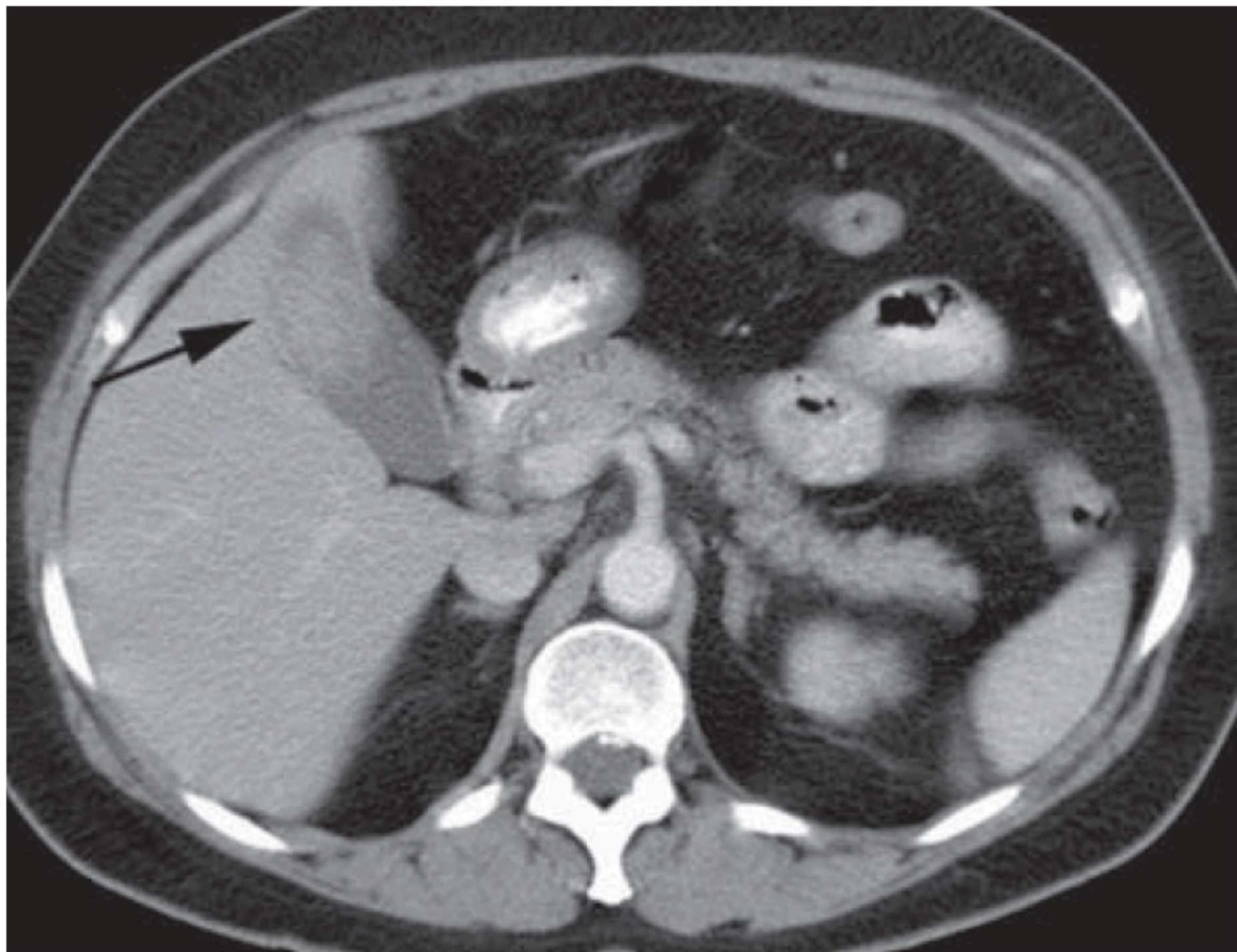
- ❑ Espessamento nodular ou irregular da parede da vesícula de forma excêntrica ou circunferencial
- ❑ A margem ecogênica distinta entre a parede da vesícula e a superfície



Câncer da vesícula biliar: Suspeita clínica

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





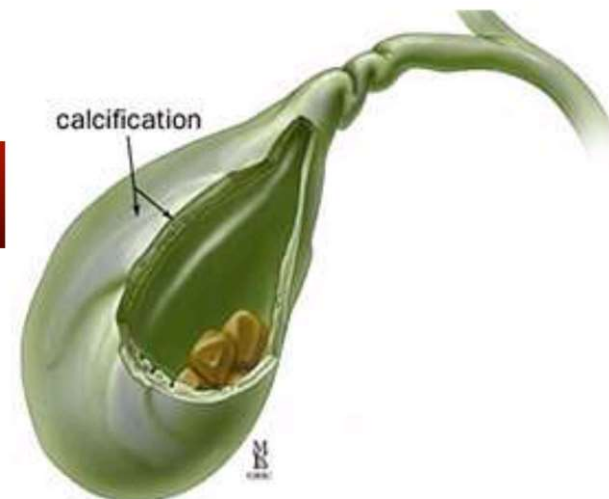
Fatores de risco

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.



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

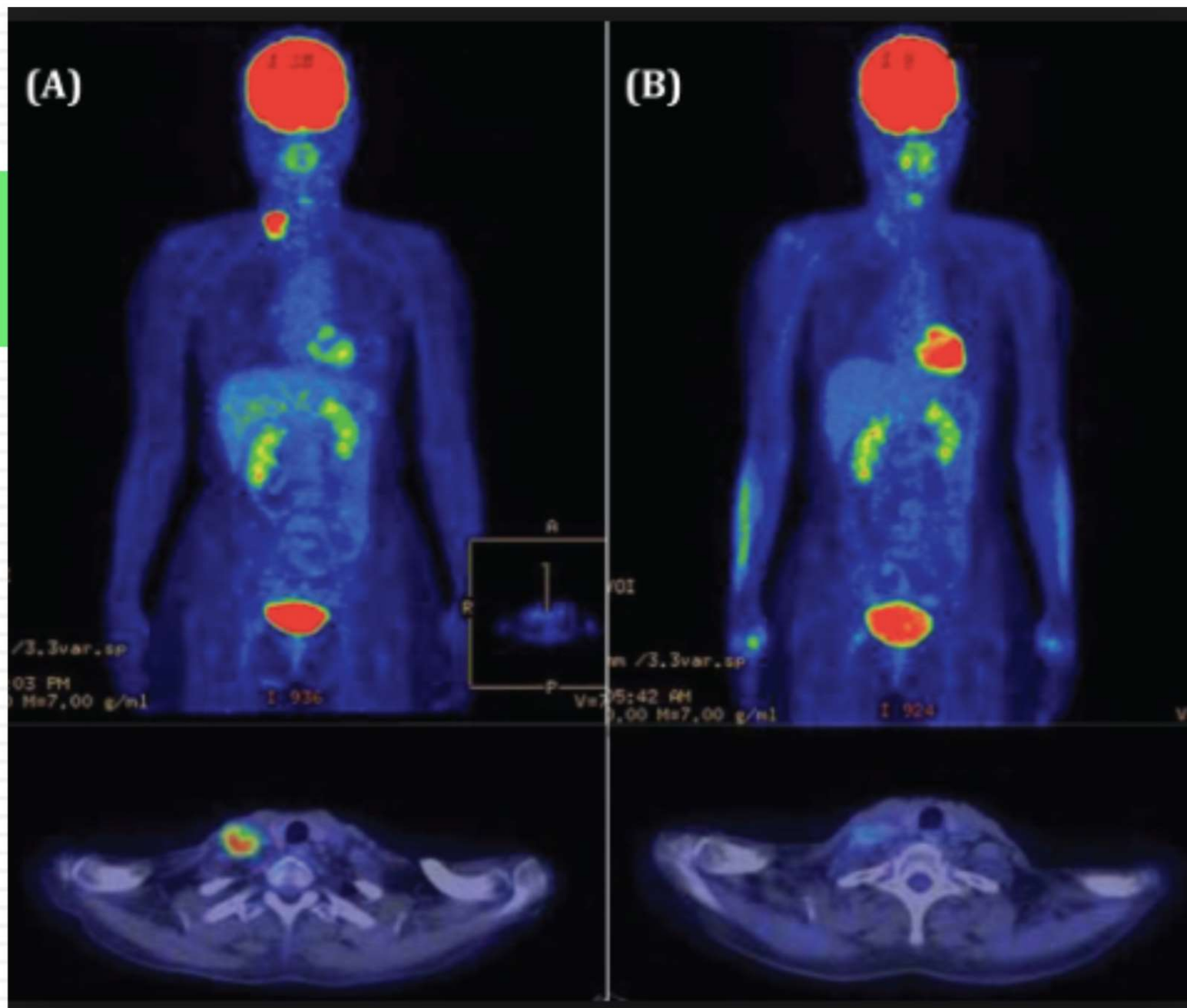
- Percutânea

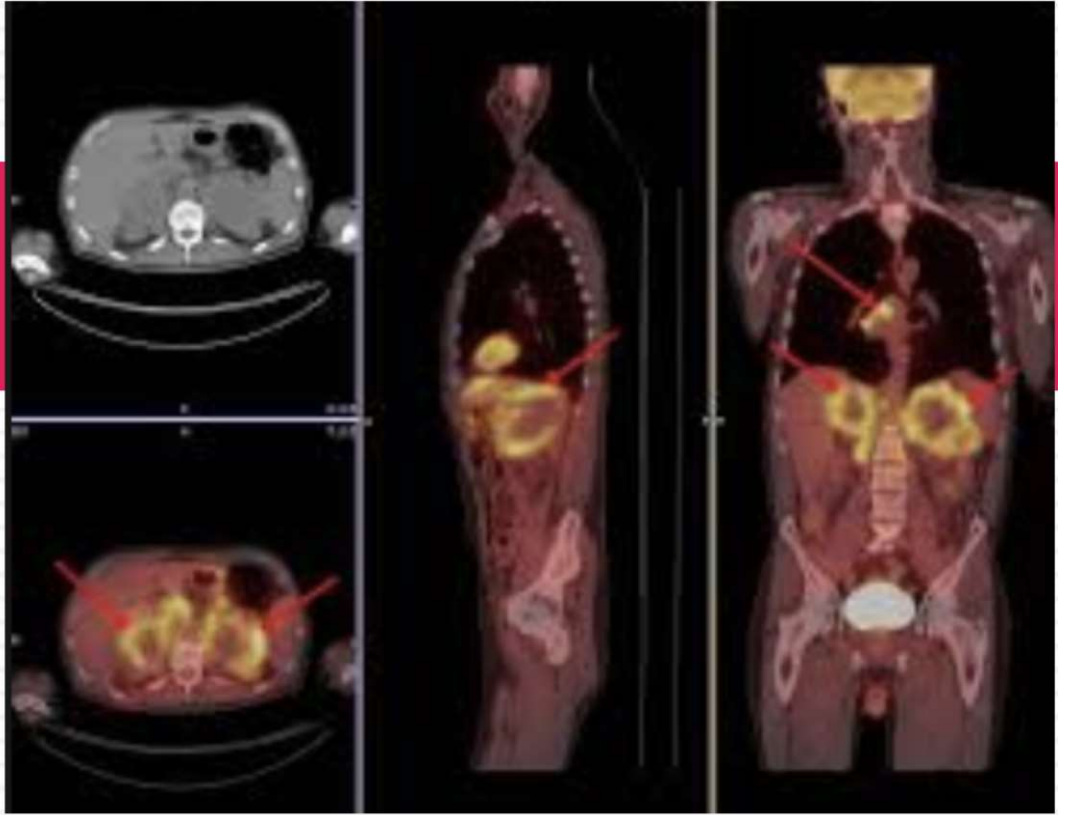
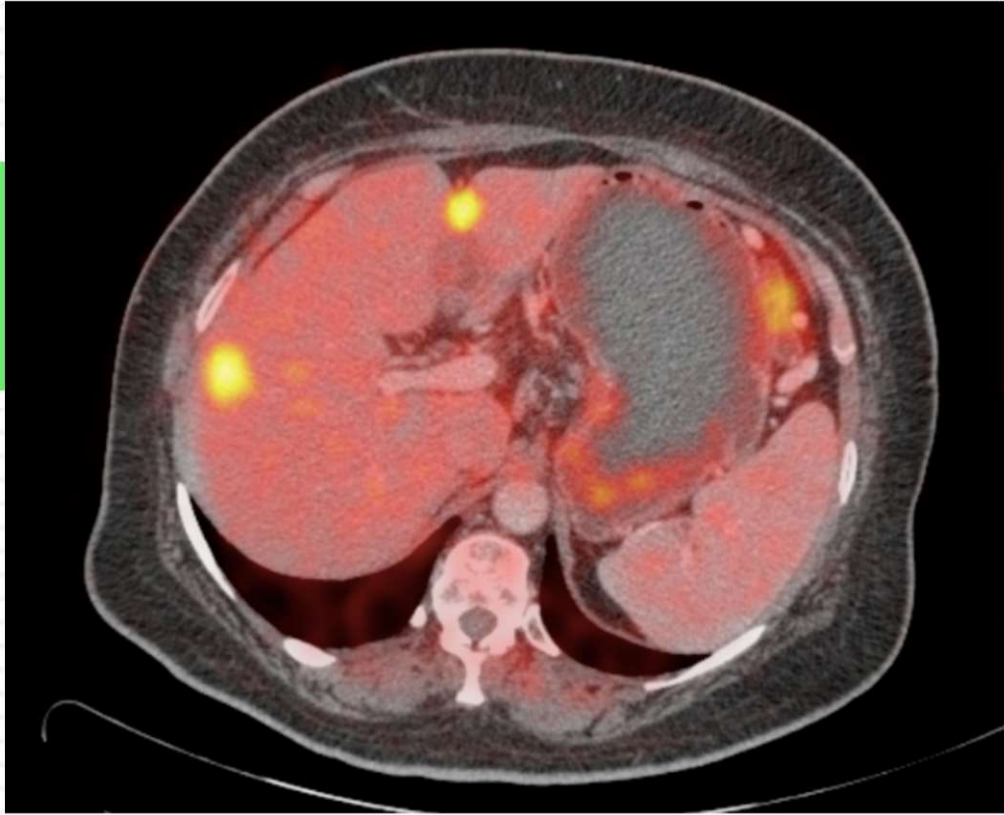
- Laparoscópica

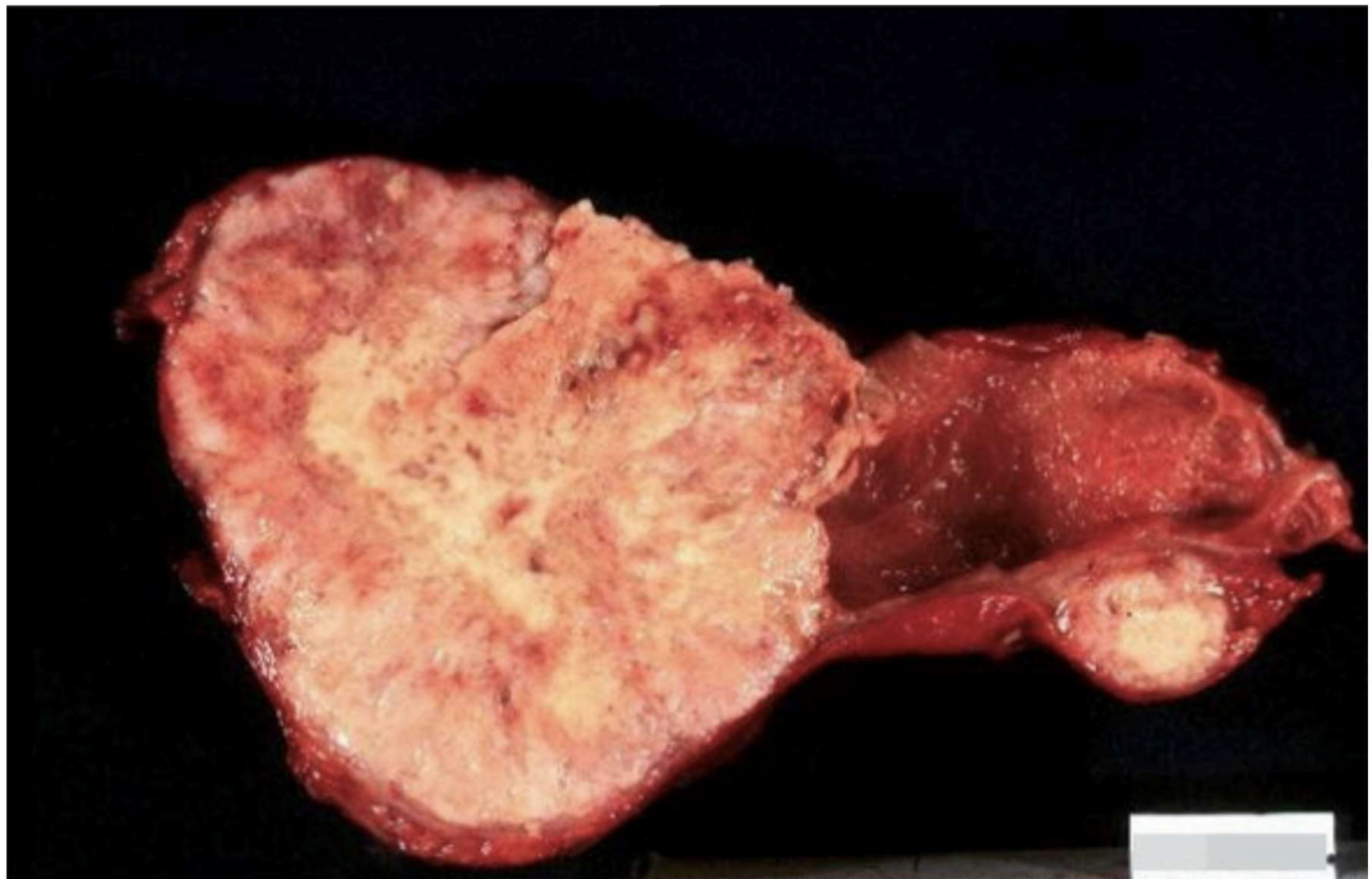
Neoplasia de vesícula confirmada ou suspeita:

PET-CT

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



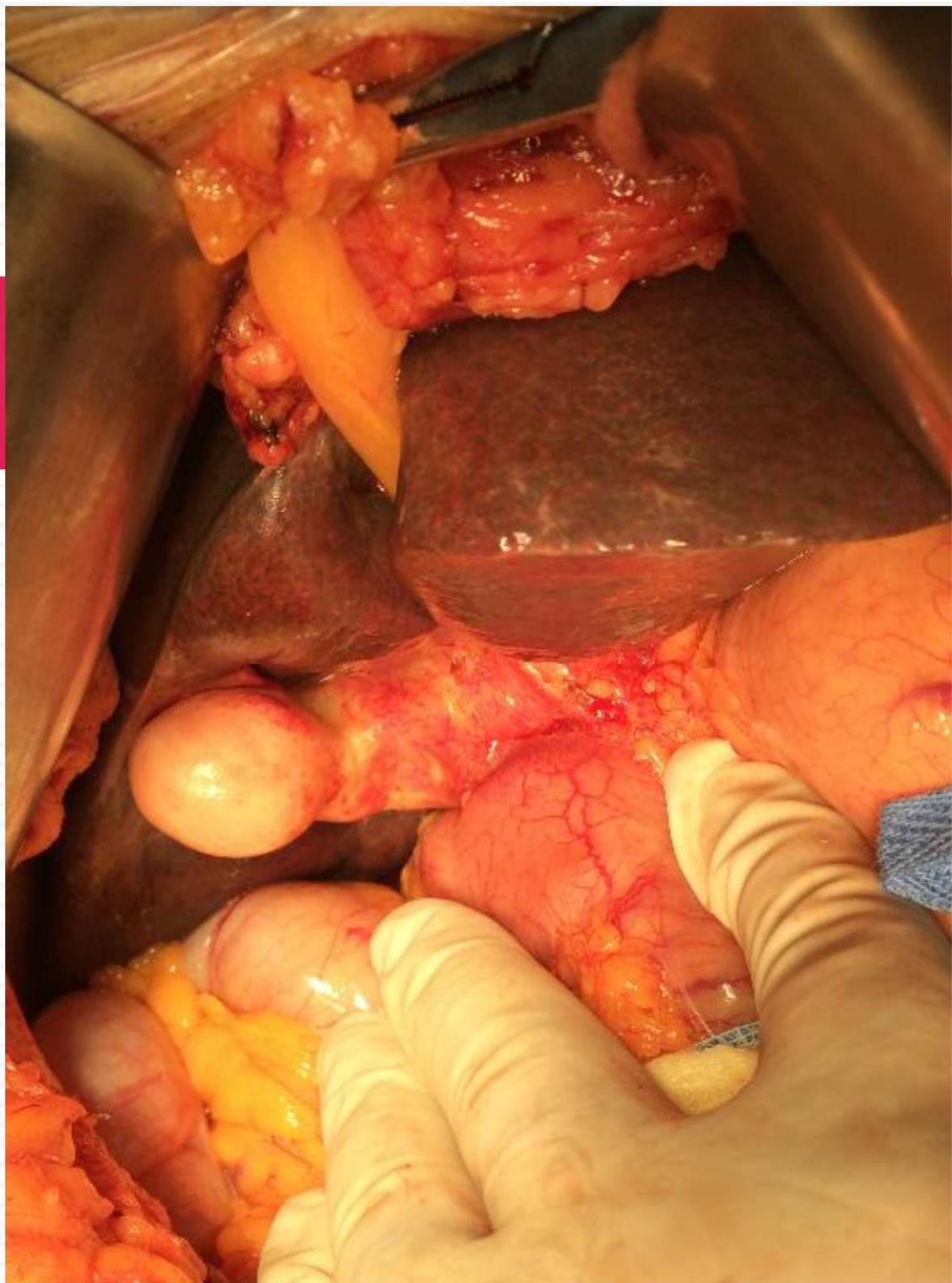




Comprometimento muscular e mais profundo



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

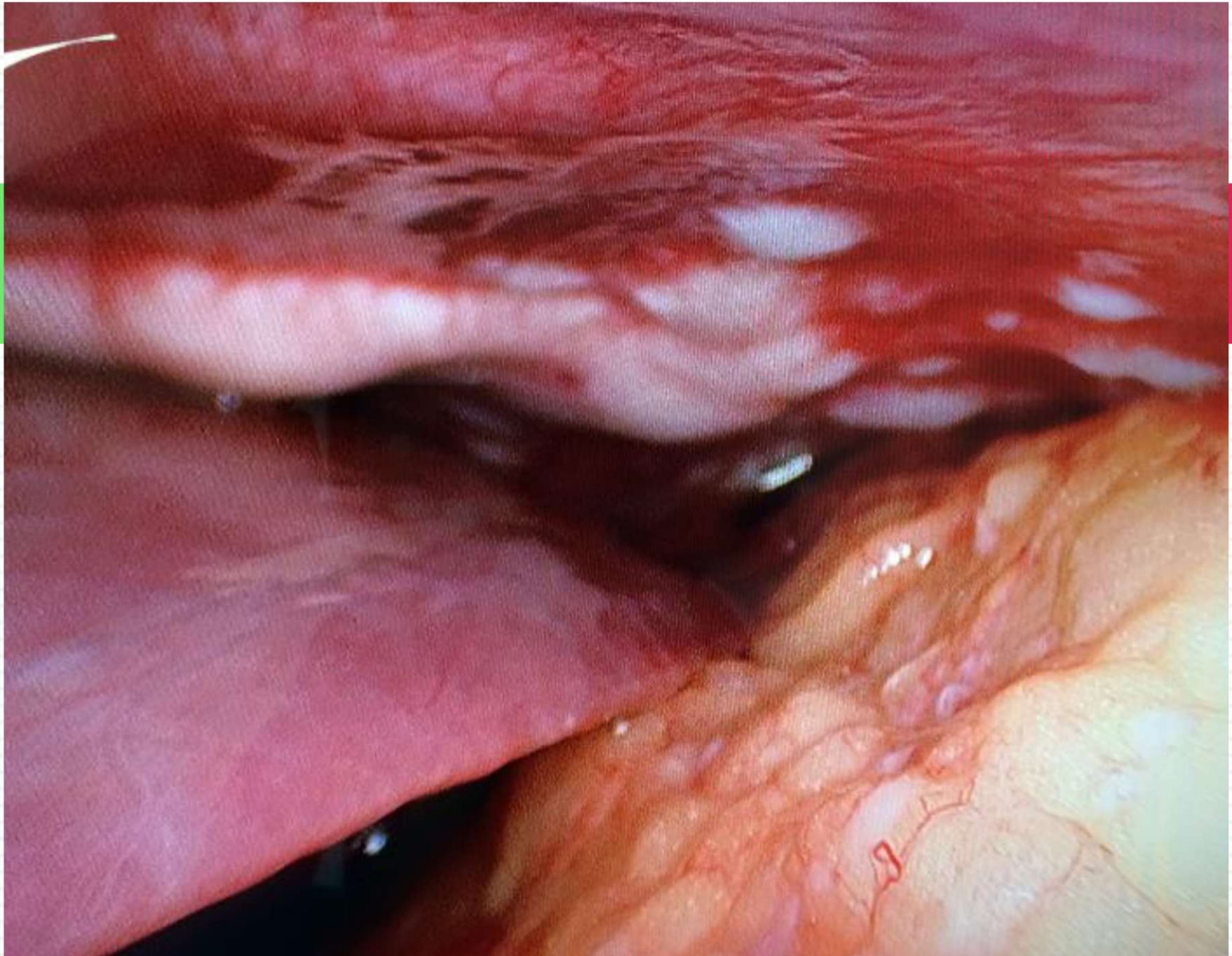
Cirurgia

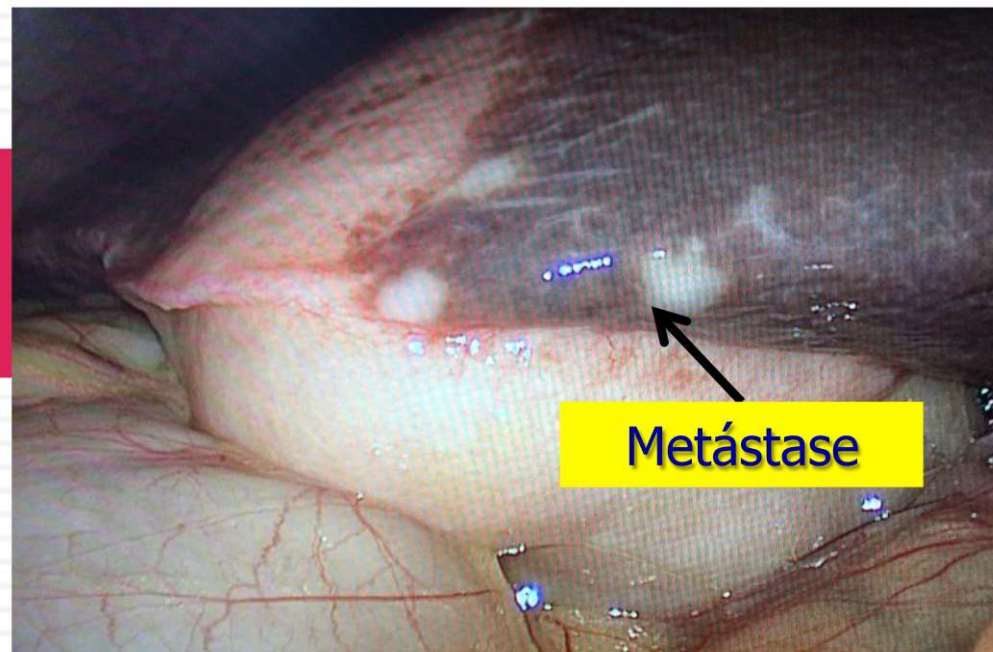
Estadiamento laparoscópico

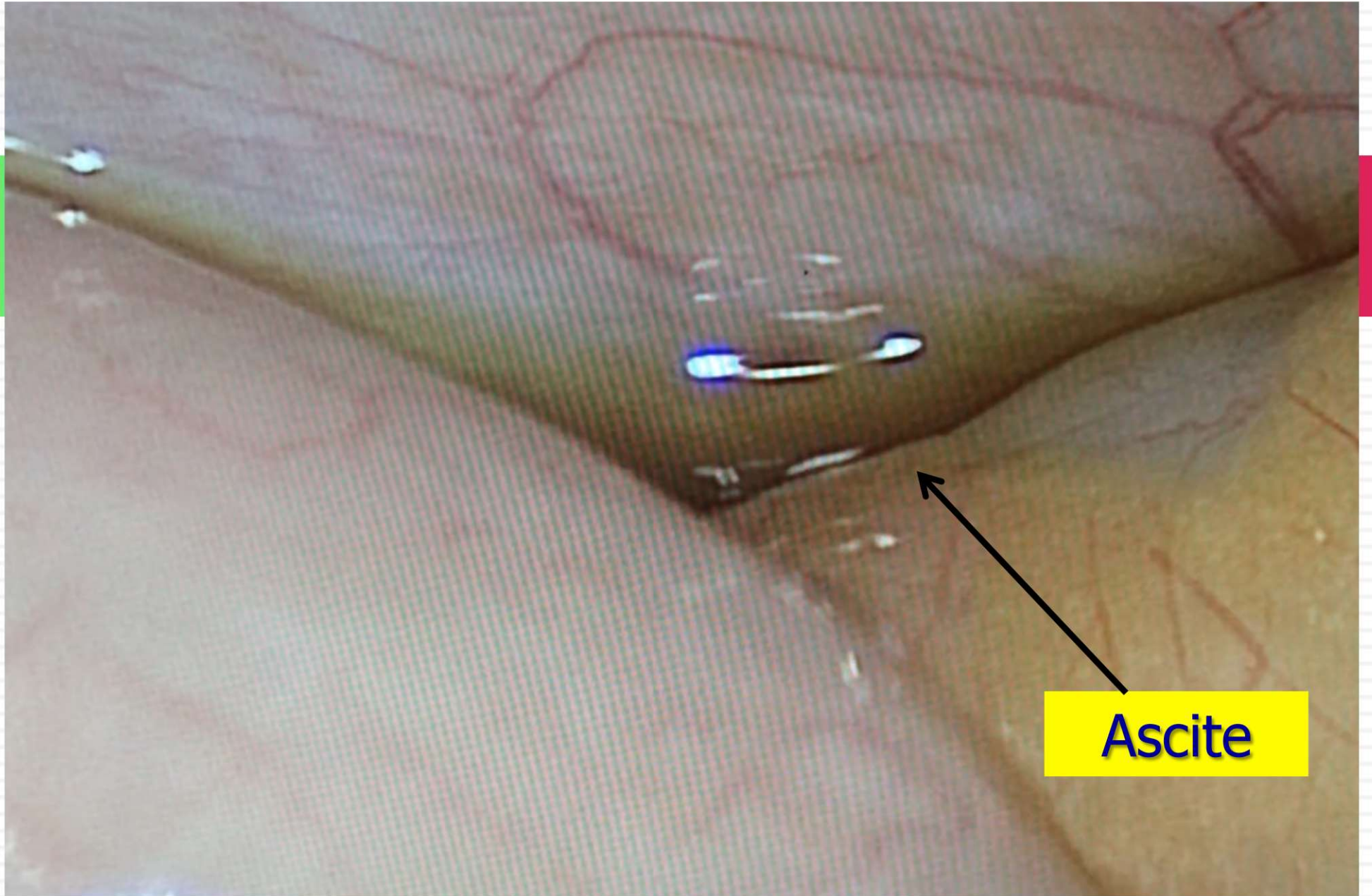


- ❑ Evita cirurgia desnecessária em 38-62%
- ❑ Determina irrecorrência oncológica em até 23%
- ❑ Ultrassonografia laparoscópica
- ❑ Congelamento do linfonodo intercavo-aórtico
 - ❑ Positivo - palição
- ❑ elevada incidência de achados positivos

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







Ascite

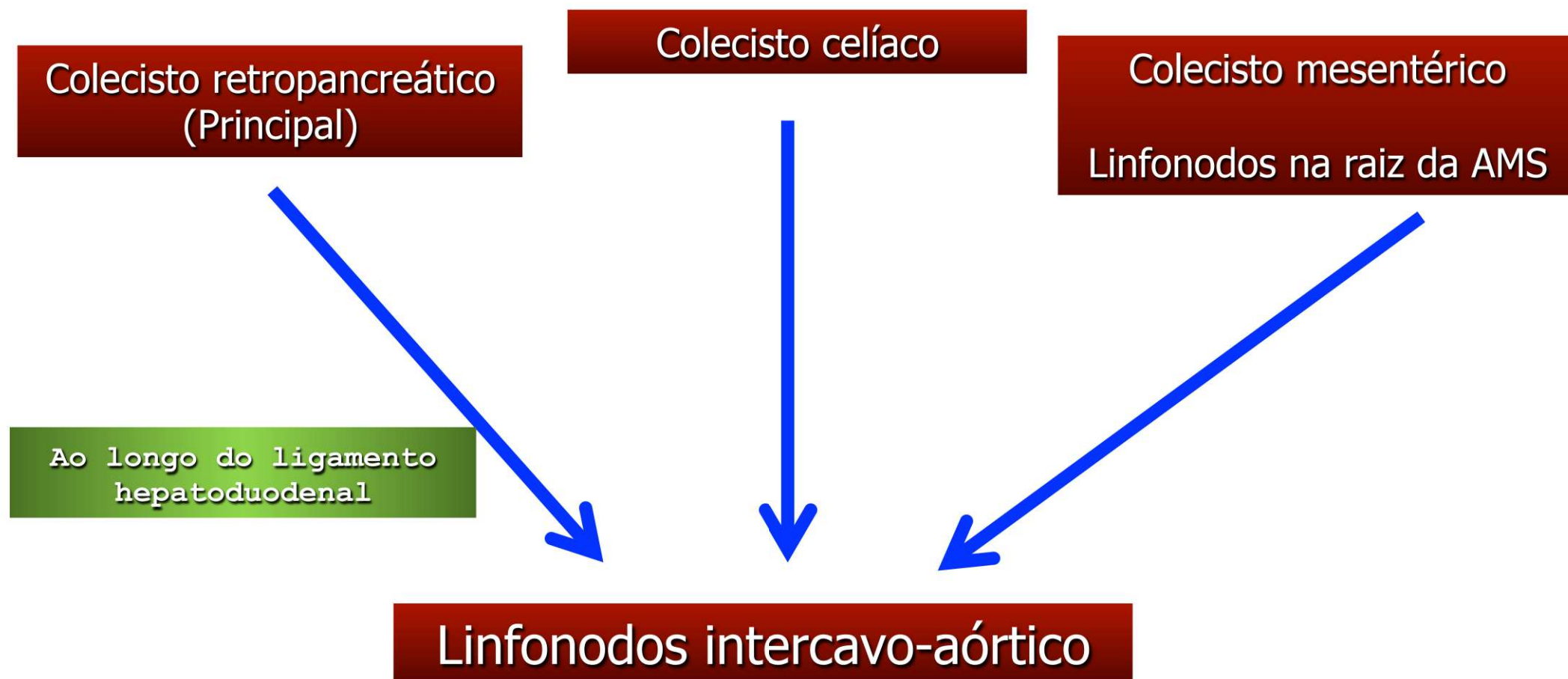
Linfonodos

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



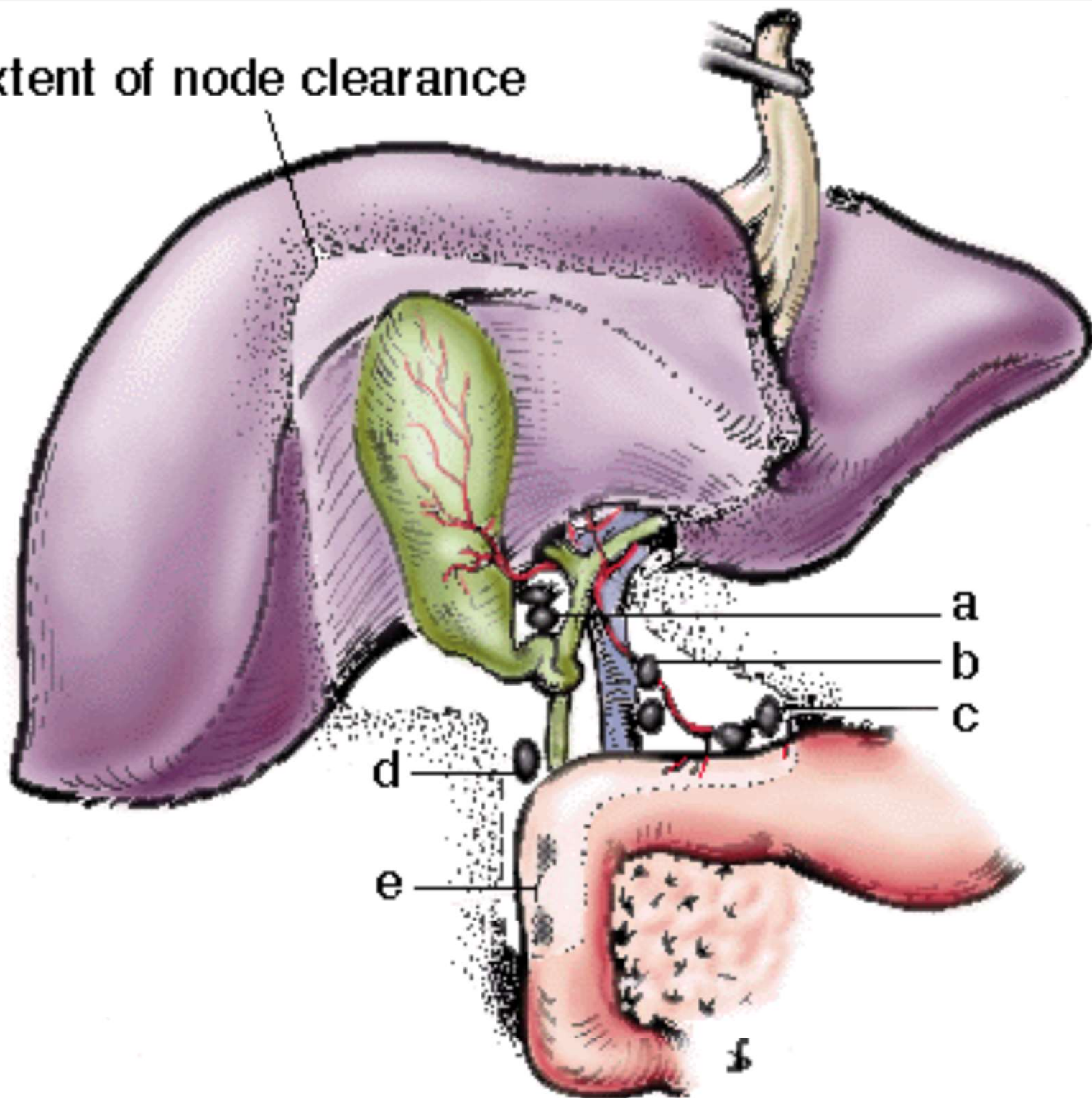
Linfonodos pericoledocianos podem ocorrer diretos para intercavo-aórtico

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

Extent of node clearance

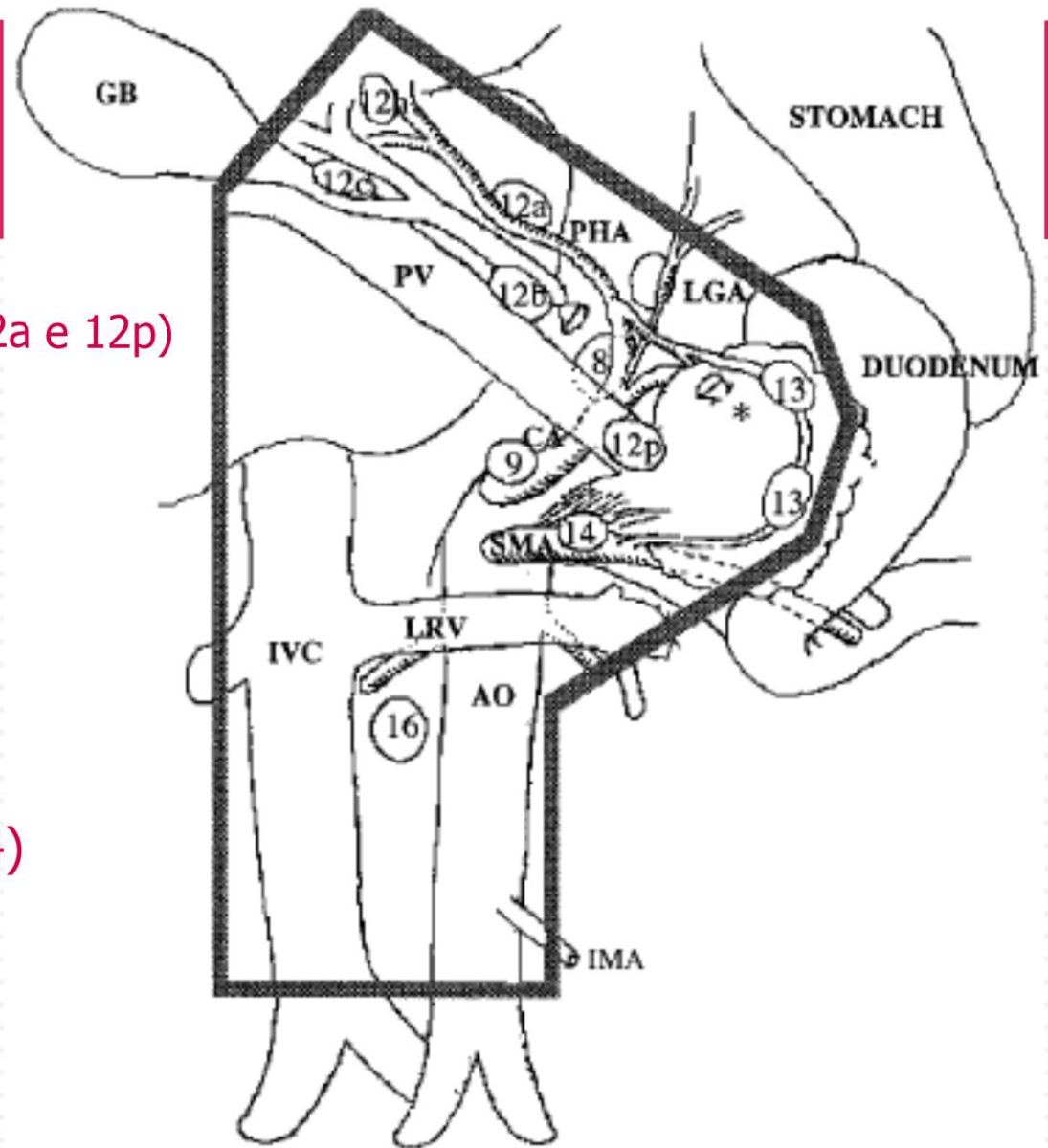


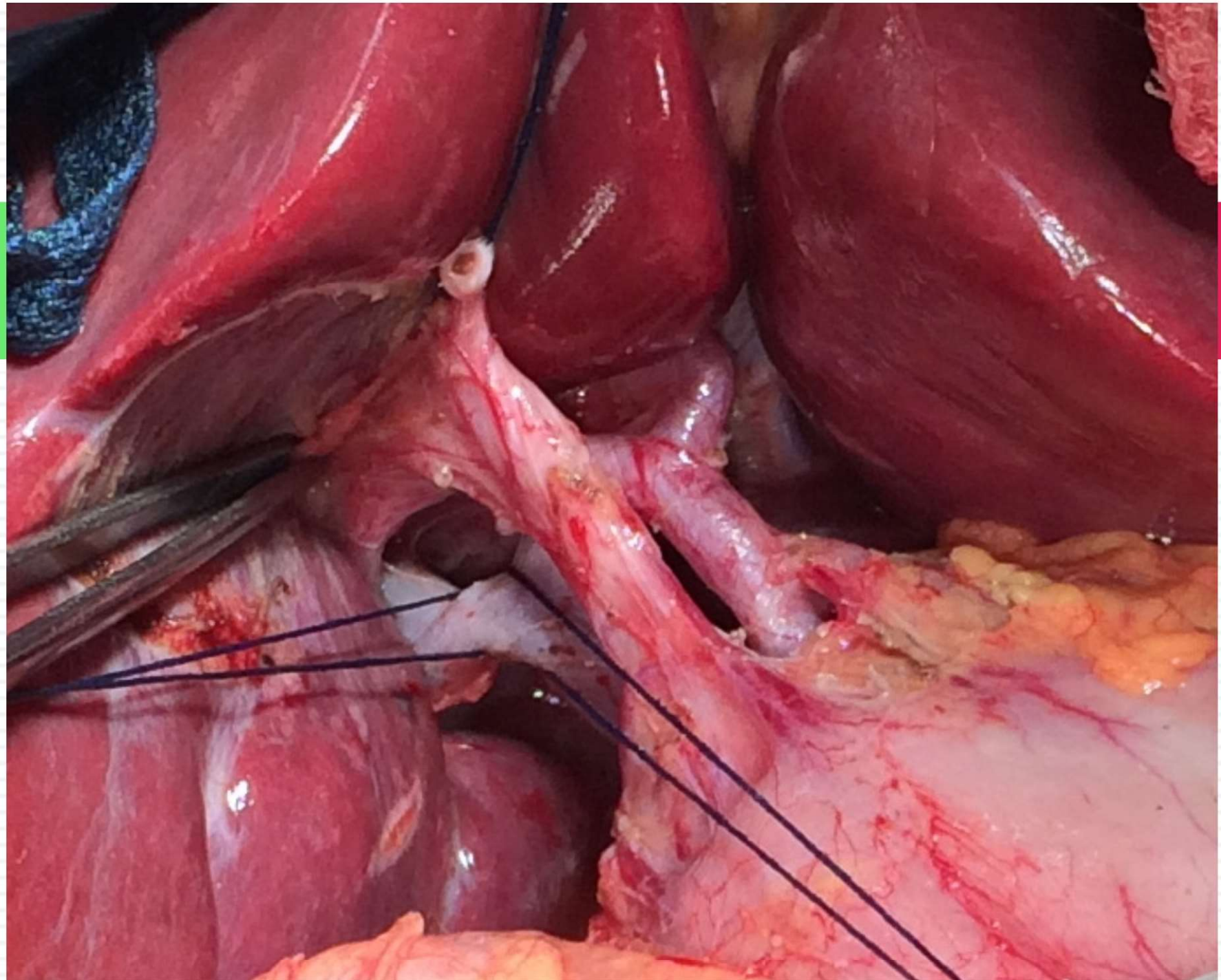
Avaliação nodal intra-operatória

- ❑ 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 cística 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)

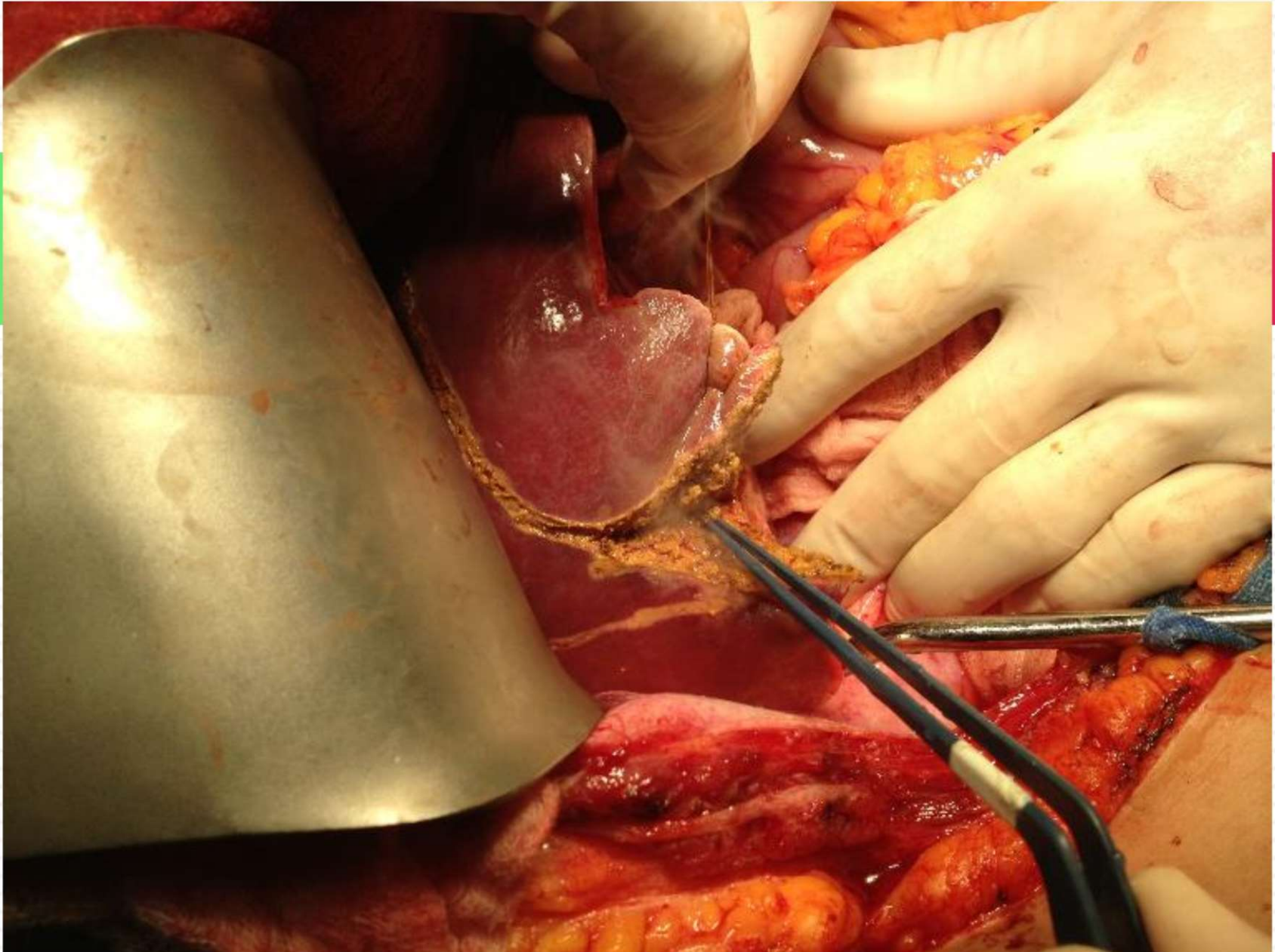
Sobrevida a longo prazo (descrito)

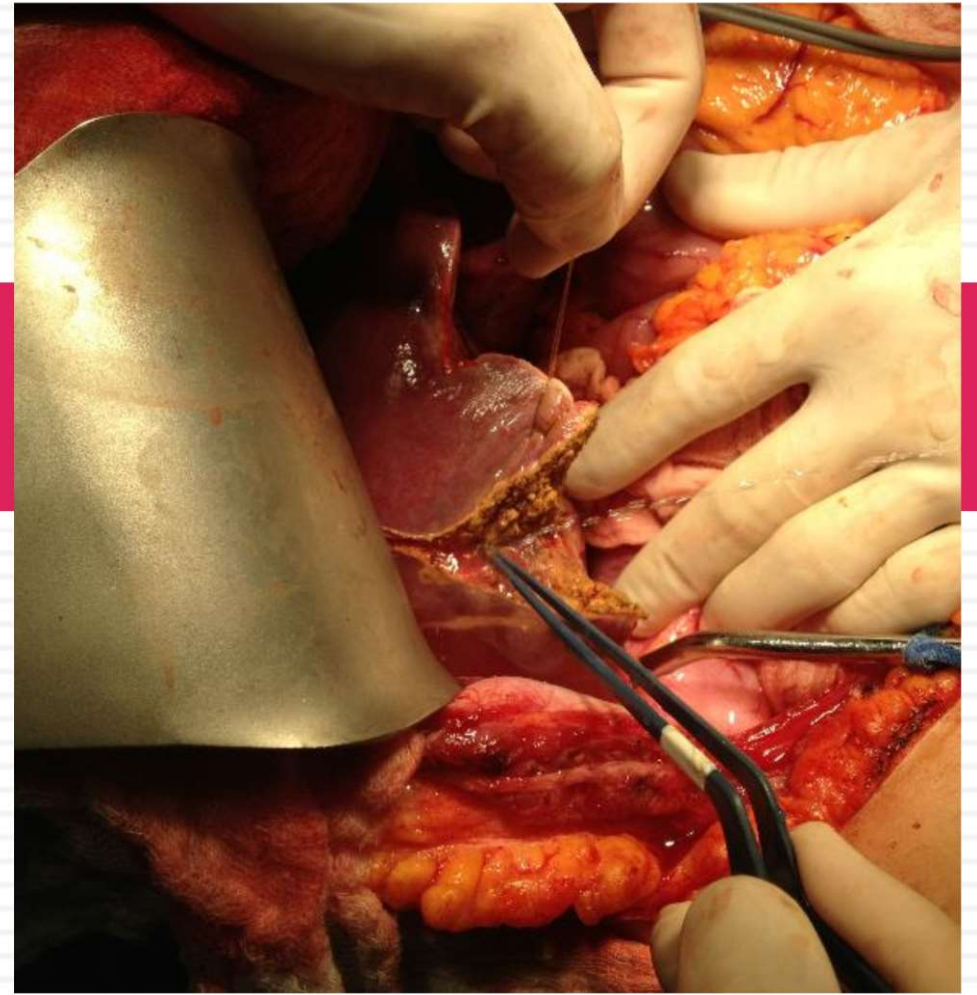
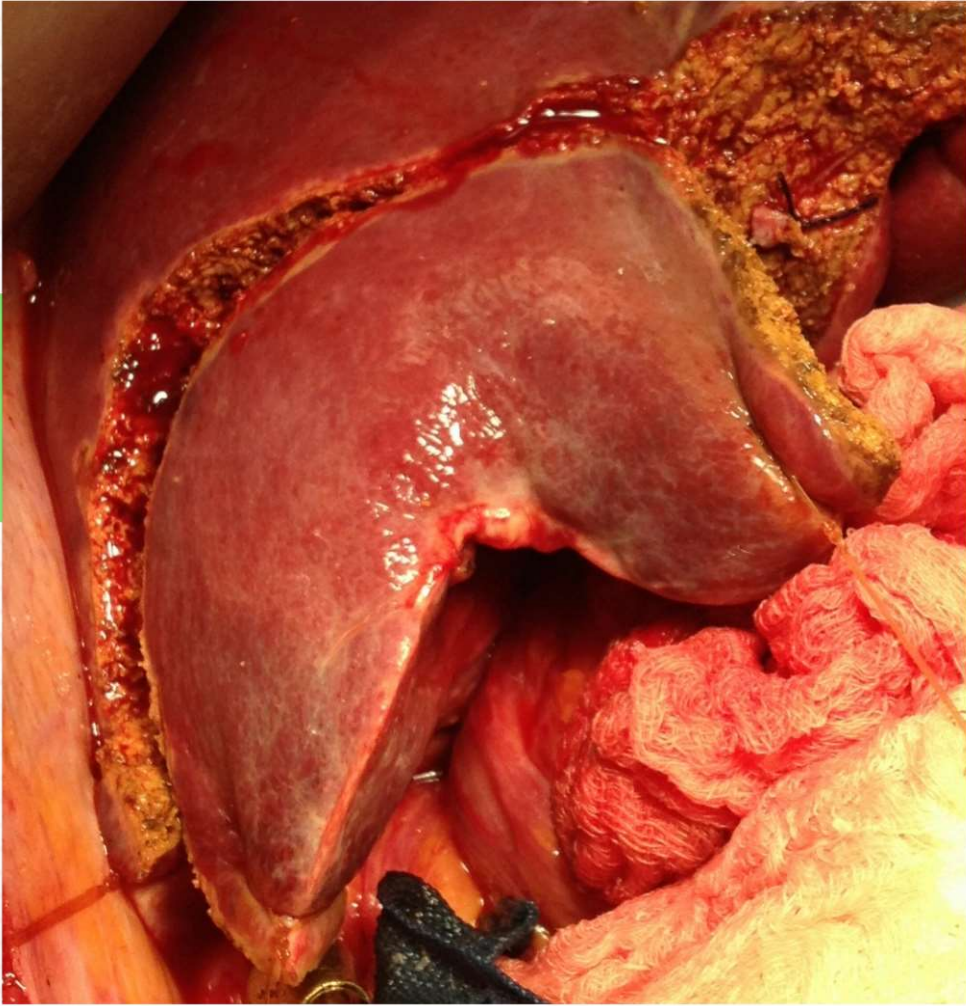
Cirurgia – pacientes aptos

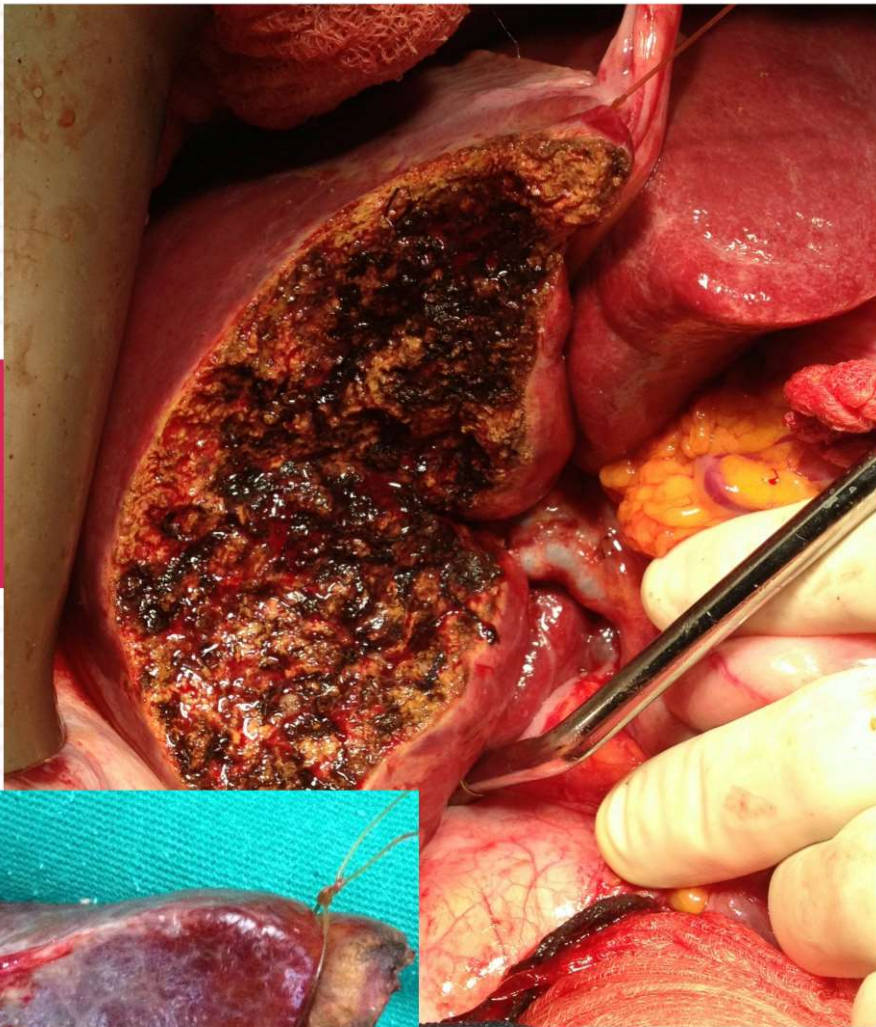
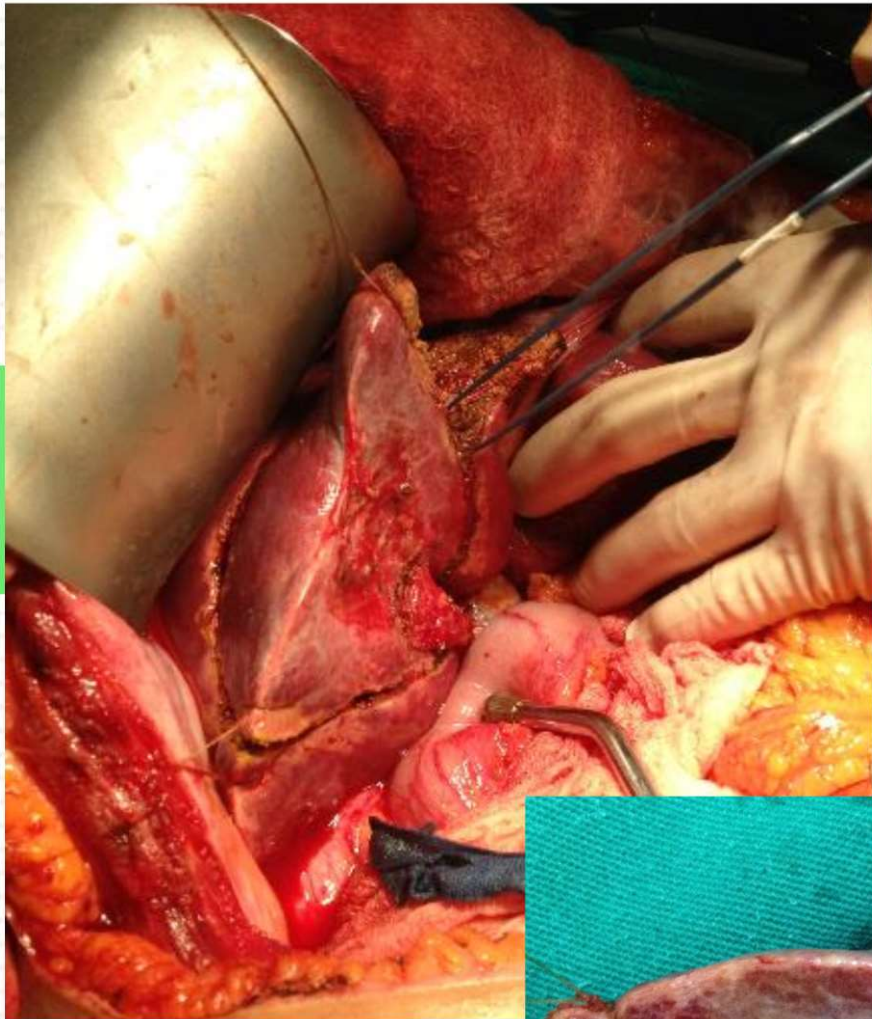
❑ Sobrevida

Biologia tumoral

Estágio

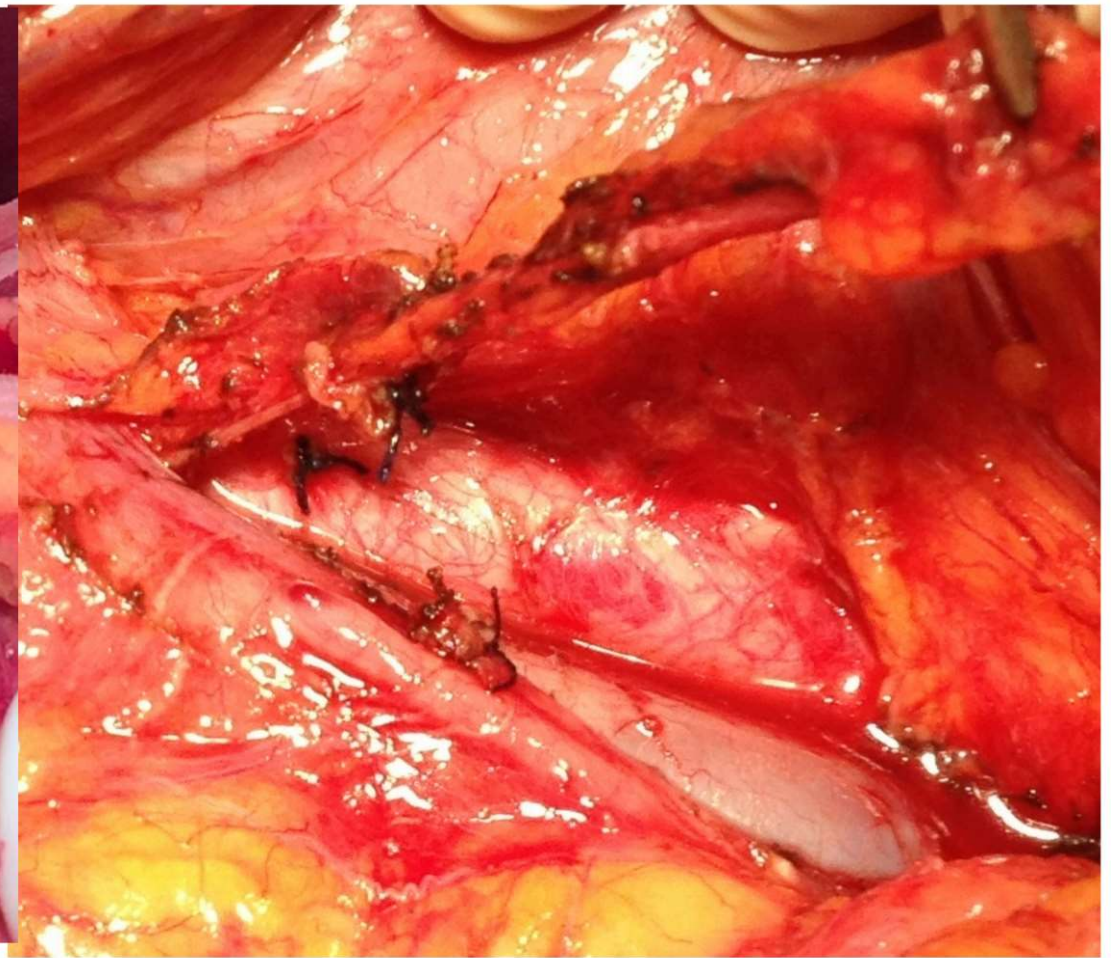
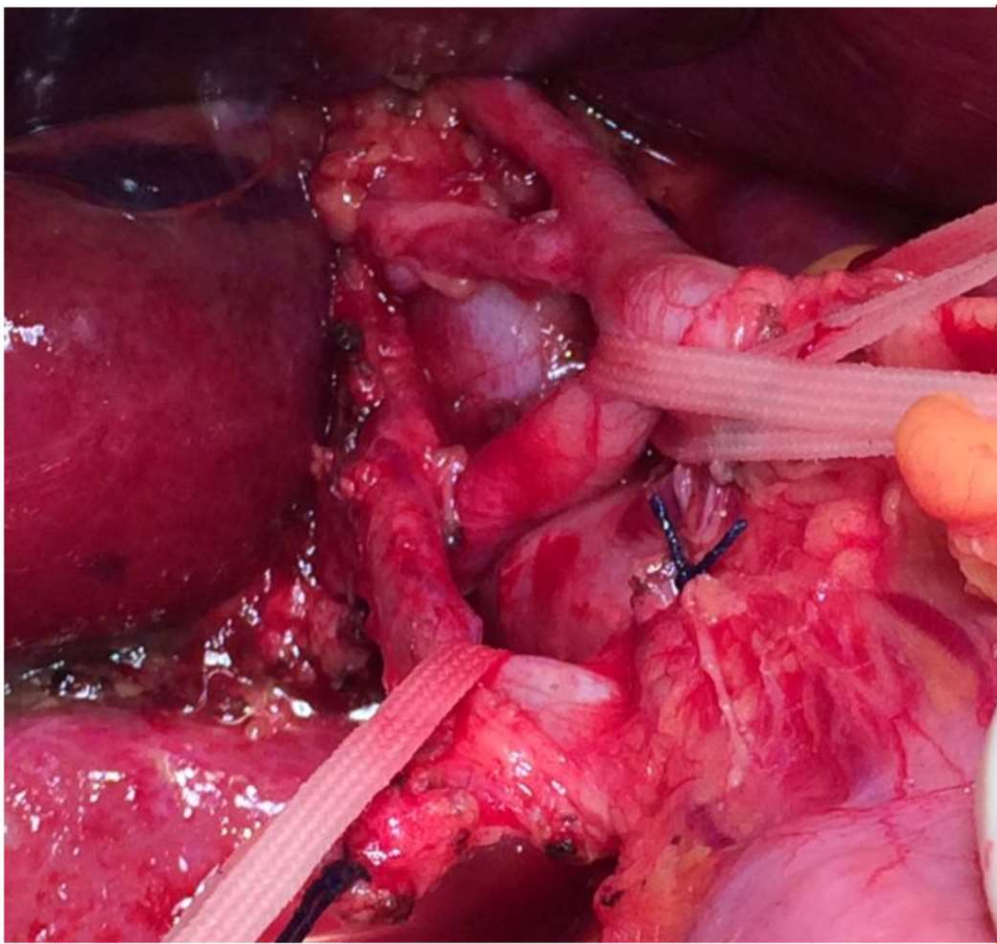






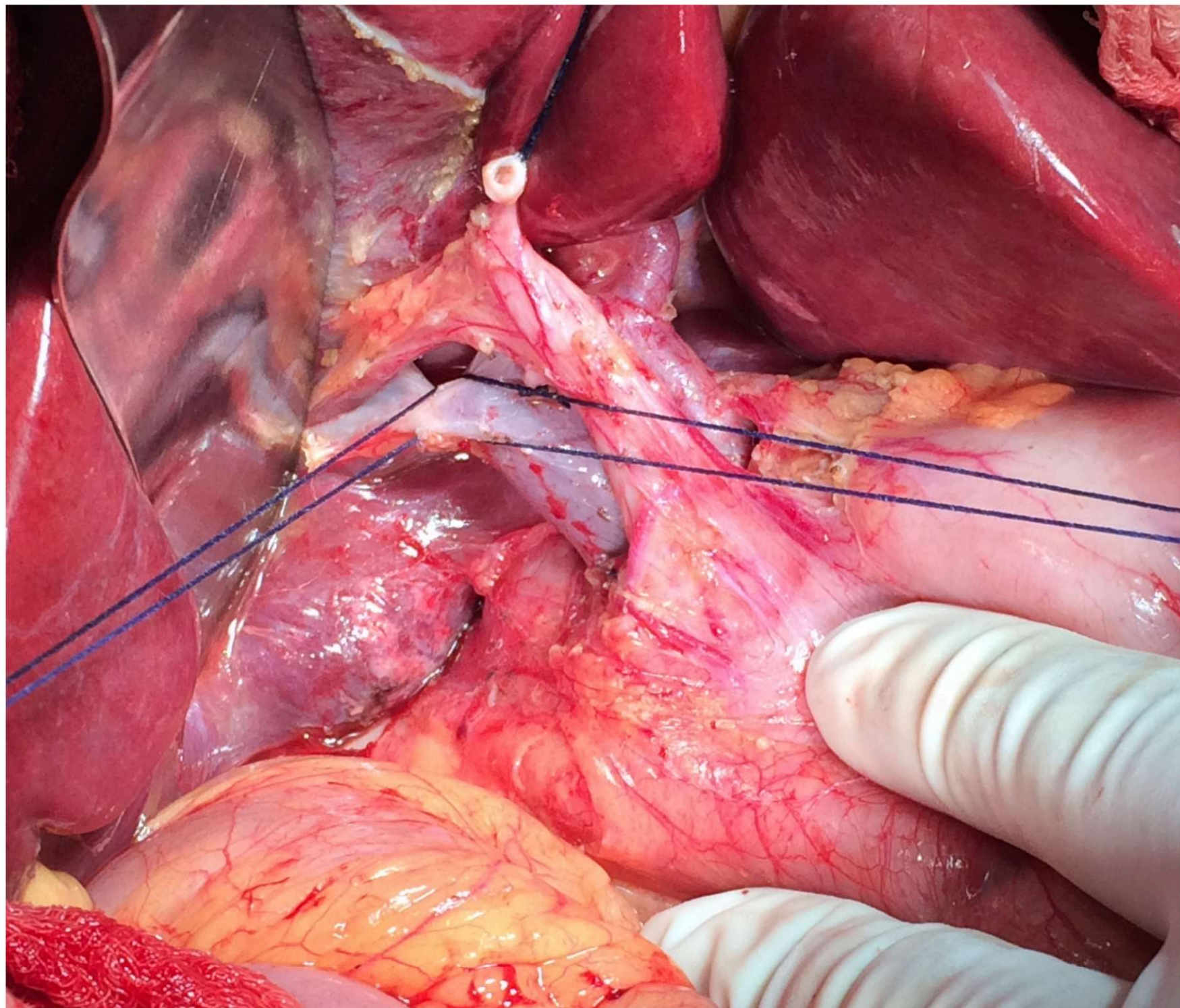
Extensão da linfadenectomia

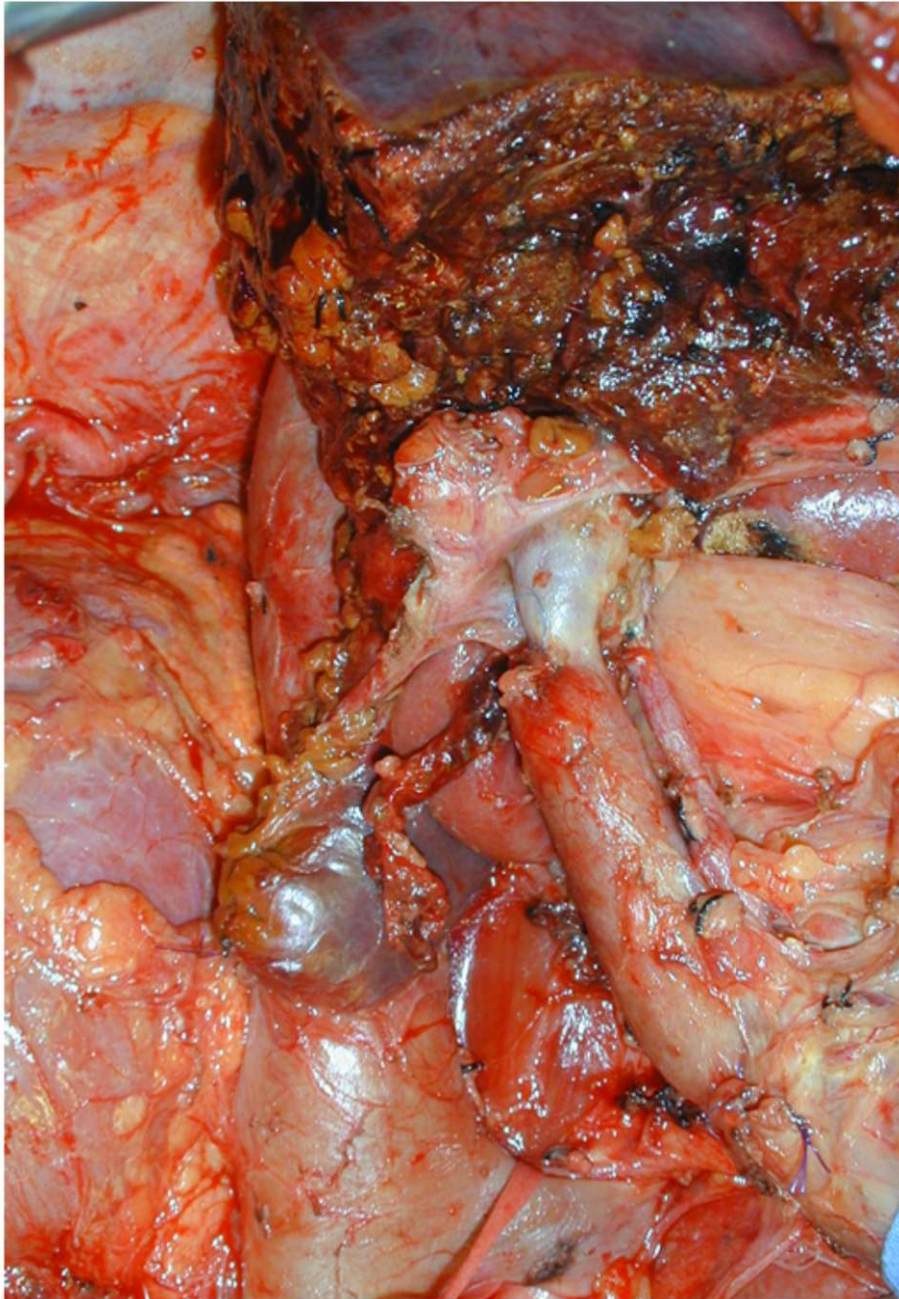
- ❑ Linfonodo positivo – pior sobrevida
 - Biologia da doença
 - Qualidade da linfadenectomia
 - Coeficiente nodal
 - Estadiamento adequado – 6 linfonodos
 - Dissecção além dos linfonodos portais



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

❑ Intercavo-aórtico





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

- ❑ Linfadenectomia retropancreática e intercavoaórtica.



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

Argumentos a favor

- ❑ Facilita o clareamento do tecido intersticial do ligamento hepatoduodenal, composto por tecido fibroso, linfáticos e nervos que podem conter doença metastática.
- ❑ Remoção de invasão microvascular (oculta) dentro do ligamento hepatoduodenal.
- ❑ Incidência de câncer no coto cístico de 8%
- ❑ Recomendado por alguns grupos japoneses

Argumentos a contra

- ❑ 52 pacientes: excisão da VB sem invasão.
 - ❑ Com invasão microvascular
 - ❑ 8 (15,4%) todos estágios IV (7 doença pM1) pM1)
 - ❑ Sobrevida de 2 anos
 - ❑ Sem invasão microvascular
 - ❑ 42 – sobrevida de 5 anos 40,7%. Similar aos 54 pacientes com doença localmente avançada sem ressecção da via biliar.
 - ❑ 15 pacientes sem invasão microvascular mas com estadio IV. Sobrevida comparável aos com invasão microvascular.

Invasão microvascular na via biliar extra-hepática é sinal de doença muito avançada. Ressecção profilática da via biliar não tem impacto na sobrevida para pacientes sem invasão da via biliar.

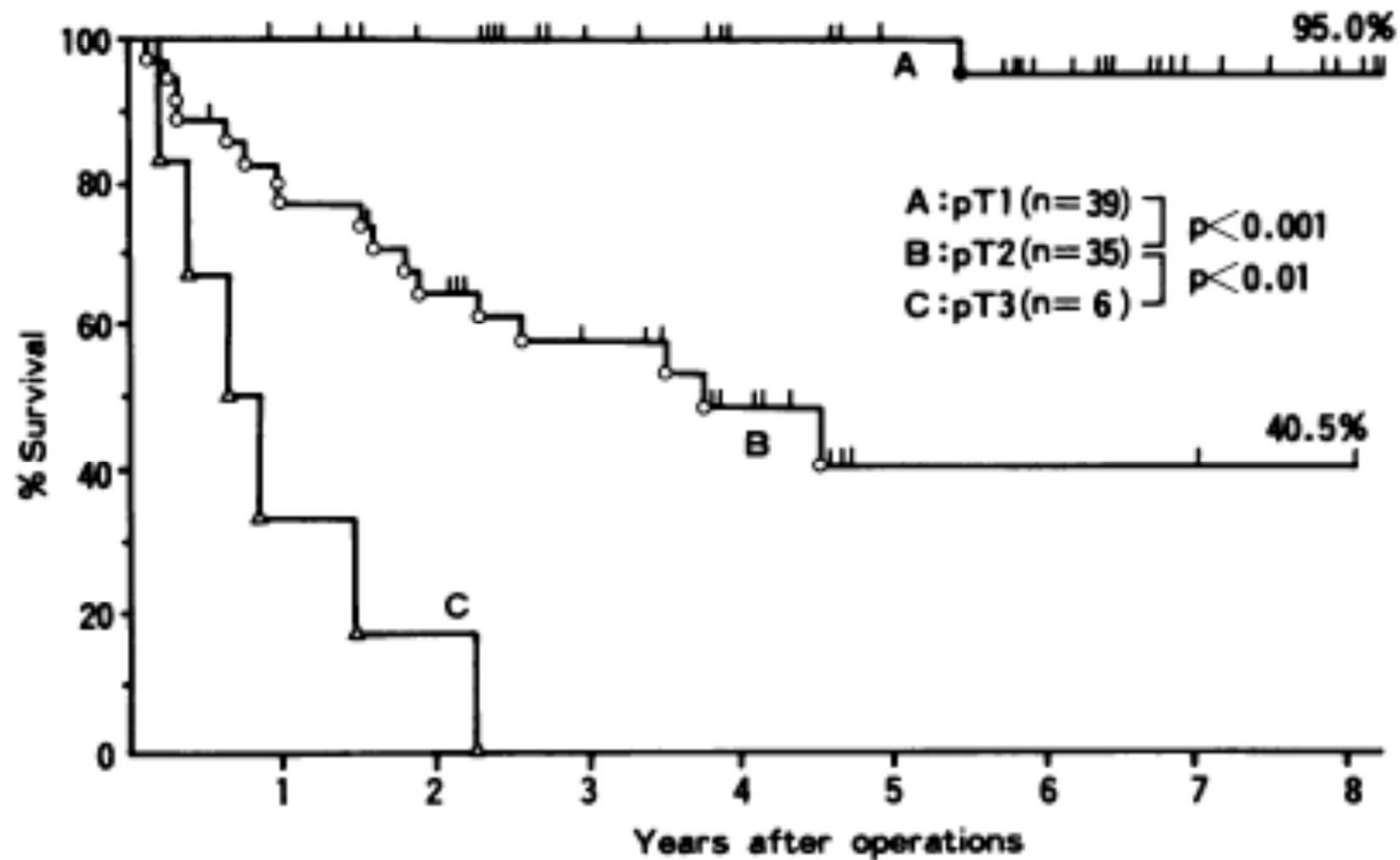
Carcinoma incidental

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

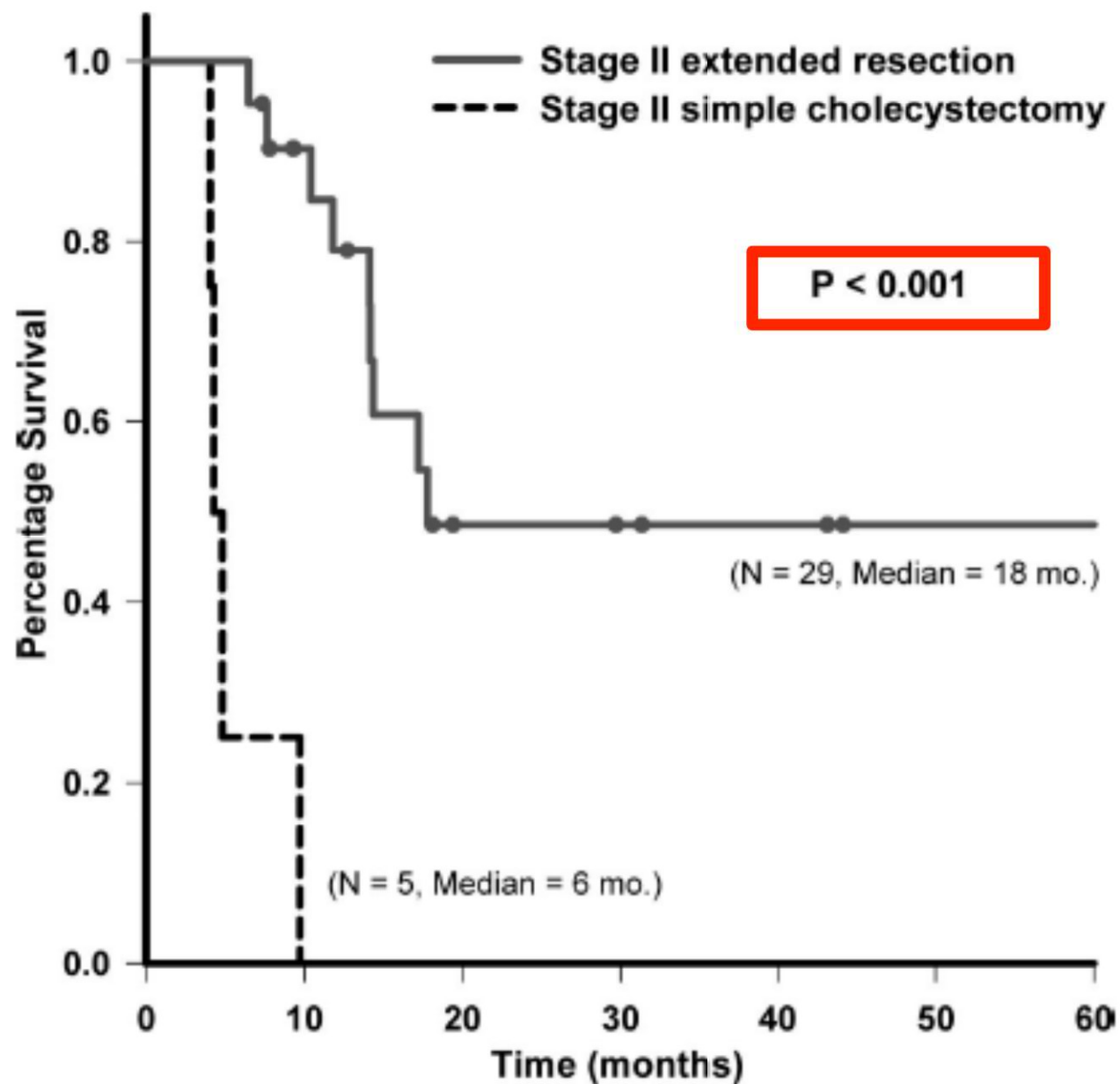


- Curva de sobrevida (pT) em 80 pacientes com carcinoma inaparente

Carcinoma incidental

- ☐ Colecistectomia
 - ☐ T1a
 - ☐ Ducto cístico negativo
- ☐ T1b
 - ☐ Controverso
 - ☐ Sobrevida em 5 anos (87,5% versus 61,3%)
- ☐ Re-ressecção radical
 - ☐ > T1b
 - ☐ Margem positiva do ducto cístico
 - ☐ Linfonodo cístico positivo





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

Extensão da ressecção hepática

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

“Margem negativa”

D’Angelica M, et al. Ann Surg Oncol 2009;16:806–816.

Downing SR, et al. Arch Surg 2011;146:734–738.

© 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!

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 Hepatobiliopancreática do CB IHPBA – Região Sudeste



Neoplasia da vesícula biliar

Casos clínicos

Caso clínico 1

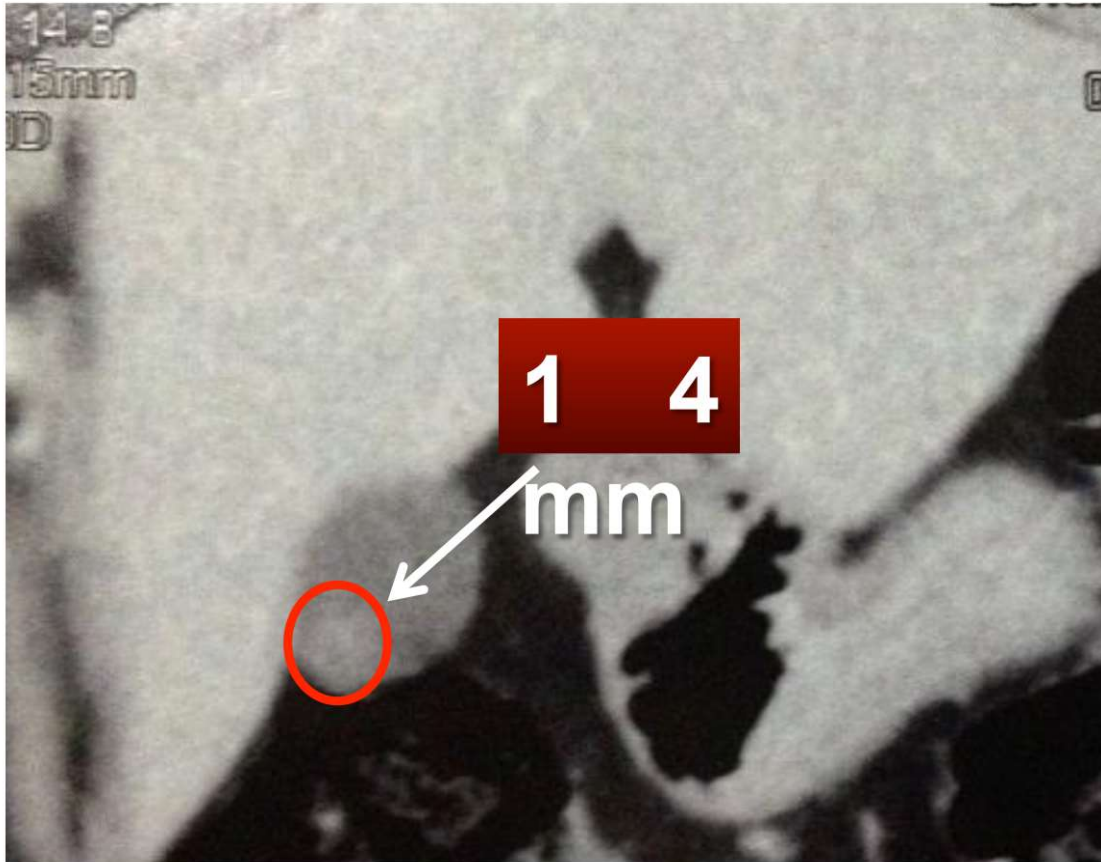
Paciente sexo feminino, 43 anos.

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).

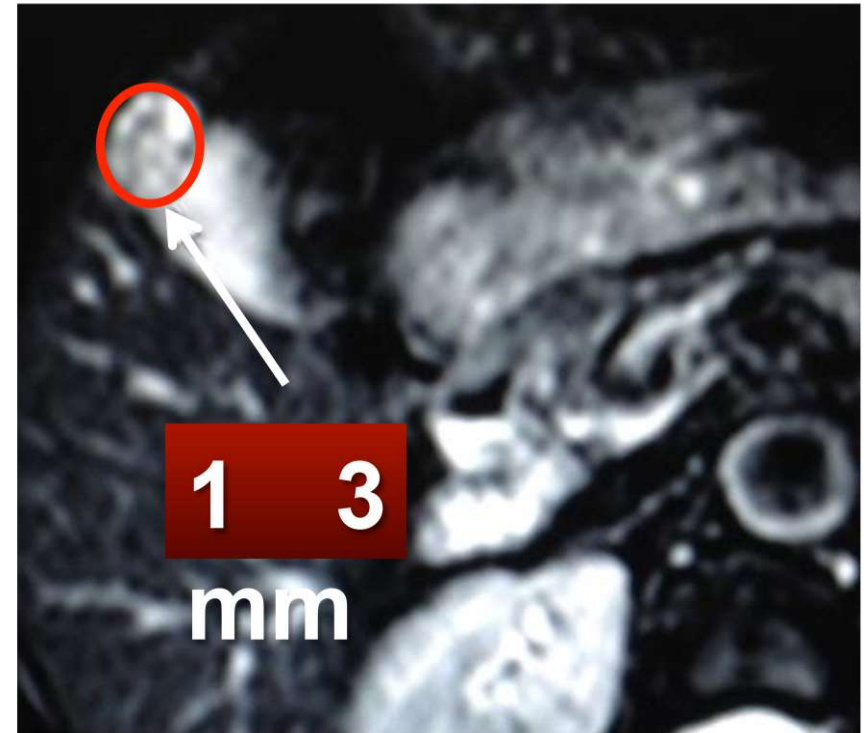
TC + RNM

Sem outras comorbidades

Tomografia



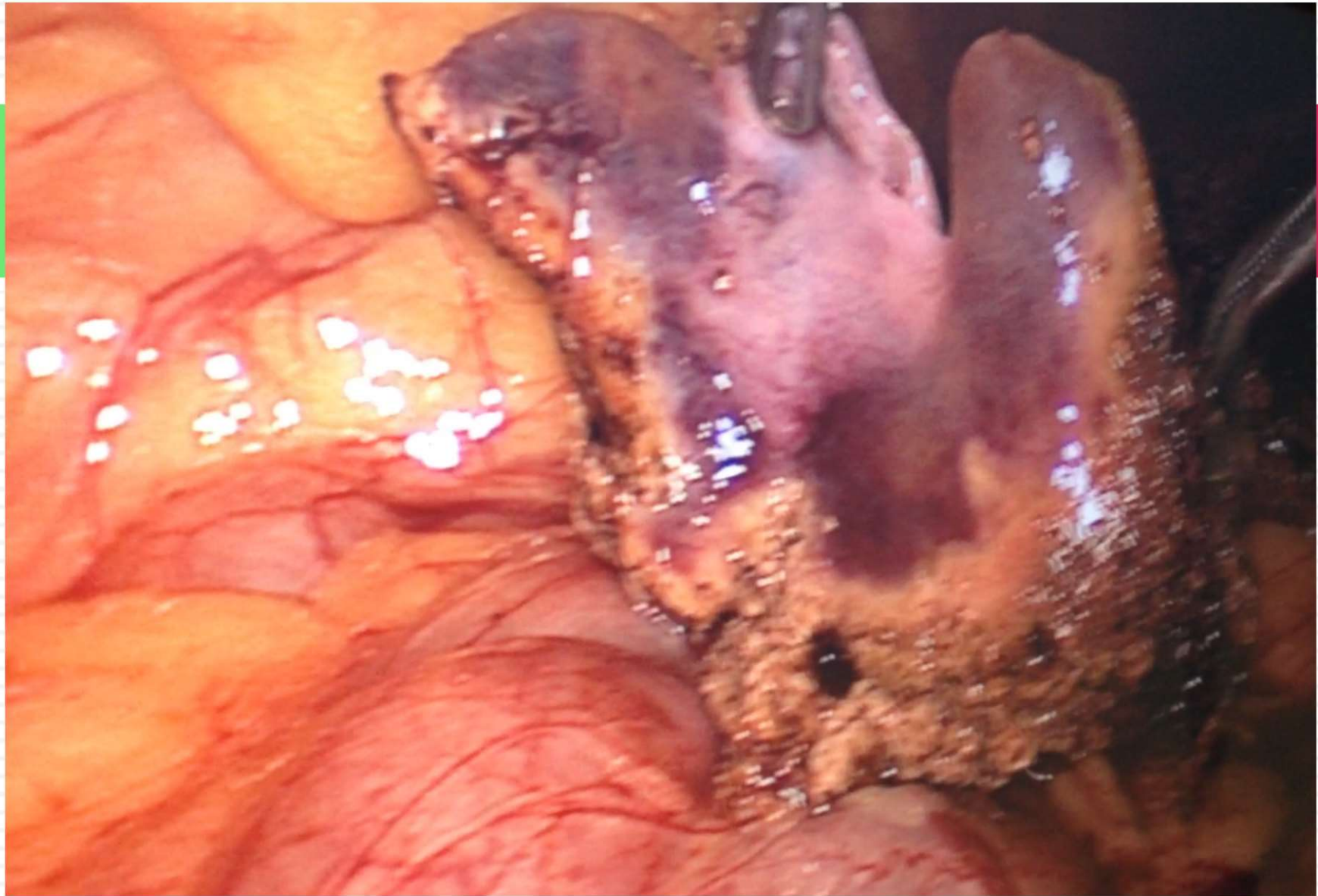
RNM



Conduta:

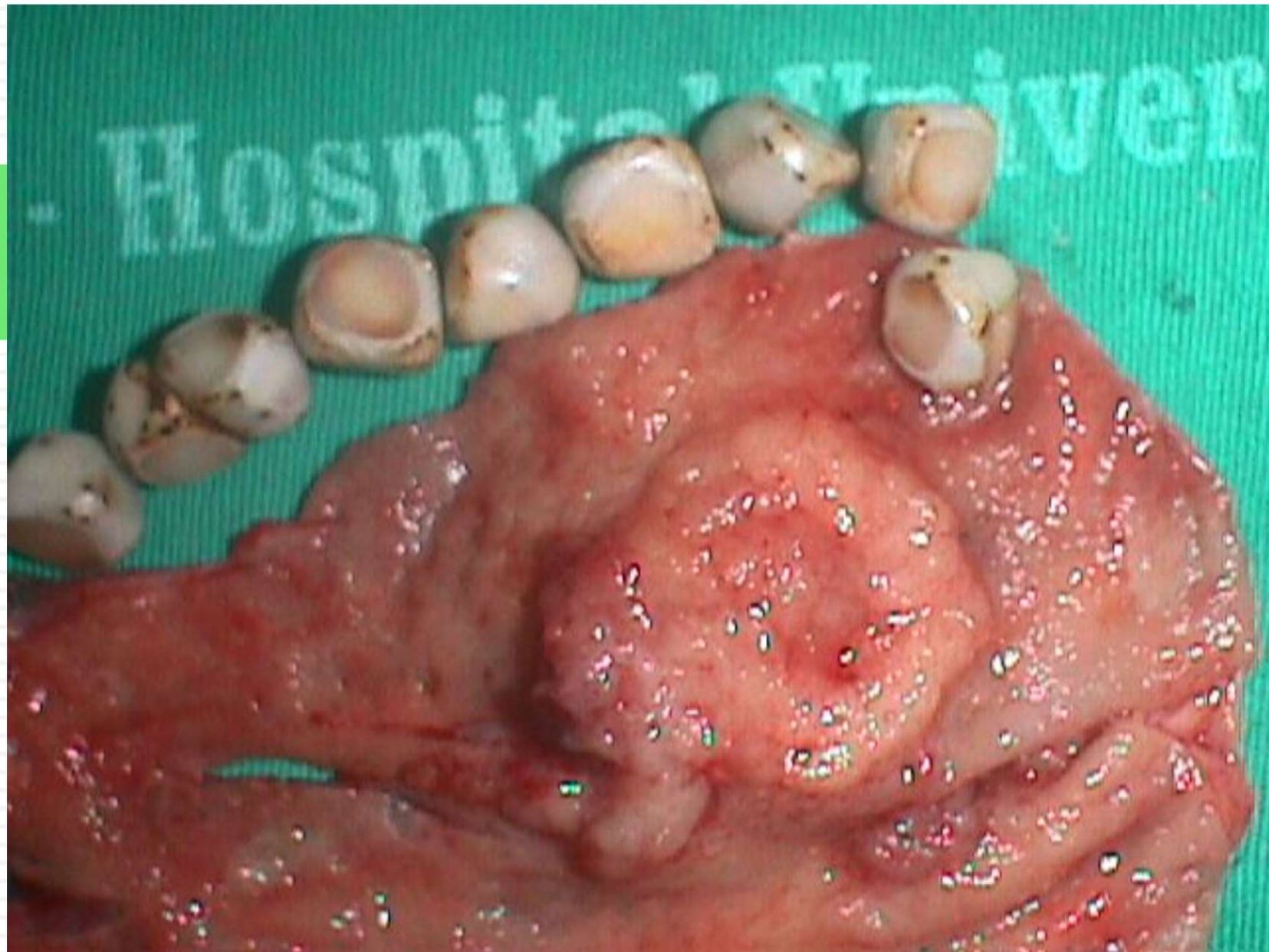
- a) RNM após seis meses**
- b) Colectomia simples videolaparoscópica**
- c) Colectomia aberta**
- d) Colectomia ampliada aberta**
- e) Hepatectomia IVb + V + Linfadenectomia**
- f) Outra conduta**





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**

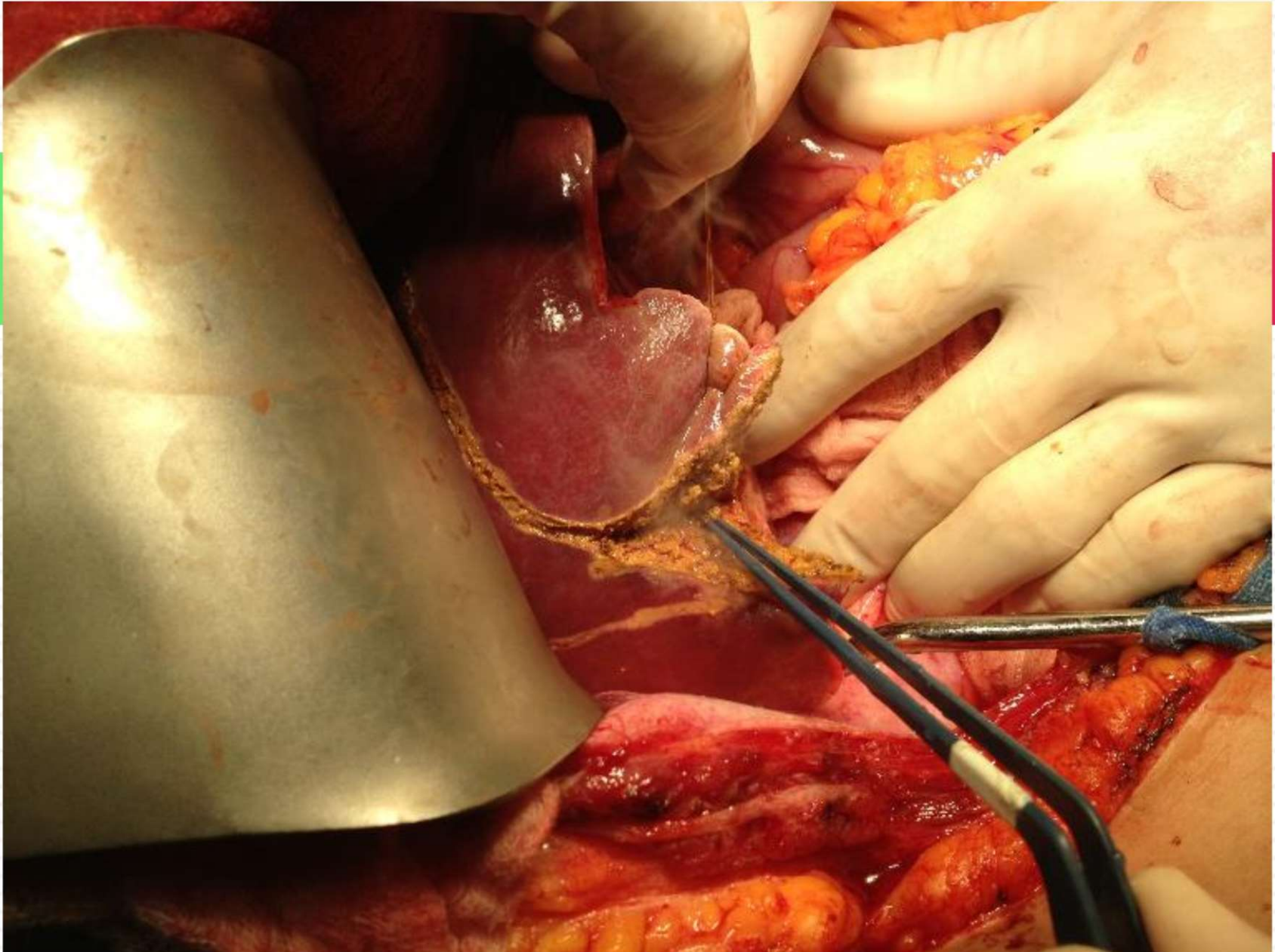


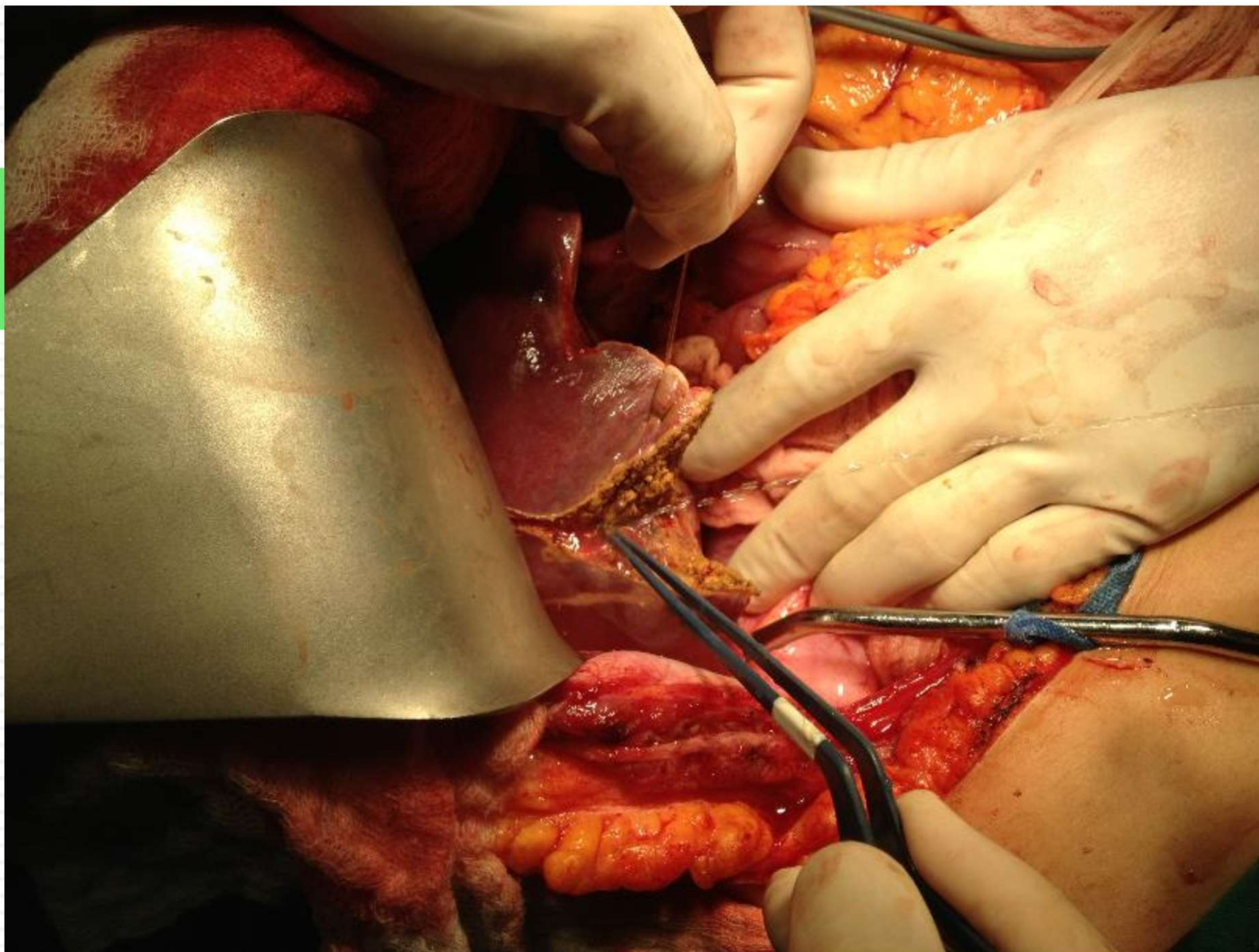
Hepatectomia

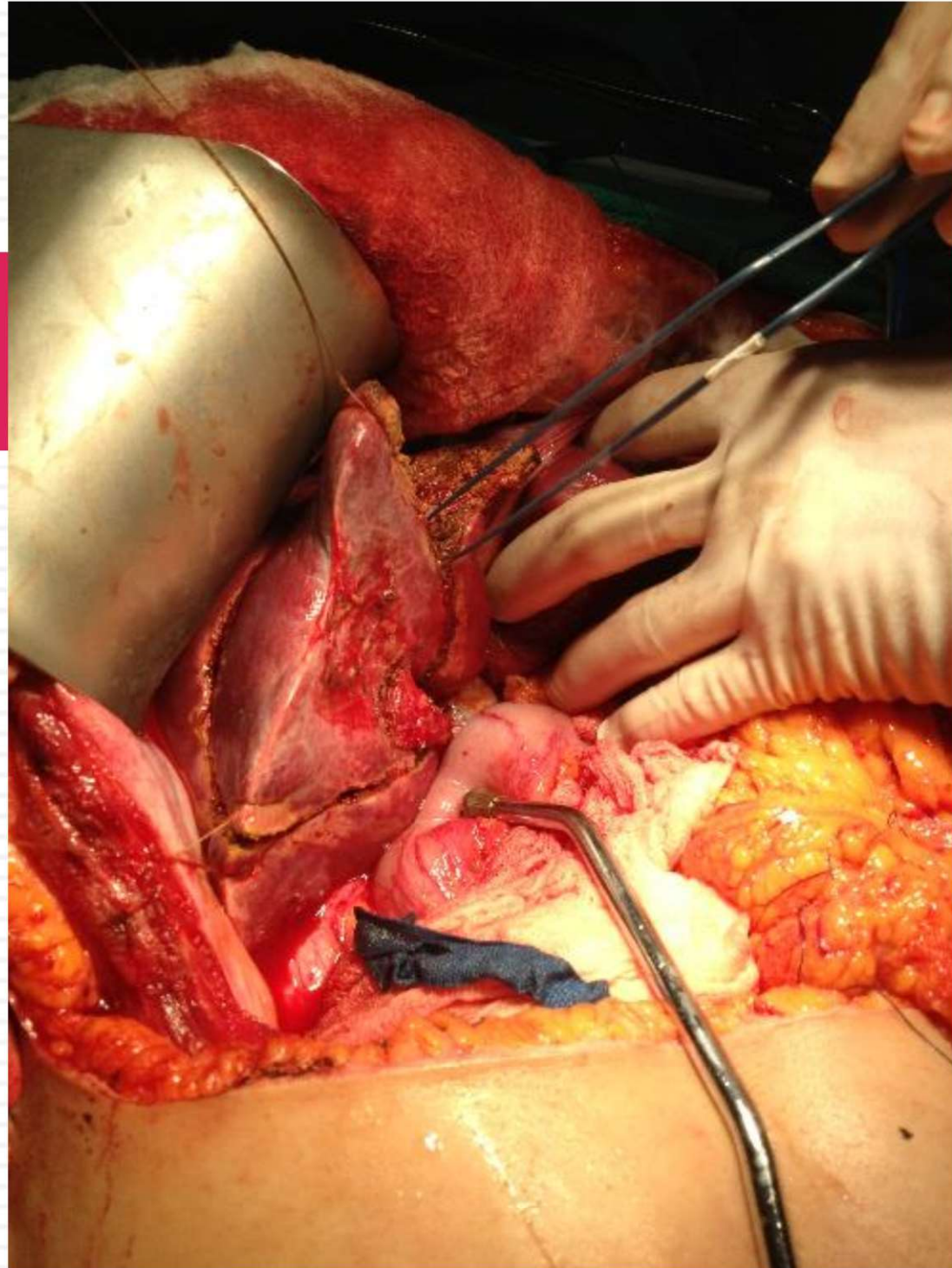
Linfadenectomia

Cístico negativo

Quimioterapia





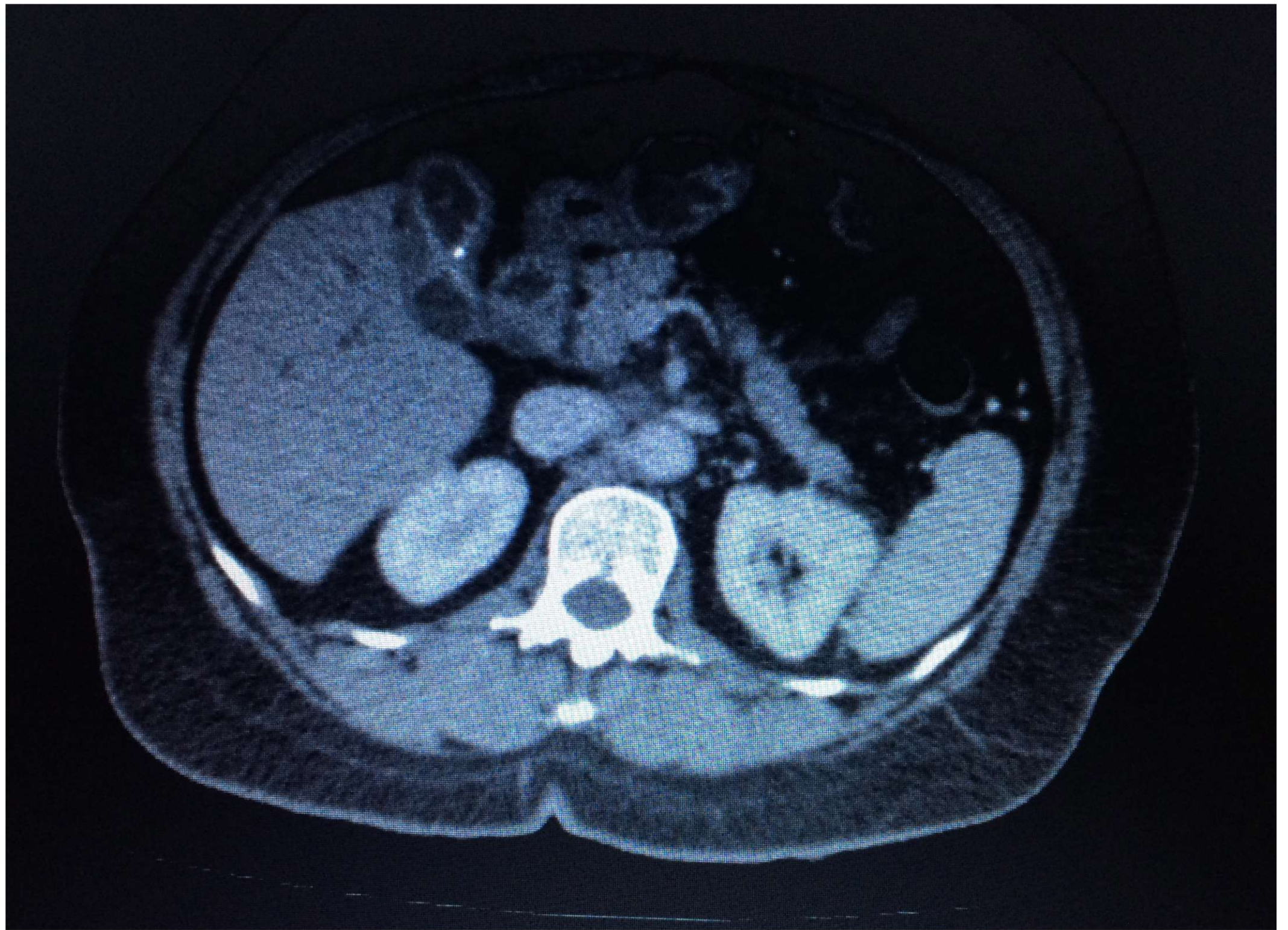


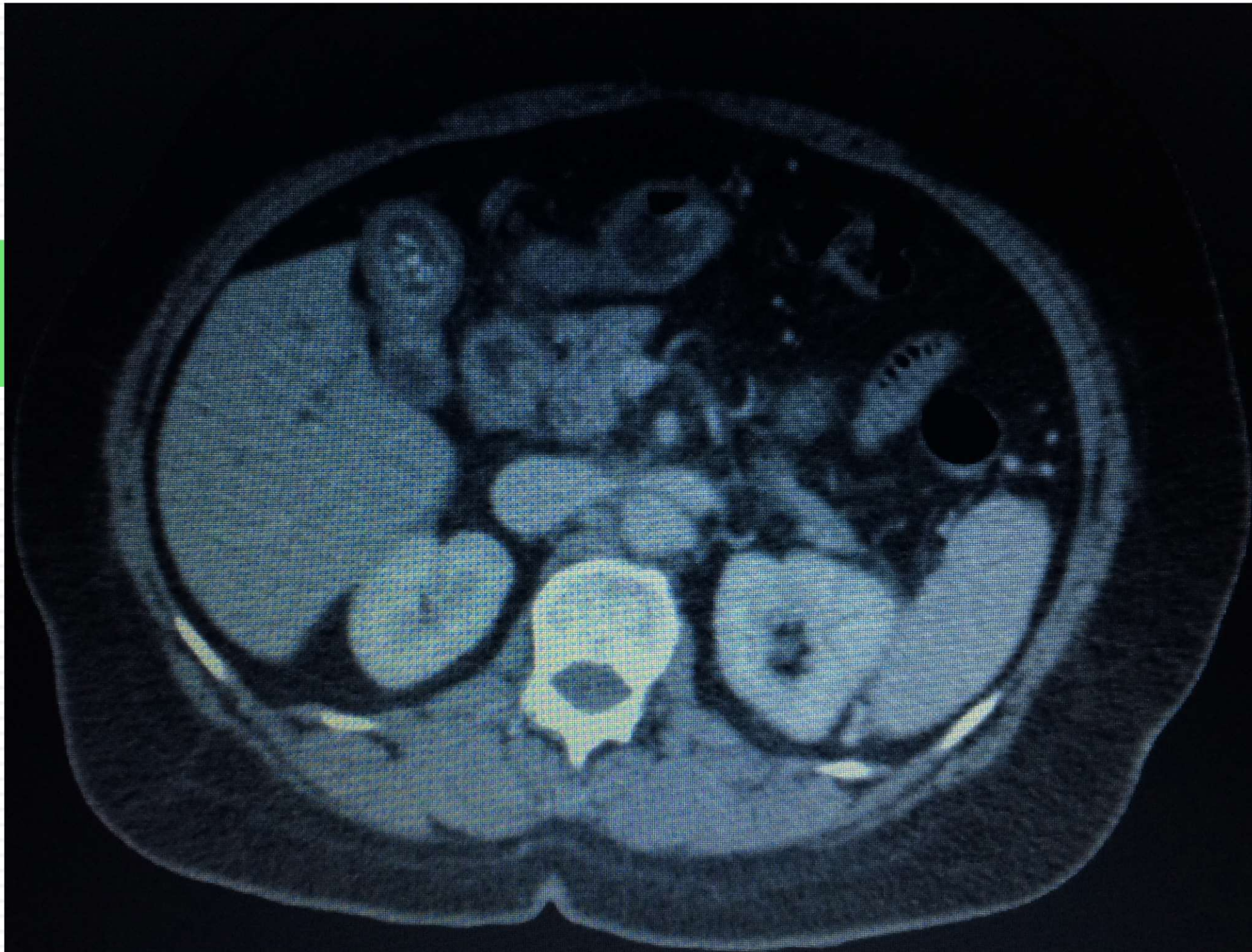
Caso clínico 3

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

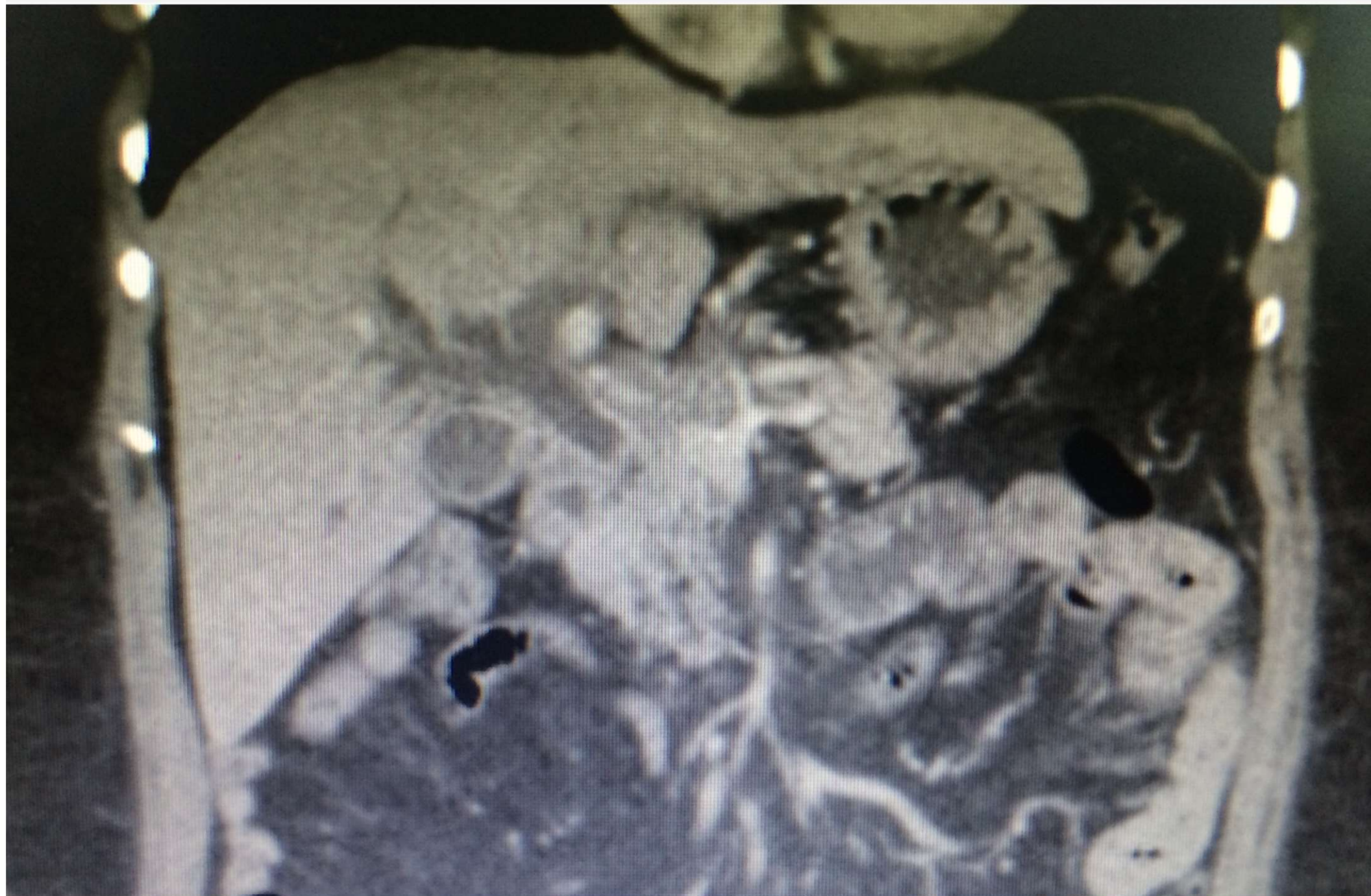
Estado geral bom.

Tomografia:



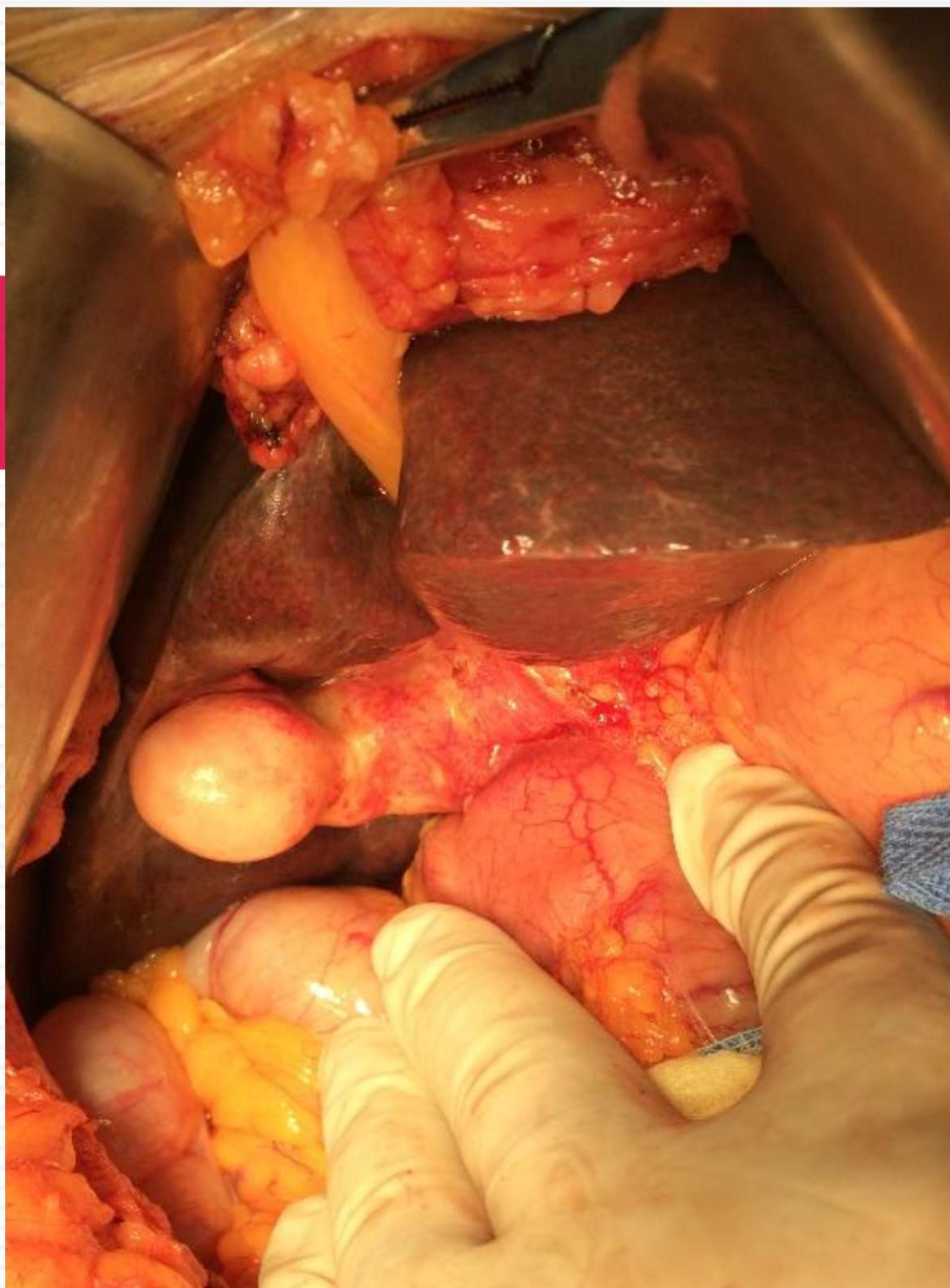






Conduta:

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





Laparotomia

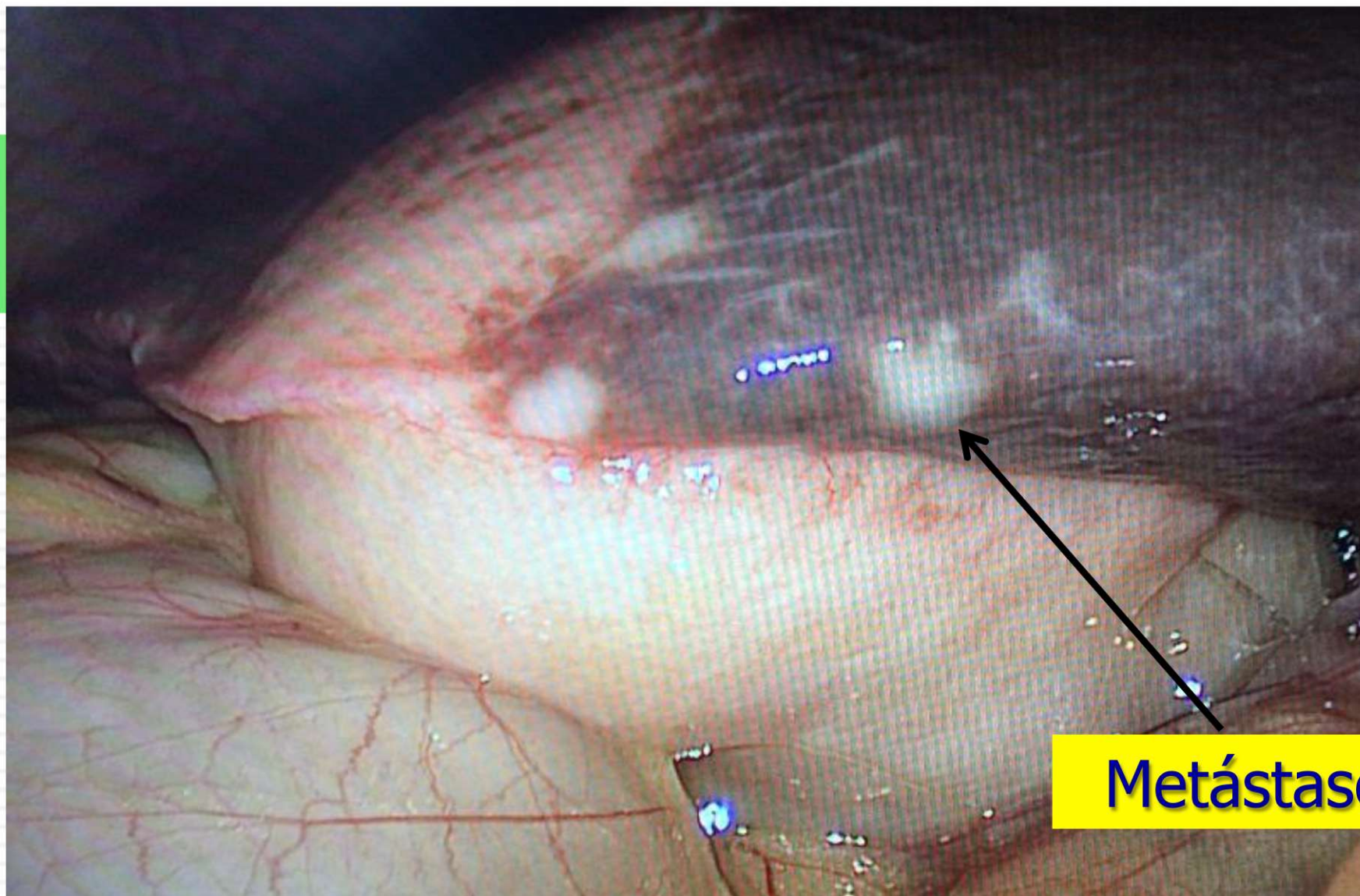
Congelação

Derivação bilio-entérica

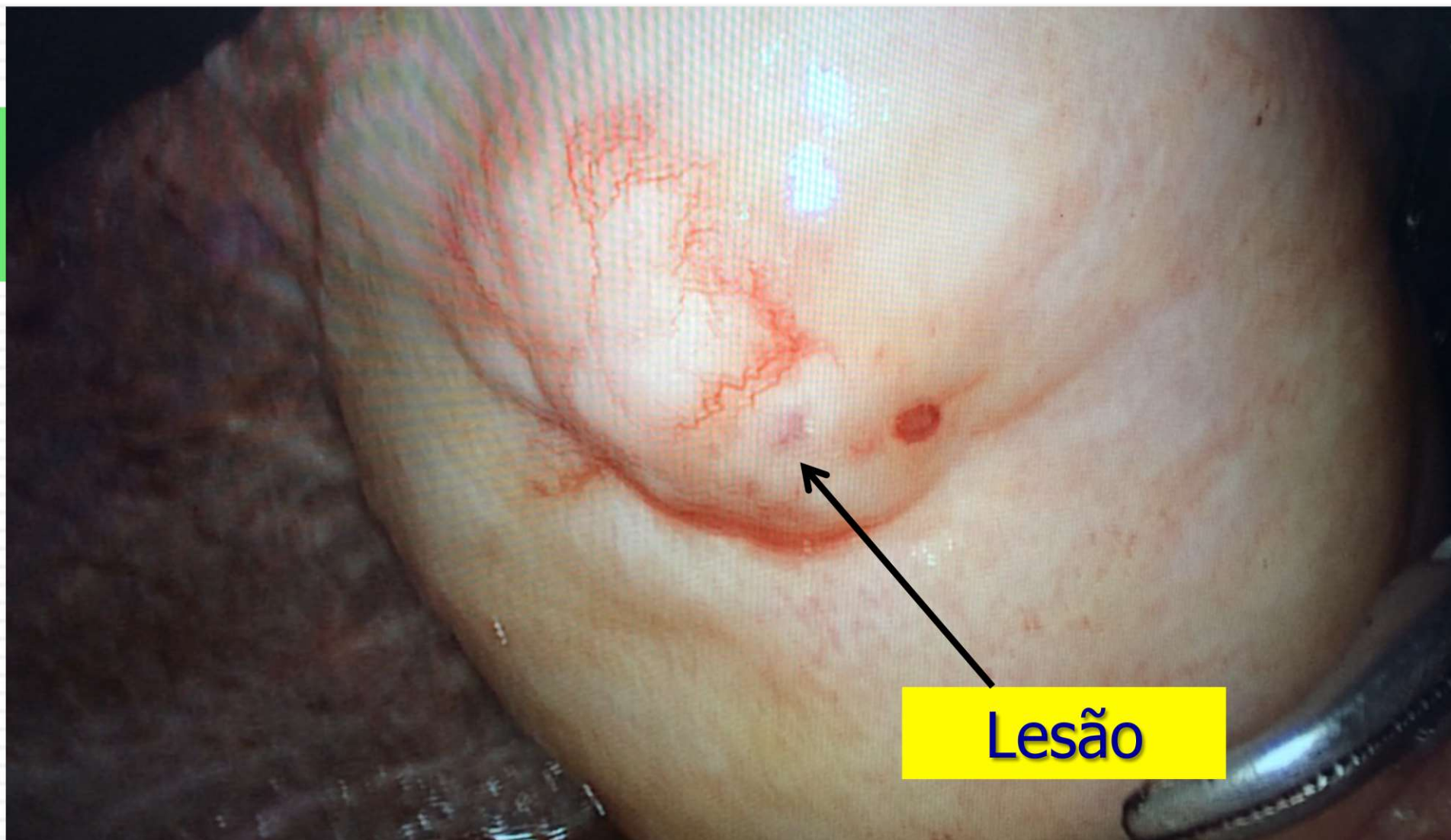
Quimioterapia

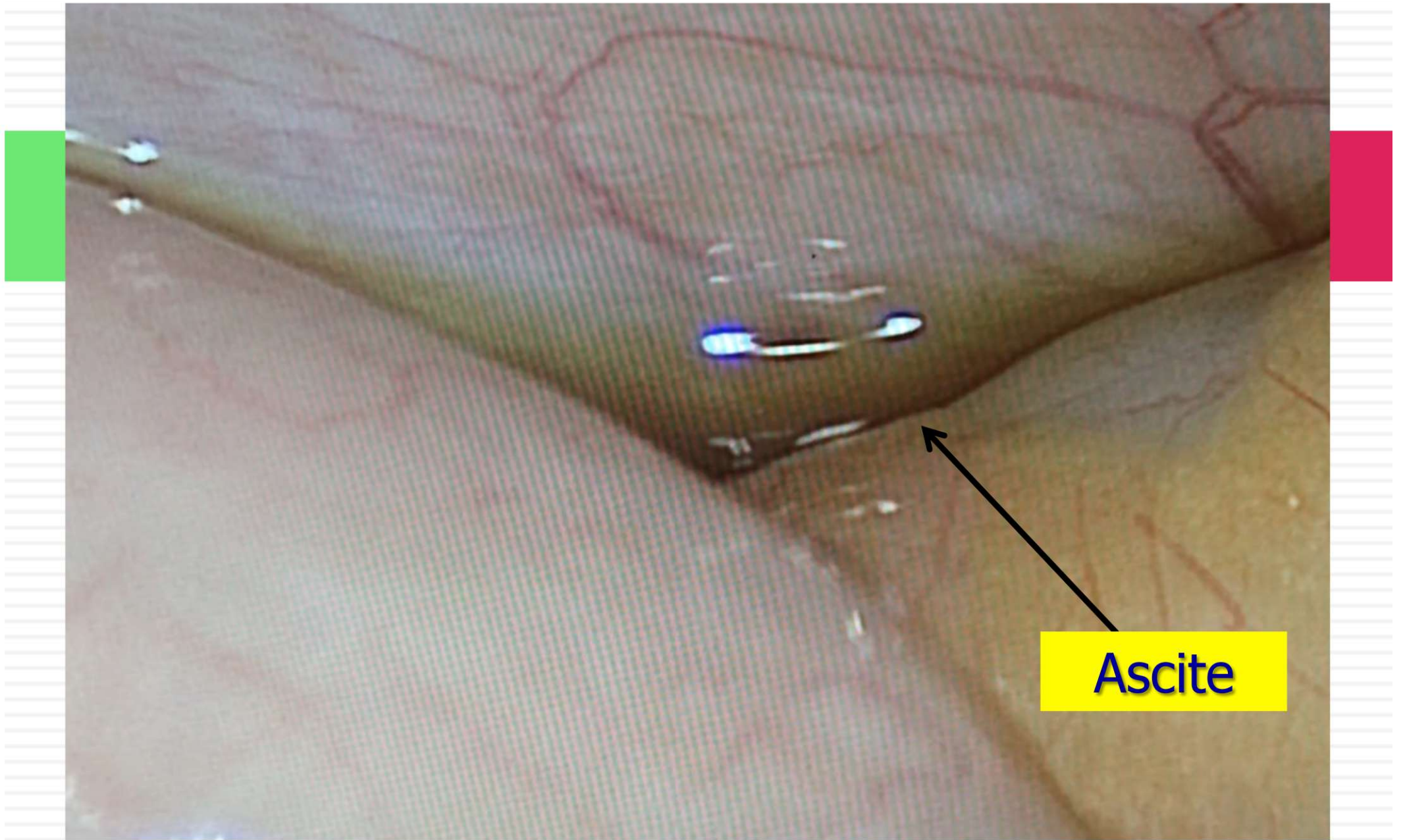
Caso clínico 4

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







Estado geral bom

Sem comorbidades

Exames laboratoriais sem alterações



Rio de Janeiro

Hepatopancreato-duodenectomy

Sobrevida – 1 ano

© 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!