

## Tumor incidental da vesícula biliar: Qual o manejo?

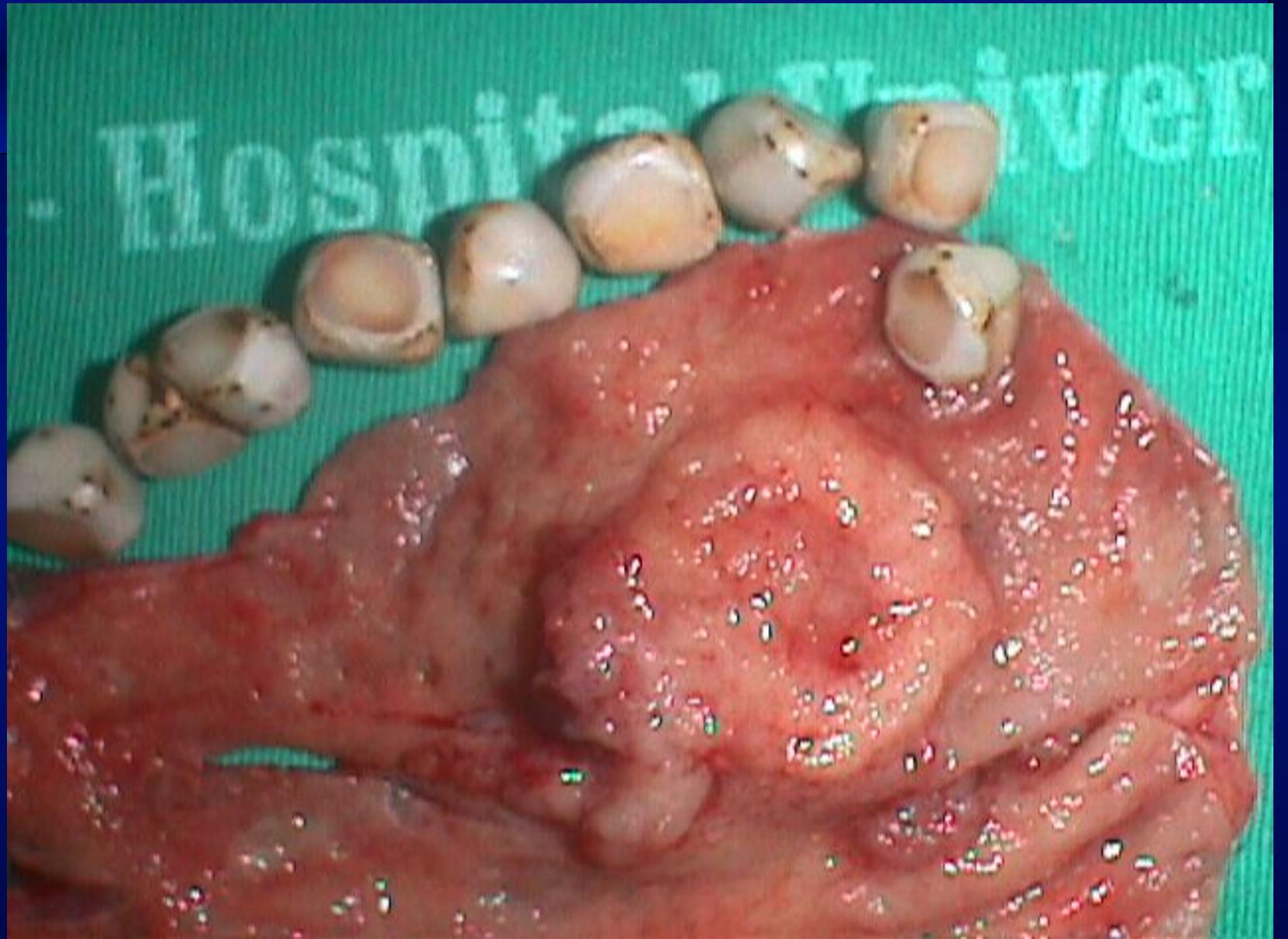
## Câncer da vesícula biliar

No operation should be performed when a diagnosis of gallbladder cancer is made, because an operation will only shorten the patient's life.

# Câncer da vesícula biliar

## Cenários:

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



# COLELITÍASE E CÂNCER DE VESÍCULA BILIAR

## CHOLELITHIASIS AND GALLBLADDER CARCINOMA

Orlando Jorge Martins Torres, TCBC – MA<sup>1</sup>

Lia Raquel de Alcântara Caldas<sup>2</sup>

Rodrigo Palácio de Azevedo<sup>2</sup>

Ricardo Lima Palácio<sup>2</sup>

Maria Luisa dos Santos Rodrigues<sup>3</sup>

José Anselmo Cordeiro Lopes<sup>4</sup>

---

**RESUMO: Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo analisar os achados histológicos da vesícula biliar de pacientes submetidos à colecistectomia eletiva no Hospital Universitário Presidente Dutra, São Luís-MA. **Método:** Foram avaliados 2.008 pacientes, 359 do sexo masculino (17,9%) e 1.649 do sexo feminino (82,1%), com média de idade de 46,3 anos, operados no período de janeiro de 1990 a dezembro de 1998. A vesícula biliar, imediatamente após a colecistectomia era aberta e examinada macroscopicamente pelo cirurgião e em seguida

**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

# Câncer incidental da vesícula biliar

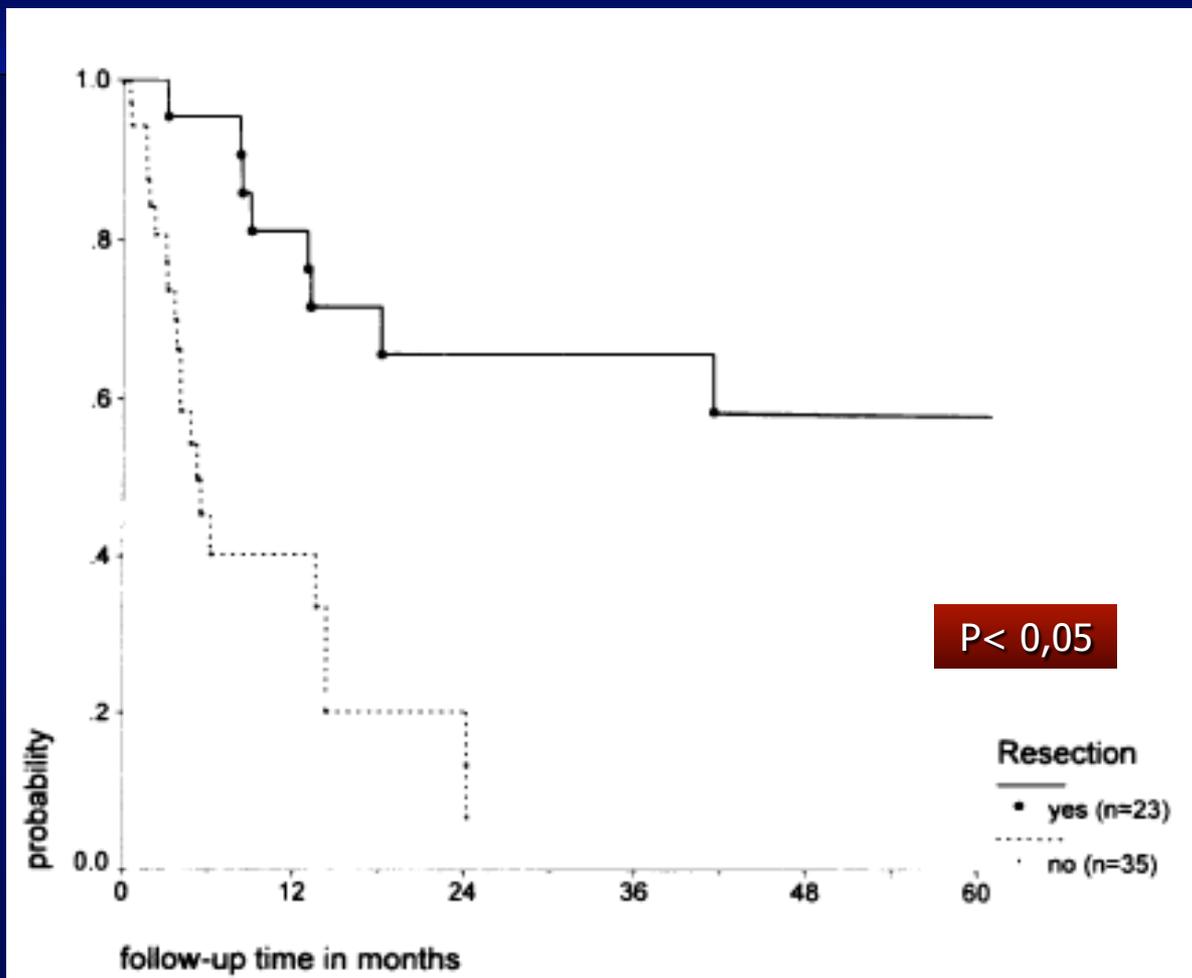
## Questões:

1. Deve ser operado (reoperado)
2. Quando operar
3. Qual paciente deve ser operado (reoperado)
4. Extensão da ressecção:

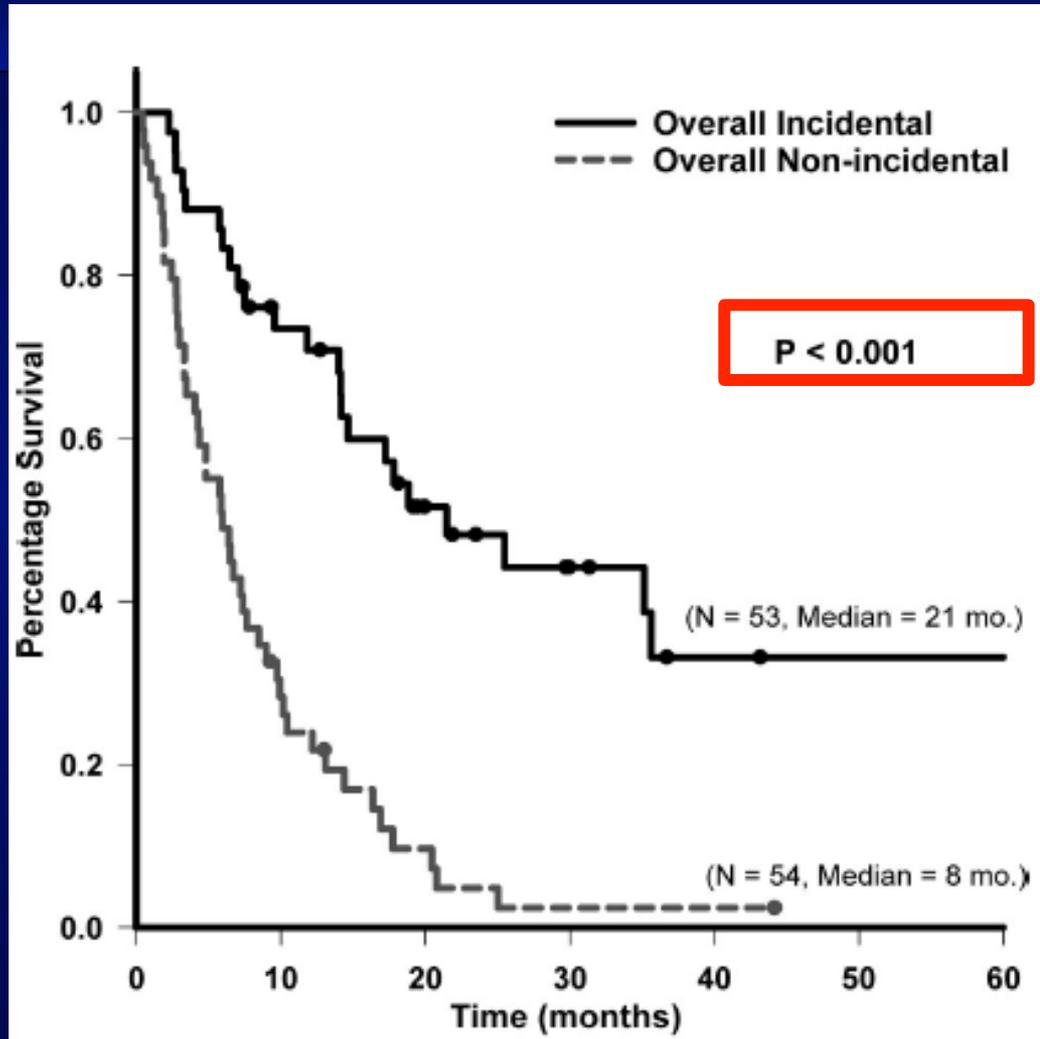
Fígado, via biliar, pâncreas, linfonodos, portais

5. Derivação paliativa
6. Terapia adjuvante

## Sobrevida com e sem ressecção



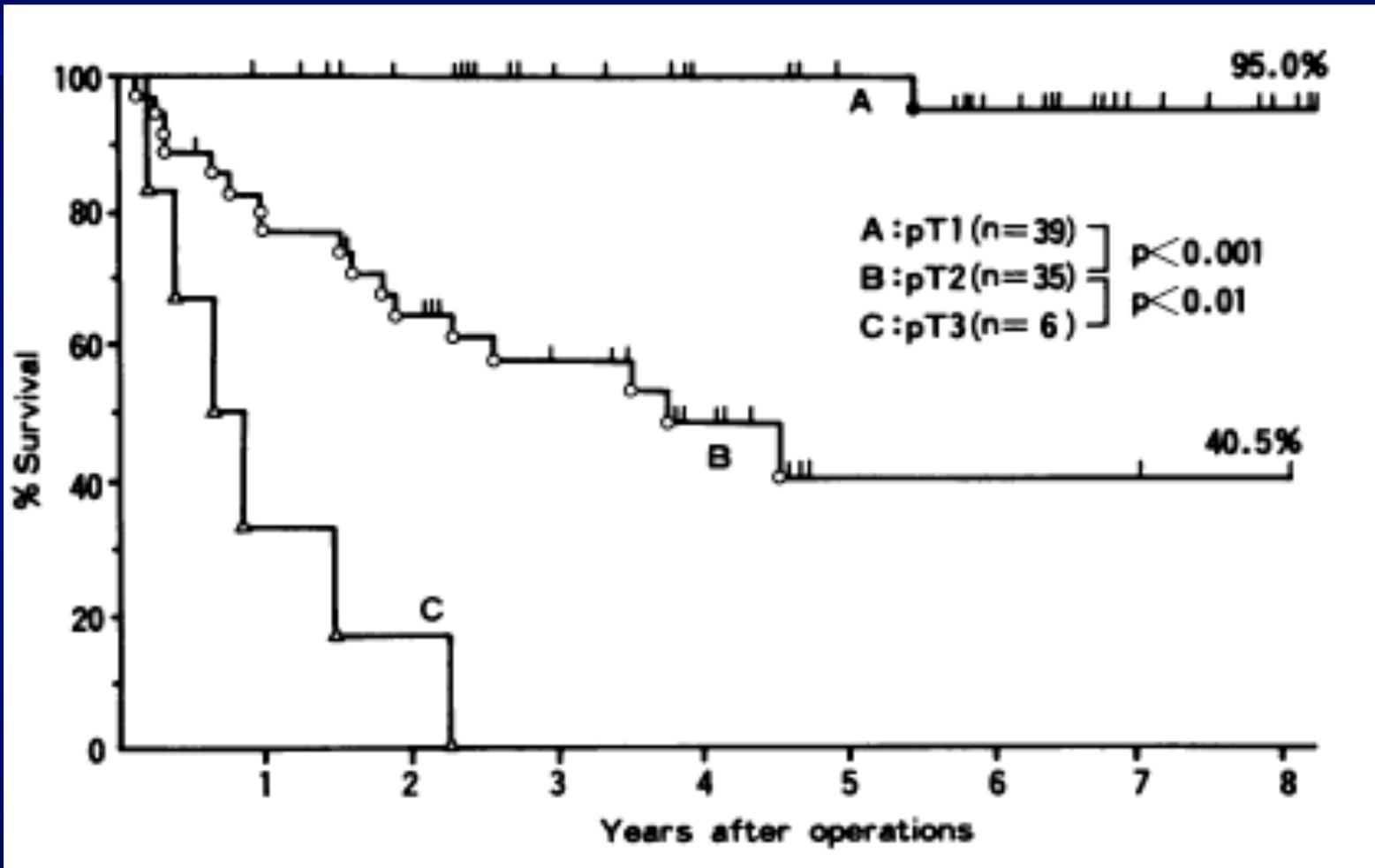
## Câncer incidental da vesícula biliar



## Cirurgia de acordo com o estadiamento

<b>Estadio T</b>	<b>Cirurgia recomendada</b>	<b>Grau de Recomendação</b>
T1a	Colecistectomia simples.	B
T1b e T2	Colecistectomia com ressecção em bloco dos segmentos hepáticos IVb e V e linfadenectomia regional.	B
T3	Igual a T1b e T2, podendo necessitar hepatectomia direita ou hepatectomia direita alargada com excisão do ducto colédoco e reconstrução biliar em Y de Roux.	B
T4	Igual a T3, caso seja ressecável; a maioria dos tumores provavelmente será irressecável e devem ser buscadas estratégias paliativas apropriadas.	B

## Tumores T1



- Curva de sobrevivência (pT) em 80 pacientes com carcinoma inaparente tratado apenas com colecistectomia.

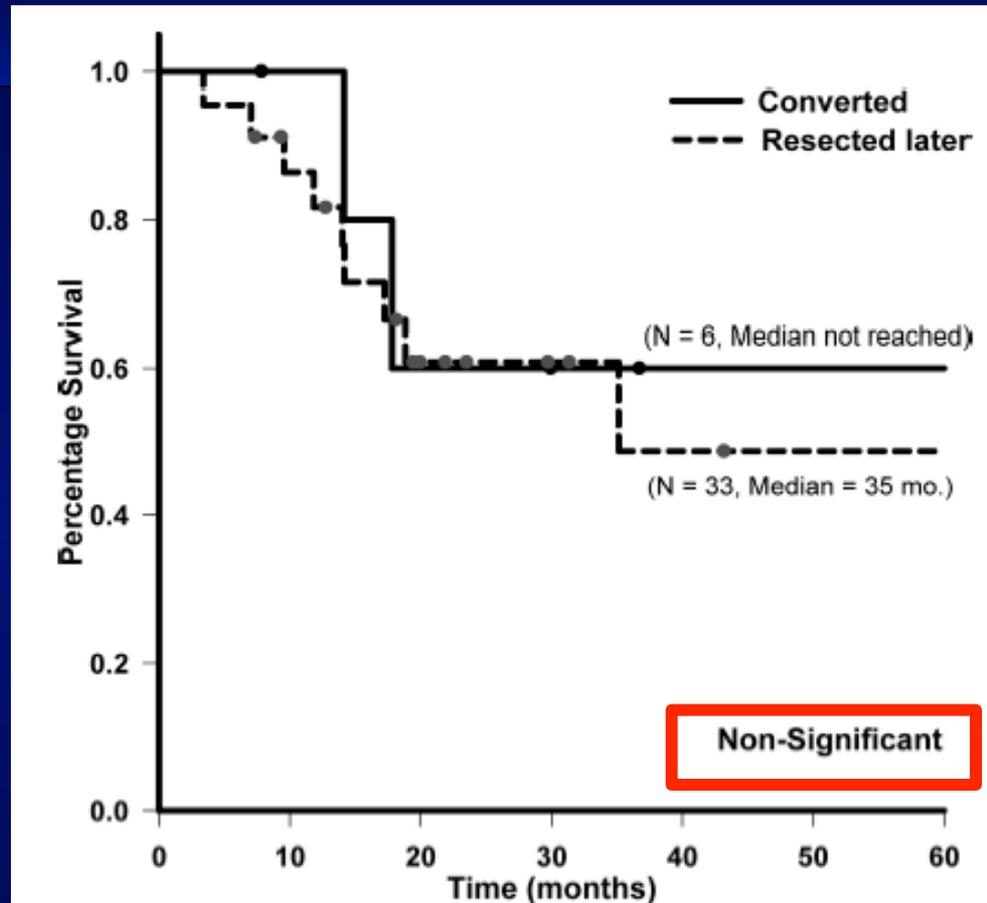
## Tumores T1

- ❑ Possibilidade de doença nodal e metástase é mínima
- ❑ Taxa de cura de 85% a 100% (margens negativas)
- ❑ Não está justificada abordagem radical (T1a)
- ❑ Avaliar o ducto cístico
- ❑ Ducto cístico positivo (excisão do ducto hepático comum e reconstrução da via biliar)
- ❑ Linfonodo cístico positivo (Cirurgia alargada + linfadenectomia I)

---

Shoup M, Fong Y. Surg Oncol Clin N Am 11:985-994, 2002  
Yildirim E, et al. Eur J Surg Oncol 31:45-52, 2005

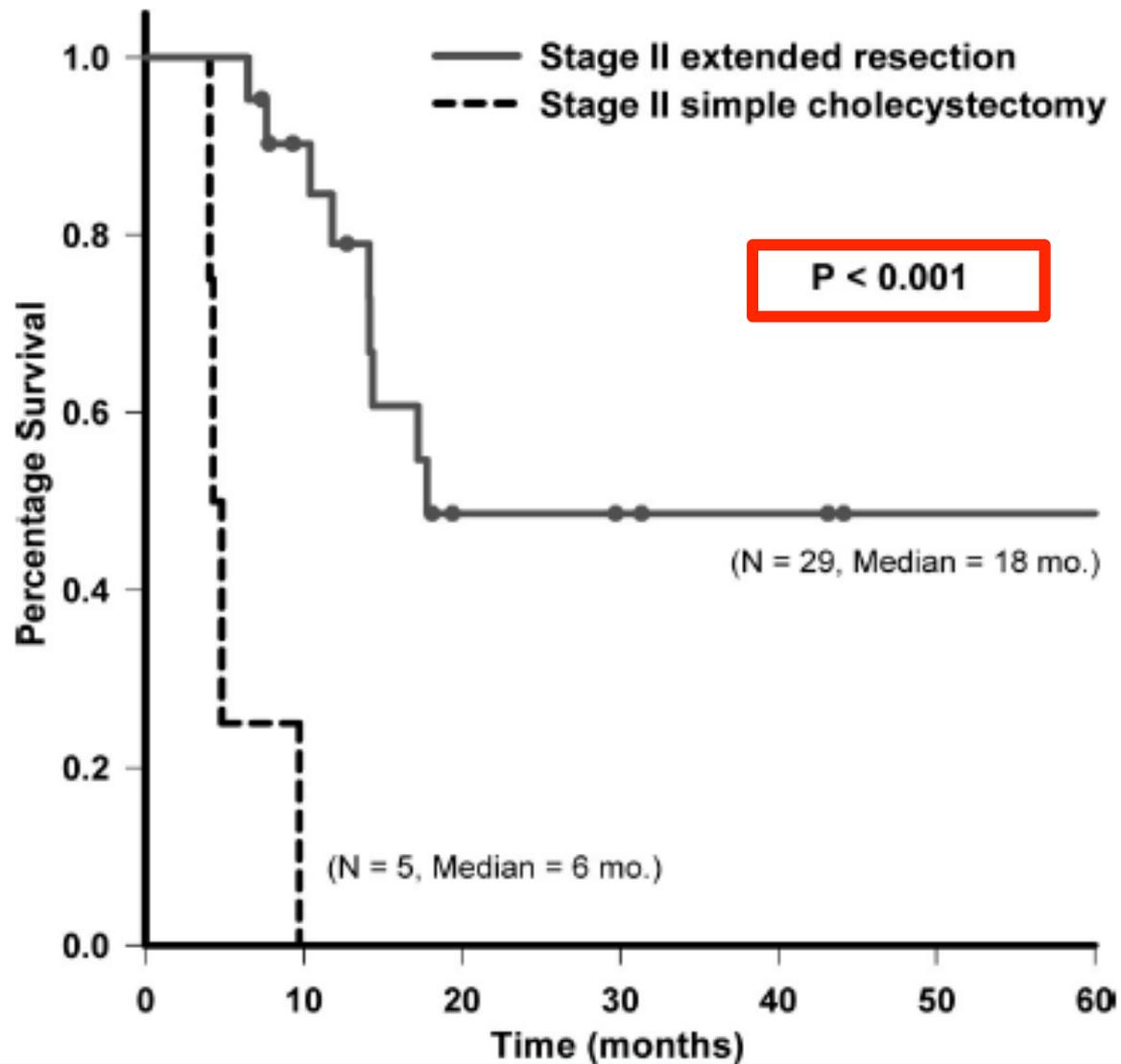
## Conversão ou cirurgia programada



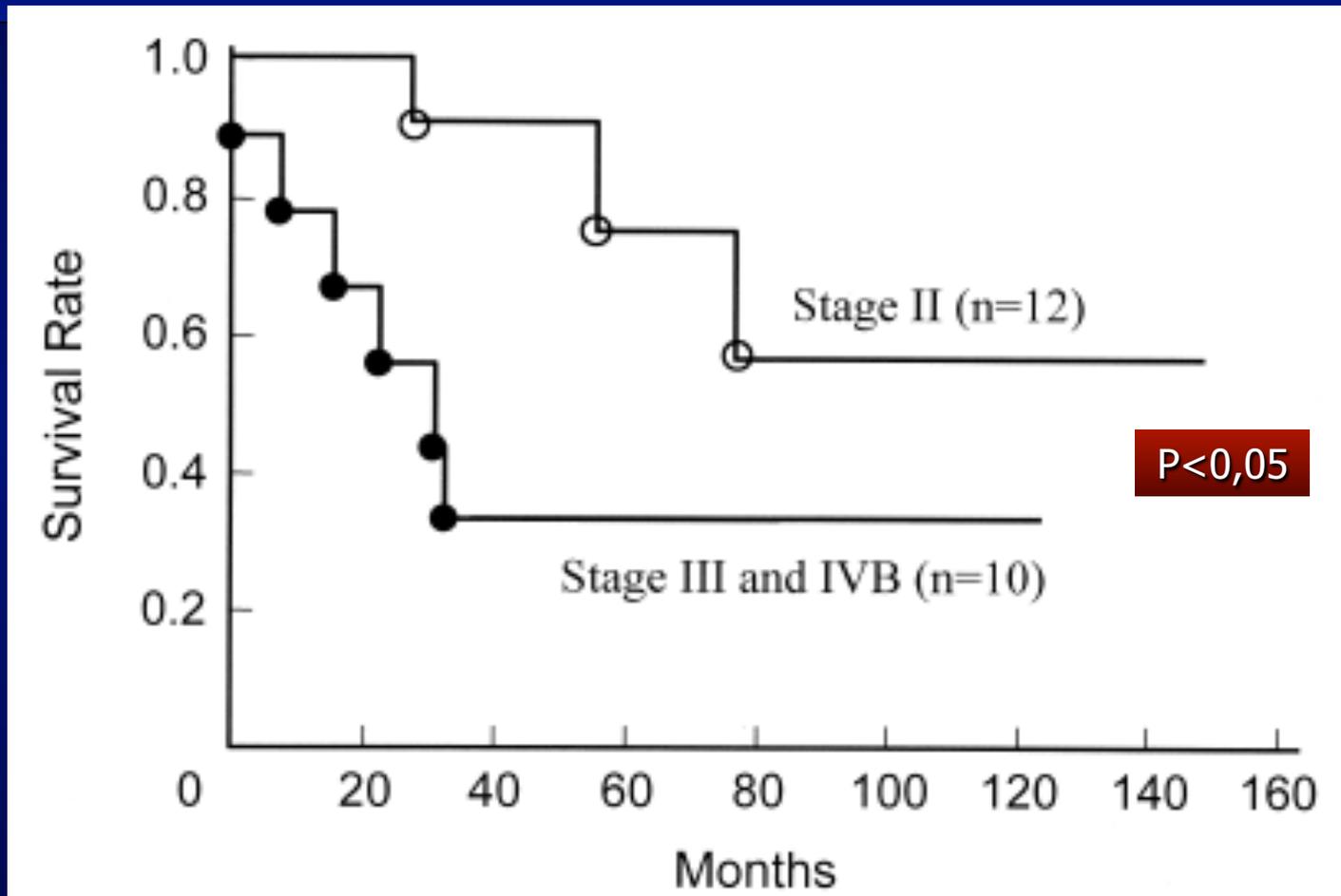
“A ressecção curativa estadiada não tem efeito na sobrevida”

# Câncer da vesícula biliar

## Tumor T2



## Sobrevida dependente do estadio



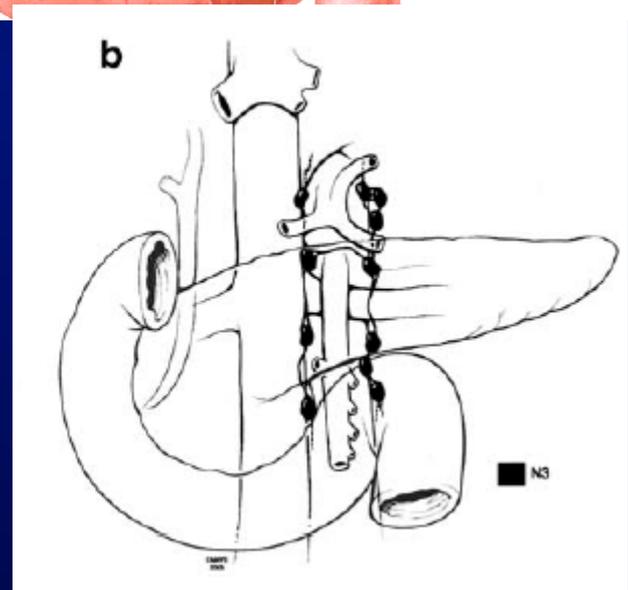
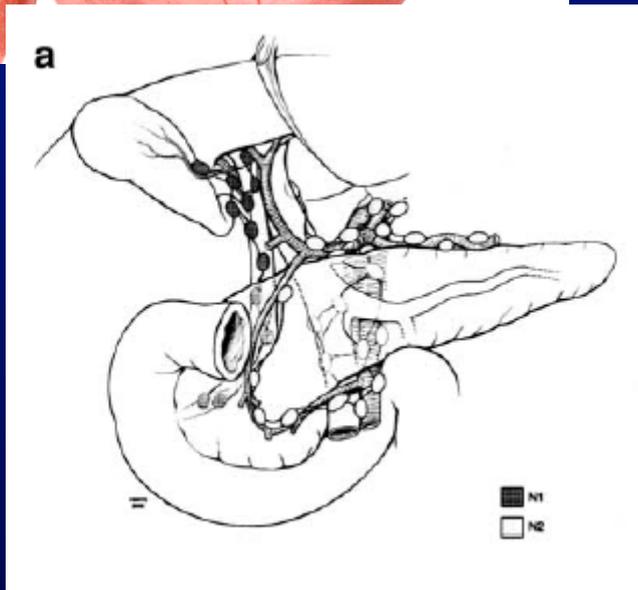
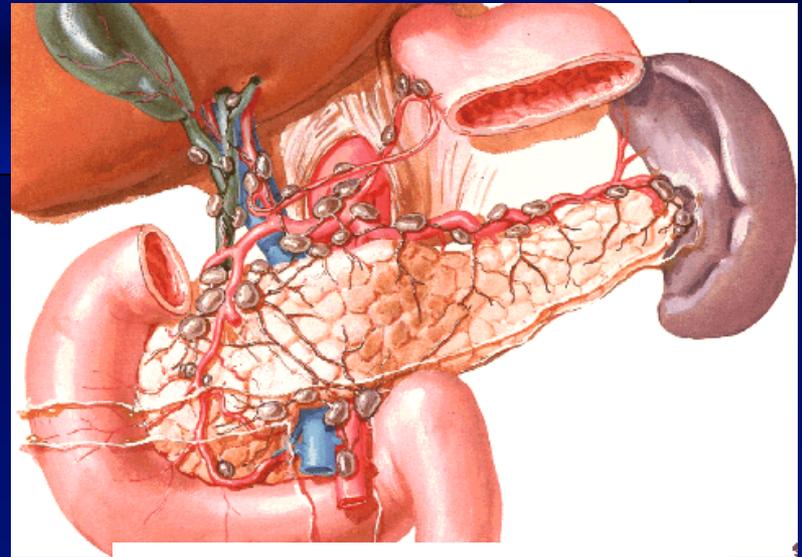
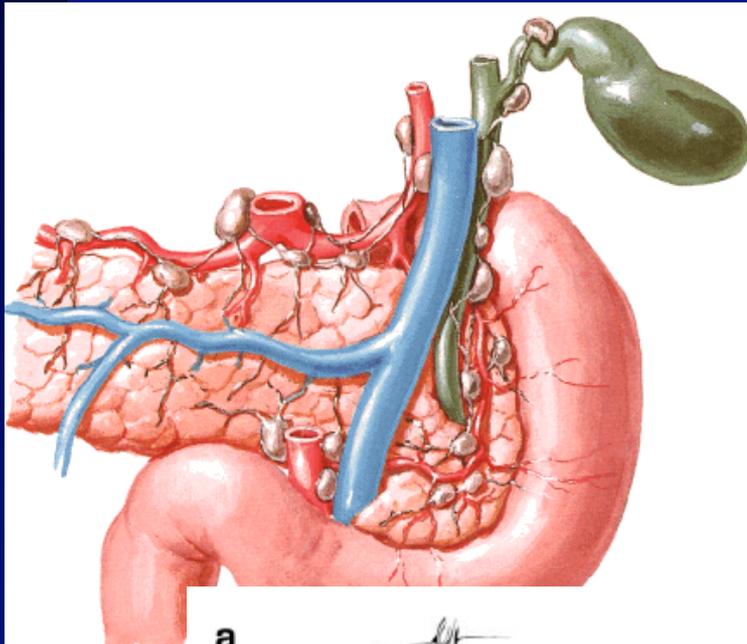
## Câncer da vesícula biliar

### Questões:

1. Deve ser operado
2. Quando operar
3. Qual paciente deve ser operado (reoperado)
4. Extensão da ressecção:  
Fígado, via biliar, pâncreas, linfonodos, portais
5. Derivação paliativa
6. Terapia adjuvante

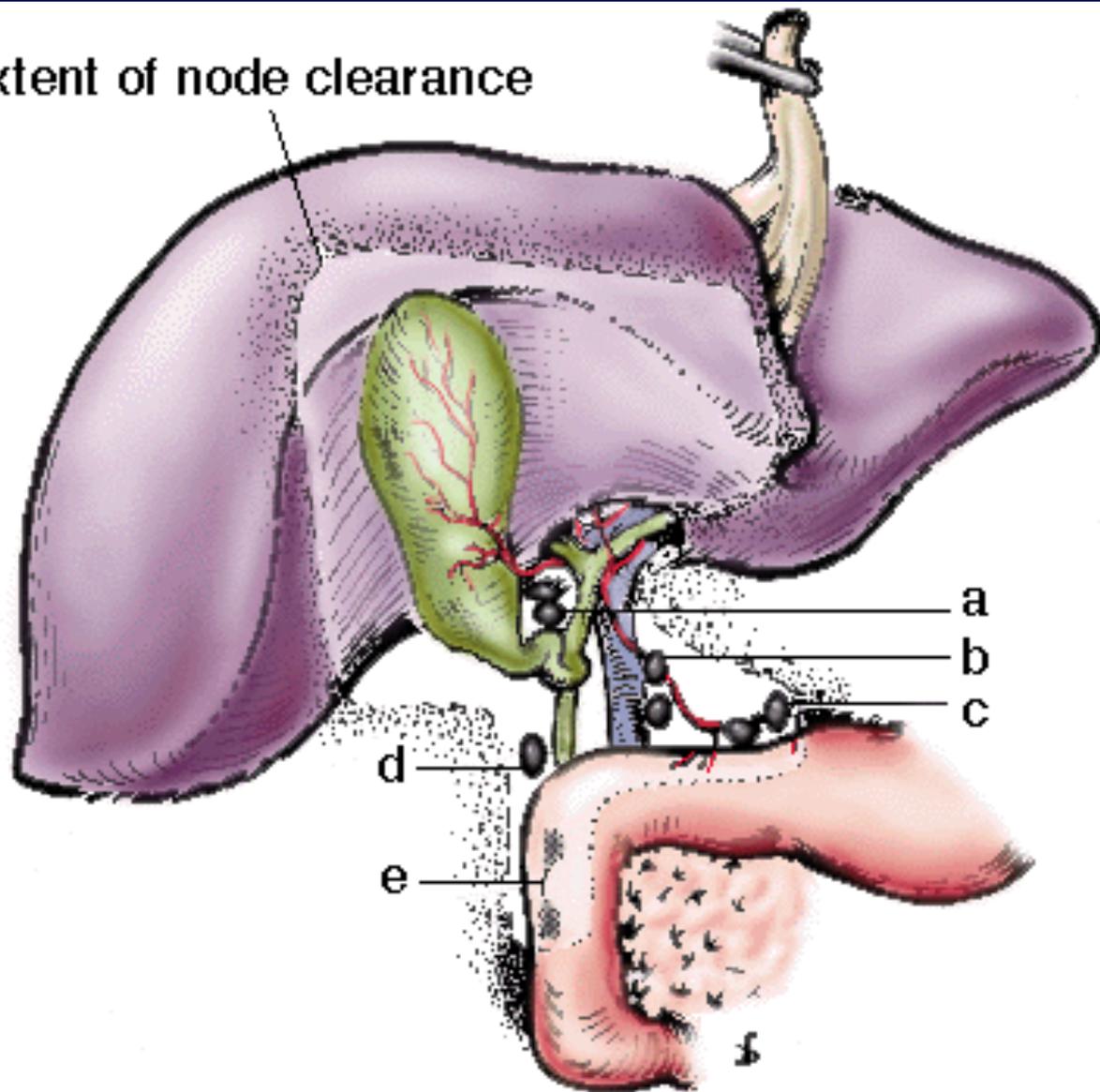
## Ressecção radical

- ❑ Ressecção hepática (segmentos IVb e V)
- ❑ Linfadenectomia N1 e N2:
  - Ligamento hepatoduodenal
  - Retropancreático (cabeça)
  - Artéria hepática comum
  - Celíaco
  - Para-aórtico
- ❑ Com ou sem ressecção da via biliar extra hepática
- ❑ Excisão dos portais



a) Estação nodal N1 e N2. b) Estação nodal N3 (intercavo-aórtico).

## Extent of node clearance

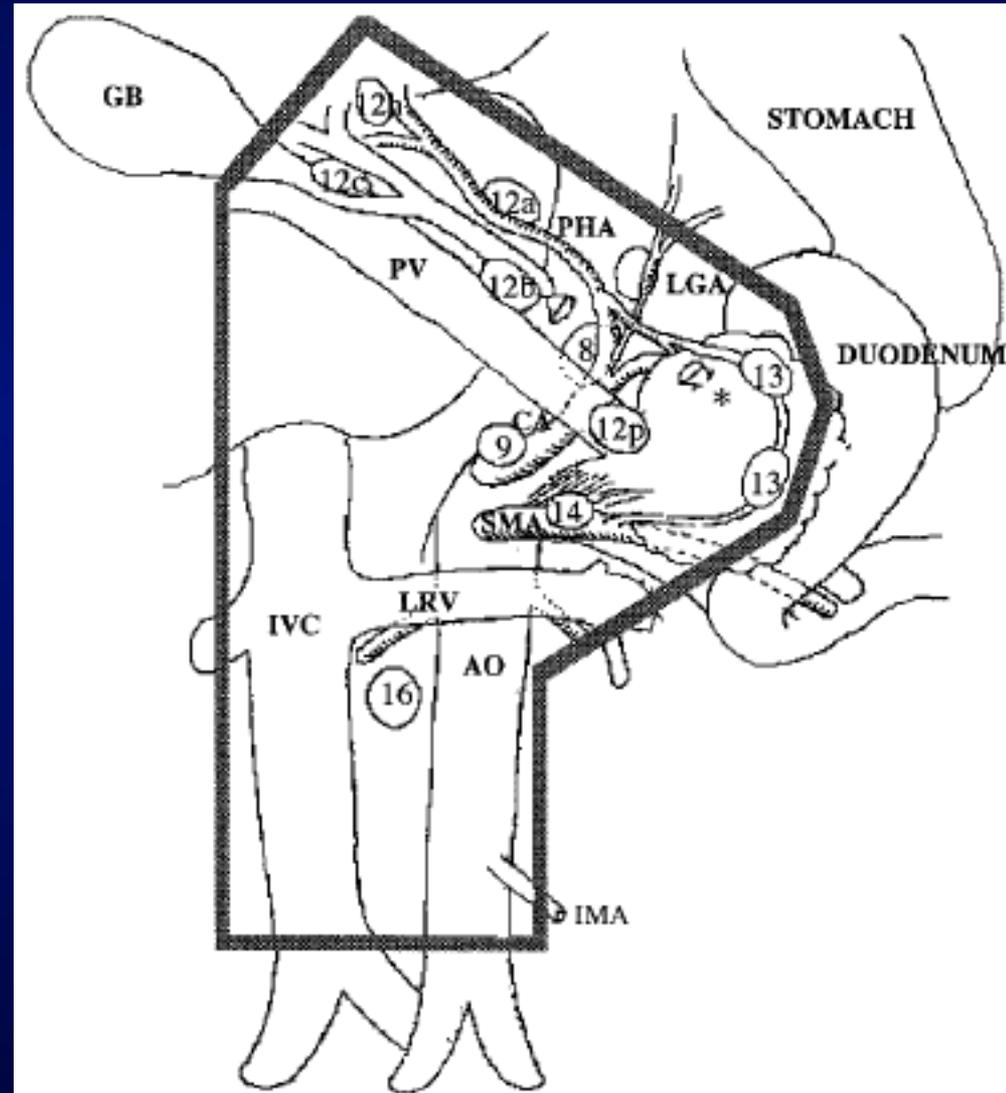


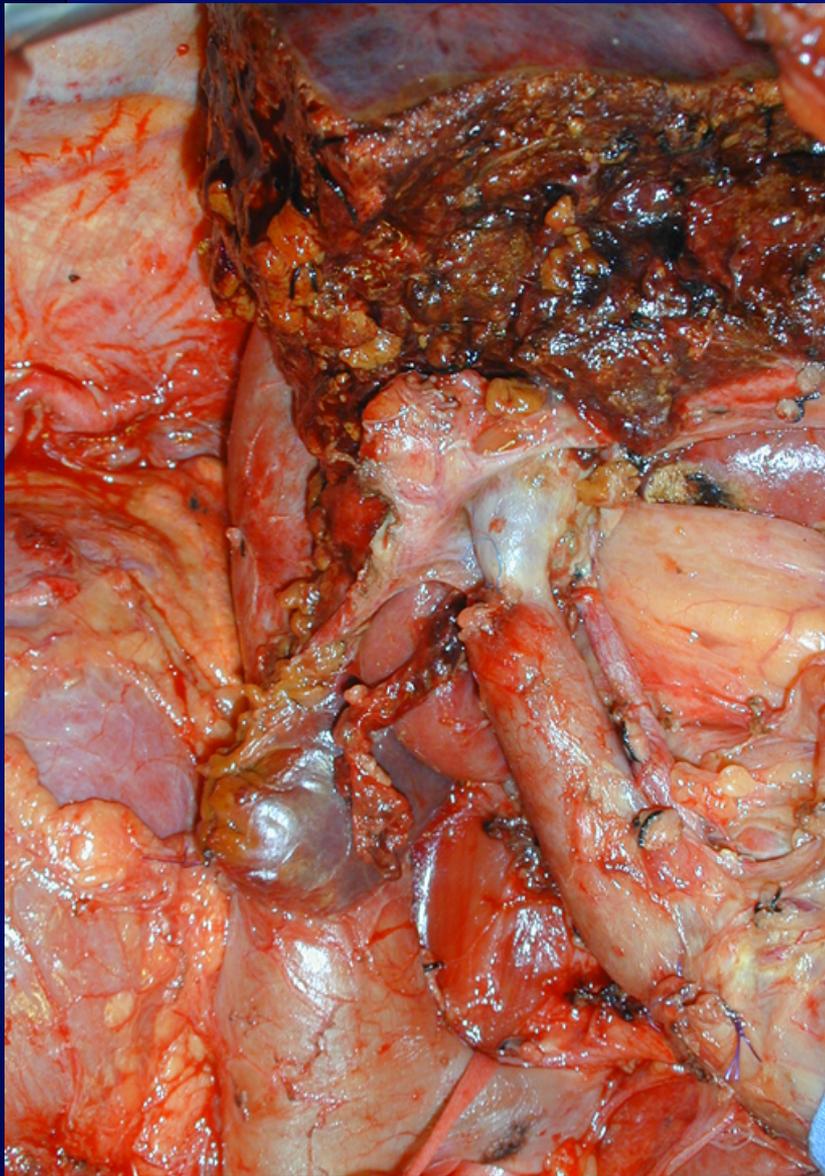
## Linfadenectomia padrão para tumores T2

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

## Linfadenectomia estendida

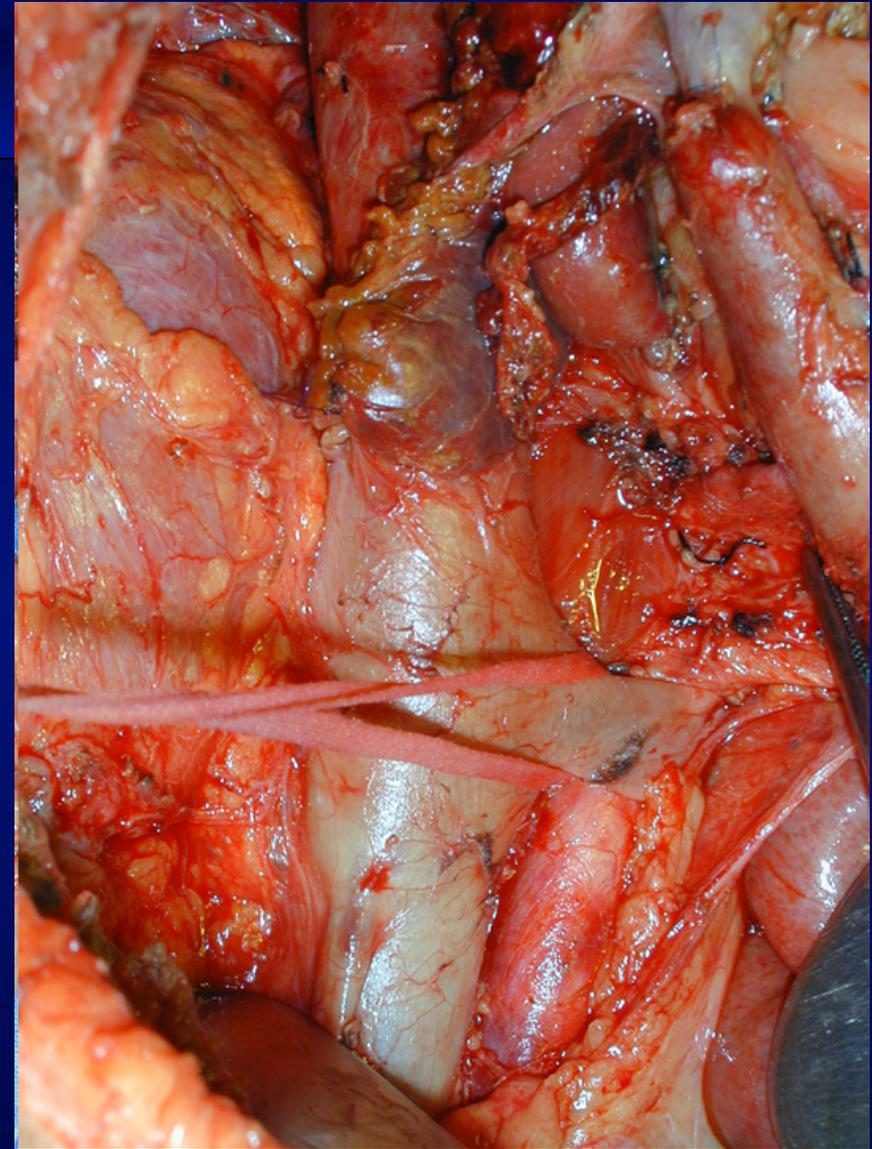
- ❑ Tronco celíaco (9)
- ❑ Artéria mesentérica superior (14)
- ❑ Para-aórtico (16)





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

Linfadenectomia retropancreática e intercavaoártica.



Câncer da vesícula biliar  
Tumor T4



## Pacientes com doença avançada (sobrevida)

Study	Extensive surgery	Palliative surgery	Survival with palliative surgery at 1 and 5 years	Stage of disease	Survival with surgery at 1 and 5 years
Ishikawa et al. <sup>64</sup>	29	20	7%, 0%	IVA IVB	71%, 13% 17%, 0%
Wakabayashi et al. <sup>65</sup>	61	NM	NM	III IVA IVB	83%, 83% 81%, 46% 17%, 17%
Behari et al. <sup>66</sup>	42	139	NR	III IV	92%, 42%, 28% 88%, 0%
Ito et al. <sup>59</sup>	66	NM	12%, 0%	All	40%, 13%

# 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	

---

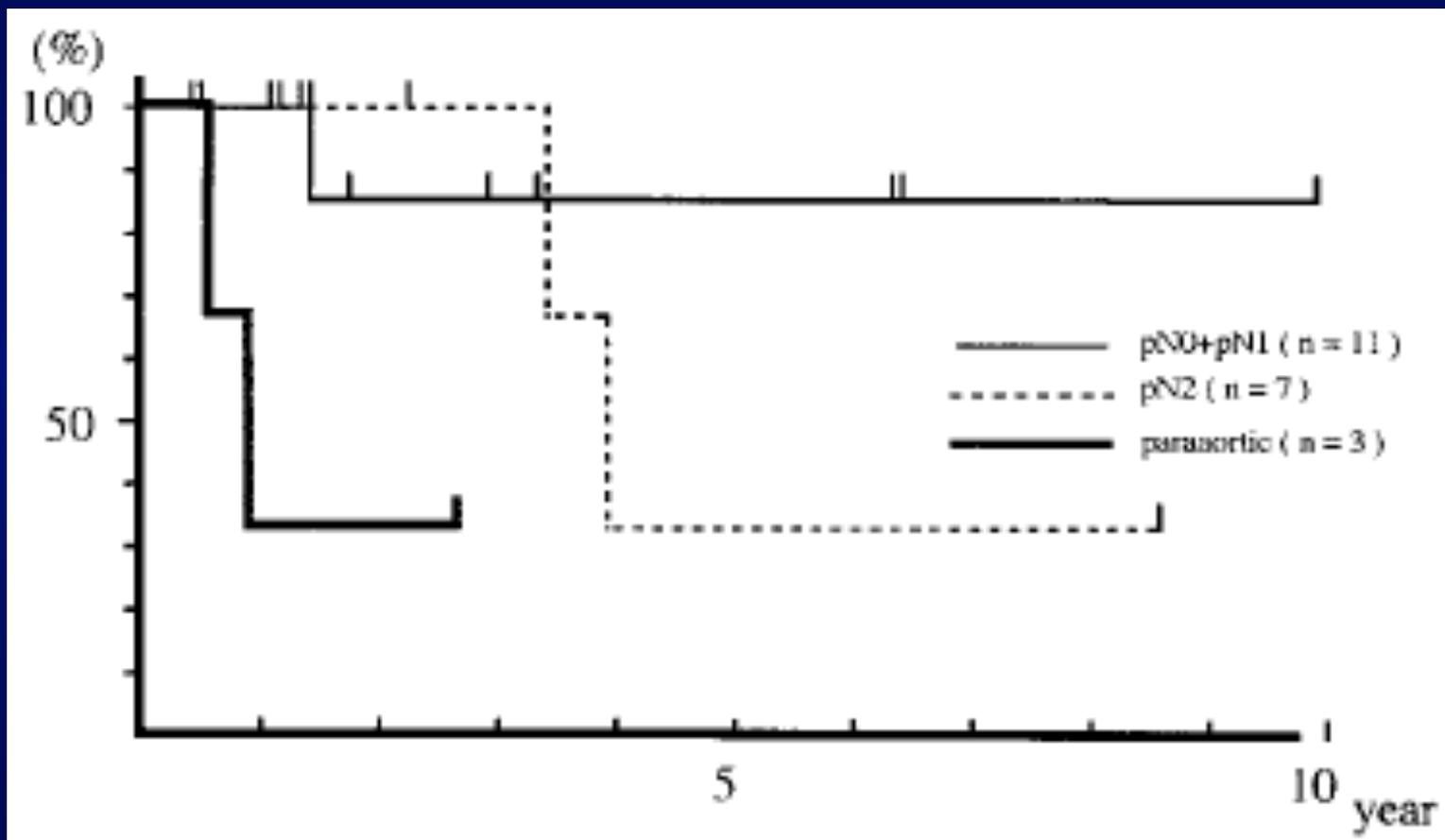
N3 positivo : doença metastática

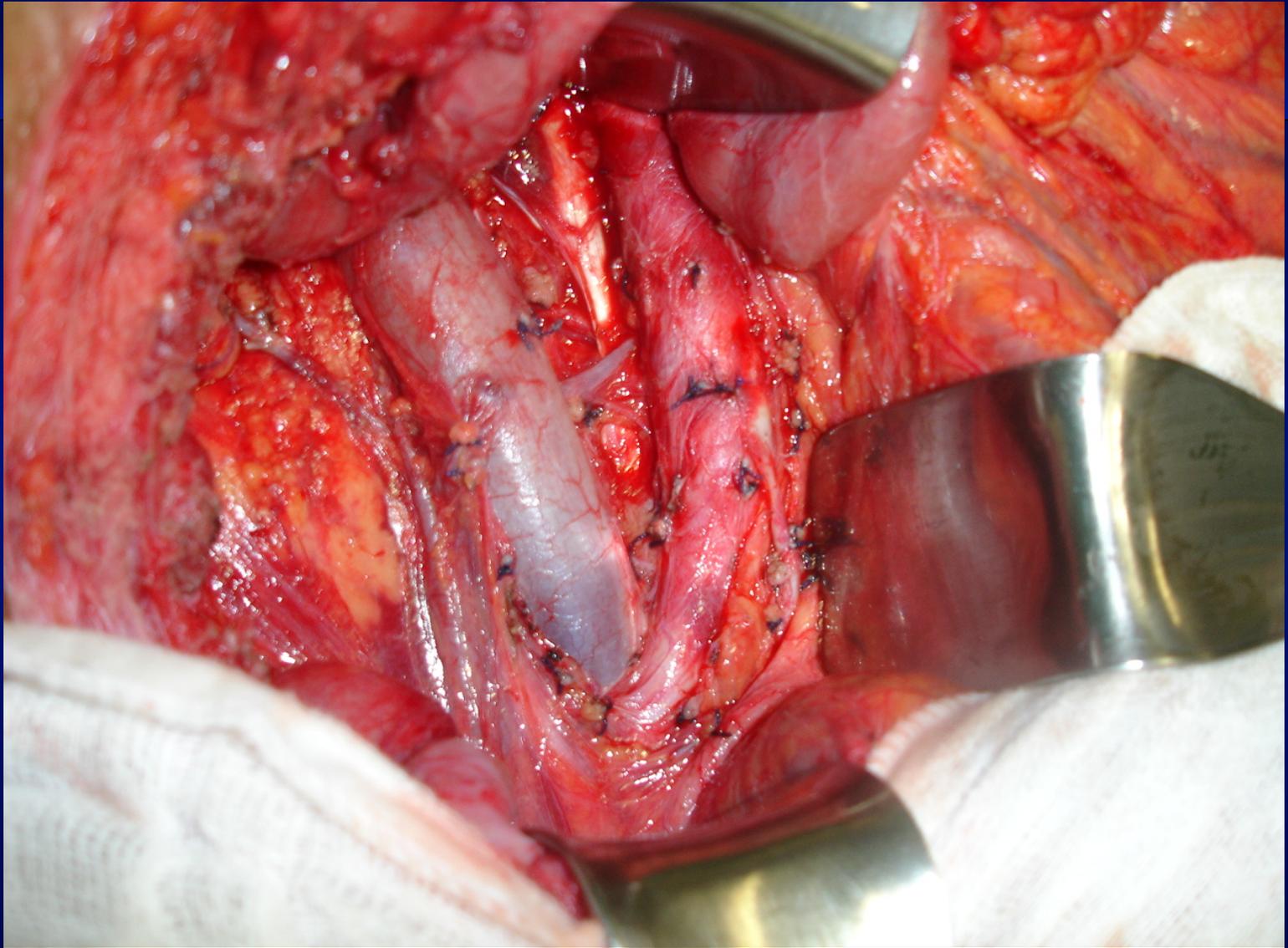
## Relação entre metástase nodal e grau de invasão

		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

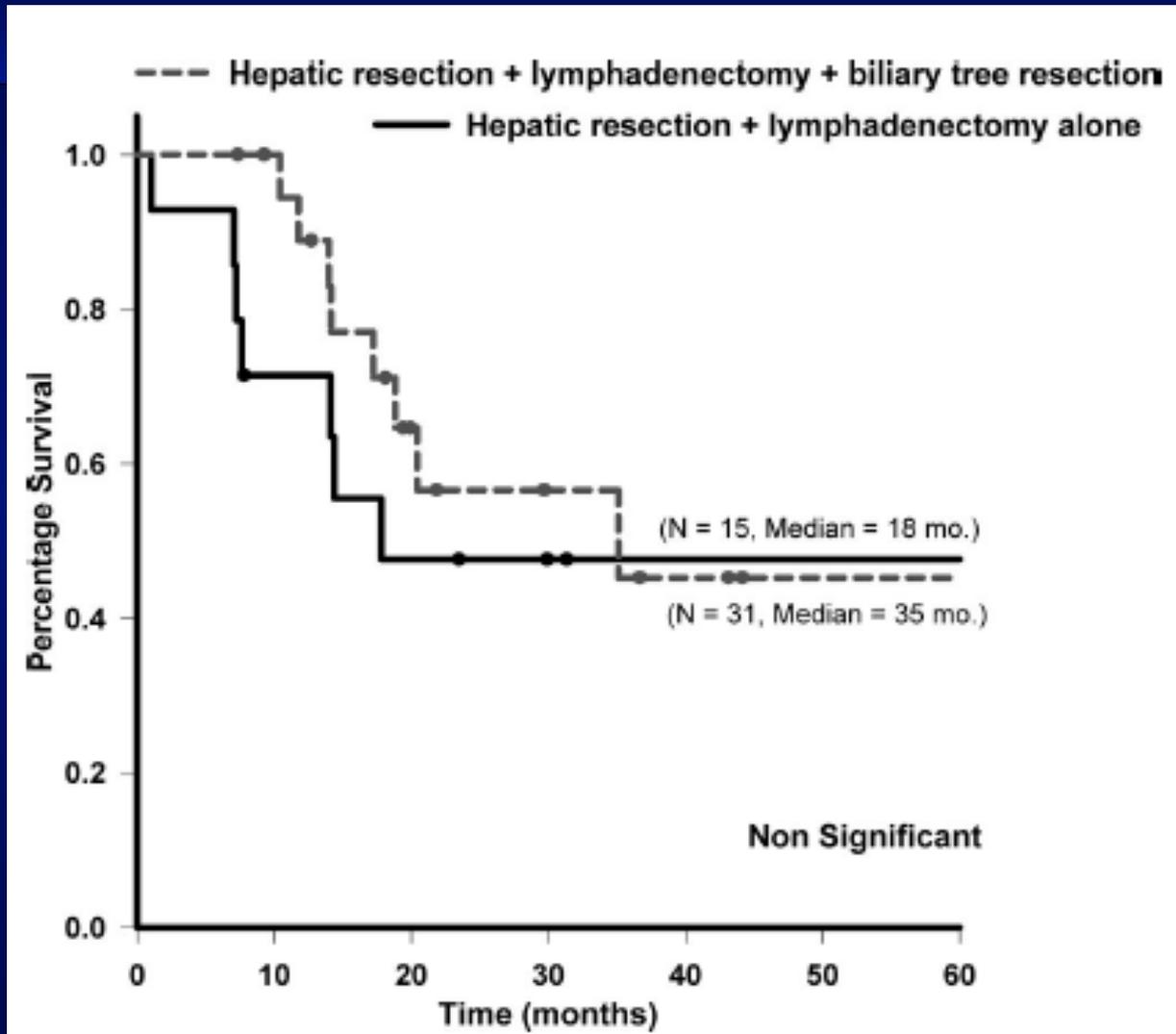
m:mucosa; mp:muscular própria; ss:subserosa; se:superfície serosa; oa:órgãos adjacentes

## Sobrevida em pT2 e envolvimento nodal





# Ressecção da via biliar



## Ressecção da via biliar

- ❑ Câncer de vesícula biliar que acomete a subserosa ou além, invade o ligamento hepatoduodenal com frequência relativamente elevada.
- ❑ O diagnóstico pre-operatório desta invasão é difícil
- ❑ Deve ser considerada a necessidade de ressecção da via biliar extra-hepática e linfonodos.

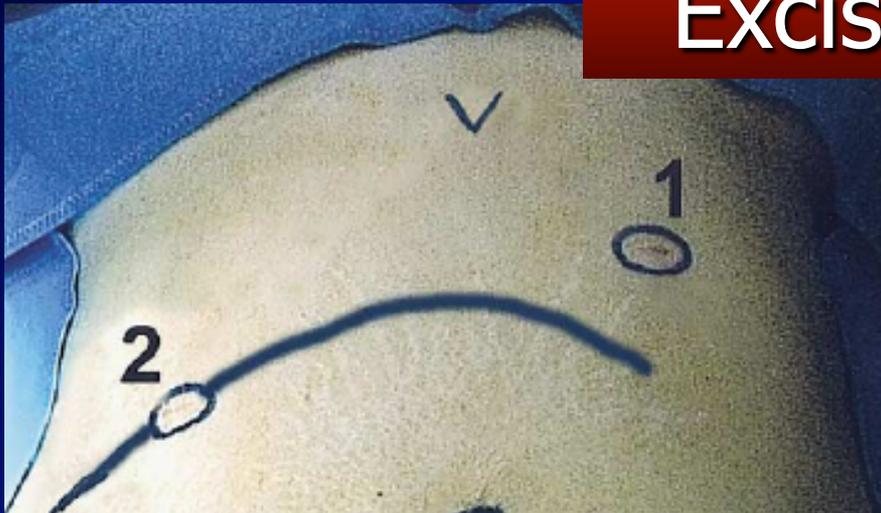
## Ressecção da via biliar

A dissecação sistemática de linfonodos N1, pancreatoduodenal posterior, artéria hepática comum e veia porta em pacientes N2 é necessária para melhorar o prognóstico daqueles pacientes com doença pT2 sem invasão moderada ou intensa do ligamento hepatoduodenal.

## Ressecção da via biliar

- Envolvimento nodal em tumores acima de pT1 - 43%
  - Sobrevida com e sem ressecção da via biliar (Estadio I-III) – Similar
  - Ressecção da via biliar para Estadio IV – Sobrevida melhor
- Considerando os efeitos adversos da anastomose bilio-entérica, a preservação da via biliar extra-hepática é recomendada na cirurgia radical para câncer de vesícula, quando o tumor é menos avançado que Estadio IV e não avança para o ligamento hepatoduodenal.

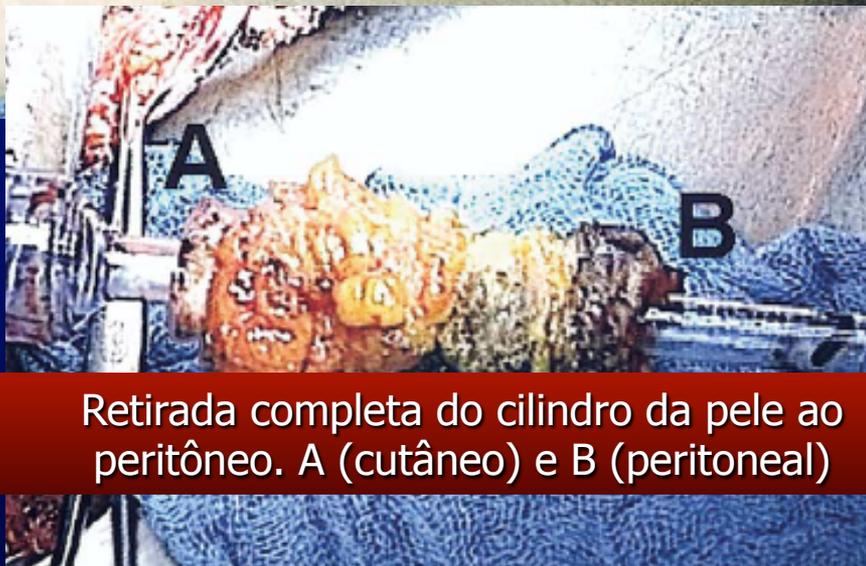
# Excisão de portais



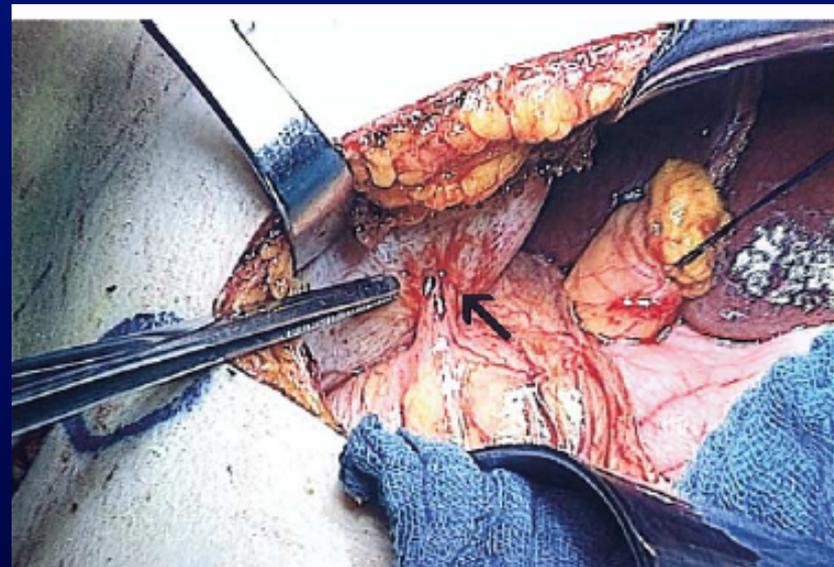
Identificar a área a ser ressecada  
Trajeto em forma de Z



Aderência (orifício de entrada)  
Inserir o trocar (identifica o trajeto)



Retirada completa do cilindro da pele ao  
peritônio. A (cutâneo) e B (peritoneal)



## Ressecção dos portais

Local (N)	Ressecção	Não	(%)
Número	69	44	
Invasão	T1b,T2,T3		
Metástase	13 (19%)		
Sobrevida	Sem metástase 42m (T2,T3)	Com metástase 17m (p=0,005)	

# Ressecção dos portais

A ressecção do portal não esteve associado a sobrevida global ( $p=0,23$ ) ou sobrevida livre de doença ( $p=0,69$ ).

## Ressecção dos portais

Em pacientes com carcinoma incidental da vesícula biliar, a metástase de portal laparoscópico está associado à doença peritoneal e diminuição da sobrevida. A ressecção do portal não apresentou relação com melhora da sobrevida ou de recorrência da doença e NÃO deve ser considerada mandatória durante o tratamento cirúrgico definitivo.

## Câncer da vesícula biliar

### Questões:

1. Deve ser operado
2. Quando operar
3. Qual paciente deve ser operado (reoperado)
4. Extensão da ressecção:  
Fígado, via biliar, pâncreas, linfonodos, portais
5. Derivação paliativa
6. Terapia adjuvante

## Tratamento paliativo

- ❑ Sintomas de doença incurável (dor, icterícia, obstrução)
- ❑ Palição com mínima morbidade (sobrevida de 2 a 4 meses)
- ❑ Palição intestinal (obstrução)
- ❑ Palição biliar
- ❑ By-pass com o segmento III
- ❑ Diagnóstico radiológico prévio: não operar
- ❑ Procedimento percutâneo ou endoscópico

## Câncer da vesícula biliar

### Questões:

1. Deve ser operado
2. Quando operar
3. Qual paciente deve ser operado (reoperado)
4. Extensão da ressecção:  
Fígado, via biliar, pâncreas, linfonodos, portais
5. Derivação paliativa
6. Terapia adjuvante



**IHPBA 2016 • SÃO PAULO**  
12<sup>TH</sup> WORLD CONGRESS OF THE INTERNATIONAL  
**Hepato-Pancreato-Biliary Association**  
April 20-23 2016 - Brazil  
SHERATON WTC - SÃO PAULO

**Obrigado!**