



A.C. Camargo
Cancer Center

SIMPÓSIO INTERNACIONAL
DE CÂNCER DO
APARELHO
DIGESTIVO
P E C O G I

21 de agosto



POSTGRADUATE
COURSE DA
AHPBA

22 e 23 de agosto



SIMPÓSIO
INTERNACIONAL
DE CÂNCER DE FÍGADO, PÂNCREAS
E VIAS BILIARES DA CB-IHPBA

22 e 23 de agosto

Manejo do paciente com suspeita clínica de câncer de vesícula



Orlando Jorge M Torres
Núcleo de Estudos do Fígado - UFMA

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:

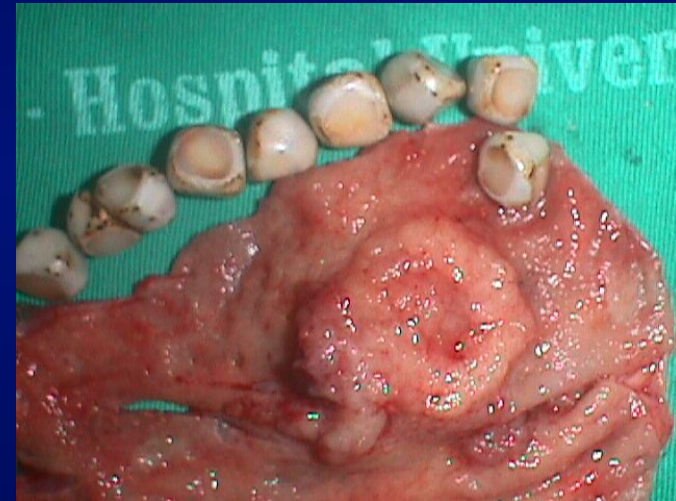
- ❑ Doença detectada no pré-operatório

Suspeita
Extensa

- ❑ Achado durante a colecistectomia

Doença limitada
Doença extensa

- ❑ Diagnóstico na biópsia da colecistectomia



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

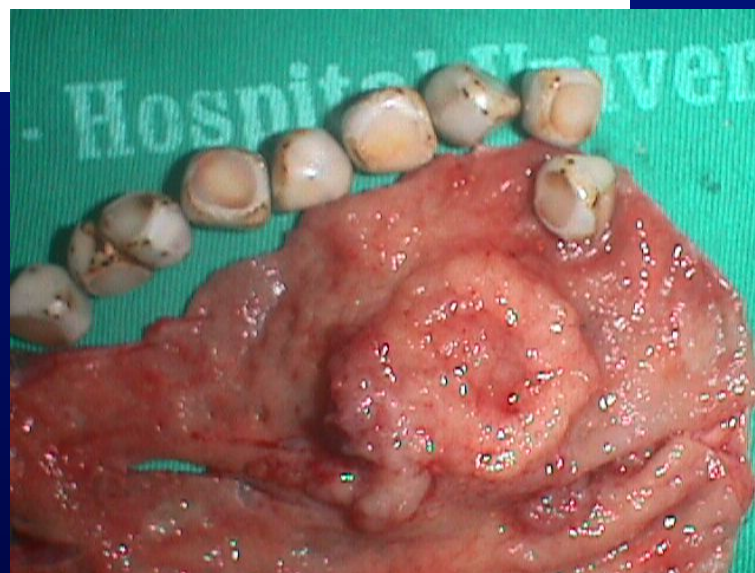
José Anselmo Cordeiro Lopes⁴

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

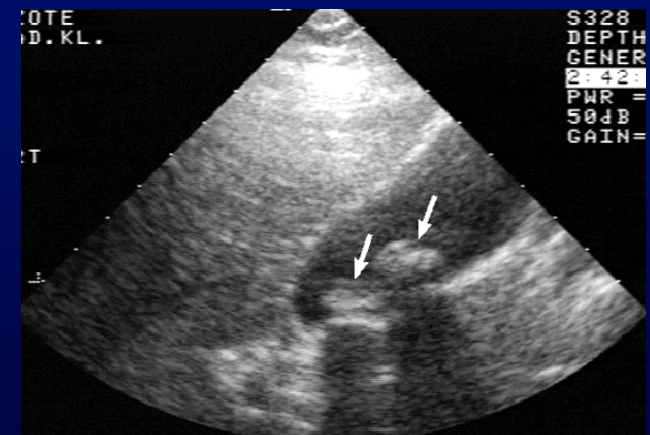
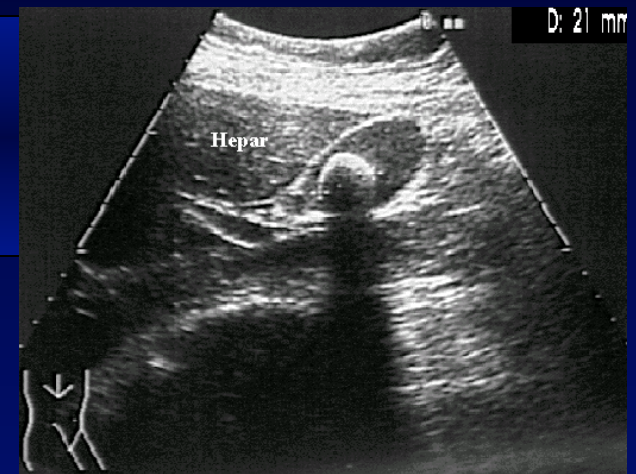
Resultado do estudo anatomopatológico da vesícula biliar.

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



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 inferior do fígado está obliterada.



Câncer da vesícula biliar: Suspeita clínica

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

Suspeita de câncer de vesícula

Tomografia

Status nodal e doença metastática

Localização e extensão da doença

Fígado

Via biliar

Pâncreas

Cólon transverso

Ressonância magnética / Colangiorressonância / Angio

Envolvimento hepático

Status nodal

PET-CT

Doença primária

Doença metastática

Doença residual após colecistectomia

Tomografia

- ❑ Massa hipoatenuante nodular e infiltrativa na fossa vesicular. Pode substituir a vesícula completamente, embora um pequeno lúmen residual esteja presente.
- ❑ Cálculos e calcificações estão frequentemente presentes. A massa é relativamente hipovascular e há frequentemente invasão direta do parênquima hepático adjacente.
- ❑ Pode haver escassas metástases hepáticas hipoatenuantes no parênquima.
- ❑ Ducto biliar pode ou não estar dilatado, dependendo da localização e extensão do tumor.
- ❑ Avaliar o *porta hepatis*, linfonodos alargados, superfície peritoneal, e o grande omento para carcinomatose.

Tomografia

- ❑ Massa hipoatenuante nodular e infiltrativa na fossa vesicular. Pode substituir a vesícula completamente, embora um pequeno lumen residual esteja presente.
- ❑ Cálculos e calcificações estão frequentemente presentes. A massa é relativamente hipovascular e há frequentemente invasão direta do parênquima hepático adjacente.
- ❑ Pode haver escassas metástases hepáticas hipoatenuantes no parênquima.
- ❑ Ducto biliar pode ou não estar dilatado, dependendo da localização e extensão do tumor.
- ❑ Avaliar o *porta hepatis*, linfonodos alargados, superfície peritoneal, e o grande omento para carcinomatose.

Tomografia

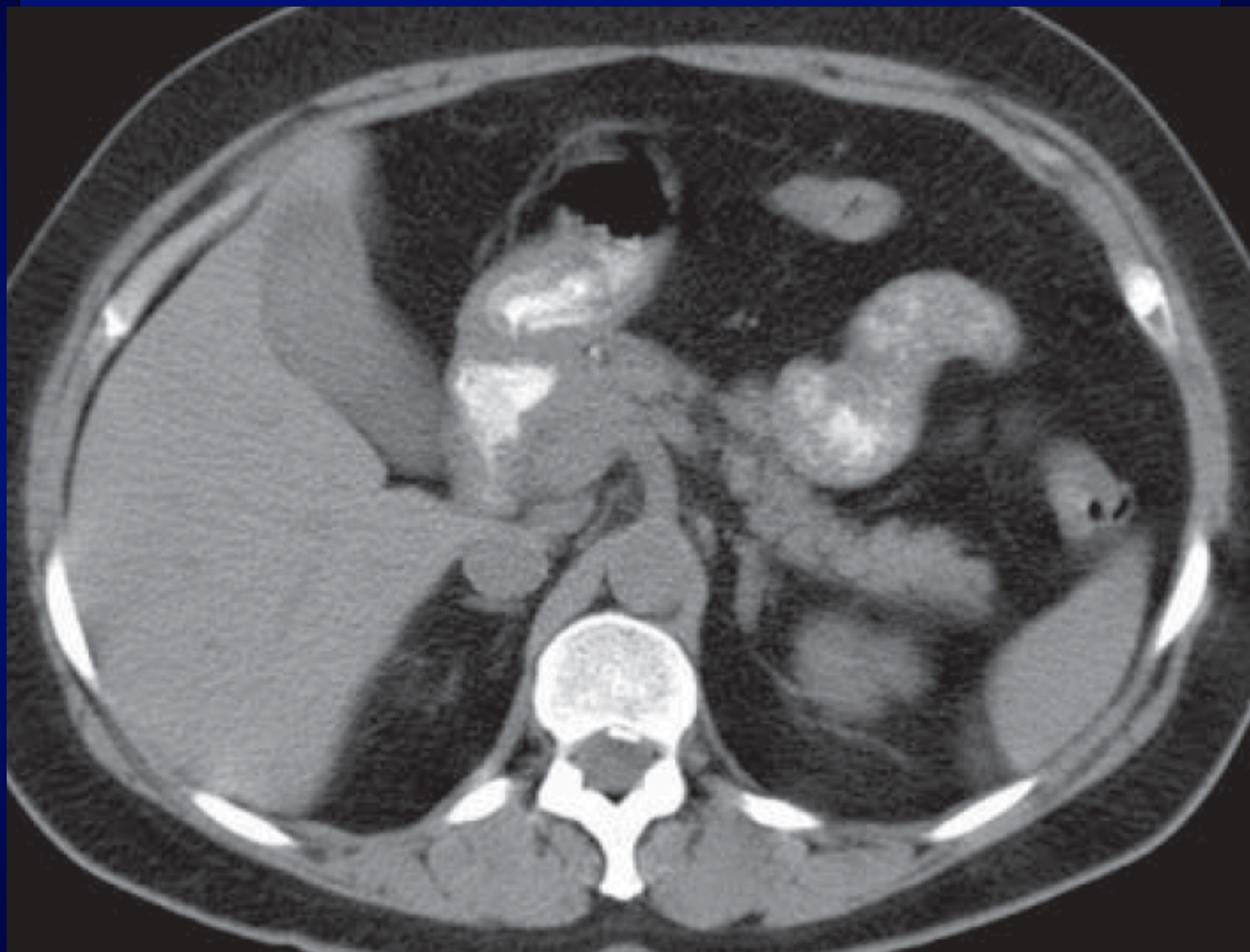
- ❑ Massa hipoatenuante nodular e infiltrativa na fossa vesicular. Pode substituir a vesícula completamente, embora um pequeno lumen residual esteja presente.
- ❑ Cálculos e calcificações estão frequentemente presentes. A massa é relativamente hipovascular e há frequentemente invasão direta do parênquima hepático adjacente.
- ❑ Pode haver escassas metástases hepáticas hipoatenuantes no parênquima.
- ❑ Ducto biliar pode ou não estar dilatado, dependendo da localização e extensão do tumor.
- ❑ Avaliar o *porta hepatis*, linfonodos alargados, superfície peritoneal, e o grande omento para carcinomatose.

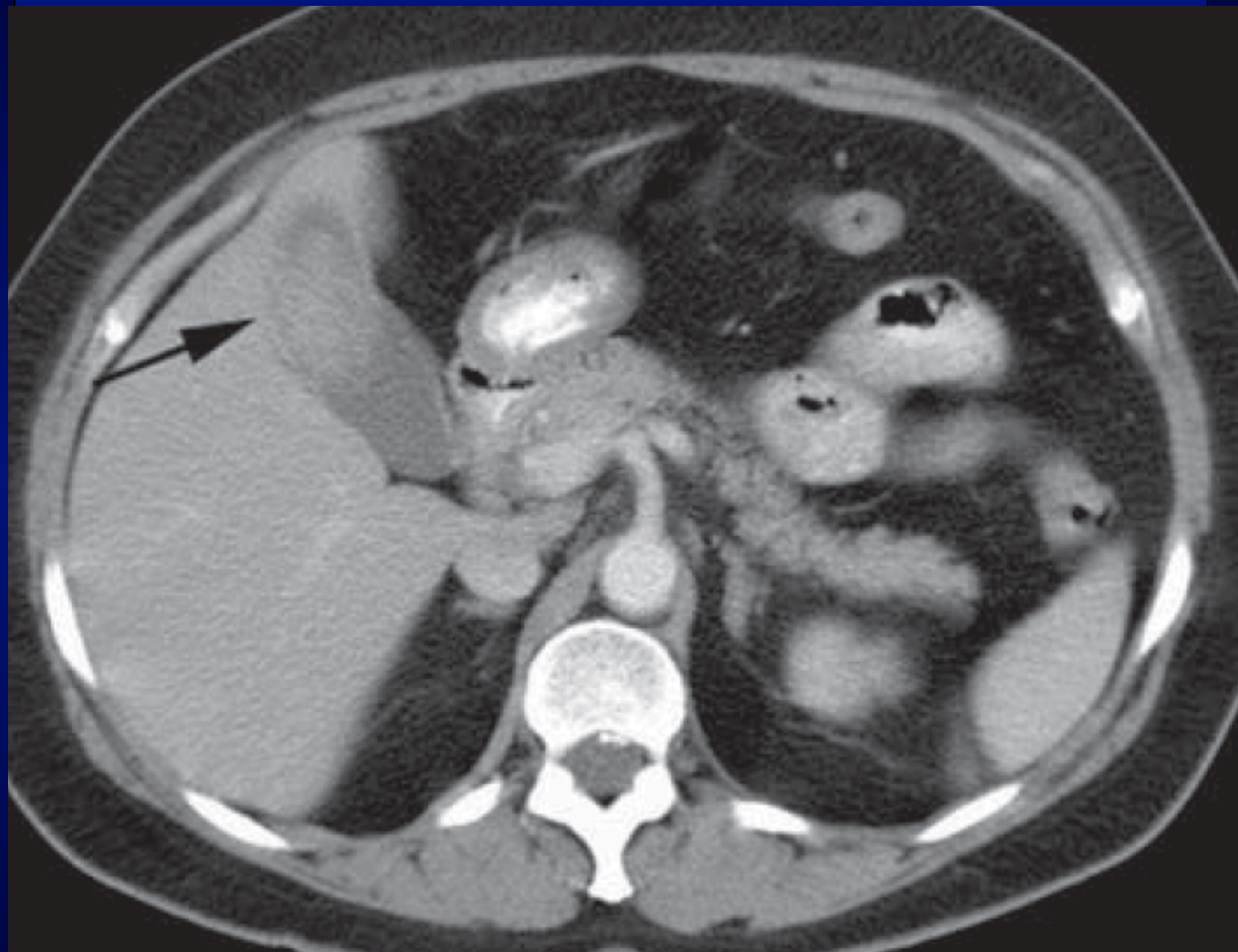
Tomografia

- ❑ Massa hipoatenuante nodular e infiltrativa na fossa vesicular. Pode substituir a vesícula completamente, embora um pequeno lumen residual esteja presente.
- ❑ Cálculos e calcificações estão frequentemente presentes. A massa é relativamente hipovascular e há frequentemente invasão direta do parênquima hepático adjacente.
- ❑ Pode haver escassas metástases hepáticas hipoatenuantes no parênquima.
- ❑ Ducto biliar pode ou não estar dilatado, dependendo da localização e extensão do tumor.
- ❑ Avaliar o *porta hepatis*, linfonodos alargados, superfície peritoneal, e o grande omento para carcinomatose.

Tomografia

- ❑ Massa hipoatenuante nodular e infiltrativa na fossa vesicular. Pode substituir a vesícula completamente, embora um pequeno lumen residual esteja presente.
- ❑ Cálculos e calcificações estão frequentemente presentes. A massa é relativamente hipovascular e há frequentemente invasão direta do parênquima hepático adjacente.
- ❑ Pode haver escassas metástases hepáticas hipoatenuantes no parênquima.
- ❑ Ducto biliar pode ou não estar dilatado, dependendo da localização e extensão do tumor.
- ❑ Avaliar o *porta hepatis*, linfonodos alargados, superfície peritoneal, e o grande omento para carcinomatose.

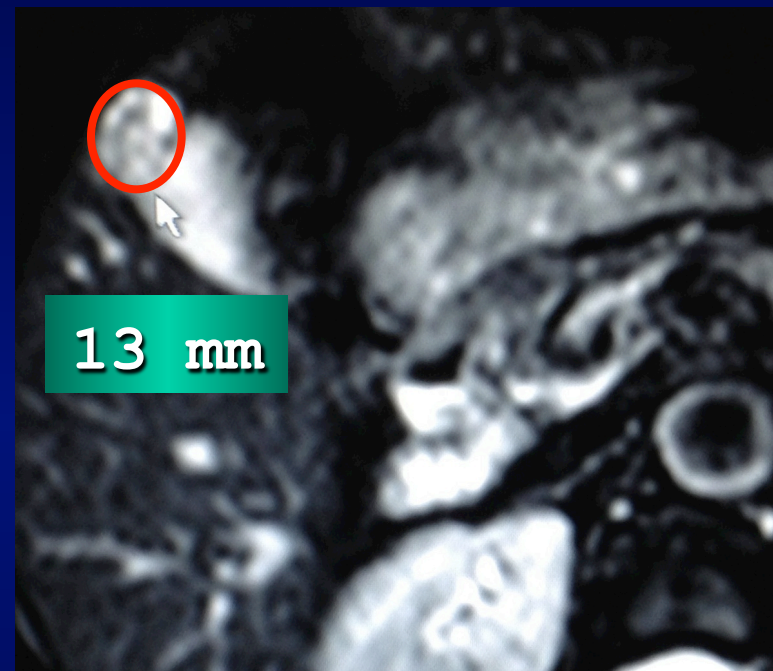
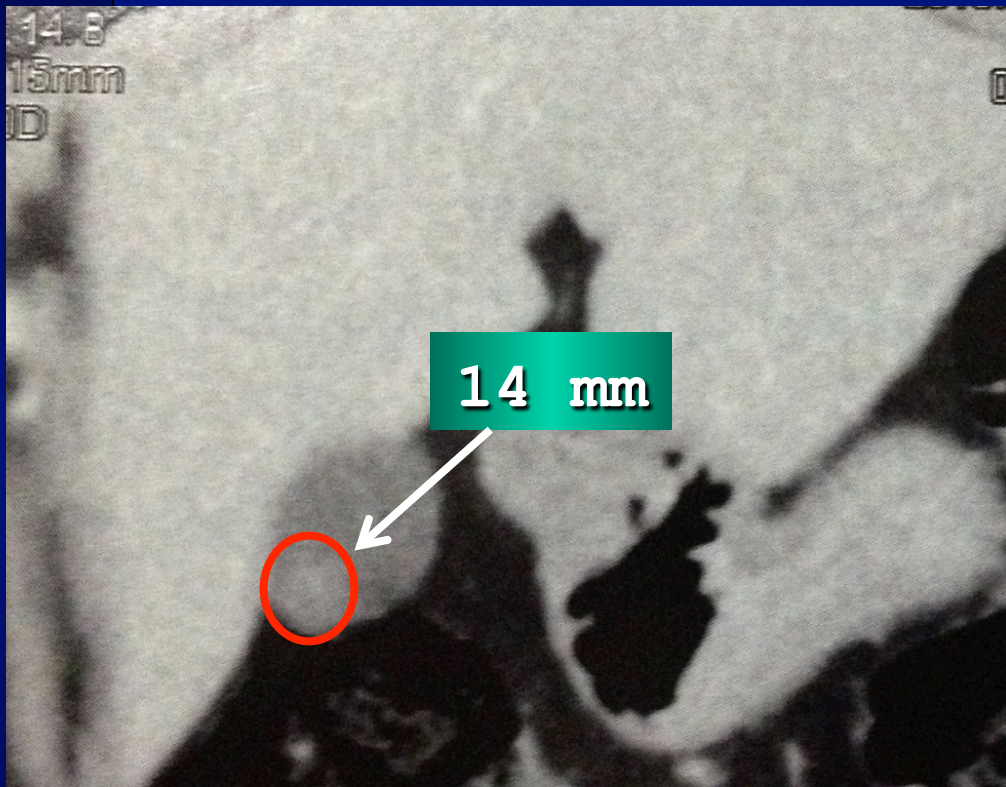




FATORES DE RISCO EM LESÕES POLIPOIDES DA VESÍCULA BILIAR^{18,22}

- 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

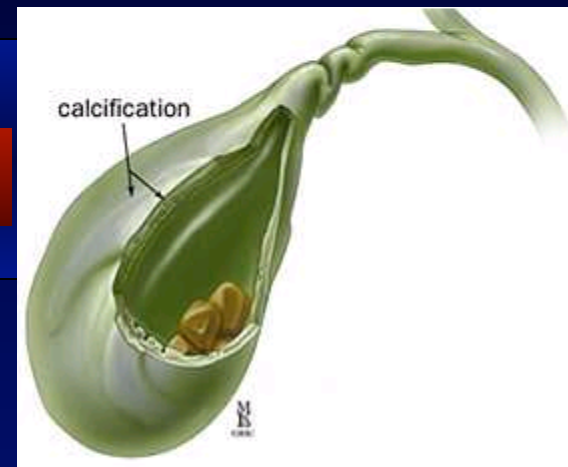
Lesão Polipóide



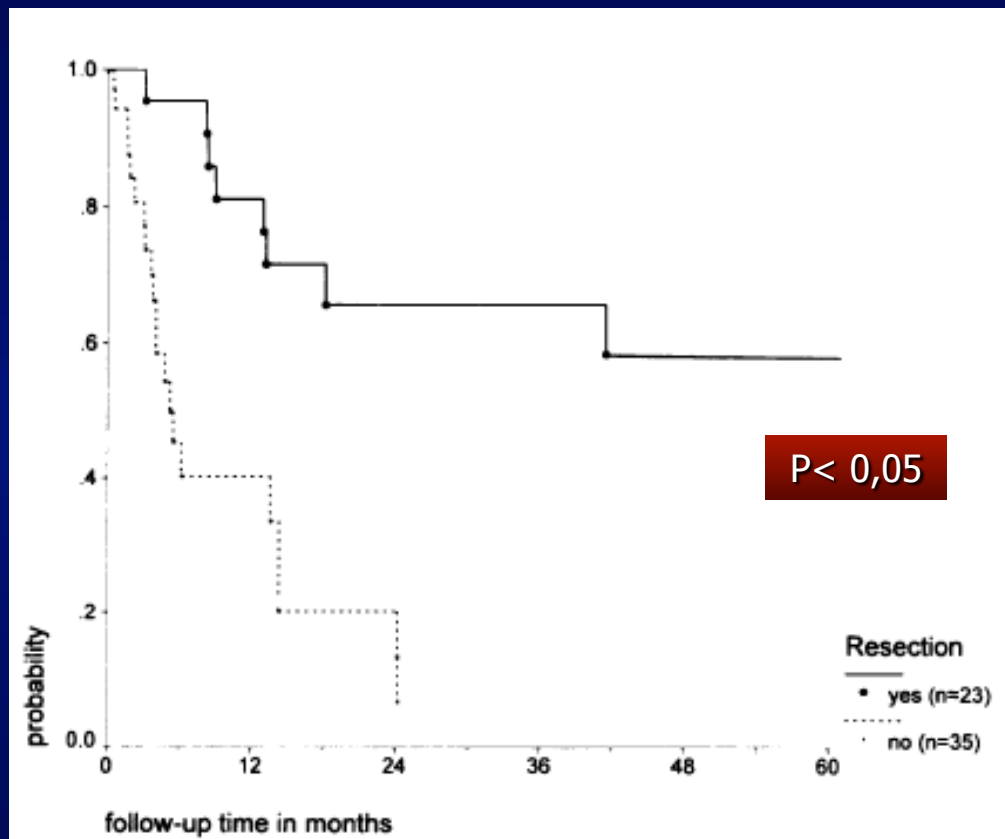
Cirurgia

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

Vesícula em porcelana



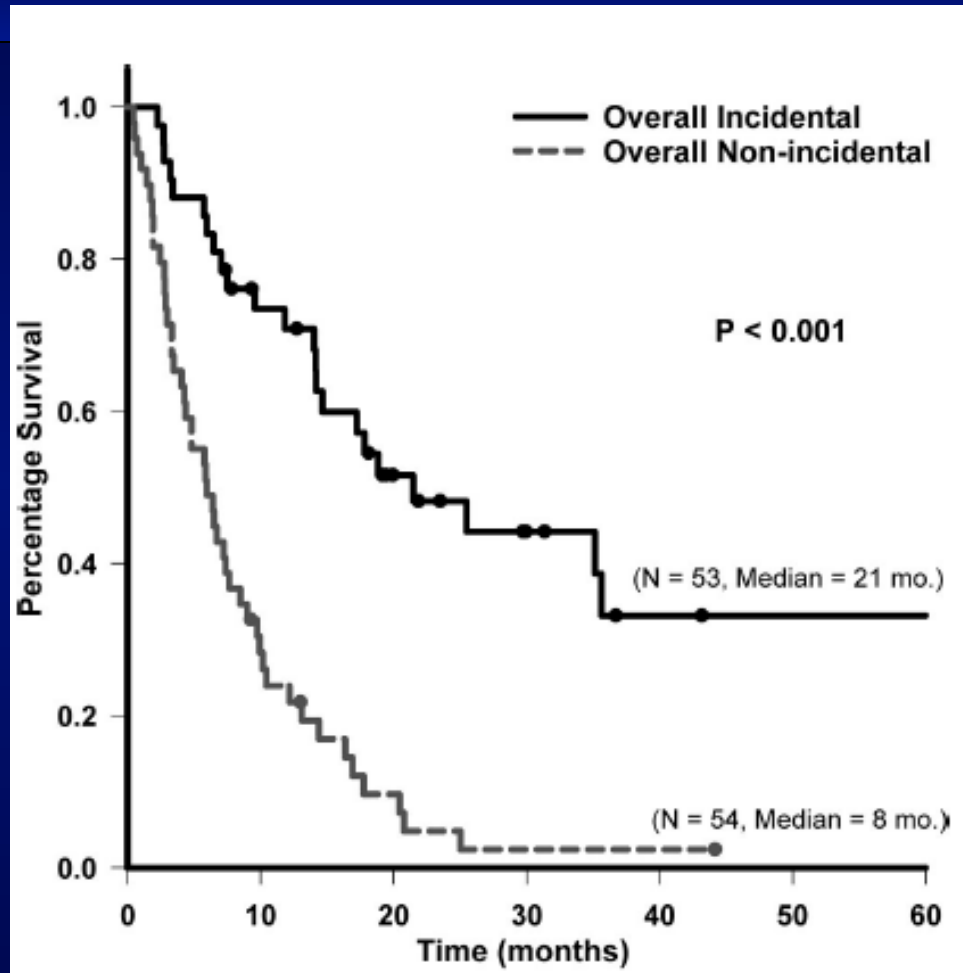
Sobrevida com e sem ressecção



Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Bartlett DL, et al. Ann Surg 224:639-646, 1996

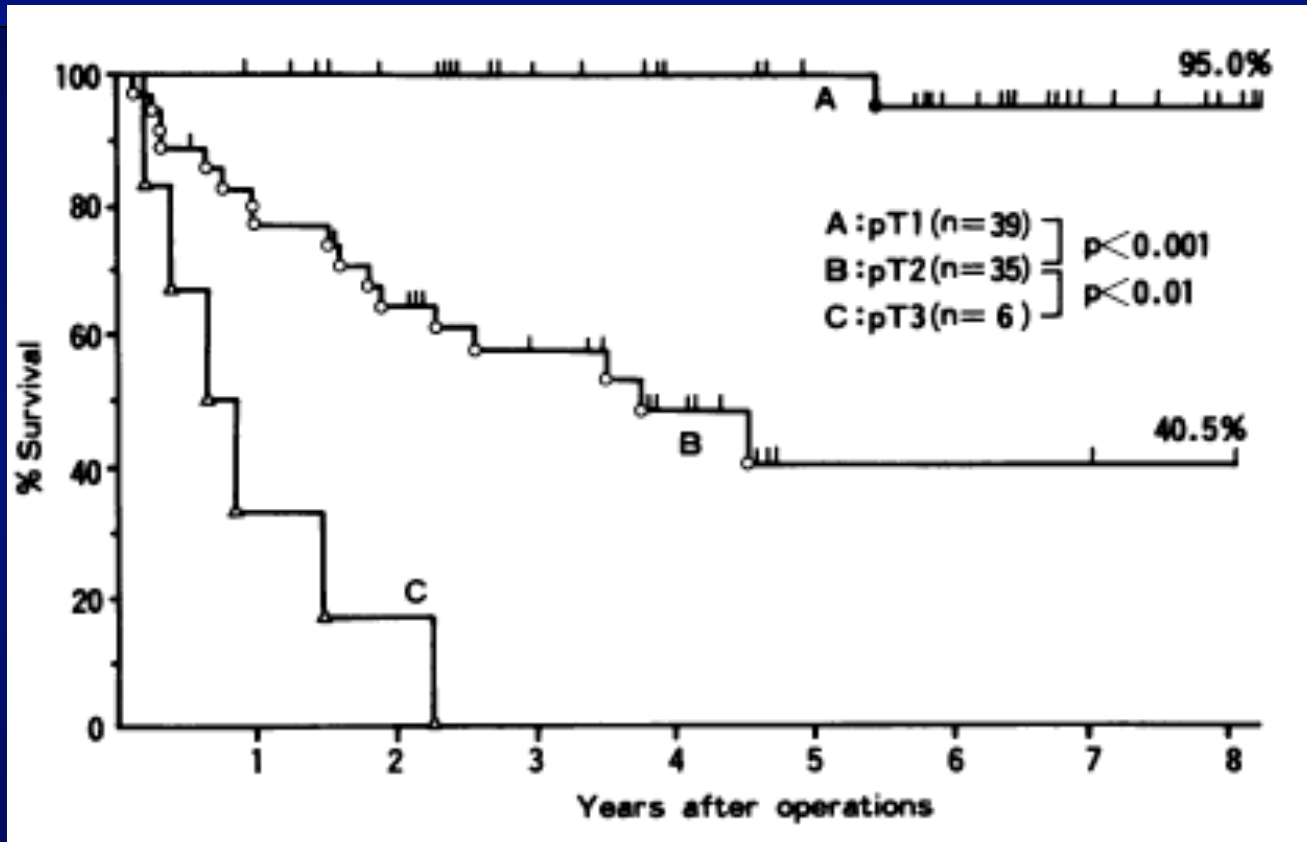
Câncer incidental da vesícula biliar



Johns Hopkins

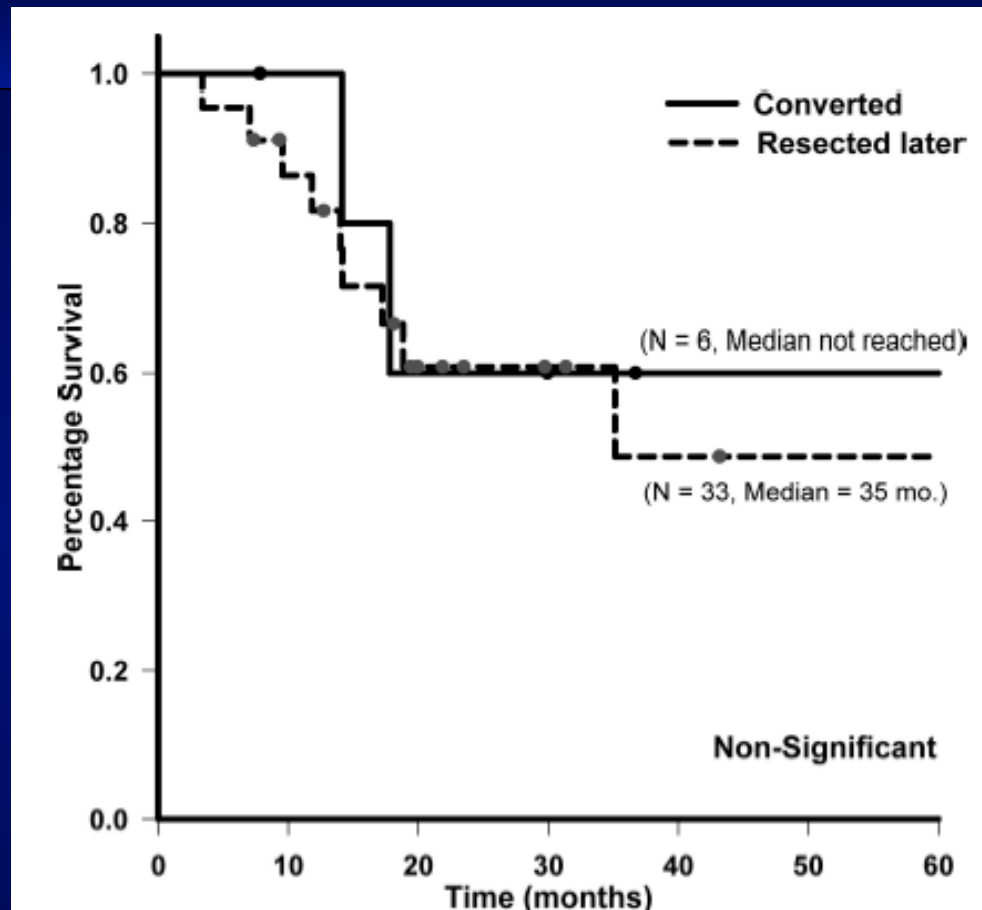
Shih SP, et al. Ann Surg 245:893-901, 2007

Tumores T1



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

Conversão ou cirurgia programada ?



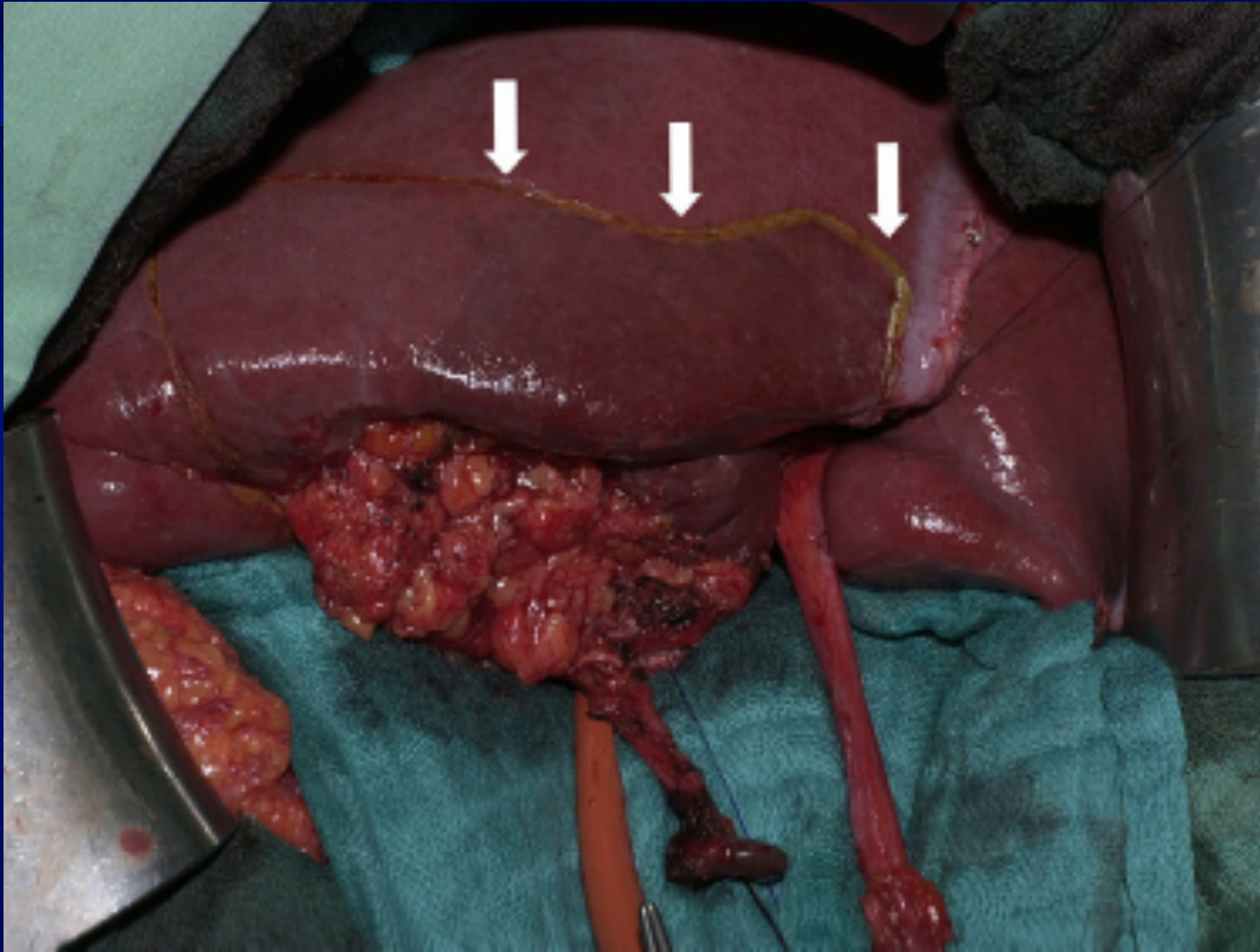
“A ressecção curativa estadiada não tem efeito na sobrevida”

Johns Hopkins

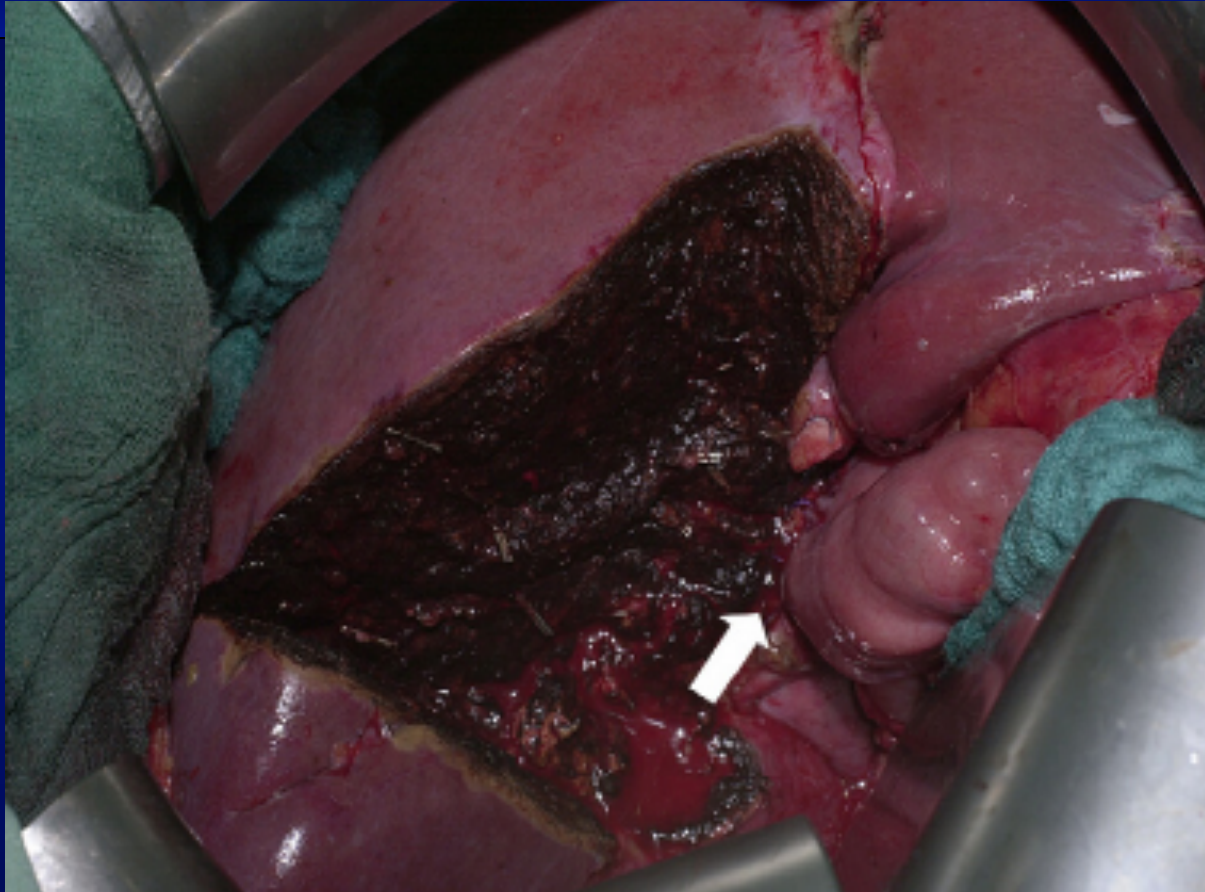
Extensão da ressecção

Cirurgia de acordo com o estadiamento

Estadio T	Cirurgia recomendada	Grau de Recomendação
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

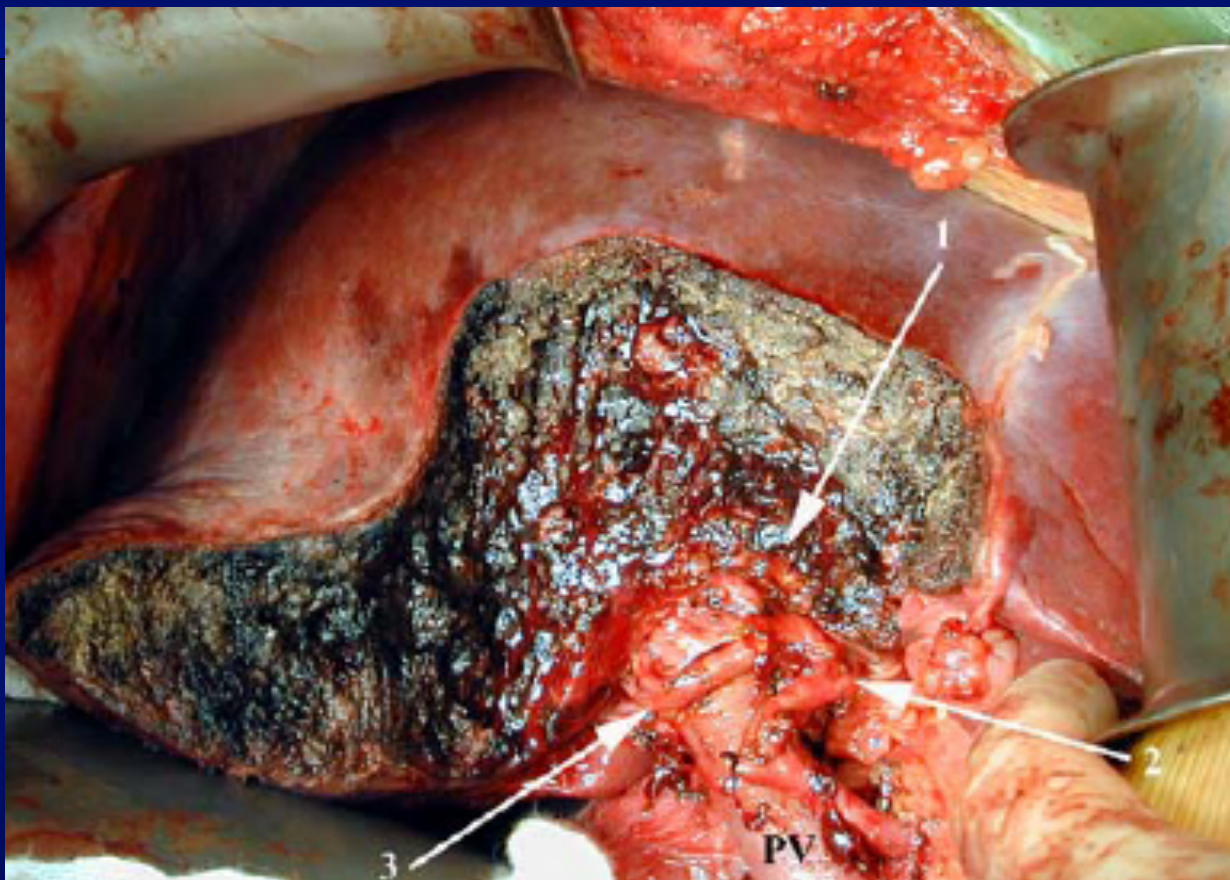


- Neoplasia da vesícula biliar com infiltração.

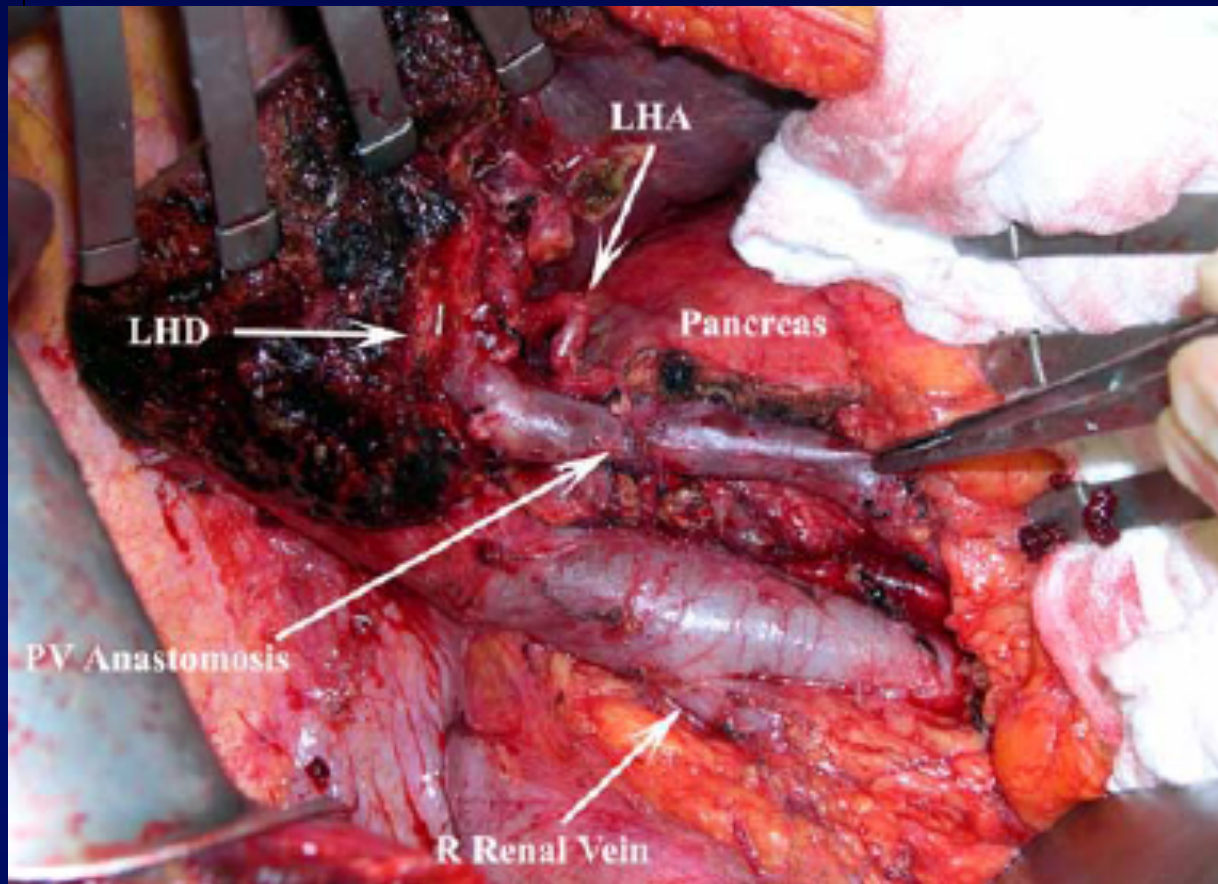


- Ressecção de segmento IVb e V com anastomose bilio-entérica hilar alta.

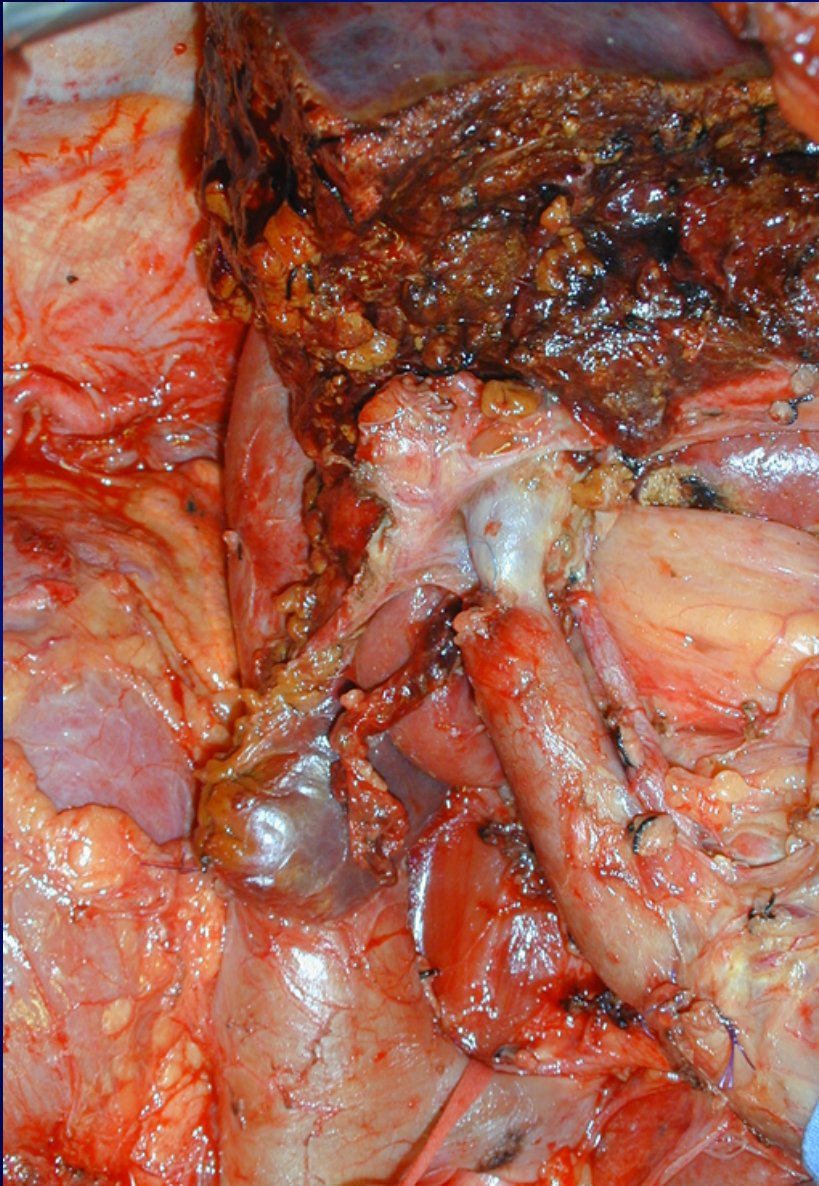
Extensão da ressecção



- Ressecção de segmento IVb e V com ressecção do ducto biliar e linfadenectomia regional.

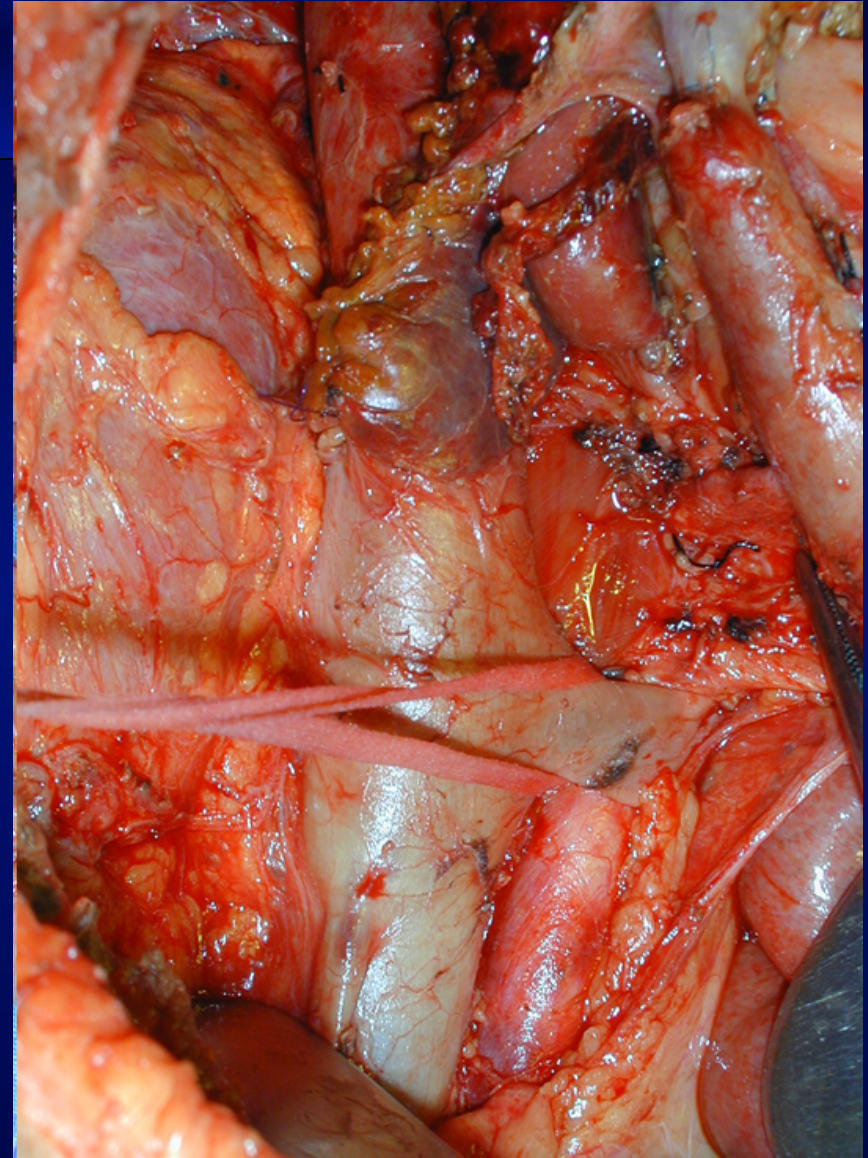


- Trisegmentectomy D com duodenopancreatectomia.

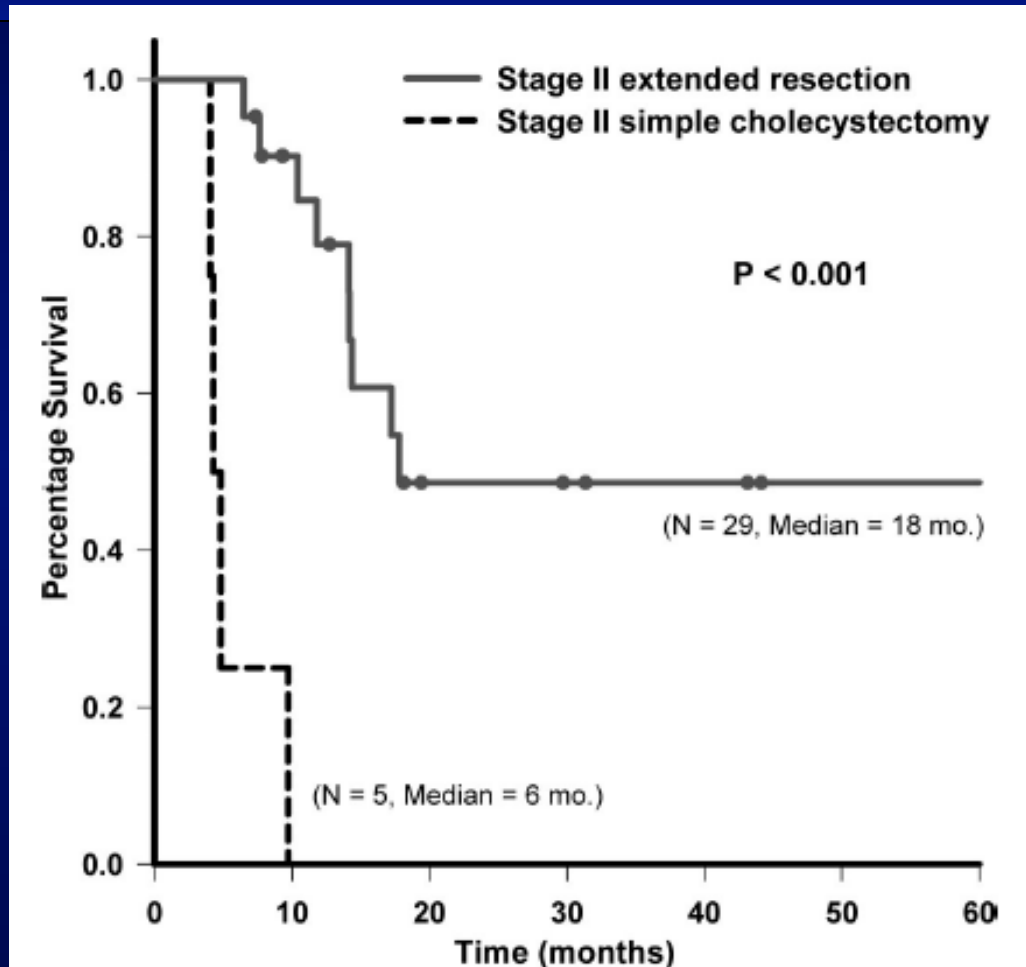


Hepatectomia direita estendida ao segmento IVb com linfadenectomia do pedículo hepático, associada à ressecção da via biliar.

Linfadenectomia retropancreática e intercavoaórtica.



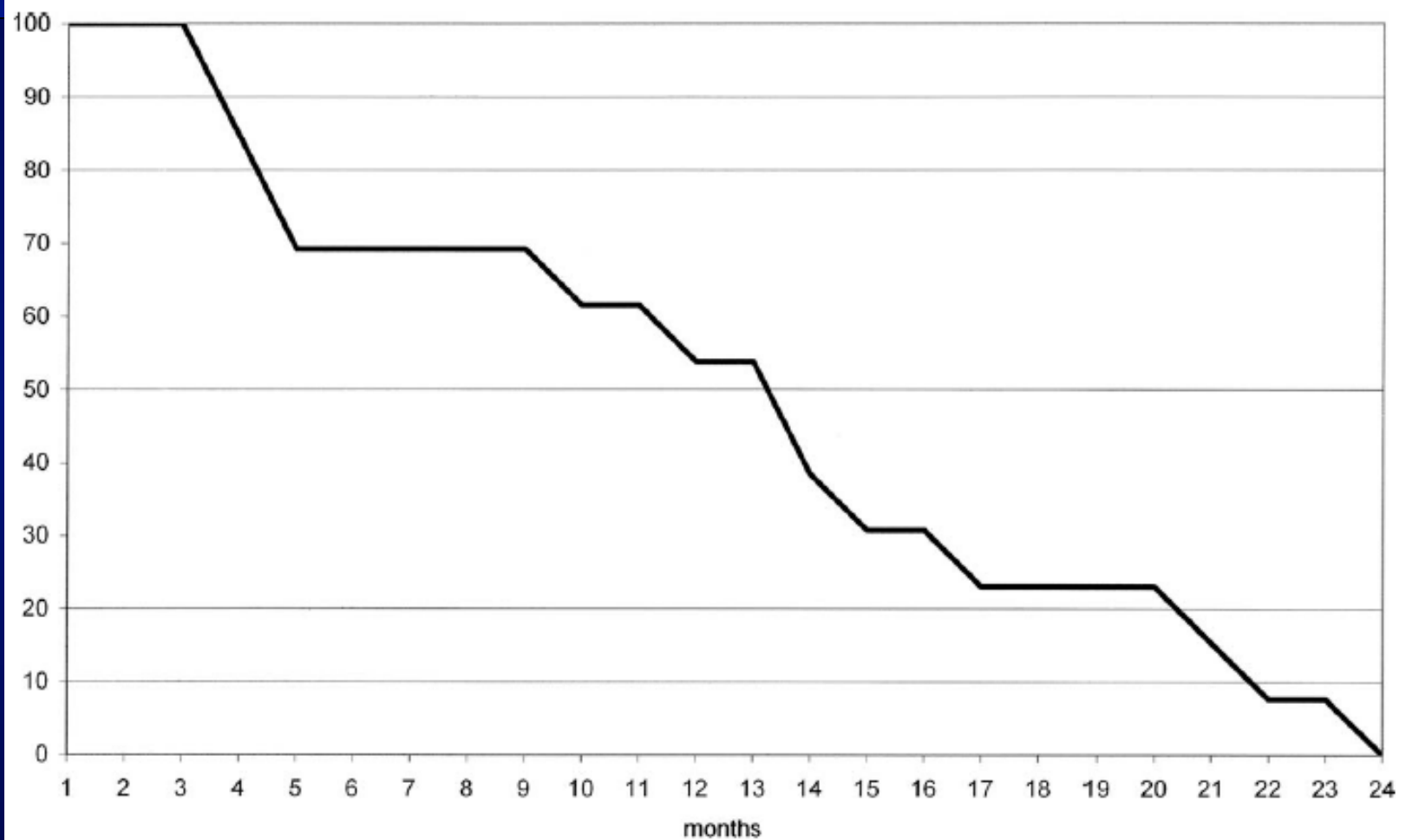
Tumores T2



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

Tumores T3 e T4



Extensão da Linfadenectomia

Estações linfonodais para dissecação

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

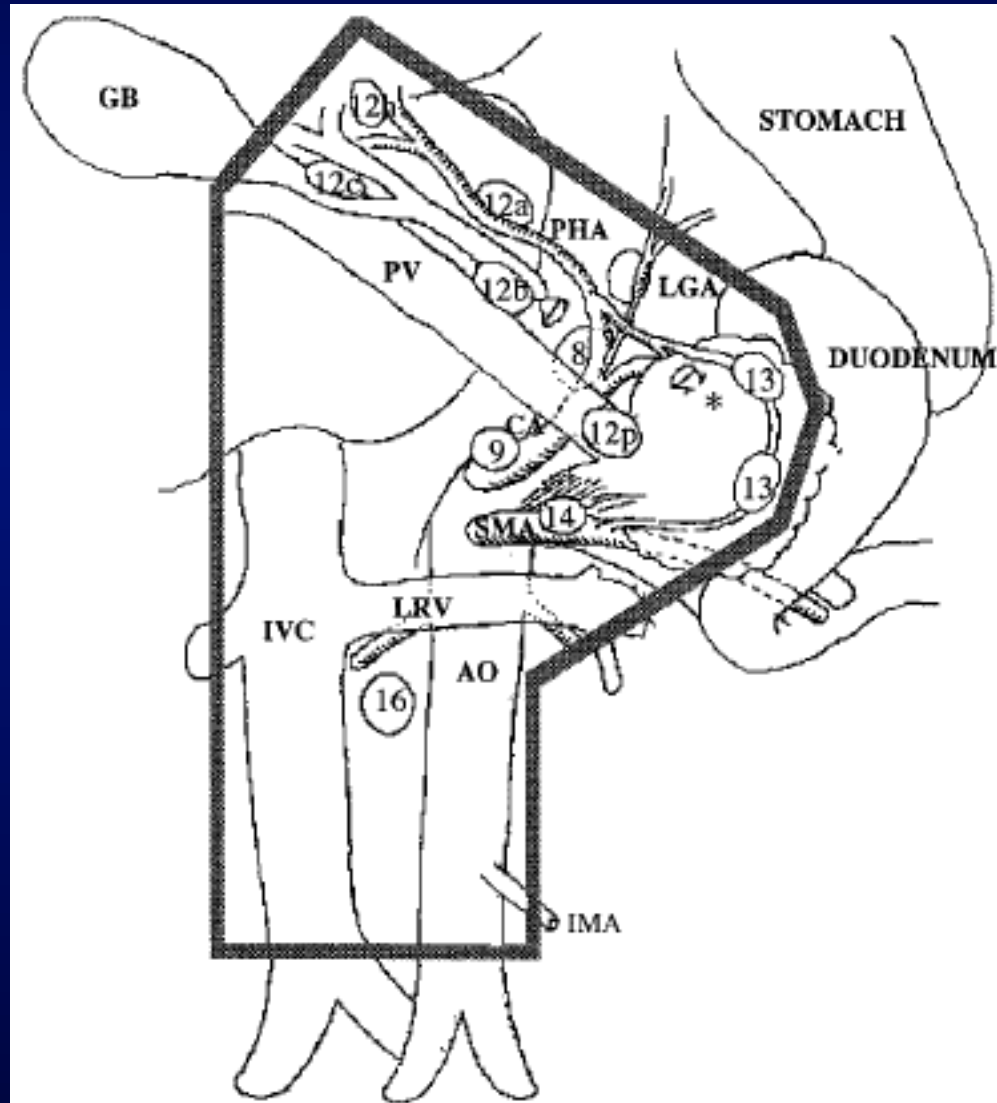
N3 positivo : doença metastática

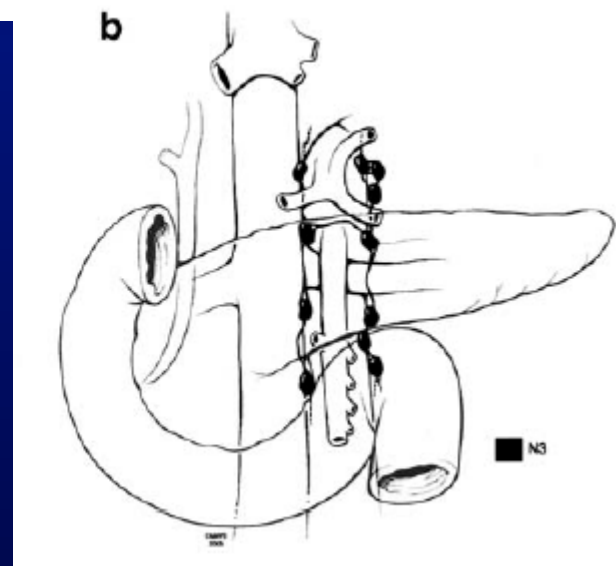
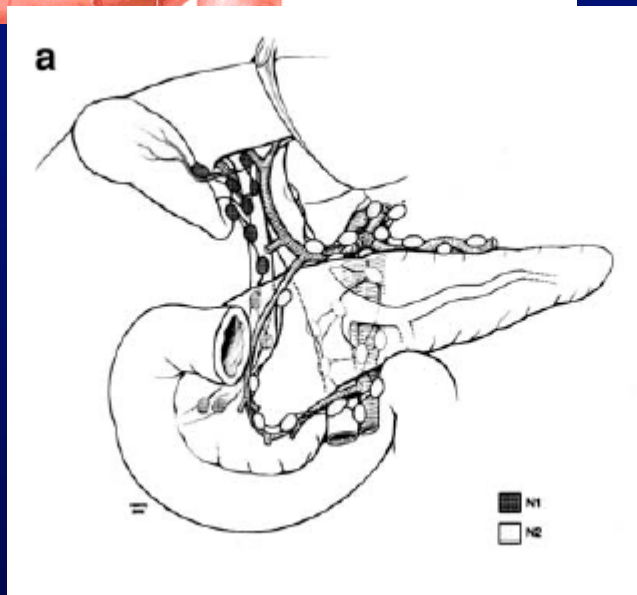
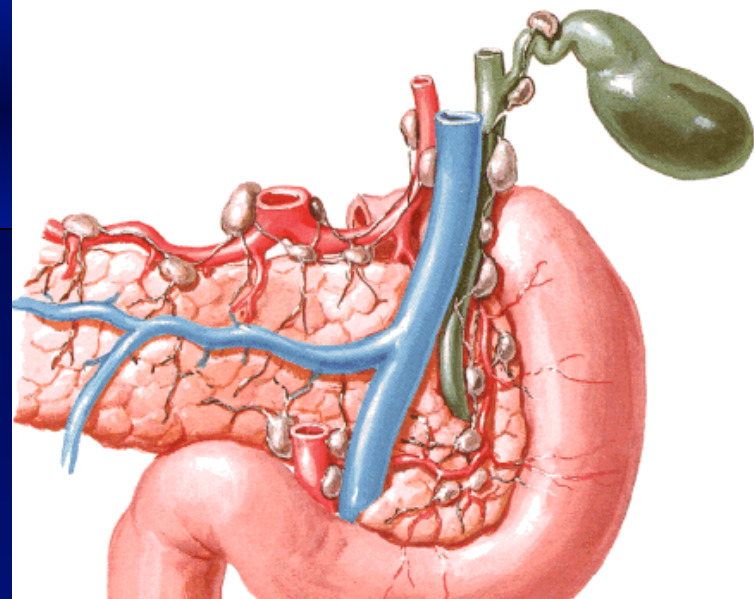
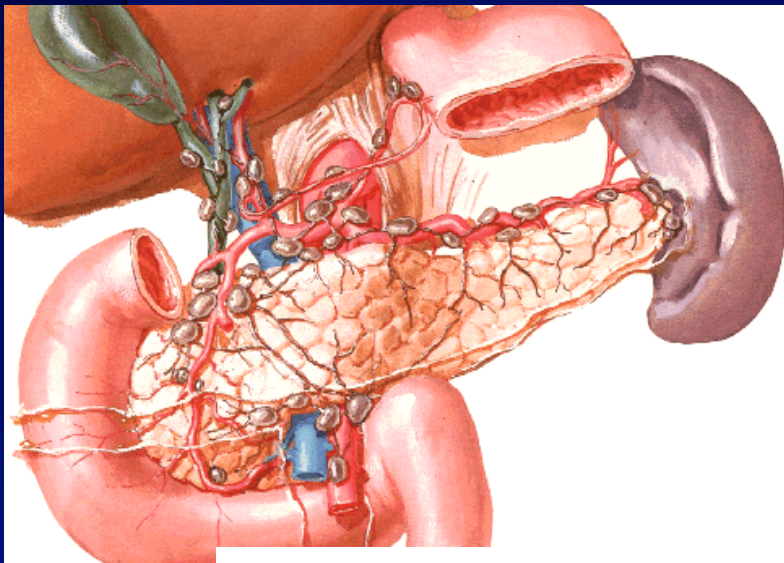
Linfadenectomia padrão para tumores T2

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

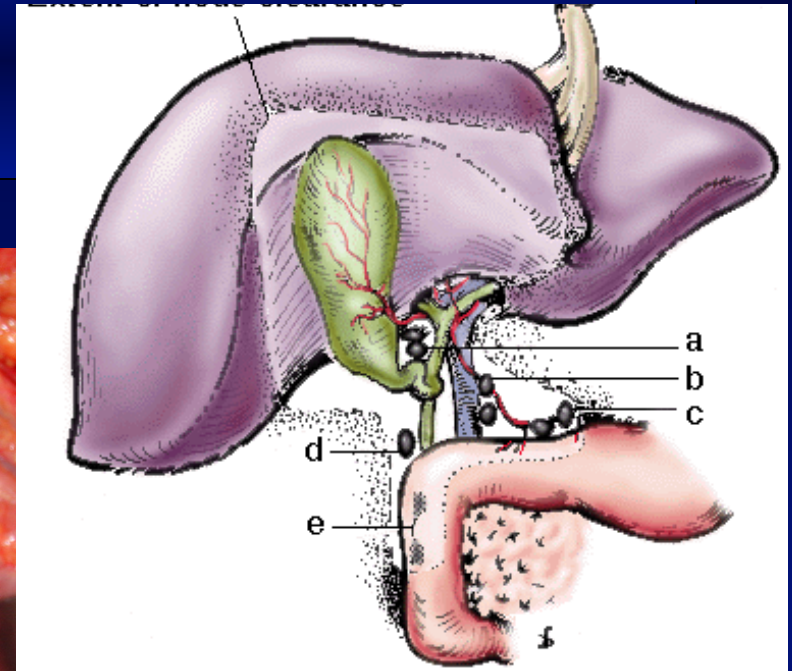
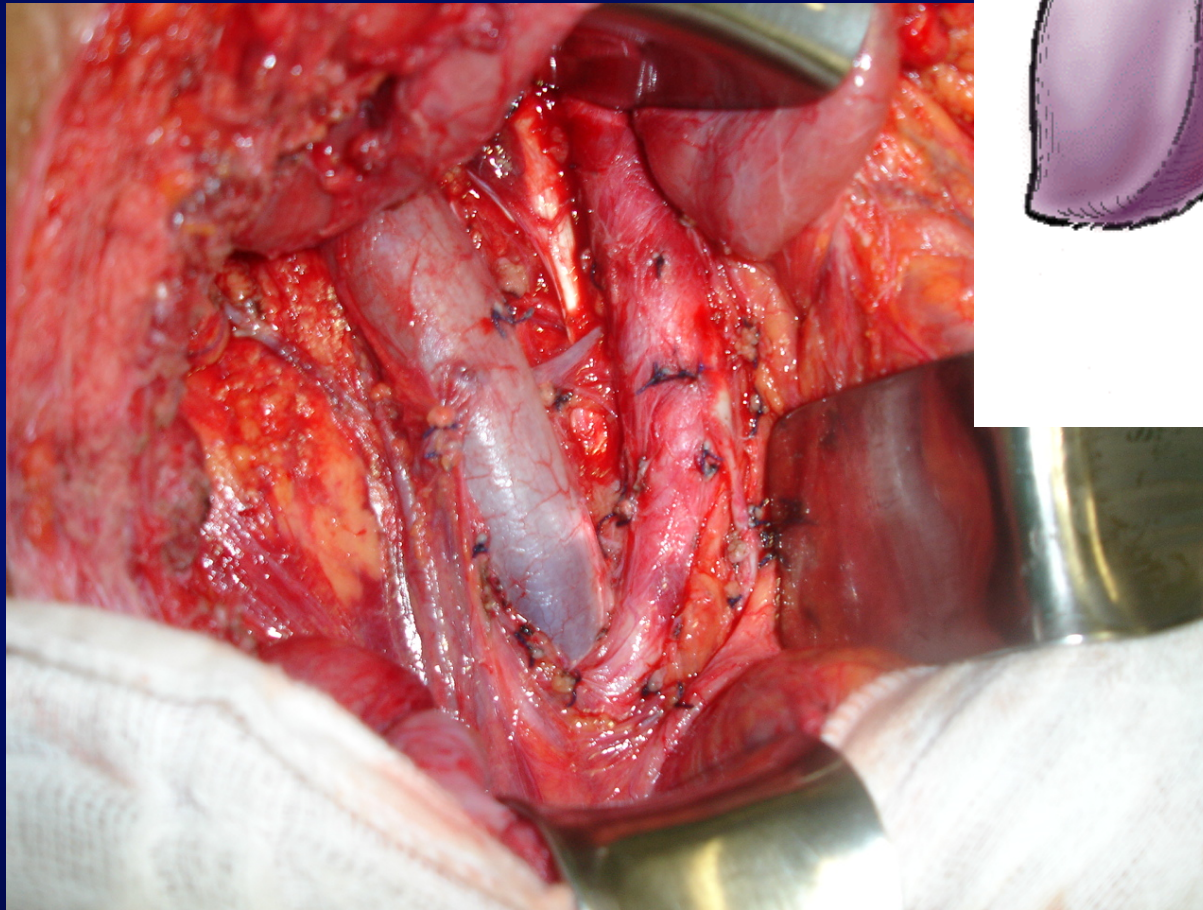
Linfadenectomia estendida

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





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

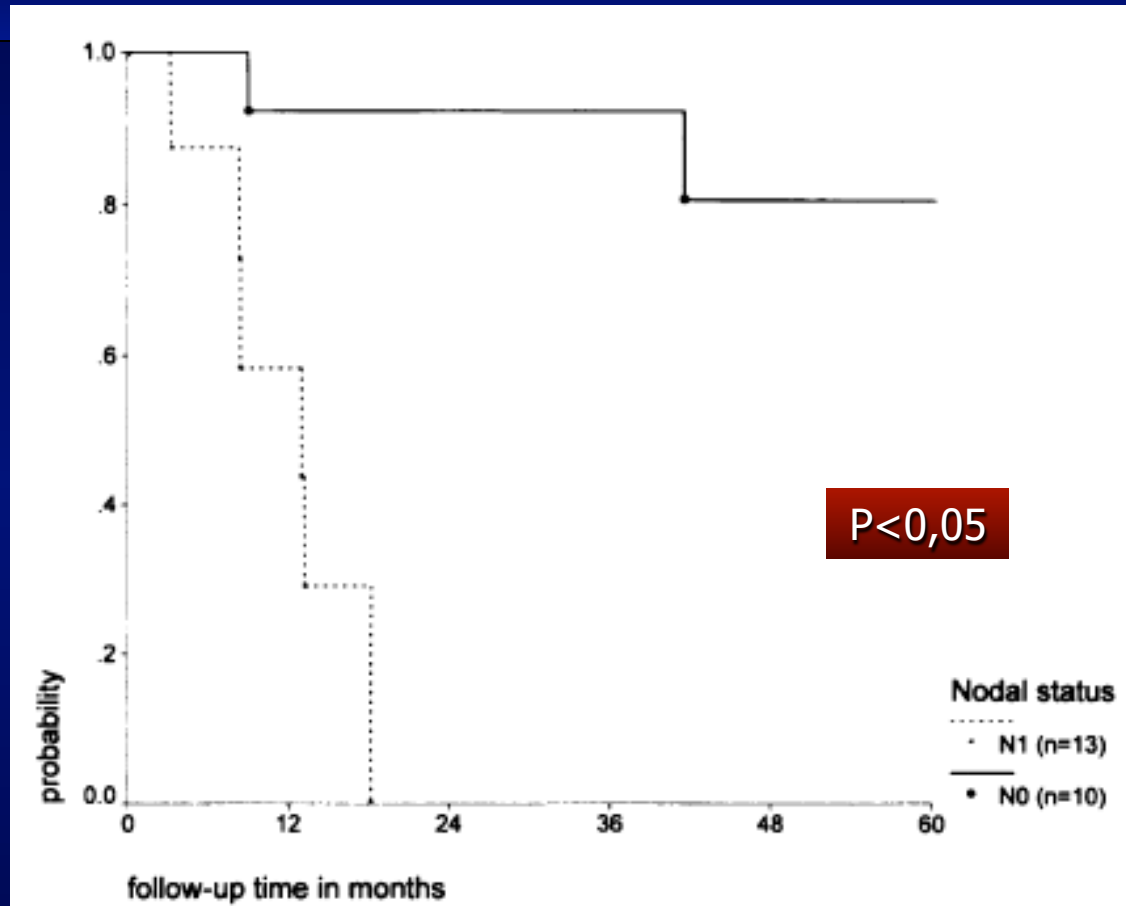


Relação entre metástase nodal e grau de invasão

		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

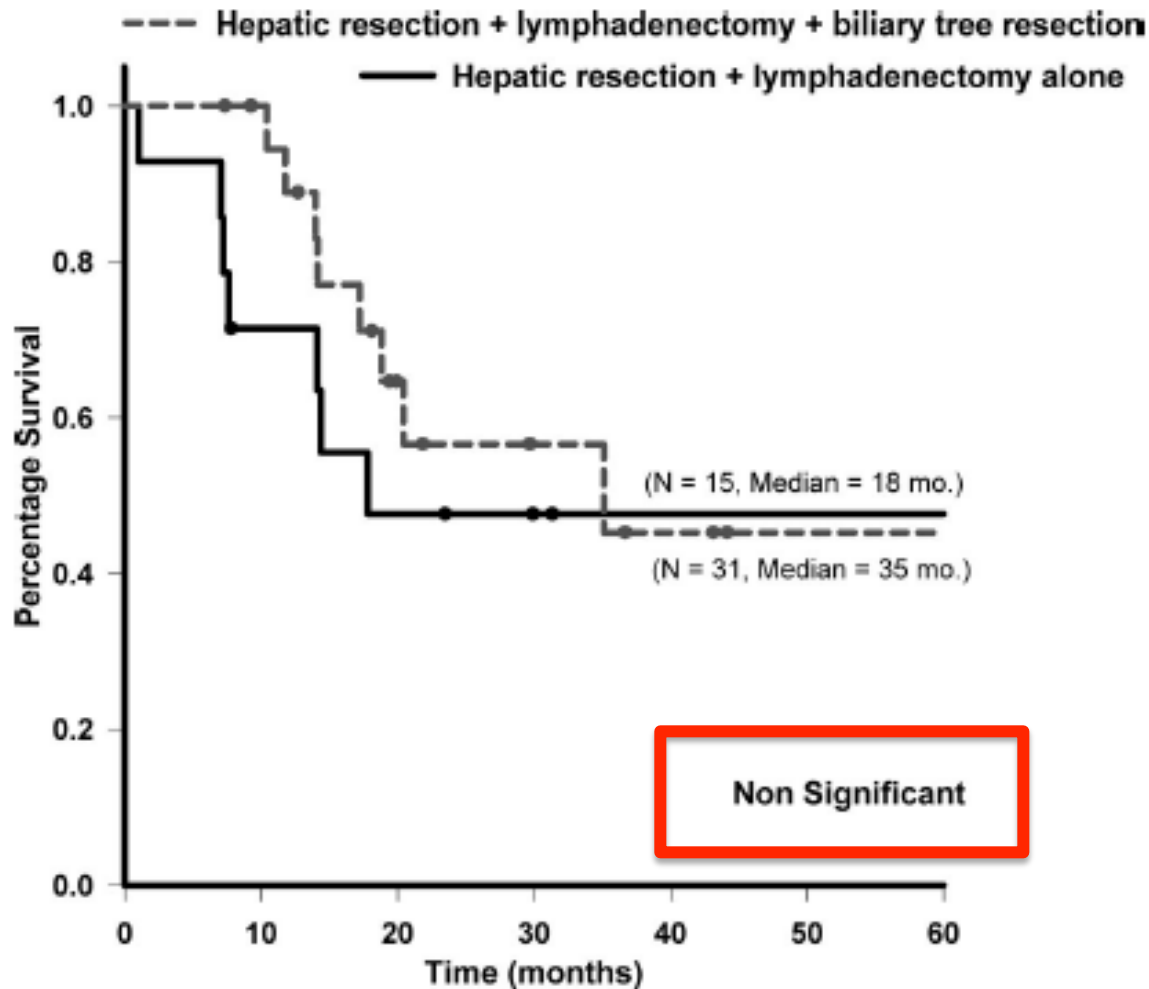
Sobrevida de acordo com o *status* nodal



Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Bartlett DL, et al. Ann Surg 224:639-646, 1996

Ressecção da via biliar



Johns Hopkins

Ressecção da via biliar

- ❑ Invasão do ligamento hepatoduodenal - 30 de 50 pacientes
- ❑ Invasão extramural direta – 9 (Tipo I)
- ❑ Invasão intramural contínua – 4 (Tipo II)
- ❑ Invasão distante do tumor primário - 5 (Tipo III)
- ❑ Metástase linfonodal – 4 (Tipo IV)
- ❑ Mais de um tipo – 8 (I + III, 1; I + III + IV, 3; III + IV, 4)
- ❑ Invasão do ligamento hepatoduodenal sem icterícia – 24 (de 44)
- ❑ Estadio Ib – 2 (de 13 pacientes)

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

Metástase linfonodal em 63,4%

- ☐ 0 em doença pT1 - 0%
- ☐ 61,9% em doença pT2
- ☐ 81,3% em doença pT3/pT4

De acordo com o local

- ☐ Linfonodos pericoledocianos - 41,5%
- ☐ Artéria hepática comum e veia porta – 22%
- ☐ Pancreatoduodenal posterior - 36.6%
- ☐ Celíaco - 28% (5/18)
- ☐ Artéria mesentérica superior - 19% (3/ 16)
- ☐ Intercavoaortico - 26% (7/27)

Ressecção da via biliar

Invasão do ligamento hepatoduodenal – envolvimento nodal paraaortico

Sobrevida global em 5 anos 33,1 %

- ❑ 100% - pT1
- ❑ 49,8% - pT2
- ❑ 0% - pT3/pT4

Sobrevida em 5 anos em pT2 de acordo com o envolvimento nodal

- ❑ pN0+pN1 + pancreatoduodenal posterior + AHC em pacientes N2 – 72,7%
- ❑ Celíaco + AMS no paciente N2 ou paraaortico - 0% ($p < 0,05$)

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.

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.

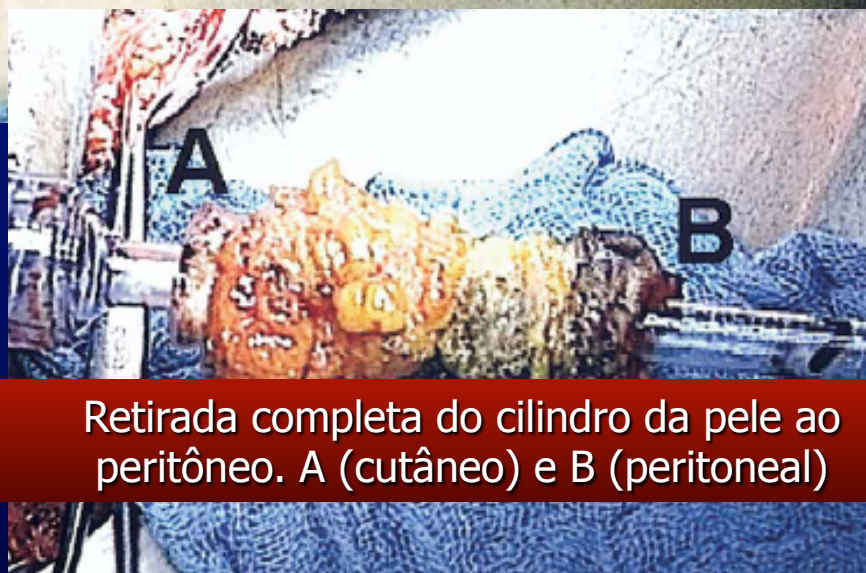
Excisão de portais



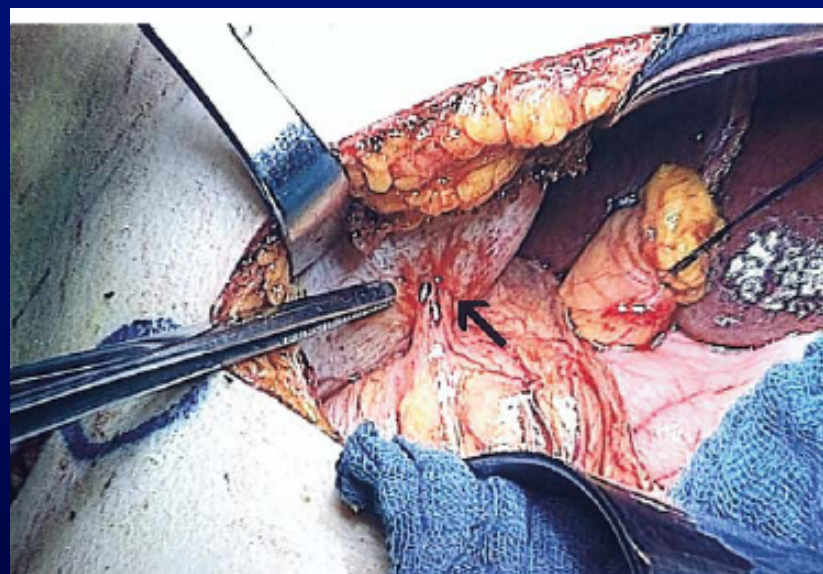
Identificar a área a ser ressecada
Trajeto em forma de Z



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



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



Ressecção dos portais

Período: 1992 a 2009 - 113 pacientes

Invasão Portal - T2 ou T3

Metástase peritoneal

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 R0 ajustado T e N

Ressecção 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.

Maker AV, et al. Ann Surg Oncol. 2012;19:409-17

Fuks D, et al. J Visc Surg. 2013;150:277-84

GOIÁS ESPERA
POR VOCÊ.



VII Congresso Brasileiro
DE CIRURGIA DO
FÍGADO, PÂNCREAS
E VIAS BILIARES

Goiânia 27 a 29 de maio 2015

www.cbihpba2015.com



Realização



Apoio



Informações



(62) 3214-1010
contato@eloeventos.com

www.cb.ihpba.com.br



SAVE
THE
DATE!

IHPBA 2016 • SÃO PAULO

**12TH WORLD CONGRESS
OF THE INTERNATIONAL
Hepato-Pancreato-Biliary Association**

April 20-23 2016 - Brazil

The clock is ticking!
Time to start planning your participation at the congress

**ABSTRACT SUBMISSION OPENS
DECEMBER 1st, 2014**

www.IHPBA2016.com

ihpba@fernandapresteseventos.com.br

*Brazil is a country
with so much to
discover!*

