Avanços no tratamento cirúrgico das metástases hepáticas colorretais

FELIPE JOSÉ FERNÁNDEZ COIMBRA¹, THIAGO COSTA PIRES², WILSON LUIZ DA COSTA JUNIOR³, ALESSANDRO LANDSKRON DINIZ⁴, HÉBER SALVADOR DE CASTRO RIBEIRO³

¹ Cirurgia Oncológica, SSO, SBCO, SBC, IHPBA, AHPBA, CBC, TECA; Diretor do Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital AC Camargo, São Paulo, SP

² Cirurgia Oncológica, Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital AC Camargo, São Paulo, SP

³ Cirurgia Oncológica, TCBC, TECA, Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital AC Camargo, São Paulo, SP

⁴ Cirurgia Oncológica, TCBC, IHPBA, TECA, Departamento de Cirurgia Abdominal do Hospital AC Camargo, São Paulo, SP

RESUMO

O câncer colorretal é o terceiro tumor mais frequente no ocidente. Cerca de 50% dos pacientes desenvolvem metástases hepáticas na evolução da doença, as quais são responsáveis por, no mínimo, dois terços das mortes¹⁻⁶. O avanço nas técnicas cirúrgicas e a melhora dos esquemas quimioterápicos têm permitido oferecer tratamento com intuito curativo a um número cada vez maior de pacientes. Neste artigo, fazemos uma revisão dos avanços recentes do tratamento das metástases hepáticas, incluindo estratégias para aumentar as ressecções (por exemplo: embolização da veia porta, ablação por radiofrequência, hepatectomia em dois tempos, quimioterapia de conversão e estratégia inversa de tratamento) e hepatectomias na presença de doença extra-hepática. Por fim, mostramos brevemente o resultado do tratamento cirúrgico de metástases hepáticas no Hospital A.C. Camargo.

Unitermos: Neoplasias hepáticas; neoplasias colorretais; neoplasias do sistema digestório; neoplasias gastrointestinais; cirurgia colorretal; hepatectomia.

SUMMARY

Advances in surgical treatment of colorectal liver metastases

Colorectal cancer is the 3rd most common malignant neoplasm in the West. About 50% of patients develop liver metastases throughout the course of the disease. Those are responsible for at least two-thirds of deaths. Advances in surgical techniques and improvement in chemotherapy regimens have allowed offering treatment with curative intent to an increasing number of patients. This article reviews recent advances in the treatment of liver metastases, including strategies to increase resection (e.g., portal vein embolization, radiofrequency ablation, two-stage hepatectomy, conversion therapy and reverse treatment strategy) and hepatectomy in the presence of extrahepatic disease. Finally, the results of surgical treatment of liver metastases at the *Hospital A.C. Camargo* are briefly shown.

Keywords: Abdominal neoplasms; colorectal neoplasms; digestive system neoplasms; liver neoplasms; hepatectomy; colorectal surgery.

Trabalho realizado no
Departamento de Cirurgia
Abdominal - Hospital AC Camargo
- Cirurgia Oncológica do Aparelho
Digestivo, São Paulo, SP

Artigo recebido: 14/09/2010
Aceito para publicação: 25/01/2011

Correspondência para:
Felipe José Fernández Coimbra
Rua José Getúlio, 579, conj 42 –
Aclimação
São Paulo – SP
CEP: 01509-001
coimbra.felipe@uol.com.br

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é o terceiro tumor mais frequente no Ocidente. Cerca de 50% dos pacientes desenvolvem metástases hepáticas na evolução da doença, as quais são responsáveis por, no mínimo, dois terços das mortes¹⁻⁶. Até o momento, o único tratamento potencialmente curativo para esses pacientes é a cirurgia. No entanto, apenas 10% a 20% são candidatos à ressecção. Caso sejam submetidos à ressecção completa, a sobrevida em 5 anos pode variar de 37% a 58%, nas séries mais recentes⁶⁻⁸.

Apesar de apenas parte desses pacientes ser candidata a tratamento cirúrgico, o número absoluto de doentes ressecáveis é considerável. Se fizermos uma estimativa livre para a população brasileira, com base nas taxas de incidência fornecidas pelo INCA para o câncer colorretal 2009/2010, que é de 27.000 casos novos/ano, podemos supor que cerca de 13.500 (50%) pacientes têm ou terão metástases hepáticas colorretais (MHCR), dentre os quais 2.700 a 4.050 pacientes/ano (20% a 30%) serão candidatos potenciais para ressecções hepáticas.

O aumento das indicações cirúrgicas, com a inclusão de metástases bilaterais, sem limite para o número e tamanho dos nódulos, associado à melhora dos resultados do tratamento sistêmico com o uso de novos esquemas com altas taxas de resposta (passando de menos de 20% para cerca 50%), podem tornar pacientes inicialmente irressecáveis em ressecáveis, e transformar tratamentos inicialmente paliativos em curativos⁹⁻¹¹.

Neste artigo, fazemos uma revisão dos avanços recentes do tratamento das metástases hepáticas, incluindo estratégias para aumentar ressecção e hepatectomias na presença de doença extra-hepática. Por fim, mostramos brevemente o resultado do tratamento cirúrgico de metástases hepáticas no Hospital A.C. Camargo.

CRITÉRIOS DE RESSECABILIDADE

A capacidade de remover todas as metástases hepáticas com margens livres e de preservar um fígado remanescente futuro (FRF) de pelo menos 20% do volume hepático total (VHT) em pacientes com fígado saudável, na ausência de doença extra-hepática irressecável, define a maioria dos casos quanto à ressecabilidade hepática. Além disso, é necessário garantir fluxo arterial e portal (*inflow*) adequados, bem como drenagem biliar e retorno venoso (*outflow*). Alguns pacientes podem necessitar de um volume de FRF maior que 20%.

Pacientes que receberam muitos ciclos de quimioterapia (quimioterapia intensa) necessitam de FRF de pelo menos 30%, enquanto nos pacientes com hepatopatia crônica ponderamos 40%. Ainda há muita controvérsia quanto ao que se considera quimioterapia intensa. No Hospital A. C. Camargo considera-se mais que 6 ciclos de esquema habitual realizado nos dias de hoje, como FOLFOX (5-fluoracil e oxaliplatina), FOLFIRI (5-fluoracil e irinotecan) ou FOLFOXIRI (5-fluoracil, oxaliplatina e irinotecan).

Nos pacientes candidatos a ressecções extensas é necessário calcular com maior exatidão o volume do FRF. Para isso é fundamental a realização da volumetria hepática. Realiza-se a mensuração direta do FRF por tomografia computadorizada (TC). Dentre as fórmulas existentes, utilizamos a descrita por Vauthey *et al.* para calcular o volume hepático total padronizado.¹²⁻¹³

Quanto à margem, ao contrário do que se acreditava anteriormente, não há obrigatoriedade de ser de pelo menos 1 centímetro. Busquets *et al.*¹⁴, em estudo multicêntrico com 557 pacientes, compararam as margens de ressecção de 1 mm a 1 cm e observaram que não há diferença significativa de sobrevida global e livre de doença. Portanto, o principal objetivo é obtenção de margens livres¹⁴.

AValiação PRÉ-OPERATÓRIA E EXAMES DE ESTADIAMENTO

Devem ser consideradas inicialmente as sequelas de tratamentos anteriores (por exemplo, hepatectomias e quimioterapia prévias) e as comorbidades dos pacientes (obesidade, *diabetes mellitus*, etilismo, cirrose hepática). A morbidade associada à esteatose hepática, muitas vezes consequência do tratamento sistêmico, é controversa, pois apesar de haver lesão histológica hepática, sua influência na mortalidade permanece indefinida¹⁵.

O principal exame a ser realizado para estadiamento é a TC com protocolo para fígado, no qual são realizadas aquisições de imagens com cortes finos (de preferência em aparelho com multidetectores) em quatro fases: pré-contraste, arterial, portal e de equilíbrio ou tardia. É considerada padrão ouro pela maioria dos centros especializados, pois possibilita com acurácia avaliar a ressecabilidade, o número de nódulos e suas relações com as estruturas hepáticas e órgãos adjacentes, além da realização da volumetria hepática.

Outros exames também podem ser utilizados com eficácia, em especial a ressonância magnética (RM), que possibilita a aquisição de imagens de qualidade equivalente à tomografia. Alguns acreditam que nesses tempos de quimioterapia pré-operatória e obesidade, a RM pode ser de grande importância pela maior capacidade de diferenciar áreas de esteatose de nódulos secundários, fato que ainda está para ser comprovado.

A colonoscopia deve ser sempre utilizada para afastar a possibilidade de recidiva do tumor primário. Imagens do tórax através de radiografias ou TC também são obrigatórias para avaliar a presença de metástases pulmonares.

O PET-CT surge como novidade no estadiamento desses pacientes, porém ainda não há consenso no seu uso. Fernandez FG *et al.* avaliaram 100 pacientes com metástases hepáticas de origem colorretal que utilizaram o PET-CT no pré-operatório, e concluíram que há vantagens de sobrevida quando se realiza FDG-PET devido a uma melhor seleção dos pacientes para cirurgia, observando-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825199>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825199>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)