Hepatectomia regrada e colectomia esquerda simultâneas realizadas por acesso laparoscópico

Simultaneous left colectomy and standard hepatectomy reformed by laparoscopy

Renato Micelli Lupinacci[1]; Marcel Autran Machado, TCBC-SP[2]; Renato Arioni Lupinacci, ACBC-SP[3]; Paulo Herman, TCBC-SP[2]

R E S U M O

As abordagens laparoscópicas têm sido cada vez mais utilizadas em pacientes com câncer colorretal ou hepático. Colectomia e hepatectomia simultâneas são consideradas técnicas seguras e apresentam resultados oncológicos semelhantes independente da localização do tumor primário quando associada à ressecções hepáticas com menos de quatro metástases, uma vez que não existe aumento da morbimortalidade nem prejuízo na sobrevida. O desenvolvimento de técnicas e materiais laparoscópicos tornou a ressecção combinada do cólon e do fígado uma opção bastante atraente. O objetivo do presente estudo é demonstrar a ressecção de um tumor sincrônico de sigmoide e metástase hepática única tratada por colectomia e setorectomia lateral esquerda puramente laparoscópica

Descritores: Neoplasias colorretais. Procedimentos cirúrgicos minimamente invasivos. Colectomia. Hepatectomia. Laparoscopia.

INTRODUÇÃO

O câncer de cólon e reto (CCR) é a terceira causa mais comum de câncer no mundo, em ambos os sexos, e a segunda causa em países desenvolvidos O número de casos novos de CCR estimados para o Brasil no ano de 2008 é de 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste, sem considerar os tumores de pele que não sejam melanomas, o câncer de cólon e reto em homens é o terceiro mais freqüente (19/100.000) e nas mulheres é o segundo mais freqüente (21/100.000)[1].

O fígado é o local mais frequente para metástases hematogênicas de CCR. Um quarto dos pacientes com carcinoma colorretal apresenta metástases hepáticas sincrônicas[2].

Em pacientes com metástases hepáticas (MH) isoladas a extensão da doença hepática é o principal determinante de sobrevida. Nestes pacientes a sobrevida é mensurada em meses quando não tratados[3,4]. A sobrevida média varia entre cinco e 10 meses, a sobrevida em dois anos é evento pouco frequente e sobrevidas maiores que cinco anos são extremamente raras[2,3].

As baixas taxas de sobrevida nos pacientes com tumores não ressecados constituíram o racional de operações cada vez mais agressivas. As ressecções hepáticas representam a única chance estabelecida de cura e/ou sobrevida livre de doença prolongada, com índices de sobrevida em cinco anos de 25 a 57%, e é aceita hoje como o tratamento padrão para os pacientes com MH ressecáveis de CCR.

Embora a maioria dos pacientes apresente doença inicialmente irressecável devido ao tamanho, número, localização das lesões e/ou reserva hepática insuficiente, a ressecção simultânea de ambas as lesões pode ser considerada efetiva em termos de qualidade de vida e custos e não traz aumento nos níveis de morbimortalidade[5,6]. Os potenciais benefícios de uma abordagem minimamente invasiva são a possibilidade de realizar uma operação radical com menor tempo de hospitalização, melhores resultados funcionais em curto prazo e um início precoce do tratamento quimioterápico adjuvante[7].

A cirurgia laparoscópica do câncer colorretal é cada vez mais realizada e os seus resultados oncológicos superponíveis à via convencional foram bem demonstrados em estudos randomizados[8,9].

A primeira ressecção hepática por laparoscopia foi relatada em 1992, e, após este relato pioneiro, muitos estudos tem demonstrado que as hepatectomias laparoscópicas, incluindo ressecções maiores, três ou mais segmentos, podem ser realizadas de maneira segura[7,10-12].

Trabalho realizado no Instituto Paulista de Cirurgia Oncológica – SP-BR.
1. Médico Colaborador do Serviço de Cirurgia do Fígado e Hipertensão Portal do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP - SP-BR; 2. Professor Livre-Docente do Serviço de Cirurgia do Fígado e Hipertensão Portal do Departamento de Gastroenterologia da Faculdade de Medicina da USP-SP-BR; 3. Diretor das Clínicas Cirúrgicas do Hospital do Servidor Público Estadual – Francisco Morato de Oliveira - SP-BR.
- Este trabalho possui um vídeo que pode ser acessado no seguinte endereço: www.scielo.br/rcbc

Um recente estudo multicêntrico sobre ressecções hepáticas minimamente invasivas para MH conclui pela sua segurança, factibilidade, e resultados oncologicamente comparáveis às ressecções laparotômicas tanto para pequenas como para grandes hepatectomias[13]. Entretanto, apesar do uso crescente do acesso laparoscópico nas ressecções colorretais e hepáticas, a ressecção puramente laparoscópica combinada do tumor primário colorretal e das MH sincrônicas é raramente realizada, devido principalmente à complexidade das ressecções hepáticas laparoscópicas. Desta forma o real resultado deste procedimento ainda não pode ser totalmente avaliado.

Apenas alguns artigos, na sua maioria relatos de caso e séries pequenas, foram publicados sobre ressecções laparoscópicas combinadas de cólon e fígado para o tratamento do CCR. As técnicas são variáveis e, muitas vezes, as ressecções, em especial as hepáticas, são realizadas através de técnicas híbridas com auxílio da mão ("hand-assisted") ou assistido, onde se faz a dissecção por laparoscopia e completa-se a ressecção hepática através de pequenas incisões ("laparoscopic assisted")[14-17].

O objetivo deste artigo é demonstrar uma ressecção combinada de tumor de sigmóide proximal e segmentectomia lateral esquerda regrada puramente laparoscópicas, com técnica oncologicamente satisfatória e ótimo resultado funcional em paciente jovem, do sexo feminino.

TÉCNICA

Mobilização do cólon: a mobilização do cólon é realizada através de técnica padronizada, com acesso medial para lateral, ligadura primária da veia mesentérica inferior junto à borda inferior do pâncreas, seguida da ligadura da artéria mesentérica inferior junto à sua origem e preservação do plexo hipogástrico superior. A flexura esplênica é completamente mobilizada previamente à secção do mesocólon transverso junto à face anterior do pâncreas; o cólon é, dessa maneira, completamente mobilizado. Segue-se então, à identificação do plano do mesorreto e dos nervos hipogástricos inferiores. O cólon neste momento é colocado gentilmente junto à fossa ilíaca esquerda para a realização da hepatectomia.

Ressecção hepática: após a completa mobilização do cólon, o paciente é colocado em posição de Trendelenburg reverso. Um porto adicional de 5mm é colocado na região do epigástrico para auxiliar na mobilização do segmento lateral esquerdo do fígado. O ligamento falciforme é seccionado até sua inserção no diafragma. Neste caso optamos pelo acesso anterior para abordagem do pedículo dos segmentos II e III com transsecção do parênquima hepático até a identificação do pedículo glissoniano e secção deste através de grampeador endovascular com carga branca. Continuamos a secção do parênquima com bisturi harmônico até a identificação da veia hepática esquerda que foi seccionada na sua porção intraparenquimatosa também com grampeador endovascular.

Laparotomia, extração do segmento hepático, ressecção do cólon e anastomose colorretal manual: optamos pela incisão transversa na fossa ilíaca esquerda que permite a secção do cólon, a dissecção satisfatória do reto alto e a confecção confortável de anastomose colorretal manual. Após a realização destes procedimentos, a pequena incisão é, então, fechada por planos e a hemostasia da superfície hepática verificada antes da retirada dos trocartes.

Esta técnica foi utilizada com sucesso em paciente do sexo feminino de 51 anos de idade, apresentando uma lesão não estenosante de sigmoide proximal, localizada a aproximadamente 30cm da borda anal e metástase hepática única sincrônica localizada em segmentos II e III. O procedimento durou 5 horas e 10 minutos, o sangramento estimado foi de 70ml e não houve necessidade de clampeamento do pedículo hepático (manobra de Pringle). As peças cirúrgicas foram exteriorizadas através de incisão transversa suprapúbica esquerda. A anastomose colorretal alta foi realizada manualmente. O pós-operatório ocorreu sem intercorrências e a paciente recebeu alta no 5º PO. O exame anatomopatológico revelou tratar-se de um tumor pT2N0M1 (0/12), a paciente foi então encaminhada ao Serviço de Oncologia onde recebeu tratamento adjuvante por seis meses. Nove meses após a ressecção a paciente encontra-se em ótimo estado geral e sem sinais de recidiva tumoral.

DISCUSSÃO

Nordlinger *et al.*[18] recomendam as ressecções sincrônicas apenas nos casos de ressecções hepáticas menores e abordáveis de maneira segura pela mesma incisão abdominal. Resultados semelhantes foram encontrados por Bolton e Fuhrman[19], com mortalidade para ressecções simultâneas na presença de quatro ou mais MH unilobares ou MH bilobares de 23,5% comparado com 0% para as ressecções em dois tempos. Entretanto outros autores confirmaram a validade desta técnica independentemente da localização do tumor primário quando da realização de hepatectomias menores[20,21]. Acreditamos que as ressecções simultâneas por laparoscopia devem fazer parte do armamentário terapêutico do cirurgião oncológico do aparelho digestivo com experiência em cirurgia laparoscópica do cólon e do fígado. A ressecção parcial simultânea do colon e fígado é procedimento para casos selecionados de adenocarcinoma colorretal e MH sincrônica, sendo factível e segura[20-22].

Nesta técnica, como a ressecção hepática é realizada sem a manobra de Pringle, a anastomose intestinal não é afetada de maneira adversa pela congestão do fluxo esplâncnico e pelo edema visceral. Nos casos onde a ma-

nobra de Pringle é utilizada rotineiramente, recomenda-se a realização da anastomose intestinal previamente à ressecção hepática. O cólon no presente caso foi seccionado fora da cavidade abdominal, permitindo uma excelente exposição, verificação adequada da perfusão e viabilidade colônicas e ausência de contaminação fecal. O tamanho da incisão abdominal considerou o volume do espécime hepático e a necessidade de uma exposição adequada da pélvis. A grande incisão mediana normalmente utilizada nestes casos foi substituída por uma pequena incisão transversa, garantindo os benefícios funcionais e estéticos dos acessos laparoscópicos.

ABSTRACT

Laparoscopic approaches have been increasingly used in patients with colorectal or liver cancer. Simultaneous colectomy and hepatectomy are considered safe techniques and present similar oncological results regardless of the location of the primary tumor when there are fewer than four liver metastases, since there is no increase in morbidity or decrease in survival. The development of laparoscopic techniques and materials has made the combined resection of the colon and liver a very attractive option. The aim of this study is to demonstrate the synchronous resection of the sigmoid tumor and single liver metastasis treated by purely laparoscopic colectomy and liver left lateral sectorectomy.

Key words: *Colorectal neoplasms. Surgical procedures,minimally invasive. Colectomy. Hepatectomy. Laparoscopy.*

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Brasil. Instituto Nacional do Câncer (INCa). Estimativa 2008: Incidência de câncer no Brasil [online]. Disponível em http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/index.asp?link=conteudo_view.asp&id=5.
2. Bengmark S, Hafström L. The natural history of primary and secondary malignant tumors of the liver. The prognosis for with patients with hepatic metastases from colonic and rectal carcinoma by laparotomy. Cancer 1969; 23(1):198-202.
3. Bengtsson G, Carlsson G, Hafström L, Jönsson PE. Natural history of patients with untreated liver metastases from colorectal cancer. Am J Surg 1981; 141(5):586-9.
4. Wood CB, Gillis CR, Blumgart LH. A retrospective study of the natural history of patients with liver metastases from colorectal cancer. Clin Oncol 1976; 2(3):285-8.
5. Capussotti L, Ferrero A, Viganò L, Ribero D, Lo Tesoriere R, Polastri R. Major liver resections synchronous with colorectal surgery. Ann Surg Oncol 2007;14(1):195-201.
6. Weber JC, Bachellier P, Oussoultzoglou E, Jaeck D. Simultaneous resection of colorectal primary tumour and synchronous liver metastases. Br J Surg 2003; 90(8):956-62.
7. Simillis C, Constantinides VA, Tekkis PP, Darzi A, Lovegrove R, Jiao L, et al. Laparoscopic versus open hepatic resections for benign and malignant neoplasms- a meta-analysis. Surgery 2007;141(2):203-11.
8. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AM, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005; 365(9472):1718-26.
9. Fleshman J, Sargent DJ, Green E, Anvari M, Stryker SJ, Beart RW Jr, et al. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial. Ann Surg 2007; 246(4):655-62; discussion 662-4.
10. Dagher I, Proske JM, Carloni A, Richa H, Tranchart H, Franco D. Laparoscopic liver resection: results for 70 patients. Surg Endosc 2007;21(4):619-24.
11. Koffron AJ, Auffenberg G, Kung R, Abecassis M. Evaluation of 300 minimally invasive liver resections at a single institution: less is more. Ann Surg 2007; 246(3):385-92; discussion 392-4.
12. Vigano L, Laurent A, Tayar C, Tomatis M, Ponti A, Cherqui D. The learning curve in laparoscopic liver resection: improved feasibility and reproducibility. Ann Surg 2009; 250(5):772-82.
13. Nguyen KT, Laurent A, Dagher I, Geller DA, Steel J, Thomas MT, et al. Minimally invasive liver resection for metastatic colorectal cancer: a multi-institutional, international report of safety, feasibility, and early outcomes. Ann Surg 2009; 250(5): 842-8.
14. Kim SH, Lim SB, Ha YH, Han SS, Park SJ, Choi HS, et al. Laparoscopic-assisted combined colon and liver resection for primary colorectal cancer with synchronous liver metastases: initial experience. World J Surg 2008; 32(12):2701-6.
15. Leung KL, Lee JF, Yiu RY, Ng SS, Li JC. Simultaneous laparoscopic resection of rectal cancer and liver metastasis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2006; 16(5):486-8.
16. Geiger TM, Tebb ZD, Sato E, Miederna BW, Awad ZT. Laparoscopic resection of colon cancer and synchronous liver metastasis. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 2006; 16(1):51-3.
17. Patriti A, Ceccarelli G, Bartoli A, Spaziani A, Lapalorcia LM, Casciola L. Laparoscopic and robot-assisted one-stage resection of colorectal cancer with synchronous liver metastases: a pilot study. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2009; 16(4):450-7.
18. Nordlinger B, Guiguet M, Vaillant JC, Balladur P, Boudjema K, Bachellier P, et al. Surgical resection of colorectal carcinoma metastases to the liver. A prognostic scoring system to improve case selection, based on 1568 patients. Association Française de Chirurgie. Cancer 1996; 77(7):1254-62.
19. Bolton JS, Fuhrman GM. Survival after resection of multiple bilobar hepatic metastases from colorectal carcinoma. Ann Surg 2000; 231(5):743-51.
20. Jaeck D, Bachellier P, Weber JC, Mourad M, Walf P, Boudjema K. Surgical treatment of synchronous hepatic metastases of colorectal cancers. Simultaneous or delayed resection ? Ann Chir 1996; 50(7):507-12.
21. Elias D, Detroz B, Lasser P, Plaud B, Jerbi G. Is simultaneous hepatectomy and intestinal anstomosis safe ? Am J Surg 1995; 169(2):254-60.
22. de Santibañes E, Lassalle FB, McCormack L, Pekolj J, Quintana GO, Vaccaro C, et al. Simultaneous colorectal and hepatic resections for colorectal cancer: postoperative and longterm outcomes. J Am Coll Surg 2002; 195(2):196-202.

Recebido em 08/07/2010
Aceito para publicação em 18/08/2010
Conflito de interesse: nenhum
Fonte de financiamento: nenhuma

Como citar este artigo:
Lupinacci RM, Machado MA, Lupinacci RA, Herman P. Hepatectomia regrada e colectomia esquerda simultâneas realizadas por acesso laparoscópico. Rev Col Bras Cir. [periódico na Internet] 2011; 38(2). Disponível em URL: http://www.scielo.br/rcbc

Endereço para correspondência:
Dr. Renato Micelli Lupinacci
E-mail: rmlupinacci@gmail.com