



Seminário

Metástases Hepáticas



Prof^a Dr^a Fernanda Peria
Divisão de Oncologia Clínica
HC-FMRP-USP

US Gun Statistics

Various Sources

2-2-5



- (A) The number of physicians in the U.S. is 700,000.
- (B) Accidental deaths caused by Physicians per year are 120,000.
- (C) Accidental deaths per physician is 0.171.

(Statistics courtesy of U.S. Dept. of Health Human Services)

Guns

- (A) The number of gun owners in the U.S. is 80,000,000.
Yes, that is 80 million.
- (B) The number of accidental gun deaths per year, all age groups, is 1,500.
- (C) The number of accidental deaths per gun owner is 0.000188.

Statistically, doctors are approximately 9,000 times more dangerous than gun owners.

Remember, "Guns don't kill people, doctors do."

FACT: NOT EVERYONE HAS A GUN, BUT ALMOST EVERYONE HAS AT LEAST ONE DOCTOR.

HISTORIA ESTRUTURADA PARA DISCUSSÃO DE CASOS CLÍNICOS
DISCIPLINA DE ONCOLOGIA CLÍNICA

DATA: 07/11 / 2010

NOME DO ALUNO: _____ Turma: _____

LOCAL: _____

PROFESSOR RESPONSÁVEL PELA DISCUSSÃO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: ACS

REGISTRO: 00.00016

DATA DE NASCIMENTO: 02/08/42 (X) Masculino () Feminino

COR: (X) Branco () Negro () Mulato () Pardo

ESTADO CIVIL: (X) Casado () Solteiro () Separado () Viúvo () União Estável

RELIGIÃO: CATOLICO NAO PRATICANTE

PROFISSÃO: MOTORISTA DE CAMINHÃO

NATURALIDADE: MINGUROS - GO

PROCEDENCIA: RIBEIRÃO PRETO

QUEIXA E DURAÇÃO: DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO HÁ 2 MESES

HMA: QUEIXA DE DOR EM HIPOCÔNDRIO DIREITO HÁ 2 MESES. ESTA DOR É CONTÍNUA E TEM DISCRETA MELHORA COM ANALGÉSICOS COMO DIFIRONA E PARACETAMOL. A DOR Piora com a DEAMBULACÃO E ESFORÇO FÍSICO. RELATA PERDA DE PESO DE 7 KG EM 2 MESES. NEGA FEBRE. NEGA AUMENTO DE VOLUME ABDOMINAL. NEGA OUTRAS QUEIXAS RELACIONADAS.

IDA: RELATA SER CONSTIPADO HÁ ± 1 ANO. REFERE SENSACÃO DE "DOR DE ESTÔMAGO" FREQUENTE. QUEIXA DE TOSSSE PRODUZIDA DIÁRIA HÁ ± 1 ANO.

ANTECEDENTES PESSOAIS:

- ☒ Diabetes
- ☒ Hipertensão
- ☒ Cardiopatia
- ☐ Nefropatia
- ☐ Hepatopatia

- ☐ Tuberculose
- ☒ Transfusões: HA 10 ANOS DEVIDO CIRURGIA
- ☒ Cirurgias: APENDICECTOMIA HA 10 ANOS
- ☐ Outras Neoplasias: NÃO
- ☐ Infecções: NÃO

HÁBITOS:

- ☒ Tabagismo: 30 ANOS / MACO
- ☒ Etilismo: SOCIAL - DESTILADOS
- ☐ Alimentação: NÃO REGRADA
- ☐ Atividade Física: NÃO ROTINEIRAMENTE
- ☐ Outros: _____

HISTÓRIA SOCIAL:

Moradia: CASA PRÓPRIA EM COHAB.

Possíveis Cuidadores: ESPOSA E DUAS FILHAS CASADAS

☐ Assalariado ☐ Aposantado ☒ Sem suporte financeiro ☐ Outros

MEDICAÇÕES DE USO FREQUENTE:

- 1- IBETFORMINA - 850mg VO 12/12h HA 3 ANOS
- 2- CAPTAPRIL - 25mg VO 8/8h HA 5 ANOS
- 3- DIGOXINA - 0,25mg VO 12/12h HA 5 ANOS
- 4- AAS - 100mg VO 1x dia HA 5 ANOS
- 5- EUSTRAT - 10mg VO 12/12h HA 5 ANOS

ALERGIAS: NEGA

HISTÓRIA FAMILIAR:

(X) Hipertensão: MÃE

(X) Diabetes: MÃE

(X) Neoplasias:

Local: MAMA Idade: 70 Grau de Parentesco: MÃE Evolução: OBITO - 6 ANOS ¹ ^{em}

Local: PULMÃO Idade: 62 Grau de Parentesco: TIO M Evolução: OBITO em 1 ANO

Local: COLON Idade: 66 Grau de Parentesco: TIO M Evolução: OBITO em 4 ANOS

Local: _____ Idade: _____ Grau de Parentesco: _____ Evolução: _____

Local: _____ Idade: _____ Grau de Parentesco: _____ Evolução: _____

EXAME FÍSICO:

Peso: 68 kg Altura: 1,70 Superfície Corporal: 1,77 m²

Performance Status: _____ % (Karnofsky)

Escala de Performance: Karnofsky

100%	Sem sinais ou queixas, sem evidência de doença.
90%	Mínimos sinais e sintomas, capaz de realizar suas atividades com esforço.
80%	Sinais e sintomas maiores, realiza suas atividades com esforço.
70%	Cuida de si mesmo, não é capaz de trabalhar.
60%	Necessita de assistência ocasional, capaz de trabalhar.
50%	Necessita de assistência considerável e cuidados médicos frequentes.
40%	Necessita de cuidados médicos especiais.
30%	Extremamente incapacitado, necessita de hospitalização, mas sem iminência de morte.
20%	Muito doente, necessita suporte.
10%	Moribundo, morte iminente.

Exame Físico (achados descritos importantes): REGULAR ESTADO, EMAGRECIMENTO

ANICTÉRICO, SEM EDEMAS. ABDOME: MASSA EM HIPOCÔNDRIO

DIREITO HA 10 CM RCD SEM LIMITES COM FÍGADO, ENDURECIDO

DOLOROSA. PULMÕES: RONCOS EM BASE D. AUSÊNCIA DE

ASCITE.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: MASSA ABDOMINAL A/E (HEPATOMEGALIA?)

EMAGRECIMENTO A/E.

Doutor,
tenho uma dor que passa
daqui p'ra lá e de lá p'ra cá...
O que pode ser?

Uma dor
passageira

-Micas-



CAUSAS DE HEPATOMEGALIA

- Infeciosas
- Doenças do Colágeno
- Doenças Hematológicas
- Doenças Metabólicas
- Neoplasias
- Hipertensão Portal
- Outras causas

- Artrite Reumatóide Juvenil
- Lúpus eritematoso sistêmico

•Leucemia

•Anemias hemolíticas

- Síndrome de Hipertensão portal
- Insuficiência Cardíaca Prolongada

- Doença de Gaucher
- Doença de Niemann-Pick
- Amiloidose
- Hemossiderose transfusional
- Mucopolissacaridoses
- Galactosemia congênita
- Histiocitose
- Síndrome de Fanconi

- Cistos
- Hipervitaminose A
- Hipertireoidismo
- Sarcoidose
- Osteoporose
- Doenças de hipersensibilização

EXAMES COMPLEMENTARES RELEVANTES PARA DIAGNOSTICO ESTADIAMENTO:

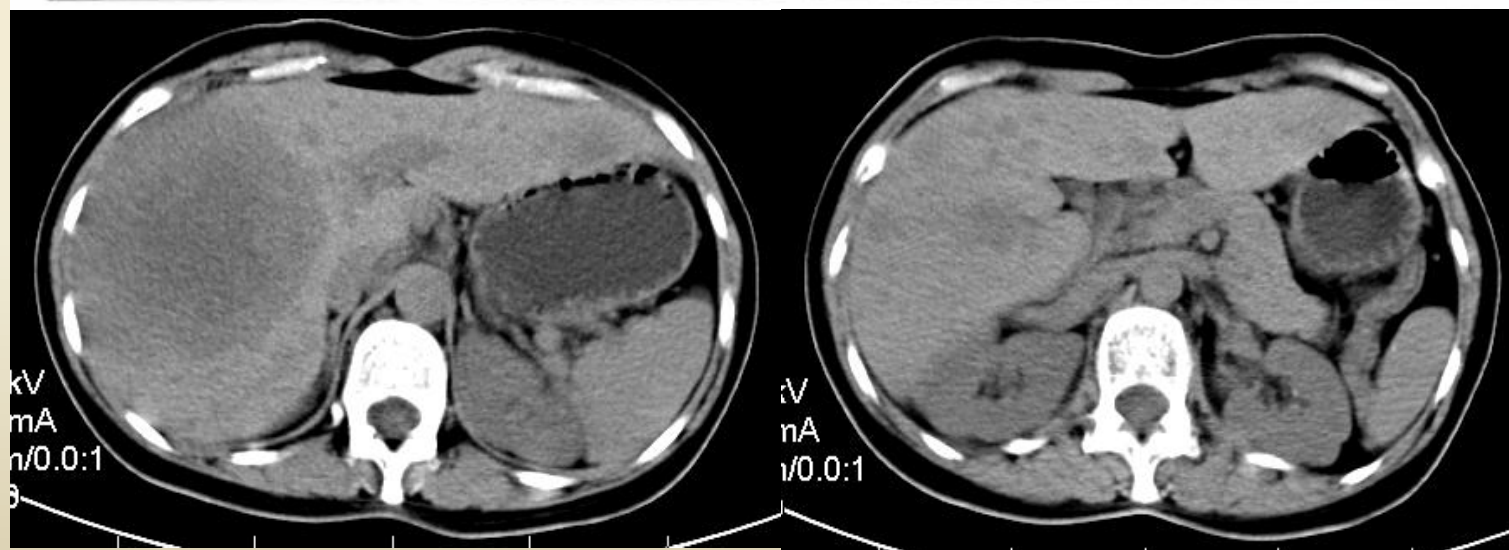
Laboratoriais:

Exame: TGO	Data: 08/11	Resultado: 32
Exame: TGP	Data: 08/11	Resultado: 20
Exame: BILIRRUB	Data: 08/11	Resultado: 0,7
Exame: CEA	Data: 08/11	Resultado: 200
Exame: GAMA GT	Data: 08/11	Resultado: 40
Exame: FOSFALC	Data: 08/11	Resultado: 100

Outros: AFP, CR, UREIA, HEMOGRAMA, SOROLOGIAS PARA HIV, HBsAg, anti HCV

Imagem:

TOMOGRAFIA DE ABDOME: EXTENSA METÁSTASE HEPÁTICA
TOMOGRAFIA DE TORAX: SEM LESÕES



ANATOMO PATOLÓGICO:

Data: 20/11/20 Laudo: ADENOCARCINOMA COM CÉLULAS EM ANEL DE SINGE

Imunohistoquímica: CK 7 ⊖
CK 20 ⊕

ESTADIAMENTO:

(X) Clínico () Patológico T 4 N X M 1 = Estadio IV

DIAGNÓSTICO FINAL (local do tumor, histologia e estadiamento):

ADENOCARCINOMA DE COLON

PROPOSTA TERAPÊUTICA ATUAL:

QUIMIOTERAPIA DE CONVERSÃO → AVALIAR RESPOSTA APÓS 4 CICLOS → SE (RP) CIRURGIA 1ª E METASTASECTOMIA

ORIENTAÇÕES A SEREM DADAS AO PACIENTE SOBRE DIAGNOSTICO E TRATAMENTO (TOXICIDADES): INFORMAR SOBRE DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO E

EFEITOS COLATERAIS: SÍNDROME MAO-PG, RISCO DE NEUTROPENIA FEBRIL, NEUROTOXICIDADE RELACIONADA AO TRIO, MUCOSITE, DIARRÉIA, NAUSEAS E VÔMITOS

QUIMIOTERAPIA:

(DE CONVERSÃO)

() neoadjuvante () adjuvante (X) paliativa () radiosensibilizante

Esquema quimioterápico proposto: XELOX No de Ciclos 4-6

Ciclo Atual: 0

Drogas	Dias administração	Intervalo
<u>CAPECITABINA</u> <u>1000mg/m² 1 dia</u>	<u>(V0) D1 a D15</u>	<u>21 DIAS</u>
<u>OXALIPLATINA</u> <u>130mg/m² 1 dia</u>	<u>(G0) D1</u>	<u>21 DIAS</u>

Planejamento Terapêutico

Estadiamento

T₄N₁M₁

Doença metastática

Doença localizada

Magnitude

Tumor ressecável

Tumor não-ressecável

Paciente operável

Paciente inoperável

Quimioterapia
Radioterapia
Cirurgia
Imunoterapia
Hormonioterapia
Cuidados paliativos

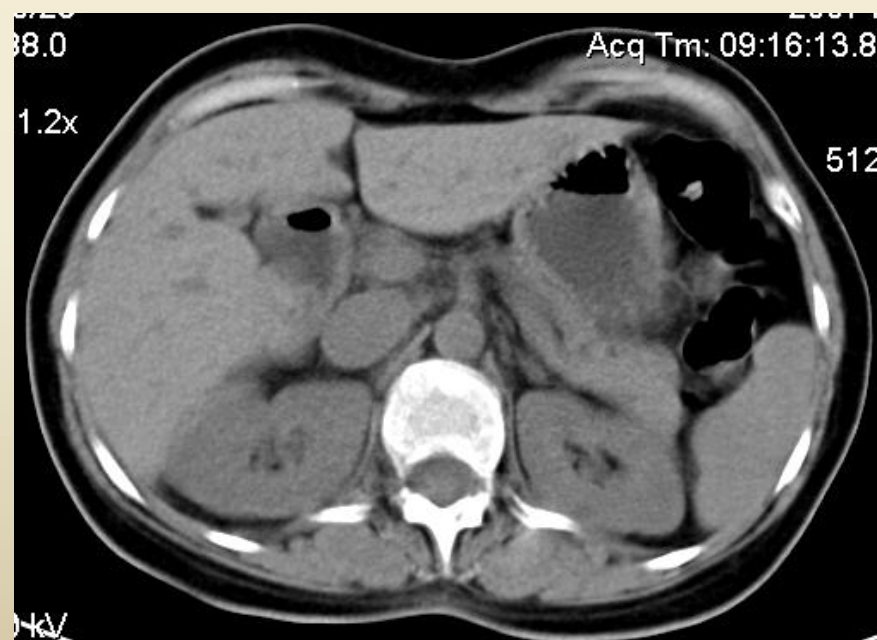
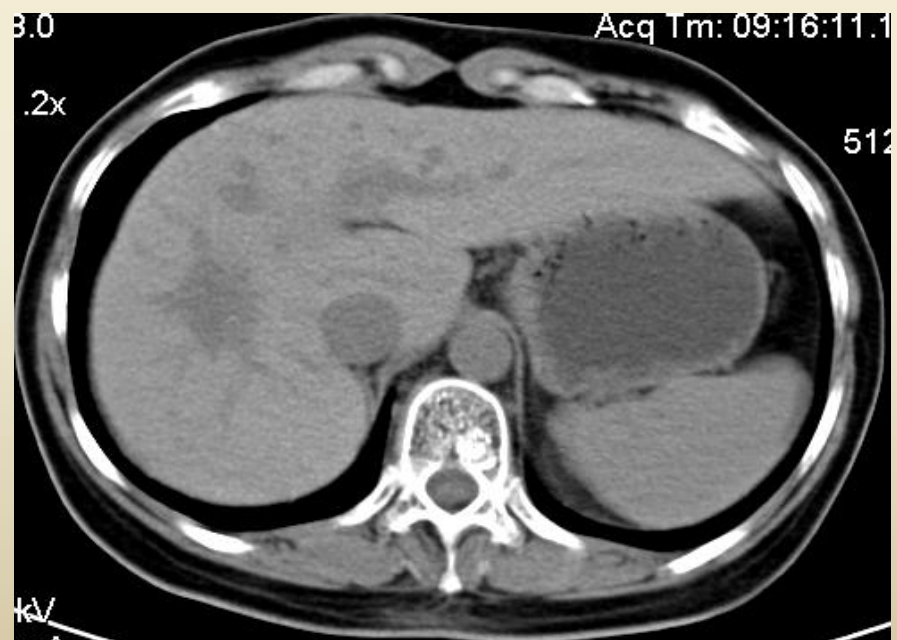
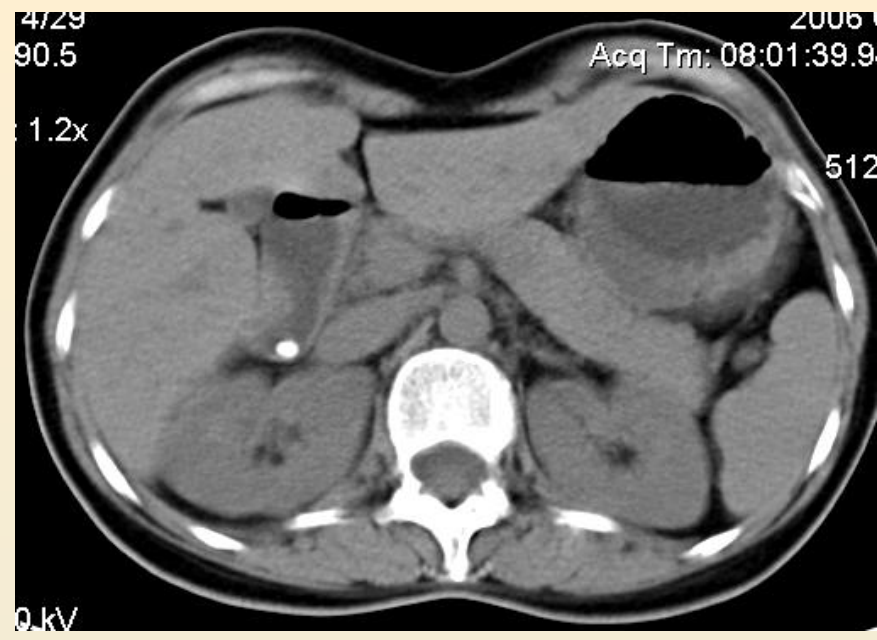
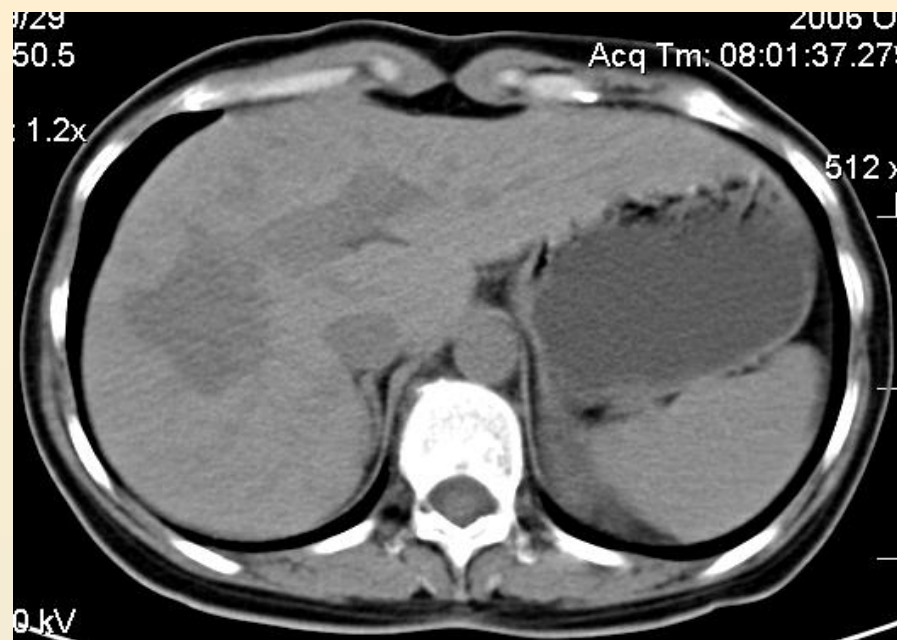
Cirurgia
± Radioterapia
± Quimioterapia
± Hormônios/Imunoterapia

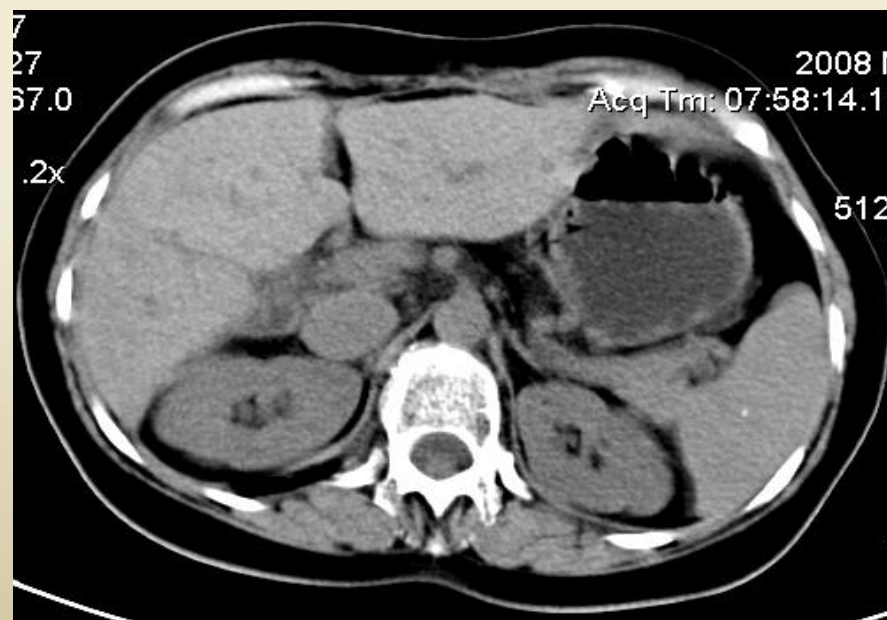
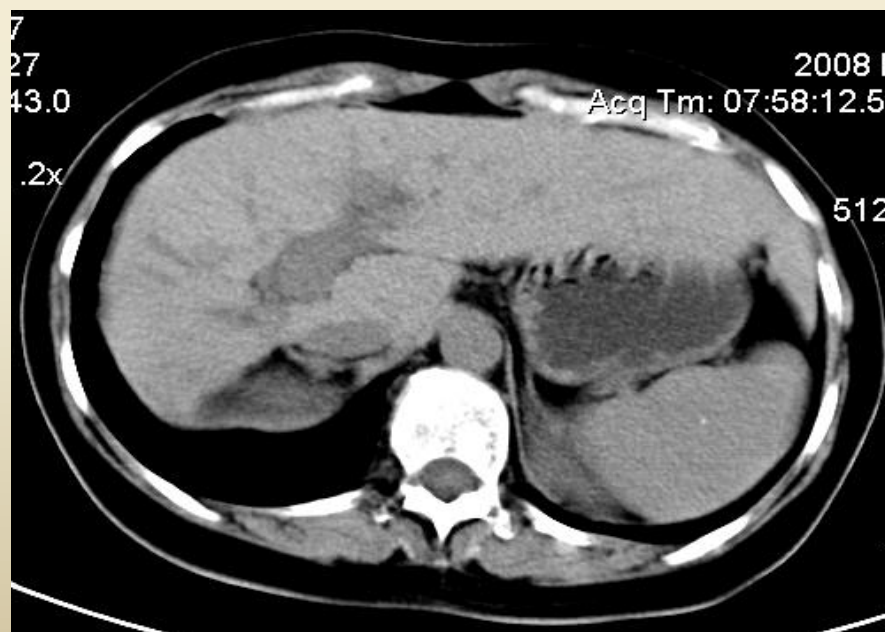
Radioterapia
Quimioterapia
Hormonioterapia
Imunoterapia

RESPOSTA AO TRATAMENTO:

- () doença estável
- () progressão de doença
- () resposta parcial
- () resposta completa

EVOLUÇÃO / SEGUIMENTO:

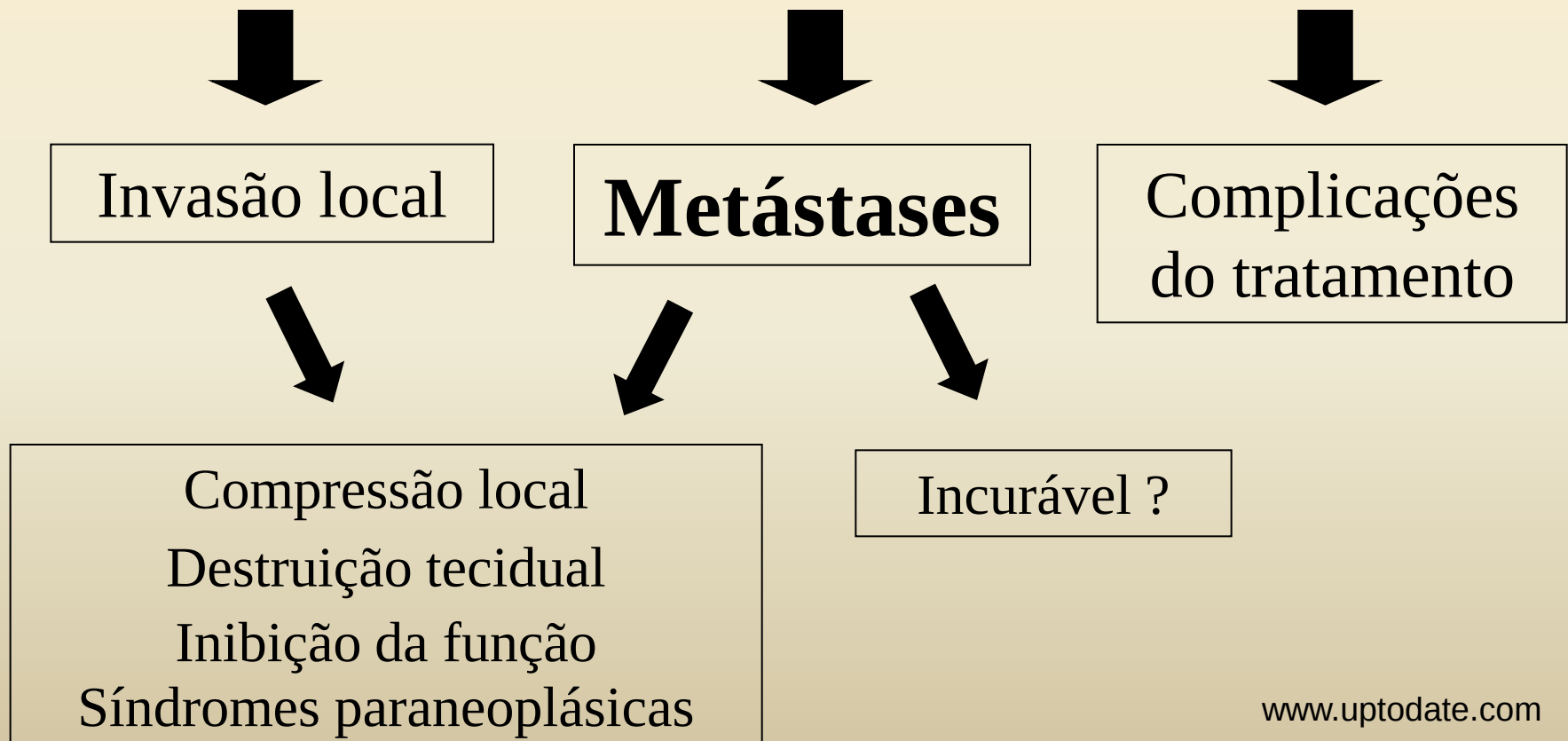






METÁSTASES

Mortalidade por câncer

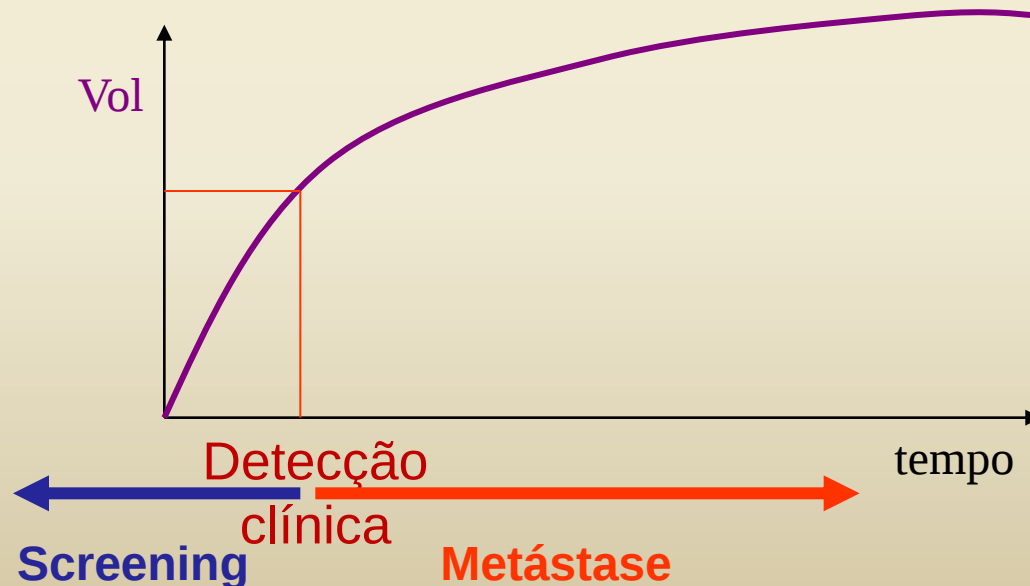


METÁSTASES

Detecção precoce com exames de screening

Massa clinicamente detectável em 30 % dos pacientes

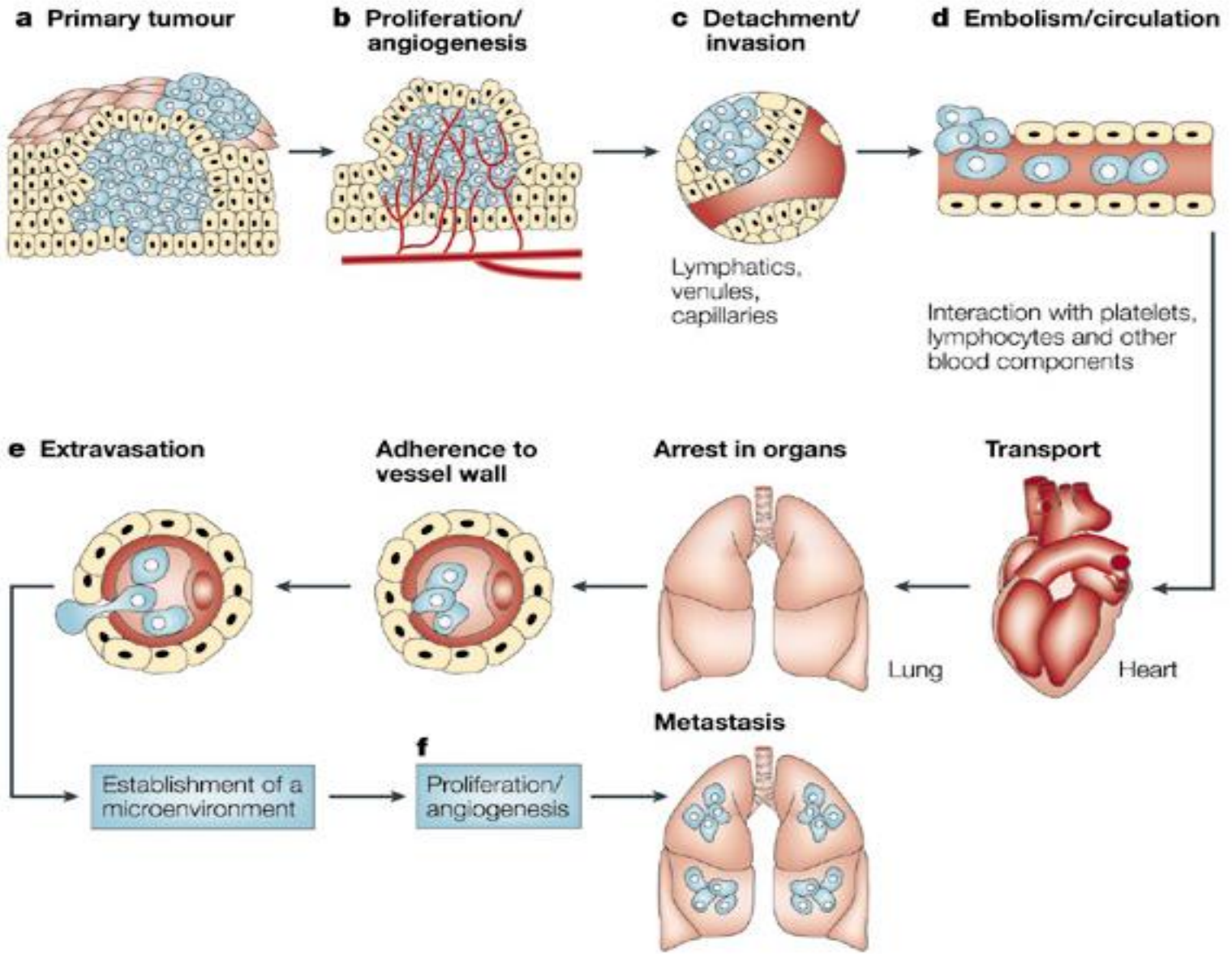
Metástases em 30 % dos tumores clinicamente detectáveis



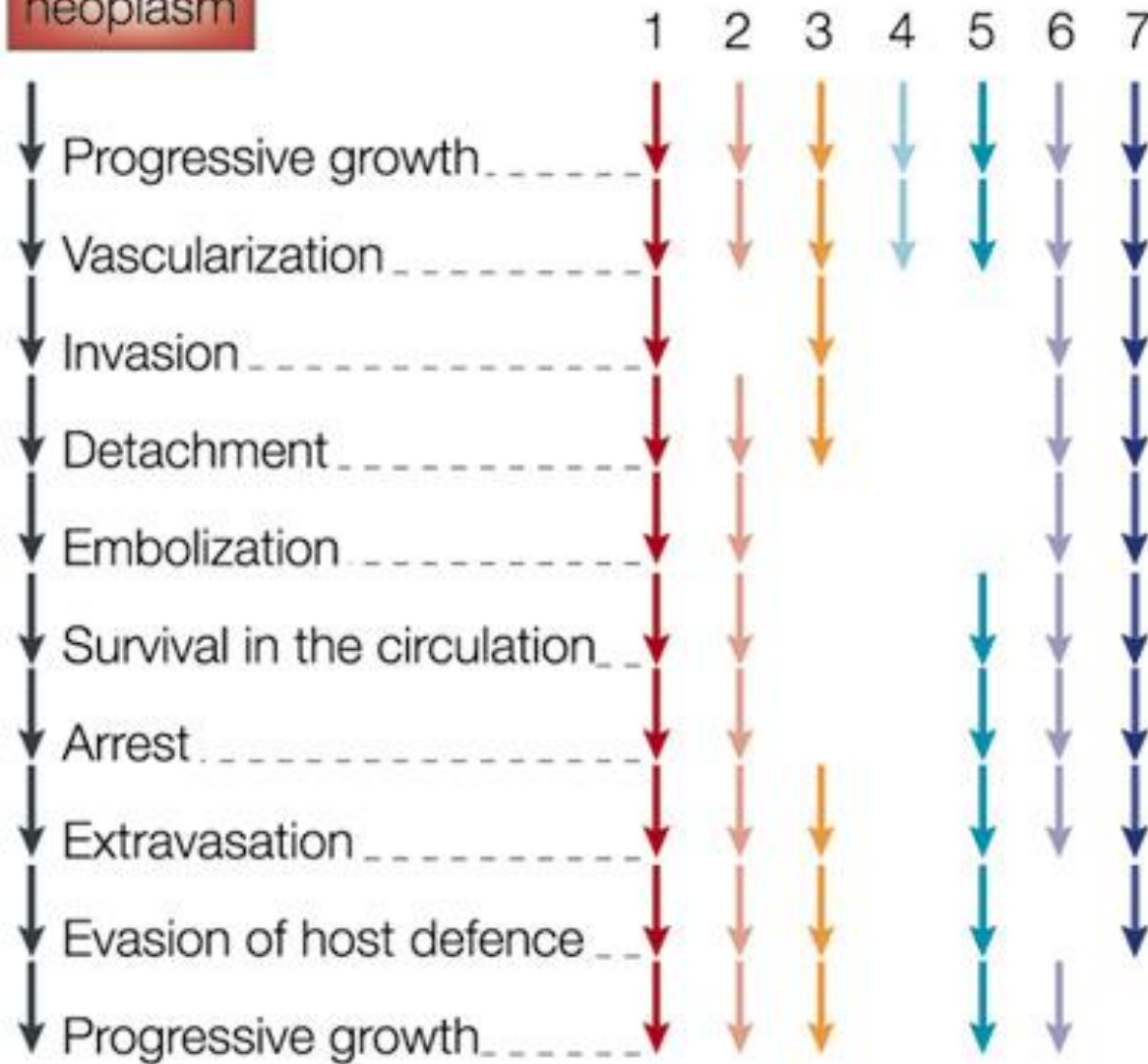
METÁSTASES

- Processo através do qual as células tumorais se separam do tumor primário, atravessam a membrana basal e a parede de vasos (sanguíneos ou linfáticos) e aderem e iniciam a multiplicação celular e formação de tumor em um outro órgão / tecido.

METÁSTASES

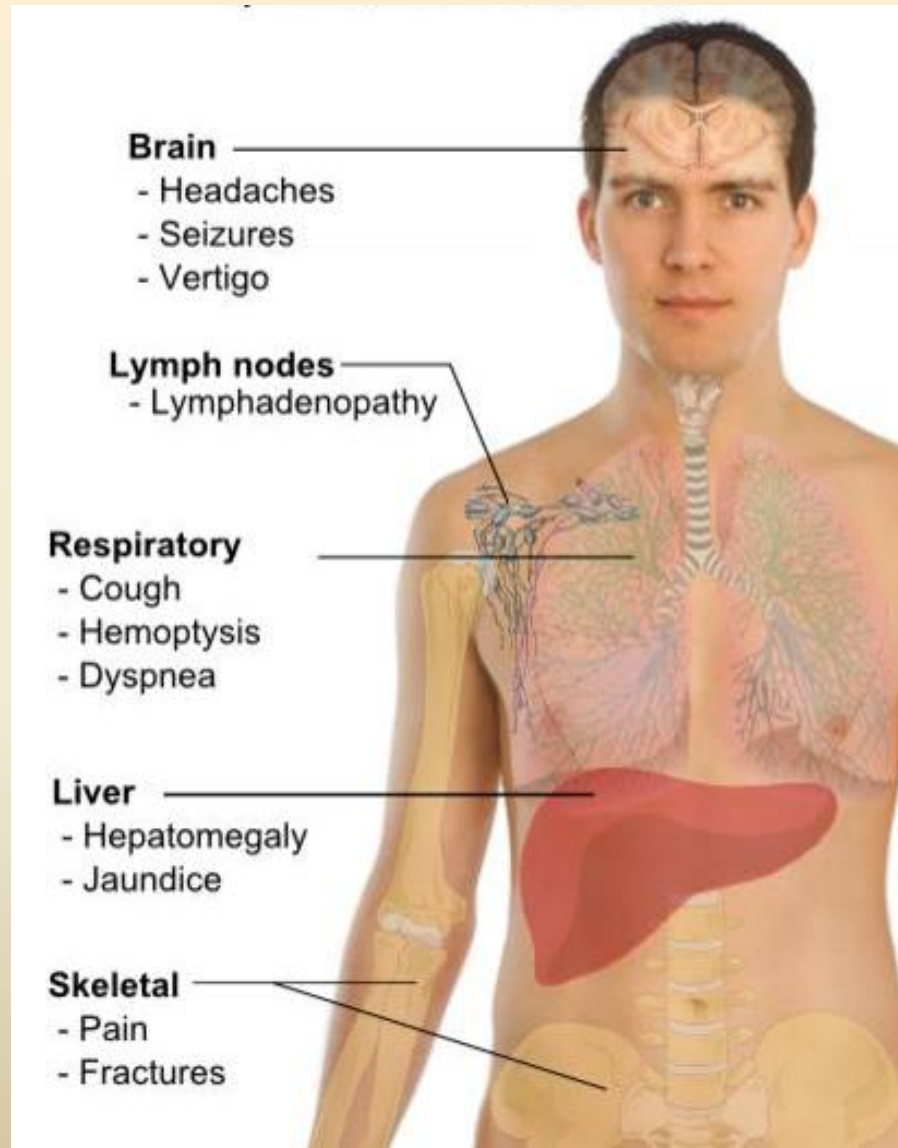


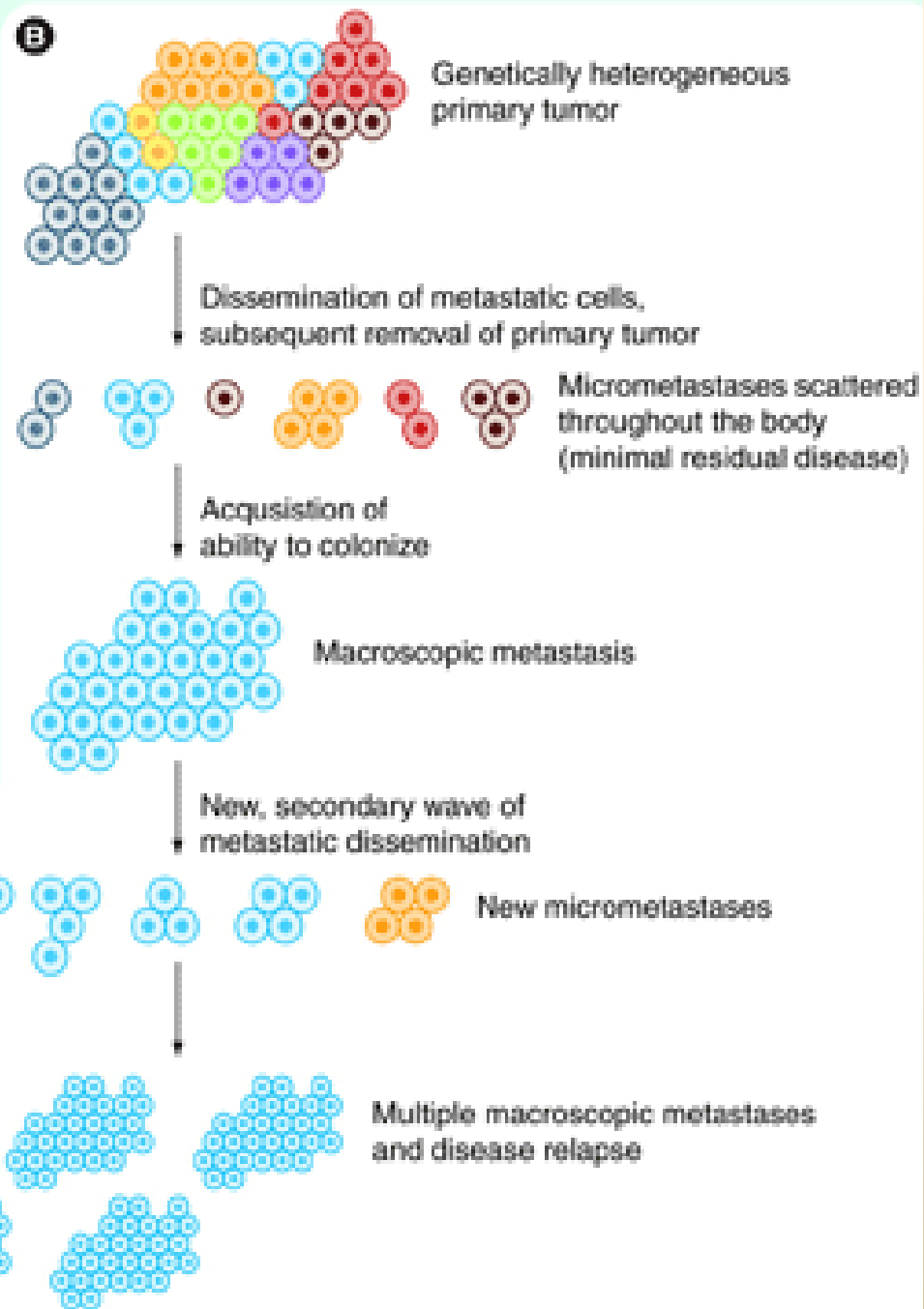
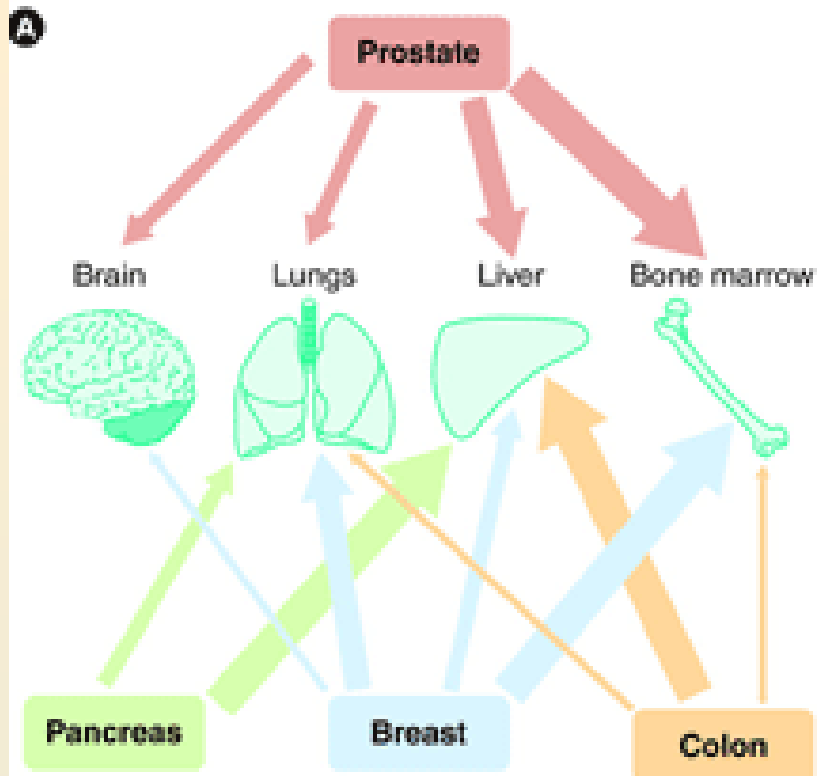
Primary
neoplasm



Metastasis

METÁSTASES

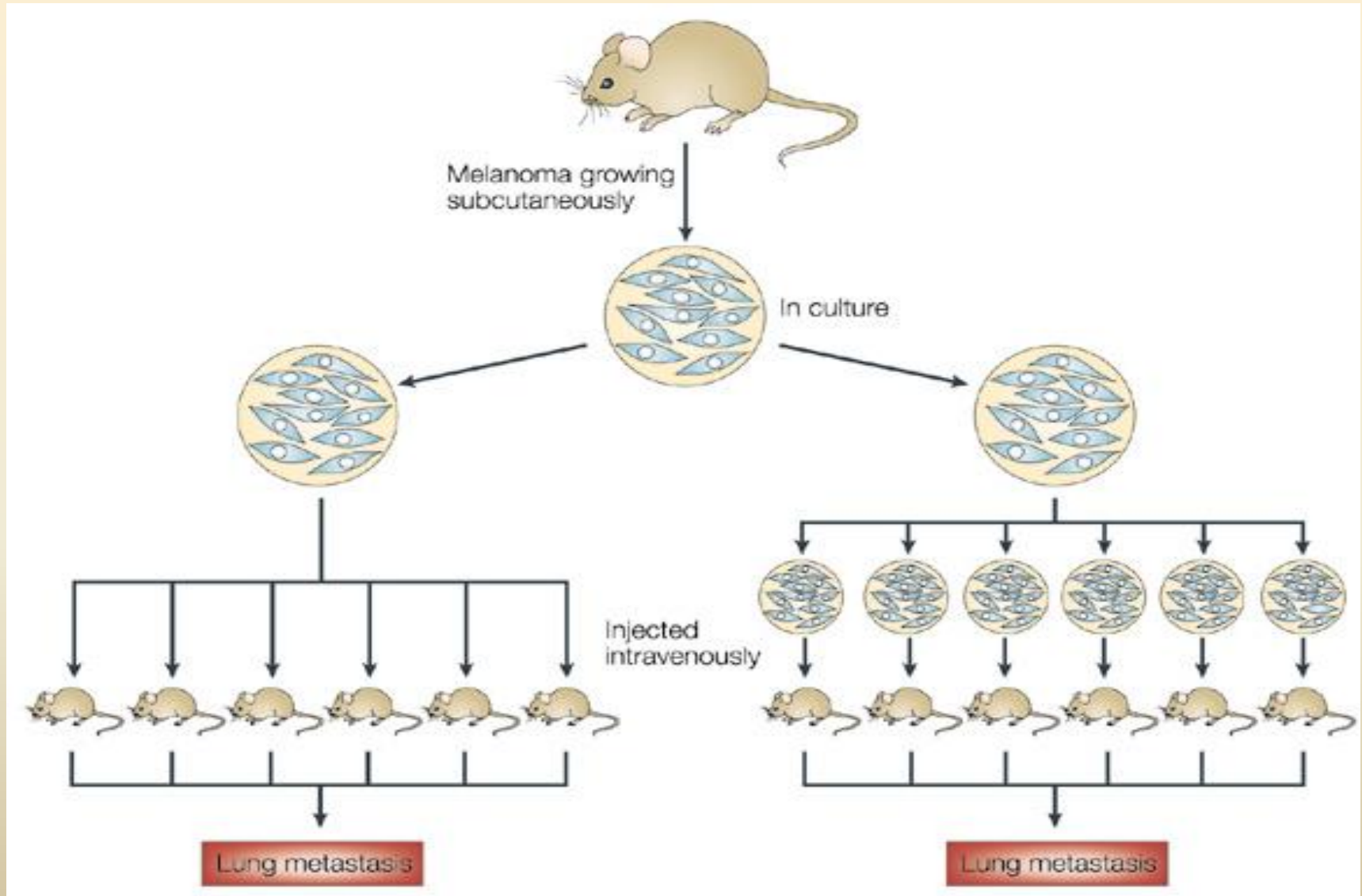




Locais Preferenciais de Metástases

Primary tumour	Common distant site (s)
Breast' adenocarcinoma	Bone, brain, adrenal
Prostate adenocarcinoma	Bone
Lung small cell carcinoma	Bone, brain, liver
Skin cutaneous melanoma	Brain, liver, Bowel
Thyroid adenocarcinoma	Bone
Kidney clear cell carcinoma	Bone, liver, thyroid
Testis carcinoma	Liver
Bladder carcinoma	Brain
Neuroblastoma	Liver, adrenal

Locais Preferenciais de Metástases



RAZÕES PARA A SELETIVIDADE DO ÓRGÃO

- 1- Teoria que atribui a órgão-especificidade da metástase às características do fluxo sanguíneo.
- 2- Teoria da semente e do solo onde o crescimento depende de uma biocompatibilidade e bioafinidade entre o microambiente local e a célula tumoral.

FATORES DETERMINANTES

- Fatores de crescimento e um microambiente da matrix extracelular apropriados
- Compatibilidade entre os sítios de adesão e as células endoteliais
- Existir uma quimiotexia seletiva, onde o órgão alvo produz algum fator / molecular capaz de atrair as células tumorais

5 PRINCIPAIS ETAPAS PARA A METÁSTASE

1. Invasão e infiltração do tecido normal adjacente atingindo a corrente sanguínea e / ou linfática
2. Proliferação e liberação para a circulação de uma, várias ou milhares de células
3. Sobrevivência destas células na circulação
4. Aderir aos capilares de outros órgãos
5. Atravessar a parede destes vasos seguido de crescimento destas células neste outro órgão

INVASÃO

CIRCULAÇÃO

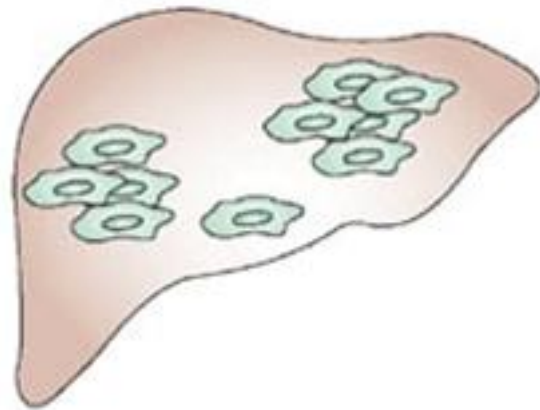
COLONIZAÇÃO

METÁSTASES HEPÁTICAS

Primary tumor



Liver metastasis



CGH

Gain of 7, 3q, 13q, 20, x
Loss of 4, 8p, 17p, 18

Ras mutation

16/30 wild type
14/30 mutant

RNA

Greater E-cadherin, Fas
Lower DPD, TP levels

IHC

Greater E-cadherin, CD44, EphB staining
More MMP-9+ macrophages at tumor border

CGH

Additional gain of 1q, 6, 8q, 11, 12, 16, 17q, 19
Additional loss of 1p, 6q, 9p, 10q, 14q, 15q

Ras mutation

4/16 metastases of these tumors were mutant
5/14 metastases of these tumors were wild type

RNA

Greater GPX3, MAP2, N-Wasp, NCAML1,
T β 4, β -catenin, c-Myc, MMP-7

METÁSTASES HEPÁTICAS

- **INCIDÊNCIA:** PODE TER METÁSTASE DE QUALQUER SÍTIO PRIMÁRIO

Mais comuns:

- colon-retal 15% (60% desenvolvem subsequentemente)
- estômago, pâncreas, vias biliares
- mama 4% (ao diagnóstico)
- câncer de pulmão 15%
- melanoma (24%)

NOS EUA E EUROPA É MAIS FREQUENTE UMA LESÃO FOCAL SER UMA METÁSTASE DO QUE UM TUMOR PRIMÁRIO

Crianças: neuroblastoma, Wilms e leucemia

METÁSTASES HEPÁTICAS

Tumor primário	% de pacientes com metástase hepática
Vesícula biliar	77,6%
Pâncreas	70,4%
Primário desconhecido	57,0%
Cólon	56,0%
Mama	53,2%
Melanoma	50,0%
Ovário	48,0%
Estômago	44,0%
Broncogênico	41,8%

METÁSTASES HEPÁTICAS

- **INCIDÊNCIA:**

Maioria são lesões múltiplas

77% dos pacientes ambos os lobos estão envolvidos

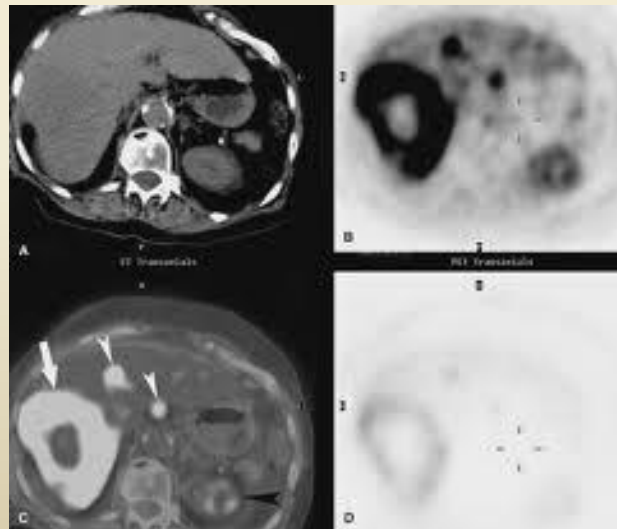
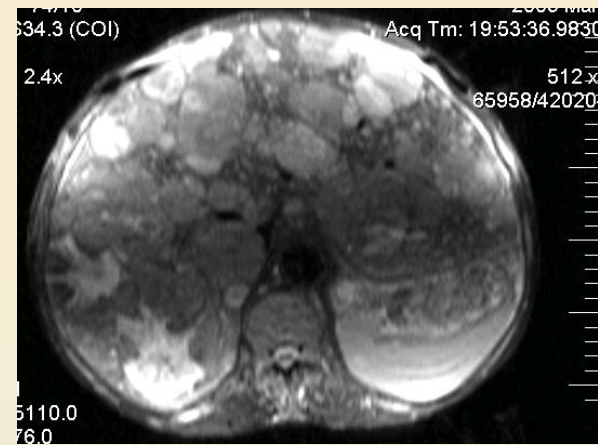
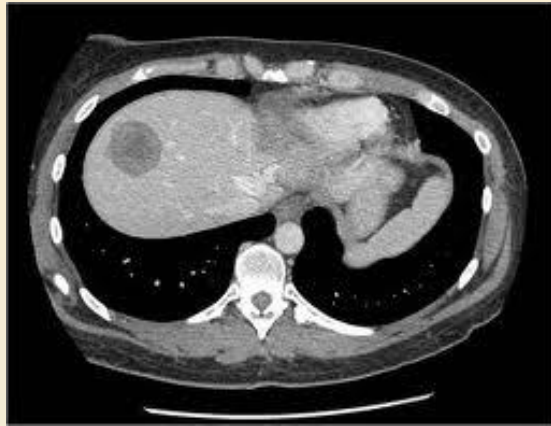
10% dos casos são lesões solitárias

Tumores com tamanhos diferentes = diversos momentos de disseminação

Grandes metástases podem ter necrose central

50% dos pacientes tem sinais clínicos de hepatomegalia ou ascite. Pouco ajudam exames de função hepática!

METÁSTASES HEPÁTICAS



METÁSTASES HEPÁTICAS

- **INCIDÊNCIA:**

Estima-se que 50 a 70% dos pacientes que vão a óbito por câncer tenham metástases hepáticas

Relação homem x mulher = 3:2 (ca cólon retal)

Idade mais frequente 50 a 70 anos

ca de colon = 71 anos

ca de reto = 69 anos

ca de mama = 60 a 69 anos

METÁSTASES HEPÁTICAS

- **ETIOLOGIA:**

Diversos fatores influenciam a incidência e as características das metástases hepáticas: idade do paciente, sexo, sítio primário, histologia, comportamento biológico e tempo de evolução do tumor.

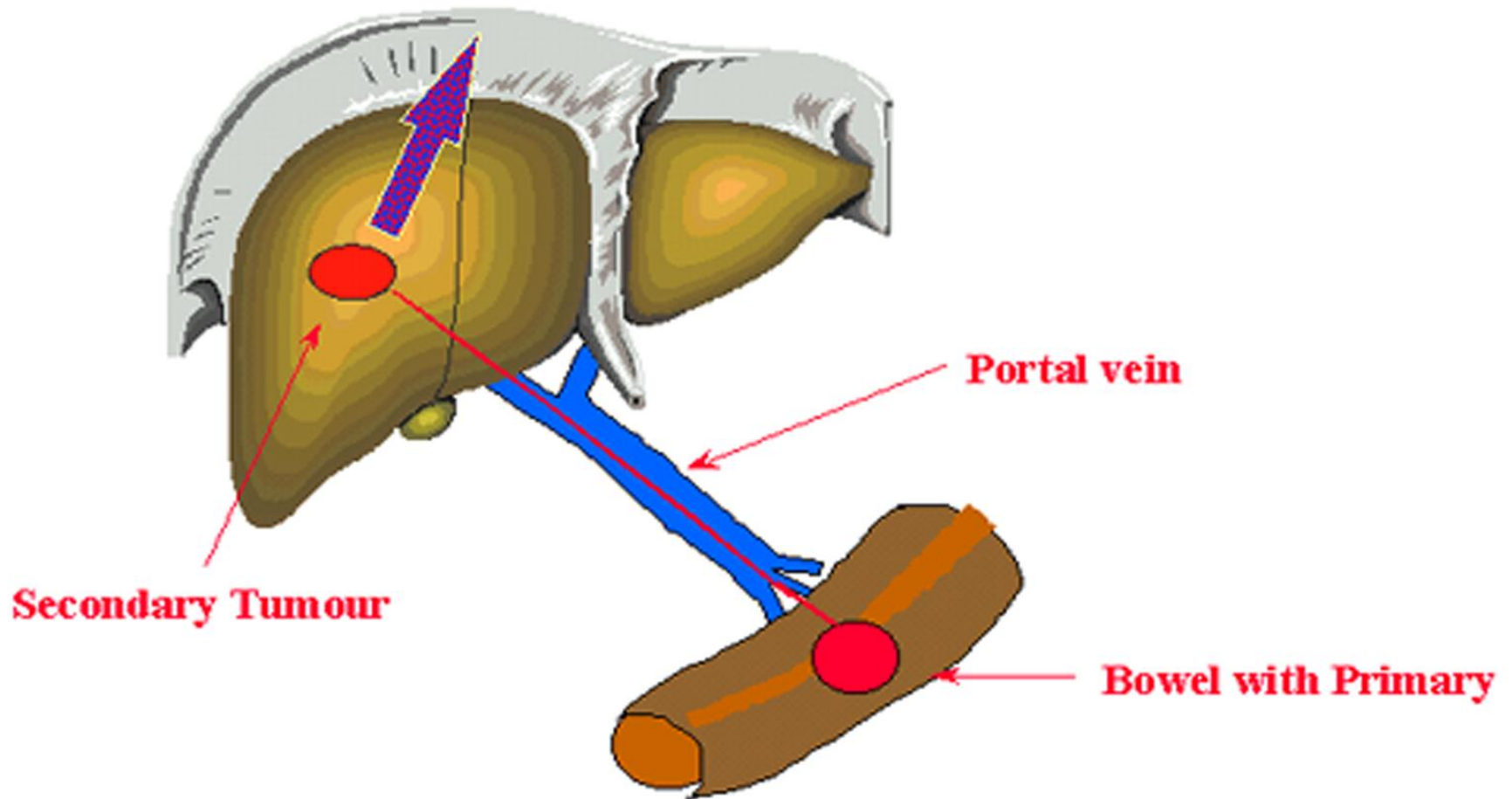
Outros fatores:

Grande suprimento sangüíneo através da artéria hepática e veia porta + características humorais

Células tumorais podem chegar ao fígado oriundos de qualquer órgão

O fluxo sangüíneo a partir da veia porta é a principal via para metástases hepáticas de tumores do trato gastrointestinal

METÁSTASES HEPÁTICAS



METÁSTASES HEPÁTICAS

- **DETECÇÃO:**

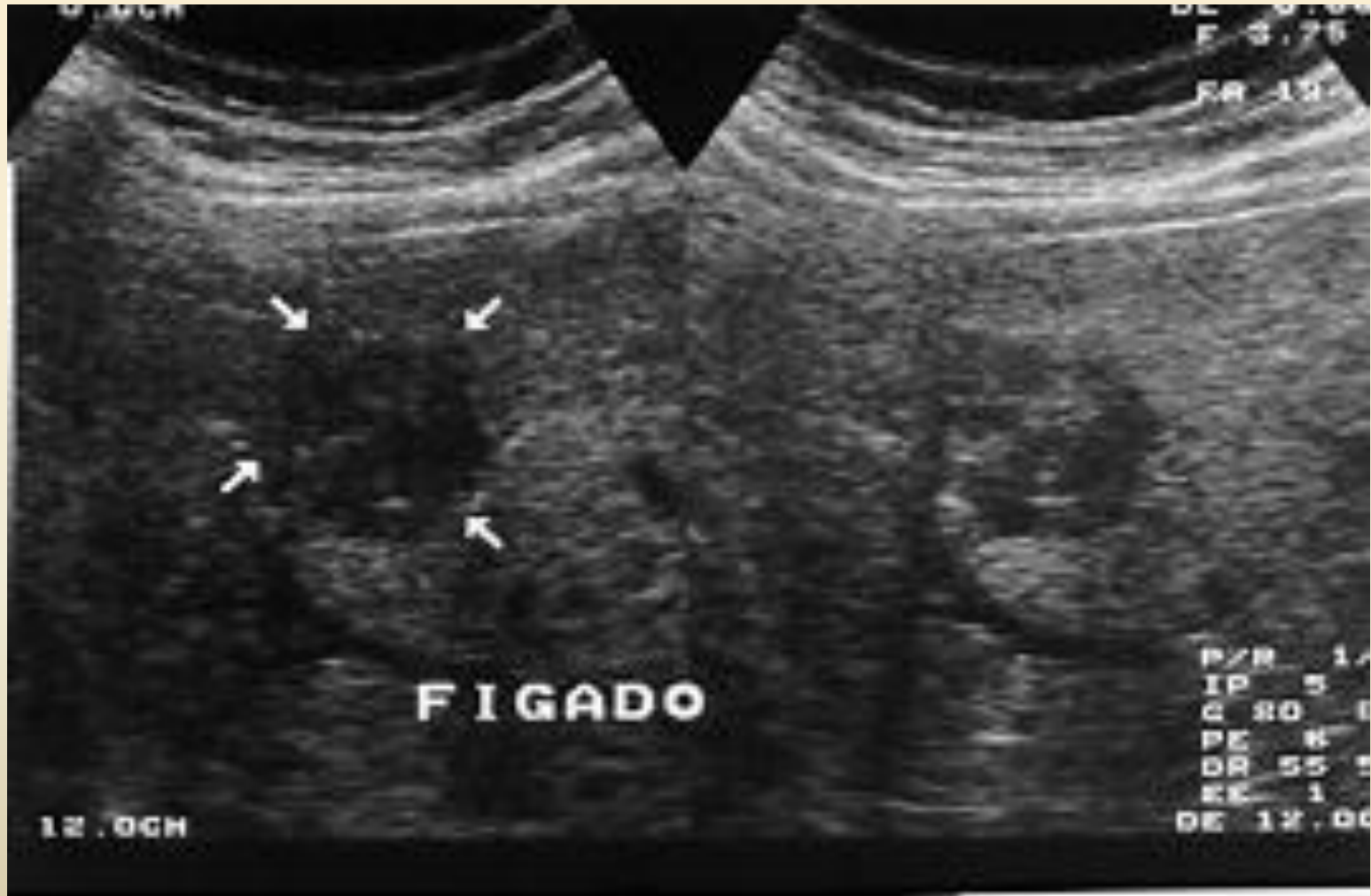
Sintomas dependem da extensão do acometimento hepático: pode ter pouco ou nenhum sintoma ou alteração laboratorial.

Exames: pode encontrar anemia, leucocitose, elevação das bilirrubinas e enzimas canaliculares. Alguns marcadores podem ajudar no diagnóstico diferencial: AFP, CEA, Ca19-9

ULTRASSONOGRAFIA

- Geralmente as metástases causam hepatomegalia, que podem alterar o tamanho, superfície, borda, características do parênquima.
- Ao USOM sem características específicas, mas geralmente múltiplos nódulos de tamanhos diferentes favorece diagnóstico de metástases e alterações da ecogenicidade do parênquima (vascularização, celularidade, necrose, fibrose, hemorragia). Doppler não ajuda.
- USOM intra operatório aumenta acurácia (96% x 84%)
- Baixa especificidade. Falso negativo em 50% (estudo antigos)

ULTRASSONOGRAFIA



TOMOGRAFIA

- Um dos exames de escolha para avaliar lesões hepáticas, metástases= alta sensibilidade 80 a 90% e especificidade de 99%
- Metástases: hipovascularizada na fase sem contraste com melhor identificação na fase contrastada
- Apenas hipovascularização pode sugerir hemorragia ou calcificação
- FALSO POSITIVO: hemangiomas, esteatose hepática.
- Lesões < 5 mm podem passar despercebidas MESMO EM tc HELICOIDAL E MULTISLICE.

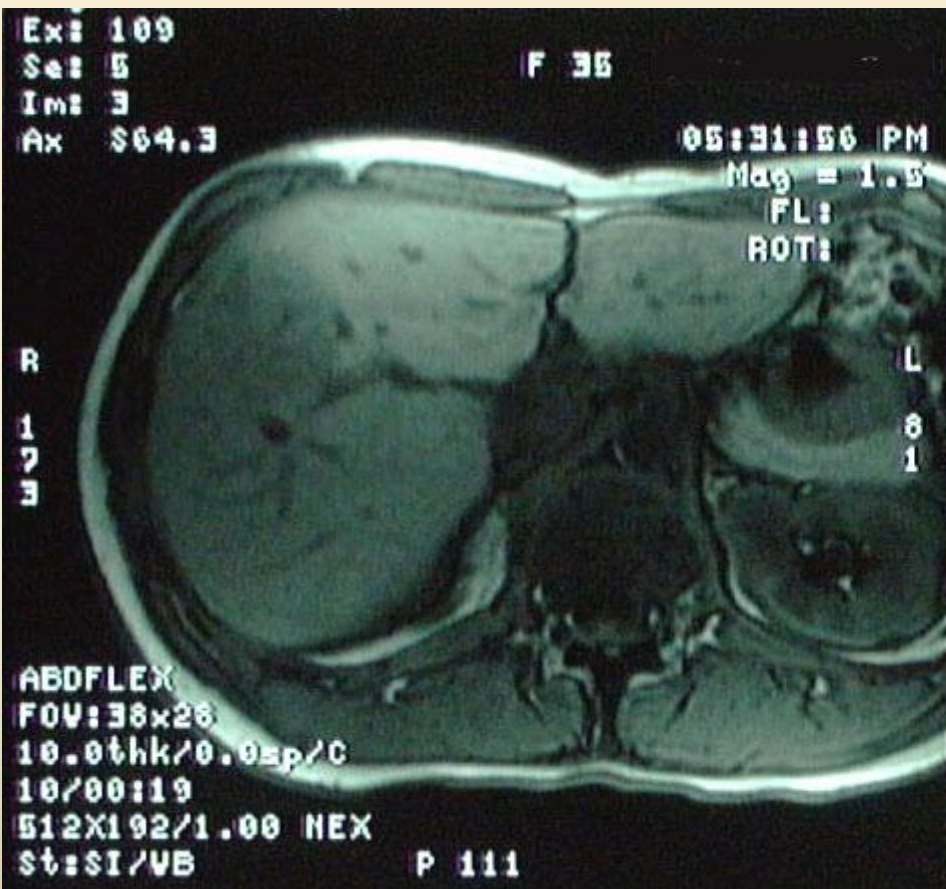
TOMOGRAFIA



RESSONÂNCIA MAGNÉTICA

- Tanto lesões benignas quanto malignas podem aparecer como lesões hipointensas em T1 e hiperintensa em T2, algumas com difícil diferenciação segundo o padrão de T2.
- Tão sensível quanto a CT para detectar metástases mas consegue diferenciar melhor meta x hemangioma.
- Menor lesão indentificável: 10mm, com técnicas especiais: 3mm.
- Limitantes técnicos e custo
- FALSO POSITIVOS: hemangioma, hiperplasia nodular focal, CHC, adenoma hepatocelular, cistos, outros tumores

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA



METÁSTASES HEPÁTICAS

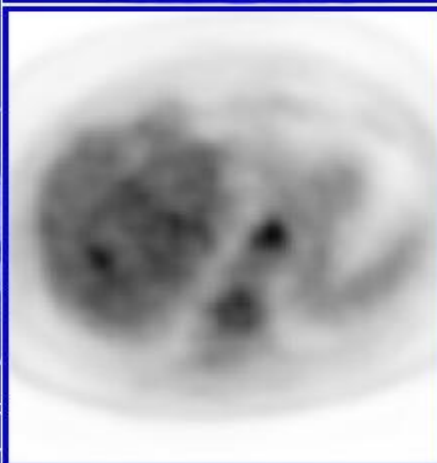
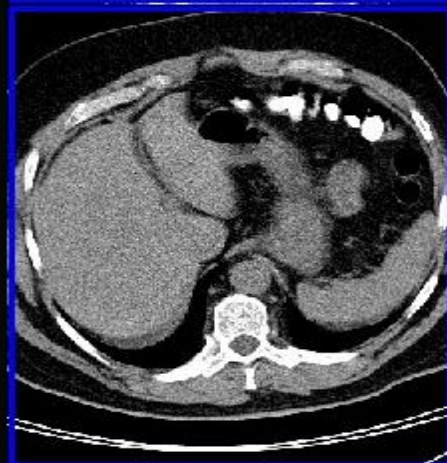
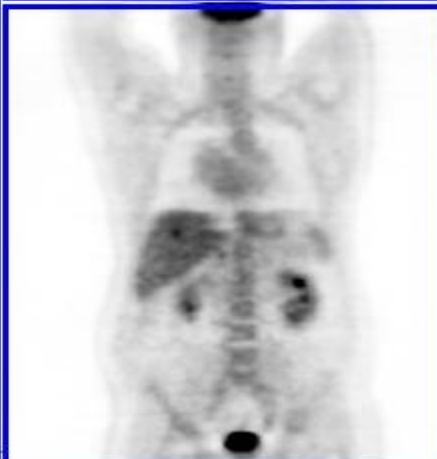
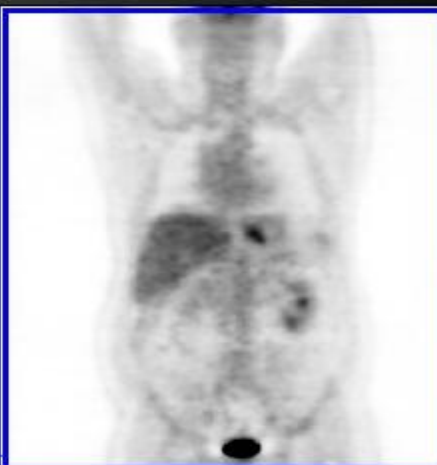
- **DETECÇÃO:**

CT e RNM podem detectar aproximadamente 2/3 das metástases hepáticas

Angio-CT, portografia-CT e US intraoperatório aumentam a sensibilidade comparada com as outras técnicas.

USI tem acurácia de 96% x 84% US abdominal

PET-CT mais usado para detectar doença extrahepática, mas em meta-análise, comparado com US, CT e RNM, o PET-CT foi o exame não invasivo mais sensível para detectar metástase hepática.



METÁSTASES HEPÁTICAS

Differential Diagnoses

<u>Biliary Cystadenoma/Cystadenocarcinoma</u>	<u>Hepatoblastoma</u>
<u>Breast Cancer, Male</u>	<u>Hepatocellular Carcinoma</u>
<u>Carcinoid, Gastrointestinal</u>	<u>Hepatocellular Carcinoma, Fibrolamellar</u>
<u>Cavernous Hemangioma, Liver</u>	<u>Liver, Metastases</u>
<u>Cervix, Cancer</u>	<u>Lung Cancer, Non-Small Cell</u>
<u>Chemoembolization, Hepatic</u>	<u>Lung Cancer, Small Cell</u>
<u>Cholangiocarcinoma</u>	<u>Lung Cancer, Staging</u>
<u>Colon, Adenocarcinoma</u>	<u>Lung, Carcinoid</u>
<u>Esophagus, Carcinoma</u>	<u>Neuroblastoma</u>
<u>Focal Nodular Hyperplasia</u>	<u>Pancreas, Adenocarcinoma</u>
<u>Gallbladder, Carcinoma</u>	<u>Pancreas, Islet Cell Tumors</u>
<u>Gastric Carcinoma</u>	<u>Wilms Tumor</u>
<u>Hepatic Adenoma</u>	

Other Problems to Be Considered

Extramedullary hematopoiesis



<http://largado.futehokofal.com>

METÁSTASES HEPÁTICAS

- **TRATAMENTO:**

IMPORTANTE CONSIDERAR A SENSIBILIDADE DO TUMOR A QUIMIOTERAPIA (mama x melanoma) E SE A DOENÇA ESTA RESTRITA AO FÍGADO OU NÃO

Ressecção hepática

Quimioterapia sistêmica

Infusão arterial hepática

Embolização arterial

Técnicas ablativas

Injeção de etanol

Radiação.

METÁSTASES HEPÁTICAS

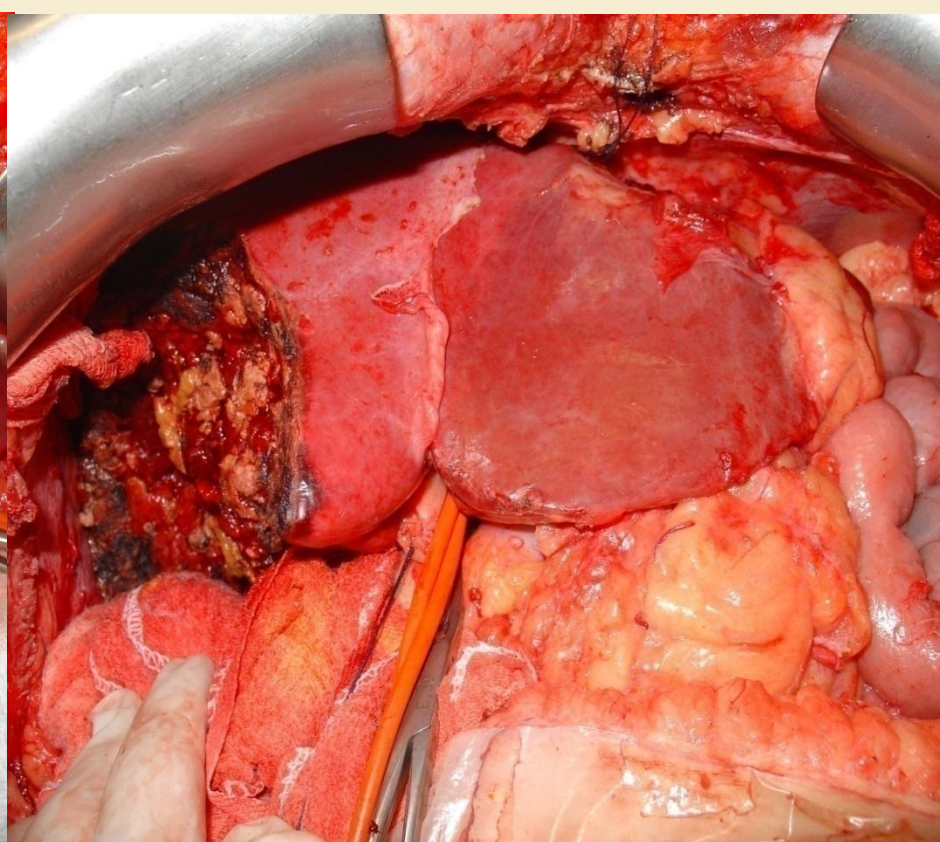
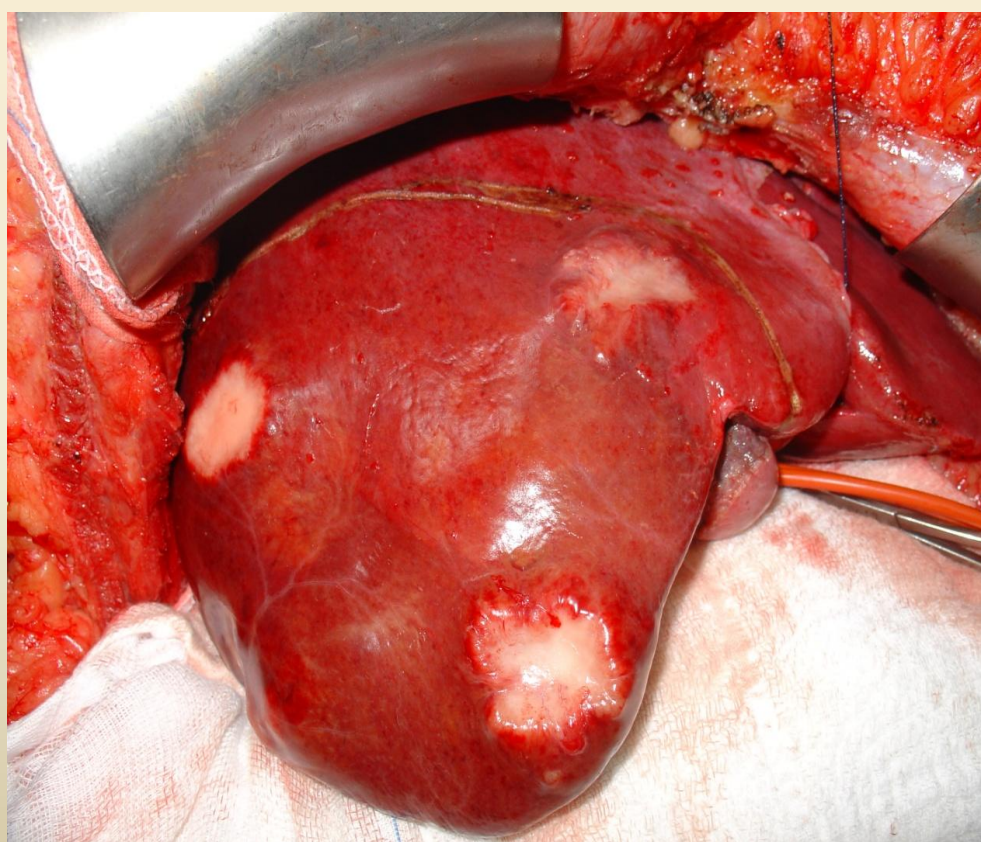
Effect of Treatment on Overall Survival of Patients with Hepatic Only Metastases From Colorectal Carcinoma

Overall Survival	Observation Limited Liver Involvement[31,32]	Surgical Resection Alone[33]	Resection + Systemic Therapy[22]	Resection + HAI + Systemic Therapy[22]
1-year	77%	89%	Approx. 90%	Approx. 95%
2-year		Approx. 73%	72%	86%
3-year	14%–23%			
5-year	2%–8%	37%	49%	61%
Median	10.6–21 mo	42 mo	42.7 mo	Not reached

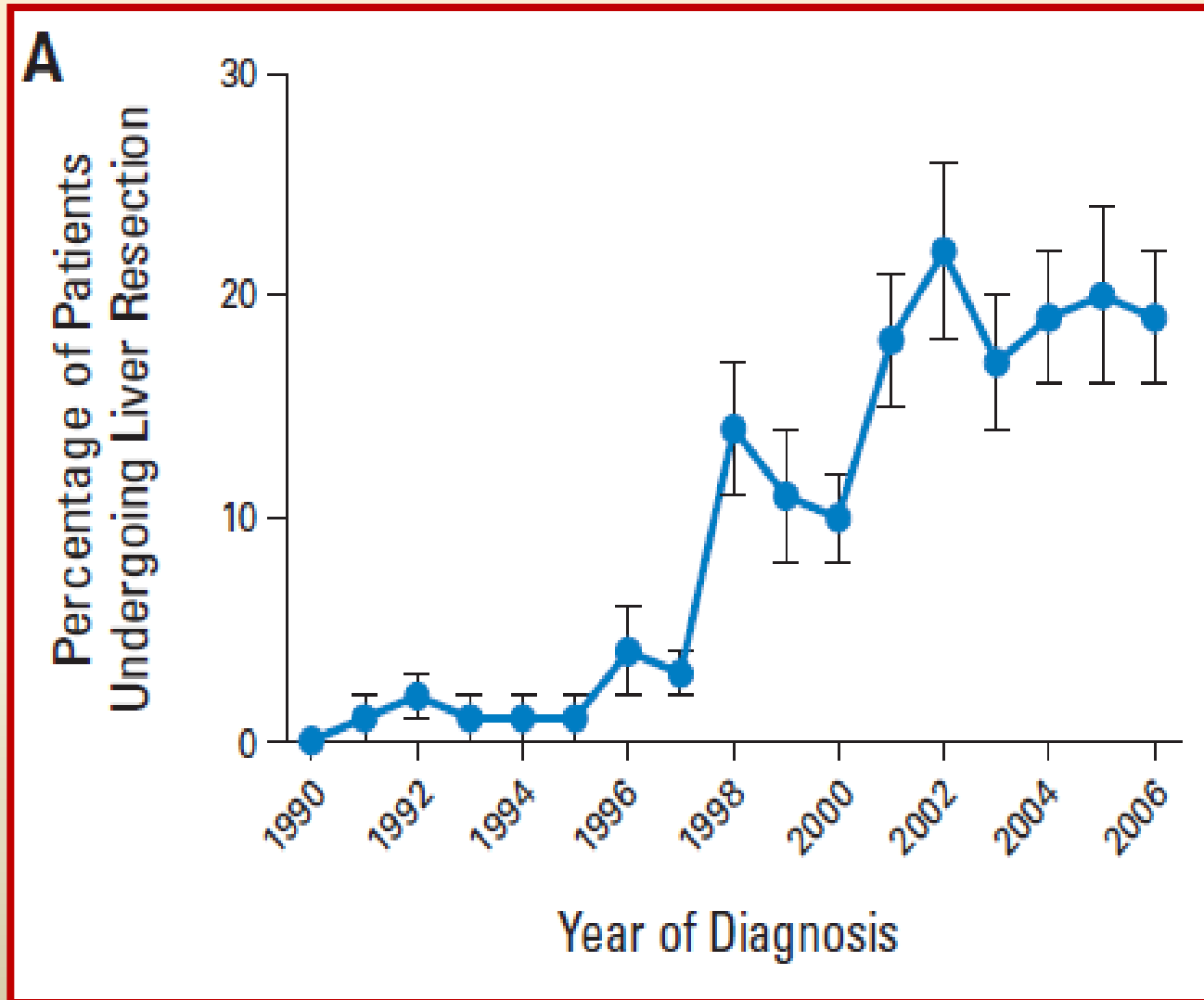
METÁSTASES HEPÁTICAS

RESSECÇÃO HEPÁTICA

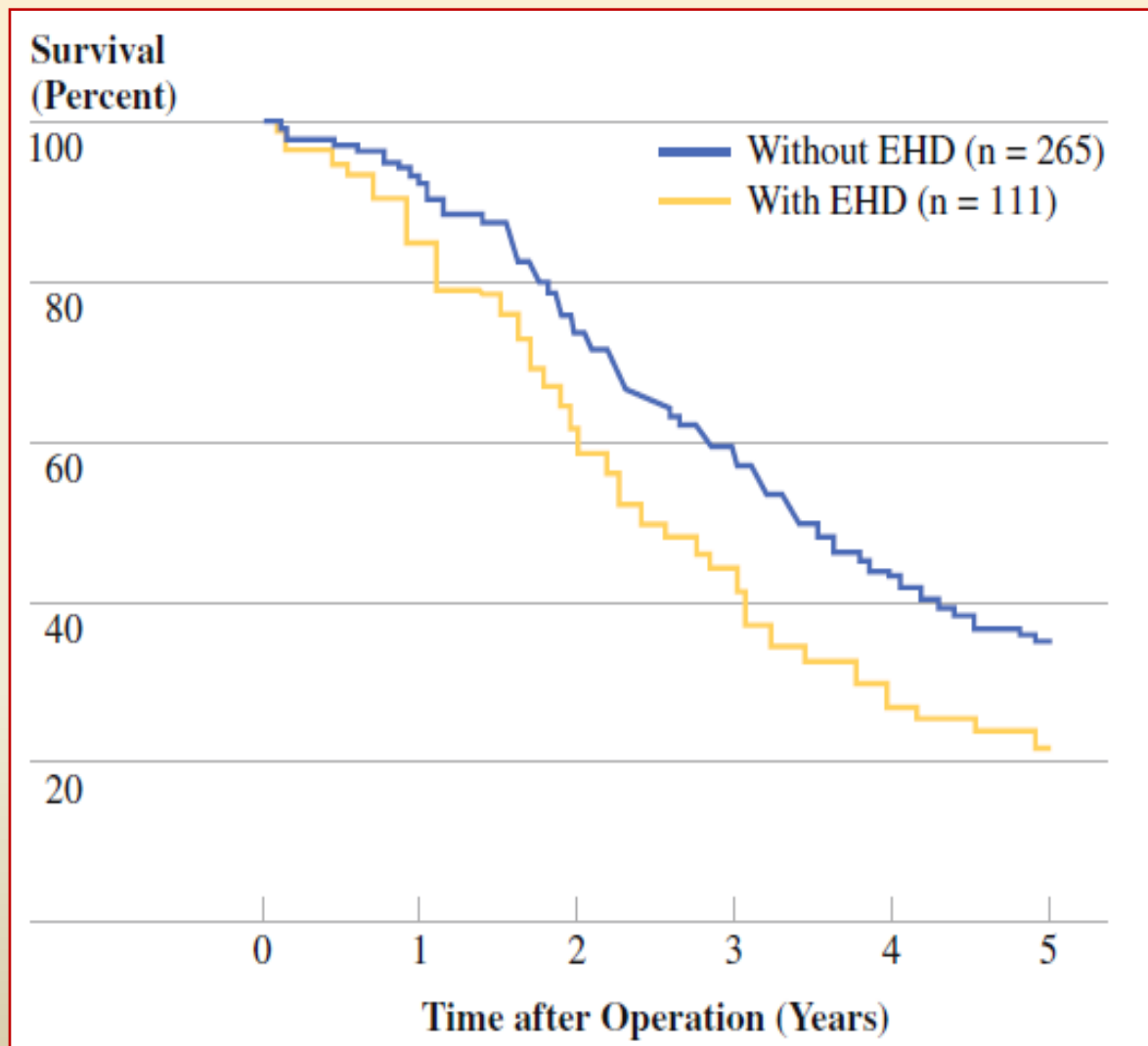
ÚNICO TRATAMENTO POTENCIALMENTE CURATIVO



METÁSTASES HEPÁTICAS - RESSECÇÃO



METÁSTASES HEPÁTICAS – DOENÇA EXTRA HEPÁTICA



METÁSTASES HEPÁTICAS

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR

- Radiologista: diagnóstico, estadiamento, radiofrequência, embolização
- Oncologista: QT de conversão ou adjuvante em todos os casos
- Cirurgião



METÁSTASES HEPÁTICAS

Sobrevida segundo número de nódulos

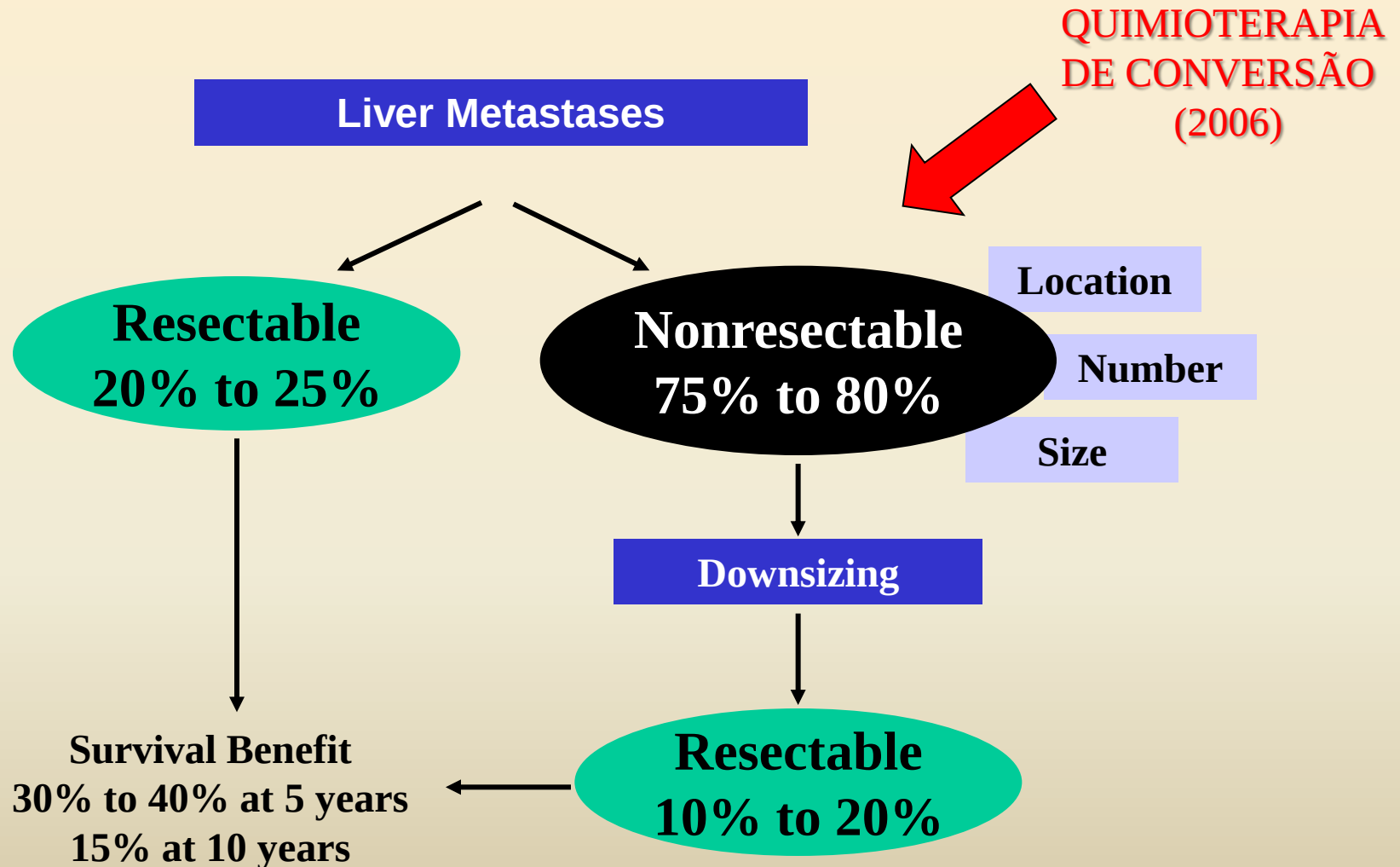
- Até 1 nódulo = 45%
- Até 4 nódulos = 39%
- 4 a 6 nódulos = 30%
- Mais de 6 nódulos = 24%

(Figueras, 2007)

- 1 a 3 nódulos = 51%
- 4 a 9 nódulos = 46%
- Mais de 10 nódulos = 25%

(Imamura, 2004)

METÁSTASES HEPÁTICAS



METÁSTASES HEPÁTICAS

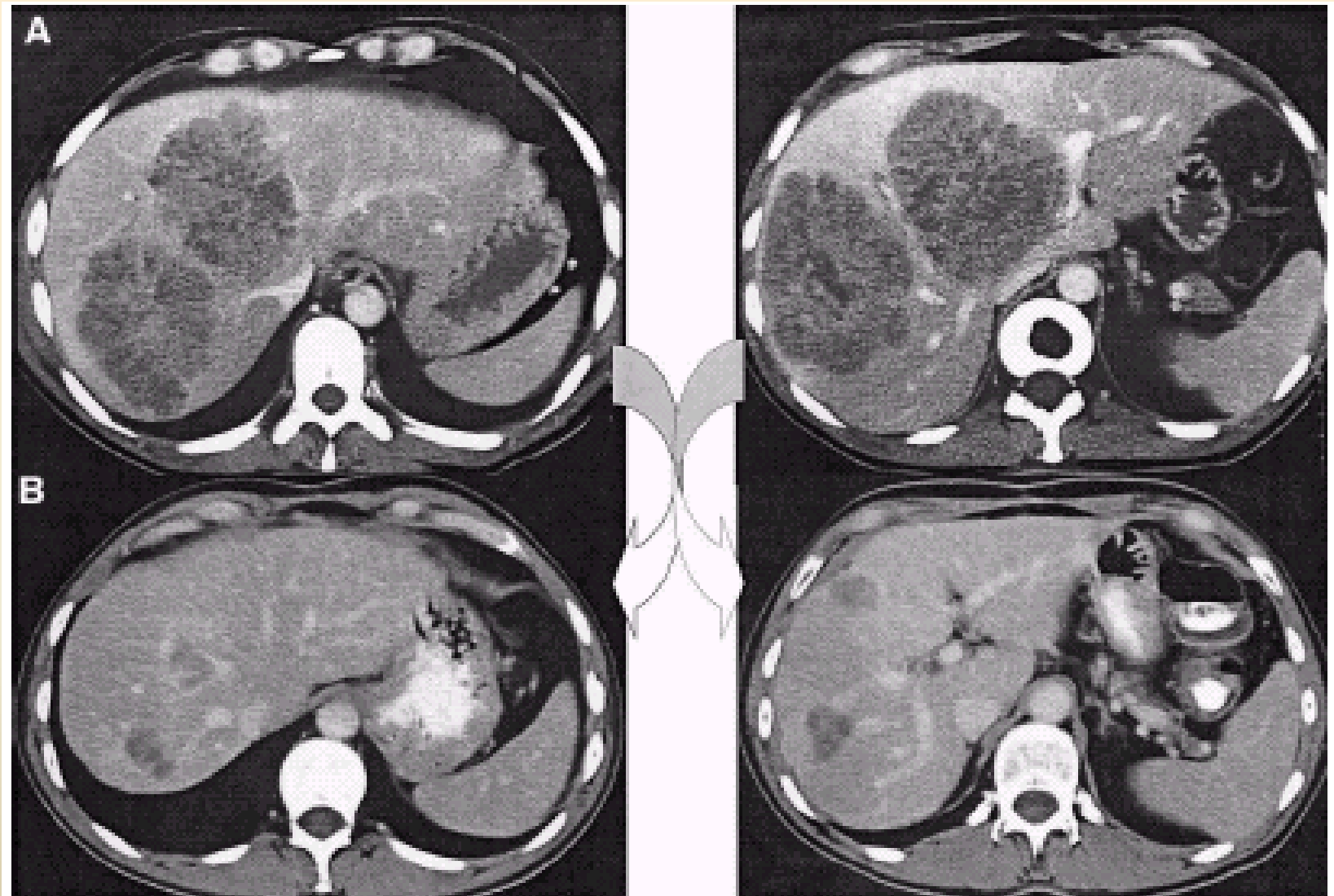
Técnicas para aumentar a ressecabilidade das lesões:

QUIMIOTERAPIA DE CONVERSÃO

Table 1 Outcomes related to secondary hepatic resection in patients treated with oxaliplatin-based chemotherapy

Study	<i>n</i>	Regimen	Response rate (%)	Resection rate (%)	RO rate (%)	MS (mo)
Unselected populations						
GERCOR ^[14]	111	FOLFOX6	54.0	22.0	13.0	NYR
Tournigand <i>et al</i> ^[24]	311	FOLFOX4	58.5	17.7	11.3	38.9
Tournigand <i>et al</i> ^[24]	309	FOLFOX7 ¹	59.2	15.2	9.4	43.0
Colucci <i>et al</i> ^[23]	182	FOLFOX4	34.0	4.4	NR	NR
Liver metastases only						
Alberts <i>et al</i> ^[25]	44	FOLFOX4	60.0	40.0	33.3	NR

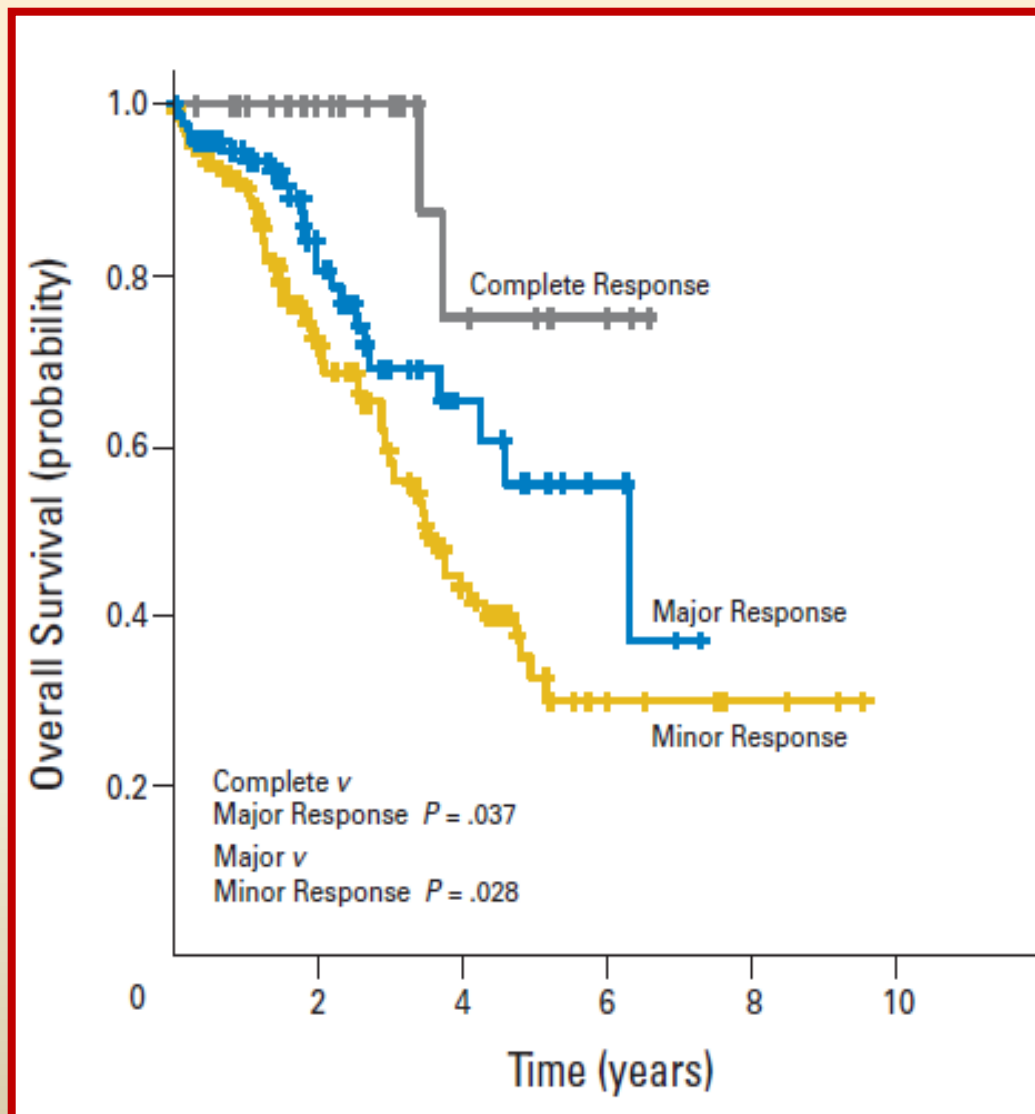
EFEITO DA QT (REDUÇÃO DE MASSA TUMORAL)

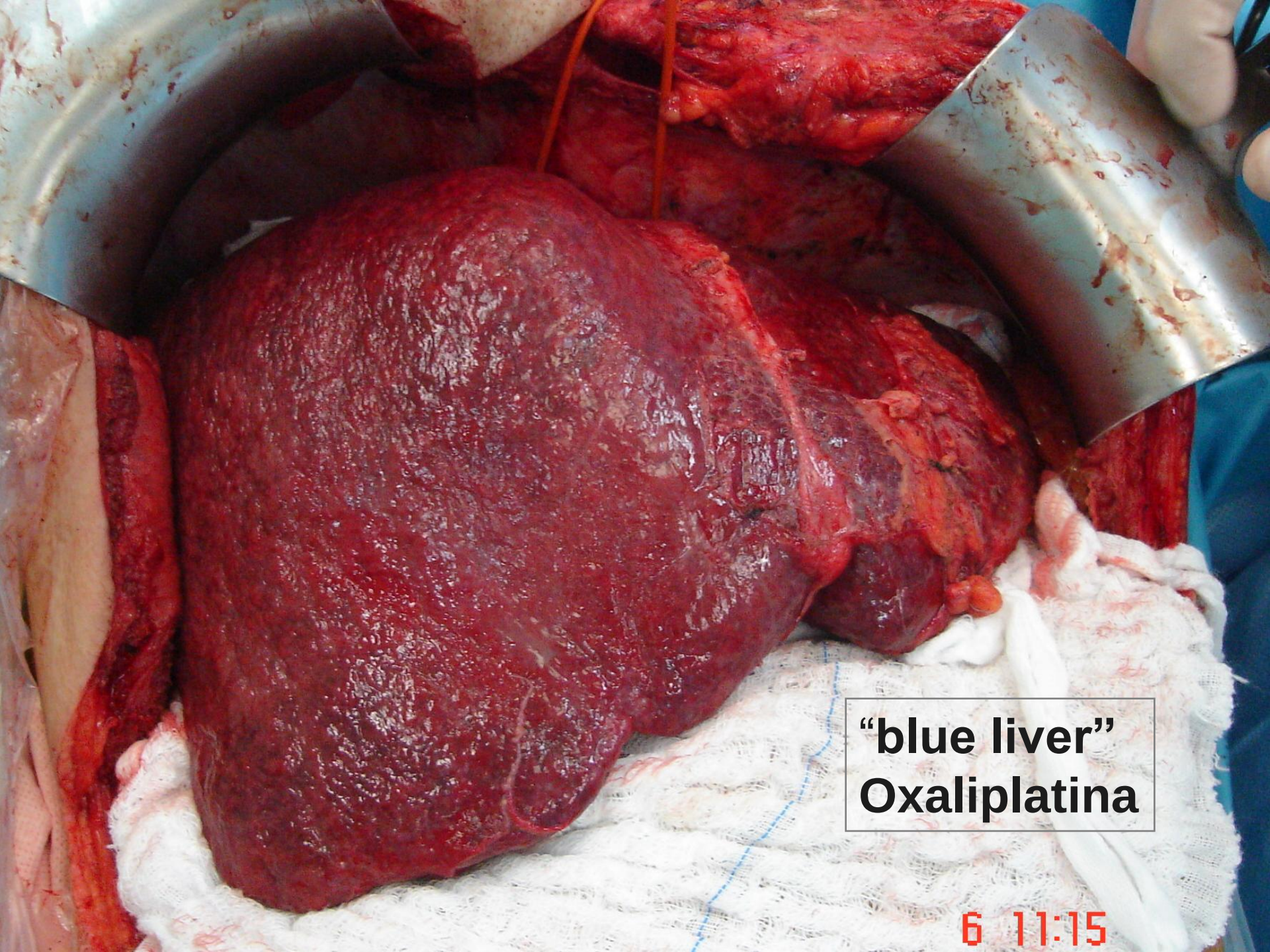


PRÉ X PÓS QUIMIOTERAPIA



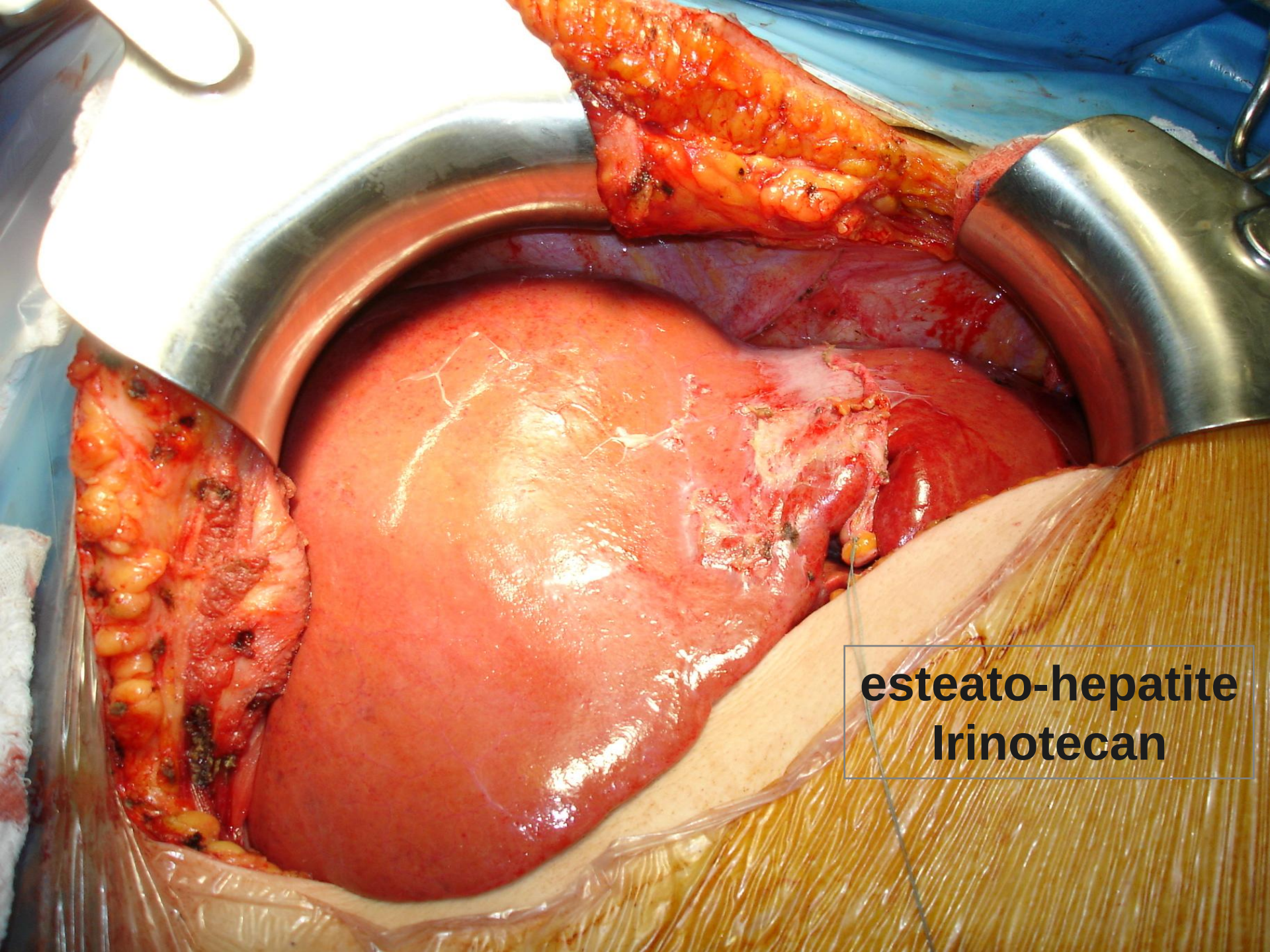
RESPOSTA A QUIMIOTERAPIA COMO PROGNÓSTICO





**“blue liver”
Oxaliplatina**

6 11:15



**esteato-hepatite
Irinotecan**

METÁSTASES HEPÁTICAS

Ressecável

- Sem fatores prognósticos negativos;
- Tu's pequenos



Ressecção

Ressecabilidade potencial ou limítrofe

- Oncológica
 - + 1 metástase
 - Tu > 5cm
 - MH sincrônica
 - LN+ no primário
 - CEA > 200
- Técnica
 - Proximidade à grandes vasos



QT Neoadjuvante +/- biológicos



Ressecção hepática se resposta

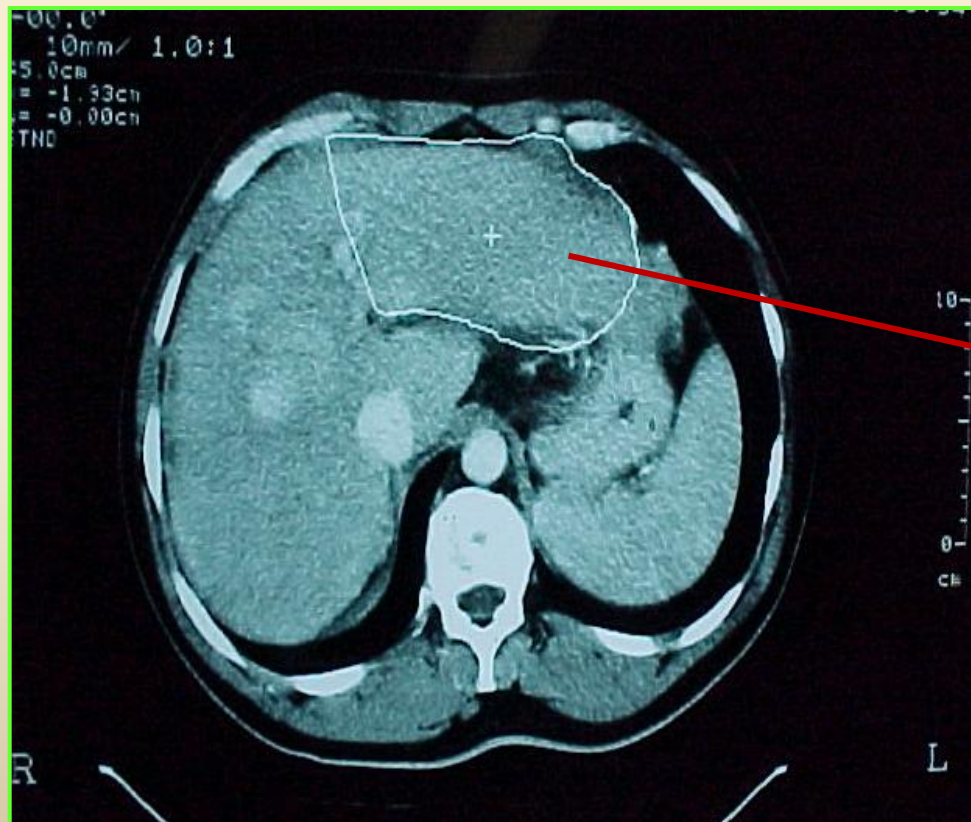
Irressecável



QT Paliativa
+/-
biológicos

METÁSTASES HEPÁTICAS

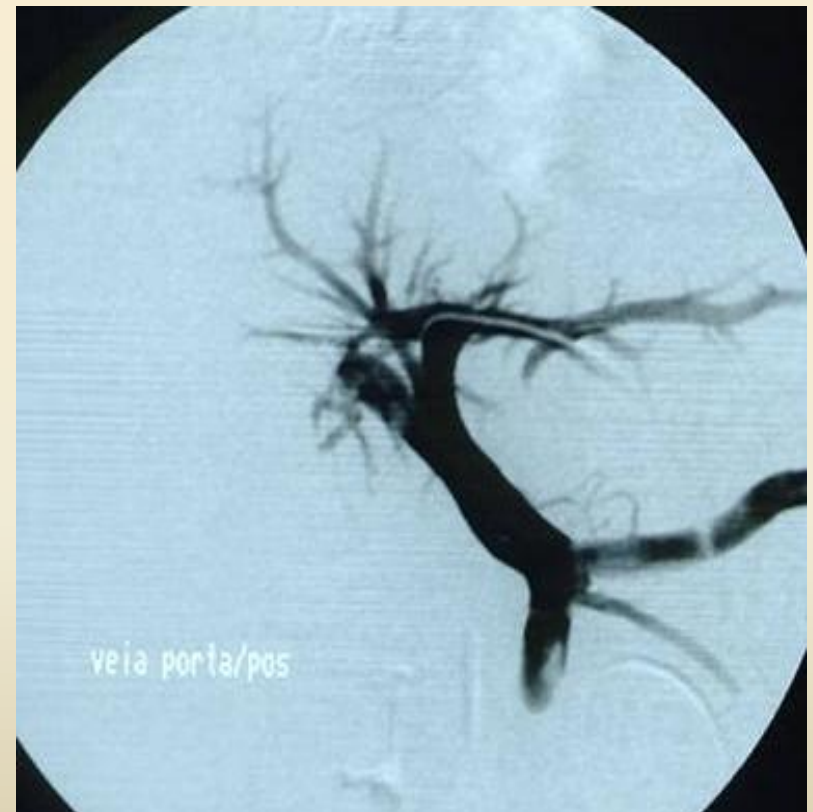
DIAGNÓSTICO – TC com volumetria



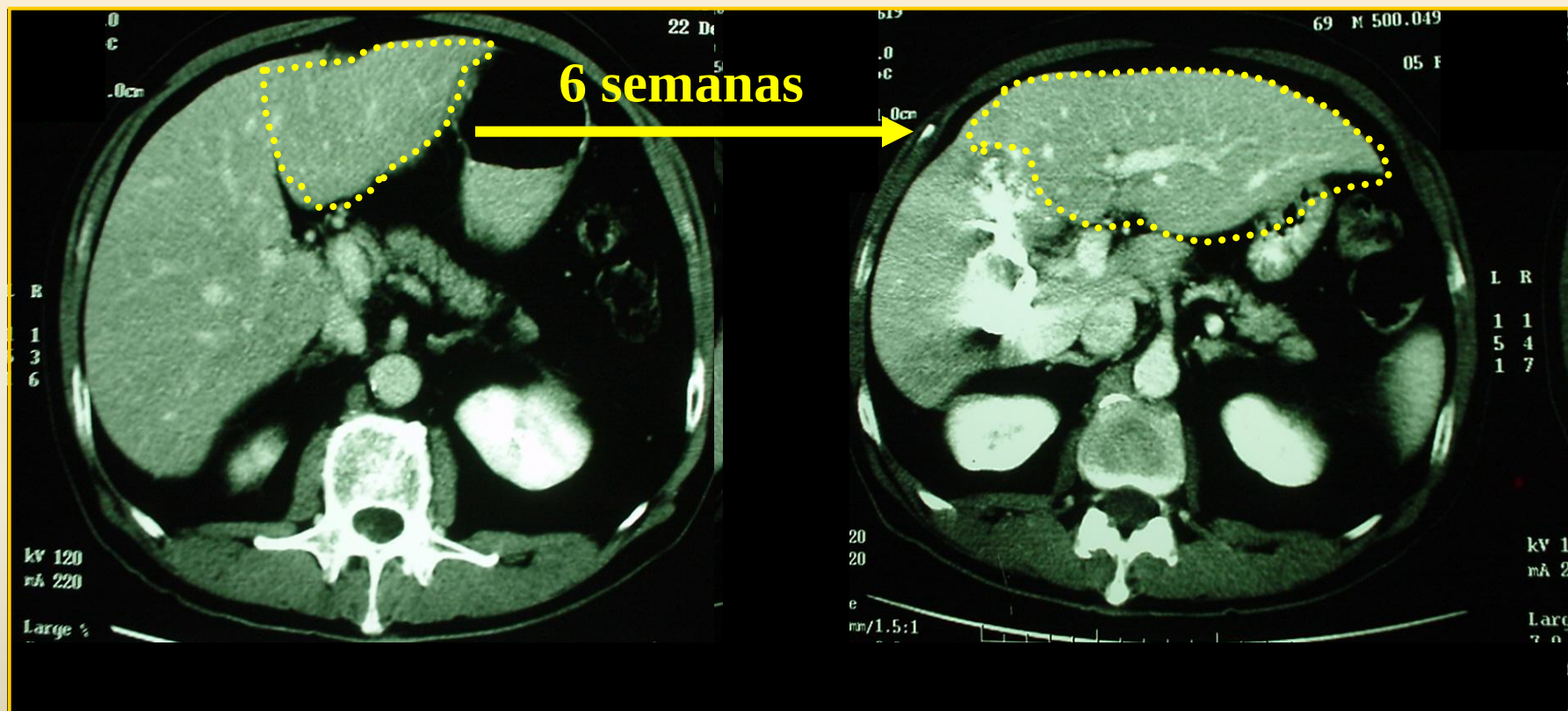
22%

METÁSTASES HEPÁTICAS

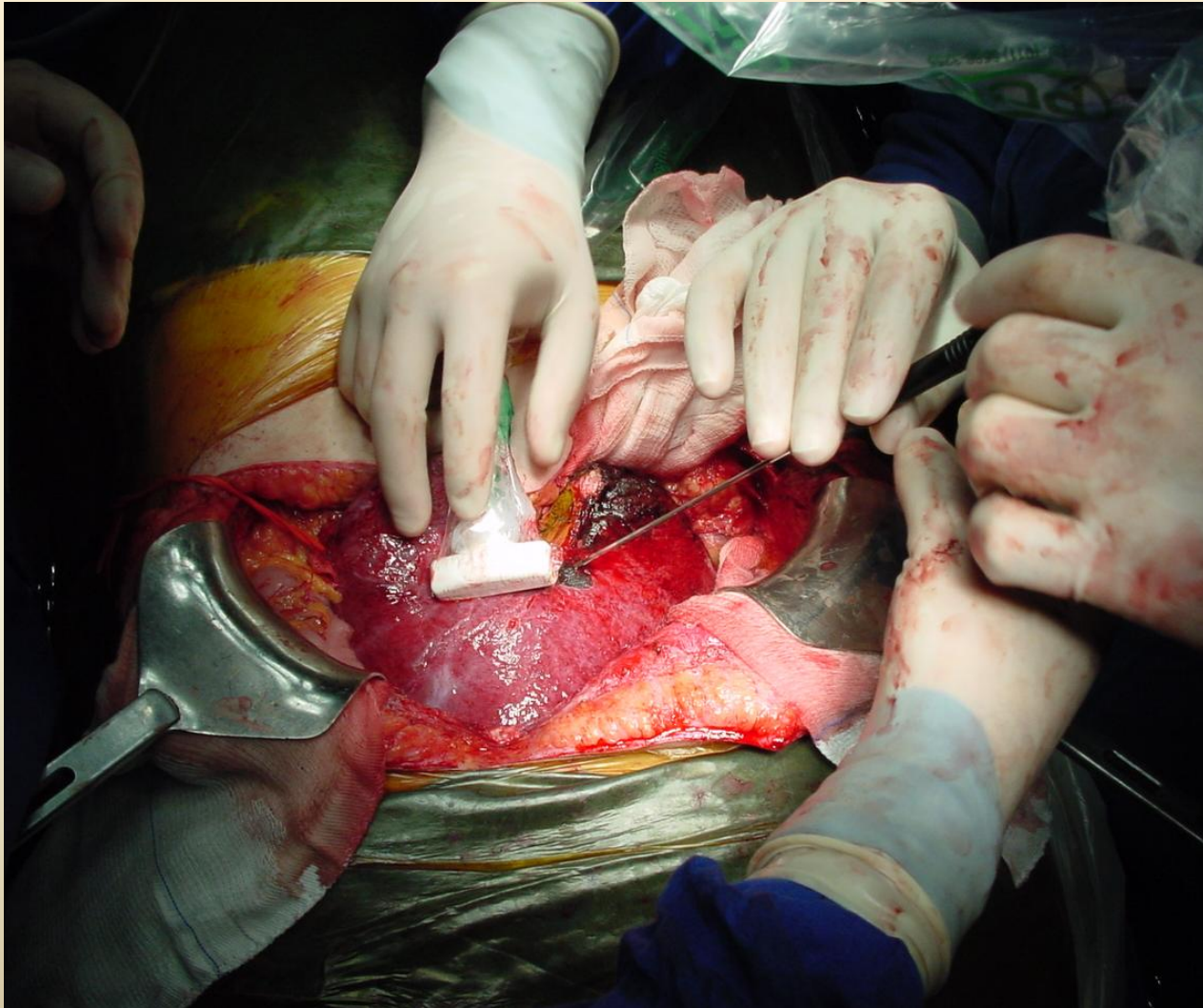
EMBOLIZAÇÃO DO RAMO D DA VEIA PORTA



EMBOLIIZAÇÃO PORTAL SELETIVA

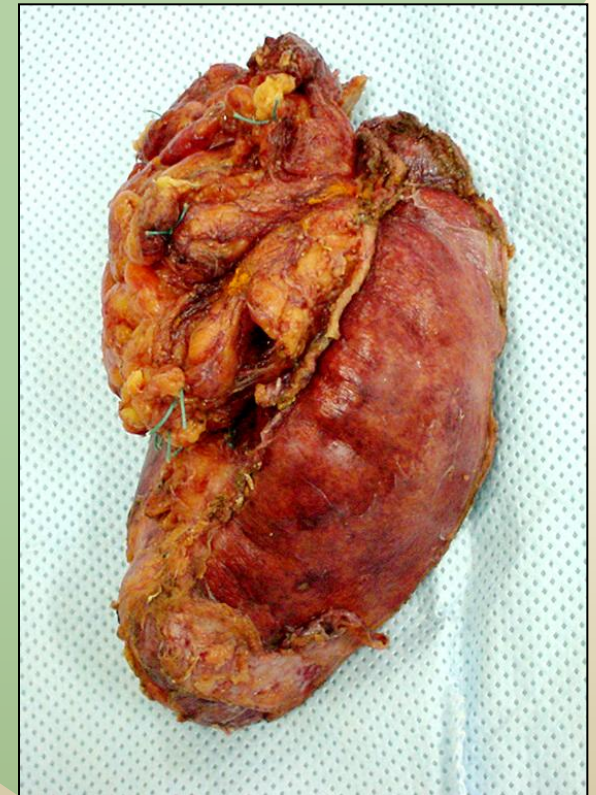


EMBOLIZAÇÃO PORTAL SELETIVA



MÉTÁSTASES HEPÁTICAS

Re-hepatectomia



METÁSTASES HEPÁTICAS DIRETRIZES

- Quimioterapia neoadjuvante ou de conversão parece aumentar a sobrevida global
- Diversos esquemas com 2 medicações parecem ter mesmas taxas de resposta
- Esquemas atuais produzem pCR aproximadas de 5%
- Benefício e qual melhor terapia alvo associada é incerto
- Necessidade de um equipe multidisciplinar e multiprofissional

METÁSTASES HEPÁTICAS

PERSPECTIVAS

- Até 1992 sobrevida em 5 anos CCR metastático: 35%
- Após 1992 a sobrevida em 5 anos: 58%
 - Novas técnicas em anestesia, cirurgia, imagem, CTI, quimioterapias, etc
- Apenas QT ou RFA <20%
- Ideal ressecção cirurgica de todas as lesões
- Ressecção de lesões únicas: sob 5 anos = 71%

METÁSTASES HEPÁTICAS

PERSPECTIVAS

- Maioria das metástases hepáticas são irressecáveis a apresentação
- Ideal: torná-la ressecável: QT, embolização, RFA, outros
- Menos importante o numero e o tamanho inicial das lesões; mais importante a resposta e a viabilidade do fígado restante

METÁSTASES HEPÁTICAS

PERSPECTIVAS

- Taxas de resposta com agentes biológicos associados: acima de 50%
- Regeneração: 2-4 semanas para fígado normal; 6-8 semanas para diabéticos e cirróticos
- 80% do volume hepático pode ser ressecado
- CT-3D para avaliar volume hepático
- Mortalidade cirúrgica de 8%

Quem é o Paciente?

É um ser biológico...

É um ser biográfico...

É um ser simbólico...



**“Aquele que só medicina
sabe, nada sabe de
Medicina.”**

Joseph Letamendi





QUESTÃO PARA PROVA

- Identifique sua folha com nome e número
- Elabore em poucas linhas:
 - Historia de um paciente com quadro clinico que levaria você a investigar possibilidade de metastases hepaticas
 - Proponha os exames que você solicitaria para investigar.