

Tratamento paliativo da obstrução maligna do hilo hepático pela operação de Soupault-Couinaud*

Palliative treatment of the hepatic hilus through Soupault-Couinaud surgery

Marcelo Fernandes Rangel¹, Francisco de Sales M. Pinto², Marcus Valério Maia da Silva², Luanda Karla Dantas Trajano³, Vinícius Souza de Lucena⁴, Felipe Gurgel de Araújo⁴

Resumo

A grande dificuldade, na literatura, para a avaliação dos diferentes métodos utilizados no tratamento paliativo dos tumores irresssecáveis do hilo hepático, foi a inexistência de um parâmetro que tornasse uniforme a linguagem dos seus resultados. Este estudo tem por finalidade analisar os resultados da anastomose colangioentérica intraparenquimatosa (ACEI) no ducto do seguimento III, realizada em 17 pacientes consecutivos, portadores de obstrução maligna do hilo hepático. Para tanto, foi avaliado, dentre outras variáveis, um índice de qualidade de vida, denominado *Índice de Conforto*, que permite a comparação numérica dos resultados. Houve regressão importante da icterícia em 88,2% dos casos, e redução estatisticamente significativa dos níveis séricos das bilirrubinas no pós-operatório ($p < 0,05$). A mortalidade hospitalar foi de 11,8%, e o *Índice de Conforto* foi equivalente a 81,9%. Estes resultados permitem as seguintes conclusões: 1) A técnica proposta representa um método eficiente para resolução da colestase causada por tumores irresssecáveis do hilo hepático; 2) O *Índice de Conforto* de 81,9% credencia o método como adequado para o tratamento paliativo desta afecção.

Palavras-chaves: câncer do hilo hepático; anastomose colangioentérica paliativa; sobrevida; Índice de Conforto

Abstract

The specialized literature has demonstrated that the survival of the patients with malignant jaundice, even when submitted only to palliative treatment, is usually long. The authors present the results of the Soupault-Couinaud's operation, performed as palliative treatment in 17 consecutive patients with malignant jaundice. Among other variables, it was evaluated an index of life quality denominated Comfort Index, allowing for numerical comparison of results. There was an important regression of jaundice in 88.2% of cases, and a statistically relevant reduction of seric levels of bilirubins in the postoperative ($P < 0.05$). Hospital mortality rate was of 11.8%, and the Comfort Index was of 81.9%. These results allow to state that the proposed technique represents an effective method for the resolution of cholestasis due to unresectable tumours of the hepatic hilus and that the Comfort Index of 81.9% proves this method to be an adequate palliative treatment for malignant jaundice.

Key words: cancer of the hepatic hilus; palliative cholangioenteric anastomosis; survival; Comfort Index

Trabalho realizado no Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano - João Pessoa - PB.

1Professor Adjunto do Departamento de Cirurgia do C.C.S. da UFPB. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões e do Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva. Chefe do Serviço de Cirurgia Abdominal do Hospital de Câncer Napoleão Laureano; 2Membro Associado do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Cirurgião do Hospital de Câncer Napoleão Laureano; 3Interno do Curso de Medicina do C.C.S. da UFPB; 4Aluno de Graduação do Curso de Medicina do C.C.S. da UFPB.

Endereço para correspondência: Rua Gal. Aldenor Quinderé, 112 - 58033-500 - Brissamar - João Pessoa - PB.

Introdução

Há décadas, admite-se que a sobrevivência dos pacientes com neoplasias malignas da via biliar principal, submetidos apenas a tratamento paliativo, geralmente é prolongada^(1,2). A mortalidade na maioria dos casos é decorrente de infecção biliar, sepse e insuficiência hepática⁽³⁻⁵⁾.

Este conceito, inicialmente admitido apenas para os tumores de Klatskin⁽²⁾, foi modificado por Bismuth et al.⁽⁶⁾, quando demonstraram que a obstrução maligna do hilo hepático (OMHH) pode ser determinada por neoplasias distintas sob o ponto de vista clínico-patológico, porém passíveis de abordagem terapêutica paliativa semelhante (Figura 1).

As dificuldades de abordagem cirúrgica do hilo hepático em casos de câncer hilar irrissecável e o elevado risco cirúrgico dos pacientes com icterícia obstrutiva propiciaram o desenvolvimento de métodos não cirúrgicos, como a drenagem biliar externa, e a colocação de próteses, por via percutânea ou endoscópica.

Apesar da aparente facilidade técnica, esses métodos apresentam taxas de insucesso superiores a 20%⁽⁷⁾, as próteses obstruem e se deslocam com facilidade, e os índices de mortalidade são elevados, variáveis entre 30% e 52%⁽⁶⁻⁹⁾.

Nos dias atuais, o acesso facilitado a métodos mais avançados permite um diagnóstico mais acurado do câncer do hilo hepático e possibilita um tratamento mais racional, através da ressecção com fins curativos, ou da realização de anastomoses colangiointerísticas intraparenquimatosas (ACEI) como método paliativo, pois somente a exploração cirúrgica permite a confirmação diagnóstica e determina a conduta definitiva neste grupo de pacientes⁽¹⁰⁾.

O objetivo do presente estudo é analisar os resultados da ACEI no ducto do segmento III, por abordagem tangencial ao ligamento redondo (Soupault - Couinaud, 1957)⁽¹¹⁾, no tratamento paliativo da OMHH. Para tanto, foi avaliado, entre outras variáveis, um indicador da eficácia da palição, denominado "Índice de Conforto"⁽⁶⁾, que permite a comparação numérica entre os diferentes métodos paliativos empregados no tratamento do câncer do hilo hepático.

Material e métodos

Foram incluídos neste estudo 17 pacientes consecutivos com OMHH, submetidos a ACEI no ducto do segmento III, num período de quatro anos. Nesta série, houve predominância do sexo feminino (58,8%), e os extremos de idade foram de 42 e 86 anos, com média de 61,4 anos. Todos foram submetidos a ACEI no ducto do segmento III, de acordo com a descrição original de Soupault e Couinaud⁽¹¹⁾. Os achados clínicos predominantes foram: icterícia (100%), prurido (64,7%), dor abdominal (58,8%), emagrecimento (47%) e massa palpável abdominal (41,2%).

Os níveis séricos das bilirrubinas foram determinados nos períodos pré e pós-operatório e submetidos à análise estatística, sendo empregado o teste t de Student, com nível de significância para $p < 0,05$.

O diagnóstico de OMHH foi realizado por meio de ultra-sonografia (USG) e colangiografia transepática (CTE), que demons-

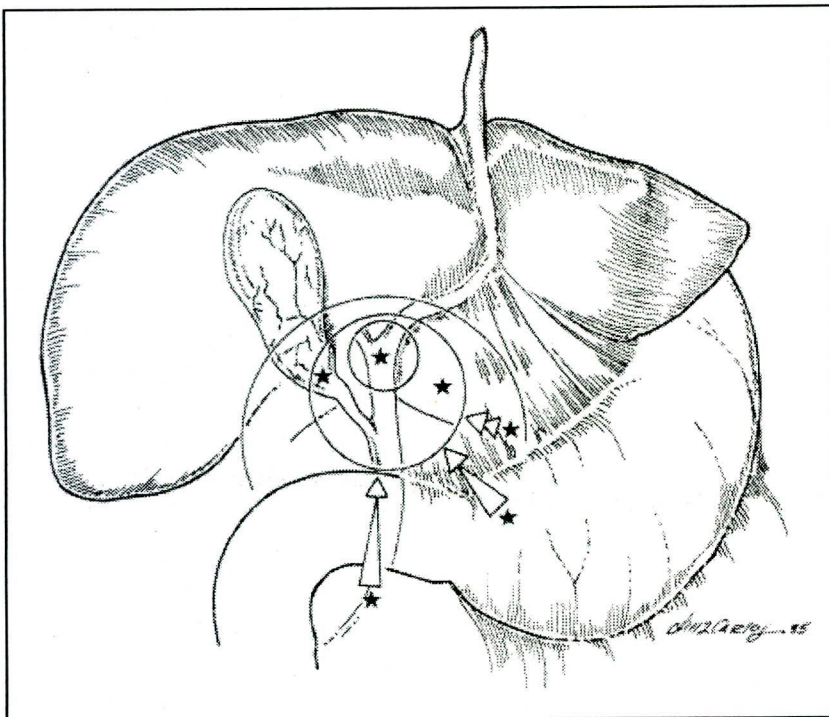


Figura 1 - Câncer do hilo hepático: tumores de Klatskin (círculo menor); tumores que causam invasão direta da via biliar principal (círculo médio); e tumores regionais que comprometem o ducto hepático e sua confluência (círculo maior). Reproduzido e modificado de Bismuth et al., 1988.

traram dilatação das vias biliares intra-hepáticas e ausência de progressão do meio de contraste para o duodeno em todos os casos. Em nove pacientes (52,9%), a CTE demonstrou obstrução ao nível da confluência dos ductos hepáticos (Figura 2).

Em todos os casos, foi possível a identificação do ducto do segmento III do fígado por abordagem tangencial ao ligamento redondo, e a ACEI proposta foi tecnicamente exequível. Após exposição e abertura do ducto hepático, numa extensão de 2 a 3 cm (Figura 3), uma alça jejunal à Y de Roux foi preparada, e confeccionada uma anastomose látero-lateral, com pontos separados de polipropileno cardiovascular 5-0. Em apenas um caso, onde o diâmetro do ducto hepático não correspondia ao demonstrado nos exames de imagem, utilizamos um tubo transepático para tutoramento da anastomose (Figuras 4 e 5).

Além da comparação entre os níveis séricos pré e pós-operatórios das bilirrubinas, foram avaliados a morbimortalidade pós-operatória, a sobrevida e o Índice de Conforto obtidos com o procedimento.

O Índice de Conforto é um indicador da eficácia da palição, proposto por Bismuth et al., em 1988⁽⁶⁾, e determinado pela seguinte equação:

$$\text{Índice de Conforto} = \frac{\text{duração do bem-estar (meses)}}{\text{sobrevida média (meses)}} \times 100$$

O método paliativo é considerado satisfatório, quando o Índice de Conforto aproxima-se ou equivale a 100%.

Resultados

Todos os casos desta série tratavam-se de tumores irresssecáveis que acometiam o hilo hepático, envolvendo um grupo heterogêneo de neoplasias, com características clínicas e patológicas distintas.

A Tabela 1 relaciona os resultados dos exames anatomopatológicos referentes aos 17 pacientes tratados, onde se verifica que apenas 23,6% dos casos tratavam-se de colangiocarcinomas.

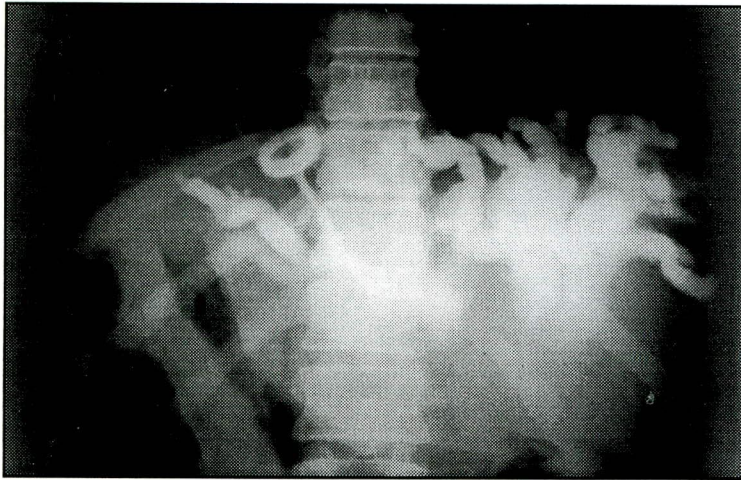


Figura 2 - Colangiografia transepática mostrando obstrução ao nível da confluência dos ductos hepáticos, com comunicação entre os dois lobos.

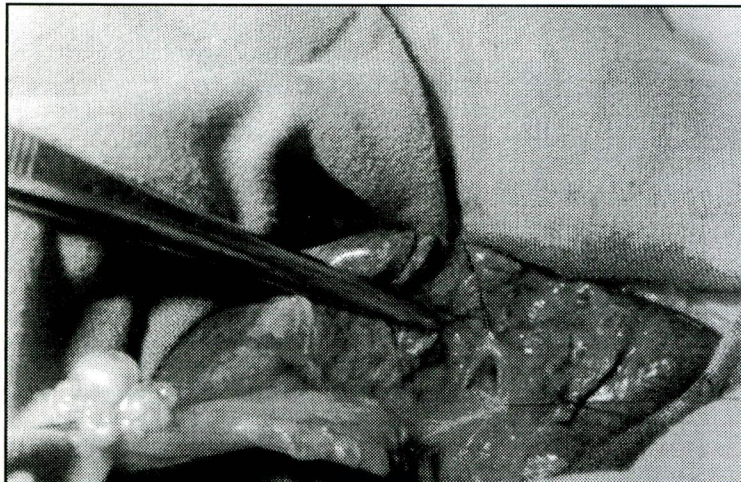


Figura 3 - Ducto hepático esquerdo identificado no segmento III, por abordagem tangencial ao ligamento redondo do fígado (Técnica de Soupault-Couinaud).

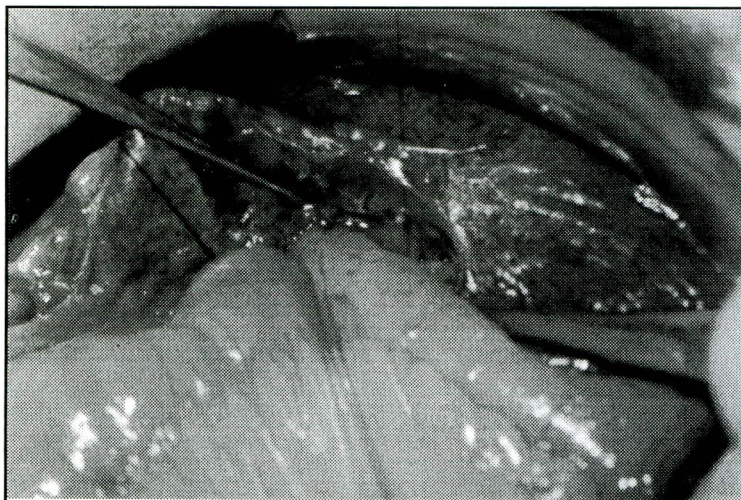


Figura 4 - Aspecto intra-operatório final de ACEI no ducto do segmento III.

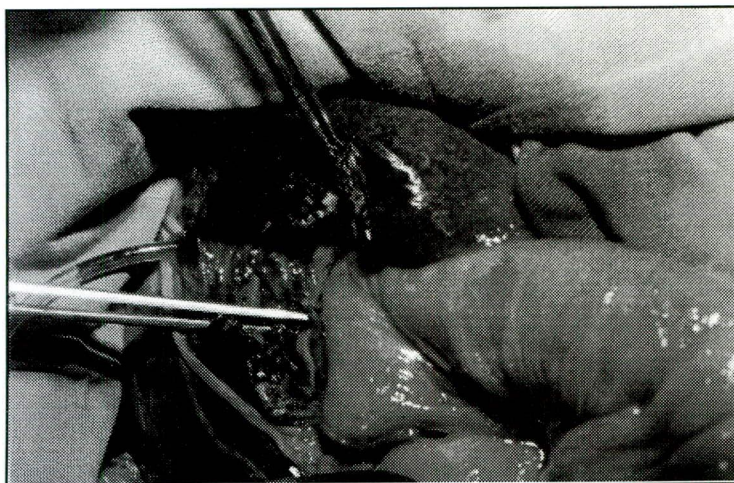


Figura 5 - Aspecto intra-operatório da ACEI no ducto do segmento III, tutorada por tubo transepático.

Seis pacientes apresentaram complicações pós-operatórias (35,3%) para um total de 11 (64,4%), conforme demonstrado na Tabela 2. Em dois pacientes, não houve regressão da icterícia, e ambos desenvolveram colangite, sepse e insuficiência renal, evoluindo para o óbito, o que determina uma mortalidade hospitalar de 11,8%. Houve regressão importante da icterícia e redução estatisticamente significativa dos valores médios das bilirrubinas ($p < 0,05$) nos pacientes restantes (88,2%), quando comparados aos valores médios pré-operatórios (Tabela 3).

Tabela 1 - Distribuição dos pacientes portadores de OMHH, de acordo com o tipo histopatológico da neoplasia

Histopatológico	Nº de pacientes	%
Adenocarcinoma ductal das vias biliares	4	23,6
Adenocarcinoma metastático de origem não identificada	4	23,6
Adenocarcinoma metastático da vesícula biliar	3	17,7
Adenocarcinoma metastático de origem pancreática	3	17,7
Adenocarcinoma metastático de ovário	1	5,8
Carcinoma epidermóide metastático (neoplasia primária do esôfago)	1	5,8
Exame anatomopatológico inconclusivo	1	5,8
Total	17	100,0

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes portadores de OMHH submetidos a ACEI no ducto do segmento III, de acordo com as complicações pós-operatórias (até o 3º P.O.)

Complicação	Nº de casos	%
* Colangite	2	11,8
* Insuficiência renal	2	11,8
* Sepse	2	11,8
Fístula biliar	1	5,8
Broncopneumonia	1	5,8
Hematêmese	1	5,8
** Evisceração	1	5,8
** Infecção da ferida	1	5,8
Total	11	64,4

*Os pacientes que apresentaram colangite são os mesmos que evoluíram com insuficiência renal, sepse e óbito.

**O mesmo paciente apresentou evisceração e infecção da ferida operatória.

***Seis pacientes (35,3%) apresentaram complicações, para um total de 11 (64,4%).

A sobrevida variou de três a 23 meses, com média de 8,3 meses. O período livre de sintomas (duração do bem-estar) oscilou entre 2 a 23 meses, com média de 6,8 meses.

O Índice de Conforto, de acordo com a equação apresentada, foi equivalente a 81,9% (Tabela 4).

Discussão

As estenoses altas dos ductos biliares representam, indiscutivelmente, um dos problemas mais complexos da cirurgia hepatobiliar. Embora existam várias alternativas terapêuticas para a derivação biliar, nos casos de estenoses inflamatórias, traumáticas ou neoplásicas dos ductos biliares, os resultados são controversos, e nem sempre satisfatórios^(12, 13).

A maioria dos casos de estenoses altas das vias biliares de natureza benigna é decorrente de lesões acidentais das vias biliares em operações prévias⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Nesses casos, as dificuldades de abordagem cirúrgica do hilo hepático levaram vários pesquisadores a desenvolverem técnicas que contornassem o problema do acesso direto à região hilar e possibilitassem a identificação dos canais hepáticos em situação intraparenquimatosa^(11, 17-20).

Além desse aspecto, a experiência acumulada demonstrou que as hepaticojejunostomias clássicas realizadas em ductos hepáticos fibróticos ou de pequeno diâmetro apresentam uma elevada incidência de estenose pós-operatória⁽¹²⁾.

A abordagem do ducto hepático esquerdo na placa hilar, técnica descrita por Hepp e Couinaud⁽¹⁹⁾, obteve grande aceitação por parte dos cirurgiões que se dedicam à cirurgia hepatobiliar, particularmente nos casos de estenoses benignas da via biliar principal⁽¹⁶⁾. Além da situação anatômica favorável, o ducto hepático esquerdo dificilmente é exposto a trauma cirúrgico nas operações rotineiras das vias biliares, e geralmente apresenta um diâmetro superior ao do ducto hepático direito. Isso permite sua exposição numa extensão suficiente para realizar anastomoses seguras e de excelente diâmetro (1,5 a 3 cm), adicionada à vantagem de

Tabela 3 - Níveis séricos da bilirrubina total, nos períodos pré e pós-operatório de pacientes portadores de OMHH, submetidos a ACEI no ducto do segmento III do fígado

Bilirrubina total (mg/dl)	Pré-operatório		Pós-operatório	
	Nº	%	Nº	%
até 5	1	5,8	8	53,4
5,1 - 10	2	11,8	7	46,6
10,1 - 15	4	23,6	-	-
15,1 - 20	5	29,4	-	-
> 20	5	29,4	-	-
Total	17	100	15	100

*Valores médios: pré-operatório = 17,9; pós-operatório = 4,7

**Diferença estatisticamente significativa, quando comparados os valores médios ($p < 0,05$)

Tabela 4 - Análise da regressão da icterícia, sobrevida e Índice de Conforto no pós-operatório dos pacientes que obtiveram alta hospitalar

Nº de pacientes	Regressão da icterícia (%)	Sobrevida média (meses)	Sobrevida s/sintomas meses	Índice de Conforto (%)
15	100,0	8,3	6,8	81,9

que as suturas são executadas em tecido normal. Permite, ainda, que essas anastomoses sejam tutoradas por tubos transepáticos, o que reduziria a incidência de colangite e estenose pós-operatórias^(13, 16).

Estes mesmos princípios devem ser observados para as ACEI, nos casos de OMHH, porém com a diferença fundamental de que, nestes pacientes, a obstrução da anastomose ocorre, quase que invariavelmente, por infiltração ou recidiva tumoral⁽¹²⁾.

Em virtude deste último aspecto, alguns autores desaconselham a abordagem do ducto hepático esquerdo pela placa hilar, nos casos de OMHH, e afirmam que as ACEI são mais seguras e exequíveis, quando executadas a uma distância razoável da lesão maligna⁽²¹⁾. Além das comprovadas dificuldades técnicas, existe a possibilidade de realizar a ACEI em ductos hepáticos comprometidos por infiltração tumoral microscópica, com subsequente obstrução precoce da anastomose⁽¹²⁾.

Bismuth et al.⁽⁶⁾ ressaltam que o câncer do hilo hepático é representado por um grupo heterogêneo de neoplasias, que envolve desde tumores primários das vias biliares até tumores metastáticos de origem gástrica, ou pancreática. Entretanto, à medida que acometem o hilo hepático, impõem métodos terapêuticos semelhantes.

Ambas as assertivas foram corroboradas pelo presente estudo, onde, em 17 casos consecutivos de OMHH, apenas 23,6% foram confirmados histologicamente como adenocarcinoma ductal das vias biliares (Tabela 1).

Assim, pode-se justificar a multiplicidade de métodos utilizados no tratamento da OMHH, os quais podem variar desde a simples drenagem externa percutânea até a hepatectomia total seguida de transplante⁽¹⁰⁾.

A ressecção radical continua sendo considerada, por vários autores, como a melhor opção terapêutica para os casos de OMHH^(4,6,22,23), embora outros afirmem que apenas os tumores primários da via biliar principal são passíveis de ressecção curativa⁽²⁴⁻²⁶⁾. O grande óbice reside, ainda, no baixo índice de ressecabilidade verificado por ocasião do diagnóstico e da exploração cirúrgica.

Shimada et al.⁽⁵⁾ conseguiram realizar ressecções radicais em 19,2% dos casos de uma série de 42 pacientes. Bismuth et al.⁽⁶⁾, analisando retrospectivamente 178 pacientes portadores de câncer do hilo hepático, concluíram que a ressecção pode ser considerada radical em apenas 10,1% dos casos. Reding et al.⁽²⁷⁾, revisando 307 casos de colangiocarcinomas, de diferentes centros especializados, identificaram um nível de 31,9% de ressecabilidade. Autores japoneses têm conseguido índices de ressecabilidade superiores a 70% em casos de colangiocarcinomas da confluência dos ductos hepáticos, com sobrevida correspondente mais longa⁽²⁸⁾. Entretanto, seus resultados não foram reproduzidos em outros centros de cirurgia hepática.

É evidente que os índices de ressecabilidade do câncer do hilo hepático apresentam uma

tendência a aumentar, a partir dos avanços dos métodos de diagnóstico, das modernas técnicas de ressecção hepática e dos progressos relacionados ao suporte clínico dos pacientes^(5, 23, 29). Apesar desta constatação, observa-se que a média dos índices referidos na literatura especializada não se elevou de forma significativa, mantendo-se em níveis ligeiramente superiores a 30%. Desta forma, pode-se inferir que cerca de 70% dos pacientes portadores de OMHH serão submetidos a tratamento paliativo, cujo objetivo principal é a resolução da icterícia obstrutiva.

A drenagem externa percutânea (DEPC) foi desenvolvida a partir dos bons resultados da colangiografia percutânea transepática (CPTe), e proposta inicialmente com o objetivo de ocluir o trajeto da punção no parênquima hepático, minimizando suas complicações.

Nakayama et al.⁽³⁰⁾ admitem que, em casos de OMHH, a DEPC pode ser indicada nas seguintes situações: distúrbios da coagulação e da função renal, alterações hematológicas, prurido de grande intensidade, e, sobretudo, como método de descompressão biliar pré-operatória, no sentido de permitir a correção de distúrbios metabólicos e hemáticos, e reduzir a morbimortalidade pós-operatória. Estes autores, em estudo retrospectivo, observaram uma redução da mortalidade operatória de 28,3% nos pacientes submetidos apenas ao tratamento cirúrgico, para 8,2% nos casos precedidos de DEPC. Entretanto, seus resultados não foram confirmados por estudos controlados, que falharam em demonstrar redução da morbimortalidade em pacientes submetidos a DEPC previamente à operação^(31, 32).

Apesar da facilidade técnica de execução, a DEPC apresenta inúmeras desvantagens⁽⁵⁾, perda de líquidos, eletrólitos e sais biliares, com subsequente desnutrição; necessidade de trocas repetidas do catéter por obstrução; e possibilidade de desenvolvimento de fístulas, colangite e sepse por infecção biliar. Bismuth et al.⁽⁶⁾ afirmam ainda que o emprego de métodos paliativos temporários, quer percutâneos ou endoscópicos, reduz as possibilidades de sucesso da subsequente res-

secção, e aumenta significativamente os índices de complicações intra-operatórias e de infecção biliar. Além disso, a DEPC pré-operatória diminui o calibre dos ductos biliares, dificultando a realização das ACEI nos casos de tumores irresssecáveis do hilo hepático⁽³³⁾.

Considerando as inúmeras complicações e os resultados controversos da DEPC como método temporário ou definitivo de descompressão biliar^(7,30), o desenvolvimento do método de drenagem interna percutânea (DIPC) por meio de endopróteses representou uma conseqüência lógica. O método não apresenta os inconvenientes da permanência de um tubo externo, seguramente uma vantagem sobre a DEPC, porém permanecem os riscos de fístulas, coleperitônio e hemorragia, relacionados à punção do parênquima hepático⁽³⁴⁾. De qualquer forma, a DIPC não apresentou resultados convincentes, com índices de complicações que oscilam entre 12,2% e 22% e de mortalidade entre 17% e 38%^(8,34).

A drenagem biliar interna realizada por meio de próteses posicionadas por via endoscópica (DBIE) foi proposta inicialmente por Laurence e Cotton⁽³⁵⁾, apoiados nos bons resultados da colangiografia endoscópica retrógrada como método de confirmação radiológica e citológica da OMHH, e da papilotomia endoscópica como método de drenagem biliar em portadores de neoplasias obstrutivas da papila de Vater. Além disso, a DBIE dispensa a punção hepática transcutânea, eliminando completamente as complicações dos procedimentos de drenagem percutânea externa ou interna relacionadas ao trajeto da punção no parênquima hepático⁽³⁴⁾. Entretanto, sua aplicação nas lesões altas da via biliar é limitada, e os índices de colangite e mortalidade hospitalar são elevados⁽⁵⁾.

Cotton⁽⁷⁾, sem correlacionar claramente a localização do tumor com a falha da DBIE, observou 21,7% de insucessos em 23 casos de OMHH. Dentre os pacientes em que a endoprótese foi posicionada adequadamente, 33,3% desenvolveram colangite e faleceram em conseqüência de sepse. Outros autores observaram que o emprego da DBIE é mais favorável para os tumores da papila de Vater e do colédoco distal, em comparação

aos tumores localizados no terço médio da via biliar principal e na confluência dos ductos hepáticos. Os índices de mortalidade até 30 dias após a DBIE, considerando as quatro localizações, foram 0%, 12%, 22% e 24%, respectivamente. Os de colangite foram 0%, 8%, 29% e 42%, respectivamente⁽³⁶⁾. Esses dados demonstram claramente que os melhores resultados da DBIE foram obtidos nos casos de tumores do colédoco distal e da papila de Vater, justamente os que apresentam melhor prognóstico com o tratamento cirúrgico, pelas condições favoráveis que oferecem para a ressecção radical.

Na América Latina, Praderi et al.⁽¹²⁾ introduziram a técnica da intubação cirúrgica transtumoral (ICTT), para o tratamento paliativo da OMHH. O método foi popularizado por Terblanche e Low⁽³⁷⁾ a partir de 1973, quando relataram 15 casos de OMHH tratados prospectivamente por ICTT com “tubos em U”, e identificaram um índice de 66,6% de sobrevida superior a um ano.

O principal argumento dos que defendem a ICTT sem ressecção tumoral é a constatação do crescimento habitualmente lento dos colangiocarcinomas^(1,2), o que permite a realização de cirurgias tecnicamente menos complexas, complementadas por radioterapia^(37,38). Outra vantagem da ICTT seria a possibilidade de avaliação cirúrgica da ressecabilidade, além de permitir a colocação de tubos de maior diâmetro, que apresentam índices de obstrução menores do que as próteses radiológicas ou endoscópicas.

Os “tubos em U” podem ser trocados com relativa facilidade, quando os pacientes desenvolvem colangite, porém apresentam alguns inconvenientes⁽⁵⁾: a permanência de um tubo externo, a dependência médico-hospitalar para monitorizar a patência ou para a troca do tubo, e a possibilidade de extravasamento biliar no orifício de emergência hepática, nos casos de grandes fígados colestáticos, que, por diminuir a estase após a descompressão, poderiam ocasionar o deslocamento do tubo e a permanência de algum orifício aberto em peritônio livre. Em relação a este último aspecto, é interessante ressaltar a contribuição técnica de Pereira-Lima et al.⁽³⁹⁾ que acondicionaram, no trajeto extra-hepático

entre a superfície hepática e a pele, dreno de Penrose envolvendo o tubo, no intuito de gerar maior reação tecidual e permitir a formação do eventual trajeto fistuloso, evitando o extravasamento biliar na cavidade peritoneal.

De qualquer forma, a experiência de Bismuth et al.⁽⁶⁾ demonstrou que em termos de sobrevida, duração do bem-estar e Índice de Conforto, os resultados obtidos com as técnicas de drenagem e com a ICTT são marcadamente inferiores aos obtidos com as ACEI.

A partir da publicação de Longmire e Sandford⁽⁷⁾ e dos estudos da segmentação hepática realizados por Couinaud⁽⁴⁰⁾, várias modalidades de ACEI foram descritas na literatura^(11, 18-20).

Do ponto de vista técnico, alguns aspectos merecem consideração. A necessidade de sustentação das anastomoses colangioentéricas por tubos transepáticos, no intuito de reduzir a ocorrência de colangite e estenose pós-operatórias, tem sido defendida por alguns autores^(10, 12, 13, 39).

Este procedimento foi utilizado apenas em um paciente desta série, não permitindo correlação nítida entre a não utilização de tubos transanastomóticos e a incidência de complicações pós-operatórias. O índice de colangite foi de 11,8%, semelhante aos referidos na literatura para as ACEI (7,4% a 23%), e inferior aos relatados para os métodos de intubação e drenagem, que variam de 14% a 35,3%^(5, 6). Assim, pode-se afirmar que o emprego de tubos transepáticos é desnecessário em anastomoses colangioentéricas de bom diâmetro (1,5 cm ou mais) realizadas em ductos hepáticos livres de comprometimento neoplásico ou inflamatório particularmente, em pacientes cuja perspectiva de sobrevida é curta, o que é aplicável a todos os casos desta série.

Um aspecto controverso é a indicação de derivação bilateral como procedimento inicial, em casos onde o tumor causa a separação dos lobos hepáticos. Longmire et al.⁽²⁴⁾ afirmaram que a ACEI só é efetiva, quando existe comunicação entre os dois lobos. No

entanto, o crescimento adicional do tumor na confluência dos ductos hepáticos pode condicionar a separação dos lobos após a realização da ACEI. Nesta circunstância, os segmentos hepáticos que se encontravam em comunicação com a luz entérica e posteriormente foram obstruídos oferecem condições para o desenvolvimento de infecção⁽¹⁰⁾. Porém, de acordo com Bismuth e Corlette⁽⁴¹⁾, a infecção do lobo não drenado é rara, e, quando apenas a confluência principal é obstruída, a derivação unilateral à esquerda representa a melhor opção, com resultados plenamente satisfatórios no que se refere à resolução da icterícia.

Outro ponto controverso seria a quantidade de parênquima hepático a ser drenado, o que, em determinadas situações, justificaria a derivação bilateral. Entretanto, já foi demonstrado que a drenagem de 30% a 40% de parênquima hepático funcionantes é suficiente para redução da bilirrubinemia^(6, 41).

Os resultados deste estudo confirmam esta afirmação: em nenhuma oportunidade, foi realizada ACEI bilateral, e houve regressão importante da icterícia em 88,2% dos casos.

A maior dificuldade, na literatura, para avaliar a eficácia dos métodos de tratamento paliativo utilizados na OMHH, foi a inexistência de um parâmetro que tornasse uniforme a linguagem dos seus resultados. A partir da década de 80, pelo menos, dois índices de qualidade de vida foram propostos com a finalidade de permitir esta avaliação: o de Evander et al.⁽⁴²⁾, e o Índice de Conforto proposto por Bismuth et al., em 1988. O primeiro avalia o número de pontos assinalados pelo paciente, pelo menos durante 75% do tempo de vida restante, de acordo com os seguintes aspectos: precária condição geral, acamado todo o tempo (1 ponto); má condição geral, hospitalizações frequentes (2 pontos); condição geral satisfatória, hospitalizações ocasionais, incapaz para o trabalho (3 pontos); boa condição geral, capaz de trabalhar ocasionalmente (4 pontos).

No presente estudo, foi utilizado o Índice de Conforto⁽⁶⁾, por incluir, na avaliação da qualidade de vida, o desaparecimento da

icterícia e do prurido (duração do bem-estar), a nosso ver, parâmetros estritamente relacionados à efetividade do método paliativo empregado.

Assim, de acordo com os resultados obtidos e considerados os parâmetros empregados, pode-se concluir que: (1) a ACEI no ducto do segmento III, por abordagem tangencial ao ligamento redondo, é tecnicamente exequível, quando os exames por imagem demonstram dilatação das vias biliares intra-hepáticas; (2) a técnica, mesmo executada em apenas um lobo hepático, representa um método eficiente para resolução da colestase, o que foi comprovado pela regressão da icterícia em 88,2% dos casos, e pela redução estatisticamente significativa dos níveis séricos das bilirrubinas no pós-operatório; (3) o Índice de Conforto de 81,9% credencia o método como adequado no tratamento paliativo da OMHH.

Referências Bibliográficas

1. Altemeier, W.A.; Gall, E.A.; Zininger, M.M.; Hoxworth, P.I. - Sclerosing carcinoma of the major intrahepatic biliary ducts. *Arch Surg*, 75: 450-461, 1957.
2. Klatskin, G. - Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. An unusual tumor with distinctive clinical and pathological features. *Am J Med*, 38: 241-256, 1965.
3. Hunt, D.R.; Allison, M.E.M.; Prentice, C.R.M.; Blumgart, L.H. - Endotoxemia, disturbance of coagulation and obstructive jaundice. *Am J Surg*, 144: 325-329, 1982.
4. Blumgart, L.H.; Benjamin, T.S.; Hadjis, N.S.; Beazley, R. - Surgical approaches to cholangiocarcinoma at confluence of hepatic ducts. *Lancet*, 14: 66-70, 1984.
5. Shimada, H.; Niimoto, S.; Matsuba, A.; Nakagawara, G.; Kobayashi, M.; Tsuchiya, S. - Experience with intrahepatic cholangiostomy for unresectable carcinoma of the hepatic hilus. *Int Surg*, 73: 1-5, 1988.
6. Bismuth, H.; Castaing, D.; Traynor, O. - Resection or palliation: priority of treatment of hilar cancer. *World J Surg*, 12: 39-47, 1988.
7. Cotton, P.B. - Duodenoscopic placement of biliary prosthesis to relieve malignant obstructive jaundice. *Br J Surg*, 69: 501-503, 1982.
8. Dooley, J.S.; Dick, R.; Irving, D.; Olney, J.; Sherlock, S. - Relief of bile duct obstruction by the percutaneous transhepatic insertion of an endoprosthesis. *Clin Radiol*, 32: 163-172, 1981.
9. Burcharth, F.; Efsen, F.; Christiansen, L.A. et al. - Nonsurgical internal biliary drainage by endoprosthesis. *Surg Gynecol Obstet*, 857-860, 1981.
10. Pereira-Lima, L.; Waechter, F.L. - Conduta nos colangiocarcinomas do hilo hepático. In: Pereira-Lima, L. (Ed.) *Condutas na cirurgia hepatobiliopancreática*. Rio de Janeiro: Editora Medsi, pp. 207-222, 1995.
11. Soupault, R.; Couinaud, C. - Sur un procédé nouveau de dérivation biliaire intra-hepatique - Les cholangiojéjunostomies gauches sans sacrifice hépatique. *Presse Med*, 65: 1157-1159, 1957.
12. Praderi, R.C.; Estefan, A.F.; Tiscornia, E. - Transhepatic intubation in benign and malignant lesions of the biliary ducts. *Curr Prob Surg*, 22: 1-88, 1985.
13. Pereira-Lima, L. - Importância dos tubos transepáticos no tratamento cirúrgico das lesões altas da via biliar principal. Tese de Livre Docência. Porto Alegre, RS, 1989.
14. Pappalardo, G.; Correnti, S.; Mobarhan, S. et al. - Long-term results of Roux-en-y hepaticojejunostomy and hepaticojejunoduodenostomy. *Ann Surg*, 196: 149-152, 1982.
15. Spsini, R.; Lijoi, C.; Nervi, M.; Caldarelli, G.F.; Colizzi, C. - L'epatico-digiunostomia su ansa alla Roux nella

patologia benigna della via biliare principale. *Miner Chirur*, 44: 1547-1551, 1989.

16. Pereira-Lima, L. - Biliary reconstruction in benign postoperative stricture with trashepatic tubes. *Am J Surg*, 164: 124-128, 1992.
17. Longmire, W.P.; Sandford, M.C. - Intrahepatic cholangiojejunostomy with partial hepatectomy for biliary obstruction. *Surgery*, 24: 264-276, 1948.
18. Dogliotti, A.M.; Fogliati, E. - Operations for fibrous stenosis of the common bile duct. *Surgery*, 1: 69-79, 1954.
19. Hepp, J; Couinaud, C. - L'abord et l'utilisation du canal hépatique gauche dans les réparations de la voie biliare principale. *Presse Med*, 64: 947-948, 1956.
20. Prioton, J.B.; Bernard, J.H.; Serrou, B. - La double cholangio-jéjunostomie périphérique (droite e gauche) dans le traitement des cancers primitifs du confluent billiaire supérieur. *Montpellier Chir*, 14: 317-355, 1968.
21. Blumgart, L.H.; Kelley, C.L. - Hepaticojejunostomy in benign and malign bile duct stricture: approaches to the left hepatic ducts. *Br J Surg*, 71: 257-261, 1984.
22. Gilmartin, D.; Osborne, D.H.; Lane, B.E. - Biliary decompression via a left hepatic duct. *I.J.M.S.* 1985; (october): 397-400.
23. White, T.T. - Skeletization resection and central hepatic resection in the treatment of bile duct cancer. *World J Surg*, 12: 48-51, 1988.
24. Longmire, W.P.; McArthur, M.S.; Bastounis, E.A.; Hiatt, J. - Carcinoma of the extrahepatic biliary tract. *Ann Surg*, 178: 333-345, 1973.
25. Camprodon, R.; Salva, J.A.; Jornet, J.; Guerrero, J.A. - Successfull resection of carcinoma of the common hepatic duct at its superior bifurcation. *Am J Surg*, 128: 433-435, 1974.
26. Launois, B.; Campion, J.P.; Brissot, P.; Gosselin, M. - Carcinoma of the hepatic hilus: surgical management and the case for resection. *Ann Surg*, 190: 151-157, 1979.
27. Reding, R.; Buard, J.L.; Lebeau, G.; Lanouis, B. - Surgical management of 552 carcinomas of the extrahepatic bile ducts (Gallbladder and periampulary tumor excluded). *Ann Surg*, 23:236-24, 1991.
28. Tashiro, S.; Tsuji, T.; Kanemitsu, K.; Kamimoto, Y.; Hiraoka, T.; Miyauchi, Y. - Prolongation of survival for carcinoma at the hepatic confluence. *Surgery*, 113: 270-278, 1993.
29. Lygidakis, N.J.; Heyde, M.N.; Houthoff, H.J. - Surgical approaches to the management of primary biliary cholangiocarcinoma of the porta hepatis: The decision making dilemma. *Hepato-Gastroenterol*, 35: 262-267, 1988.
30. Nakayama, T.; Ikeda, A.; Okuda, K. - Percutaneous transhepatic drainage of the biliary tract. *Gastroenterology*, 74: 554-559, 1978.
31. Hatfield, A.R.W.; Terblanche, J.; Fa-taar, S. et al. - Preoperative biliary drainage in obstructive jaundice: a prospective controlled clinical trial. *Lancet*, 2: 896-899, 1982.
32. McPherson, G.A.D.; Benjamin, I.S.; Hodgson, H.J.F.; Bowley, N.B.; Allison, D.J.; Blumgart, L.H. - Preoperative percutaneous transhepatic biliary drainage: The results of a controlled trial. *Br J Surg*, 71: 371-375, 1984.
33. Malt, R.A.; Warshaw, A.L.; Jamieson, C.G.; Hawk III, J.C. - Left intrahepatic cholangiojejunostomy for proximal obstruction of the biliary tract. *Surg Gynecol Obstet*, 150: 193-197, 1980.

34. Ottow, R.T.; August, D.A.; Sugarbaker, P.H. - Treatment of proximal biliary tract carcinoma: An overview of techniques and results. *Surgery*, 97: 251-262, 1985.
35. Laurence, B.H.; Cotton, P.B. - Decompression of malignant biliary obstruction by duodenoscopic intubation of bile duct. *Br Med J*, 23: 522-523, 1980.
36. Huibregtse, K.; Tygat, G.N.T. - Endoscopic placement of biliary prosthesis. In: Salmon, P. (Ed.) *Advances in gastrointestinal endoscopy*. London: Chapman e Hall Ltd. 1984; pp. 219-231.
37. Terblanche, J.; Low, J.H. - U-tube drainage in the paliative therapy of carcinoma of the main hepatic duct junction. *Surg Clin N Am*, 53: 1245-1256, 1973.
38. Tsuzuki, T.; Uekusa, M. - Carcinoma of the proximal bile ducts. *Surg Gynecol Obstet*, 146: 933-943, 1978.
39. Pereira-Lima, L.; Falavigna, L.; Kalil, A.N. - Drainage auxilliaire sur le parcours intrapéritoneal des tubes transhépatiques dans les sténoses benignes de la voie biliaire principale. *J Chirurg (Paris)*, 128: 153-155, 1991.
40. Couinaud, C. - Lobes et segments hépatiques. Notes sur l'architecture anatomique et chirurgicale du foie. *Presse Med*, 62: 709-712, 1954.
41. Bismuth, H.; Corlette, M.B. - Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. *Sur Gynecol Obstet*, 140: 170-178, 1975.
42. Evander, A.; Fredlung, P.; Hoevels, J.; Ihse, I.; Bengmark, S. - Evaluation of agressive surgery for carcinoma of the extrahepatic bile duct. *Ann Surg*, 191: 23-29, 1980.