

# TUMORES DO PÂNCREAS

## Terapêutica Endoscópica das Estenoses Malignas da Via Biliar Principal com Endopróteses

M. LIBERATO, C. ROMÃO, C. DUARTE, A. FIGUEIREDO, M. QUINA  
Clínica Universitária de Medicina Interna e Gastrenterologia. Hospital Pulido Valente. Lisboa

### RESUMO

De Setembro de 1987 a Abril de 1994 introduziram-se 144 endopróteses biliares (81 homens e 63 mulheres, com idade média de 68.7 anos) em doentes com estenose da via biliar principal por tumor pancreático. Foram colocadas 135 próteses plásticas de 10 e 12 French e 9 próteses metálicas de grande calibre (30 French). A complicação mais frequente das próteses plásticas é a obstrução (16%); este problema foi resolvido com a introdução das próteses metálicas cuja principal limitação é o seu custo. A mortalidade, morbidade e duração de hospitalização na terapêutica endoscópica, são inferiores às observadas na anastomose bilio-digestiva cirúrgica, sendo a sobrevida média dos doentes, idêntica nos dois métodos endoscopia/cirúrgica.

### SUMMARY

#### Tumors of Pancreas

From September 1987 to April 1994, 144 biliary endoprosthesis were introduced (81 male; 63 female; mean age 68.7 years) in patients presenting distal stricture of the common bile duct by pancreatic tumors. 135 plastic (10 and 12 French) and 9 metallic (30 French) prostheses were placed. The most common complication associated with plastic prostheses is clogging (16%); this problem was solved with the use of metallic prosthesis, which is limited by their high cost. The mortality and morbidity are lower and the time hospital discharge is shorter until, than the ones associated with bilio-digestive anastomosis; mean survival is similar with two procedures endoscopy/surgery.

### INTRODUÇÃO

O cancro do pâncreas tem a esperança de vida mais baixa (3%) dos tumores malignos do aparelho digestivo<sup>1</sup>.

Apesar dos progressos na quimioterapia e outros tratamentos, a ressecção destes tumores é a única possibilidade de cura. Alguns resultados encorajadores na ressecção, com sobrevidas aos cinco anos de 18%<sup>2</sup> e de 30% quando os tumores têm  $\leq 2$  cm Ø.

Embora a incidência do cancro do pâncreas tenha permanecido inalterável nos últimos 15 anos, a mortalidade global diminuiu significativamente<sup>1</sup>; estas

alterações devem-se a melhoria técnica na cirurgia pancreática e aos avanços no diagnóstico que permitem um melhor estadiamento.

A taxa de ressecabilidade em doentes com carcinoma do pâncreas submetidos a cirurgia varia de 5 a 25%<sup>4,5</sup>.

Com um correcto estadiamento no cancro do pâncreas, a terapêutica paliativa não cirúrgica por via endoscópica ou percutânea transhepática, tem indicação nos seguintes casos de obstrução biliar: doentes cuja sobrevida previsível é curta; existência de metástases a distância; tumores inextirpáveis; doentes de alto risco cirúrgico; recusa do doente em ser operado; recidiva de icterícia em doentes operados.

## MATERIAL E MÉTODOS

De Setembro de 1987 a Abril de 1994, introduziram-se 144 endopróteses biliares em 81 homens e 63 mulheres com idade média de 68.7 anos.

Todos os doentes, com neoplasia da cabeça e/ou istmo do pâncreas, tinham icterícia ou colestase marcada, por invasão da via biliar principal (VBP) e tinham ecotomografia hepatobiliar e pancreática (EcoHBP) prévia à colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE).

A maioria dos doentes não era portadora de tomografia axial computadorizada (TAC), que foi efectuada após a aplicação da prótese para se definir o estadiamento da doença e a ressecabilidade do tumor.

Utilizaram os duodenoscópios Olympus JF1T10 e JF1T20 (canal 2.8 e 3.2 mm Ø) para CPRE/papilotomia e Olympus TJF10 e 20 (canal 4.2 mm Ø) para introduzir as próteses.

As próteses utilizadas de material plástico (10 e 12 French de Ø) na sua quase totalidade, rectas ou com angulação na extremidade duodenal, com duas aletas laterais e sem orifícios entre as aletas.

Desde há cerca de dois anos introduziram-se 9 próteses metálicas expansivas de grande calibre (30 French).

## RESULTADOS

Em 148 doentes com indicação para drenagem biliar colocaram-se 144 (97.3%) próteses com êxito (um caso de Bilioth II). Em 4 casos não foi possível o cateterismo biliar selectivo (invasão duodenal da região ampular, compressão duodenal) apesar dos artificios técnicos utilizados.

O clássico sinal do duplo canal (estenose da VBP e wirsung cefálico) foi observado em 102 casos (70.8%) e o canal wirsung não foi opacificado em 24 doentes (16.7%).

**Complicações precoces** (primeiros 7 dias) em seis doentes (4.2%); 2 casos de hemorragia relacionada com a papilotomia e colangite em 4 doentes, que se resolveram com tratamento médico ou substituição da prótese (2 casos).

**Complicações tardias** em 36 doentes (25%); obstrução da prótese em 23 (16%) dos quais há a referir colangite grave associada em 12 casos (faleceram por sépsis 4 doentes); estenose duodenal em 8 (5.6%); deslocação da prótese interna (na VBP) ou duodenal em 4 (2.8%); colecistite em 1 (0.7%).

A mortalidade imediata foi nula; ao 30º dia foi de 4 casos (sépsis 2; coma hepático 1; caquexia 1).

A sobrevivência média foi de 5.5 meses e a máxima de 15 meses.

## DISCUSSÃO

A introdução de próteses biliares foi conseguida com êxito em 97.3% dos doentes com icterícia colestática devido a carcinoma da cabeça do pâncreas. A mortalidade e a morbidade aos 30 dias são claramente inferiores à anastomose biliodigestiva cirúrgica<sup>4,6</sup>. A sobrevivência

média é idêntica ao da palição cirúrgica<sup>7</sup>. A hospitalização é mais curta no tratamento endoscópico.

A complicação mais frequente observada com as próteses é a obstrução (16%) que pode ser acompanhada de colangite grave (sépsis, insuficiência renal e/ou perturbações neuropsíquicas); a substituição da prótese associada a antibioterapia resolve em geral esta complicação. Utilizamos o ácido ursodesoxicólico desde 1988<sup>8</sup> com aparente melhoria na permeabilidade das próteses plásticas por modificação da composição da biliar e diminuição da viscosidade (?).

Como a obstrução das próteses plásticas (10 e 12 French) se verifica entre os 4º e 6º meses<sup>8,9</sup>, propomos que a substituição se faça no 4º mês para evitar o risco de colangite.

As próteses metálicas têm nestes casos uma das suas melhores indicações porque resolvem o problema da obstrução e da substituição da prótese, que no caso de estenose (parcial) do duodeno não permite a passagem do duodenoscópio o que obrigaria a intervenção cirúrgica. O custo elevado das próteses metálicas é um inconveniente se avaliado apenas de imediato. Se analisarmos os custos no cômputo geral do tratamento, em que se evita a substituição das próteses plásticas (1 ou 2 sessões), verificamos que não existe diferença significativa, com claro benefício para o doente.

O avanço nas técnicas de diagnóstico, nomeadamente a Ressonância Magnética Nuclear e a Ecoendoscopia que tem demonstrado ser idêntica/superior à Eco, TAC e Angiografia na avaliação das metástases ganglionares e no envolvimento vascular, associados à laparoscopia (nódulos de 1-2 mm Ø só identificáveis sob visão directa), permite um melhor estadiamento pré-operatório. Assim, a cirurgia seria indicada principalmente nos casos em que é possível a ressecção e naqueles em que é necessário uma gastrojejunostomia paliativa. Em relação à recente técnica - colecistojunostomia laparoscópica - não nos parece ter vantagens sobre a prótese endoscópica, porque é indispensável uma CPRE prévia para localização do canal cístico e não resolve uma das complicações tardias, a estenose duodenal (5.6%).

Pensamos que no momento actual a prótese biliar, colocada pela primeira vez por Soehendra<sup>10</sup>, continua a ser o método de eleição no tratamento paliativo destes doentes<sup>11</sup> e pode ser complementada com uma endoprótese pancreática que parece ter interesse no alívio da dor nalguns casos<sup>12,13</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. National Cancer Institute. Cancer Statistics Review 1973 - 1987. Bethesda, National Cancer Institute 1990
2. CRIST DW, SITZMANN JV, CAMERON JL: Improved hospital morbidity, mortality, and survival after the whipple procedure. *Ann. Surg.* 1987; 206 : 358
3. TSUCHIYA R, NODA T, HARADA N et al: Collective review of small carcinomas of the pancreas. *Ann. Surg.* 1986; 203 : 77
4. CONNOLLY MM, DAWSON PJ, MICHELASSI F et al: Survival in 1001 patients with carcinoma of the pancreas. *Ann. Surg.* 1987; 206 : 366
5. TREDE M, SCHWALL G, SAEGER HD: Survival after pancreatoduodenectomy. 118 consecutive resections without an operative mortality. *Ann. Surg.* 1990; 211 : 447
6. SARR MG, CAMERON JL: Surgical management of unresectable carcinoma of the pancreas. *Surgery* 1982; 91 : 123-133
7. MORGAN RGH, WORMSLEY KG: Progress report. *Cancer of the pancreas. GUT* 1977; 18 : 580-596
8. LIBERATO M, ROMÃO C, NEVES B, RODRIGUES B, QUINA M: Terapêutica endoscópica das estenoses malignas da via biliar princi-

pal e ampola de Vater com endopróteses. Revista de Gastrenterologia 1989; 26 : 327-334

9. FRANKS JAMES T, JOHANSON J, STAKE J: Optimal timing for stent replacement in malignant biliary tract obstruction. Gastroint. Endoscopy 1993; 39 : 164-167

10. SOEHENDRA N, REIJNDERS-FREDERIX V: Palliative bile duct drainage. A new endoscopic method of introducing a transpapillary drain. Endoscopy 1980; 12 : 8-11

11. BORNMAN PC, HARRIS JONES EP, TOBIAS R, VAUSTIEG-MAM G, TERBLANCH J: Prospective controlled trial of transhepatic

biliary endoprosthesis versus bypass surgery for incurable carcinoma of head of pancreas. Lancet 1986; i : 69

12. HARRISON MA, HAMILTON JW: Palliation of pancreatic cancer pain by endoscopic stent placement. Gastrointest. Endoscopy 1989; 35 : 443-445

13. COSTAMAGNA G, GABBRIELLI A, MUTIGNANI M, PERRI V, CRUCITTI F: Treatment of *obstructive* pain by endoscopic drainage in patients with pancreatic head carcinoma. Gastrointest. Endoscopy 1993; 39 : 774-777