



**ALBERT EINSTEIN**  
HOSPITAL ISRAELITA

# Diretrizes Assistenciais

## Câncer de Vias Biliares

---

Versão eletrônica atualizada em  
Julho – 2009

Os colangiocarcinomas e carcinomas de vesícula biliar são tumores originários do epitélio dos ductos biliares e da vesícula biliar, respectivamente, sendo mais de 90% do tipo adenocarcinoma.

## **Tratamento**

A cirurgia continua sendo o único tratamento potencialmente curativo dos carcinomas de vias biliares, mas, infelizmente, a maioria dos pacientes se apresenta com doença avançada, freqüentemente irressecável.

Em vista da raridade, praticamente não existem estudos randomizados, sendo a maioria das recomendações (abaixo) baseada em dados retrospectivos provenientes de experiências institucionais ou de grandes bases de dados multi-institucionais.

### ***Colangiocarcinoma intra-hepático***

Pós-ressecção cirúrgica:

- Ressecção R0: seguimento
- Ressecção R1 ou R2: opções incluem re-intervenção, terapia ablativa, quimiorradioterapia\*<sup>^</sup> ou quimioterapia\*<sup>\$</sup>

Doença irressecável:

- Quimiorradioterapia\*<sup>^</sup>, quimioterapia\* ou cuidados de suporte

Doença metastática:

- Quimioterapia\* ou cuidados de suporte

### **Colangiocarcinoma extra-hepático**

Pós-ressecção cirúrgica:

- Ressecção R0, linfonodos negativos: seguimento\*\*
- Ressecção R1, R2, e/ou linfonodos positivos: opções incluem quimiorradioterapia\*<sup>^</sup> seguida ou não se quimioterapia adicional\*, quimioterapia\*<sup>\$</sup>

Doença irresssecável:

- Quimiorradioterapia\*<sup>^</sup>, quimioterapia\* ou cuidados de suporte

Doença metastática:

- Quimioterapia\* ou cuidados de suporte

### **Adenocarcinoma de vesícula biliar**

Pós-ressecção cirúrgica:

- Ressecção R0, linfonodos negativos, <T2: seguimento\*\*
- Ressecção R0 e tumor  $\geq$ T2, ressecção R1/R2 e/ou linfonodos acometidos: opções incluem quimiorradioterapia\*<sup>^</sup> seguida ou não de quimioterapia adicional\*, quimioterapia\*<sup>\$</sup>

Doença irresssecável:

- Quimiorradioterapia\*<sup>^</sup>, quimioterapia\* ou cuidados de suporte

Doença metastática:

- Quimioterapia\* ou cuidados de suporte

\* *Esquemas listados na tabela 1*

& *Dados limitados sobre a eficácia do tratamento 'adjuvante' neste contexto*

\*\* *Não há dados sobre a eficácia da quimio ou quimiorradioterapia adjuvantes neste contexto*

<sup>^</sup> *Com fluorouracil ou capecitabina*

Quimioterapia*	
Monoterapia	Gencitabina [1]
	Fluorouracil [2]
	Capecitabina [3]
Poliquimioterapia	Gencitabina-cisplatina [4]
	Gencitabina-oxaliplatina [5]
	Gencitabina-capecitabina [6]
	Capecitabina-oxaliplatina [7]
	Capecitabina-cisplatina [3]
	Fluorouracil-cisplatina [8]
Quimioradioterapia**	
Quimioradioterapia	Fluorouracil-radioterapia [9]
	Capecitabina-radioterapia [10]
Quimioradioterapia →quimioterapia	Fluorouracil-radioterapia→fluorouracil (ou gencitabina) por 6-12 meses [9]

\* Não há estudos comparativos entre estes esquemas, nem evidência que a poliquimioterapia seja superior à monoterapia neste contexto

\*\* A quimioradioterapia com gencitabina tem sido associada a uma toxicidade excessiva

### Procedimentos paliativos

- Icterícia obstrutiva: a resolução obstrução biliar tende a ser considerada uma prioridade. O método de escolha é colocação de endopróteses biliares, mas, ocasionalmente, pode ser necessário recorrer à drenagem percutânea.

## Referências

- [1] Penz M, Kornek GV, Raderer M et al. Phase II trial of two-weekly gemcitabine in patients with advanced biliary tract cancer. *Ann Oncol* 2001;12:183–186
- [2] Choi CW, Choi IK, Seo JH et al. Effects of 5-fluorouracil and leucovorin in the treatment of pancreatic-biliary tract adenocarcinomas. *Am J Clin Oncol* 2000;23:425–428.
- [3] Phase II study of capecitabine plus cisplatin as first-line chemotherapy in advanced biliary cancer. Kim TW, Chang HM, Kang HJ, Lee JR, Ryu MH, Ahn JH, Kim JH, Lee JS, Kang YK. *Ann Oncol*. 2003 Jul;14(7):1115-20.
- [4] Thongprasert S, Napapan S, Charoentum C, Moonprakan S. Phase II study of gemcitabine and cisplatin as first-line chemotherapy in inoperable biliary tract carcinoma. *Ann Oncol*. 2005 Feb;16(2):279-81.
- [5] André T, Tournigand C, Rosmorduc O, et al; GERCOR Group. Gemcitabine combined with oxaliplatin (GEMOX) in advanced biliary tract adenocarcinoma: a GERCOR study. *Ann Oncol*. 2004 Sep;15(9):1339-43.
- [6] Knox JJ, Hedley D, Oza A, et al. Combining gemcitabine and capecitabine in patients with advanced biliary cancer: a phase II trial. *J Clin Oncol*. 2005 Apr 1;23(10):2332-8.
- [7] Nehls O, Oettle H, Hartmann JT, et al. Capecitabine plus oxaliplatin as first-line treatment in patients with advanced biliary system adenocarcinoma: a prospective multicentre phase II trial. *Br J Cancer*. 2008 Jan 29;98(2):309-15.
- [8] Kobayashi K, Tsuji A, Morita S, Horimi T, Shirasaka T, Kanematsu T. A phase II study of LFP therapy (5-FU (5-fluorouracil) continuous infusion (CVI) and Low-dose consecutive (Cisplatin) CDDP) in advanced biliary tract carcinoma. *BMC Cancer*. 2006 May 6;6:121.
- [9] Lim K., Oh D., Chie E., et al. Which is better in patients with curatively resected extrahepatic biliary tract cancer? Adjuvant concurrent chemoradiation (CCRT) alone versus CCRT followed by maintenance chemotherapy. *J Clin Oncol* 26: 2008 (May 20 suppl; abstr 15659).

[10] Das P, Wolff RA, Abbruzzese JL, et al. Concurrent capecitabine and upper abdominal radiation therapy is well tolerated. *Radiat Oncol.* 2006 Oct 24;1:41.