



RECUPERAÇÃO INTRAOPERATÓRIA DE SANGUE NO TRANSPLANTE HEPÁTICO DE PACIENTES COM CARCINOMA HEPATOCELULAR



– É SEGURO REINFUNDIR SANGUE AUTÓLOGO EM CIRURGIAS ONCOLÓGICAS?

Mariana Toro, Dra. Elaine Ataide, MD, Dr. Adilson Cardoso, PhD, Dra. Cristina Caruy, PhD, Dr. Fabricio Biscaro, MD, Dra. Angela Malheiros, PhD and Dra. Ilka Boin PhD.

Gastrocentro - Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP CONTATO: MDCTORO@GMAIL.COM E LKABOIN@YAHOO.COM

Introdução: O Carcinoma Hepatocelular (CHC) é o principal tumor primário de fígado, associado a altas taxas de mortalidade. Está, geralmente relacionado a doenças hepáticas prévias que causam cirrose, e o transplante hepático é indicado em casos de MELD >15 e oferece cura tanto para o CHC quanto para a doença correlacionada. Contudo, nesse tipo de cirurgia há grande necessidade de transfusão sanguínea, a qual está muitas vezes relacionada a infecções e efeitos imunomoduladores (1). Para evitar tal prognóstico usa-se a Recuperação Intraoperatória de Sangue (RIS), que permite a transfusão autóloga. Porém, a literatura contra-indica o uso de RIS em casos de CHC por reinfundir células tumorais na circulação sanguínea (2,3). Por outro lado, achados incidentais de CHC com uso de RIS e alguns estudos experimentais permitem a avaliação da associação entre tempo de sobrevida (TS) e recidiva tumoral (RT) (4,5).

Objetivo: Analisar o prognóstico, a RT e TS em pacientes com CHC, os quais foram submetidos a transplante hepático com e sem o uso de RIS.

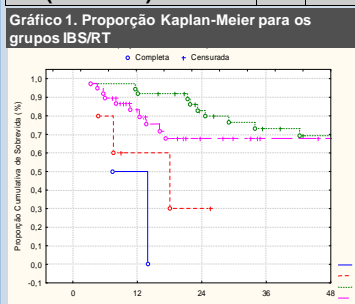
Pacientes e Métodos: Foi feito um estudo retrospectivo por análise de prontuários de 118 pacientes transplantados hepáticos, com confirmação histológica de CHC, selecionados entre 1998 e 2010. Foram excluídos pacientes com menos de 3 meses de sobrevida. Dos 83 pacientes restantes foram coletados os seguintes dados:

Tempo de Sobrevida (Meses)	Recidiva Tumoral
Alfafetoproteína -AFP (ng/ml)	Sexo (f/m)
Tamanho do maior nódulo através de tomografia, Ultrassom, e estudo anatomopatológico (mm).	Número de nódulos hepáticos através de tomografia, Ultrassom, e estudo anatomopatológico.
Idade (anos)	IMC(kg/m ²)
Grau de diferenciação tumoral (Classificação de Ednondson-Steiner)	Presença de invasão tumoral vascular
Uso e quantidade de hemoderivados.	Duração da Cirurgia (min) e da hospitalização (dias)
Informações do Doador	Score MELD

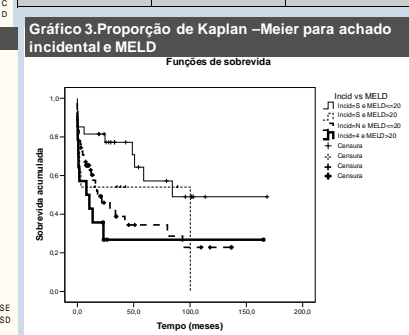
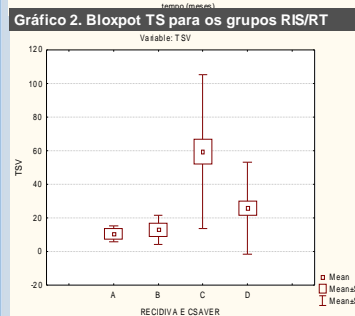
Foram estudados os grupos: RT+/RIS+; RT+/RIS-; RT-/RIS+ e RT-/RIS-. Os dados coletados foram analisados por testes não paramétricos. Tempo de Sobrevida foi analisado a partir do método de Kaplan-Meier e análise multivariada (Teste de regressão de Cox).

Resultados:

Variável	N	Média	DP	Min	Mediana	Max
TS (Meses)	118	28.11	38.05	0	12.78	168.33
IMC (kg/m ²)	115	26.72	4.02	18.37	26.12	38
AFP (ng/ml)	117	285.77	2128.4	0.83	4.8	22790
Número de nódulos	117	2.68	2.42	0	2.0	15.0
Tamanho do maior nódulo (mm)	117	15.41	13.22	0	14	56
Tempo de cirurgia (min)	115	480.65	121.26	120	450	900
Tempo de hospitalização (dias)	115	19.68	29.51	0	12	252
MELD	108	16.26	6.37	6	15	39
RIS(ml)	116	862.07	1970.1	0	1125	17800
Plaquetas (unidades)	114	5.44	6.61	0	4.0	36.0
PFC (Unidades)	114	16.51	10.88	0	15	64
CH (Unidades)	114	5.82	5.99	0	4.5	40



	Frequência	Porc.(%)
A) IBS+/TR+	2	1.69
B) IBS-/TR+	6	5.08
C) IBS+/TR-	56	47.46
D) IBS-/TR-	54	45.76



Conclusão: O estudo sugere que o uso de RIS é seguro em pacientes portadores de CHC, submetidos a transplante hepático, sem aumento de recidivas ou piora da sobrevida. Também indica maior risco para pacientes com MELD>20 e achados incidentais de CHC.

Referencias Bibliográficas:

1. Singal AG and Marrero JA. Recent advances in the treatment of hepatocellular carcinoma. Curr Opin Gastroenterol. 2010 Mar. [Epub ahead of print].
2. Schmidt A, Sues HC, Siegel E, Peetz D, Bengtsson A, Gervais HW. Is cell salvage safe in liver resection? A pilot study. J Clin Anesth. 2009 Dec; 21(8) :579-84.
3. Zheng S et al. Intraoperative Blood salvage during liver transplantation in patients with hepatocellular carcinoma: Efficiency of leukocyte depletion filters in the removal of the tumors cells. Transplantation. 2008 Mar; 85(6): 863-69.
4. Elias D, Lapiere V, Billard V. Autotransfusion peropératoire par récupération de sang épanché en chirurgie carcinologique. Ann Fr Anesth Réanim. 2000 Dec; 19(10): 739-44.
5. Mieder AM et al. Intraoperative cell salvage during radical prostatectomy is not associated with greater biochemical recurrence rate. Urology. 2005 Apr; 65(4):730-4.