



CONGRESSO PAULISTA DE CIRURGIA

19ª Assembleia Cirúrgica do CBCSP

São Paulo, 17 e 18 de outubro
Caesar Business Faria Lima

2014

CBCSP
1984-2014

O ECBC Eugenio Ferreira lembra a primeira
Assembleia Cirúrgica do CBCSP

Página 3

Seção Científica:

Amputação abdominoperineal
do reto cilíndrica

TCBC Carlos Martinez e Prof. Claudio Coy

páginas 4, 5 e 6

E ainda nesta edição:

O fortalecimento das sociedades de
especialidade - TCBC Cláudio Bresciani

Página 2

Caso do Leitor: Abordagem reversa
de metástases hepáticas de carcinoma
colorretal pós-terapia de conversão



Páginas 8, 9 e 10



EXPEDIENTE

Capítulo São Paulo www.cbccsp.org.br
 Av. Brigadeiro Luís Antônio, 278
 6º andar - São Paulo - SP
 CEP 01318-901 - Tel.: (11) 3101-8045,
 3101-8792 ou 3188-4245
 E-mail: contato@cbccsp.org.br ou flavia@cbccsp.org.br

Mestre do Capítulo:

TCBC Cláudio José Caldas Bresciani

Vice-Mestre:

TCBC Sidney Roberto Nadal

1º Secretário:

TCBC Ramiro Colleoni Neto

2º Secretário:

TCBC Rogerio Saad Hossne

1º Tesoureiro:

TCBC Carlos Eduardo Jacob

2º Tesoureiro:

TCBC Paulo Maurício Chagas Bruno

DEPRO: TCBC Luiz Roberto Lopes

Periódico trimestral de divulgação
 do Capítulo de São Paulo do Colégio
 Brasileiro de Cirurgiões

Ano XV – Nº 62 – Outubro de 2014

Diretor responsável:

TCBC Ramiro Colleoni Neto (2008-2015)

Organização e Projeto Gráfico:

Doc Press (11) 5533-8781

Jornalista Responsável:

Anadi Luchetti – MTb 34.161

Diagramação:

Alexandre P. Campos Fº

Impressão:

Ympressograf Artes Gráficas Ltda.

Tiragem:

3.500 exemplares

Notas:

As matérias assinadas são de inteira
 responsabilidade dos autores.

As diretorias das seções especializadas,
 departamentos, regionais e os nomes dos
 cirurgiões responsáveis encontram-se no
 site www.cbccsp.org.br

Fortalecimento das Sociedades de Especialidade



Não é novidade alguma o terrível bombardeio que os médicos vêm sofrendo do Governo Federal, mas também do Estadual e Municipal. O que é menos novidade ainda é o terrível descalço com a saúde como um todo. Falta de verbas, falta de repasse, gestão descuidada, mau gerenciamento de recursos e que geram falta de leitos, falta de hospitais, falta de material, pronto-socorros sucateados e abarrotados de pacientes, etc, etc.

Não parece que os governantes e governantas não saibam desta calamidade. Sabem sim e sabem com resolver este caos. Mas é claro o mais fácil e muito mais barato é... culpar os médicos, culpar a formação médica, culpar os médicos que não querem ir para regiões periféricas, etc. A medicina é muito cara, não porque os médicos ganhem muito mas porque a “tecnologia embarcada” é muito cara. Ah! Isto ocorre porque os médicos são especialistas (caros!) e necessitamos de generalistas (baratos?, eficientes?).

Estou convicto que o barato sai caro e em medicina mais ainda. Ensinar que deve-se lavar as mãos antes de alimentar-se ou usar calçados em lugar dos pés descalços é muito importante para a população desassistida, mas não é necessariamente um serviço médico. Isto é assistência social e educação. Ops! Outro problema para governantas e governantes educação é muito caro. Há que se gastar em outras áreas: Copa do Mundo, usinas elétricas, refinarias, estradas, transposição de rios tudo superfaturado. Não sobra para a educação.

O que podemos nós fazer? Em primeiro lugar pensar muito no nosso voto. Em segundo lugar nos associarmos e mantermos as sociedades de especialidades vivas e fortes para que lutem pela medicina e pela saúde que a maioria do povo trabalhador merece, inclusive nós médicos.

Esta luta é cansativa e muitas vezes inglória. Entretanto a resistência e a persistência na defesa de nossos princípios acabará nos levando à vitória.

Fortaleça o Colégio Brasileiro de Cirurgiões e todos ficarão fortalecidos!

TCBC Cláudio Bresciani

Mestre do Capítulo de São Paulo

A primeira Assembleia Cirúrgica promovida pelo Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

ECBC Eugenio Américo Bueno Ferreira

Em 1983, estimulado pelo Dr. Angelino Manzióne, Mestre do Capítulo de São Paulo, candida-tei-me e fui eleito para substituí-lo com mandato até 1985. Naquela época nossa sede situava-se no quarto andar da Faculdade de Medicina da USP - FMUSP -, em uma sala cedida pela Técnica Cirúrgica. Talvez em razão desta localização o âmbito do Colégio era relativamente restrito, quase sempre dirigido por docentes da FMUSP. Sentimos que para dar uma nova dimensão ao Capítulo era necessário contar com a participação de cirurgiões de outras instituições. Compusemos nossa diretoria com colegas de todos os serviços representativos da Cirurgia Paulista. Decidimos promover um evento que atendesse a este propósito.

Assim nasceu a Assembleia Cirúrgica. Demos o nome de Assembleia, porque queríamos estabelecer uma sistemática de trabalho que permitisse uma ampla participação de todos, facilitando o intercâmbio de ideias e a troca de informações. Participaram da comissão organizadora os Doutores Alfredo Abrão do Hospital do Câncer, Dario Birolini do HC, Samir Rasslan da Santa Casa, Jesus Pan Chacon da Escola Paulista de Medicina e Isac Jorge de Ribeirão Preto. O tema do programa científico foi Câncer do Aparelho Digestivo.

A Assembleia foi instalada no Centro de Convenções Rebouças e transcorreu nos dias 3, 4 e 5 de maio de 1984. Tivemos a presença de aproximadamente 400 inscitos a maior parte de São Paulo, porém com a participação de colegas de outros estados. Foram convidados os membros do Diretório

Nacional, inclusive os vice-presidentes regionais do CBC. O balanço do evento foi altamente positivo. O presidente do Diretório Nacional era o TCBC Ruy Ferreira Santos.

A partir da primeira Assembleia, há exatamente 30 anos, nos anos subsequentes e por um longo período a Assembleia tornou-se um ponto de encontro dos cirurgiões brasileiros vindos das diferentes regiões do país. Era um evento diferente, até então, com os trabalhos organizados em uma única sala, com ampla participação dos presentes. Chamava a atenção o elevado nível dos participantes palestrantes e dos inscitos o que permitia debates altamente produtivos o que enriquecia muito o encontro. Ressalte-se por fim que a Assembleia contribui para o desenvolvimento e dinamismo do Capítulo de São Paulo.



Amputação abdominop

TCBC Carlos Augusto Real Martinez - Professor Associado do Departamento de Cirurgia (Grupo de Coloproctologia) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Claudio Saddy Rodrigues Coy - Professor Associado do Departamento de Cirurgia e Chefe do Grupo de Coloproctologia da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A amputação abdominopereineal do reto (APR), com a padronização técnica atualmente utilizada foi proposta por Sir William Ernest Miles.¹ Desde a descrição original em 1908, a APR foi considerada por várias décadas, a técnica padrão para o tratamento dos tumores do reto distal.^{1,2} Apesar da radicalidade, a AAP apresentava morbimortalidade elevada e índices de recidiva pélvica preocupantes. Com objetivo de melhorar esses resultados Heald et al. 1982³ chamaram a atenção para importância de realizar-se a completa excisão total do mesorreto (ETM) sem violar a fâscia visceral. O conceito de realizar-se a dissecação do reto obedecendo o “plano sagrado” passou a ser difundido. Apesar da melhora dos resultados os índices de recidiva pélvica ainda continuavam elevados. Com o tempo, mostrou-se que a associação da radioquimioterapia neoadjuvante (RQN) diminuía ainda mais os índices de recidiva. Esses achados tornaram a associação de RQN + AAP com ETM a opção terapêutica ideal para o tratamento do câncer do reto inferior.³

Apesar da radicalidade, a APR sempre mostrava piores resultados em termos de recidiva loco-regional e sobrevida em 5 anos quando comparada a ressecção anterior do reto (RA).⁴ Os índices de recidiva local após a APR chegavam a 33%, enquanto variavam entre 1-13% após RA.⁴ Quando se analisava a sobrevida em 5 anos esses

piores resultados oncológicos ficavam mais evidentes.⁴ A sobrevida global após a APE variava entre 38%-60%, mesmo quando se associava ETM + RQN, em detrimento a sobrevida entre 57%-76% após RA.⁴ Apesar de sugerir-se que os piores resultados pós-APR relacionam-se a viés de seleção, onde doentes com estádios mais avançados eram submetidos a APR, mostrou-se que as margens circunferenciais encontravam-se comprometidas (MCC) em 41% dos doentes submetidos a APR e em 12% dos submetidos a RA, mesmo quando se consideravam apenas os tumores restritos a parede do reto (T2). Corroborando com os maiores índices de MCC, mostrou-se que os piores resultados relacionavam-se a técnica utilizada, particularmente na dissecação das porções inferiores do reto no interior da pelve. A dificuldade da dissecação nesse local resultava em espécimes cirúrgicos com margens cirúrgicas radiais menores e, frequentemente, comprometidas pela neoplasia. O próprio Miles em seu artigo original já destacava a importância em obter-se margens radiais amplas, acrescentando uma figura mostrando que a dissecação lateral do reto distal deveria se dar junto a pelve, englobando os músculos elevadores do ânus (MEA) e a cadeia linfonodal, passo fundamental para obter-se um espécime com margens sem comprometimento neoplásico (Figura 1).

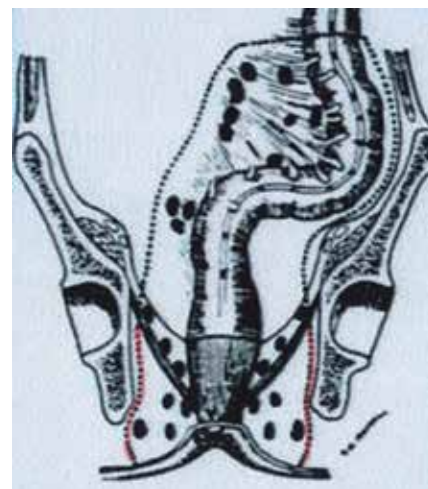


Figura 1 – Figura original do trabalho de Miles mostrando a dissecação do segmento caudal do reto onde se observa a remoção dos músculos-elevadores do ânus (linha pontilhada em vermelho). [Miles WE. Cancer of the rectum (Lettsomian Lectures). Trans Med Soc London.1923;46:127. Royal Society of Medicine].³

Todavia, com o passar dos anos a técnica da APR proposta por Miles foi sendo gradativamente modificada. Para diminuir a dificuldade do tempo perineal o cirurgião passou a progredir a dissecação do reto por via abdominal abaixo do plano dos MEA. A dissecação do reto é concluída por via perineal com o doente em posição de litotomia, o que dificulta a remoção completa dos MEA junto a circunferência óssea da pelve. A APR realizada

erineal do reto cilíndrica

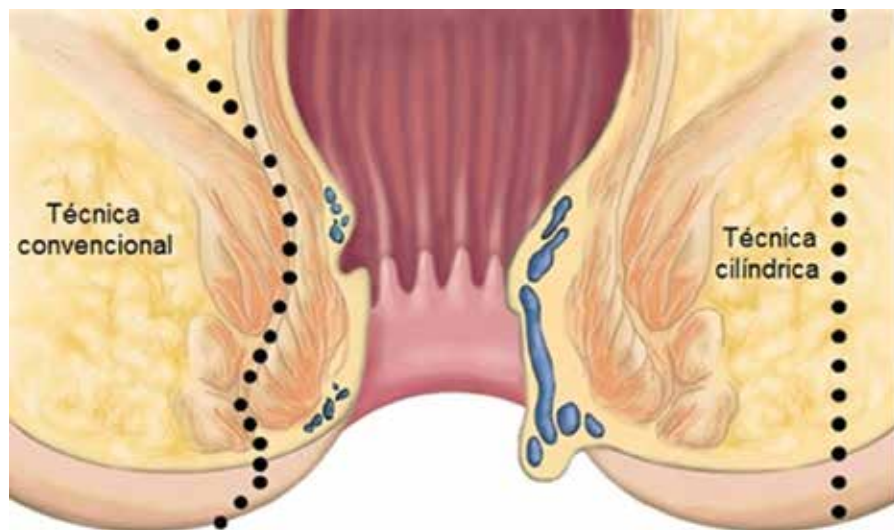


Figura 2 – A esquerda plano de dissecação adotado na técnica convencional da APR. A direita o plano de dissecação utilizando-se a técnica cilíndrica para a APR.

dessa forma invariavelmente apresenta margens radiais menores, fazendo com que o espécime cirúrgico fique semelhante a uma ampulheta (Figura 2 e Figura 3).

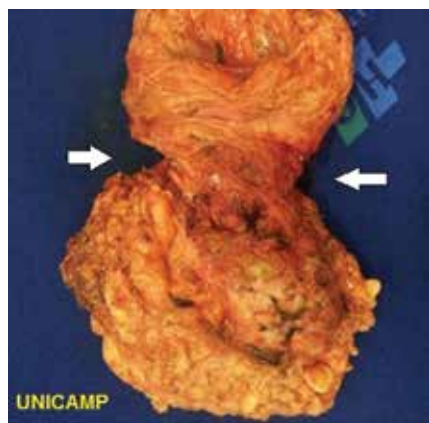


Figura 3 – Espécime obtido pós AAP do reto pela técnica convencional. Notar a redução abrupta das margens radiais na região do reto inferior (Setas)

Holm et al., em 2007 chamaram a atenção que a remoção de um espécime completamente cilíndrico reduzia os índices de recidiva local e melhorava a sobrevivência dos doentes submetidos a APM.⁵ Para conseguir um espécime cilíndrico propuseram que a dissecação do reto por via abdominal obedecesse os princípios da ETM e não ultrapassasse o plano dos MEA.⁵ Ao atingir o plano dos elevadores, a dissecação abdominal do reto deve ser interrompida e, posicionando o doente em decúbito ventral, a dissecação deve ser concluída removendo as vértebras coccígeas e englobando os MEA, reto e canal anal.⁵ A grande ferida perineal resultante é reconstituída utilizando retalhos bilaterais do músculo glúteo maior. Com essa estratégia obtinham espécimes cirúrgicos cilíndricos em toda a sua extensão, sem a redução

das margens radiais encontrada na técnica convencional de APR (Figura 4). Avaliando seus resultados encontraram redução dos índices de recidiva local, e menor incidência de espécimes com MCC.⁵ Comparando as duas técnicas de AAP verificaram MCC em 40,4% dos espécimes obtidos após a APR convencional, e em 14,8% após APR cilíndrica. Concluíram que a APR cilíndrica apresenta melhores resultados oncológicos que a técnica convencional.⁶

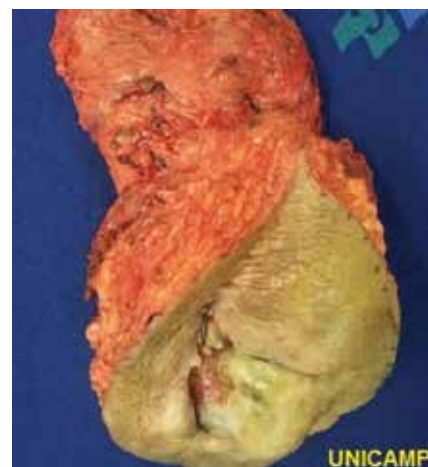


Figura 4 – Espécime obtido pós AAP do reto em doente com câncer do reto inferior pela técnica cilíndrica. Notar que não ocorre redução das margens radiais na região do reto inferior.

Existem vantagens em se realizar o tempo perineal da APR com o doente em decúbito ventral (posição de canivete). Com uma equipe bem treinada a dissecação do reto é mais fácil, sobretudo quando se remove as vértebras coccígeas o que permite maior visibi-

lidade dos limites circunferenciais. Do mesmo modo, a APR com o doente em posição prona é mais ergonômica para o cirurgião e auxiliares cabendo ressaltar a restrição dos anestesiistas com esse tipo de decúbito. Apesar das vantagens citadas, uma palavra de cautela ainda se faz necessária. A técnica cilíndrica resulta numa ferida operatória com maiores dimensões que para ser ocluída requer rotação de retalhos miocutâneos ou a colocação de próteses cirúrgicas. Quando se considera que a maioria dos doentes onde a operação encontra-se indicada foram submetidos a RQN o risco de complicações da ferida perineal não deve ser subestimado. A possibilidade de deiscências de sutura, compli-

cações relacionadas a presença da prótese, assim como o custo elevado das próteses absorvíveis, também são limitações que não devem ser esquecidas. Estudos multicêntricos, randomizados, com casuística relevante ainda são necessários para confirmar as vantagens da amputação cilíndrica.

1. Campos FG, Habr-Gama A, Nahas SC, Perez RO. Abdominoperineal excision: evolution of a centenary operation. *Dis Colon Rectum*. 2012; 55(8):844-53.

2. Miles WE. A method of performing abdomino-perineal excision for carcinoma of the rectum and of terminal portion of the pelvic colon. *Lancet*. 1908;2:1812-3.

3. Heald RJ, Husband EM, Ryall RD. The mesorectum in rectal cancer surgery--the clue to pelvic recurrence? *Br J Surg*. 1982;69:613-6.

4. Lynn PB, Habr-Gama A, Perez RO, Grzona E, Sabbagh C, Gama-Rodrigues JJ. *J Coloproctol*. 2013;33:167-73.

5. Holm T, Ljung A, Häggmark T, Jurell G, Lagergren J. Extended abdominoperineal resection with gluteus maximus flap reconstruction of the pelvic floor for rectal cancer. *Br J Surg*. 2007;94:232-8.

6. West NP, Finan PJ, Anderin C, Lindholm J, Holm T, Quirke P. Evidence of the oncologic superiority of cylindrical abdominoperineal excision for low rectal cancer. *J Clin Oncol*. 2008;26:3517-22. ■

Esperamos você

XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA
CURITIBA 2015
UM OLHAR SOBRE A EDUCAÇÃO.

02 à 05 de agosto de 2015
Local do evento: ExpoUnimed
www.cirurgia2015.com.br

Daniel Hale Williams (1856-1931)

TCBC Ramiro Colleoni

Daniel Hale Williams III nasceu em Hollidaysburg na Pensilvânia, EUA, numa família humilde e numerosa. Enfrentou dificuldades para estudar, trabalhou como sapateiro e barbeiro até tornar-se aprendiz do Dr. Henry Palmer, um experiente cirurgião e descobrir sua vocação para a Medicina. Ingressou no Chicago Medical College (atual Northwestern University Medical School) graduando-se em 1883. Numa época onde, numa cidade como Chicago, trabalhavam apenas outros três médicos afrodescendentes, ele foi o primeiro médico afroamericano a graduar-se numa faculdade renomada. Estagiou por um ano como interno no Mercy Hospital em Chicago onde John B. Murphy atuava com destaque. Trabalhou como cirurgião no South Side Dispensary, como instrutor clínico em Anatomia no Chicago Medical College e como médico do Protestant Orphan Asylum.



Além da competência técnica, Williams adotava rigorosos procedimentos de esterilização e antisepsia (quando ainda eram considerados controversos) e conquistou prestígio e reconhecimento profissional. Enfrentando as restrições então existentes para os afrodescendentes, reuniu recursos de benfeitores e fundou em 1891 o Provident Hospital em Chicago, instituição de saúde administrada por negros dentro do princípio de integração racial, para promover assistência, treinamento médico avançado e formação de enfermeiras. Este hospital, por ele dirigido, ofereceu oportunidades para muitos jovens profissionais e rapidamente alcançou ótimos índices de assistência. Sua reputação influenciaria a criação de outros 40 hospitais semelhantes nos EUA. Em 1893 realizou a sutura de um ferimento pericárdico em um jovem ferido com arma branca, pioneiramente e com sucesso, contrariando os conceitos então estabelecidos. Outro procedimento inovador foi a realização da sutura de um ferimento esplênico penetrante em 1902. Reorganizou os serviços cirúrgicos do Freedmen's Hospital em Washington, D.C., onde reduziu a taxa de mortalidade e fundou outra escola de Enfermagem. Em 1899 tornou-se professor de Clínica Cirúrgica do Meharry Medical College em Nashville, Tennessee, onde aprimorou o ensino e colaborou intensamente com várias instituições de estados sulistas. Foi um dos fundadores do American College of Surgeons e da National Medical Association, onde defendeu seus princípios de integração



racial e defesa dos direitos das minorias no sistema de assistência médica. Muitas instituições norte-americanas de ensino e de assistência receberam o seu nome como reconhecimento à sua inestimável contribuição. Alguns de seus dados biográficos inspiraram a composição do Dr. Algernon Edwards, personagem interpretado por Andre Holland na série "The Knick", dirigida por Steven Soderbergh e atualmente em exibição.

Bibliografia:

Beatty WK - Daniel Hale Williams: Innovative surgeon, educator and hospital administrator. *Chest*. 1971; 60 (2): 175-182

Cobb WM - Dr. Daniel Hale Williams. *J Natl Med Assoc*. 1953; 45(5): 379-385.

Gordon, RC - Daniel Hale Williams: Pioneer Black Surgeon and Educator. *J Invest Surg*. 2005; 18:105-6

Olivier AF - In Proper Perspective: Daniel Hale Williams, M.D. *Ann Thorac Surg*. 1984; 37(1):96-7

Abordagem reversa pós-metástases hepáticas irress

Décio Aguiar Montenegro de Oliveira¹,
 Héber Salvador de Castro Ribeiro¹,
 TCBC Wilson Luiz da Costa Junior¹,
 TCBC Alessandro Landskron Diniz¹,
 André Luis de Godoy¹,
 Ígor Correia de Farias¹;
 Wilson Toshihiko Nakagawa²,
 TCBC Felipe Jose Fernández Coimbra¹

1 – Departamento de Cirurgia Abdominal do
 A.C. Camargo Câncer Center
 2 – Núcleo de Tumores Colorretais do
 A.C. Camargo Câncer Center

INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é a terceira neoplasia mais incidente em todo o mundo e em cerca de um quarto dos casos existem metástases hepáticas (MH) sincrônicas [1,2,3]. A única estratégia curativa para estes pacientes é a ressecção cirúrgica de toda a doença [1]. No entanto, ao diagnóstico, apenas 20% deles apresentam lesões hepáticas ressecáveis, tornando fundamental o tratamento multimodal. Tradicionalmente recomendava-se sempre a ressecção do tumor primário, quimioterapia (QT) e a seguir a ressecção das MH [1,4,5]. Recentemente tem sido empregada, em casos selecionados, a abordagem reversa, que consiste em QT seguida de ressecção das MH e tratamento do primário num terceiro tempo [1,4,5]. O presente relato trata da abordagem reversa de tratamento de um tumor de cólon esquerdo com MH sincrônicas irresssecáveis, submetido a QT de conversão.

RELATO DO CASO

MAF, 61 anos, masculino, assintomático, realizou USG de abdome que mostrou nódulos hepáticos. Colonoscopia: lesão úlcero-infiltrativa de cólon descendente – AP: adenocarcinoma moderadamente diferenciado, K-Ras selvagem. Marcadores tumorais: CEA: 1.466; CA 19-9 > 1.000. O

estadiamento foi feito com TC de tórax (normal) e de abdome e pelve que evidenciou múltiplas lesões hepáticas, a maior de 16 cm de diâmetro, ocupando o lobo direito e o setor medial esquerdo e envolvendo a veia cava retro-hepática (foto 1), além de espessamento focal da parede do cólon descendente. Recebeu QT de conversão (FOLFIRI e cetuximabe), com reavaliações a cada 2 meses. Após 10 ciclos de tratamento, os exames de imagem evidenciavam resposta significativa (foto 2). A volumetria do fígado remanescente (segmentos II, III e parte do I) correspondia a 30% do volume hepático.

Como permanecia assintomático em relação ao tumor primário, foi proposta a abordagem hepática inicial, não sendo considerada a realização de ressecção simultânea devido à extensão da hepatectomia.

No inventário cirúrgico, foram identificados, além do tumor no cólon esquerdo, 3 nódulos na superfície anterior e 2 na superfície posterior dos segmentos II/III do fígado. A USG intra-operatória identificou, além destes, dois nódulos junto aos pedículos portais do segmento IV e a massa na confluência dos segmentos I, V, VI, VII e VIII com envolvimento de 180° da face anterior da veia cava. Após a enucleação dos nódulos dos segmentos II/III, foi realizada trisegmentectomia direita ampliada para o segmento I, com ressecção da cava retro-hepática em monobloco. O controle vascular pré-hepatotomia incluiu o reparo da cava infra e supra-hepática, o isolamento e secção dos elementos da tríade portal direita e a manobra de Pringle intermitente para secção do parênquima hepático, com tempo total de oclusão de 15 minutos. A secção cranial da cava pôde ser

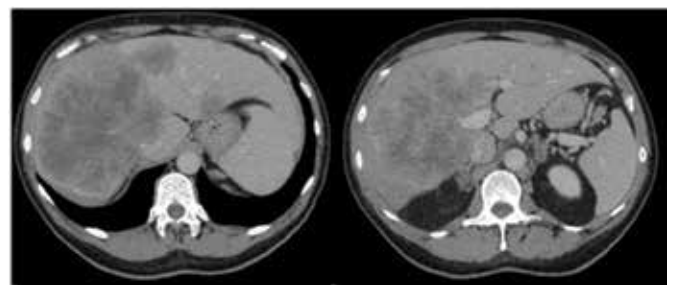


Foto 1 – TC inicial

-terapia de conversão em ecáveis de câncer colorretal

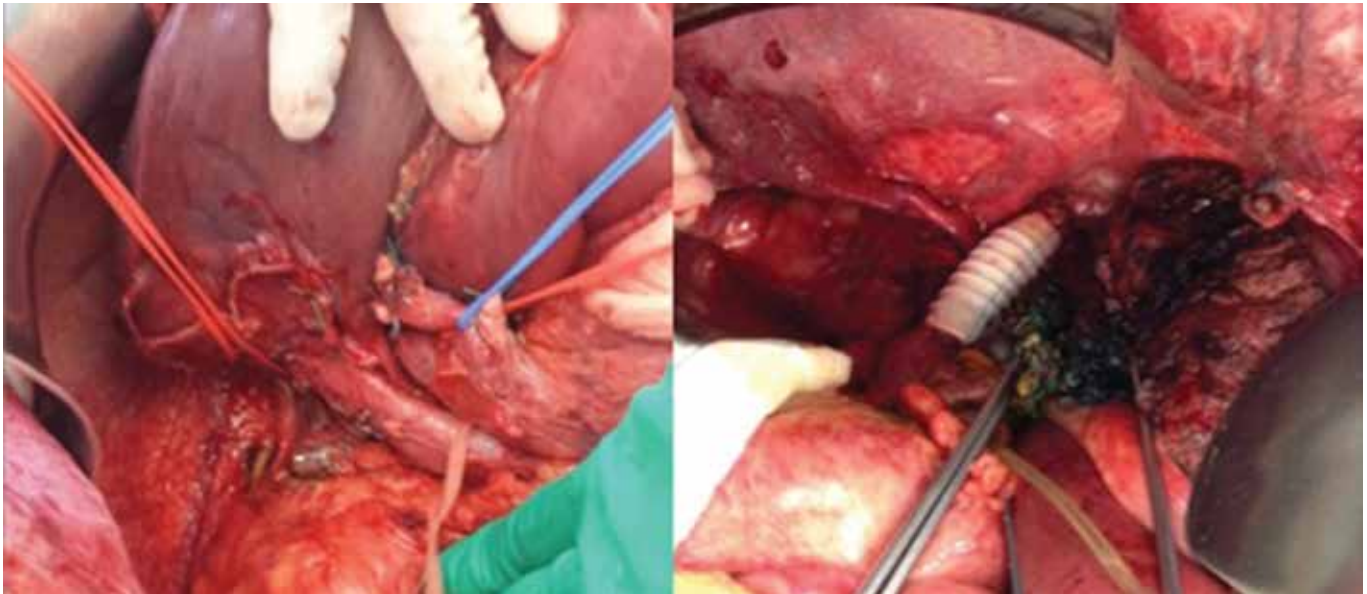


Foto 3 – aspecto intra-operatório antes e após ressecção da veia cava

realizada abaixo da desembocadura da veia supra-hepática esquerda, o que permitiu a liberação do fluxo sanguíneo hepático durante o tempo de reconstrução da veia. Para tal, foi utilizada prótese de PTFE anelada no 16 (foto 3). A congelação intra-operatória revelou margens livres. O tempo cirúrgico total foi de 600 minutos, com transfusão de 03 CH e 03 PFC. Com evolução clínica satisfatória, o paciente recebeu alta no 10o DPO, tendo como única complicação uma eventração da aponeurose, contida. O AP final revelou metástases de adenocarcinoma de origem colorretal, com 10% de células viáveis e fibrose > 50%. O paciente concluiu o tratamento sistêmico e foi submetido à

ressecção do tumor primário 4 meses após a hepatectomia, também com boa evolução pós-operatória. O paciente mantém o seguimento oncológico com consultas trimestrais, sem evidência de doença (foto 4).

DISCUSSÃO

O tratamento multimodal de MHCCR tem experimentado um grande avanço nas últimas décadas. O uso de novos agentes quimioterápicos, incluindo terapia alvo monoclonal, tem permitido taxas de resposta objetivas superiores a 70% em grupos selecionados de pacientes. Além disto, o

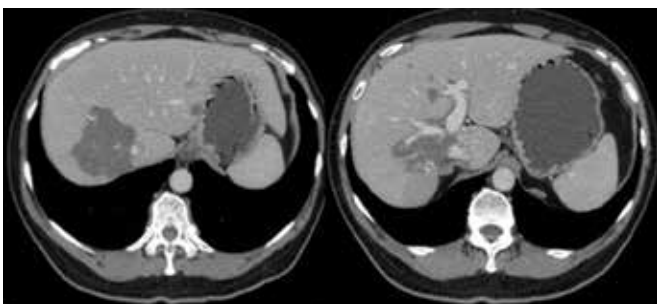


Foto 2 - TC pré-ressecção hepática

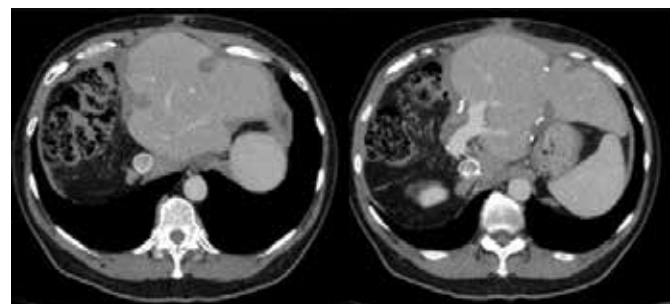


Foto 4 - TC de seguimento oncológico

desenvolvimento técnico da cirurgia hepatobiliar, associado às melhorias nos cuidados peri-operatórios e de terapia intensiva, têm permitido oferecer ressecções cirúrgicas a pacientes inicialmente considerados irresseccáveis [4].

No caso de metástases sincrônicas com tumores primários assintomáticos, a literatura tem recomendado priorizar o tratamento sistêmico, dadas as baixas taxas de complicação (obstrução ou sangramento) durante a vigência do mesmo, permitindo um tratamento rápido do componente da doença que é responsável em última análise pela sobrevida do paciente [1,3].

A abordagem reversa, ou seja, a ressecção das MH antes do tumor primário, tem sido utilizada em casos de grande volume de doença hepática e em primários de reto médio/baixo que demandem radioterapia e QT neoadjuvantes [1,4,5].

Este caso ilustra como a abordagem multidisciplinar pode beneficiar pacientes com MH consideradas irresseccáveis e oferecer um tratamento com potencial curativo. Reforçamos que a sequência de tratamento deve ser discutida caso a caso, visando adequar a cada paciente o tratamento que lhe ofereça maior chance de cura.

REFERÊNCIAS

1 – Brouquet A, Mortenson M M, Vauthey J-N, et al. Surgical strategies for synchronous colorectal liver metastases in 156 consecutive patients: classic, combined or reverse strategy?. J Am Coll Surg 2010;210:934–941.

2 – Lam VWT, Laurence JM, Pang T, et al. A systematic review of a liver-first approach in patients with colorectal cancer and synchronous colorectal liver metastases. HPB 2014; 16, 101–108.

3 – DeRosa A, Gomez D, Brooks A, Cameron IC. Liver-first approach for synchronous colorectal liver metastases: is it a justifiable approach? J Hepatobiliary Pancreat Sci 2013; 20:263–270.

4 – Santhalingam J, Mason JM, Hancock Helen, et al. The liver-first approach to the management of colorectal cancer with synchronous hepatic metastases – a systematic review. JAMA Surg. 2013;148(4):385-391.

5 - Mentha G, Majno PE, Andres A, et al. Neoadjuvant chemotherapy and resection of advanced synchronous liver metastases before treatment of the colorectal primary. Br J Surg 2006; 93: 872–878.

São mais de 200 benefícios para você.

Fique sócio e aproveite as vantagens que o Clube de Benefícios oferece!

Com o **club | apm** você tem descontos para passear com a família e amigos, fazer a sua viagem dos sonhos, decorar a casa, comprar seu carro zero, assistir a um bom espetáculo, cuidar da beleza e da saúde, levar uma pessoa especial para jantar, se aventurar, presentear as pessoas que ama e muito mais - com até 50% de desconto.

Cadastre-se agora mesmo no site do Clube de Benefícios www.apm.org.br/clubedebeneficios e aproveite as promoções exclusivas para associados da APM!

Mais informações:

Central de Relacionamento • (11) 3188 4329 / 4370 / 4579
www.apm.org.br/clubedebeneficios • clubedebeneficios@apm.org.br



Criação APM





11TH IGCC
2015

INTERNATIONAL **GASTRIC
CANCER** CONGRESS

SAO PAULO | BRAZIL

JUNE 04-06th, 2015

WTC Events Center

Seja membro Titular do CBC



Informe-se na Secretaria do Capítulo de São Paulo do CBC com as secretárias Flávia e Geise nos telefones: (11) 3101-8045 / 3101-8792 / 3188-4245 ou no site do Diretório Nacional do CBC: www.cbc.org.br sobre as normas e datas para o recebimento de propostas.

Lembramos que a monografia, exigida como requisito, será dispensada para os candidatos com Mestrado, Doutorado ou Título de Especialista do CBC ou das sociedades conveniadas.

Clube Benedicto Montenegro Regional Sorocaba

Datas: 29 de setembro à 02 de outubro de 2014

Horário: das 18hs às 22hs

Local: PUC Sorocaba/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Regional Grande ABC

Data: 03 de outubro de 2014

Local: Hotel Mercure - São Caetano do Sul/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

1º Curso Internacional Inomed de Monitorização Eletro-fisiológica Intra-operatória

Data: 04 de outubro de 2014

Local: Centro de Convenções Milenium - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Regional Campinas

Data: 08 de outubro de 2014

Local: Soc. de Medicina e Cirurgia de Campinas/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Simpósio de Cirurgia Robótica

Data: 11 de outubro de 2014

Local: Hospital Vera Cruz

Informações: www.cbccsp.org.br- Campinas/SP

Congresso Paulista de Cirurgia 2014

Datas: 17 a 18 de outubro de 2014

Local: Caesar Business Faria Lima - São Paulo/SP

Informações: www.cbcpaulista2014.com.br

Curso de Hérnia Abdominal Videocirúrgica e Robótica

Datas: 31 de outubro a 01 de novembro de 2014

Local: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa de São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br



XXXI CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA

CURITIBA 2015

UM OLHAR SOBRE A EDUCAÇÃO.

Fórum de Bioética

Data: 01 de novembro de 2014

Local: Associação Paulista de Medicina

Informações: www.cbccsp.org.br

Curso Continuo de Cirurgia Geral 2014

Data: 25/10

Horário: 08h30 às 16h30

Local: APM - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Capítulo de São Paulo e Santa Casa de São Paulo

Data: 05 de novembro de 2014

Local: Santa Casa de São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

32º Curso Anual de Cirurgia de Urgência

Datas: 11/10; 08/11

Local: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa - São Paulo/SP

Informações: www.cbccsp.org.br

Clube Benedicto Montenegro Regional Marília

Datas: 17 e 18 de novembro de 2014

Local: Famema - Marília/SP

Informações: www.cbccsp.org.br