

CISTECTOMIA SEGMENTAR

Prof. Thirso dos Santos Monteiro

Do ano de 1965 a 1970 foram baixados 2600 pacientes no Serviço Central de Urologia da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Destes, 130 casos eram de neoplasias vesicais, sendo a incidência, portanto, de 5% dos casos baixados.

Num número relativamente alto, os pacientes procuravam o Serviço num estado tão avançado da doença, que nada mais cabia do que um tratamento paliativo.

Os diversos tratamentos efetuados foram os seguintes:

1. Cistectomia Total	4,3%
2. Cistectomia Segmentar	10,0%
3. Ressecção Endoscópica	44,3%
4. Ressecção a céu aberto	25,7%
5. Cobaltoterapia (somente)	15,7%

Tipos Histológicos:

1. Papiloma	38,0%
2. Papilomatose	3,4%
3. Carcinoma Papilar	44,8%
4. Carcinoma Epidermóide	10,3%
5. Carcinoma Indiferenciado	3,5%

Foram estudados 32 casos de cistectomia segmentar feitos no nosso Serviço e pelo grupo de médicos que o compõem; além disso fizemos um questionário que foi enviado a diversos colegas e será comentado no final deste trabalho, perfazendo um total de 373 casos de cistectomias segmentares.

Enquanto Patherson e Aroldo Braga crêem que o Tumor de Bexiga está entre um dos cinco cânceres em que se pode ter maior otimismo sob o ponto de vista de curabilidade, outros, como Pedersen, não participam do mesmo ponto de vista, e diz Pedersen: «O prognóstico do Carcinoma de Bexiga é pobre e parece mais depender da histologia e distribuição do tumor

do que do tratamento». Este mesmo ponto de vista é defendido por João Vianna, quando diz que «O câncer de localização vesical é, ainda, um dos mais difíceis de tratamento e de pior prognóstico». Whitmore declara: «A sobrevivência média de pacientes com tumor de estágio similar tratados por diferentes métodos é similar».

O Tumor Vesical sempre nos causa preocupação, quando pretendemos tratá-lo, pois não existe um esquema definido para tal. A cirurgia radical não satisfaz à maioria dos Urologistas, pois além de dar uma mortalidade operatória relativamente alta, cria uma nova doença que é a derivação urinária.

* Professor adjunto, FMPA/UFRGS

As afirmativas de Pederson e Whitmore anteriormente expostas justificam os tratamentos conservadores e entre eles, certamente, a cistectomia segmentar. Porém, cremos que sua indicação deva ser feita em um número pequeno de casos em que o tumor seja único, esteja alojado na abóboda vesical ou parede lateral, afastado do trígono e do colo, e cujas dimensões permitam uma ressecção além de 2 cm em torno de seus limites, para que a bexiga continue com sua função normal; ou então, que esteja localizado num divertículo.

Não somos partidários da cistectomia trigonal propugnada por Couvelaire, por achá-la de execução bastante difícil e os resultados serem muito pobres.

Para selecionar os casos para a Cistectomia Segmentar e estagiamento do Tumor, nos baseamos na cistoscopia e palpação bimanual sob anestesia geral ou raquianestesia; na urografia excretória, que não somente põe em evidência a sua existência, como também dá seu sítio e mostra se é ou não invasivo (localização junto ao meato ureteral). A cistografia tem um valor especial para avaliar a penetração do tumor, quando situado na cúpula, justamente aqueles em que está indicada a Cistectomia Segmentar. A biópsia preferimos fazer com o ressector endoscópico, procurando retirar todo o tumor, até as partes mais profundas e, com certa freqüência, nisto já consiste o tratamento, principalmente quando for um Tumor de baixo estagiamento (T1-T2). Em algumas localizações somos obrigados a usar a Pinça de Lowesley ou pinças de biópsia flexíveis.

Para estagiamento do tumor seguimos a proposta pela União Internacional Contra o Câncer-TNM (Tumor — Nódulo — Metástases).

Não se pode traçar normas gerais e esquematizar o tratamento dos Tumores Vesicais, porém, em linhas gerais, e baseado na classificação TNM, temos a seguinte orientação:

1. Papiloma — Ressecção endoscópica ou eletrocoagulação endoscópica. Mais raramente a céu aberto.
2. Carcinomas —
 - a — Quando de baixo estágio efetuamos a ressecção endoscópica ou a céu aberto, dependendo da localização do tumor.
 - b — Altamente invasor (T3) — indicamos a cistectomia segmentar, quando preencherem as condições anteriormente expostas ou a cistectomia total com irradiação prévia.

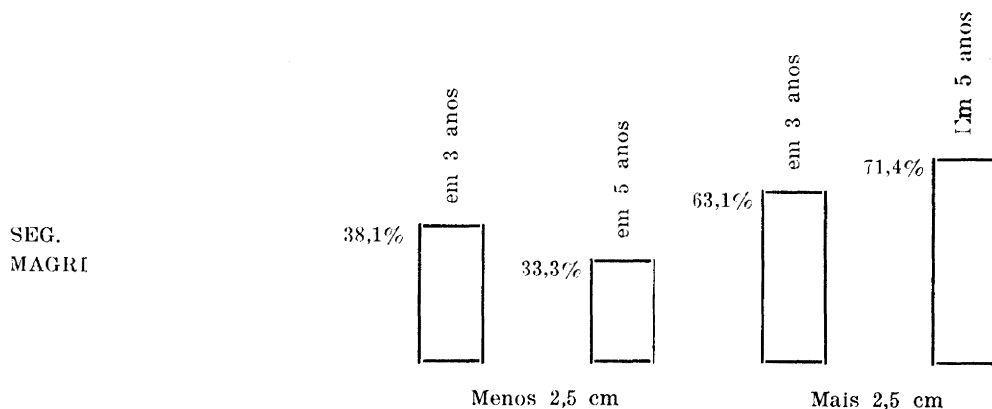
CISTECTOMIA SEGMENTAR —

A indicação de cistectomia segmentar é muito restrita e deve obedecer aos seguintes critérios:

1. O tumor deve estar localizado na cúpula vesical ou nas porções laterais afastadas do colo, isto é, na parte mobilizável da bexiga;
2. Seu diâmetro deve estar em torno de 3 cm;
3. Deve ser único, não devendo haver na mucosa áreas de hipertrofia, nodosidade ou leucoplasia;
4. A ressecção deve ser feita na parede sadia numa distância de pelo menos 2,5 cm do tumor, estando a bexiga colabada.

Este último item é importante para um bom prognóstico, pois a sobrevida se reduz à metade quando a margem diminui de 2,5 cm, conforme podemos ver no quadro seguinte, da casuística de Magri:

Sobrevida segundo a margem livre do Tumor



A técnica da ressecção segmentar é do conhecimento de todos, não necessitando aqui sua descrição; porém devemos lembrar que deve ser removido o segmento vesical com todas as camadas, inclusive a gordura peri-vesical e o peritônio, evitando-se o contato do tumor com os tecidos circunvizinhos. Ravasini aconselha, nos tumores da cúpula, isolar a parede vesical e colocar um clamp intestinal abaixo da massa tumoral, seccionando com o bisturi elétrico a parede junto com o tumor, evitando-se assim o derrame de células neoplásticas nos tecidos vizinhos.

A vantagem da Cistectomia segmentar está no fato de:

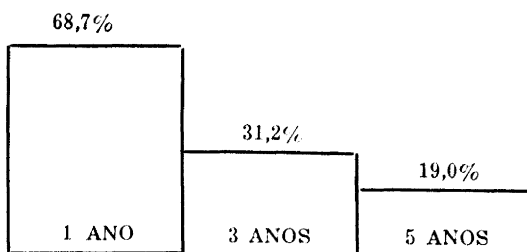
1. Conservar a função normal da bexiga;
2. a mortalidade operatória ser baixa;
3. não surgir alterações da função renal nem bioquímica;
4. possibilitar um estadiamento perfeito pelo patologista.

Tem, porém, também seus inconvenientes, como sejam:

1. Não ser, às vezes, de suficiente radicalidade;
2. não ser exequível em bexigas de pequena capacidade;
3. o agente carcinogênico desconhecido, continua atuando sobre o urotélio sensível.

Os casos que aqui apresentamos referem-se a 32 pacientes tratados com cistectomia segmentar. Todos tinham um estadiamento T2 e T3. Havia 46% de localização do tumor no domo vesical e 36% na parede lateral. Cinco faleceram menos de 1 ano após. Um viveu apenas 70 dias após a cirurgia, tendo morrido com disseminação pélvica do tumor. Não houve nenhuma morte trans-operatória.

Conforme se pode ver no gráfico seguinte, 68,7% sobreviveram 1 ano, 31,2% sobreviveram 3 anos e 19% viveram mais de cinco anos.



De um questionário que enviamos a diversos colegas, constata-se que a sobrevida de 5 anos, naqueles casos em que foi feita a Cistectomia Trigonal, é de apenas 5%. As complicações mais frequentes imediatas à cirurgia foram a fístula (que fecha sempre) e a infecção. Interrogados se continuam fazendo a cistectomia parcial, todos, à exceção de um, responderam que sim. As recidivas observadas por este grupo de colegas variaram de 20% a

50% (nos que fazem cistectomia trigonal).

Conclui-se que a cistectomia segmentar deva ser efetuada num grupo muito restrito de doentes, sendo a mortalidade conforme a maioria dos autores, bastante baixa, assim como a morbidade, sendo os resultados muito semelhantes a de outros métodos. Talvez num futuro próximo, com o progresso da fisioterapia, possa-se ampliar sua indicação ou sermos, ainda mais conservadores.