
Resultados Tardios do Tratamento do Câncer da Bexiga

JOÃO B. VIANNA (*)

Em 1967 publicamos trabalho concernente à conduta terapêutica e resultados obtidos em 105 casos de câncer da bexiga por nós operados. O quadro I, então publicado, resumia nosso ponto de vista quanto à orientação do tratamento e que era baseada no estadiamento dos tumores segundo a classificação TNM da UNIÃO INTERNACIONAL CONTRA O CÂNCER.

De lá para cá 5 de fevereiro de 1974, operamos mais 27 casos, totalizando, portanto, 132. Nossa orientação continuou a ser mais ou menos a mesma quanto aos casos T-1, T-2 e T-3. Em relação aos casos do estadio T-4 nossa conduta mudou. Abandonamos quase que completamente os processos cirúrgicos, mesmo as simples derivações urinárias ou as ressecções dos nervos erectores. Achamos que nos casos avan-

çados (T-4) não obtivemos maior sobrevida dos pacientes e a palição não compensou o risco cirúrgico (derivações).

Em relação aos casos T-1, T-2 e T-3 recentemente temos indicado um pouco mais a radioterapia associada à cirurgia, não, talvez, por termos passado a acreditar mais na irradiação no câncer da bexiga, mas, por acreditarmos agora menos na chamada cirurgia radical, da qual fomos grandes entusiastas.

(*) Livre Docente de Urologia da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Titular de Urologia da Escola de Ciências Médicas de Volta

Redonda (Estado do Rio de Janeiro)

Ex-Chefe da Seção de Urologia do I.N.C. do Min. da Saúde

QUADRO I

CONDUTA TERAPÊUTICA NO CÂNCER DA BEXIGA

ESTÁGIO	ESPECIFICAÇÃO DAS LESÕES	TRATAMENTO
T-1	a) Tumor único com menos de 2 cm de diâmetro.	Ressecção ou Eletrocoagulação endoscópica.
	b) Tumor único com mais de 2 cm de diâmetro.	Cauterização com Ácido Tri-Cloroacético + Ressecção Eletrotérmica através Cistostomia.
	c) Tumores múltiplos disseminados.	Telecobaltoterapia ou Cistectomia total ("Conservadora no jovem").
T-2	a) Presença de Mucosa Vesical, além do Tumor, sem lesões pré-Cancerosas (hiperplasia etc.) disseminadas.	Cistectomia Parcial
e T-3	b) Presença de lesões pré-Cancerosas disseminadas na Mucosa Vesical, além do tumor.	Cistectomia Total
T-1 T-2 ou T-3	Lesão recidiva após Cistectomia Parcial ou irradiação.	Cistectomia Total
T-4	a) Dor acentuada	Telecobaltoterapia Ressecção de Nervos Erectores e Hipogast.
	b) Obstrução Ureteral	Ureterostomia Cutânea Conduto Ileal

Praticamos até o presente 43 cistectomias totais que nos proporcionaram uma sobrevivência de mais de 5 anos de 11,63% e uma mortalidade operatória de 32,53%. Esses resultados melhoraram muito pouco em relação àqueles anteriormente publicados (*).

Apesar disso, não somos, todavia, inteiramente contrários a cistectomia total. Continuaremos a praticá-la e a indicá-la, porém, de maneira cada vez mais restrita e

possivelmente precedida pela telecobalto terapia limitada somente à área da bexiga, para não acarretar deiscência e fístulas pós-operatórias como preconiza HODGES.

A cistectomia parcial continua sendo, entretanto, nossa intervenção de escolha nos casos T-2 e T-3 sempre que permita uma suficiente sobra de mucosa vesical de bom aspecto. Esta operação, apesar de ser completamente contra-indicada pela maioria dos urólogos, com a exceção de alguns entre eles MAGRI, PUIGVERT e eventualmente WHITOMORE, foi a que nos proporcionou maior número de sobrevividas de mais de 5 anos (35,2% em 21 casos) com mortalidade operatória de 4,76%.

Os casos T-1 continuamos tratando pela cirurgia endoscópica ou pela telecobalto terapia, exceto em casos de recidiva.

Acreditamos que, na indicação do tratamento para o câncer vesical, o urólogo não deve subestimar a reação psicológica do paciente que o tratamento possa causar, não só quanto à perda da potência sexual (se o paciente ainda a tiver), como também o impacto que irá causar a eliminação anor-

mal daurina pela parede do ventre (conduto ileal), pois os aparelhos coletores colados ao ventre apresentam com freqüência incômodo vazamento de urina, estabelecendo verdadeira **via crucis** para os seus portadores.

Achamos que, nos casos em que haja indicação para cistectomia total, o paciente deva ser perfeitamente esclarecido, com toda franqueza possível, quando à gravidade de sua doença e quais as limitações e inconveniências que terá de enfrentar após a intervenção cirúrgica. Ao cirurgião é muito mais fácil propor uma operação mutiladora do que ao paciente aceitá-la.

O quadro II apresenta sumariamente a história de 14 pacientes que sobreviveram mais de 5 anos após cistectomias parciais ou totais e eletrocoagulações (transvesicais ou endoscópicas) que praticamos. Constituem 10,6% dos nossos 132 operados ou melhor 11,3% se nos referimos somente aos 124 casos que foram operados anteriormente até 5-2-1969 e, portanto, passíveis a uma sobrevida de mais de 5 anos.

QUADRO II

CASOS DE CÂNCER DA BEXIGA OPERADOS COM MAIS DE 5 ANOS DE SOBREVIDA

Nº	Nome	Cor	Idade	Sexo	Reg.	Está-dio	Histologia	Operação	EVOLUÇÃO/SOBREVIDA
1	J.C.	BR	67a	F	Clínica particular Casa de Saúde N. S ^ª Lourdes.	T-3 (P-3)	Carcinoma transicional.	Cistectomia parcial (24-10-47) + Radiot. convencionnal.	Óbito (24-9-62) após amputação reto, por adeno-carcinoma do reto. Sobrevida: 14 anos e 11 meses.
2	M.M.	BR	39a	M	Nº 7.792 I.N.C.	T-1	Carcinoma papilífero.	Cistectomia total. Conduto ileal (16-3-53).	Óbito por acidente vascular cerebral (4-1-62). Sobrevida: 8 anos e 10 meses.
3	R.F.S.	BR	61a	M	Nº 27.733 I.N.C.	T-1	Carcinoma epidermoide.	Cistectomia parcial (6-11-53).	Perdido de vista após 6-12-62. Sobrevida: + 9 anos.
4	M.P.J.	BR	68a	M	Nº 28.877 I.N.C.	T-1	Carcinoma papilífero.	Eletro-coagulação vesical (12-3-54).	Bem em 1-7-65. Sobrevida: + 11 anos.
5	A.R.	BR	45a	M	Nº 43.963 I.N.C.	T-2 (P-2)	Carcinoma espino-celular.	Cistectomia parcial + Ressecção do 1/3 proximal da próstata + Neouretero-cistostomia esquerda (9-1-58).	Boa recuperação do rim esquerdo (que estava excluído). Metástase obturadora esquerda que foi extirpada (13-11-69) + telecobalto terapia. Em (1-12-72) grande metástase osteolítica do sacro. Sobrevida: + 14 anos e 11 meses.
6	T.R.	BR	42a	M	Clínica particular Casa de Saúde N. S ^ª Lourdes.	T-1	Carcinoma transicional.	Cistectomia parcial + Neouretero-cistostomia direita (29-5-58).	Ressecção dos colons transverso e descendente (18-9-71) por adeno-carcinoma do colon descendente. Bem em 5-2-74. Sobrevida: + 15 anos e 7 meses.
7	J.V.	BR	54a	M	Nº 49.245 I.N.C.	T-2	Carcinoma transicional.	Prostato-vesico-cistectomia total + exereses ganglionar e conduto ileal (10-4-59).	Sem sinais de câncer em evolução até 5-1-66, quando foi perdido de vista. Sobrevida: + 6 anos e 8 meses.
8	M.E.A.	BR	72a	M	Nº 60.121 I.N.C.	T-1	Papiloma deg. maligna.	Cistectomia parcial (11-8-61).	Bem em 12-8-67 — óbito pouco depois (?). Ictus cerebral. Sobrevida: 6 anos.
9	A.P.F.	BR	39a	M	Nº 61.490 I.N.C.	T-2 (P-2)	Carcinoma transicional com êmbolos linfáticos e inv. cam. muscular.	Cistectomia parcial + Neouretero-cistostomia direita (6-10-61).	Bem (3-6-69). Nova cistectomia parcial (1970) por recidiva. Em 4-1-73 nova recidiva vesical. Sobrevida: + 8 anos.

z

Nº	Nome	Cor	Idade	Sexo	Reg.	Está- dio	Histologia	Operação	EVOLUÇÃO/SOBREVIDA
10	M.M.	BR	31a	M	Nº 48.658 I.N.C.	T-4 (P-4)	Carcinoma transi- cional c/inv. prost.	Cistectomia total com ressecção do 1/3 proximal da próstata. Bexiga sigmoideal (9-11-62) + Radium + Tele- cobalto.	Metástase osteolítica do púbis (15-7-72). Irra- dição. Óbito (1-3-73). Sobrevida: 10 anos e 2 meses.
11	O.T.V.	BR	51a	M	Nº 88.947 I.N.C.	T-2 (P-2)	Carcinoma transi- cional c/ inv. ca- muscular. Gan- glios pélvicos sem metástases.	Prostato-vesi- co-cistectomia to- tal. Exereses gan- glionar. Conduto ileal (27-2-67).	Bem (4-5-73). Sobrevida: 6 anos e 2 meses.
12	J.V.C.	BR	81a	M	Nº 90.455 I.N.C.	T-1	Carcinoma papili- fero transicional.	Eletro-coagula- ção transvesical (14-7-67).	Recidiva vesical e eletrocoagulação endoscó- pica (5-9-67). Nova recidiva (15-1-74). Sobrevida: + 6 anos e 6 meses.
13	J.V.M.	BR	58a	M	Nº 97.258 I.N.C.	T-1	Carcinoma transi- cional não in- filtrante.	Cistectomia par- cial + Neo-urete- rocistostomia es- querda.	Bem (28-8-73). Sobrevida: + 5 anos e 4 meses.
14	J.L.D.R.	BT	6a	M	Nº 93.862 I.N.C.	T-2	Sarcoma botriode	Prostato-vesico- cistectomia total. Exereses ganglio- nar. Bexiga retal (29-1-68).	Bem sem sinais de câncer em evolução (29-1- 74). Sobrevida: + 6 anos.

(x) I.N.C. — Instituto Nacional de Câncer

Cl. P. — Clínica Particular (Casa de Saúde N. S. de Lourdes)

Agradecemos ao Dr. J. Rangel de Moraes, atual Chefe da Sec. de Urol. do I.N.C., as recentes informações quanto ao **follow-up** dos casos 9, 11 e 12.

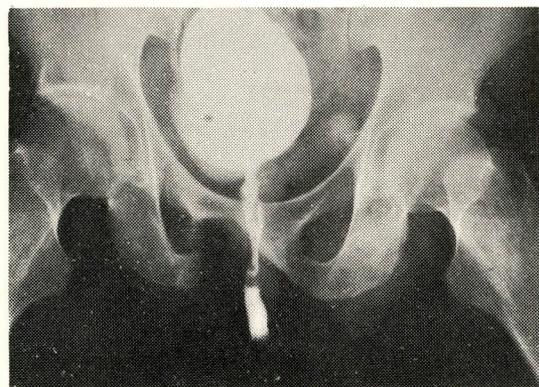
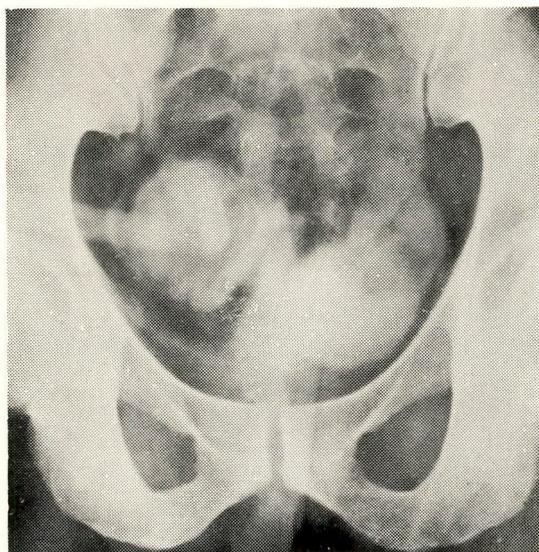


FIGURA 8 — Paciente nº 10 submetido a cistectomia total e extirpação do 1/3 proximal da próstata e derivação urinária por bexiga sigmoideal. Tratava-se de paciente ainda em plena função sexual e o exame histológico pré-operatório não revelara invasão prostática. Dias depois o exame histológico (corte em parafina) mostrou invasão superficial da próstata. Para não comprometer a bexiga sigmoideal, recentemente feita, empregou-se a metade da dose da irradiação pós-operatória sob forma de curiterapia (tubo de radium localizado na uretra prostática restante, dentro de uma sonda de Foley) e a outra metade da dose sob forma de telecobaltoterapia. (DR. OSOLANDO MACHADO). — Na figura 1-A vê-se "cistografia" após a operação. A figura 1-B mostra nova "cistografia" retrograda + 9 anos depois, apresentando, então, a bexiga sigmoideal uma falsa forma arredondada (superposição das imagens de suas extremidades), e grande metástase osteolítica do ramo isquio-pubiano direito.

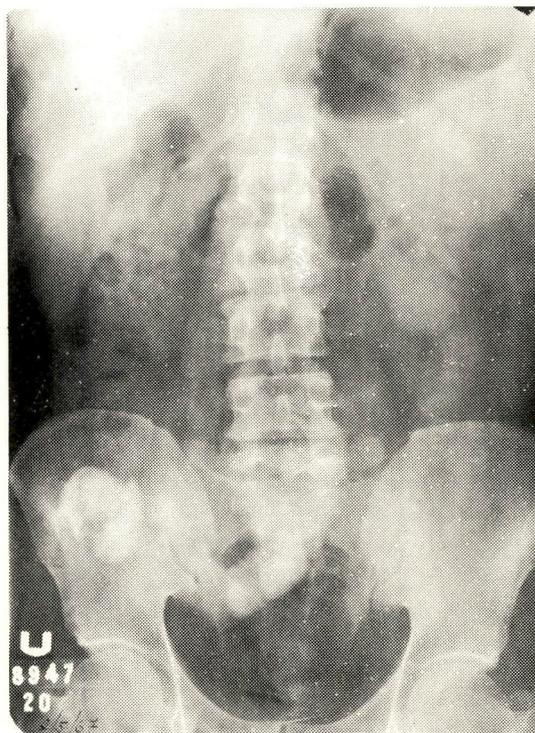


FIGURA 9 — a) Urografia excretora do paciente nº 11, mostrando extenso tumor invasivo das paredes vesicais.

b) Cistografia do conduto ileal.

Nossos resultados tardios não podem ser comparados com aqueles dos maiores centros cirúrgicos estrangeiros. Temos que levar em conta a nossa menor experiência em número de casos (mesmo sendo nossa estatística pessoal), como também o fato da grande maioria dos nossos operados serem do tipo hospitalar, (comumente denominados indigentes, freqüentemente subnutridos e anemiados, requerendo às vezes semanas de preparo pré-operatório. Os pacientes dos centros mais adiantados, ao contrário, em geral apresentam uma boa proporção do tipo denominado de clínica particular e, portanto, com melhores condições gerais. Além do mais, 55 doentes ou sejam 41% da totalidade, eram do estágio T-4, e, portanto, casos de câncer avançados, já fora de quaisquer possibilidades terapêuticas pelos meios atuais. Estes três fatores deverão ser levados em conta, pesando algo nos nossos resultados desfavoráveis.

Em que pese o que acima dissemos, analisando os 14 casos de mais de 5 anos de sobrevida apresentados no quadro II, observamos que o paciente nº 5 com mais de 14 anos e 11 meses de sobrevida, aos 12 anos de operado apresentou metástase obturadora direita, que foi extirpada cirurgicamente e, depois, submetido a telecobalto terapia. Atualmente, continua sem recidiva vesical, porém, apresenta extensa metástase osteolítica do sacro. A paciente nº 1, com 14 anos e 11 meses de sobrevida, faleceu em conseqüência a uma amputação do reto por adeno-carcinoma resultante da malignização de um pólipó retal, tumor histologicamente diferente do antigo tumor vesical (carcinoma transicional). Fato semelhante ocorreu com o paciente nº 6, que, submetido primeiramente a cistectomia parcial por carcinoma transicional da bexiga, apresentou extenso adeno-carcinoma do cólon descendente

13 anos depois, quando foi submetido a larga ressecção dos cólons transverso e descendente. Atualmente, está vivo, sem sinais de recidiva do tumor vesical ou do tumor do cólon, 15 anos e 7 meses após a cistectomia parcial. O caso nº 10 faleceu um pouco mais de 10 anos após cistectomia total por carcinoma transicional da bexiga, com extensa metástase osteolítica do púbis e que aparecera 9 anos após a operação, respondendo mal a telecobalto terapia. O paciente nº 2, submetido a cistectomia total por carcinoma papilífero da bexiga, faleceu 8 anos e 10 meses após um acidente vascular cerebral, aparentemente não relacionado ao tumor. O mesmo sucedeu com o caso nº 6, 6 anos após cistectomia parcial. O doente nº 11, com carcinoma transicional da bexiga, está ainda vivo, 6 anos e 2 meses após cistectomia total. O nº 14, portador de sarcoma botrioide de bexiga, continua vivo, 6 anos após cistectomia total. O paciente nº 13 continua vivo, já mais de 5 anos após cistectomia parcial por carcinoma transicional da bexiga. Foram perdidos de vista os pacientes nº 3 e nº 7, respectivamente 9 anos após cistectomia parcial e 5 anos após cistectomia total. O paciente nº 9, submetido à cistectomia parcial por carcinoma transicional da bexiga, ainda sobrevive, 12 anos após a operação, apresentando recidiva vesical, já se tendo submetido, 8 anos após nossa operação, a outra cistectomia segmentar (cúpula), por outro colega.

Como acima dissemos, nossos resultados a longo prazo, em relação ao número total de pacientes operados de câncer da bexiga, são quase desanimadores, se bem que, uma sobrevida de 5 anos sem recidiva ou metástase, em indivíduo de mais de 55 anos de idade, já represente algo de favorável.

Verificamos pelo exposto, que o "clássico" período de 5 anos de sobrevida muito pou-

co representa em relação a uma cura verdadeira. Neste particular, somos um tanto pessimistas e achamos que o aparecimento de metástases no câncer da bexiga é só uma questão de tempo, notadamente em relação aos ossos. Ocorrerá com frequência mais tarde 9, 10, 14 ou mais anos após o ato operatório.

Resultados de sobrevivência de mais de 5 anos para câncer de bexiga, na literatura estrangeira, notadamente em estatísticas de casos selecionados, são inegavelmente melhores que os nossos (POOL^o WILSON & BARNARD, 33%; RESNIK & O' CONOR, de 16%; VEENEMA & AL, 27,5% à 41,4%; PAPPAS & HODGES, PEARSE, 38% para câncer invasivo, etc), mas mesmo assim continuamos um tanto cépticos quanto à verdadeira cura do câncer vesical. Podemos ainda verificar que as maiores sobrevivências foram obtidas no tratamento dos casos no estágio T-1, onde até a simples eletrocoagulação do tumor, através cistostomia, deu resultado (casos 4 e 12). A cistectomia parcial aparece no quadro II em 4 pacientes no estágio T-1, 2 do estágio T-2. A cistectomia total foi efetuada em 1 paciente do estágio T-1 (caso nº 2, já anteriormente submetido a eletrocoagulações e a cistectomia parcial) em 3 do estágio T-2 e em 1 do estágio T-4 (nº 10).

Urge, segundo nosso entendimento, fazer algo diferente. É possível que a resposta para o tratamento do câncer vesical, além de um diagnóstico mais precoce, possa ser, em futuro próximo, fornecido pela imunologia (*). Enquanto esta resposta não surgir, teremos que continuar, da melhor maneira possível, atendendo os portadores de câncer da bexiga, cirúrgica e radiologicamente, mas, procurando, como acima dissemos, e torno a repetir, não acarretar com o nosso tratamento um sofrimento igual ou

maior do que aquele produzido pelo próprio câncer.

RESUMO

O A. apresenta sua experiência pessoal com resultados tardios em 132 pacientes operados de câncer da bexiga. Cerca de 41% eram de casos avançados dos estádios T-4. Do total de 132 doentes, 14 sobreviveram à operação de 5 a 15 anos, ora sem apresentar sinais de câncer em evolução, ora apresentando metástases ósseas tardias, ora outro tipo histológico de câncer em outras vísceras, o que leva o A. a um certo cepticismo quanto à cura verdadeira do câncer vesical com os meios de tratamento atuais. Além disso, acha que o urólogo deverá agir com muito discernimento e precaução para não causar aos pacientes, com o tratamento mutilante, um sofrimento igual ou maior do que aquele causado pelo próprio câncer.

SUMMARY

The author's personal experience is given in regard to late results from treatment of 132 cases of bladder cancer. 41% of the cases were far advanced stage T-4. From the total of 132 patients, 14 survived 5 to 15 years after the operation, some free from cancer symptoms, and others showing late bone metastases or another histologic type of cancer in a different viscera. This gives the author a certain scepticism regarding the real cure of bladder cancer by actual methods of treatment, notoriously radical surgery. He believes that great caution should be taken not to cause the patient with such treatments as great or greater suffering than that caused by cancer itself.

(*) Os casos 1 e 6, além do carcinoma transicional característico da bexiga, apresentaram mais tarde adeno-carcinomas do tubo intestinal, demonstrando nítida influência do "terreno canceroso" ou predisposição destes pacientes para o câncer.

BIBLIOGRAFIA

1. Magri, J. — Brit. J. Urol. XXXIV: 1,74 — 1962.
2. Pearse, H. D., Pappas, J. T. & Hodges, C. V. — J. of Urol., 109: 623 — 1973.
3. Pool-Wilson, D. S. & Barnard, R. J. — Brit. J. Urol., 43: 16 — 1971.
4. Puigvert, A. — Tratado de Operatória Urológica. — Ed. Labor. Barcelona, 1971.
5. Resnik, M. & O'Conor, V. J. — J. of Urol. — 109: 1007 — 1973.
6. Veenema, R. J., Guttman, R., Uson, A. C., Senyozyn, J. & Romas, N. A. — J. of Urol. — 109: 397 — 1973.
7. Vianna, J. B., — J. B. M. 4: 381 — 1967.
8. Vianna, J. B., — J. B. M. 1: 27 — 1969.
9. Whitmore, W. F. — S. Clin. North America, 49: 349 — 1969.