

terapêutica	<b>conduta e resultados no tratamento do câncer da bexiga*</b>	JOÃO B. VIANNA **
-------------	--	-------------------

\* Trabalho do Instituto Nacional de Câncer do Serviço Nacional de Câncer — M.S. Rio - GB.  
\*\* Chefe da Seção de Urologia do Instituto Nacional de Câncer — Titular do Colégio de Cirurgias — Membro da Société Internationale D'Urologie. (TCBC)

---

**RESUMO**


---

O presente trabalho está dividido em duas partes: na primeira o A. apresenta sua conduta terapêutica atual no câncer da bexiga, baseada num total de 105 casos por êle operados. É atribuída capital importância à classificação T.N.M. da União Internacional Contra o Câncer, não só para indicação do tratamento como para o prognóstico.

Na segunda parte são apresentados os resultados tardios dos seus primeiros 67 casos, operados durante o período de outubro de 1947 à janeiro de 1962. Nestes primeiros 67 casos nem sempre foi seguida a conduta terapêutica que o autor atualmente preconiza.

O câncer de localização vesical é ainda um dos de mais difícil tratamento e de pior prognóstico. Não existe um tratamento estandardizado aceito pela maioria. Alguns preferem a cirurgia, outros as irradiações, havendo ainda aqueles que associam êstes dois métodos de tratamento. A quimioterapia, se bem que promissora, acha-se ainda em fase quase experimental.

O presente trabalho está dividido em duas partes. Na primeira apresentamos a nossa atual conduta de tratamento do câncer da bexiga, baseada no estudo de 105 casos histologicamente confirmados, operados por nós

no Instituto Nacional de Câncer e na clínica particular, durante o período de 1.º de outubro de 1947 a 31 de janeiro de 1967. Teve acentuada influência nessa nossa atual conduta terapêutica, a classificação que agora adotamos para o câncer da bexiga, preconizada pela União Internacional Contra o Câncer e denominada classificação T.N.M. A segunda parte do trabalho relaciona-se ao resultado tardio, obtido no tratamento dos nossos primeiros 67 pacientes, atendidos no período de 1.º de outubro de 1947 a 31 de janeiro de 1962 e, portanto, um grupo que já teve possibilidade de apresentar uma cura de 5 anos.

A conduta de tratamento seguida nestes primeiros 67 casos não foi rigorosamente aquela apresentada ou indicada na primeira parte do trabalho e que é a que atualmente seguimos. Isto deve-se ao fato de termos modificado nossa conduta com a experiência que adquirimos em face dos bons e dos maus resultados e de só termos tomado conhecimento da classificação T.N.M. em 1957 (3). Os nossos casos anteriores a essa data foram então reclassificados de acôrdo com a mesma, baseando-nos em dados dos exames pré-operatórios e nos achados dos operatórios por nós anteriormente descritos nas respectivas fichas de observação.

---

**SUMMARY**


---

In the first part of the paper the author describes his actual conduct in the treatment of cancer of the bladder. It is based on the study of a total of 105 cases operated by from 1947 to 1966.

Great importance is given to the T.N.M. classification not only as a mean of choosing the proper treatment but also regarding prognosis.

In the second part of the paper the results of the first 67 cases treated from 1947 to 1962 are given.

The treatment given to this first group was not exactly the same as is now recommended by the author. The 1,3 and 5 years survival of each of the stages T-1, T-2, T-3

and T-4 is given and finally the result of the totality of the 67 cases independent of staging.

Results are also given regarding the different types of operation (total cystectomy, partial cystectomy etc.) and also operative mortality.

Unfortunately 29 of the 67 patients were of stage T-4 and therefore had no possibility of the benefit of a 5 years survival. This was one of the main facts of the poor results of treatment.

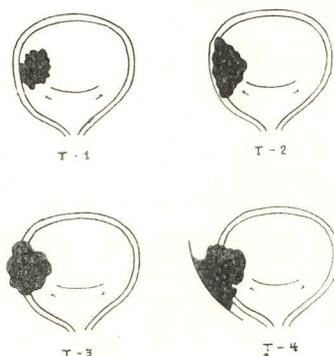
If in the future such advanced cases could be eliminated by early detection results should certainly improve.

---

**CONDUTA E RESULTADOS NO TRATAMENTO DO CÂNCER DA BEXIGA**


---

Fig. 1 — Classificação T.N.M. dos tumores da bexiga.




---

**CONDUTA TERAPÊUTICA**


---

A classificação T.N.M. da União Internacional Contra o Câncer é uma classificação essencialmente clínica e basea-se no grau de penetração do tumor na parede vesical. Esta classificação embora clínica, posteriormente com o estudo da peça operatória, poderá tomar caráter histológico, relacionando-se estreitamente com outras classificações grandemente aceitas como as de Marshall e Jewett.

O método T.N.M. separa o câncer vesical em quatro estádios, T-1, T-2, T-3 e T-4, que são apresentados na fig. 1.

No estágio T-1 estão compreendidos os tumores superficiais, que invadem tão somente a mucosa e a submucosa. No estágio T-2, já há invasão das camadas musculares da bexiga. No estágio T-3, toda espessura da parede vesical (inclusive a serosa) está comprometida. Em T-4 o tumor já ultrapassa a parede vesical, estendendo-se ao tecido extravesical, notadamente às chamadas asas laterais da bexiga.

A classificação T.N.M. é feita pelo exame clínico do paciente, associadamente ao exame cistoscópico e aos dados fornecidos pelo exame radiológico (urografia excretora e cistografia).

O exame clínico tem como base o toque retal ou vaginal, combinado à palpação abdominal, estando o paciente com a bexiga vazia e o ventre completamente relaxado pela anestesia geral ou raqueana.

Feita esta pequena apreciação relativa à classificação dos tumores vesicais, e realçado o grande valor da mesma, passaremos a nossa atual conduta terapêutica, que é essencialmente cirúrgica.

No quadro I acham-se as normas por nós seguidas atualmente. Poderão, possivelmente, merecer a crítica e a objeção de alguns, mas, são as que melhores resultados nos tem proporcionado no tratamento dos doentes, o que não impede, todavia, de virem a ser alteradas futuramente, se encontrarmos algo melhor.

Somente os casos classificados nos estádios T-1, T-2 e T-3 são passíveis ainda de cura. Os do estágio T-4 devem ser considerados atualmente fora de possibilidades terapêuticas e passíveis tão somente de tratamento paliativo.

Todos os nossos pacientes foram previamente submetidos à biópsia endoscópica, que, em caso de dúvida, foi repetida. Nos casos em que a dúvida persistiu, não trepidamos em abrir a bexiga, no início do ato operatório, e fazer uma biópsia por congelamento. Tal prática é condenada por muitos urólogos, sob a alegação de perigo de enxertia de células neoplásicas na ferida operatória. Para evitar esta complicação, uma vez feita a biópsia, cauterizamos largamente o tumor com ácido tricloroacético glacial (método de Richter), que coagula o tumor, fixando as células e diminuindo a possibilidade de enxertia das mesmas. Usamos também esta fixação prévia com ácido tricloroacético nos casos em que vamos proceder a ressecção eletrotérmica do tumor, através de cistotomia, ou, quando praticamos a cistectomia parcial. Ainda com o fito de diminuir a possibilidade de implantação de células blastomatosas na ferida operatória, costumamos lavar o campo operatório, no fim da exeresse, com água esterilizada em vez de usar soro fisiológico, o que por sua ação hipotônica destrói as células livres. Este fato tem confirmação

C O N D U T A   T E R A P E Ú T I C A   N O   C Â N C E R   D A   B E X I G A

ESTÁGIO	ESPECIFICAÇÃO DAS LESÕES	TRATAMENTO
T- 1	a)- TUMOR ÚNICO COM MENOS DE 2 CMS. DE DIÂMETRO b)- TUMOR ÚNICO COM MAIS DE 2 CMS. DE DIÂMETRO c)- TUMORES MÚLTIPLOS DISSEMINADOS	Ressecção ou ELETROCOAGULAÇÃO ENDOSCÓPICA.  CAUTERIZAÇÃO COM ÁCIDO TRI-CLOROACÉTICO + RESSECÇÃO ELETRO-TÉRMICA ATRAVÉS CISTOSTOMIA.  TELECOBATOTERAPIA OU CISTECTOMIA TOTAL ("Conservadora no jo vem").
T- 2 e T- 3	a)- PRESENÇA DE MUCOSA VESICAL, ALÉM DO TUMOR, SEM LESÕES PRÉ-CANCEROSAS (hiperplasia etc.) DISSEMINADAS. b)- PRESENÇA DE LESÕES PRÉ-CANCEROSAS DISSEMINADAS NA MUCOSA VESICAL, ALÉM DO TUMOR.	CISTECTOMIA PARCIAL  CISTECTOMIA TOTAL
T- 1, T- 2 ou T- 3	LESÃO RECIDIVADA APÓS CISTECTOMIA PARCIAL OU IRRADIAÇÃO.	CISTECTOMIA TOTAL
T- 4	a) DOR ACENTUADA b)- OBSTRUÇÃO URETERAL	TELECOBATOTERAPIA RESSECÇÃO DE NERVOS ERECTORES E HIPOGAST.  URETEROSTOMIA CUTÂNEA CONDUTO ILEAL

na ausência quase completa de reimplantes nas ressecções endoscópicas.

Nos pacientes jovens ou ainda em fase de atividade sexual, portadores de tumores múltiplos no estágio T-1, praticamos às vezes a cistectomia total simples, que chamamos de "conservadora", sem dissecação pélvica, para não lesar os nervos erectores e hipogástricos e removendo a bexiga tão somente com o terço proximal da próstata, para não lesar os canais ejaculadores.

Nos pacientes mais velhos, com as mesmas lesões, praticamos a cistectomia total mais extensa.

Nos casos T-2 e T-3, em que além do tumor, a mucosa vesical não apresenta lesões disseminadas do tipo pré-canceroso (leucoplasias, hiperplasias epiteliais, cistite cística etc.), damos preferência à larga cistectomia parcial, removendo aquela com larga margem de tecido vesical sadio (no mínimo 2 cm além da base do tumor), juntamente com o tecido célulo-gorduroso extravascular e os gânglios linfáticos do lado correspondente (4).

Nos casos em que o tumor se localizar nas proximidades do meato ureteral ou do colo vesical, incluímos os mesmos na res-

secção, reimplantando, depois, o ureter na bexiga e reconstruindo o novo colo vesical ao redor de uma sonda de Foley, após a extirpação do primitivo colo vesical junto com o terço proximal da próstata (4).

Os opositores da cistectomia parcial alegam que, tendo o câncer vesical muitas vezes origem em focos multicêntricos, esta operação não teria lógica. Se bem que tal afirmação tenha algum fundamento, devemos dizer que os nossos melhores resultados no tratamento do câncer vesical tem sido obtido com a mesma. Ela permite ao paciente conservar sua bexiga, para qual ainda não foi encontrado um substituto ideal e, em caso de recidiva, haveria ainda o recurso da cistectomia total.

A cistectomia total, para a qual, há alguns anos atrás, tínhamos grande entusiasmo, pois, julgávamos, fôsse ela a resposta para o tratamento do câncer da bexiga, atualmente empregamos menos frequentemente, limitando sua indicação às lesões dos estádios T-1, T-2 e T-3, em que a cirurgia mais conservadora esteja contra-indicada ou para lesões nos mesmos estádios, recidivadas após cistectomia parcial ou irradiação.

Atualmente, praticamos a cistectomia total, abrindo de início a cavidade peritoneal, para melhor exame pélvico e para pesquisa de possíveis adenopatias para-aórticas ou metástases hepáticas. Feito êsse exame, isolamos as alças intestinais com compressas e fechamos temporariamente o peritônio com pinças. A operação é prosseguida então, por via extraperitoneal, descolando-se largamente os fundos de saco peritoniais das fossas ilíacas e da parede posterior da bexiga. Extirpamos, depois, em "bloco", a próstata, vesículas seminais (no homem), bexiga, tecido célula-gorduroso pélvico e as cadeias linfáticas ilíacas.

Não fazemos atualmente a larga retirada de peritônio pélvico como antigamente e como aconselham Marshall e Brunswick para "aumentar a radicalidade da operação".

A conservação da maior quantidade possível de peritônio pélvico, de maneira a não deixar as alças intestinais em contato com larga superfície cruenta na pelve, tem diminuído grandemente os fenômenos de íleus, que antigamente tanto atormentavam nossos operados. Além disso, hoje em dia, não fazemos mais questão de uma rigorosa exérese de gânglios linfáticos, pois, acreditamos que, se os gânglios pélvicos já estiverem tomados, as possibilidades de disseminação à distância já são grandes, mesmo com gânglios para-aórticos de tamanho normal.

Como derivação urinária complementar à cistectomia total, preferimos, sempre que possível, recorrer à confecção de neo-bexiga (bexiga artificial), lançando mão de um segmento isolado da sigmóide ou de um segmento terminal do íleo junto com o cecum, (2) que será anastomosado ao côto ureteral. Isto permitirá ao paciente urinar pelas vias naturais, segundo preconiza Gil Vernet. A continência urinária, em geral, é boa durante o dia com o paciente acordado, permitindo que o mesmo exerça seus afazeres. Durante a noite, com o paciente dormindo, há incontinência o que o obriga ao uso de um recipiente coletor de urina.

Nos casos em que não fôr possível êste tipo de derivação urinária, empregamos o conduto ileal de Bricker.

Ainda não tivemos experiência com a bexiga retal do tipo Gersuny ou de Duhamel.

De há muito não fazemos mais a urétero-sigmoidostomia, e, só em casos muito es-

Gráfico I

SOBREVIDA DOS 18 CASOS DE ESTÁDIO T-1

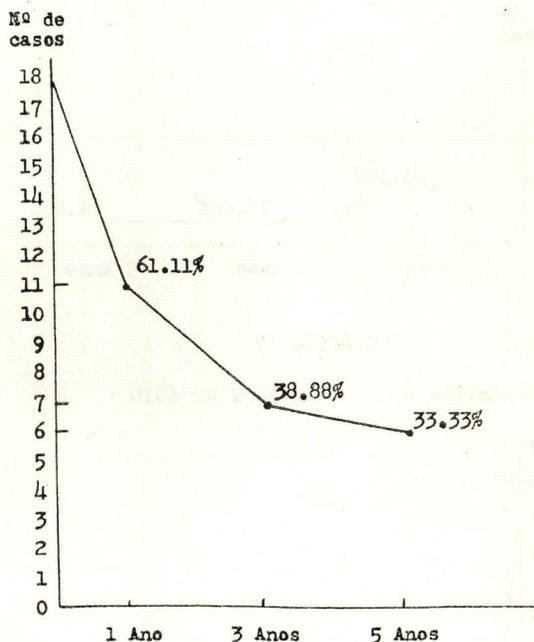


Gráfico II

SOBREVIDA DOS 14 CASOS DE ESTÁDIO T-2

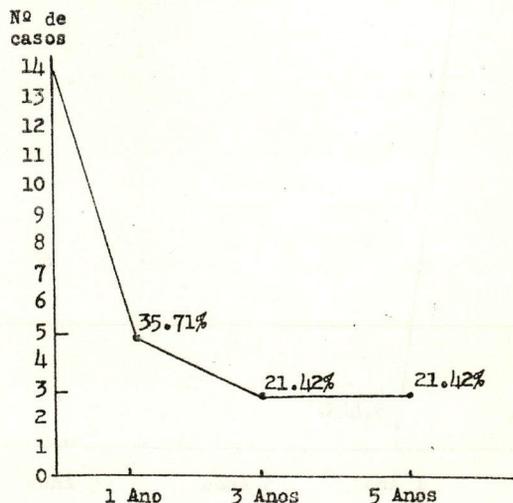
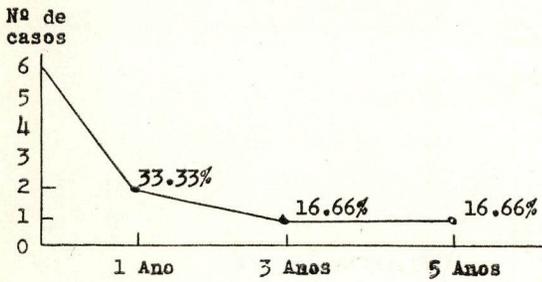


Gráfico III

SOBREVIDA DOS 6 CASOS DE ESTÁDIO T - 3



peciais, fazemos a ureterostomia cutânea, por julgarmos as mesmas péssimas derivações urinárias que facilitam a infecção ascendente. A primeira, além disso, acarreta sério desequilíbrio eletrolítico nos pacientes, levando-os a morte, antes mesmo que esta ocorra pela ação direta do câncer.

Nos pacientes portadores de tumor no estágio T-4, visamos, atualmente, só o alívio da dor ou da obstrução ureteral. Não achamos a grande cirurgia compensadora nestes casos. Os pacientes, em geral, estão em más condições gerais e o tratamento, seja êle qual fôr, não irá retardar a evolução do câncer.

Gráfico IV

SOBREVIDA DOS 29 CASOS DE ESTÁDIO T - 4

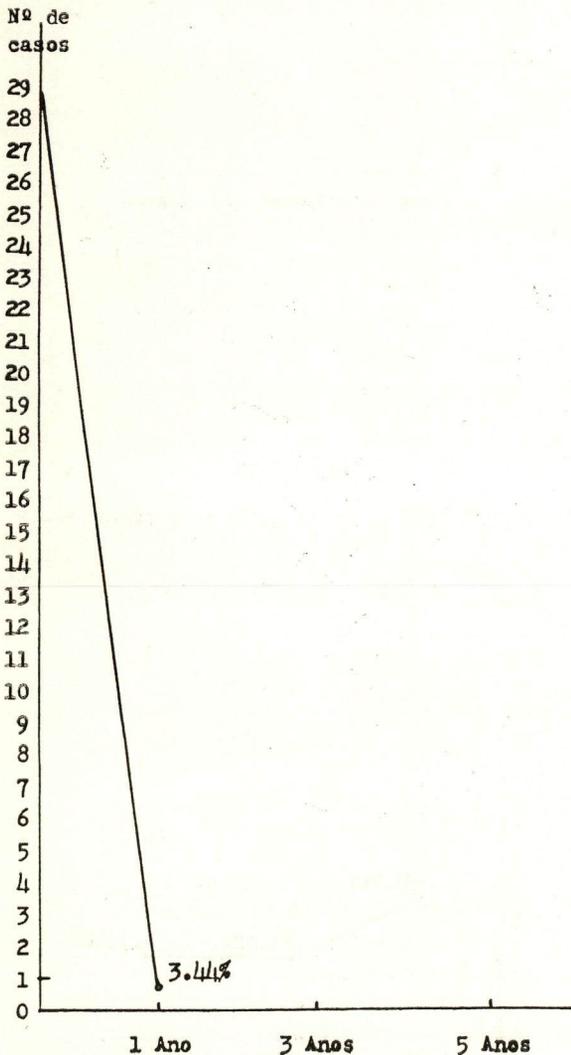
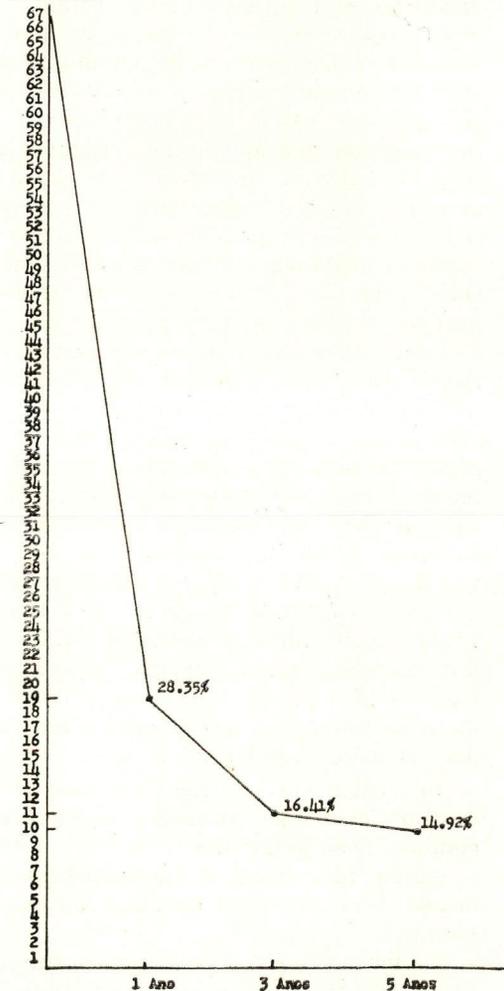


Gráfico V

SOBREVIDA DOS 67 CASOS ( GLOBAL ) INDEPENDENTE DO ESTADIAMENTO; Nº de casos





Caso não seja escolhida a telecobaltoterapia paliativa, indicamos para alívio da dor pélvica, a ressecção dos nervos erectores (1) e para a obstrução ureteral a simples derivação urinária por ureterostomia cutânea ou preferentemente pelo conduto ileal de Bricker.

A quimioterapia foi por nós empregada em alguns casos de câncer avançado (estádio T-4), porém, os resultados não foram animadores.

## RESULTADOS DO TRATAMENTO

Dos 105 pacientes operados, 67 o foram há mais de 5 anos (período de 1 de outubro de 1947 a 31 de janeiro de 1962) e constituem um grupo apresentado no Quadro II e nos gráficos I, II, III, IV e V.

O quadro II apresenta a distribuição dos casos segundo o estágio ou classificação T.N.M., a sobrevida de 1,3 ou mais de 5 anos após a operação, e o tipo de intervenção cirúrgica praticada, com a eventual derivação urinária complementar.

Podemos verificar, de início, ser a maioria dos casos do estágio T-4, representando mesmo quase 43% da totalidade. Isto justifica, em parte, o mau resultado final do tratamento, pois, mostra que grande parte dos doentes já nos chegaram às mãos em estado muito avançado da doença e, portanto, já sem possibilidade de uma cura de 5 anos.

Os gráficos I, II, III e IV objetivam melhor a sobrevida dos casos nos diferentes estádios.

No gráfico I verificamos que dos 18 casos no estágio T-1, 61,11% sobreviveram 1 ano, 38,88% sobreviveram 3 anos e 33,33% sobreviveram 5 anos ou mais.

O gráfico II representa a sobrevida dos pacientes do estágio T-2. Dos 14 casos, 35,71% sobreviveram 1 ano; 21,42% sobreviveram 3 anos e também 5 anos.

O resultado no estágio T-3 é mostrado no gráfico III. Dos 6 casos, 33,33% sobreviveram 1 ano; 16,66% sobreviveram 3 e também 5 anos.

No estágio T-4 os resultados foram os piores possíveis e estão representados no gráfico IV. Podemos observar que de 29 casos só 3,44% chegaram ao fim do primeiro (1.º ano) pós-operatório.

Analisando os 67 casos de maneira global, independentemente do estadiamento,

verificamos pelo gráfico V, que a maior mortalidade se deu no 1.º ano pós-operatório, em que só 28,35% sobreviveram.

Mais da metade destes chegou ao 3.º ano ou seja 16,41% do total de casos e um pouco menos, ou seja 14,92% chegaram ao 5.º ano.

Vemos, portanto, pelos gráficos I, II, III e V, que a maioria dos pacientes que consegue sobreviver 3 anos, sem sinais de câncer em evolução, chegará ao 5.º ano. Isto ocorre naturalmente nos doentes dos estádios T-1, T-2 e T-3.

Comparando os resultados obtidos com os diferentes tipos de operações efetuadas encontramos os dados que se seguem:

A cistectomia total (21 casos) apresentou 38,08% de sobrevida de 1 ano e 9,52% de sobrevida de 3 e de 5 anos. Sua mortalidade operatória, considerando arbitrariamente como tal todos os pacientes falecidos dentro dos primeiros 30 dias pós-operatórios, foi de 33,33%, concorrendo o estágio T-4 com a maioria dos óbitos. Dos 21 casos cistectomizados, 11 eram do estágio T-4 e, portanto, segundo nosso critério atual não deveriam ter sido submetidos a operação tão radical.

A cistectomia parcial (16 casos) apresentou 62,5% de sobrevida de 1 ano, 50% de sobrevida de 3 anos e 43,75% de sobrevida de 5 anos. Sua mortalidade operatória foi de 6,25%.

A cirurgia endoscópica foi praticada em 2 casos de estágio T-1. Os pacientes foram perdidos de vista e, portanto, devem ser considerados como mortos.

A extirpação eletrotérmica através cistostomia foi efetuada em 1 caso do estágio T-1 e teve 5 anos de sobrevida.

As demais operações foram feitas à título paliativo, sendo as seguintes: confecção simples de conduto ileal (3 casos), ureterostomia cutânea (4 casos), urétero-sigmoidostomia simples (1 caso) e laparotomia exploradora (5 casos). Foram todos casos de pacientes T-4 e de todos eles somente 1 (com ureterostomia cutânea) conseguiu sobreviver 1 ano, falecendo os demais antes de completar este período.

Analisando os nossos resultados, podemos avaliar claramente a importância da classificação T.N.M. em relação ao prognóstico, pois, os resultados pioram à medida que aumenta o estágio.

Repetindo e acentuando o que acima dissemos, chamamos mais uma vez a atenção

para o grande número de pacientes no estágio T-4. Isto concorreu grandemente para o mau resultado do tratamento, sendo lamentável que número tão grande de pacientes só muito tardiamente tivesse procurado tratamento médico adequado.

Acreditamos que, se todos os pacientes portadores de sintomas urinários fossem submetidos de rotina e precocemente a um exame urológico adequado, o número de casos de estágio T-4 diminuiria e só isso já melhoraria, consideravelmente, o resultado do tratamento do câncer vesical.

---

#### BIBLIOGRAFIA

---

1. DARGET, R. et BELLANGER, R. — Cystites Invétérées et Algies Pelviennes — Masson & Cia., Ed. Paris, 1954
2. GIL-VERNET VILA, J.M. — Cir. Cin. Y Urol. 17, 314, 1963.
3. HANLEY, H.G. (WALLACE, D.M.) — Recent Advances in Urology — J. & A. Churchill, L. id. London, 1957.
4. VIANNA, J.B. — Rev. Bras. Cir. 46: 329, 1963.