

C 171

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE CLÍNICA CIRÚRGICA

INTERNATO HOSPITALAR

NEOPLASIAS MALIGNAS DA BEXIGA :
ESTUDO RETROSPECTIVO DE 40 CASOS

MARIA EMÍLIA COELHO

SORAYA DOBNER

FPOLIS - SC

MAIO, 87

ORIENTADOR : DR. ROGÉRIO PAULO MORITZ

AGRADECEMOS :

Dr. Rogério Moritz e

Dr. Sérgio Porto por terem
cedido seus pacientes.

ÍNDICE

	PÁGINAS
01. RESUMO	01
02. INTRODUÇÃO	02
03. MATERIAL E MÉTODOS	07
04. RESULTADOS	08
05. DISCUSSÃO	15
06. CONCLUSÕES	21
07. SUMMARY	22
08. ANEXO	23
09. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	25

I - RESUMO

Este é um estudo retrospectivo, onde foram levantados 96 prontuários de pacientes portadores de neoplasia maligna de bexiga registrados no Serviço de Arquivo Médico do Hospital Governador Celso Ramos no período de janeiro de 1976 à dezembro de 1986. Destes foram selecionados 40 que preenchiam os pré-requisitos estabelecidos.

Foram analisados quanto a raça, idade, cor, sexo, manifestações clínicas, métodos diagnósticos, métodos terapêuticos e acompanhamento relacionando-se com a literatura.

O sexo predominante (masculino), as faixas etárias mais incidentes (6º e 7º décadas), a manifestação clínica mais encontrada (hematúria) e o tipo histológico mais comum (carcinoma papilífero de células transicionais) concordam com a literatura estudada.

O urograma excretor e a cistoscopia foram eficazes como métodos diagnósticos.

Não foi possível fazer análise sobre a terapêutica mais eficaz nem sobre a taxa de sobrevida.

II - INTRODUÇÃO

Os tumores malignos da bexiga são os mais frequentes do aparelho urinário, incluindo os rins. Em 95% dos casos surgem do revestimento epitelial e são conhecidos como tumores uroteliais. Destes, 90% são papilíferos de células transicionais, 6 a 8% são de células escamosas e 2% são adenocarcinomas (7, 10). São mais frequentes do 50 aos 70 anos, são raros nas crianças (21). Acometem os homens 2 a 4 vezes mais que as mulheres (20). Não demonstram predomínio de raça.

A cada ano nos Estados Unidos surgem 25.000 novos casos e destes 1/3 vai a óbito pela neoplasia. A mortalidade anual compara-se aquela atribuída aos tumores de cérvix, reto e ovário (22)

A manifestação clínica mais frequente é a hematúria acompanhada ou não de outros sintomas (6).

O diagnóstico pode ser sugerido pela citologia urinária ou lavado vesical, urograma excretor e ultrassonografia abdominal. Entretanto, o diagnóstico de certeza é realizado através da cistoscopia e biópsia (2, 6, 7).

Há alguns fatores etiológicos bem estudados que se mostram comprometidos com a origem dos neoplasmas vesicais. O fumo é bem incriminado num estudo randomizado de Morrison e colaboradores que mostra que pessoas que fumam 2 maços de cigarro por dia e que tragam têm aproximadamente 7 vezes mais chance de terem tumores de bexiga que os não fumantes. E que os ex-fumantes têm um risco intermediário entre os 2 grupos (13). Pessoas que lidam com substâncias carcinogênicas (aminas aromáticas) e que fumam têm 11,7 vezes chance a mais que os não fumantes e não expostos (8).

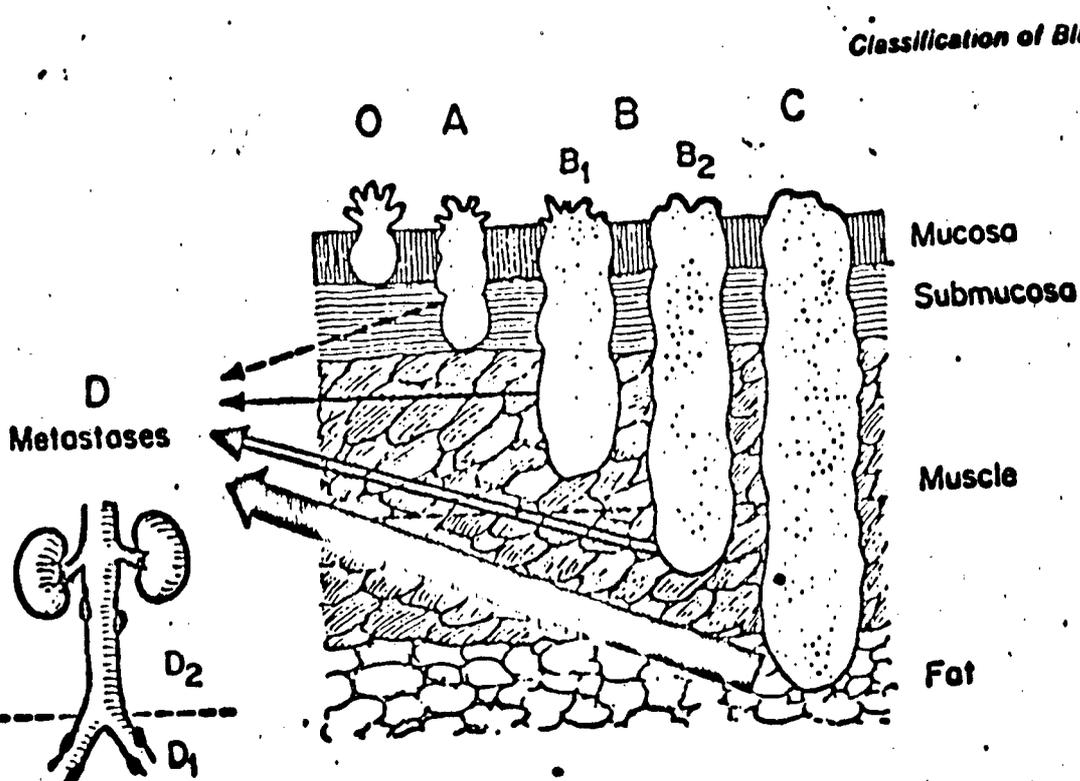
Outras substâncias como o café e a sacarina mostram-se contraditórias nos diversos trabalhos (8). Nissenkorn tentou provar que havia maior recidiva tumoral após ressecção transuretral (RTU) em pacientes com infecção do trato urinário inferior porém os dados não apresentaram significância estatística (16).

O *Schistosoma haematobium* é talvez o único agente etiológico vivo fortemente relacionado com carcinoma (epidermóide) de de bexiga (7).

É de fundamental importância o estadiamento clínico e histológico do tumor. O seu tamanho, a invasão ou não da musculatura vesical, presença ou não da fixação do trígono a estruturas adjacentes, tipo histológico assim como presença de carcinoma in situ próximo ou afastado da lesão principal são determinantes de extremo valor para a terapêutica correta e prognóstico (18).

A classificação mais usada para o estadiamento é a de Jewett, Strong e Marshall (22) (Fig. 1).

Fig. 1 - Estadiamento segundo Jewett, Strong e Marshall.



Mas, esta classificação apesar de ser útil do ponto de vista acadêmico falha em 50 a 60% dos pacientes, principalmente quando se trata de identificar o nível de infiltração vesical (B1, B2 e C). Por isto a forma mais prática de se estadiar as neoplasias é classificá-las em tumores superficiais (0 - A), infiltrativos (B1, B2 e C) e metastáticos (D1, D2) (22).

O grau de diferenciação celular é representado em números romanos : I (bem diferenciado), II (moderadamente diferenciado), III (pouco diferenciado) e IV (anaplásico) (18).

O manejo dos tumores de bexiga não tem mudado muito nas últimas duas décadas, tornando o controle de cada paciente um dilema individual (14).

O tratamento varia conforme o estadiamento; os tumores superficiais (0 - A) geralmente são tratados com conduta cirúrgica conservadora através de RTU e eletrocoagulação. No trans-operatório é importante a ressecção da base do tumor e de suas margens com tecido urotelial normal, e se possível verificados por congelação (18). A quimioterapia intra-vesical é preconizada como terapia adjuvante pela maioria dos autores (11, 12, 22). Alguns incondicionalmente (11), outros a recomendam nos casos que apresentam maior risco de recorrência, e aqui inclui-se : pacientes com tumores múltiplos, com lesões de maior grau (III, IV), com presença de carcinoma " in situ " em outros focos, ou com ausência dos antígenos ABO. (22). Há ainda outros que advogam condutas mais radicais (cistectomia parcial e total) baseados no grande potencial de invasão de algumas neoplasias superficiais (18).

Os tumores infiltrativos devem ser tratados de forma mais radical através de cistectomia e radioterapia. Ambos tem sido usados isoladamente (14) ou em conjunto, com forte predomínio de bons resultados na terapia associada (22). Srougi e Gões citam Whitmore

que realizou um estudo onde mostra que a sobrevida 5 anos após cistectomia isolada era de 20% passou a ser de 48% quando do uso de radioterapia pré-operatória (RTX pré-op.).

Nos tumores metastáticos a única terapêutica é paliativa com quimioterapia sistêmica, administrando-se uma ou várias drogas. Mesmo assim a sobrevida é baixa, a maioria dos pacientes morre antes de 2 anos após dagnóstico (15).

A radioterapia é eficaz nos tumores que infiltram localmente a bexiga. Não deve ser empregada nos tumores superficiais pois além de não apresentar bons resultados promove fibrose peri-vesical que pode prejudicar as manipulações locais que porventura se façam necessárias. A ineficácia da radioterapia no estadio D2 (metástase à distância) é praticamente comprovada, não devendo ser utilizada (22).

Apesar das várias propostas de tratamento o índice de mortalidade chega a 40-50% após conduta inicial. É importante então o estudo acurado sobre a história natural do câncer de bexiga levando-se em consideração a grande possibilidade de um paciente já apresentar metástases sub-clínicas e micro-invasão local no momento do diagnóstico (13, 15).

O prognóstico dos pacientes ainda é ruim, sendo influenciado pelo estadio clínico, grau histológico da lesão e presença de carcinoma " in situ " em outros locais da bexiga . A grande tendência a recorrência destes tumores impõe a necessidade de cistoscopias e/ou citologias urinárias para acompanhamento destes pacientes por no mínimo 5 anos (trimestralmente nos 2 primeiros anos e semestralmente nos 3 anos seguintes) (22).

O presente trabalho tem como objetivo fazer um estudo do câncer de bexiga, comparando os dados colhidos dos prontuários com

análise baseada na literatura, dando ênfase aos aspectos clínicos, métodos diagnósticos, características referentes ao tumor, conduta e acompanhamento.

III - MATERIAL E MÉTODOS

Este é um trabalho retrospectivo de análise de 96 prontuários de neoplasias malignas de bexiga registrados no Serviço de Arquivo Médico (SAME) do Hospital Governador Celso Ramos, no período de janeiro de 1976 à dezembro de 1986, pertencentes à casuística de dois médicos do Serviço de Urologia do referido hospital.

Os dados referentes à identificação, história clínica, métodos diagnósticos, conduta terapêutica e acompanhamento foram colhidos dos prontuários. Os resultados histopatológicos foram coletados do arquivo do Serviço de Urologia. Os outros exames usados para avaliação de rotina pré-operatória como : ECG, parcial de urina, parasitológico de fezes, hemograma, glicemia, uréia, creatinina, realizados com todos os pacientes não foram analisados por fugirem dos objetivos deste trabalho.

Os prontuários de pacientes que possuíam neoplasia maligna de bexiga comprovada histologicamente, conduta terapêutica inicial e acompanhamento de no mínimo 1 ano, através de cistoscopia, foram aceitos para o estudo. Do número inicial, quarenta preenchiam tais requisitos.

O método empregado foi a aplicação de ficha de coleta de dados (anexo 1).

Após seleção, os dados foram grupados, tabulados e explicitados em quadros estatísticos.

IV - RESULTADOS

Dos 40 prontuários analisados, 8 pacientes eram do sexo feminino (20%) e 32 do sexo masculino (80%) ; todos pertenciam a raça branca.

A idade foi considerada a correspondente a primeira vez que o paciente procurou este serviço e que foi feito o diagnóstico de tumor de bexiga. A idade do paciente mais jovem foi de 23 anos e do mais idoso foi 82 anos; sendo a média de 59,1 anos. Houve predomínio dos tumores na 6ª e 7ª década (Tab. 1).

Tab. 1 Idade .

Faixa etária (anos)	Nº	%
- de 20	0	0,0
20 - 30	1	2,5
31 - 40	6	15,0
41 - 50	1	2,5
51 - 60	10	25,0
61 - 70	14	35,0
71 - 80	6	15,0
81 - 90	2	5,0
Total	40	100,0

Quanto a queixa principal, observou-se que a hematúria apresentou maior incidência (77,5%). Em 3 prontuários não havia a queixa principal registrada e noutro o paciente havia sido encaminhado com o diagnóstico pré-estabelecido (Tab. 2).

Tab. 2 Queixa principal.

Queixa principal	Nº	%
Hematúria	31	77,5
Retenção urinária aguda	2	5,0
Disúria	1	2,5
Dor lombar	1	2,5
Infecção urinária de repetição	1	2,5
Encaminhado com diagnóstico	1	2,5
Ignorada	3	7,5
Total	40	100,0

O urograma excretor (UGE) e a cistoscopia foram os exames complementares utilizados no diagnóstico. O UGE foi realizado em 14 pacientes, sendo destes 11 sugestivos, 2 inconclusivos e 1 normal. A cistoscopia foi realizada em 33 pacientes, sendo conclusiva em 100% - todos foram seguidos de biópsia. Estas cistoscopias foram realizadas exclusivamente como método diagnóstico, não incluindo-se aqui aquelas realizadas no intuito terapêutico (Ta. 3).

Tab. 3 Exames complementares

UROGRAMA EXCRETOR				
Não realizado	Normal	Inconclusivo	Sugestivo	Total
26 (65%)	01 (2%)	02 (5%)	11 (27,5%)	40
CISTOSCOPIA				
Não realizado	Sugestivo			Total
02 (17,5%)	33 (82,5%)			40

A tabela 4 mostra o tipo histológico, o grau de diferenciação do tumor e acompanhamento do paciente no primeiro ano e no fim do 5º ano. Houve um nítido predomínio do carcinoma papilífero de células transicionais - 37 (92,5%) e do grau II de diferenciação - 18 (48,6). Relacionando-se o acompanhamento pode-se observar que a maioria apresentou recidiva no primeiro ano - 26 (65,0%) contra 11 (27,5%) que não apresentaram recidiva (todos papilíferos). Quatro pacientes foram a óbito já no primeiro ano (3 carcinomas papilíferos de células transicionais e 1 adenocarcinoma). Até o 5º ano apenas 19 pacientes puderam ser acompanhados, sendo que aqui incluem-se 8 óbitos ocorridos no período do 2º ao 5º ano pela neoplasia. É importante ressaltar que a conduta inicial destes pacientes não foi levada em consideração nesta tabela. Pode-se perceber que um número significativo de pacientes não compareceu aos 5 anos de acompanhamento - 17 (42,5%). incluindo 12 óbitos (Tab. 4).

Com relação a conduta inicial listada na tabela 5, foram tomadas 13 medidas terapêuticas diferentes distribuídas para os 40 pacientes. A conduta mais utilizada foi a RTU - 15 (37,5), seguindo-se a RTX sem outras associações - 4 (10,0%). Uma ressalva deve ser feita : a partir de 1980 com a aquisição de um ressectoscópio pelo referido serviço, a eletrocoagulação passou a ser substituída pela RTU. O controle do 1º ano mostra a presença ou não de recidiva tumoral em relação a conduta inicial e também o número de óbitos. Nos pacientes que puderam ser acompanhados até o 5º ano é importante lembrar que a possível aplicação de outras condutas neste intervalo de tempo (conforme o grau, o tipo e o estadiamento do tumor em cada recidiva) não foram consideradas. (Tab. 5). Houve um total de 12 óbitos nestes 5 anos mas, não é possível mostrar a taxa de sobrevida devido ao grande número de perdas - 17 no 5º ano.

Tab. 4 Tipo histológico x r cridiva x perdidos x  bitos

TIPO HISTOLÓGICO	N�	%	1� ANO		5� ANO				
			RECIDIVA SIM	NÃO	ÓBITO	CONTROLE	PERDIDO	ÓBITO 2� AO 5� ANO-	
CA PAPILÍFERO DE C�L. TRANSIC.									
I	05	13,5	04	01	00	02	02	0	0
II	18	48,6	10	07	01	07	09	01	01
III	02	5,4	02	0	0	0	01	01	01
IV	05	13,5	03	01	02	0	0	0	03
INDETERMINADO	07	18,9	05	02	0	02	04	01	01
SUBTOTAL	37		24	11	03	11	16	06	06
ADENOCARCINOMA	02		01	0	01	0	0	0	02
EPIDERMÓIDE	01		01	0	01	0	01	0	0
TOTAL	40		26	11	04	11	17	08	08

Tab. 5 Conduta inicial x recidiva x óbitos

CONDUTA INICIAL	Nº	%	1º ANO		5º ANO				
			RECIDIVA SIM NÃO	ÓBITO	RECIDIVA SIM NÃO	PERDA	ÓBITO 2º AO 5º ANO		
RTU	15	37,5	12	03	01*	01	02	08	03
RTU + QT intra- -cavitária	02	5,0	-	02	-	-	-	02	-
RTU + RTX	02	5,0	01	01	-	01	-	-	01
ELETROGOAGUL.	02	5,0	01	01	-	-	-	02	-
ELETROG. + QT in tra cavitária	02	5,0	02	-	-	02	-	-	-
ELETROG. + RTX	01	2,5	01	-	-	01	-	-	-
CISTECTOMIA PAR CIAL	03	7,5	-	03	-	-	02	01	01
CISTEC P. + RTX	01	2,5	01	-	-	-	-	01	-
CISTEC P. + RTX pós-op. + QTsit.	03	7,5	03	-	-	-	01	02	-
RTX	04	10,0	03	01	-	01	-	01	02
RTXpré-op. + CIST. P. + QTsist.	01	2,5	01	-	-	-	-	01	-
RTX + CIST. P.	01	2,5	01	-	-	-	-	-	01
CIST. RADICAL / TOTAL	03	7,5	-	-	03	-	-	-	-
TOTAL	40	100,0	26	11	04	06	05	17	08

*Paciente listado na coluna de recidiva e óbito devido a realização de uma cistoscopia antes de obitar.

Na tabela 6 descreveu-se as várias complicações ocorridas após os diversos tipos de tratamento. Estas intercorrências correspondem ao somatório de condutas durante os 5 anos e não somente a realizada inicialmente. Foram realizadas 43 RTU com 5 complicações (11,6%). Do total de pacientes que fizeram RTX (unicamente, pré ou pós-operatoriamente) - 15 - houve 3 complicações. Um paciente possuía tumor irressecável, sendo submetido à derivação urinária através de ureterostomia cutânea com infecção de parede subsequente. Das cirurgias mais amplas (cistectomia total ou radical com derivação no mesmo tempo cirúrgico) - realizadas em 3 pacientes - houve complicação nas 3 : 1 evisceração, 1 fístula estercoral e 1 insuficiência renal aguda, sendo que estas 2 últimas levaram a óbito no pós-operatório imediato.

Tab. 6 Complicações.

CONDUTA	Nº(*)	COMPLICAÇÕES	Nº	%
RTU	43	Infecção urinária	1	2,32
		Retenção urinária aguda	1	2,32
		Perfuração vesical	2	4,65
		Lesão de ureter	1	2,32
RTX	15	Cistite actínica	2	13,33
		Retite actínica	1	6,66
URETEROSTOMIA CUT.	1	Infecção de parede	1	100,00
CISTECTOMIA RADICAL + DERIVAÇÃO (1tempo)	2	Fístula estercoral	1	50,00
		Evisceração	1	50,00
CISTECTOMIA TOTAL + DERIVAÇÃO (1TEMPO)	1	Insuficiência renal aguda	1	100,00

*número total de condutas nos 5 anos

Como já relatado anteriormente 33 pacientes realizaram a cistoscopia com método diagnóstico. Destes, 27 tinham o local do tumor descrito no prontuário, a saber : 7 localizados na parede lateral direita, 7 na parede lateral esquerda, 7 difusos, 4 no colo, 1 na cúpula e 1 na parede anterior. Os 6 restantes não apresentavam uma descrição clara e sim genérica como : câncer, carcinoma, tumor, etc. Vide tabela 7.

Tab. 7 Localização do tumor na bexiga.

LOCAL	Nº	%
ANTERIOR	1	3,30
CÚPULA	1	3,30
COLO	4	12,12
LATERAL ESQUERDA	7	21,21
LATERAL DIREITA	7	21,21
DIFUSO	7	21,21
NÃO DESCRITO	6	18,18

V - DISCUSSÃO

Dos 96 prontuários, 56 (58,3%) não mostravam condições de serem analisados devido ao seu mau preenchimento.

Todos os trabalhos consultados comentam que o câncer de bexiga é uma doença de potencial biológico variável sendo difícil avaliar seu comportamento devido a multiplicidade de variáveis que influenciam a sua evolução (1, 3, 5, 9, 14, 18, 22).

Partindo-se para análises dos dados coletados, verificou-se que todos os pacientes dessa amostra pertenciam a raça branca, dado este que não encontrou respaldo bibliográfico.

Houve predomínio de pacientes do sexo masculino sobre o feminino (4 : 1), com valores que estão de acordo com a literatura pesquisada (20).

As faixas etárias que englobaram maior número de pacientes foram as das 6ª e 7ª décadas concordando com a literatura que refere ser esta uma doença de idosos. No entanto, não deve ser esquecida em pacientes jovens, principalmente em populações onde infecções parasitárias de bexiga pelo *Schistosoma haematobium* são comuns (20). Nesta amostra observou-se o acometimento de um paciente com 23 anos não relacionado com o referido agente.

Classicamente a hematúria indolor é dominante ou, as vezes, única manifestação clínica e disto não fugiu esta amostra de pacientes (20). A disúria apareceu em 1 paciente (2,5%) como único sintoma. Costuma estar associada em 30% dos casos e quando se manifesta isolada, mas persistentemente, pode significar invasão da musculatura da parede vesical (7).

O urograma excretor realizado em 14 pacientes mostrou-se

de considerável valor. Sen cita um achado positivo de 94% nas lesões papilíferas maiores ou iguais a 0,5 cm de diâmetro e preconiza os filmes de 10 minutos, 20 minutos e após o esvaziamento vesical (6, 23). Este dado poderia ter sido mais significativo se os outros 26 pacientes possuíssem tal exame descrito no prontuário. Extrapolase sobre a sua não realização ou se simplesmente não foi anexado ao prontuário. De qualquer forma não há dúvidas que este é um exame imprescindível para o diagnóstico de tumor de bexiga (6, 21) (Tab. 3).

A cistoscopia realizada em 33 pacientes confirmou a presença de neoplasia em 100% dos casos. Os 7 pacientes restantes só a realizaram no momento da terapêutica, objetivando poupá-los de dois tempos anestésicos (2, 6, 7) (Tab. 3). Durante a execução da cistoscopia preconiza-se a realização de biópsia para que através do anátomo-patológico se obtenha o diagnóstico confirmativo de neoplasia maligna.

A citologia urinária e o lavado vesical não puderam ser analisados pelo baixo número de pacientes que os fizeram. Há autores que são defensores destas técnicas por serem de fácil execução e apresentarem bons resultados com cerca de apenas 15% e 7% de falsos negativos, respectivamente (23).

Outro recurso citado na literatura é a ultrassonografia abdominal dinâmica, que ainda não tem seu lugar assegurado no diagnóstico do câncer de bexiga, principalmente em nosso meio.

Na tabela 4 está demonstrada a distribuição da amostra em relação ao tipo histológico do tumor. A maior incidência coube ao carcinoma papilífero de células transicionais. Estes são realmente os tumores mais comuns dentre todos os neoplasmas malignos da bexiga (7, 20). Variam de lesões bem diferenciadas até cânceres agres

sivos altamente indiferenciados ou anaplásicos. São geralmente multicêntricos, com grande tendência à recorrência e à invasão (18). O adenocarcinoma foi encontrado em 2 (5%) pacientes. Incidência um pouco mais elevada que a literatura que mostra uma variação de menos de 1% (7) até 2% (18). É derivado dos restos do epitélio colunar que está presente no desenvolvimento fetal normal, no úraco. Pode surgir também de metaplasia do epitélio transicional. Caracteriza-se macroscopicamente por lesão tipo " iceberg ", isto é, propaga-se mais para a profundidade do tecido do que para a luz do órgão (7, 18, 20). O carcinoma de células escamosas apareceu em 1 (2,5%). Sua incidência conhecida é de 6 a 8%. Pode ser tumor fungoso, projetando-se para o interior da bexiga, mas é, mais a miúde, infiltrativo e ulcerativo. Acredita-se que pode surgir, em alguns casos, de leucoplasia pré-existente, mais, em outras vezes representa a diferenciação metaplásica de células transicionais (20) de corrente da inflamação crônica do urotélio com ou sem cálculo inclusive aquela provocada pelo Schistosoma haematobium (7). Nesta mesma tabela (Tab. 4) pode se verificar o índice de recidiva no primeiro ano: 24 (64,8%) dos 37 pacientes portadores de carcinoma papilífero de células transicionais já apresentava recidiva. Os vários graus de diferenciação celular, quando analisados isoladamente não demonstraram predomínio entre eles. Isto talvez se deva a amostra pouco numerosa, pois sabe-se que quanto menor o grau de diferenciação do tumor maior sua agressividade, portanto, maior sua tendência recidiva (20). O único paciente portador de carcinoma epidermóide e um dos portadores de adenocarcinoma apresentaram recidiva.. Este último foi a óbito já no primeiro ano. Apesar da amostra ser pequena, isto sugere a agressividade destes dois tipos histológicos.

Quanto a taxa de óbito, no tumor de células transicionais

foi de 3 (8,1%). Mesmo demonstrando uma tendência aceitável conforme a literatura, outros fatores devem ser lembrados, tais como: grau de invasão, tamanho do tumor, conduta inicial, etc., para que se possa considerar um índice de mortalidade. O controle destes pacientes no 5º ano serve mais para demonstrar a alta taxa de desistência do acompanhamento do que para avaliar a recidiva ou a mortalidade. Aqui demonstra-se claramente a falta de uma estrutura capaz de manter o acompanhamento necessário destes pacientes tanto para fins de controle de sua doença, quanto para a análise científica destes dados. Nos trabalhos a taxa de mortalidade é muito variável, foi escolhido o trabalho de Srougi (7):

Tab. 8 Grau histológico e sobrevida de 5 anos.

Ca papilífero de células transicionais	mortalidade
Grau I	85%
Grau II	51%
Grau III - IV	27%

Fonte: Srougi & Góes IIIº Simpósio Bienal sobre o câncer Urológico 1982; 80 - 94.

Não foi possível, na maioria das vezes, ter-se uma idéia confiável com relação ao estadiamento clínico nesta por falta total desta informação nos prontuários ou pela própria dificuldade, intrínseca do estadiamento destes tumores. Mas conforme outros autores, é defundamental importância para a conduta e é realizado analisando-se os aspectos urográficos, cistoscópicos, histopatológicos e pelo toque bimanual sob narcose (22). Sem estes dados, a conduta torna-se empírica e, muitas vezes ineficaz.

Tab. 9 Estadiamento clínico e sobrevida de 5 anos.

0 - A	78,6%
B1	39,9%
B2	40,4%
C	19,7%
D	6,2%

Fonte: Srougi & Gões IIIº Simpósio Bienal sobre o Câncer Urológico 1982; 80 -94.

Na tabela 9 está mostrado o estadiamento clínico e sua relação com a sobrevida. Quanto maior o grau de estadiamento, menor a chance da pessoa estar viva em cinco anos.

Quanto a conduta terapêutica (Tab. 5), procurou-se analisar a tomada no mesmo momento da entrada no serviço, não se levou em consideração as medidas terapêuticas seguintes (até o 5º ano), pela inexistência de uma rotina no tratamento, pelas falhas a informação nestes prontuários, e pela irregularidade do seguimento desta amostra. O que foi possível demonstrar foi o grande número de condutas (13 tipos) num pequeno grupo como este. Nesta tabela o que se pode notar foi o índice de recidiva alto para todos os tipos de conduta e não foi possível extrapolar uma tendência maior e menor de recorrência para cada uma isoladamente.

As intercorrências ou complicações diretamente relacionadas à conduta foram consideravelmente pouco importantes quantitativamente, mas foram importantes qualitativamente principalmente em se observando que das 3 cistectomias (total ou radical) 2 levaram diretamente ao óbito. Srougi fala em um índice de mortalidade: 6 - 20% quando a cistectomia e a derivação são feitas no mesmo tempo e diz que este índice se aproxima de zero quando se faz a deri-

vação em um primeiro tempo cirúrgico. Nesta amostra não houve nenhum paciente submetido a esta conduta (22).

A complicação mais temida da RTU é a perfuração vesical , nesta amostra ocorreu em 4,65% das 43 RTU; um índice baixo, falando a favor da relativa segurança deste método quando empregado com os devidos cuidados (7) (Tab. 6).

Quanto ao achado cistoscópico que mostrou a localização dos tumores não houve predomínio por uma topografia determinada (Tab. 7). Também em nenhuma referência bibliográfica foi possível demonstrar este predomínio (1, 2, 3, 7).

Os fatores etiológicos assim como as drogas usadas para QT e a dosagem de RTX não puderam ser discutidos por mostrarem referência irregular nos prontuários.

VI - CONCLUSÕES

- Houve um predomínio de tumores de bexiga no sexo masculino sobre o sexo feminino, numa proporção de 4 : 1.
- As faixas etárias nas quais foi verificado maior número de neoplasia foram a 6ª e 7ª décadas.
- A manifestação clínica mais comum foi a hematúria.
- Tanto o urograma excretor quanto a cistoscopia mostraram alta eficácia na sugestão e confirmação do diagnóstico dos neoplasmas vesicais.
- O tipo histológico preponderante foi o carcinoma papilífero de células transicionais - grau II.
- Não houve um local preferencial de implantação tumoral na bexiga.
- Não houve uma padronização de condutas nesta amostra.
- A ressecção transuretral foi a conduta mais adotada.
- O estadiamento clínico, a resposta terapêutica e a sobrevida não puderam ser analisadas devido a falta de dados pertinentes nos prontuários selecionados.
- Houve um grande número de prontuários que foram desprezados por apresentarem dados insuficientes.

VII - SUMMARY

Ninety-six patients with bladder cancer were studied retrospectively during a ¹¹10 year period.

A review of the data suggest that the sex (male), age (6th and 7th), sintomatology (hematúria), hystological founds (transitional cell carcinoma) were most common in according to other investigators.

The excretory cystography and cystoscopy makes a considerable contribution to the establishment of the diagnosis of bladder tumours.

The forms of therapy and its results, and the survival were impossible to be analyzed.

VIII - ANEXO

Anexo 1 : Ficha de coleta de dados

1. IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ IDADE _____ COR _____ SEXO _____
PRONTUÁRIO _____

2. CLÍNICA

QP _____ TEMPO DE EVOLUÇÃO _____
SINAIS E SINTOMAS ASSOCIADOS _____
FATORES DE RISCO _____

3. INVESTIGAÇÃO

UGE _____
CISTOSCOPIA _____

ANATOMO-PATOLÓGICO _____
OUTROS _____

4. CONDUTA INICIAL

5. ACOMPANHAMENTO

DATA	EXAME	ACHADOS	CONDUTA	COMPLIC.
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

MORTE

DESITÊNCIA

MUDANÇA PARA OUTRO SERVIÇO

OBS :

IX - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. AHLERING TE, et al - Indications for urethrectomy in men under going single stage cystectomy for bladder cancer. J Urol 1984 april; 131 : 657 - 9.
2. BRUN B, et al - Transabdominal dynamic ultrasonography in detection of bladder tumors. J Urol 1984 july; 132 : 10 - 1.
3. CLYNE CAC, et al - A trial of adjuvant chemotherapy for stage T3 bladder tumors. J Urol 1983 april; 129 : 736 - 7.
4. CORCORAN MO, et al - Invasive bladder cancer treated by radical external radiotherapy. Br J Urol 1985 feb; 51(1) : 40 - 2.
5. DROLLER MJ - The controversial role of radiation therapy as adjunctive treatment of bladder cancer. J Urol may; 129 397-903.
6. DE FELIPPO NP, et al - Intravenous urography: Important adjunct for diagnosis of bladder tumours. Br J Urol 1984 oct; 56 (5) : 502 - 5.
7. GITTES RF - Tumors of the bladder. In Harrison JH, et al - campbell's Urology. 4th ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1979 cap. 29. 1033 - 1070.
8. GONZALEZ CA, et al - Occupation, tobacco use, coffee, and bladder cancer in the country of mataro (Spain). Cancer 1985 may; 55 : 2031 - 2034.
9. HENEY NM, et al - Superficial bladder cancer : progression and recurrence. J Urol 1983 dec ; 130 : 1083 - 1086.
10. KAKIZOL T, et al - Analysis of 90 step sectioned cystectpmized-specimens of bladder cancer. J Urol 1984 march; 131 : 467-472.
11. KURTH KH, et al - Adjervant chemotherapy of superficial transi

- tional cell bladder carcinoma. : preliminary results of a europe
an organization for research ou treatment of cancer randomized
trial companing doxorubicin hydrochloride, ethoglucid and trans
urethral resection alone . J Urol 1984 aug; 132 : 258 - 262.
12. MOHIUDDIN M, et al - Combined preoperative and postoperative ra
diation for bladder cancer. Cancer 1985 feb: 55 : 963 - 966.
 13. MORRISON A S, et al - An international study of smoking and blad
der cancer. J Urol 1984 april; 131 : 650 - 653.
 14. NARAYANA AS, et al - Bladder cancer : factors affecting survival.
J Urol 1983 july; 130 : 56 - 60.
 15. NEUMANN MP & LIMAS C - Transitional cell carcinomas of the urina
ry bladder : effects of preoperative irradiation on morphology .
Cancer 1986 june; 58 : 2758 - 2763.
 16. NISSENKORN I, et al - The influence of lower urinary tract infec
tion on the recurrence rate of superficial transitional cell car
cinoma of the bladder . J Urol 1983 oct; 130 : 674 - 676.
 17. OGAWA A, et al - Treatment of bladder carcinoma in patients more
than 80 years old. J Urol 1985 nov; 134 : 889 - 891.
 18. PAULSON DF, et al - Genito-urinary malignancies. in DeVita VT, et
al - Cancer - Principles e Practice of oncology. Pennsylvania ,
Lippincott, 1982 . Cap 23. 745 - 753.
 19. PROUT GR, et al - Long term fate of 90 patients with superficial
bladder cancer randomly assigned to receive or not to receive
thiotepa. J Urol 1983 oct; 130 : 677 - 680.
 20. ROBBINS SL - Aparelho urinário inferior. in Robbins SL-Patologia
Estrutural e Funcional. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975 .
Cap 25. 1035 - 1050.
 21. SEN S & ZINCKE H - Value of excretory cystography in the diagno
sis of bladder tumours. Br J Urol 1984 oct; 56 : 499 - 501.

- 22- SROUGE M & GÓES GM - Tratamento do cancer de bexiga. IIIº Simp Bienal sobre Cancer Urol 1982;80 - 94.
23. ZEIN T, et al Evolution of bladder Washings and urine cytology in the diagnosis of bladder cancer and its correlation with selected biopsies of the bladder mucosa. J Urol 1984 oct; 132 : 670 - 671.

TCC
UFSC
CC
0171

N.Cham. TCC UFSC CC 0171
Autor: Coelho, Maria Emíl
Título: Neoplasias malignas da bexiga :



972804193

Ac. 252997

Ex.1

Ex.1 UFSC BSCCSM