

# Tumor de bexiga superficial



Dr. Wagner Matheus

Assistente da Disciplina de Urologia UNICAMP



Urologia  
Oncológica  
UNICAMP

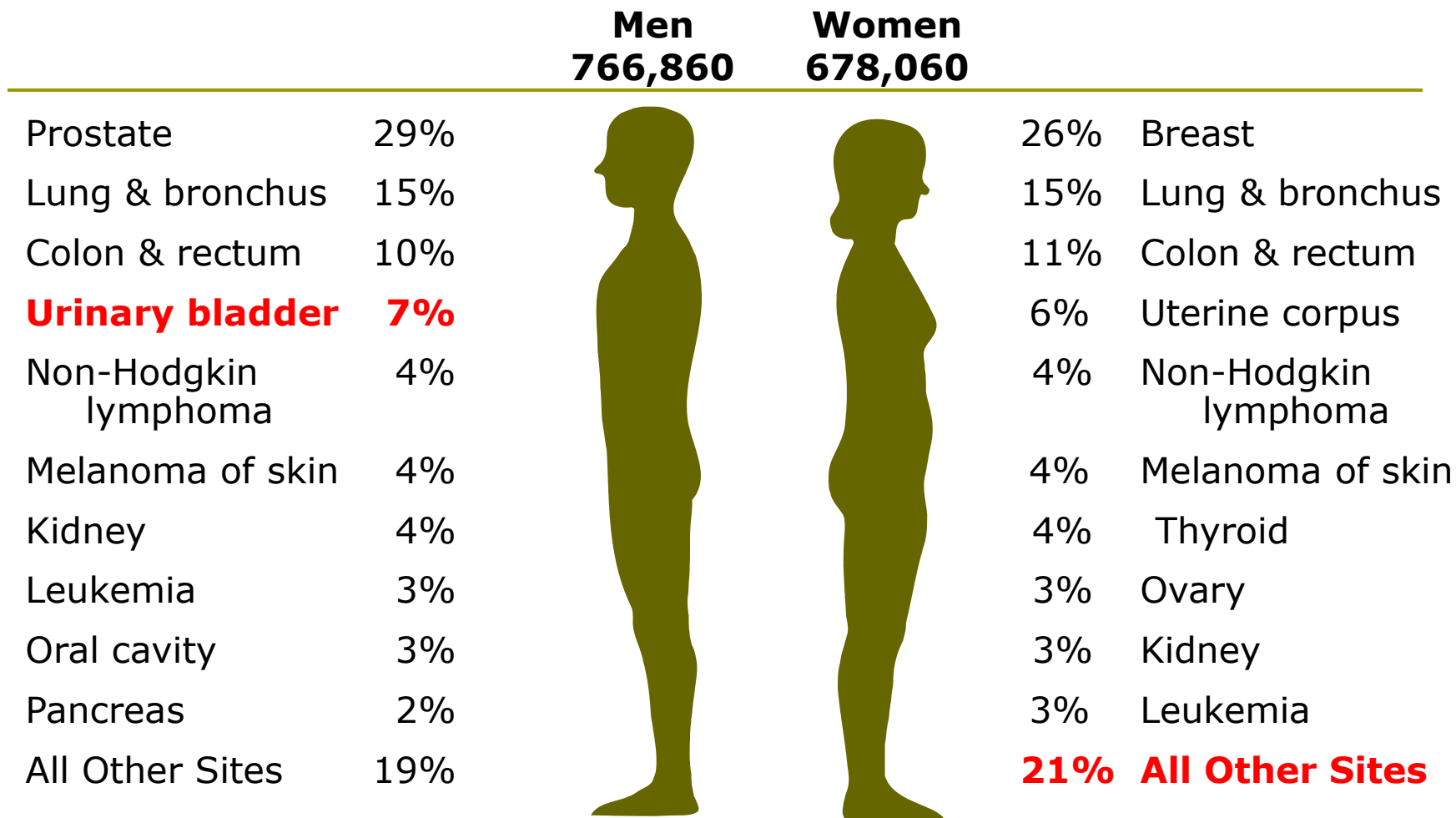
# Epidemiologia

---

- **2º tumor mais frequente TGU**
- 60-70 anos de idade
- Raça branca
- Sexo masculino (3:1)
- 4ª neoplasia homens
- Tabagismo/ fatores químicos



# 2007 Estimated US Cancer Cases\*



\*Excludes basal and squamous cell skin cancers and in situ carcinomas except urinary bladder.  
 Source: American Cancer Society, 2007.

# Classificação Celular

---

## **Epiteliais (99%)**

- **90% Carcinomas Células Transicionais (CCT)**
- 6-8% epidermóides
- 2% adenocarcinomas

## **Não epiteliais (1%)**

Carcinoma de pequenas células

Linfomas

Carcinossarcoma

Tumores sarcomatóides

Melanomas

Sarcomas

Paragangliomas

# CCT - Patologia (novos conceitos)

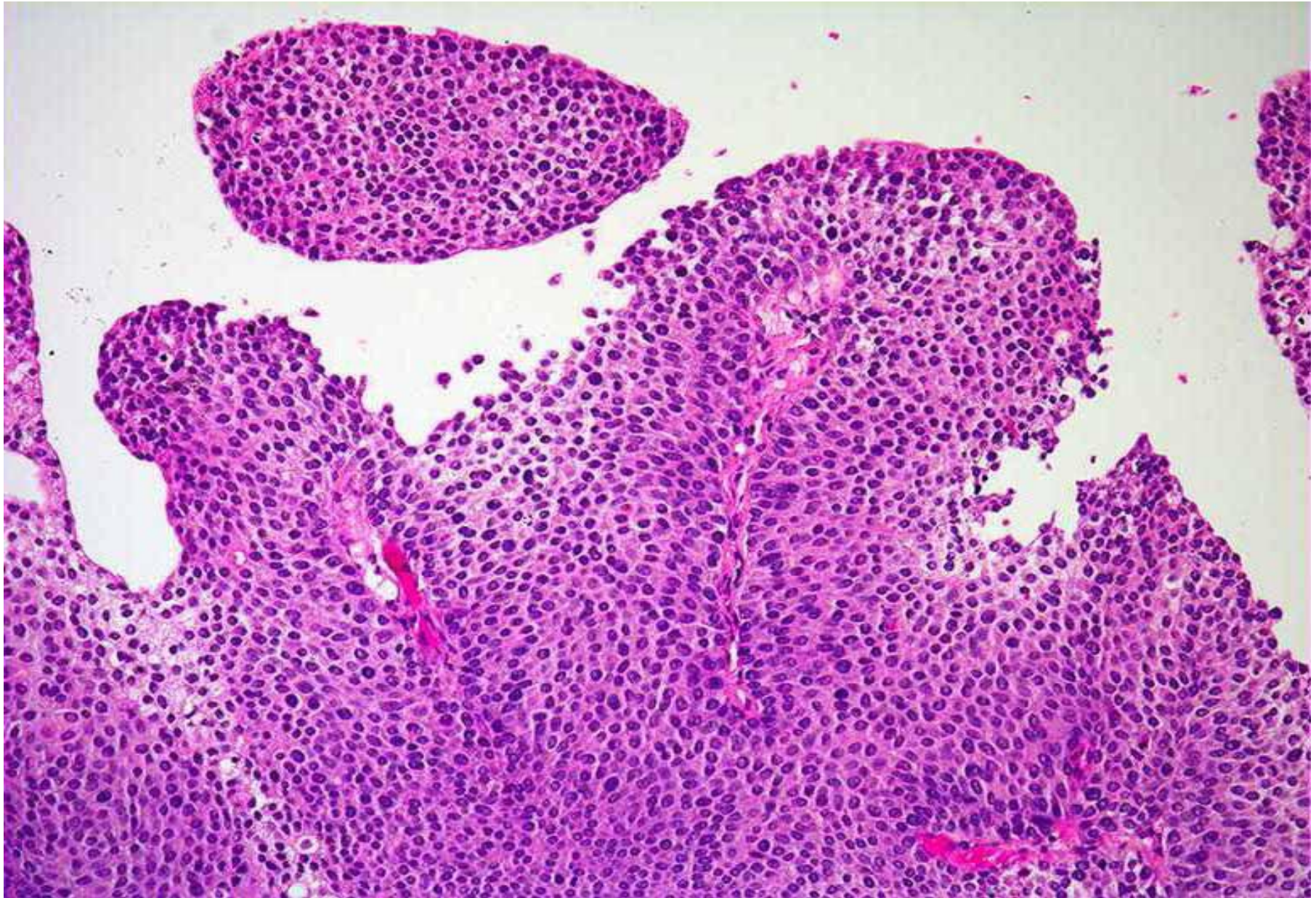
---

- **CCT → Carcinoma Urotelial**
  
- **Gradação histológica (OMS/ISUP)**
  - Grau 1           ->   Baixo Grau
  - Grau 2 e 3   ->   Alto Grau
  
- **TNM 2002** – camada muscular
  - PT 2a
  - PT 2b

# Baixo Grau



# Alto Grau



# TNM – Classificação TNM 2002

---

## **- Tumor primário (T)**

TX: Tumor primário não pode ser avaliado

T0: Nenhuma evidência de tumor primário

Ta: Carcinoma papilar não invasivo (restrito a mucosa)

Tis: Carcinoma *in situ*

T1: Tumor com invasão subepitelial (invasão da lâmina própria)

T2: Tumor com invasão da muscular

pT2a: Tumor invade muscular superficial ( metade interna)

pT2b: Tumor invade muscular profunda (metade externa)

T3: Tumor invade tecido perivesical

pT3a: Microscopicamente

pT3b: Macroscopicamente (massa extra-vesical)

T4: Tumor invade qualquer dos órgãos seguintes: próstata, útero, vagina, parede pélvica ou abdominal

T4a: Tumor invade a próstata, útero ou vagina

T4b: Tumor invade a parede pélvica ou abdominal

## **- Linfonodos regionais (N)**

NX: Linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0: Nenhuma metástase para linfonodo regional

N1: Metástase em um único linfonodo,  $\leq 2$  cm no maior diâmetro

N2: Metástase em um único linfonodo,  $> 2$  cm mas  $\leq 5$  cm no maior diâmetro; ou vários linfonodos  $\leq 5$  cm no maior diâmetro

N3: Metastasis em linfonodo  $> 5$  cm no maior diâmetro

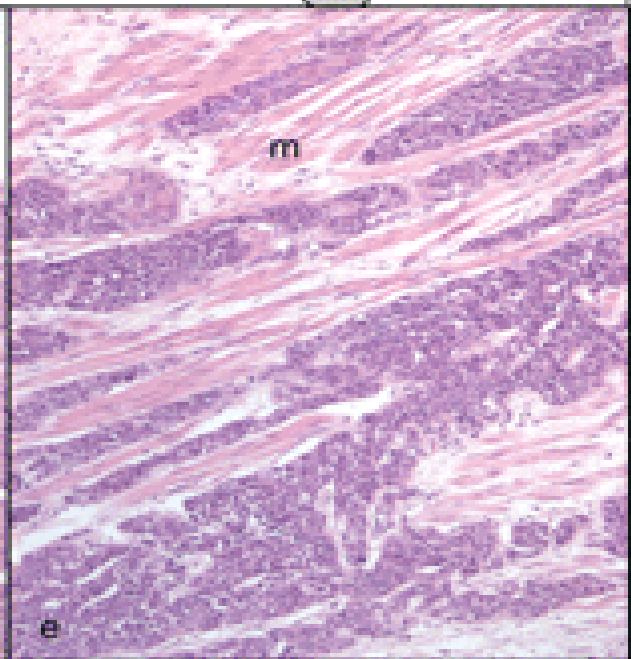
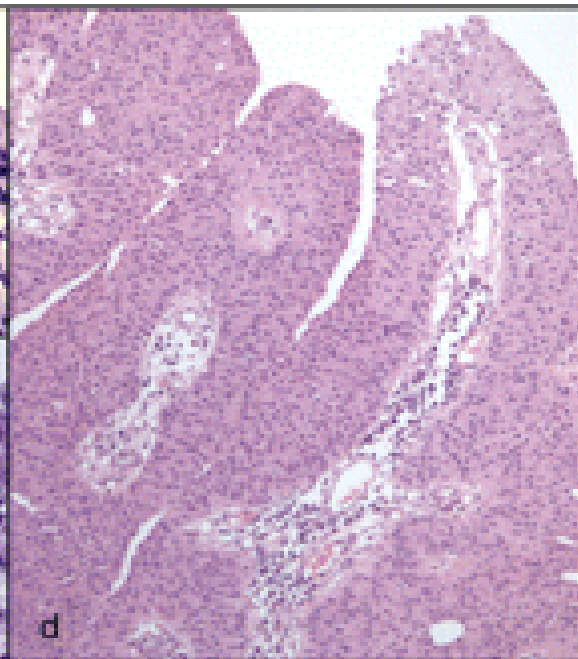
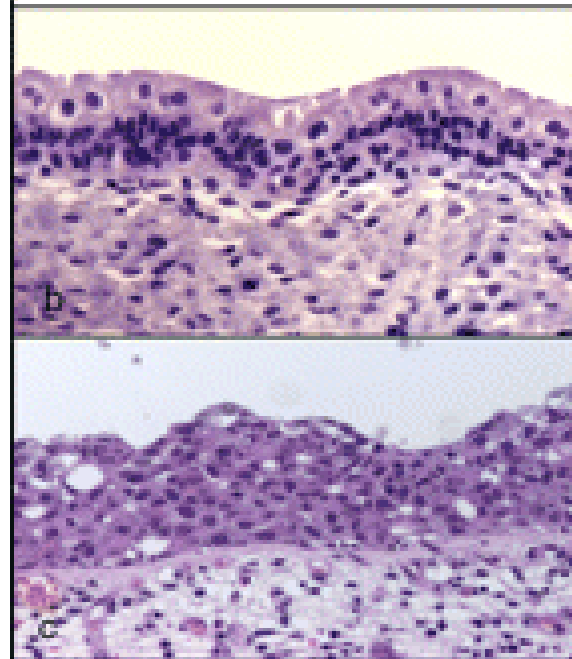
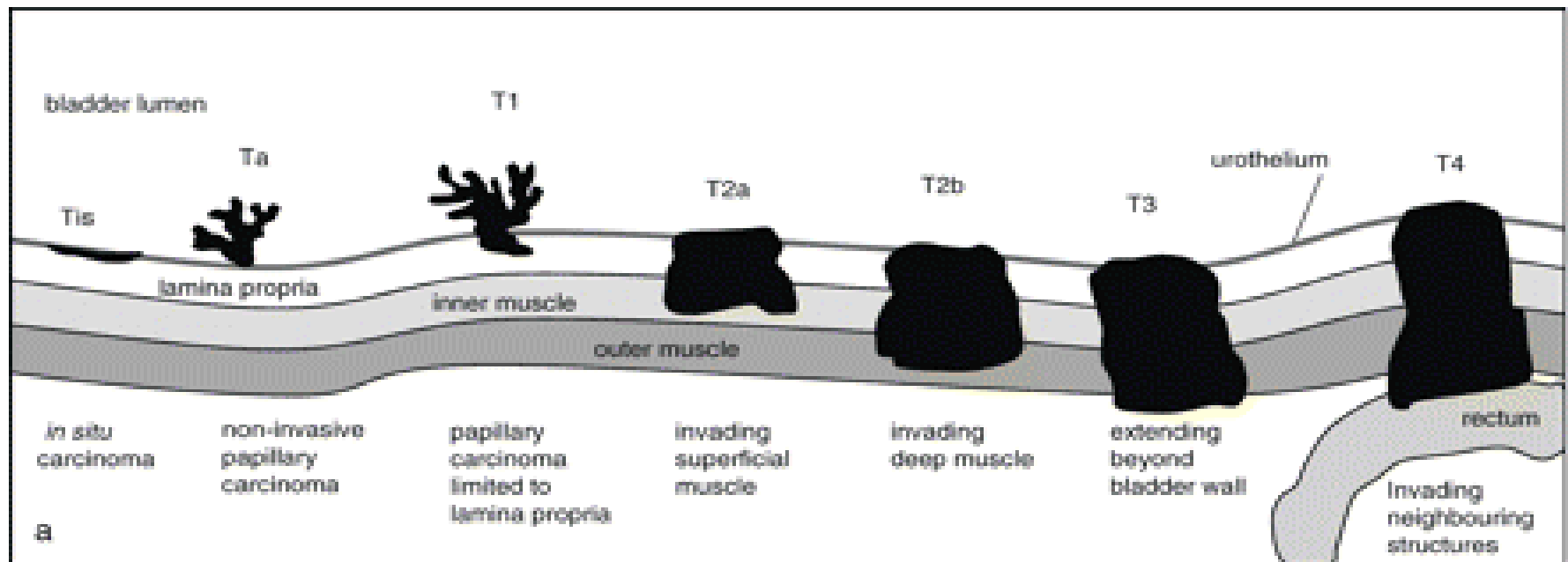
## **- Metástases à distância (M)**

MX: Metástases à distância não podem ser avaliadas

M0: Nenhuma metástase à distância

M1: Presença de metástases à distância





# Carcinoma Urotelial

---

## Aspecto endoscópico:

Papilífero

Séssil

Infiltrativo

Nodular

Misto

*Ca in situ*

## “Muita” Confusão:

Muscularis mucosa (PT1) e músculo detrusor da bexiga (PT2)

## “Confusão” formas de diferenciação:

Células fusiformes (sarcomatóide)

Epidermóide (ou escamosa)

Adenocarcinomatosa

# Carcinoma epidermóide

---

- **Pouco frequente**
- No **Egito** - incidência (75%)
- 80% ***Schistosoma haematobium***
- Outros fatores:
  - Processos inflamatórios crônicos
  - Cálculo urinário
  - Cateterismo vesical prolongado
  - ITU crônica
  - Obstrução infravesical
  - Divertículo vesical
- Doença **invasiva**; 86% estágio pT3-4

# Adenocarcinomas

---

- ❑ Dos epiteliais; menos frequentes
  
- ❑ Origem:
  - **Uraco (1/3)**
  - Não uraco
  
- ❑ Prognóstico desfavorável ?
  
- ❑ Também **metastáticos**:
  - Reto
  - Estômago
  - Endométrio
  - Mama
  - Próstata
  - Ovário
  
- ❑ Associação com **extrofia vesical**

# Outros tipos histológicos

---

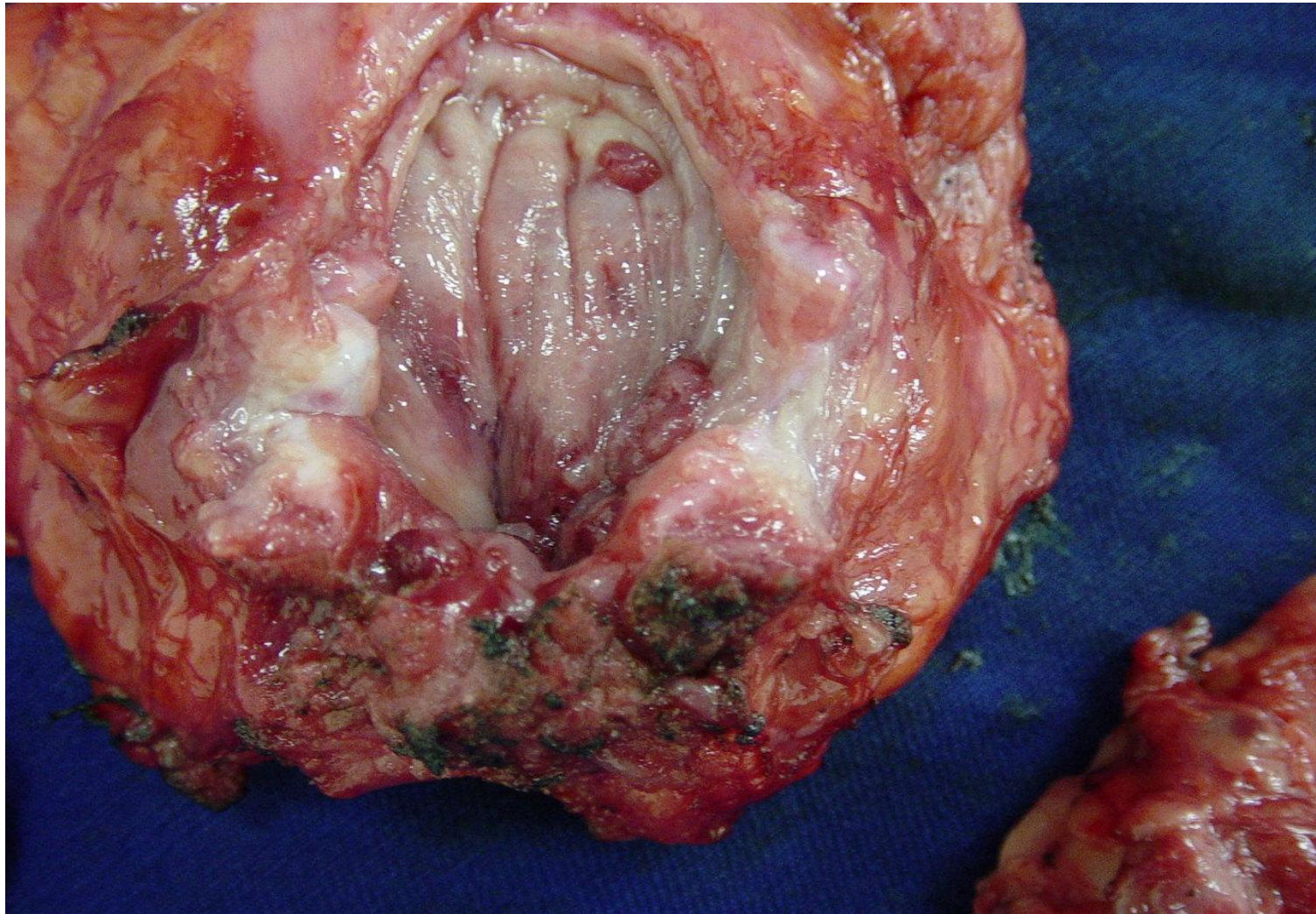
- Histológicos **menos frequentes** (prognóstico ruim):
  - Carcinoma de pequenas células
  - Carcinossarcoma
  - Tumores sarcomatóides
  - Melanomas
  
- Outros tipos (**raros**, mas melhor prognóstico):
  - Sarcomas (leiomiossarcoma, rabdomiossarcoma e angiomiossarcoma)
  - Paragangliomas
  - Linfomas.

# Carcinoma Epidermóide



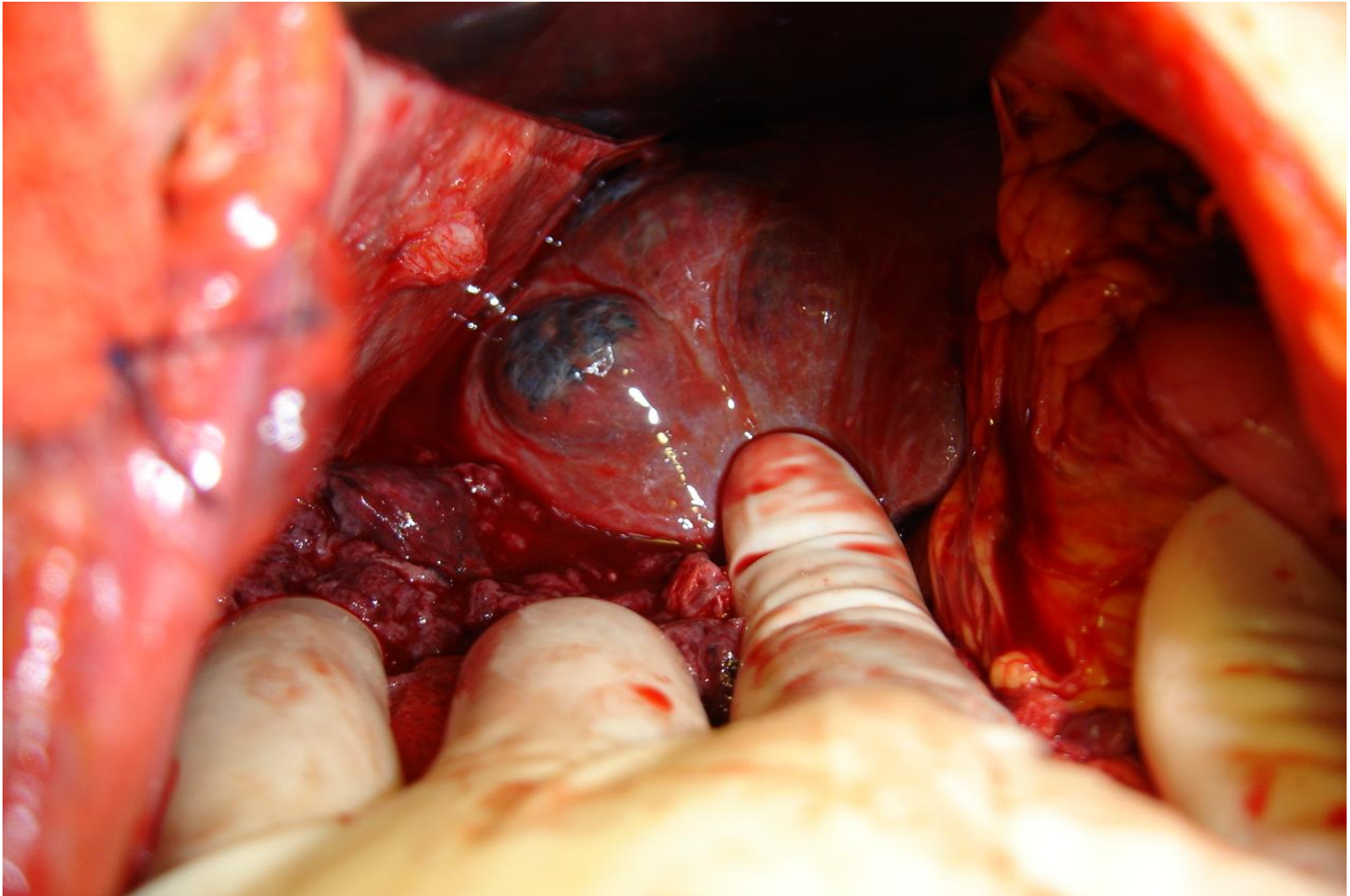
# Adenocarcinoma

---



# Melanoma vesical

---





# Melanoma vesical

---



# Sarcoma



# Fatores Prognósticos

---

## □ Principais fatores:

- **Grau histológico**
- **Estadiamento**
- **Carcinoma *in situ* (CIS)**

- Multi-focalidade
- Tamanho e aspecto endoscópico da lesão tumoral
- Tempo de recidiva (<12meses)

## ■ Outros fatores:

- invasão linfovascular
- Idade
- Sexo
- ploidia tumoral
- marcadores tumorais
- perfuração vesical durante ressecção transuretral (RTU) do tumor de bexiga
- invasão prostática

# Classificação didática:

---

- **Superficial (70-80%)\***
- **Invasivo**
- **Metastático**

**\*Soloway é um dos adeptos a ELIMINAR o termo superficial**

**Usar o estadiamento e grau histológico:**

**PTa baixo grau (G1)**

**PT1 alto grau (G3).....**

# Prognóstico

---

## □ **Ta :**

- **Comportamento mais benigno**
- **Tumores de baixo grau**
- **Não invasivos**
- **Recorrentes**
- **Sem progressão para músculo invasivo**

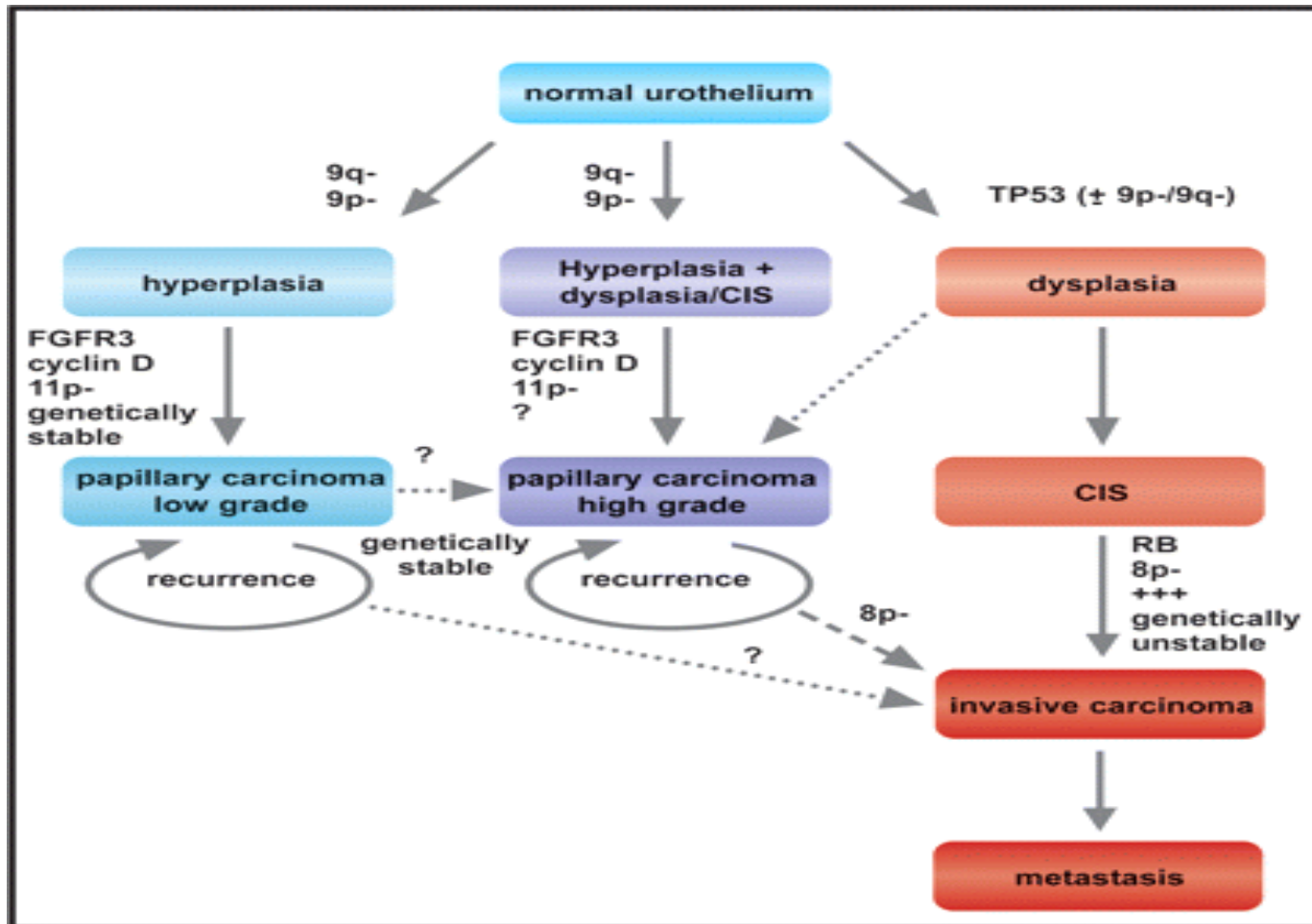
## □ **T1**

## □ **T2, T3 e T4:**

- **Mais agressivos**
- **Pior prognóstico**
- **Músculo-invasivos**
- **Maior taxa de mortalidade**

*Knowles MA. Molecular subtypes fo bladder cancer: Jekyll and Hyde or chalk and cheese. Carcinogenesis, mar; 27(3): 1695-700, 2006.*

# Genética



# Sintomas e Sinais

---



# Sintomas e Sinais

---

- **Hematúria indolor**

- Sintomas irritativos - Cis
- Dor (disúria ou obstrução por coágulos)

## **Avançados:**

- Sintomas gerais
- Emagrecimento
- Anemia
- Caquexia
- Adinamia
- Queda do estado geral.....



# Exames Subsidiários

---



# Exames

---

## □ Iniciais:

- **Ultrassom**
- **Cistoscopia:**
  - **Citologia urinária**
  - **Lavado vesical**
- **RTU de tumor vesical**

*Consenso Tumores de bexiga  
SBU 1998*

## □ Estadiamento:

- Urografia excretora (TGU alto)
- CT abdome/ RM (invasivo)
- Cintilografia óssea (metástases)

# US Abdome

---



# US Abdomine



# Urografia excretora

---

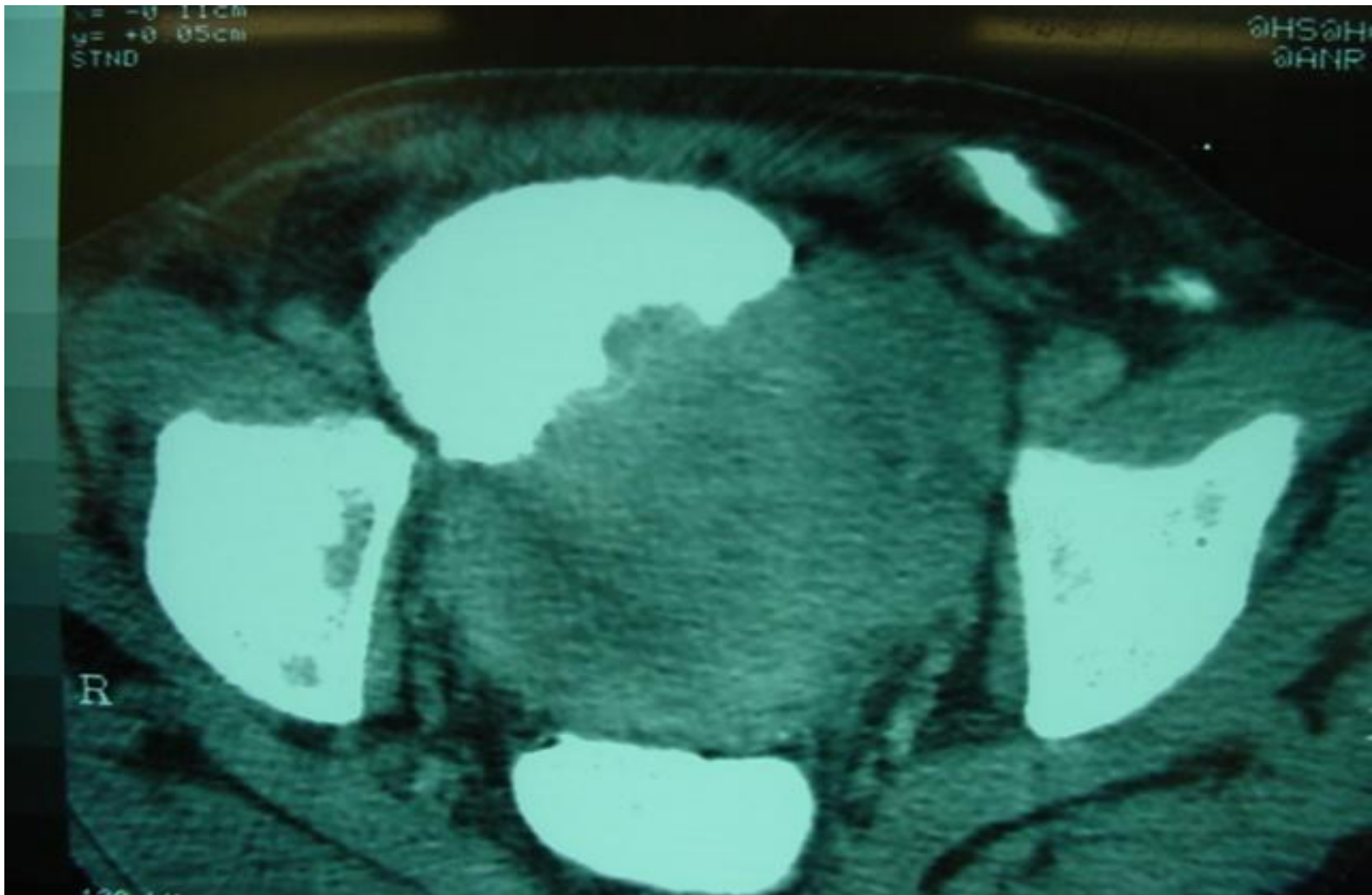


# CT Abdome

---



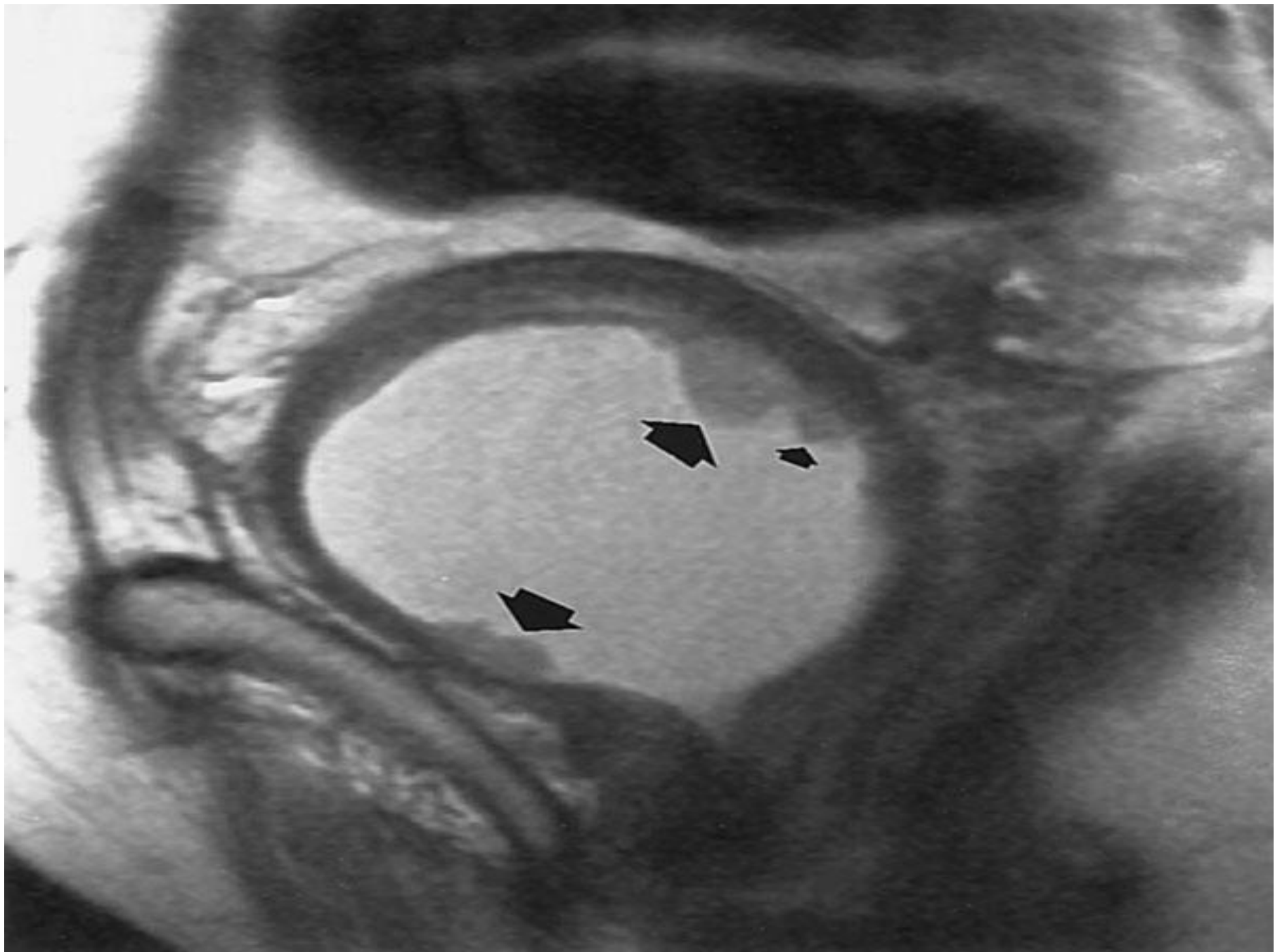
# CT Abdomine

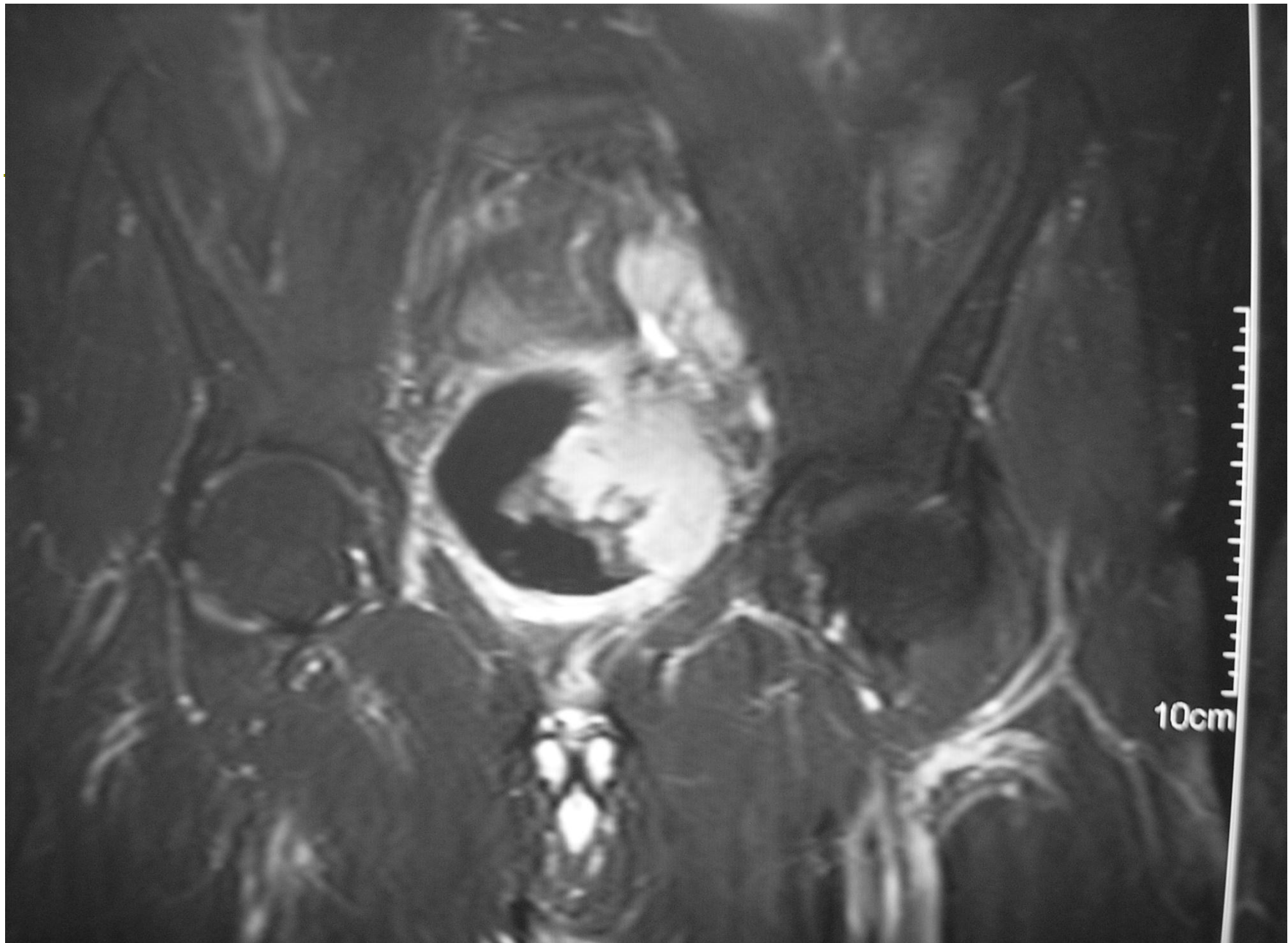


# CT Abdomine – divertículo vesical





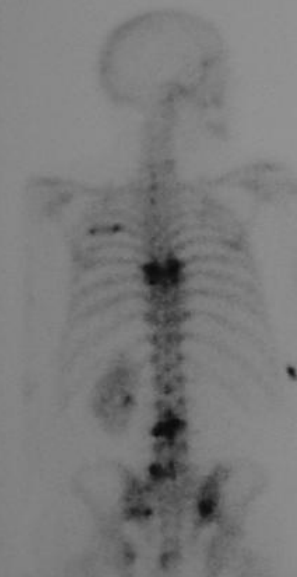




10cm

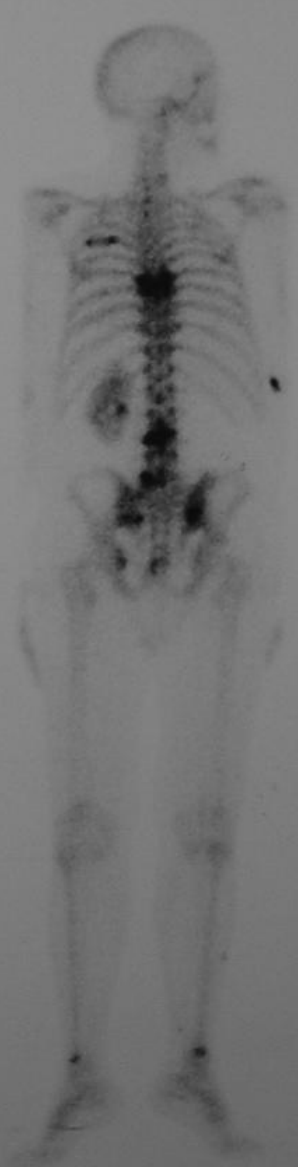


BACIA SENTADA



BACIA O.A.D.

P  
D  
M  
O  
T  
E  
F  
E  
C  
Q  
S  
F



# Início do tratamento



**RTU superficial e profunda:  
fragmentos separados**

# Tratamento

---

## a) RTU de bexiga

- Diagnóstico/ terapêutico

- **Re-RTU para os tumores de alto risco (AUA):**

  - PT1G3

  - Ca in situ

  - Inexistência de músculo liso no material RTU

  - Alto grau

## b) Tratamento complementar

# Tabela de risco - COBEU

Risco	Definição
Baixo - <b>acompanhamento</b>	-PTA baixo grau < 3cm
Intermediário - <b>QT</b> <b>Mitomicina C</b>	-PTA alto grau -PT1 baixo grau ou > 3cm ou multifocais ou tumores de baixo risco recidivados
Alto - <b>BCG</b>	-PT1alto grau -Presença de Cis -Tumores de risco intermediário multifocais ou recidivados

# Tratamentos complementares:

---

## **Quimioterápicos:**

Tiotepa

Doxorrubicina

Etoglucide

Epirrubicina

**Mitomicina C (AUA)** ( dose única imediata pós-RTU)

## **Imunoterápico:**

Interferon

**BCG**

# Mitomomicina C

---

- ❑ Dose única
- ❑ Durante as 24horas
- ❑ Quando parou hematúria
- ❑ Mitomicina 40mg + SF 30-50ml
- ❑ Retorno irrigação

***Solsona, J Urol 1999.***



# BCG

---

- ❑ Bacilo de Calmett-Guérin
- ❑ Intravesical - Morales, em 1976
- ❑ Micobacterium Bovis atenuado
- ❑ O BCG é o agente de **maior eficácia**
  - > eficácia Mit na prevenção
  - = Mit progressão
- ❑ Problema: **efeitos colaterais !!**
- ❑ **Baixo custo**
- ❑ Forma de ação: sistêmica / imunológica

# Indicações do uso do BCG

---

- **Após RTU completa**
- **Risco intermediário e alto**
- **CIS**
- Situações especiais:
  - Tumores trato urinário alto
  - Citologia urinária positiva
  - Invasão superficial da próstata

# Forma e esquemas utilizados:

---

- BCG – **PROIBIDO** no PO imediato
- 30 dias após RTU
- **Dose ideal**:  $5 \times 10^8$  a  $5 \times 10^9$  ufc
  - Butantã: 1 flac = 40mg =  $8 \times 10^7$  ufc
- Melhor esquema: Controverso!!!!
- **Indução** - semanal/ 6 - 8 semanas
- **Manutenção (AUA)** - mensal/ trimestral/ semestral (Esquema SWOG)

# Tipos de BCG:

---

- ❑ Pasteur (Quebec, Can)
- ❑ Tice (Chicago, USA)
- ❑ Connaught (Toronto, Can)
- ❑ Pasteur (Paris, France)
- ❑ Glaxo (Greenford, Eng)
- ❑ **Moreau (SP, Brazil )**
- ❑ RIVM (Bilthoven, Neth)
- ❑ Tokyo 172 (Tokyo, Jap)
- ❑ Evans (Glaxo, Danish strain)
- ❑ Berna (Italy)
- ❑ Taipei-NIMP (Taiwan, China)
- ❑ Cepa Russa

# Principais efeitos colaterais:

(Frequência < 5%):

---

- ❑ Febre
- ❑ Prostatite granulomatosa
- ❑ Pneumonite
- ❑ Hepatite
- ❑ Artralgia
- ❑ Hematúria
- ❑ Rush
- ❑ Obstrução ureteral
- ❑ Epididimite
- ❑ bexiga contraída
- ❑ abscesso renal, sepsis e citopenia
- ❑ Septicemia/ óbito – 0,1%

*Lamm, J Urol (147)1992*  
*Matheus W, Rev Pan 2003*

# Contra-indicações absolutas:

---

- ❑ Tb ativa
- ❑ AIDS
- ❑ Leucemias
- ❑ Linfomas Hodgkin
- ❑ ITU
- ❑ Gravidez
- ❑ Transplantados
- ❑ Lactação.

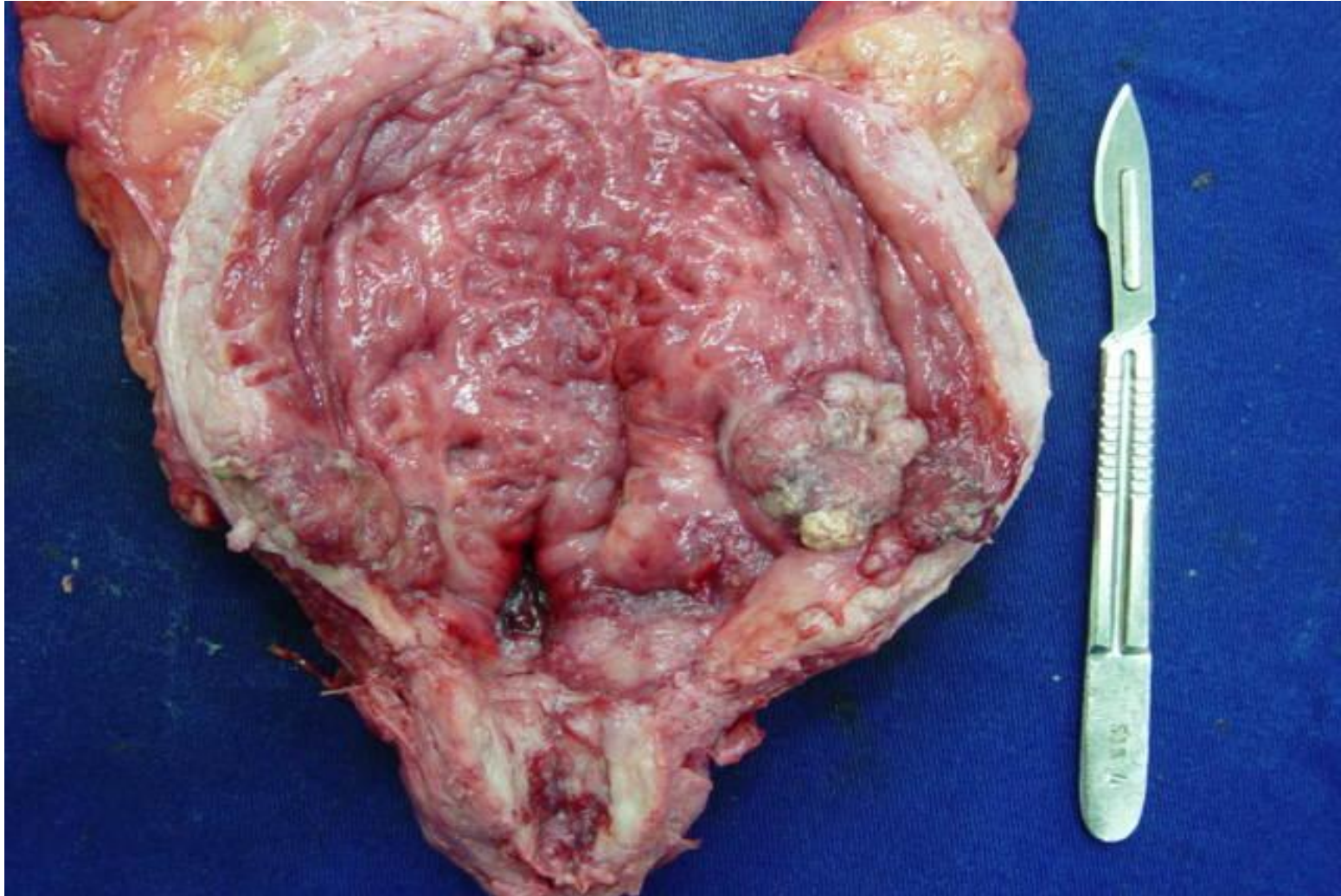
# Indicações cistectomias (tu superficiais):

---

- **PT1G3 recidivado**
- **Tumores irresecáveis**
- **Presença de Ca in situ, em tumores recidivados**

# Cistectomia –Tu invasivo bexiga

---





# Cistectomia radical

---

## **Melhor forma de tratamento tumores invasivos**

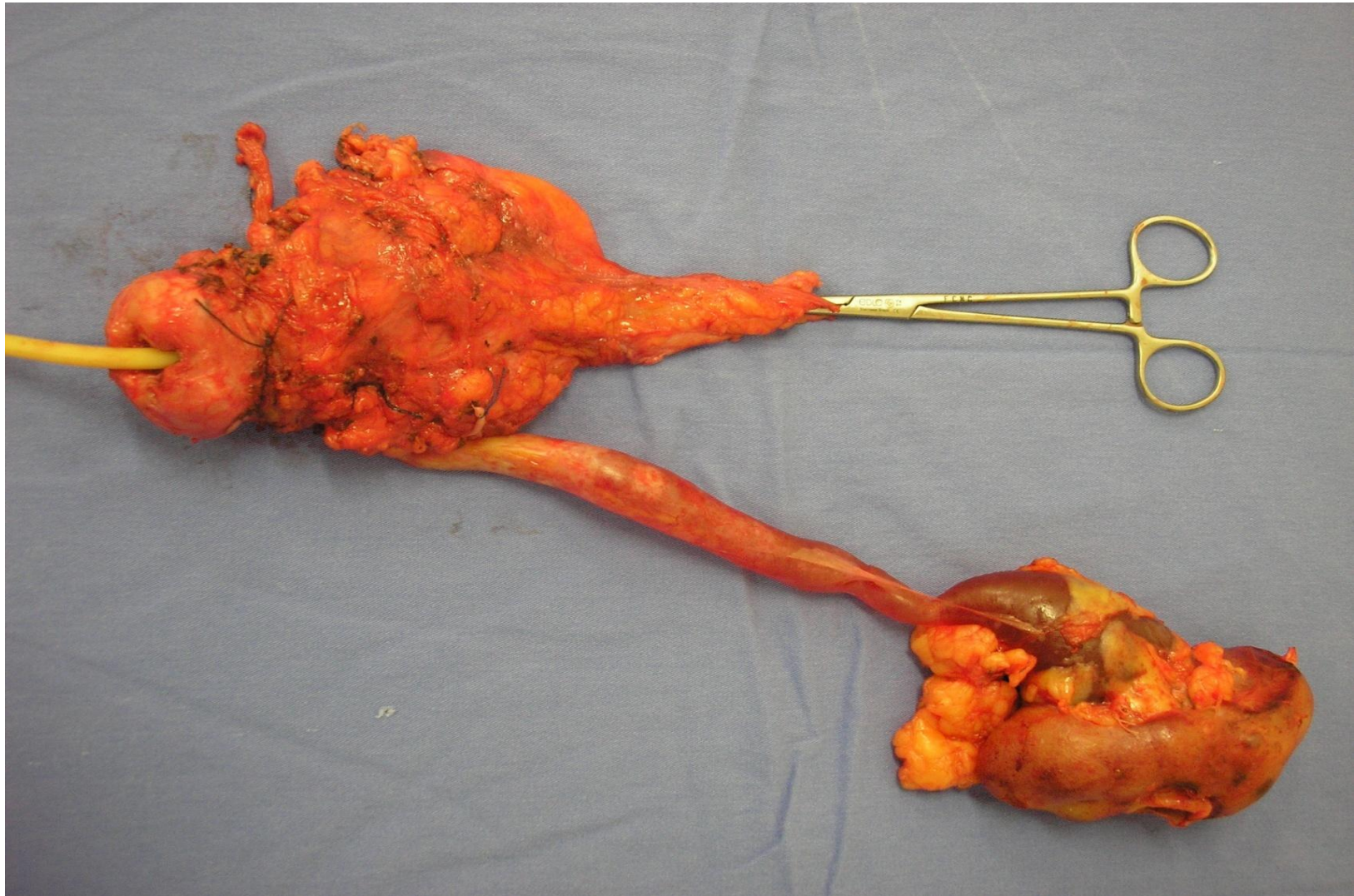
Taxas:

- ❑ Mortalidade: 1,8 a 4,1%
- ❑ Complicações de 29,1 a 39,1%
- ❑ Reoperações de 12 a 20%
- ❑ Tempo de cirurgia de  $6,5 \pm 2,1$  horas
  
- ❑ Internação de  $14 \pm 10,28$  dias



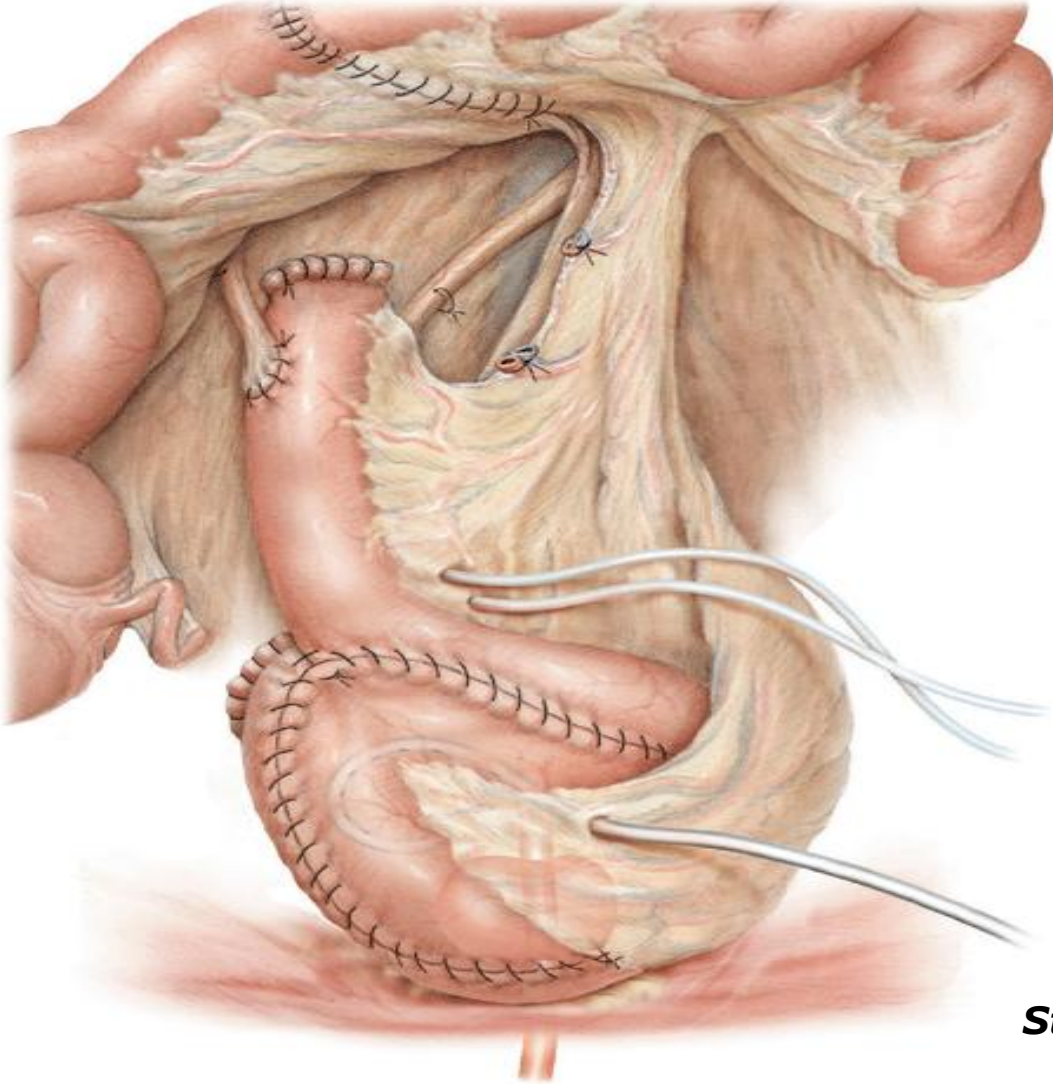
# Tumor de ureter e TGU alto

---



# Neobexiga - Studer

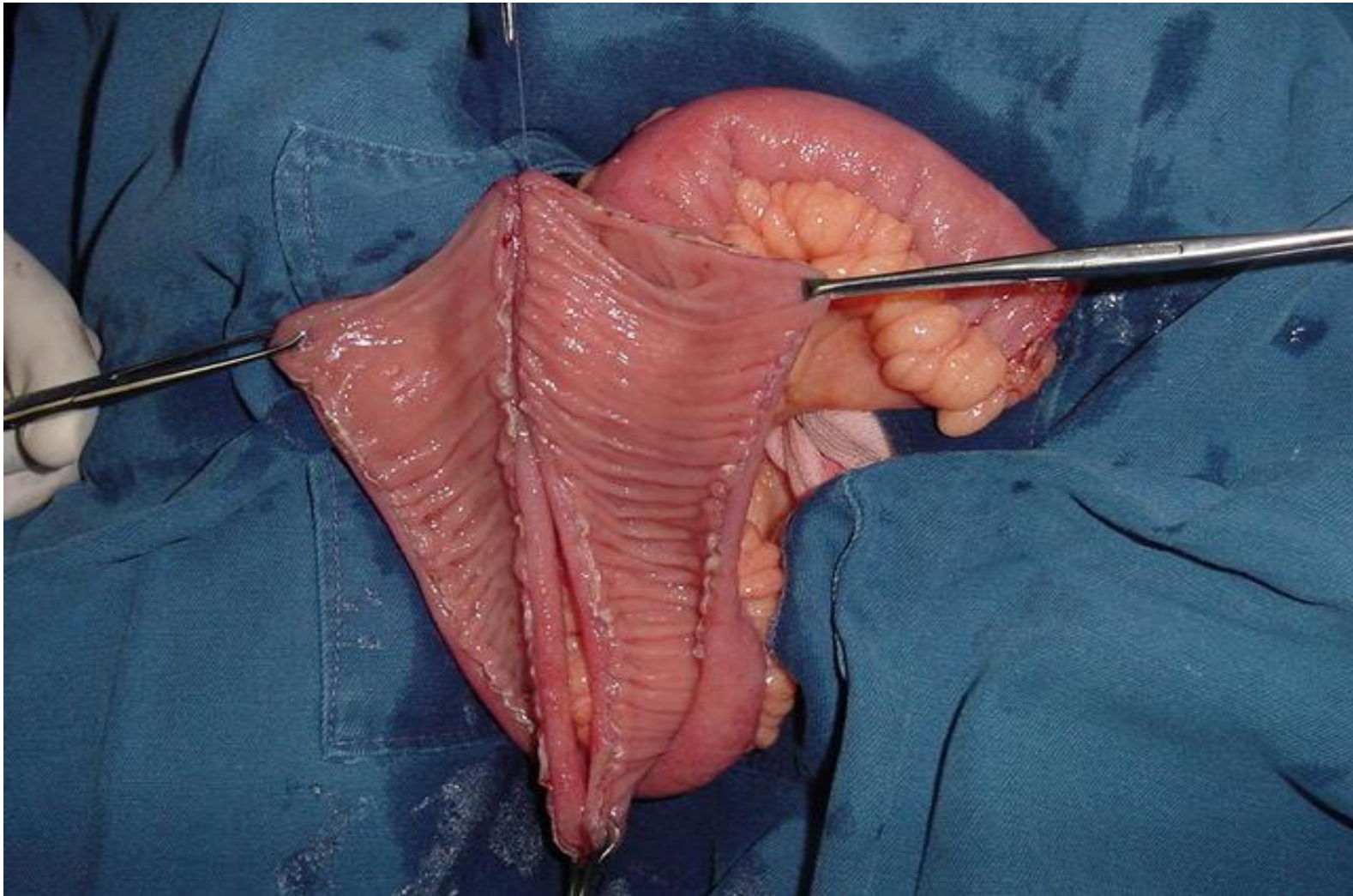
---



**Studer. Br J Urol, 2004.**

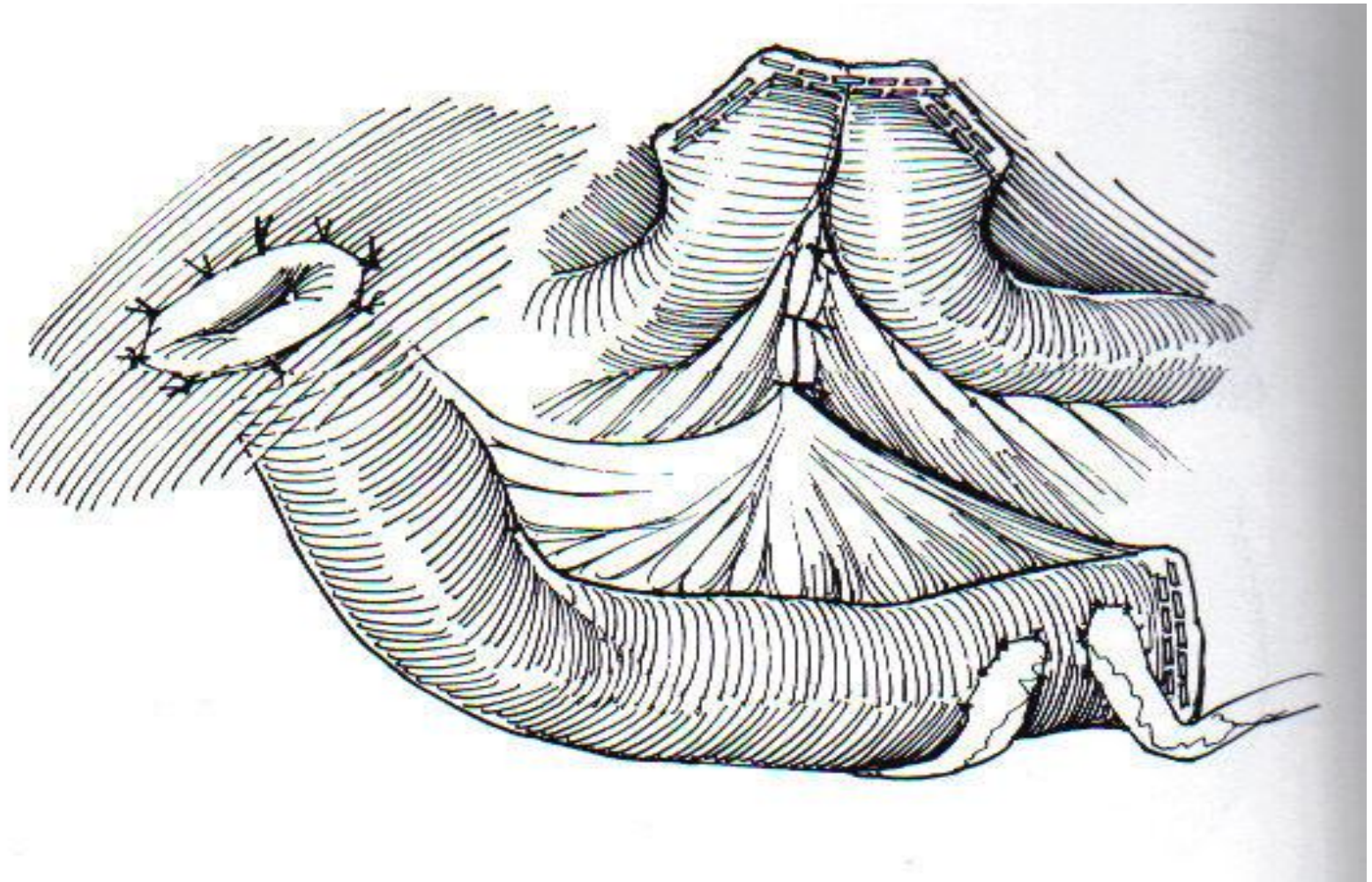
# Neobexiga - Studer

---



# Técnica de Bricker

---



*Hinman F., 2<sup>o</sup>ed, 1994*

# Derivação externa técnica de Bricker

---



# Derivação urinária X Qualidade de vida

---

1. **Poucos artigos** alcançam nível III de evidência
2. **Nenhum** estudo **randomizado**
3. **Não há prova de superioridade** entre técnicas:  
continentes (externa ou neobexiga)  
incontinentes

***Gerharz et al. Quality of life after cystectomy and urinary diversion:  
An evidence based analysis. J Urol, 174: 1729-1736, 2005.***



# Mensagens

---

## **Nomenclatura**

- ❑ Carcinoma Urotelial de bexiga
- ❑ Tumores de baixo e alto grau

## **Importância**

- ❑ Camada muscular na RTU

## **Guidelines AUA e EAU**

- ❑ Re-RTU de bexiga
- ❑ Mitomicina POi – dose única
- ❑ Esquema de manutenção BCG

