

Uretrectomia no contexto da Neoplasia vesical invasiva – Quando Fazer? – Breve Revisão da literatura

Fernando Ferrito*, José Eduardo Carrasquinho**, Miguel Lourenço**

Serviço de Urologia – Hospital Fernando Fonseca – Director: Dr. Campos Pinheiro – Amadora

*Assistente Hospitalar Graduado de Urologia

**Interno de Urologia

Correspondência: Fernando Ferrito – Hospital Fernando Fonseca – Núcleo dos Gabinetes Médicos – IC 19, 2700 AMADORA

E-mail: ferrito@sapo.pt

Introdução

A atitude de conservação ou não da uretra anterior, num contexto de neoplasia vesical invasiva em doentes submetidos a cirurgia radical, não tem sido objecto de consenso nos últimos anos. Numa “Era”, cada vez mais, dominada pela cirurgia de substituição vesical ortotópica, em detrimento da derivação urinária cutânea, é de especial importância a avaliação do risco de recidiva tumoral ao nível da uretra restante após a cistectomia radical.

No Homem

De uma forma geral, o risco de recorrência tumoral uretral, após cistectomia, ronda os 10%¹. Normalmente, a uretrectomia tem sido indicada em situações de tumor vesical multifocal, *cis* difuso, e envolvimento da uretra ou tecido prostáticos pelo carcinoma de células de transição. Um estudo de Freeman et al² em 246 doentes com derivação ortotópica indicou, aos 5 anos de seguimento, maior risco de recorrência uretral (21%) para os doentes com invasão do estroma prostático. A recorrência uretral, para os doentes com envolvimento da mucosa e para os que não apresentavam qualquer envolvimento prostático, foi de 15% e 6% respectivamente. Este mesmo autor não constatou, num estudo anterior¹,

qualquer recidiva tumoral em doentes com envolvimento da uretra prostática submetidos a derivação ortotópica, ao contrário daqueles com patologia semelhante e com derivação cutânea, nos quais a recidiva uretral foi de 24%. O significado desta constatação permanece por esclarecer.

Dois estudos posteriormente publicados, um de Iselin et al³ e outro de Lebet et al⁴, envolvendo 70 e 118 doentes respectivamente, não parecem conferir risco acrescido de recorrência uretral (7% no estudo de Iselin) em doentes submetidos a neobexiga ileal ortotópica, não obstante a identificação pós-operatória de tumor no tecido prostático.

Desta forma, alguns autores têm abandonado as biopsias prostáticas pré-operatórias (latero-montais), adoptando, como critério de decisão para o

tipo de derivação a efectuar, a **presença ou não de tumor ou *cis* intra-operatório nos cortes de congelação ao nível da extremidade da uretra proximal**^{2,5}. Em caso de positividade, deve-se proceder à uretrectomia seguida de derivação cutânea. Também a multifocalidade tumoral ou a presença de *cis* difuso ao nível vesical não contra-indicam *ab initio* a opção por uma derivação ortotópica⁴.

Em conclusão:

Nos doentes que não sejam candidatos a uma cirurgia de substituição e com tumor previamente conhecido no estroma prostático, deve-se proceder à remoção em bloco da uretra. Nesta mesma situação, mas em que o envolvimento do estroma prostático só seja conhecido no exame patológico final, recomenda-se a uretrectomia diferida e após far-se-á ou não quimioterapia adjuvante. Finalmente, nos doentes submetidos a derivação ortotópica e cuja peça de cistectomia revele tumor no estroma prostático, a monitorização da uretra restante deve ser apertada com citologias periódicas e se necessário biopsia. A sua positividade recomenda a uretrectomia imediata.^{5,6}

Na mulher

Na mulher, a cistectomia radical clássica inclui a uretra e a parede anterior da vagina. As grandes séries publicadas de cistectomia em mulheres apontam para 10 a 13% de tumor ao nível da uretra^{7,8} uma percentagem semelhante à observada no homem¹. O envolvimento tumoral do colo vesical constitui um dos factores de risco mais importante para a coexistência de tumor na uretra. Nas séries de Stenzl *et al* e de Stein *et al* 50% das doentes, com envolvimento do colo vesical, tinham simultaneamente tumor uretral. Nestas duas séries em nenhum caso foi encontrado tumor uretral na ausência de tumor ao nível do colo^{8,9}, embora alguns estudos refiram para esta situação específica uma baixa incidência (0%-20%).^{5,7,10}

Para além do colo vesical, Stein *et al*⁸ identificou também o envolvimento da parede vaginal anterior como factor de alto risco para a existência simultânea de tumor uretral. Embora este envolvimento seja raro (1%), todas as mulheres nesta situação tinham tumor ao nível do colo vesical e 50% destas tumor na uretra.

Em conclusão:

Apesar do elevado risco, 50% das mulheres com tumor ao nível do colo vesical têm a uretra livre de tumor, e são, portanto, potenciais candidatas a uma derivação ortotópica. Assim, em mulheres candidatas a neobexiga recomenda-se **cistoscopia com biopsias do colo vesical pré-operatório e cortes de congelação intraoperatório da extremidade distal do colo vesical**.^{5,11} Nas mulheres não candidatas a neobexiga sugere-se a remoção conjunta da uretra e da parede anterior da vagina.

Bibliografia

- 1 Freeman, J.A., Esrig, D., Stein, J.P., & Skinner, D.G. (1994). Management of the patient with bladder cancer. Urethral recurrence. *Urol Clin North Am*, 21-645.
- 2 Freeman, J.A., Tarter, T.A., Esrig, D., *et al.* (1996). Urethral recurrence in patients with orthotopic ileal neobladders. *J Urol*, 156,1615.
- 3 Iselin, C. E., Robertson, C. N., Webster, G. D., Vieweg, J., & Paulson, D. F. Does Prostate Transitional Cell Carcinoma Preclude Orthotopic Bladder Reconstruction After Radical Cystoprostatectomy for Bladder Cancer?
- 4 Leuret, T., Herve, J.M., Barre, P., *et al.* (1998). Urethral recurrence of transitional cell carcinoma of the bladder. Predictive value of preoperative latero-montanal biopsies and urethral frozen sections during prostatic cystectomy. *Eur Urol*, 33,170.
- 5 Rafael, C., & John, S. (2002). Surgical management of bladder carcinoma. *Cancer Control*, 9(4), 284.
- 6 Stein, J.P., & Skinner, D.G. Orthotopic Urinary Diversion. *Campbell's Urology*, 8th ed., 108, 3835.
- 7 Chen, M.E., Pisters, L.L., Malpica, A., Pettaway, C.A., & Dinney, C.P. (1997). Risk of Urethral, Vaginal and Cervical Involvement in Patients Undergoing Radical Cystectomy for Bladder Cancer: Results of Contemporary Cystectomy Series From M. D. Anderson Cancer Center. *J Urol*, 157, 2120.
- 8 Stein, J.P., Cote, R.J., Freeman, J.A., *et al.* (1995). Indications for lower urinary tract reconstruction in women after cystectomy for bladder cancer: A pathological review of female cystectomy specimens. *J Urol*, 154,1329.
- 9 Stenzl, A., Draxl, H., Posch, B., *et al.* (1995b). The risk of urethral tumors in female bladder cancer: Can the urethra be used for orthotopic reconstruction of the lower urinary tract?. *J Urol*, 153, 950.
- 10 Stein, J. P., Cote, R. J., Freeman, J. A. Freeman, Esrig, D., Elmajian, D.A., Groshen, S., Skinner, E. C., Boyd, S. D.,

- Lieskovsky, G., & Skinner, D. G. (1995). Indications for Lower Urinary Tract Reconstruction in Women After Cystectomy for Bladder Cancer: Pathological Review of Female Cystectomy Specimens. *J Urol*, 154, 1329.
- 11 Stein, J.P., Esrig, D., Freeman, J.A., *et al.* (1998a). Prospective pathologic analysis of female cystectomy specimens: Risk factors for orthotopic diversion in women. *Urology*, 51, 951.