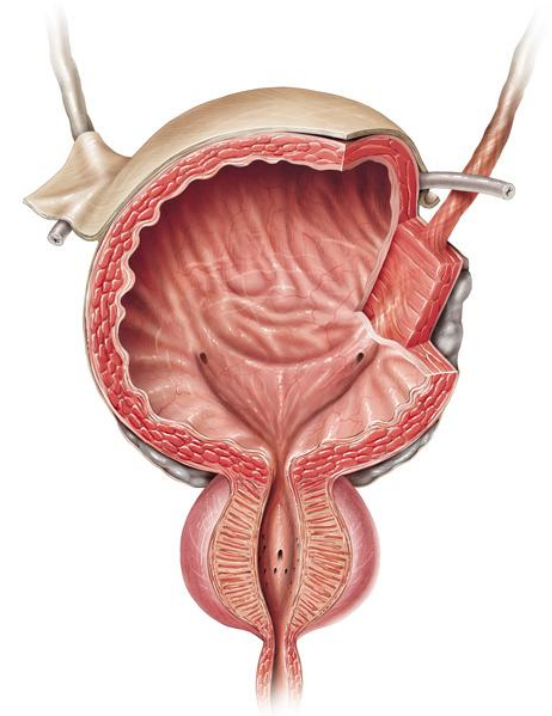


Tumor da Bexiga

Visão do urologista

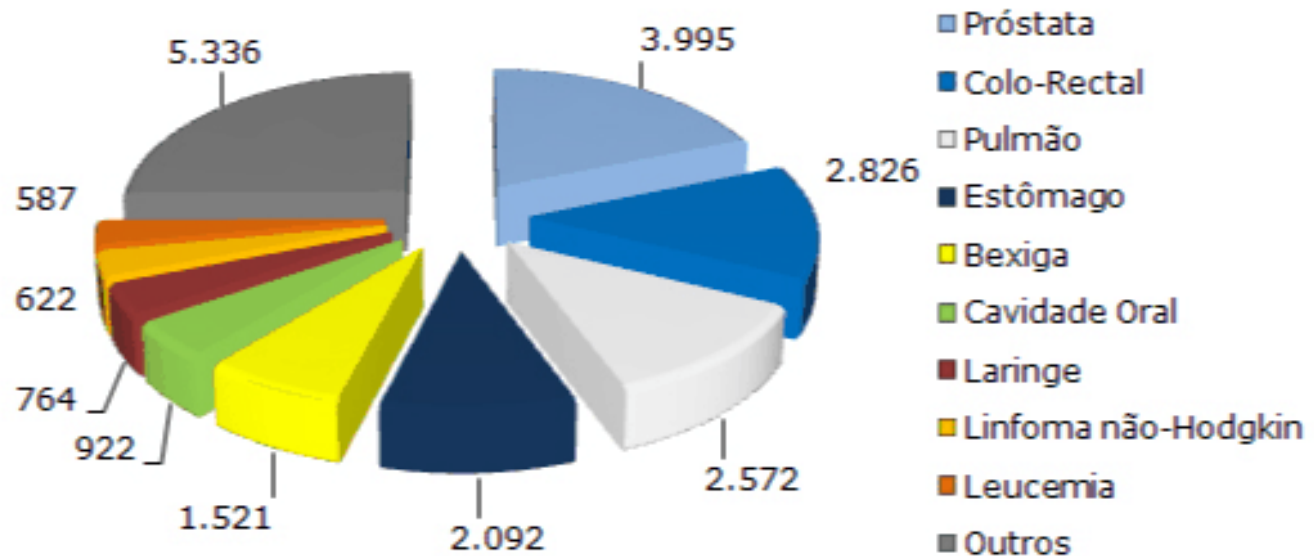


Bruno Graça
Serviço de Urologia
20 de Abril de 2012

Tumor da Bexiga

Epidemiologia

Novos casos de cancro em Portugal
Homens (todas as idades) | N=21.237

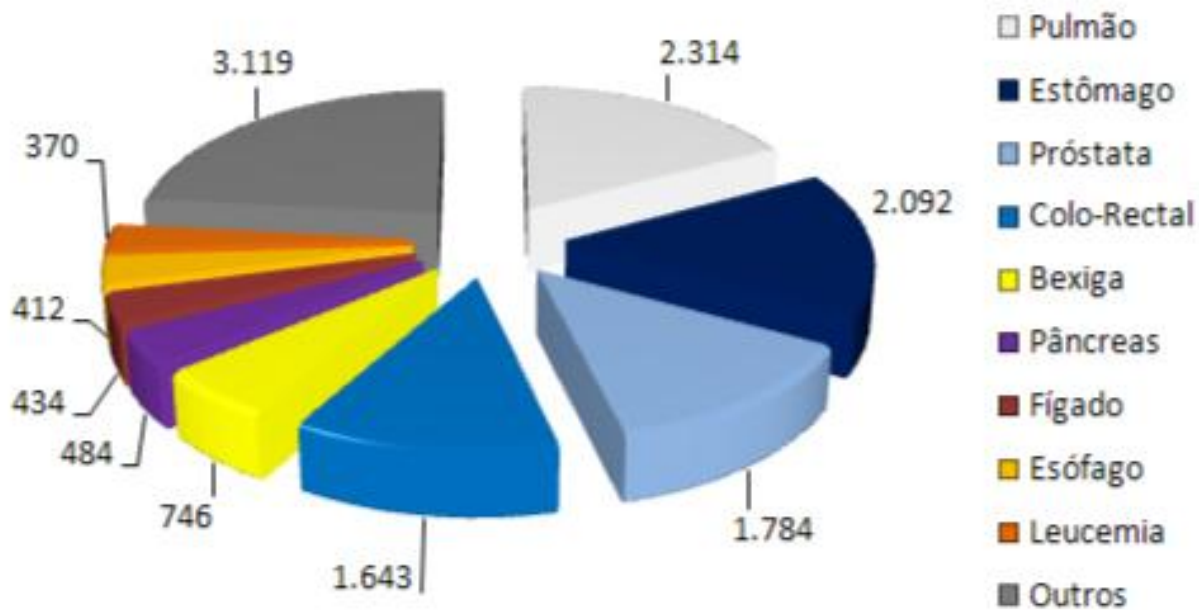


Fonte: Globocan 2002, IARC

Tumor da Bexiga

Epidemiologia

Mortalidade em Portugal
Homens (todas as idades) | N=12.637

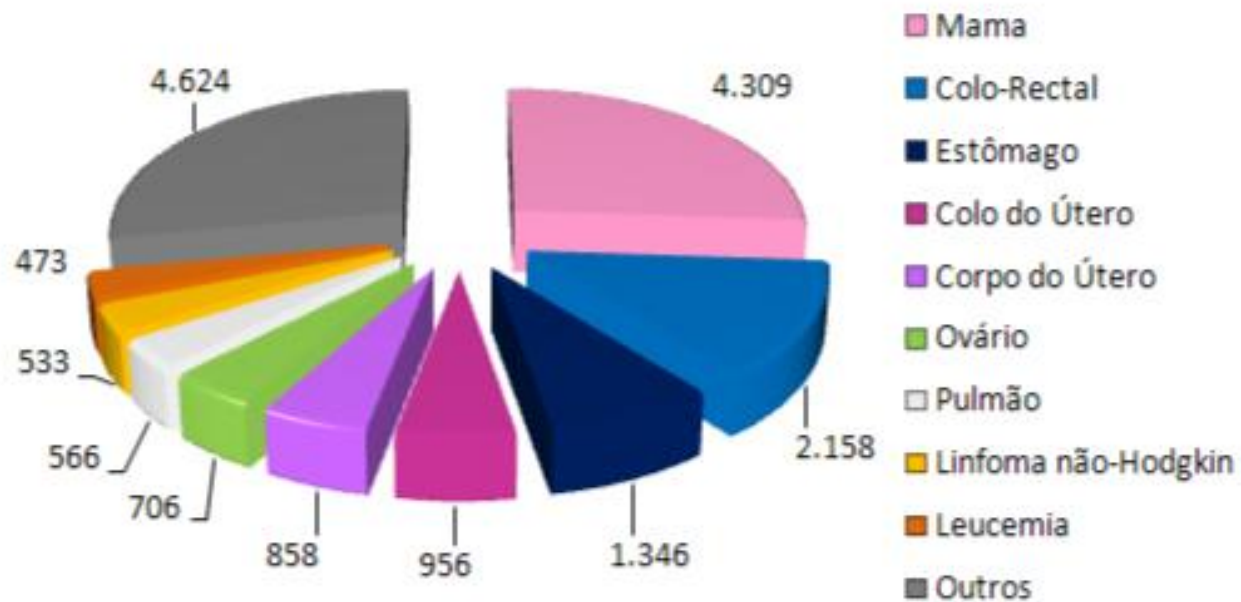


Fonte: Globocan 2002, IARC

Tumor da Bexiga

Epidemiologia

Novos casos de cancro em Portugal
Mulheres (todas as idades) | N=16.529



Fonte: Globocan 2002, IARC

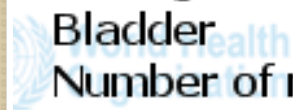
Tumor da Bexiga

Epidemiologia

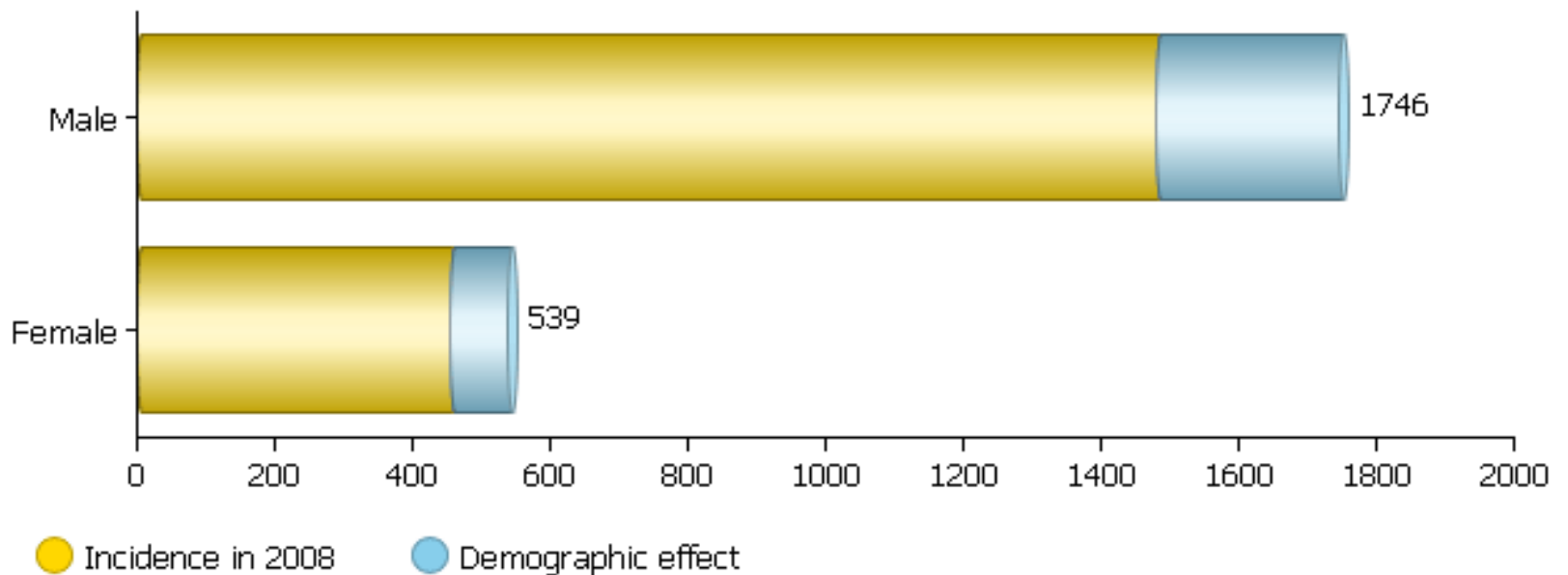
national Agency for Research on Cancer

Portugal

Bladder



Number of new cancers in 2020 (all ages)



GLOBOCAN 2008 (IARC) (18.4.2012)

Tumor da Bexiga

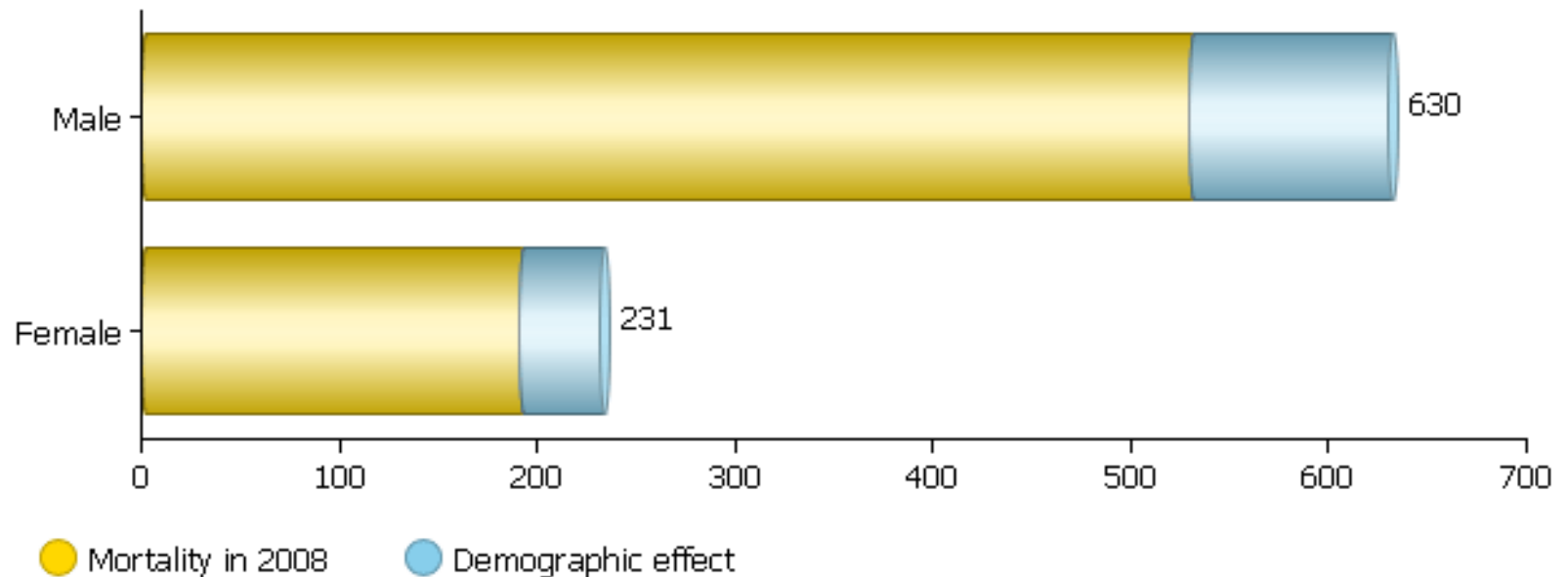
Epidemiologia

International Agency for Research on Cancer

Portugal

Bladder

Number of cancer deaths in 2020 (all ages)



GLOBOCAN 2008 (IARC) (18.4.2012)

Tumor da Bexiga

Epidemiologia

- Incidência 4 :1
- Incidência superior na raça branca comparativamente à raça negra
- 5º tumor mais frequente do homem
- 2º tumor mais frequente do aparelho urinário
- A idade média de diagnóstico é 65 anos

Tumor da Bexiga

Epidemiologia

- Factores de risco
 - Tabagismo principal factor de risco (aumento perto 2x)
 - Exposição ambiental
 - Trabalhadores da borracha, corantes, tintas, derivados do petróleo
 - Radioterapia pélvica
- Carcinoma de células transição (CCT)
 - >90%
- Tumores epiteliais
 - Carcinoma epidermóide
 - 5% (até 75% em zonas endémicas de Schistosomíase)
 - Adenocarcinoma
 - 3%
- Tumores mesenquimatosos

Tumor da Bexiga

Sinais e sintomas

- Hematúria
 - 85-90%
- Urgência e Frequência
 - Carcinoma in Situ
 - Invasão muscular
- Massa palpável

Tumor da Bexiga

Diagnóstico

- **Análises**
 - Anemia
 - Insuficiência renal (↑creat ↑ureia)
 - Obstrução ureteral bilateral
 - Hemoglobinúria
 - Leucocitúria se ITU
- **Exames de Imagem**
 - Ecografia vesical
 - Ecografia renal
 - Uro-TC
 - Doença localmente avançada, regional e metastática

Tumor da Bexiga

Diagnóstico

- Citologia e Marcadores tumorais

Table 20-1. Exfoliated Markers for the Detection of Bladder Cancer.

Marker	Sensitivity (%)	Specificity (%)	PPV (%)	NPV (%)
Cytology	35–61	93–100	–	–
BTA	28–100	40–96	33–80	52–94
NMP22	47–100	61–99	29–65	60–100
BTA stat	57–83	33–95	20–56	70–95
BTA TRAK	62–78	51–98	62	73
Lewis X antigen	80–97	73–86	72–81	83–98
Telomerase	62–80	60–99	84	89
FDP	33–83	66–91	79	78
Cytoberatin 20	91	85	95	76
Quantiant	45–59	71–93	–	–
Hyaluronic acid	92	93	–	–
Hyaluronidase	100	89	–	–
BLCA-4	96	100	–	–
Flow cytometry	45–72	80–87	–	–

FDP, fibrinogen/fibrin degradation products; PPV, positive predictive value; NPV, negative predictive value.

Tumor da Bexiga

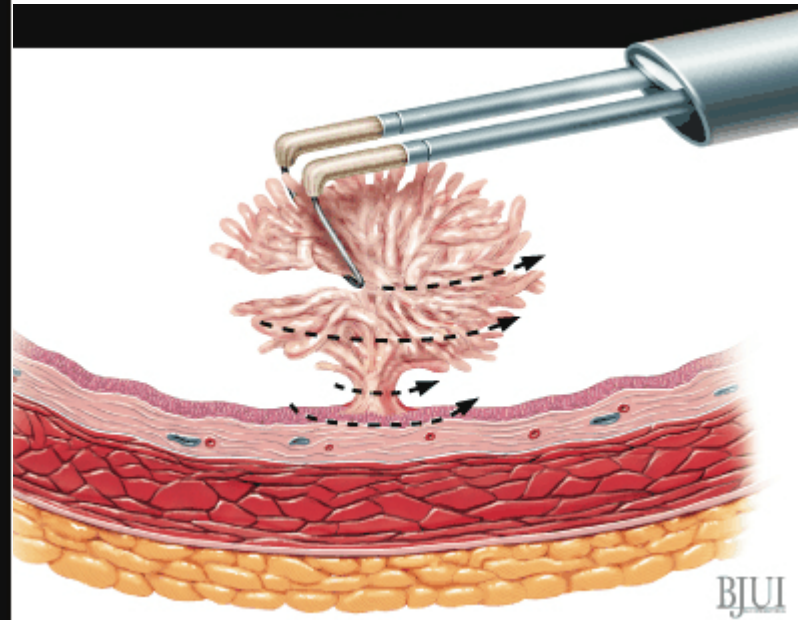
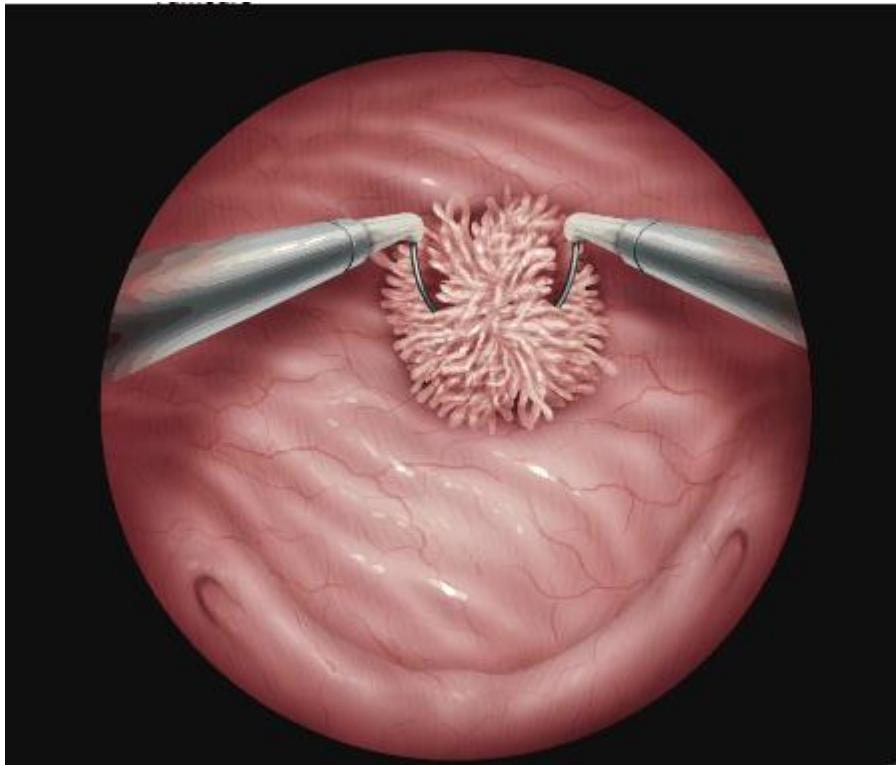
Diagnóstico

- Cistoscopia rígida ou flexível
 - Visualização directa com registo
 - Caracterização morfológica inicial e avaliação da extensão endoluminal
 - Papilar, séssil, único, múltiplo, dimensões
 - Colheita de biópsia a frio
 - Colheita de citologia (barbotage)
 - Visualização da ejaculação de urina pelos meatos ureterais

Tumor da Bexiga

Diagnóstico

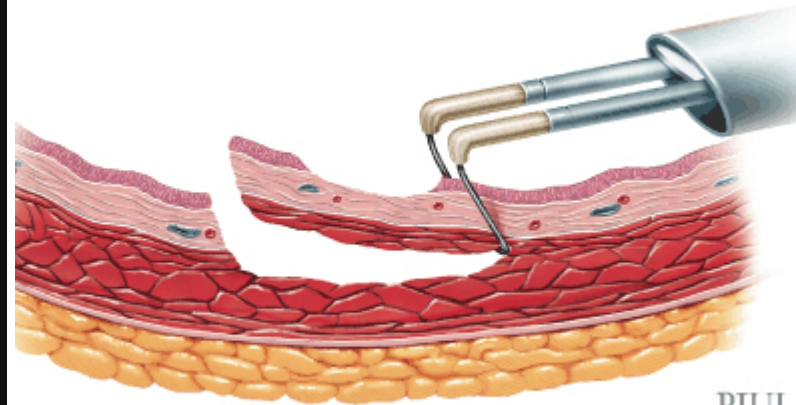
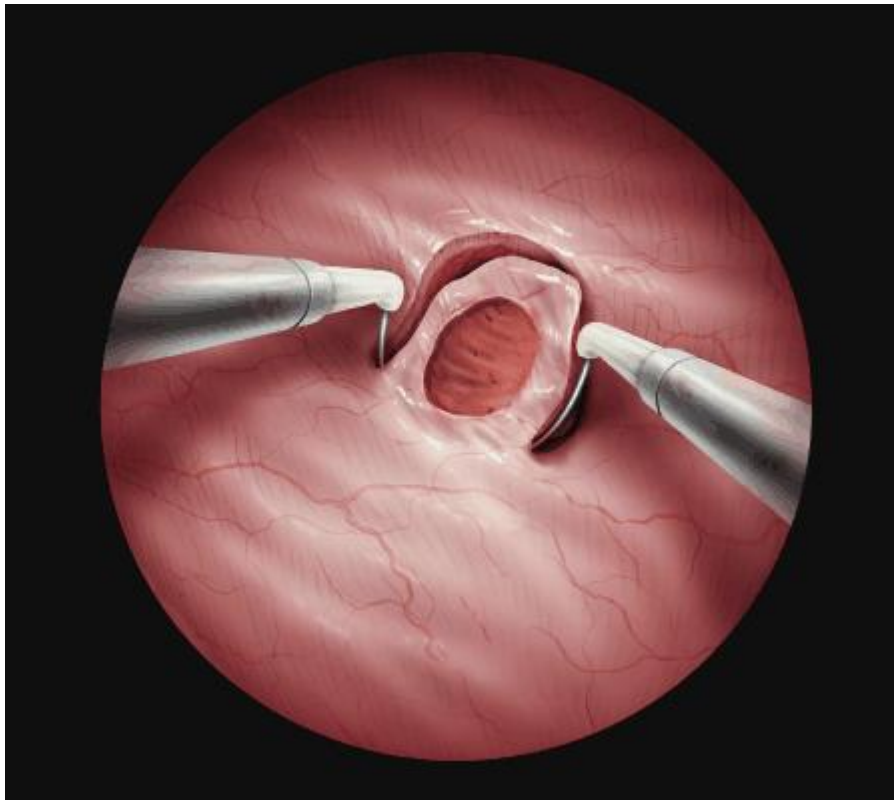
- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



Tumor da Bexiga

Diagnóstico

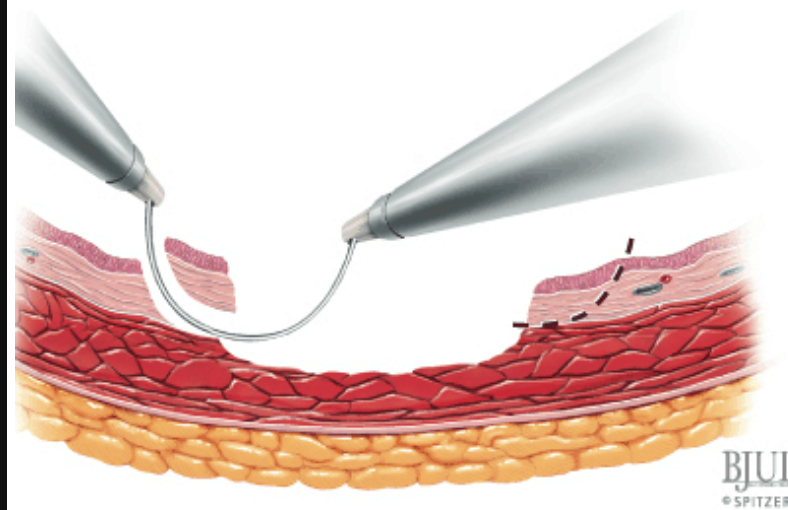
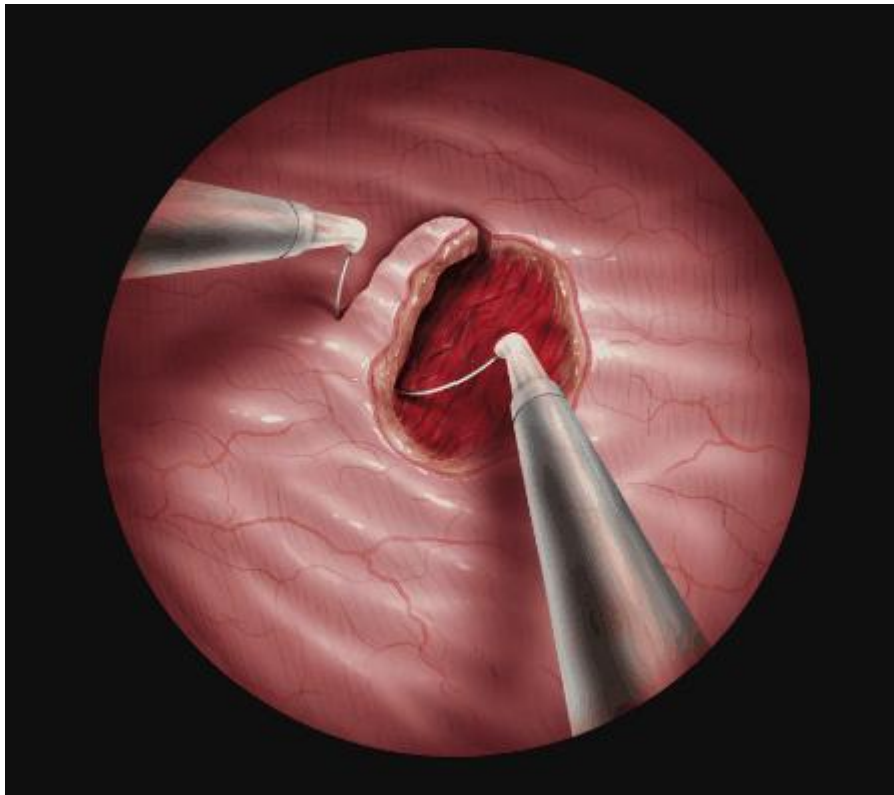
- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



Tumor da Bexiga

Diagnóstico

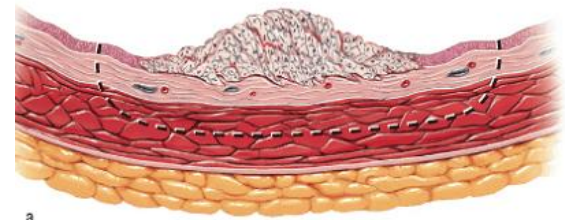
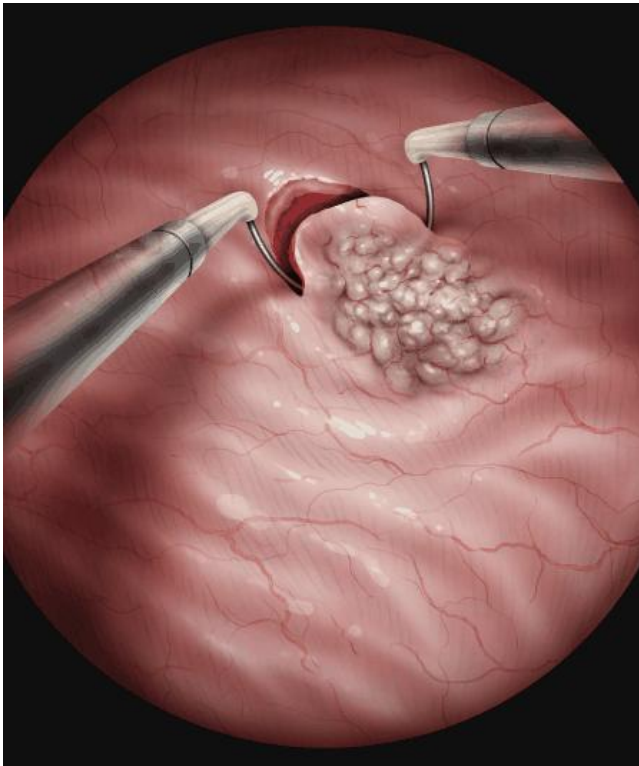
- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



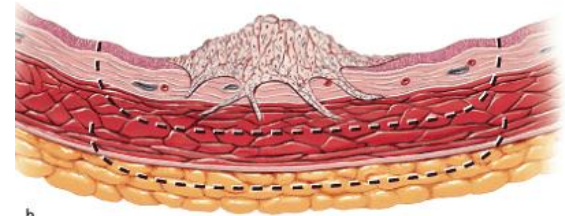
Tumor da Bexiga

Diagnóstico

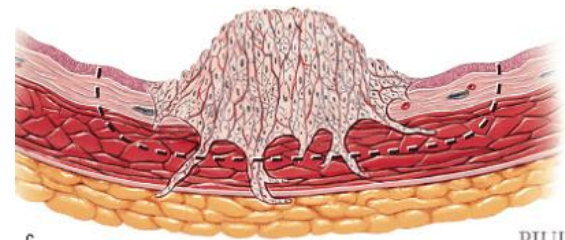
- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



a



b

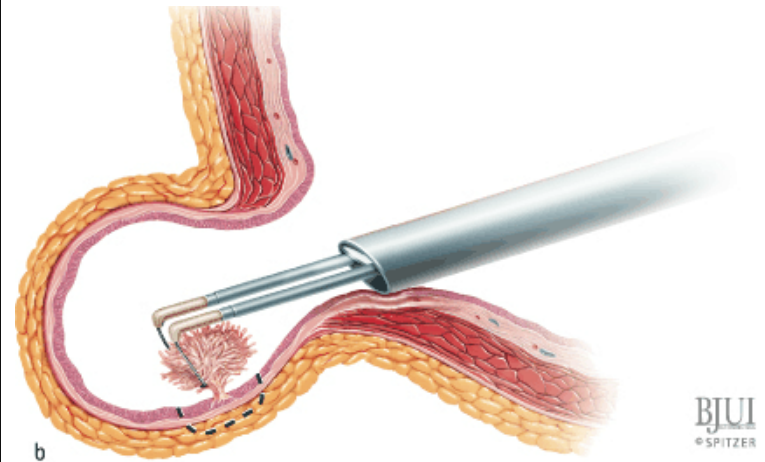
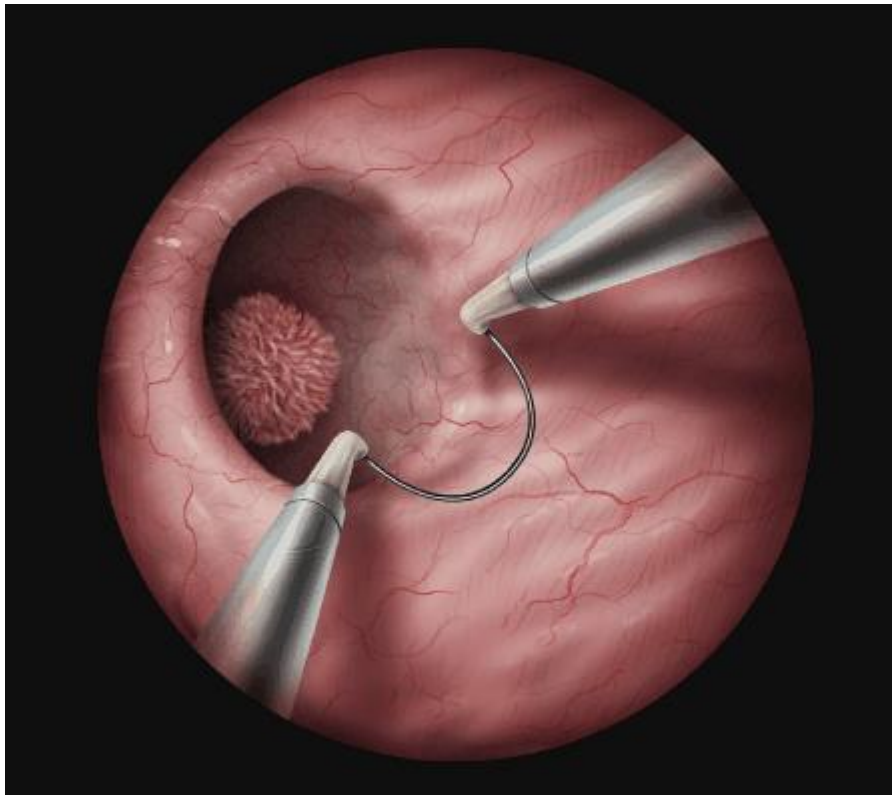


c

Tumor da Bexiga

Diagnóstico

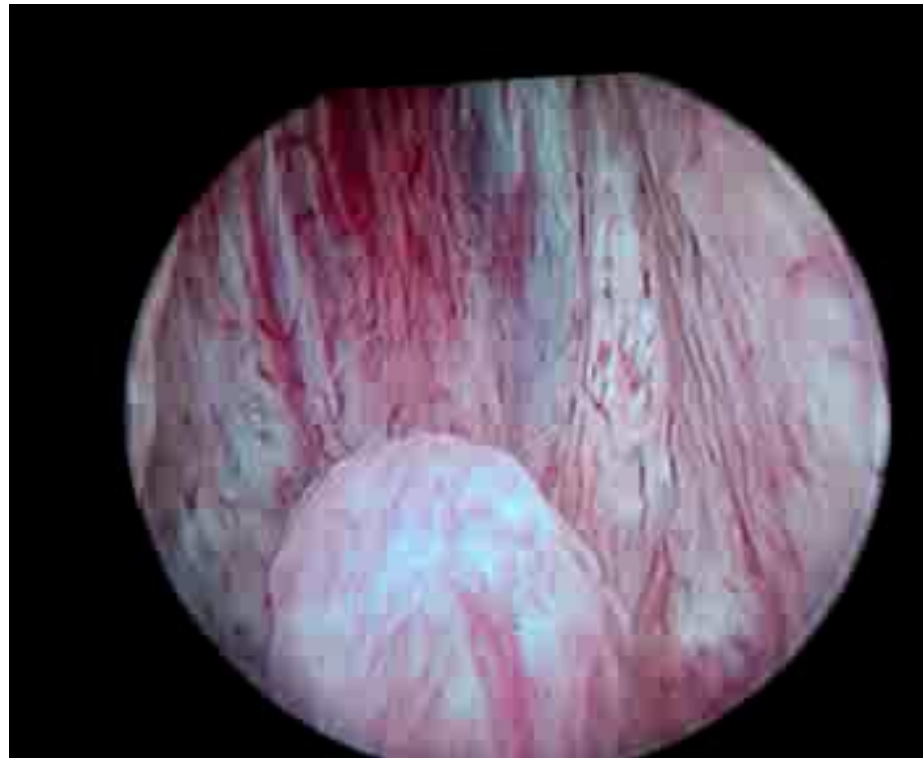
- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



Tumor da Bexiga

Diagnóstico

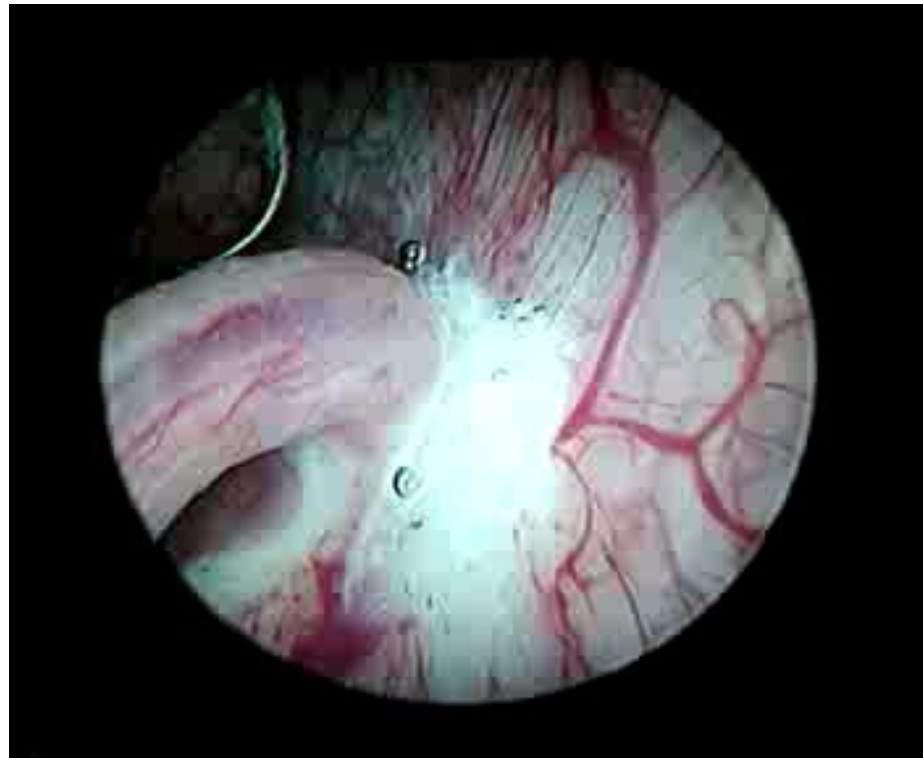
- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



Tumor da Bexiga

Diagnóstico

- Resseção Transuretral da Bexiga (RTU-V)



Tumor da Bexiga

Estadiamento

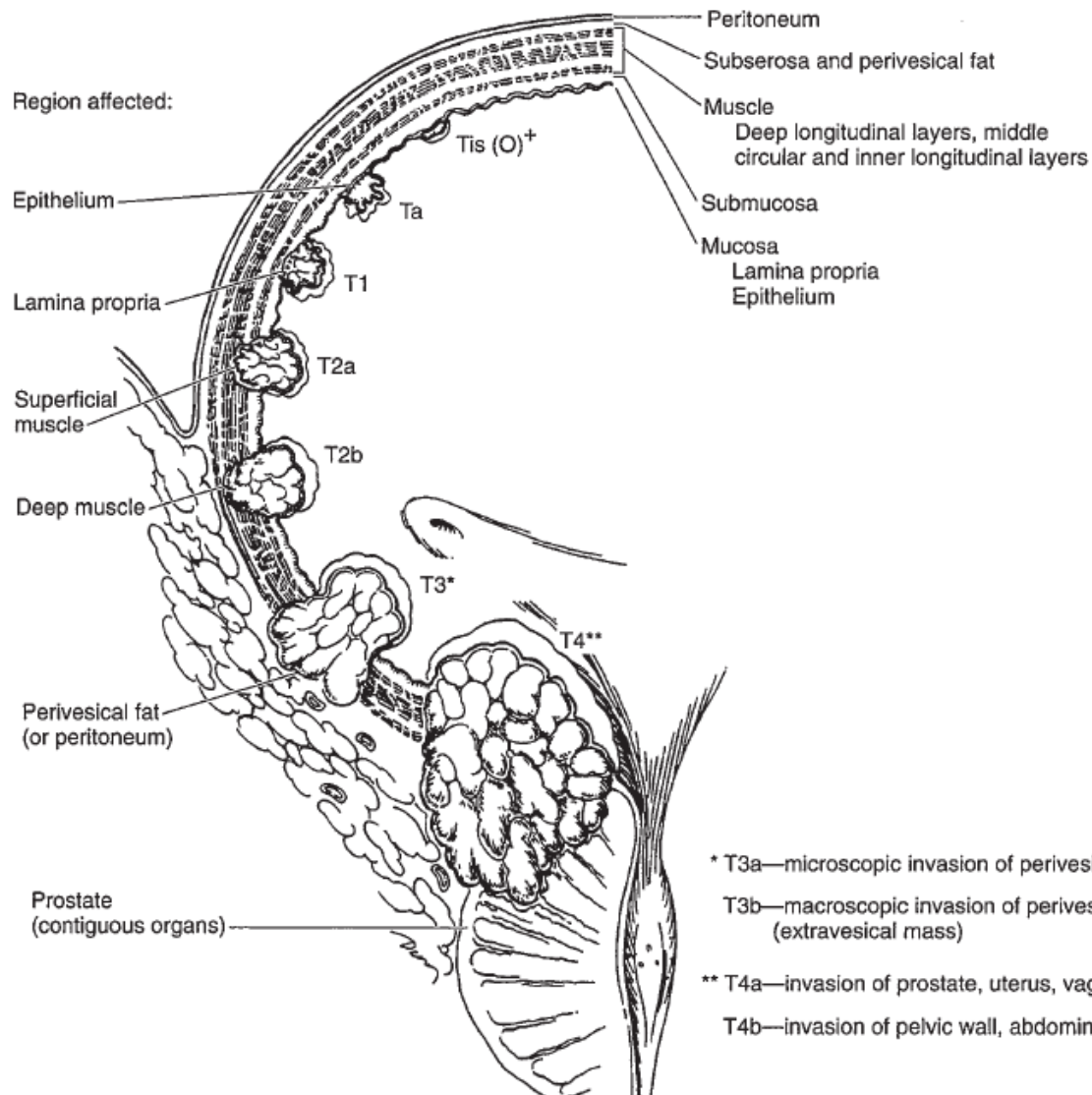


Table 1: 2009 TNM classification of urinary bladder cancer

T - Primary tumour	
TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Ta	Non-invasive papillary carcinoma
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> : 'flat tumour'
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue Tumour invades muscle
T2	T2a Tumour invades superficial muscle (inner half)
	T2b Tumour invades deep muscle (outer half)
T3	Tumour invades perivesical tissue
	T3a Microscopically
	T3b Microscopically (extravesical mass)
T4	Tumour invades any of the following: prostate, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall
	T4a Tumour invades prostate, uterus or vagina
	T4b Tumour invades pelvic wall or abdominal wall
N - Lymph nodes	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in a single lymph node in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac or presacral)
N2	Metastasis in multiple lymph nodes in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac or presacral)
N3	Metastasis in a common iliac lymph node(s)
M - Distant metastasis	
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

* T3a—microscopic invasion of perivesical tissue

T3b—macroscopic invasion of perivesical tissue (extravesical mass)

** T4a—invasion of prostate, uterus, vagina

T4b—invasion of pelvic wall, abdominal wall

Tumor da Bexiga

Estadiamento

- CCT não músculo-invasivo (<pT2)

- 70-80%

- pTa 70%
- pT1 20%
- CIS 10%

Table 2: WHO grading 1973 and 2004

(Both classifications are used for the current guidelines since most of the retrospective studies were based on the old WHO 1973 grading system).

1973 WHO grading

Urothelial papilloma

Grade 1: well differentiated

Grade 2: moderately differentiated

Grade 3: poorly differentiated

2004 WHO grading

Urothelial papilloma

Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)

Low-grade papillary urothelial carcinoma

High-grade papillary urothelial carcinoma

- CCT músculo-invasivo (\geq pT2)

- 20-30%

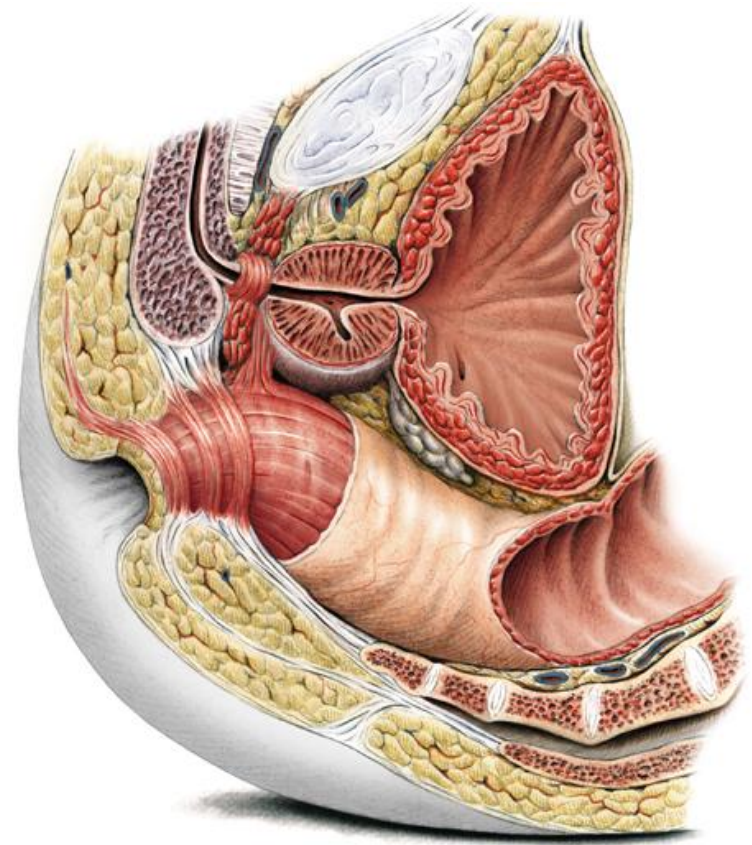
Tumor da Bexiga

Tratamento

Table 20-2. Initial Treatment Options for Bladder Cancers.

Cancer Stage	Initial Treatment Options
Tis	Complete TUR followed by intravesical BCG
Ta (single, low-to-moderate grade, not recurrent)	Complete TUR
Ta (large, multiple, high-grade, or recurrent)	Complete TUR followed by intravesical chemo- or immunotherapy
T1	Complete TUR followed by intravesical chemo- or immunotherapy
T2-T4	Radical cystectomy Neoadjuvant chemotherapy followed by radical cystectomy Radical cystectomy followed by adjuvant chemotherapy Neoadjuvant chemotherapy followed by concomitant chemotherapy and irradiation
Any T, N+, M+	Systemic chemotherapy followed by selective surgery or irradiation

TUR, transurethral resection.



Tumor da Bexiga

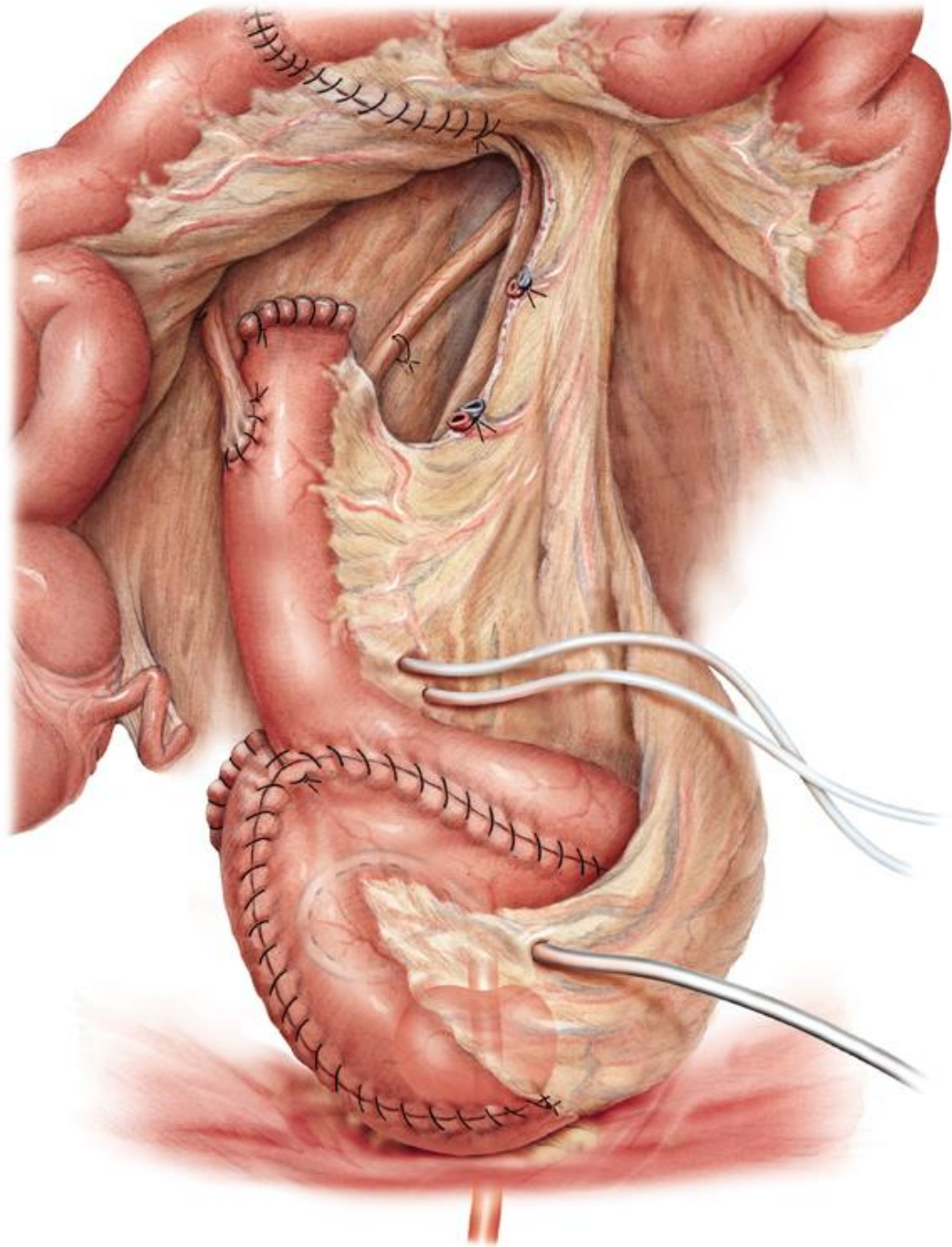
Tratamento CCT não músculo-invasivo

- RTU completa
- Instilação vesical única no pós-operatório imediato com agente quimioterapêutico
- Se alto risco, RTU do leito após 4-6 semanas
 - Persistência de tumor em cerca de 30%
- Instilação vesical
 - Quimioterapia (6S a 6M)
 - Reduzir taxa de recorrência
 - Imunoterapia com BCG (3A)
 - Reduzir taxa de recorrência e progressão
- Cistectomia radical precoce
 - Casos refractários às instilações
 - Alta probabilidade de progressão
 - CIS

Tumor da Bexiga

Tratamento CCT músculo-invasivo

- Quimioterapia neoadjuvante
 - Se bom estado geral e sem insuficiência renal
- Cirurgia
 - Cistectomia parcial
 - Doentes selecionados
 - Idoso, único, <3cm e fácil acesso (cúpula)
 - Cistectomia radical
 - Cistoprostatectomia radical
 - Exenteração pélvica anterior
 - Derivação urinária
 - Ureterostomia cutânea
 - Ureteroilostomia cutânea – conduto ileal
 - Neobexiga ileal
- Radioterapia + Quimioterapia sistêmica
- Cistectomia paliativa



Tumor da Bexiga

Seguimento

- Baixo risco
 - Cistoscopia aos 3m
 - Cistoscopia aos 9m
 - Cistoscopia anual até 5 anos
- Alto risco
 - Cistoscopia e citologia aos 3m
 - Cistoscopia e citologia trimestrais no 1º e 2º anos
 - Cistoscopia e citologia quadrimestrais no 3º ano
 - Cistoscopia e citologia semestrais até 5º ano
 - Cistoscopia e citologia anuais

Tumor da Bexiga

Citologia urinária – perspectiva clínica

- Utilização no diagnóstico inicial
 - Se suspeita clínica forte sem evidência imagiológica
- Utilização no seguimento
 - Tumores de alto grau e CIS
- Não utilização em tumores baixo grau
- Interpretação contextualizada
 - Cistite rádica e após instilações vesicais
- Relatório conclusivo
 - Positivo ou negativo / suspeito