

Cistectomia radical videolaparoscópica com neobexiga ileal ortotópica: experiência inicial

Laparoscopy radical cystectomy with ileal orthotopic bladder: A preliminary experience

Pedro Romanelli de Castro¹, Ricardo Hissashi Nishimoto¹, Raul Guilherme Ângelo Pinheiro¹, Paulo Batista de Oliveira Arantes¹, Hugo Monteiro Neder Issa², Aline Monteiro Neder Issa²

RESUMO

Apesar de ser o padrão-ouro no tratamento dos tumores invasivos de bexiga, a cistoprostatectomia ainda apresenta significativo impacto na qualidade de vida dos pacientes. As abordagens minimamente invasivas têm ganhado cada vez mais espaço no tratamento das neoplasias urológicas. Ainda são poucas as séries na literatura sobre o acesso videolaparoscópico para confecção de neobexiga ortotópica após a cistoprostatectomia radical. Relata-se um caso de câncer invasor de bexiga tratado de forma laparoscópica com ótimo resultado. As vantagens do acesso laparoscópico, assim como alguns detalhes técnicos, são discutidas.

Palavras-chave: Laparoscopia; Neoplasias Urológicas/terapia; Neoplasias da Bexiga Urinária; Cistectomia.

ABSTRACT

Although it is not considered a gold standard in treating invasive bladder tumors, cystoprostatectomy still has significant impacts on patients' life quality. The minimally invasive approaches have gained importance in the treatment of bladder neoplasia. There are still few reports on the use of laparoscopy for providing orthotopic bladder upon radical cystoprostatectomy. This is a case report of invasive bladder cancer that was treated with laparoscopy and yielded optimal result. The advantages of laparoscopy and some technical details are herein discussed.

Key words: Laparoscopy; Bladder neoplasia/therapy; Urinary bladder neoplasia; Cystectomy.

INTRODUÇÃO

O câncer de bexiga invasor tem como padrão-ouro de tratamento a cistectomia radical. A neobexiga ortotópica ileal é realizada frequentemente como derivação urinária de escolha.¹ O acesso laparoscópico para a realização dessa cirurgia tem sido relatado recentemente, no entanto, sua realização ainda é limitada a poucos centros. No Brasil, a primeira cistectomia radical videolaparoscópica foi relatada por Mirandolino Mariano, em 2003, mas a reconstrução com neobexiga ortotópica foi inicialmente descrita em 2005, por Sidney Abreu.^{2,3} Apesar da complexidade do procedimento, o número de publicações referentes à cistectomia laparoscópica cresce exponencialmente. Algumas dificuldades inicialmente descritas foram sendo ultrapassadas, como a realização da linfadenectomia pélvica estendida, o tempo cirúrgico e o custo da cirurgia.^{4,5}

Recebido em: 11/05/2011
Aprovado em: 22/04/2012

Instituição
Hospital Alberto Cavalcanti, Departamento de Urologia
da Fundação Hospitalar de Minas Gerais – FHEMIG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Dr. Pedro Romanelli de Castro
Rua Levindo Lopes 333/ 906
Bairro: Savassi
Belo Horizonte, MG – Brasil
CEP: 30140-170
E-mail: pedroromanelli@yahoo.com.br

Descreve-se experiência inicial na realização da cistectomia radical videolaparoscópica com neobexiga ortotópica ileal. Realiza-se esse caso com base em três princípios:

- realizar a parte reconstrutiva da cirurgia, isto é, a confecção da neobexiga ileal e o reimplante ureteral de forma extracorpórea, pela incisão utilizada para retirada da peça cirúrgica, com o objetivo de reduzir o tempo cirúrgico e reduzir o custo da cirurgia, sem perder o caráter minimamente invasivo;
- realizar a linfadenectomia pélvica de forma estendida, para manter os princípios oncológicos já bem estabelecidos na cirurgia aberta;
- utilizar cliques de titânio e de polímero em substituição aos grampeadores vasculares laparoscópicos na ligadura dos pedículos da bexiga e da próstata, para reduzir o custo da cirurgia.

RELATO DE CASO

Trata-se de paciente de 45 anos, com lesão expansiva no assoalho vesical. Foi submetido à ressecção transuretral de bexiga e o anatomopatológico revelou tratar-se de tumor T2G3. Foi indicada cistoprostatectomia radical, linfadenectomia pélvica e reconstrução com neobexiga ileal ortotópica. A cirurgia foi realizada pelo acesso videolaparoscópico, no Hospital Alberto Cavalcanti – FHEMIG. Não houve complicações no peroperatório e o tempo cirúrgico foi de 480 minutos. O sangramento estimado foi de 900 mL. O dreno foi retirado no quinto dia e a alta hospitalar ocorreu no sétimo dia de pós-operatório. A antibioticoterapia foi mantida até a alta hospitalar e a profilaxia antitrombótica por 21 dias. A sonda vesical de demora (SVD) foi retirada no vigésimo dia de pós-operatório. O paciente encontra-se em acompanhamento há 18 meses, com continência urinária, sem necessidade de cateterismo. Apresenta boa função sexual com o uso de drogas inibidoras da fosfodiesterase tipo 5, sem evidência de recidiva da doença.

TÉCNICA CIRÚRGICA

Posição do paciente e acesso

O paciente foi submetido à anestesia geral e posicionado em decúbito dorsal com os braços junto ao corpo, na posição de Trendelenburg. Posicionada

SVD no início da cirurgia. Colocados seis trocartes, sendo três de 10 mm e três de 5 mm. Foram colocados um trocarte da ótica (10 mm) em posição supraumbilical, dois de 10 mm pararetais de cada lado, dois de 5 mm a 2 cm mediais às espinhas ilíacas anterossuperiores, e um de 5 mm infraumbilical. (Figura 1)



Figura 1 - Posição dos Trocartes.

Exposição do espaço de Denonvillier

Realizada abertura do peritônio entre o reto e a bexiga, no sentido transversal. Identificados e dissecados os ductos deferentes, assim como as vesículas seminais, até a base da próstata. Abertura da fáscia de Denonvillier e exposição da superfície posterior da próstata.

Mobilização dos ureteres distais

Incisado o peritônio sobre a artéria ilíaca externa. Os ureteres foram identificados próximos da bifurcação da artéria ilíaca comum e dissecados em direção à junção uretero-vesical, sendo então clipados e seccionados. Os ureteres permaneceram ligados até a retirada da peça, quando exteriorizados.

Dissecção e ligadura dos pedículos da bexiga e da próstata

Os pedículos laterais da bexiga foram dissecados próximo dos ramos que saem da artéria ilíaca interna e ligados com os cliques de polímero. Os pedículos laterais da próstata foram também identificados ao

lado das vesículas seminais, e ligados próximos da próstata para evitar lesão do feixe vâsculo-nervoso.

Dissecção do espaço retropúbico e superfície anterior da bexiga

Incisado o peritônio parietal anterior sob a parede abdominal incluindo a ressecção do úraco. Dissecção do espaço retropúbico sobre a superfície anterior da bexiga e da próstata. Abertura da fáscia endopélvica de cada lado da próstata, a separando dos músculos levantadores do ânus. Dissecção cuidadosa dos ligamentos puboprostáticos.

Dissecção do ápice prostático e secção da uretra

Exposição e ligadura do complexo venoso dorsal com Vycril 0. Realizada compressão do benique contra o reto durante a ligadura do complexo para diferenciá-lo da uretra. Realizada secção do complexo venoso com bisturi harmônico. Identificada e dissecada a uretra para que sua porção proximal pudesse ser ligada com um clipe de polímero antes da secção, evitando o extravasamento de urina e consequente escape de células neoplásicas.

Linfadenectomia pélvica bilateral

Remoção do tecido linfático envolvendo os vasos ilíacos comuns, internos, externos e nervos obturatórios bilateralmente.

Posicionamento dos ureteres e identificação da válvula íleo-cecal

Fixados os ureteres na parede abdominal utilizando uma agulha passada transcutânea para facilitar sua identificação no momento da anastomose com a neobexiga. Após identificação da junção íleo-cecal, foi realizado um ponto de reparo a 15 cm da mesma para marcar o limite distal do segmento ileal a ser isolado para confecção da neobexiga.

Confecção da neobexiga ileal de forma extracorpórea

Incisão de 5 cm na parede abdominal na região periumbilical unindo os orifícios dos trocartes da ótica e o de 5 mm logo abaixo desta, por onde foi realizada a extração do espécime cirúrgico (Figura 5). Por essa mesma incisão foi exteriorizado o íleo terminal, do qual 60 cm foram isolados. Realizada anastomose laterolateral do íleo com a utilização de grampeadores lineares, restabelecendo o trânsito intestinal. Fechamento do mesentério para evitar a possibilidade de hérnia interna. Realizada detubulização dos 30 cm centrais do segmento ileal isolado e confeccionada neobexiga em forma de y, com sutura manual, sem a utilização de grampeadores de titânio devido ao teórico risco de formação de cálculos (Figura 2).

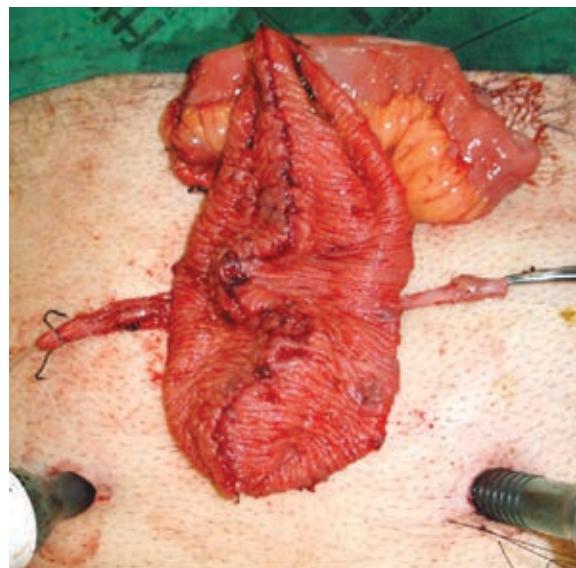


Figura 2 - Confecção da neobexiga ileal extracorpórea.

Implantação extracorpórea dos ureteres na neobexiga

Espatulação da extremidade distal dos ureteres e implantação de cateteres duplo J. Realizada anastomose ureteral nos segmentos ileais não detubulizados com PDS 4-0. Após a reintrodução da neobexiga na cavidade abdominal, foi realizado o fechamento da incisão, deixando espaço apenas para reintrodução do trocarte da ótica. Restabelecido o pneumoperitônio.

Anastomose laparoscópica da neobexiga com a uretra

A anastomose foi confeccionada utilizando-se a técnica de sutura contínua descrita por Van Velthoven (Figura 3).

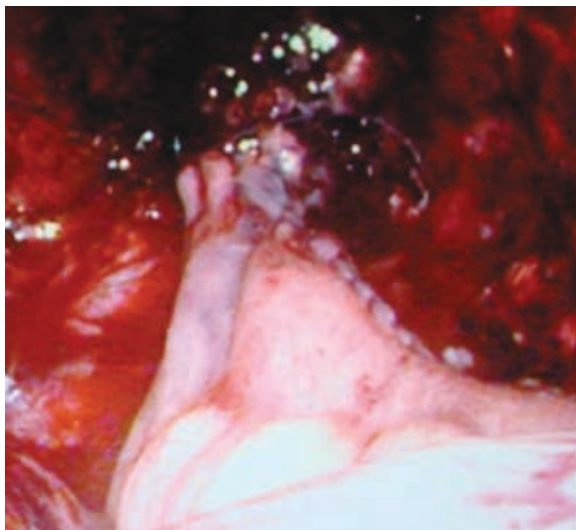


Figura 3 - Anastomose videolaparoscópica da neobexiga com a uretra.

Inserida SVD de 24 Fr. Após a verificação da hemostasia, foi posicionado o dreno aspirativo na pelve pelos trocartes mais laterais. Os trocartes foram retirados e realizado o fechamento dos portais (Figuras 4 e 5).



Figura 4 - Aspecto final da cirurgia.

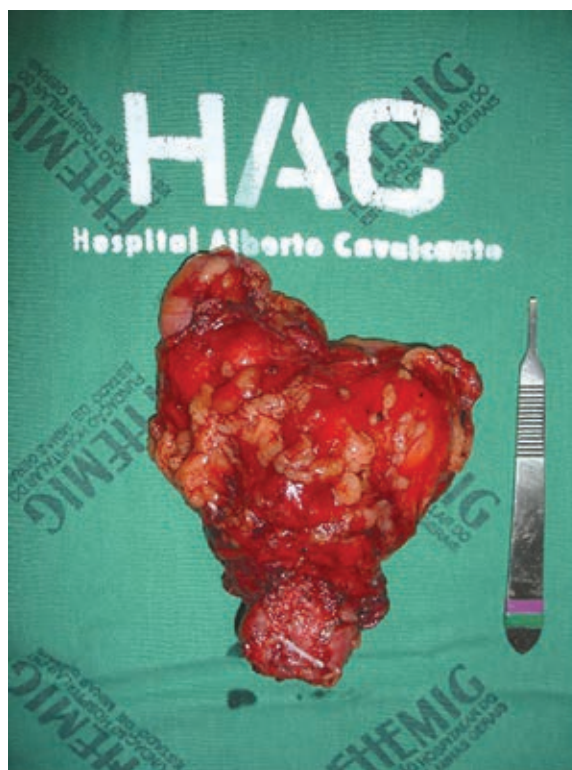


Figura 5 - Peça cirúrgica.

DISCUSSÃO

A cistectomia radical com neobexiga ileal ortotópica é o tratamento de excelência para o câncer de bexiga invasivo. No entanto, sua realização utilizando o acesso videolaparoscópico permaneceu desafiadora até alguns anos.^{1,4-6}

Sua factibilidade tem sido demonstrada por diversos autores e suas vantagens em relação à cirurgia aberta vêm sendo descritas, como a redução da dor no pós-operatório, e do sangramento, baixa incidência de íleo-paralítico, menos tempo de hospitalização, retorno precoce ao trabalho, melhor resultado estético e melhor preservação do sistema imune resultando em baixas taxas de complicações infecciosas.⁶⁻⁸

Por outro lado, o maior tempo cirúrgico, o custo elevado do procedimento e a necessidade de séries maiores para avaliação dos resultados oncológicos e funcionais são os pontos negativos dessa modalidade minimamente invasiva para tratamento do câncer invasivo de bexiga.⁶⁻⁸

A realização de neobexiga ileal de forma extracorpórea facilita o procedimento. As vantagens do acesso laparoscópico não são comprometidas pela confecção externa da neobexiga. Pelo contrário, dessa forma previne-se a contaminação da cavidade

peritoneal durante a detubulização do segmento ileal. No entanto, a pequena extensão da laparotomia pode dificultar a orientação do cirurgião, que deve ter cuidado para evitar uma torção do meso ou rotação do ureter inadvertida. Além do mais, em pacientes obesos a exteriorização do íleo e do ureter pode ser difícil ou até mesmo impossível.^{3,4}

A linfadenectomia pélvica laparoscópica estendida pode e deve ser realizada seguindo os mesmos princípios já estabelecidos na cirurgia aberta. Já há grande evidência de que a extensão da linfadenectomia é importante fator de cura no câncer de bexiga.¹

O alto custo da cirurgia, principalmente com a utilização de grampeadores vasculares laparoscópicos, era grande obstáculo para a realização da cistectomia radical videolaparoscópica, especialmente em países onde os recursos financeiros são escassos. O uso de cliques metálicos e de polímero e a utilização do bisturi harmônico permitem a ligadura dos pedículos com custo reduzido.

A cistectomia radical laparoscópica com neobexiga ileal ortotópica é opção factível e permite a reprodução da técnica aberta com as vantagens de procedimento minimamente invasivo, tornando-se alternativa para o tratamento do câncer de bexiga.⁶⁻⁸ A confecção da neobexiga e o reimplante ureteral de forma extracorpórea através da incisão utilizada para a retirada da peça podem reduzir a complexidade do procedimento, o tempo cirúrgico e os custos da cirurgia.

REFERÊNCIAS

1. Dalbagni G, Genega E, Hashibe M, *et al.* Cystectomy for bladder cancer: a contemporary series. *J Urol.* 2001; 165:1111-6.
2. Abreu SC, Silveira RA, Cerqueira JB, Regadas RP, Gonzaga LF, Fonseca GN. Stapleless laparoscopic assisted radical cystectomy with ileal neobladder in a male and with ileal loop in a female: initial report from Brazil. *Int Braz J Urol.* 2005 May-June; 31(3):214-20.
3. Castillo OA, Abreu SC, Mariano MB, *et al.* Complications in laparoscopic radical cystectomy: The South American experience with 59 cases. *Int Braz J Urol.* 2006 May-June; 32(3):300-5.
4. Carvalho EF, Gill IS. Laparoscopic cystectomy: indications and limitations. *Arch Esp Urol.* 2002; 55:721-9.
5. Abdel-Hakim AM, Bassiouny F, Abdel-Azim MS, *et al.* Laparoscopic radical cystectomy with orthotopic neobladder. *J Endourol.* 2002; 16:377-81.
6. Gill IS, Kaouk JH, Meraney AM, *et al.* Laparoscopic radical cystectomy and continent orthotopic ileal neobladder performed completely intracorporeally: the initial experience. *J Urol.* 2002; 168:13-8.
7. Menon M, Hemal AK, Tewari A, *et al.* Nerve-sparing robot-assisted radical cystoprostatectomy and urinary diversion. *BJU Int.* 2003; 92:232-6.
8. Huang J, Lin T, Liu H, *et al.* Laparoscopic radical cystectomy with orthotopic ileal neobladder for bladder cancer: oncologic results of 171 cases with a median 3-year follow-up. *Eur Urol.* 2010 Sep; 58(3):442-9.