

Prostatectomia Radical Laparoscópica em Obeso Mórbido

Laparoscopic Radical Prostatectomy in a Morbidly Obese Patient

Aníbal Wood Branco¹, Alcides José Branco², William Kondo³,
Marlon Rangel⁴, Rafael W. Noda⁵, Marco A. de George⁶

Serviços de Cirurgia Geral e Urologia. Hospital Cruz Vermelha e Hospital Vita, Curitiba, Paraná, Brasil

RESUMO

INTRODUÇÃO: Pacientes obesos com câncer de próstata localizado são de difícil tratamento cirúrgico e um dos passos mais difíceis da prostatectomia radical retropúbica nesses pacientes é a anastomose vesicouretral. **OBJETIVO:** Este artigo relata o caso de um paciente obeso mórbido submetido a prostatectomia radical laparoscópica por adenocarcinoma prostático. **RELATO DE CASO:** Paciente masculino de 68 anos, com índice de massa corporal igual a 38 Kg/m², hipertensão arterial sistêmica, diabetes melitus e apnéia do sono, procurou o serviço de urologia com aumento nos níveis séricos do PSA. O exame físico evidenciou endurecimento do lobo prostático esquerdo, cuja biópsia foi positiva para adenocarcinoma. Foi submetido a prostatectomia radical laparoscópica, com tempo cirúrgico de 210 minutos e sangramento aproximado de 250ml. Evoluiu bem no pós-operatório recebendo alta hospitalar no terceiro dia após o procedimento. O exame anatomopatológico evidenciou adenocarcinoma de próstata Gleason 7. **DISCUSSÃO:** A prostatectomia radical retropúbica é uma das opções mais efetivas para o tratamento do câncer prostático localizado, mas está associada a uma morbidade significativa. A cirurgia laparoscópica parece combinar a efetividade da cirurgia radical aberta ao menor trauma cirúrgico proporcionado pela cirurgia minimamente invasiva, acarretando um pós-operatório com menos dor, menor tempo de permanência hospitalar e menor tempo de convalescença. A técnica laparoscópica ainda tem a vantagem de facilitar a dissecação prostática e dos feixes neurovasculares e melhorar a qualidade da anastomose vesicouretral. Notadamente em pacientes obesos, a laparoscopia facilita a exposição para a anastomose e pode ser considerada como uma via de acesso alternativa à cirurgia aberta.

Palavras-chave: PRÓSTATA; LAPAROSCOPIA/cirurgia; PROSTATECTOMIA/cirurgia; NEOPLASIAS PROSTÁTICAS/patolgia.

BRANCO AW, BRANCO AJ, KONDO W, RANGEL M, NODA RW, DE GEORGE MA. Prostatectomia Radical Laparoscópica em Obeso Mórbido. Rev bras videocir 2004;2(1):31-35.

Pacientes obesos com câncer de próstata localizado são de difícil tratamento cirúrgico.

Além do controle do complexo venoso dorsal, um dos passos mais difíceis da prostatectomia radical retropúbica nesses pacientes é a anastomose vesicouretral. Uma opção terapêutica para cirurgiões familiarizados com a técnica seria a prostatectomia radical perineal, mas dificuldades podem ocorrer devido à difícil exposição perineal em homens com obesidade central. O tratamento radioterápico seria outra opção, entretanto muitos pacientes requisitam uma forma cirúrgica de tratamento¹.

A prostatectomia radical laparoscópica representa uma via de acesso minimamente invasiva alternativa à cirurgia aberta convencional² e pode facilitar o tratamento cirúrgico em pacientes obesos mórbidos. A técnica requer uma curva de aprendizado significativa mesmo para cirurgiões laparoscopistas treinados^{2,6} e a progressiva experiência permite que todos os desenvolvimentos técnicos da cirurgia aberta possam ser transferidos para a laparoscopia. A cirurgia laparoscópica permite um melhor acesso à anastomose vesicouretral, uma vez que a sutura é feita sob visão endoscópica⁷ e essa vantagem é importante quando se trata de pacientes obesos mórbidos.

O presente artigo relata o caso de um paciente obeso mórbido portador de câncer de próstata submetido a prostatectomia radical laparoscópica com sucesso.

RELATO DO CASO

Paciente de 68 anos de idade, sexo masculino, portador de obesidade mórbida (IMC – índice de massa corporal igual a 38 Kg/m²), hipertensão arterial sistêmica moderada, diabetes melitus leve e apnéia do sono, tabagista, apresentou durante a realização de exames complementares pré-operatórios para a colocação de balão intragástrico: 1) PSA (antígeno prostático específico) igual a 7,0ng/ml, e 2) alterações compatíveis com isquemia miocárdica no eletrocardiograma de esforço, sendo encaminhado aos serviços de Urologia e Cardiologia, respectivamente.

O paciente não apresentava nenhuma queixa prostática e, no exame físico, o toque retal identificou um endurecimento do lobo prostático esquerdo, cuja biópsia trans-retal guiada por ultra-sonografia revelou a presença de adenocarcinoma moderadamente diferenciado (escore de Gleason: 4 + 3) em 4 de 12 fragmentos de biópsia. Cintilografia óssea e raios-X de tórax não demonstraram metástases ósseas e pulmonares, respectivamente. Tomografia pélvica não evidenciou invasão de estruturas adjacentes. O estadiamento final pré-operatório foi de um câncer de próstata T2N0M0.

Foi submetido a cateterismo cardíaco que evidenciou estenose aterosclerótica de artéria circunflexa necessitando de colocação de *stent* coronariano.

Decorrido o período de quatro semanas após o procedimento hemodinâmico e após a suspensão do anticoagulante, o paciente foi submetido a prostatectomia radical videolaparoscópica (Figuras 1 a 3). O tempo cirúrgico total foi de 210 minutos, com um sangramento estimado de 250ml. Não houve necessidade de cuidados de terapia intensiva no pós-operatório imediato. A dieta foi instituída já no primeiro dia de pós-operatório e a alta hospitalar se procedeu no terceiro dia após a cirurgia. O paciente permaneceu com sondagem vesical (catéter de Foley 22Fr) durante 7 dias. O exame anatomopatológico confirmou a presença de um adenocarcinoma de próstata Gleason 7 (4+3), comprometendo a cápsula bilateralmente junto à base prostática, com infiltração perineural. Estádio pT2bN0M0.

Dois meses após o procedimento cirúrgico, o paciente encontra-se com PSA < 0,01ng/ml, completamente continente e com função sexual inalterada. Antes de realizar a cirurgia o paciente fazia uso de injeção intracavernosa e mantém este tipo de

tratamento, sem déficit na função sexual. Além disso, ele retornou ao protocolo de tratamento de obesidade mórbida.

DISCUSSÃO

A prostatectomia radical retropúbica é considerada uma das mais efetivas opções para o tratamento do câncer prostático localizado⁷, no entanto, apesar dos refinamentos técnicos no decorrer dos anos^{8,10}, o procedimento ainda é associado a morbidade significativa incluindo sangramento, dor pós-operatória, tromboembolismo pulmonar, incontinência urinária, impotência e estenose da anastomose uretrovesical^{10,18}.

A via de acesso laparoscópica foi introduzida para combinar as vantagens da prostatectomia aberta aos benefícios da cirurgia minimamente invasiva, tentando reduzir a morbidade nos períodos intra e pós-operatórios^{6,19,20}. O primeiro relato de prostatectomia radical laparoscópica² ocorreu em 1997 e inicialmente a via laparoscópica foi caracterizada por um tempo cirúrgico maior e discreta maior incidência de lesões de reto e extravasamento de urina. Por outro lado, outras complicações como linfocele, embolismo pulmonar, infecção de sítio cirúrgico, e estenoses da anastomose ocorreram menos freqüentemente⁷.

RASSWEILER e cols.⁷ demonstraram uma redução de 107 minutos no tempo cirúrgico em uma série de 438 casos de prostatectomia radical laparoscópica (de 325 minutos em 1999, para 218 minutos em 2002)⁷, confirmando a evolução da curva de aprendizado relatada previamente por outros autores^{2,6}. Atualmente a prostatectomia radical laparoscópica é usada como via de escolha no tratamento de tumores localizados de próstata em várias instituições²¹.

A magnificação da imagem obtida através da visão laparoscópica permite uma melhor dissecação do ápice, feixes neurovasculares, colo vesical e pedículos craniais⁷. A técnica de sutura endoscópica melhorou a qualidade da anastomose, comprovada por um menor tempo de cateterização^{7,22} e uma menor taxa de estenoses no pós-operatório⁷. Enquanto os pacientes submetidos à cirurgia aberta permanecem com cateterização durante 21 dias, a sutura via laparoscópica permite a remoção da sondagem vesical 5 a 7 dias após o procedimento cirúrgico⁷.



Figura 1 - Paciente em decúbito dorsal sob anestesia geral.

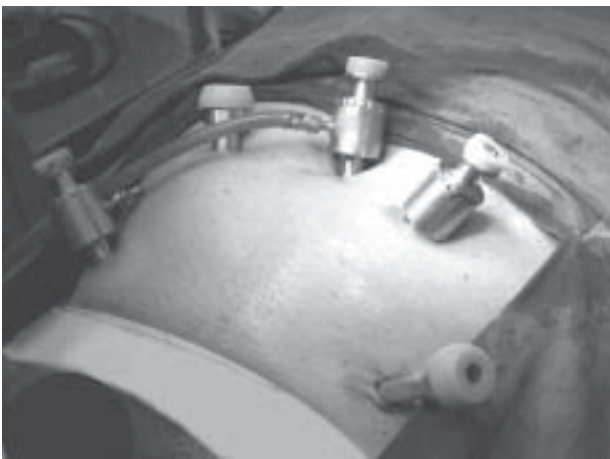


Figura 2 - Posicionamento dos trocars.

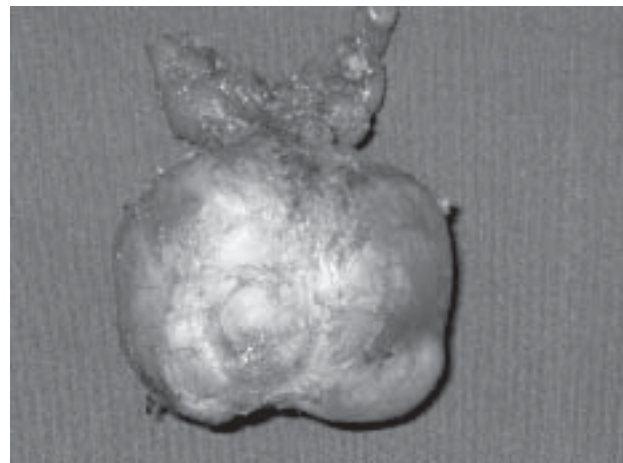


Figura 3 - Peça cirúrgica.

A dor pós-operatória e o tempo de permanência hospitalar foram reduzidos com a introdução da laparoscopia no tratamento de tumores prostáticos, acarretando uma redução significativa do tempo de convalescença^{7,22} e um retorno precoce do paciente às atividades corriqueiras e ao trabalho.

Dados preliminares sugerem que a prostatectomia radical laparoscópica tem um prognóstico semelhante à cirurgia aberta em termos de continência e controle do tumor^{4,23,24}. A qualidade oncológica da cirurgia laparoscópica é comparável àquela obtida com a cirurgia aberta e a sobrevida global não difere comparando as duas vias de acesso⁷. Nenhum dos grandes centros de cirurgia laparoscópica observou a presença de metástases

no local da punção ou um risco aumentado de recorrência local^{3,23,26}.

Em decorrência das vantagens proporcionadas pela cirurgia minimamente invasiva, esta vem assumindo um papel importante no tratamento dos tumores prostáticos na última década e atualmente já é considerada a via de acesso de escolha em grandes centros de tratamento urológico. Além de melhorar a qualidade das anastomoses, a cirurgia laparoscópica parece facilitar a realização das mesmas, principalmente em pacientes obesos, nos quais a cirurgia aberta convencional é mais trabalhosa em decorrência da difícil exposição do campo cirúrgico.

ABSTRACT

BACKGROUND: The obese patient with localized prostate cancer can be a major treatment challenge and one of the most difficult facets of the radical retropubic prostatectomy in these patients is the vesicourethral anastomosis. **OBJECTIVE:** The aim of this article is report the case of a morbidly obese patient submitted to laparoscopic radical prostatectomy due to prostatic adenocarcinoma. **CASE REPORT:** A 68-year-old male with a body mass index of 38 Kg/m², hypertension, diabetes mellitus and sleep apnea, came to our service with elevated level of serum PSA. Rectal examination revealed an abnormally enlarged and stiff left prostate lobe and transrectal biopsies showed prostate adenocarcinoma. He underwent laparoscopic radical prostatectomy with estimated blood loss of 250mL and total operating time of 210 minutes. He had an uneventful postoperative course and was discharged on the 3rd postoperative day. Histology demonstrated prostatic adenocarcinoma Gleason score 7. **DISCUSSION:** Radical retropubic prostatectomy is considered one of the most effective options for localized prostatic cancer, but it is still associated with significant morbidity. Laparoscopic surgery seems to combine both open surgery effectivity and reduced surgical trauma provided by minimally invasive surgery, leading to a better evolution with reduced postoperative pain and hospital stay and shorter convalescence time. Additionally, the endoscopic suturing technique has some advantages such as facilitation of the prostatic and neuro-vascular dissection and improvement in the quality of the vesicourethral anastomosis. Mainly in obese patients, laparoscopic surgery facilitates the exposure to anastomosis and it can be considered an alternative approach to open surgery.

Keywords: PROSTATE; LAPAROSCOPY/surgery; PROSTATECTOMY/surgery; PROSTATIC NEOPLASMS/pathology.

Referências Bibliográficas

- Kamerer A, Basler J, Thompson I. Novel technique of Vest suture vesicourethral anastomosis in morbidly obese patient undergoing radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 2003;170:174.
- Schuessler WW, Schulam PG, Clayman RV, Kavoussi LR. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. *Urology* 1997;50:854-7.
- Abbou CC, Salomon L, Hoznek A, Antiphon P, Cicco A, Saint F, et al. Laparoscopic radical prostatectomy: preliminary results. *Urology* 2000;55:630-4.
- Guillonnet B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: the Montsouris experience. *J Urol* 2000;163:418-22.
- Guillonnet B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: initial experience and preliminary assessment after 65 operations. *Prostate* 1999;39:71-5.
- Rassweiler J, Sentker L, Seemann O, Hatzinger M, Rumpelt HJ. Laparoscopic radical prostatectomy with the Heilbronn technique: an analysis of the first 180 cases. *J Urol* 2001;166:2101-8.
- Rassweiler J, Seemann O, Schulze M, Teber D, Hatzinger M, Frede T. Laparoscopic versus open radical prostatectomy: a comparative study at a single institution. *J Urol* 2003;169:1689-93.
- Walsh PC. Anatomic radical prostatectomy: evolution of the surgical technique. *J Urol* 1998;160:2418-24.
- Steiner MS. Continence-preserving anatomic radical retropubic prostatectomy. *Urology* 2000;55:427-35.
- Lepor H, Nieder AM, Ferrandino MN. Intraoperative and postoperative complications of radical retropubic prostatectomy in a consecutive series of 1,000 cases. *J Urol* 2001;166:1729-33.
- Dillioglulgi O, Leibman BD, Leibman NS, Kattan MW, Rosas AL, Scardino PT. Risk factors for complications and morbidity after radical retropubic prostatectomy. *J Urol* 1997;157:1760-7.
- Hautmann RE, Sauter TW, Wenderoth UK. Radical retropubic prostatectomy: morbidity and urinary incontinence in 418 consecutive cases. *Urology* 1994;43:47-51.
- Hammerer P, Hubner D, Gonnermann D, Huland H. Perioperative and postoperative complications in pelvic lymphadenectomy and radical prostatectomy in 320 consecutive patients. *Urologe A* 1995;34:334-42.
- Davidson PJ, van den Ouden D, Schroeder FH. Radical prostatectomy: prospective assessment of mortality and morbidity. *Eur Urol* 1996;29:168-73.
- Gaylis FD, Friedel WE, Armas OA. Radical retropubic prostatectomy outcomes at a community hospital. *J Urol* 1998;159:167-71.
- Catalona WJ, Carvalhal GF, Mager DE, Smith DS. Potency, continence and complication rates in 1,870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol* 1999;162:433-8.
- Gheiler EL, Lovisolo JA, Tiguert R, Tefilli MV, Grayson T, Oldford G, et al. Results of a clinical pathway for radical prostatectomy patients in an open hospital-multiphysician system. *Eur Urol* 1999;35:210-6.
- Arai Y, Egawa S, Tobisu K, Sagiya K, Sumiyoshi Y, Hashine K, et al. Radical retropubic prostatectomy: time trends, morbidity and mortality in Japan. *BJU Int* 2000;85:287-94.
- Weber HM, Eschholz G, Gunnewig M, Krah XA, Benken N. Laparoscopic radical prostatectomy? – Not for us! *J Urol* 2001;165:150, abstract 616.
- Menon M, Shrivastava A, Tewari A, Sarle R, Hemal A, Peabody JO, et al. Laparoscopic and robot assisted radical prostatectomy: establishment of a structured program and preliminary analysis of outcomes. *J Urol* 2002;168:945-9.
- Katz R, Salomon L, Hoznek A, de la Taille A, Antiphon P, Abbou CC. Positive surgical margins in laparoscopic radical prostatectomy: the impact of apical dissection, bladder neck remodeling and nerve preservation. *J Urol* 2003;169:2049-52.
- Hara I, Kawabata G, Miyake H, Hara S, Fujisawa M, Okada H, et al. Feasibility and usefulness of laparoscopic radical prostatectomy: Kobe University experience. *Int J Urol* 2002;9:635-40.

23. Hoznek A, Salomon L, Olsson LE, Antiphon P, Saint F, Cicco A, et al. Laparoscopic radical prostatectomy. The Creteil experience. *Eur Urol* 2001;40:38-45.
24. Turk I, Deger S, Winkelmann B, Schonberger B, Loenig SA. Laparoscopic radical prostatectomy. Technical aspects and experience with 125 cases. *Eur Urol* 2001;40:46-53.
25. Bollens R, Vanden Bossche M, Roumeguere T, Damoun A, Ekane S, Hoffman P, et al. Extraperitoneal laparoscopic radical prostatectomy. Results after 50 cases. *Eur Urol* 2001;40:65-9.
26. Guillonnet B, Cathelineau X, Doublet JD, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: the lessons learned. *J Endourol* 2001;15:441-8.

Recebido em 10/01/2004
Aceito para publicação em 20/01/2004

PROSTATECTOMIA RADICAL LAPAROSCÓPICA EM OBESO MÓRBIDO

Aníbal Wood Branco¹, Alcides José Branco², William Kondo³, Marlon Rangel⁴, Rafael W. Noda⁵,
Marco A. de George⁶

¹ Urologista do Hospital Cruz Vermelha e Hospital Vita; ² Cirurgião Geral do Hospital Universitário Cajuru, Hospital Cruz Vermelha e Hospital Vita - Membro Titular da Sociedade Brasileira de Videocirurgia; ³ Residente de Cirurgia Geral do Hospital Universitário Cajuru e Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Curitiba; ⁴ Cirurgião Geral do Hospital Universitário Cajuru e Hospital Vita; ⁵ Cirurgião Geral e Endoscopista do Hospital Vita; ⁶ Cirurgião Geral do Hospital Vita

Endereço para Correspondência

WILLIAM KONDO
Avenida Getúlio Vargas, 3163 ap. 21
Curitiba, PR – Brasil
CEP: 80240-041
Telefone: (41) 244-8618
E-mail: williamkondo@yahoo.com