

AUA Inside Tract Podcast Transcrição Episódio Nº 93

Vozes da Urologia: Gestão da Assistência ao Câncer na Pandemia de COVID-19

Anfitrião: O Dr. Sam Chang se junta a nós esta manhã para discutir como sua instituição está cuidando do câncer durante a pandemia de Covid-19. Dr. Chang é o Professor de Cirurgia Urológica em Patricia e Rodes Hart e Diretor Executivo de Cirurgia no Centro de Câncer de Vanderbilt-Ingram. Dr. Chang, como é que estão as coisas em Nashville agora?

Dr. Chang: Bem, estamos um pouco acumulados, é claro. Não estamos propriamente como o Governador Cuomo diria, “Não estamos no nosso ápice”. Nós definitivamente estaremos chegando na próxima semana ou logo. Nós temos sido, felizmente, muito agressivos e nossa liderança na Vanderbilt realmente começou de forma proativa e nossa preparação neste momento é boa em termos de espaço de camas, capacidade de ventiladores. Mas, como em todos os lugares, estamos trabalhando para preservar nosso EPI para nossos trabalhadores. O prefeito de Nashville, felizmente, tem sido realmente bem agressivo com a política de quarentena e distanciamento social. Não quero ser político, nosso governador do estado está um pouco atrasado nesse quesito. Como cidade, acho que Nashville fez um trabalho tão bom quanto qualquer cidade grande em termos de distanciamento social e seguindo o CDC e as diretrizes.

Anfitrião: Quais são algumas das considerações importantes para os oncologistas urológicos quando se trata de cuidar de pacientes com câncer urológico enquanto lutamos contra a propagação de Covid-19?

Dr. Chang: Bem, esta é uma situação muito difícil para cuidadores e pacientes. É uma combinação de pesar os riscos do câncer, considerando os riscos da terapia, e depois considerando os riscos de uma possível infecção com o vírus Covid. Você tem um conjunto de problemas. Não temos apenas visitas clínicas para considerar, mas também visitas terapêuticas como terapia intravesical para câncer de bexiga, e temos avaliações diagnósticas como biópsias de próstata e cistoscopia. E também tem a terapia cirúrgica para certos cânceres que são realmente mais necessários do que outros. E então você se preocupa com os pacientes não só quando eles entram, mas pensando, “Bem, e se eles pegaram uma infecção?” Há claramente dados sobre o risco perioperatório de ter uma infecção positiva para Covid realmente aumenta a morbidade perioperatória associada a esse procedimento. E o risco de ter uma infecção de Covid durante o tempo de convalescença realmente aumenta a probabilidade de morbidade significativa.

Anfitrião: Dr. Chang, como teve que modificar os planos de cuidados para

pacientes com câncer de próstata, bexiga e rim?

Dr. Chang: Sim, essa é uma boa pergunta e uma que diferentes organizações e grupos, centros de saúde definiram uma variedade de recomendações. E é uma combinação, como eu disse antes, do risco da doença, do risco da terapia, e do risco de realmente a transmissão ou recepção ou de ser infectado com o vírus. Então, vamos começar com o câncer de próstata. Claramente, o câncer de próstata é um dos nossos cânceres mais comuns que tratamos, mas também sabemos que a grande maioria dos pacientes são aqueles que, realmente, podem ter algum atraso sem qualquer problema ou preocupação significativa. Assim, quando se trata de uma avaliação em novas consultas ou para o acompanhamento para pacientes com PSAs que são elevadas e/ou uma doença de baixo risco, ou mesmo uma doença de risco intermediário, estamos atrasando essas consultas por pelo menos 8 a 12 semanas neste momento, se não mais, especialmente para aqueles pacientes que já receberam terapia e/ou estão em vigilância ativa.

Para aqueles pacientes com doença de alto risco, e com isso quero dizer pelo menos um Gleason 8 ou mais, ou um PSA muito elevado, é uma combinação de pensar, “Ok, nós temos a capacidade de realizar cirurgia?” Nós temos a capacidade de terapia de radiação acelerada e com SBRT, e nossos radiologistas, com as diretrizes Astro, realmente avançaram acelerando suas doses de terapia de fato com a terceira opção, onde os pacientes podem ser temporizados com o uso de terapia de privação de andrógenos em qualquer lugar de três a seis meses. E, portanto, para certas áreas que são obviamente mais atingidas, são nelas onde todas as cirurgias como esta não são realmente permitidas e não estão nos livros para recursos de preservação para aqueles que estão mais doentes com o vírus. Para as áreas do país que estão cancelando “casos eletivos” e estão realizando apenas casos urgentes, então há a consideração de fazer aqueles pacientes de câncer de próstata de alto risco na sala de cirurgia, mas nós, Vanderbilt, paramos de fazer isso. Portanto a maioria desses pacientes de alto risco estão ficando temporizados por um período de tempo ou recebendo radioterapia. Isso é o câncer de próstata. Algo importante, e acho que isso é algo que todos precisam entender também, é o papel da biópsia da próstata. E aqui é onde realmente não tivemos muito debate, e aqueles pacientes que estão com biópsia agendada, de fato estamos atrasando a biópsia de 8 a 12 semanas. Neste ponto, fazemos a grande maioria de nossas biópsias via ultrassonografia transretal em oposição à transperitoneal, mas mesmo para aqueles pacientes que realizamos uma biópsia transperitoneal, neste momento estamos atrasando para evitar o uso de recursos, bem como equipamentos de proteção.

Quando se trata de câncer de bexiga, ele é definitivamente... houve discussão com especialistas e líderes em todo o mundo sobre quais são as melhores opções de tratamento, o que devemos fazer para esses pacientes em termos de avaliação inicial na eventualidade de dor, de retenção, esses tipos das coisas. A recomendação e o processo de pensamento tem sido

“estes pacientes devem continuar e receber e passar por, pelo menos, uma cistoscopia diagnóstica”. Aqueles pacientes no início da doença que têm câncer de bexiga de alto risco, o que pensamos é, devemos proceder com suas cistoscopias e sua avaliação. Para aqueles pacientes com hematúria microscópica, ou com câncer de bexiga de baixo risco, então nós, e muitos, temos recomendado adiar a avaliação por pelo menos três meses. E isso também é algo que recomendamos.

Para a terapia intravesical para aqueles pacientes com câncer de bexiga não invasivo de alto risco, que estão no meio de sua terapia de indução, temos defendido prosseguir e continuar sua terapia intravesical. No entanto, qualquer pessoa com terapia de manutenção e/ou que tenha uma doença de risco intermediário, nós realmente não temos feito a terapia de manutenção. Nós, considerando os pacientes de maior risco e de risco intermediário, temos continuado com a terapia intravesical, mas novamente, é um desses atos de equilíbrio porque nesses pacientes também, você precisa entender e considerar, o que dizer sobre as questões e o papel sobre se eles são ou não idosos, que é a grande maioria desses pacientes. E, portanto, temos que equilibrar a ameaça do câncer com a ameaça de uma infecção. Portanto, para aqueles pacientes com doença de risco intermediário que são idosos, ou que têm comorbidades significativas, e a grande maioria tendem a ter uma combinação dessas, nós atrasamos a terapia.

Para a doença invasiva, este tem sido um debate, mais uma vez, entre muitos indivíduos e instituições, mas nós tendemos, para aqueles pacientes com doença músculo invasiva, e/ou que apresentam doença não músculo invasiva de alto grau, temos defendido prosseguir com um TURBT para os pacientes de maior risco ou procedendo com uma cistectomia para pacientes com câncer invasivo, ou aqueles com histologias variadas, ou aqueles que são bastante sintomáticos. Entendendo que também, nossa preferência por doenças invasivas seria iniciar uma nova quimioterapia [inaudível 00:08:44] e evitar o uso de requisitos significativos de EPI, requisitos de ventilador e necessidade de anestesia. E assim, nossa preferência seria a quimioterapia neoadjuvante seguida de cistectomia no futuro. Mas, claramente, esses pacientes são de nível superior, ou a maior prioridade, e são aqueles que consideraríamos prosseguir com a cistectomia, embora a quimioterapia neoadjuvante seja a nossa primeira escolha.

Então, se você olhar para o terceiro câncer mais comum que os oncologistas urológicos e urologistas tratam é o câncer de rim. E, para a grande maioria dos indivíduos com massas renais menores, atrasamos a consulta e a avaliação iniciais. Para aqueles com massas renais inferiores a 4 centímetros, temos realmente adiado a biópsia, adiamos a avaliação inicial de realmente repetir o agendamento de avaliação em alguns meses, e economizamos recursos dessa forma com a probabilidade de desenvolver algo pior ou metastático ser bastante pequeno. Para aqueles pacientes com lesões maiores,

maiores que 7 centímetros, ou que são sintomáticos, temos defendido prosseguir, e eles estão na categoria de maior risco, e continuar com terapia que significaria nefrectomia. Nós não, e nós temos atrasamos aqueles pacientes com massas renais menores que estavam programados para terapia ablativa térmica, ou que foram programados para nefrectomia parcial, todos esses pacientes foram atrasados pelo menos de dois a três meses. De novo, para acompanhamento, aqueles pacientes que estiveram em acompanhamento, nós atrasamos suas visitas também de dois a três meses.

Com todos esses três cânceres, usamos telemedicina o máximo possível ou visitas telefônicas. E todos, eu diria, ou a grande maioria, têm sido muito compreensivos com a situação. Mas, claramente, é difícil equilibrar, novamente, o risco de seu diagnóstico real, sua terapia, e o risco de realmente pegar o vírus.

Anfitrião: Como a pesquisa e os testes clínicos estão sendo afetados por essa pandemia de Covid-19 em sua instituição?

Dr. Chang: Tem realmente sido muito, muito difícil. Paramos a inscrição em novos testes clínicos ou deixamos de iniciar qualquer novo teste clínico neste momento para poupar recursos dos testes clínicos que abrimos para aqueles pacientes que têm opções terapêuticas limitadas. Um exemplo seria o nosso câncer de bexiga não muscular invasivo de alto risco, onde uma alternativa seria ir à cistectomia, ou em pacientes com doença de alto risco, como câncer de próstata metastático ou de alto risco. No momento, os doentes em teste continuam as suas visitas e continuam a sua avaliação. Mas suspendemos, novamente, o início de novos testes. E os novos pacientes estão apenas... esses pacientes estão sendo examinados. Se pudermos dar uma alternativa que pode utilizar recursos que são extremamente necessários neste momento.

Anfitrião: Algum outro conselho para a comunidade urológica uma vez que eles gerenciam o cuidado do câncer durante este tempo incerto?

Dr. Chang: Todo mundo está se juntando. Eu acho que todos entenderiam que a utilização de toda a equipe de enfermagem, de residentes, de seus parceiros, e então, o mais importante, daqueles que você pode não reconhecer também, a equipe de agendamento, os MAs, as pessoas que realmente ajudam a transportar pacientes, todos esses indivíduos são uma parte importante da avaliação de todos os nossos pacientes. Todos têm compreendido, acho, a importância do trabalho em equipe. E assim, como resultado, tentamos mudar nosso agendamento para que as pessoas estejam limitando sua própria exposição pessoal. Estamos contribuindo e vendo pacientes que normalmente não veríamos, a fim de, novamente, minimizar a exposição não só a nós mesmos, mas também aos nossos pacientes. Mas também, tentar estratificar o risco para que os pacientes que recebem

cuidados obtenham o melhor cuidado possível, e com o nível de qualidade que sempre fornecemos. E então, novamente, é o trabalho em equipe primeiro, e entender, de novo, que estamos nisso juntos.

Anfitrião: Dr. Sam Chang é o Diretor Executivo de Cirurgia do Centro de Câncer de Vanderbilt-Ingram em Nashville. Obrigado participar conosco esta manhã, Dr. Chang.

Dr. Chang: Muito obrigado de novo, Casey. E todos, por favor, fiquem seguros.