

TUMORE DELLA VESCICA

Il tumore della vescica rappresenta circa il 3 per cento di tutti i tumori e, nella patologia urologica, occupa il secondo posto dopo il tumore della prostata.

È più comune tra i 60 e i 70 anni, ed è tre volte più frequente negli uomini che nelle donne anche se negli ultimi dieci anni il rapporto uomo-donna si va accorciando . Alla diagnosi, il tumore della vescica è superficiale nell'85 per cento dei casi, infiltrante nel 15 per cento. La sopravvivenza a cinque anni supera, in Italia, il 70 per cento dei casi.

Il tumore della vescica o cancro della vescica insorge quindi in due modalità diverse:

*1) **tumore superficiale**, più o meno circoscritto alla superficie del rivestimento interno della vescica (chiamato mucosa vescicale), quasi sempre di natura maligna tuttavia ha un comportamento relativamente benigno*

*2) **tumore di tipo invasivo**, che penetra, cioè profondamente nella parete muscolare vescicale e, quindi, risulta più aggressivo del primo.*

I tumori superficiali costituiscono fortunatamente l'80 per cento di tutti i tumori della vescica. Se dopo essere stati rimossi, si riformano ossia recidivano, anche essi tendono chiaramente a trasformarsi in tumori maligni più aggressivi invadendo la parete muscolare.

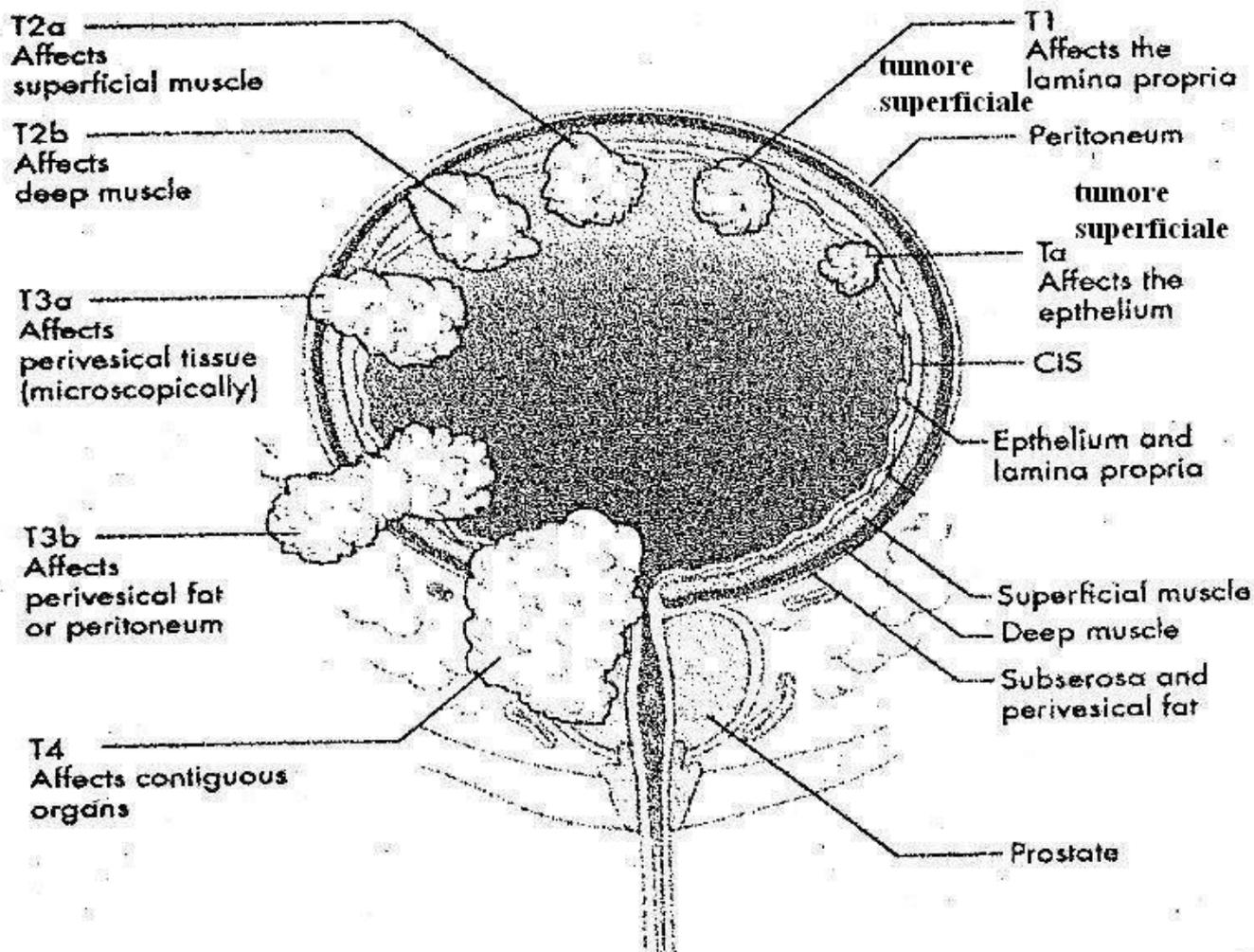


Figura 1 GRADING K VESCICA

Quali sono i sintomi?

Inizialmente possono non esserci sintomi. Il primo allarmante sintomo è di solito la presenza di sangue nelle urine riscontrato in un esame delle urine oppure una emissione di sangue urinando (ematuria) La emissione di sangue con le urine, l'ematuria quindi, può essere fugace e cessare per giorni, settimane o persino mesi durante i quali, però, il tumore continua a crescere. Altri sintomi associati alla ematuria o anche unici possono essere accompagnati dal frequente bisogno di urinare con bruciori e raramente dolori nella regione della vescica.

E quali le cause?

Il rischio di un tumore alla vescica è più elevato per i fumatori. Ma si espongono a rischio elevato anche coloro che fanno uso abituale e frequente di analgesici contenenti fenacetina o che per motivi professionali vengono a contatto con particolari sostanze

chimiche (per es. nell'industria dei coloranti, della gomma e delle materie sintetiche). Oggi fortunatamente le sostanze chimiche cancerogene sono state in massima parte eliminate dai processi di produzione industriali. Altri fattori, di cui non è stato ancora provato il rischio ma che si citano spesso, sono: *cistiti croniche, consumo eccessivo di caffè e consumo regolare di edulcoranti artificiali*. Anche la dieta gioca un ruolo importante: frittiture e grassi consumati in grande quantità sono infatti associati a un aumentato rischio di ammalarsi di tumore della vescica.

Può essere attuata una qualche prevenzione?

Sospendere il fumo ed il consumo regolare di analgesici riduce significativamente il rischio di un tumore maligno della vescica, prevenzione con controlli periodici per i lavoratori a rischio.

Diagnosi precoce

*La presenza di sangue nelle urine è un segnale d'allarme di particolare gravità. Occorre rivolgersi al medico specialista immediatamente per accertarne le cause. La diagnosi precoce è importante poiché i tumori superficiali possono essere curati. Per i tumori in stadio avanzato invece la prognosi è decisamente meno benigna. Per le persone esposte a rischio professionale la medicina del lavoro richiede oggi controlli regolari (**analisi delle urine, esami cistoscopici**) per poter individuare eventuali processi tumorali fin dalle primissime fasi.*

Quali sono le analisi da fare?

*La diagnosi è emessa in base all'**analisi delle cellule espulse con l'urina** (citologia urinaria) ma soprattutto in base alla **cistoscopia**. Questi esami vengono eventualmente completati dall'**ecografia** o dalla **radiografia** o anche dalla **tomografia assiale computerizzata** nel caso di positività per programmare l'intervento terapeutico più idoneo e per escludere eventuali metastasi a distanza (per es. nei polmoni o nello scheletro). Spesso si rende necessario un **prelievo di tessuto durante la Cistoscopia** (Biopsia) per determinare il carattere del tumore, nei casi dubbi.*

VISIONE CISTOSCOPICA DI TUMORE VESCICALE SOLIDO PAPILLARE

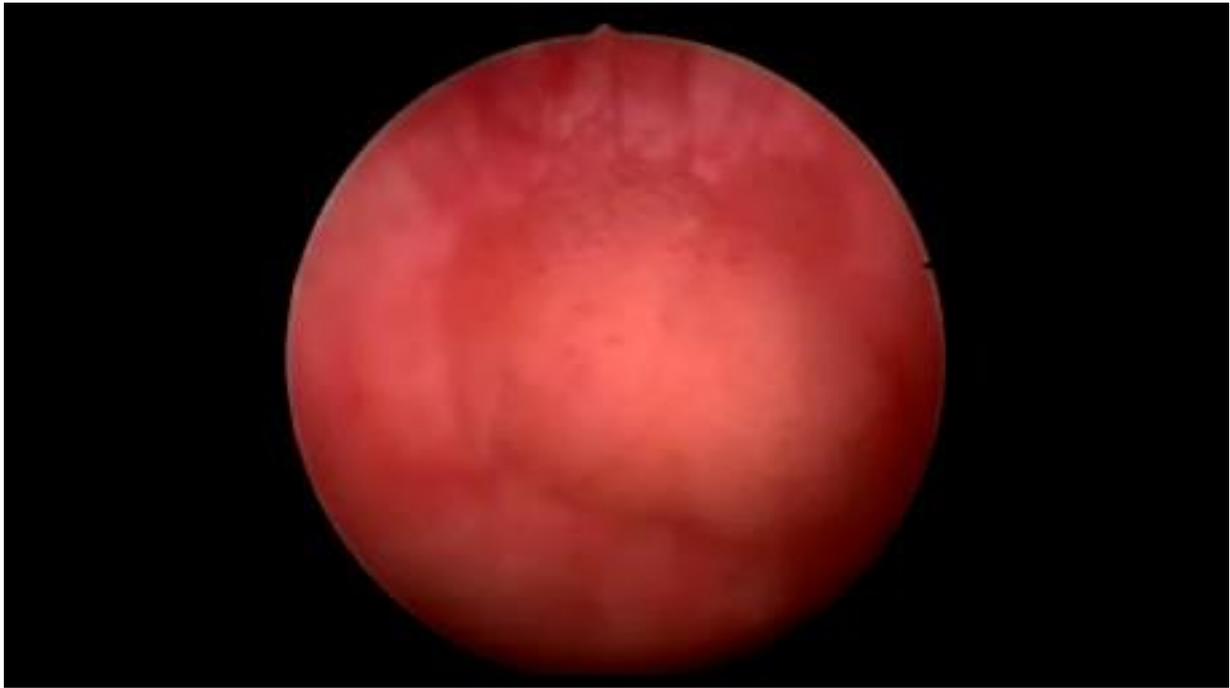


Figura 2 NEOPLASIA PAPILLARE VESCICALE



Figura 3 NEOPLASIA SOLIDO PAPILLARE DEL COLLO VESCICALE

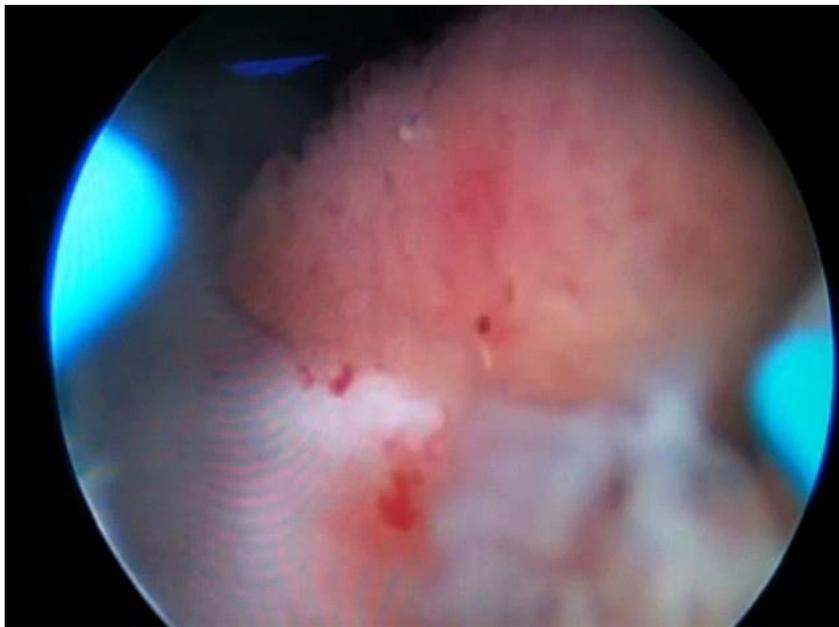


Figura 4 NEOPLASIA SOLIDO PAPILLARE DEL PAVIMENTO VESCICALE



Figura 5 NEOPLASIA GIGANTE DELLA PARETE LATERALE SIN VESCICALE

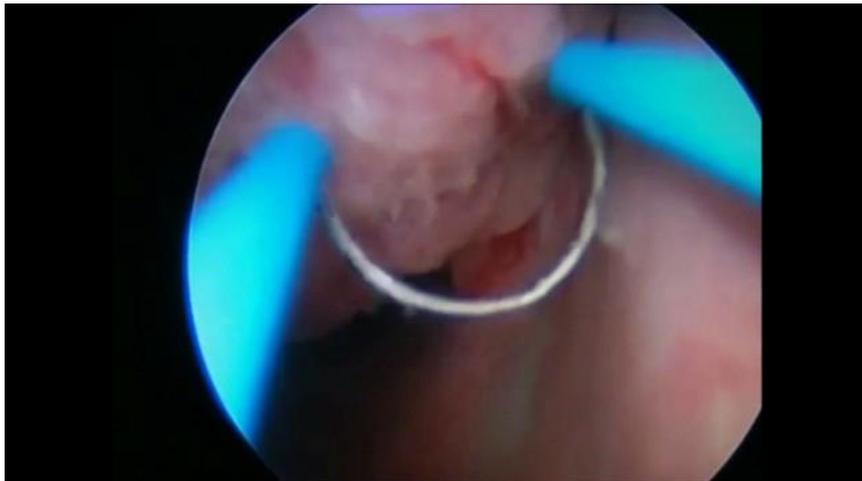
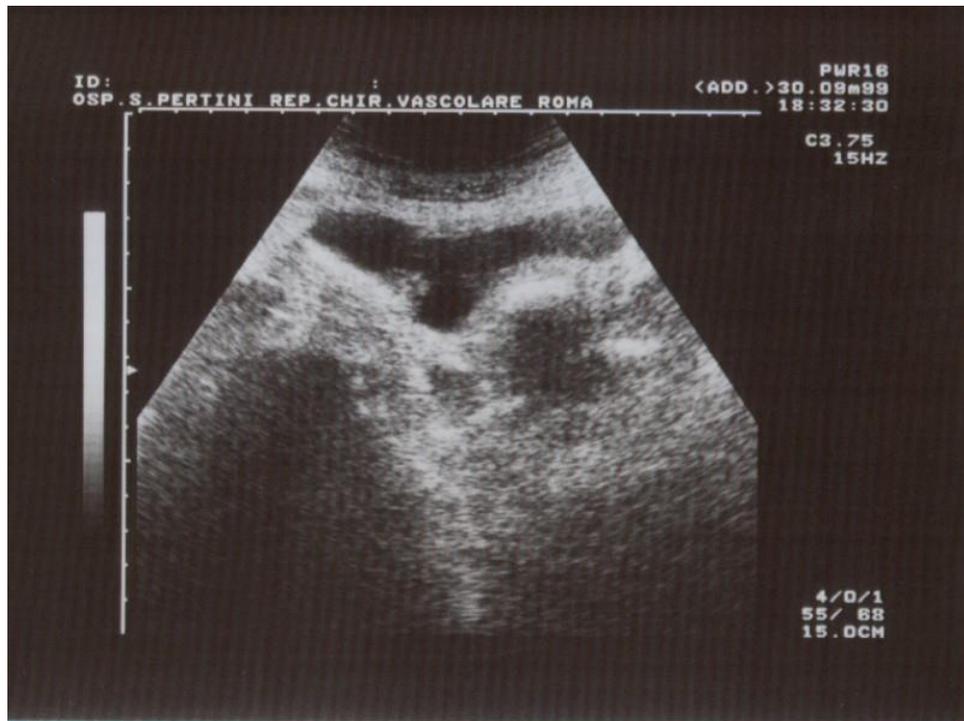


Figura 6 BASE DI IMPIANTO DI TUMORE VESCICALE GIGANTE



**Ca uroteliale papillare di 1cm
in uomo di 65 anni**

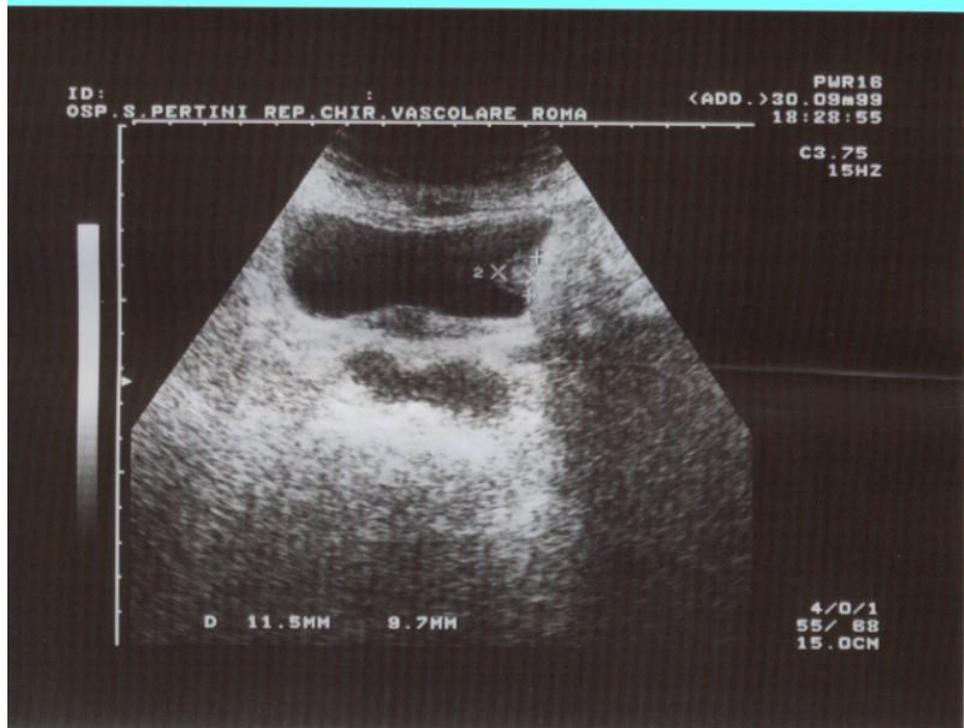


Tabella 1 IMMAGINE ECOGRAFICA DI TUMORE DI 1 CM

CONCEPT D.99/6237

OE



Radiology
Distance

DX = 42.1mm

**Ca uroteliale papillare di circa 3,5 cm
in donna di 65 anni**

CONCEPT D.99/6237

OE



Radiology
Distance

DX = 37.9mm
Dt = 35.0mm

3.5MHz

Tabella 2 IMMAGINE ECOGRAFICA DI TUMORE DI 3,5 cm



**Ca uroteliali papillari giganti (3)
a 5 anni dopo Nefrectomia Radicale
pe K uroteliale GIII mediorenale
uomo di 49 anni**

Tabella 3 TUMORI GIGANTI VESCICALI

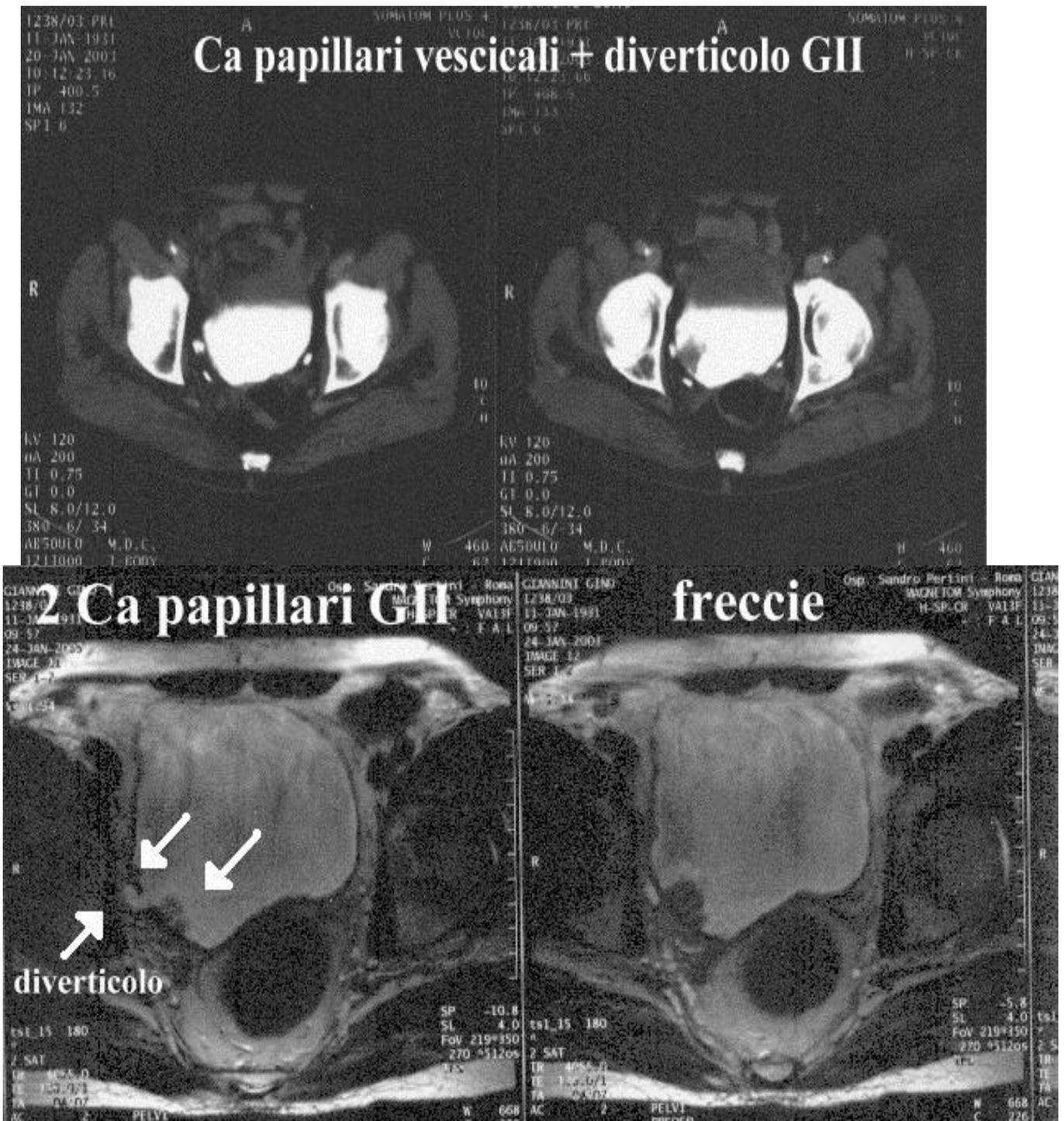
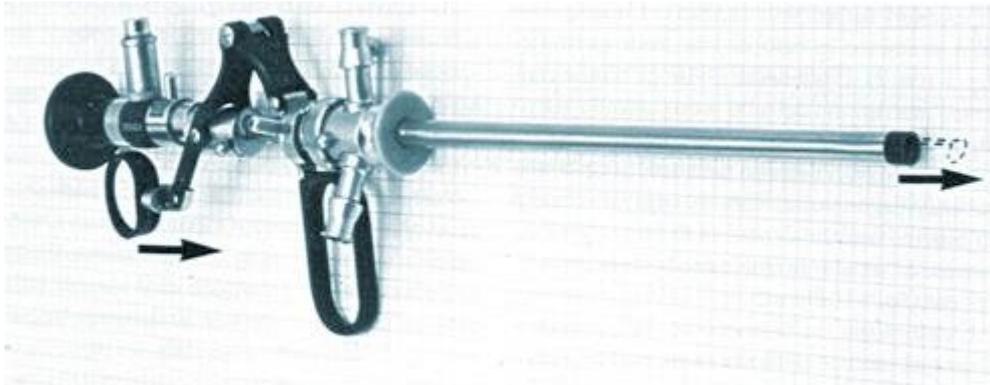


Tabella 4 RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE DI TUMORE VESCICALE IN DIVERTICOLO

Quali sono le terapie che oggi possono essere effettuate?

Tumori superficiali

*Possono essere in genere asportati con un intervento di **resezione endoscopica**, TRANSURETHRAL RESECTION OF BLADDER TUMOR (**TURBT**) per mezzo di uno strumento simile al Cistoscopio introdotto nella vescica attraverso l'uretra, denominato **resettore** che monta un'ansa tagliente attraverso la quale passa una corrente che permette la resezione del tumore.*



Resettore



L'intervento deve essere assolutamente condotto da un chirurgo esperto o da uno specialista urologo esperto.

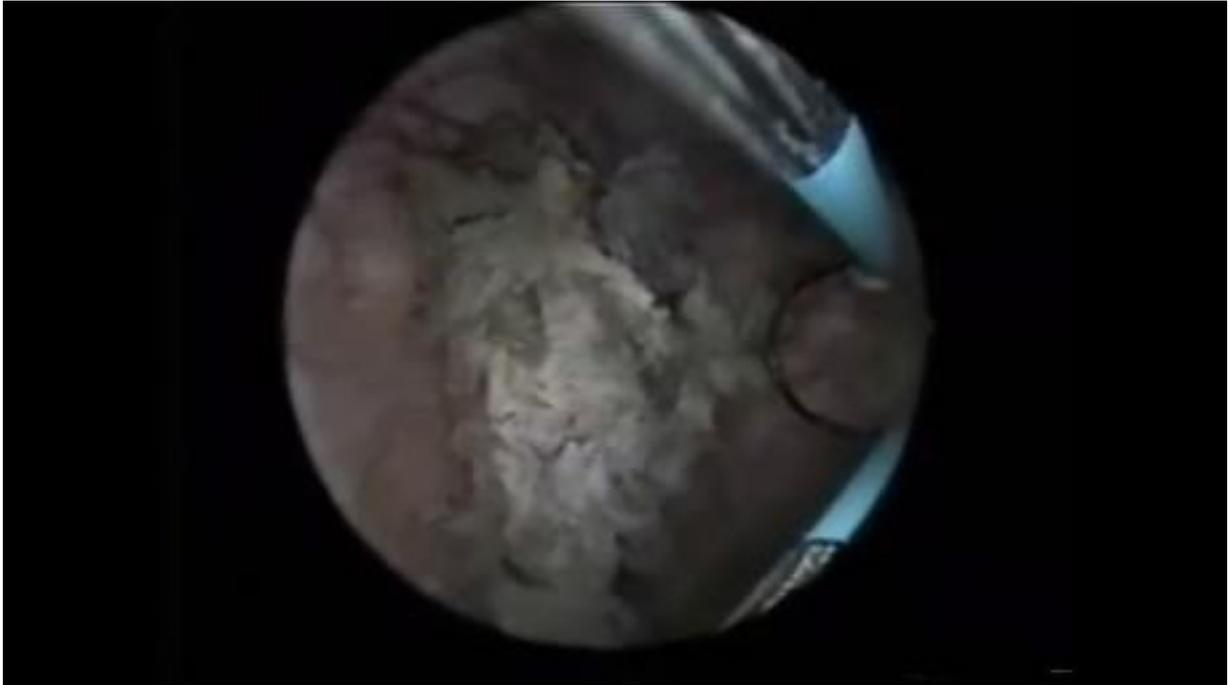


Figura 7 RESEZIONE ENDOSCOPICA DI NEOPLASIA VESCICALE

La tecnica di resezione permette di tagliare il tumore dalla superficie che sporge in vescica, a strati, fino alla parete della vescica ed anche oltre questa, in modo che i vari frammenti possono essere analizzati dallo istologo al microscopio per confermare la malignità ed il grado di malignità del tumore e soprattutto, analizzando gli strati profondi della parete vescicale, capire se il tumore è effettivamente superficiale o profondo ed infiltrante.

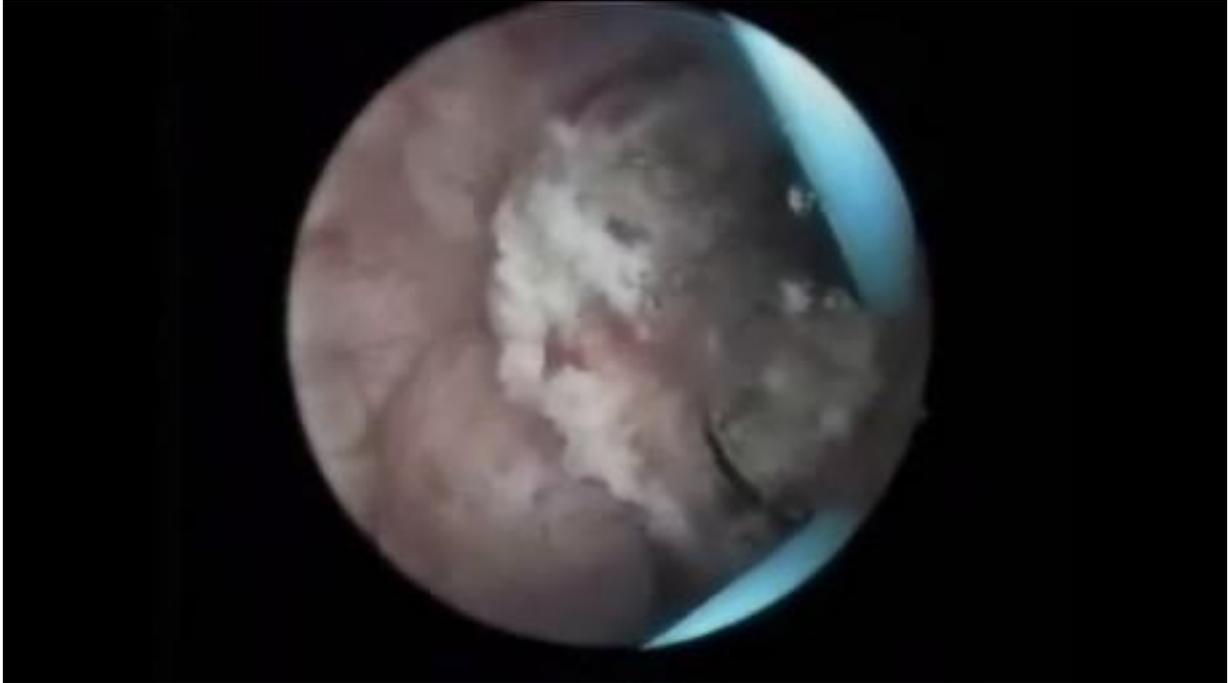
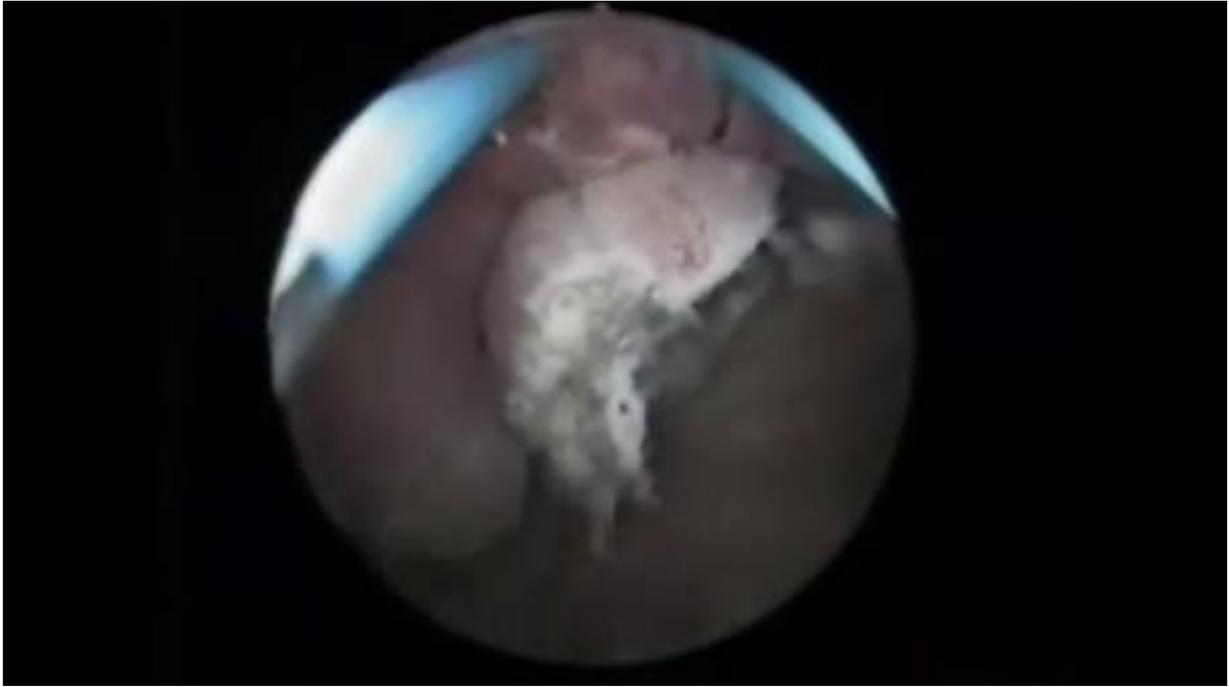


Figura 8 LA RESEZIONE VIENE CONDOTTA FINO RIMUOVERE LA INTERA NEOFORMAZIONE



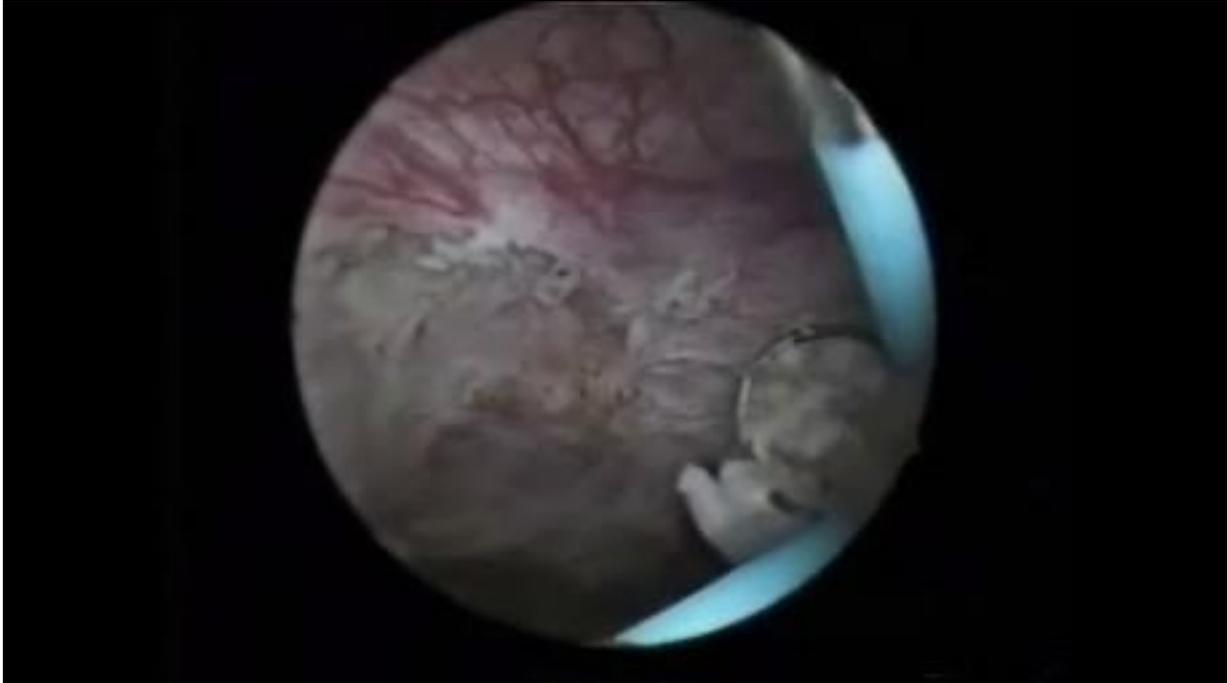
Figura 9 IL TUMORE VA RESECATO FINO ALLA PARETE VESCICALE CHE NON DEVE ESSERE PERO' PERFORATA



**Figura 10 BISOGNA CHE LA BASE DI IMPIANTO SIA COMPLETAMENTE RIMOSSA
ALTRIMENTI IL TUMORE RICRESCE**



**Figura 11 RESEZIONE DELLA BASE DI IMPIANTO DOPO AVER
RESECATO LA NEOFORMAZIONE AGGETTANTE**



**Figura 12 RESEZIONE A TERMINE IL TUMORE E' STATO COMPLETAMENTE RIMOSSO
SENZA PERFORARE LAVESCICA**

*Una volta asportato per tale via, anche in maniera corretta ed anche se si sono dimostrati superficiali e non infiltranti, **tali tumori tendono a riprodursi nel tempo con una relativa frequenza, e per tale ragione sarà necessario eseguire dopo l'intervento, secondo l'indicazione dello specialista oncologo, terapie profilattiche che consistono nella somministrazione di farmaci antitumorali introdotti nella vescica con un catetere per un determinato periodo, di solito 2-3 mesi.** Una di tali sostanze che sembra avere più effetto nel ritardare le recidive e la progressione verso le forme infiltranti il muscolo è il **trattamento intravesicale con il bacillo di Calmette-Guerin (BCG, lo stesso che si usava per la tubercolosi) che, depositato sulle lesioni direttamente nella vescica, ne provoca l'eliminazione.***

Tumori invasivi

*Allorché un tumore maligno penetra nella parete muscolare (ma a volte anche in caso di rapida crescita di un tumore superficiale che diventa infiltrante nelle successive recidive), non resta altra soluzione che **asportare la vescica nonché la prostata, le vescicole seminali e le vie spermatiche nell'uomo e l'utero nella donna (Cistectomia radicale). L'intervento potrà essere eventualmente associato con la chemioterapia/radioterapia. Dopo l'asportazione della vescica per permettere l'espulsione dell'urina sarà necessario impiantare gli ureteri sulla pelle dell'addome (ureterocutaneostomia)***



Figura 13 URETEROCUTANEOSTOMIA A 2 MESI DALL'INTERVENTO

in modo che l'urina esca all'esterno in una sacchetto di plastica che si farà aderire alla cute stessa. Nell'uretere solitamente viene lasciato un cateterino che va cambiato ogni 25 giorni.



Figura 14 CAMBIATO IL CATETERINO SI APPLICA LA PLACCA



Figura 15 LA PLACCA VA TENUTA COMPRESSA 1 MINUTO PER FARLA ADERIRE PERFETTAMENTE

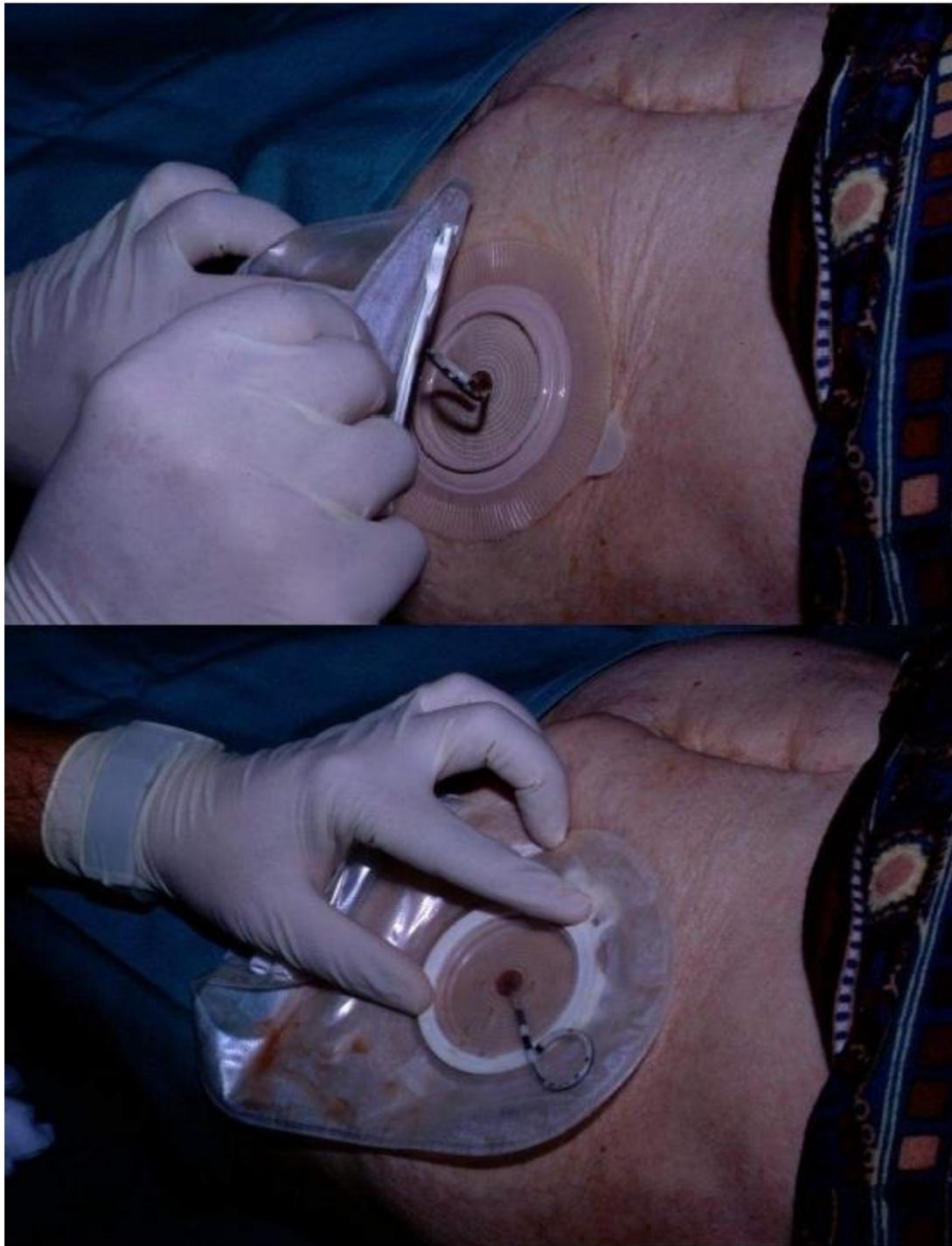


Figura 16 SI APPLICA ALLA FINE LA BUSTA DOVE ANDRA' RACCOLTA L'URINA

Una variante prevede anche di ricavare, da un segmento dell'intestino tenue, una specie di tasca che fungerà da vescica (**ileostomia**). Questa tasca che sarà collegata con gli ureteri sarà a sua volta collegata ad un foro effettuato sulla cute dell'addome per poter portare all'esterno l'urina. In casi selezionati un tratto di intestino tenue, dopo essere stata riconformato con la forma di una vescica, potrà anche essere collegato all'uretra (tratto terminale dopo la vescica, in genere risparmiato dall'intervento chirurgico) permettendo così nell'uomo di poter poi urinare per le vie naturali (**neovescica ortotopica**). La posizione del tumore e altri fattori determineranno la scelta del metodo più opportuno per deviare il flusso urinario.

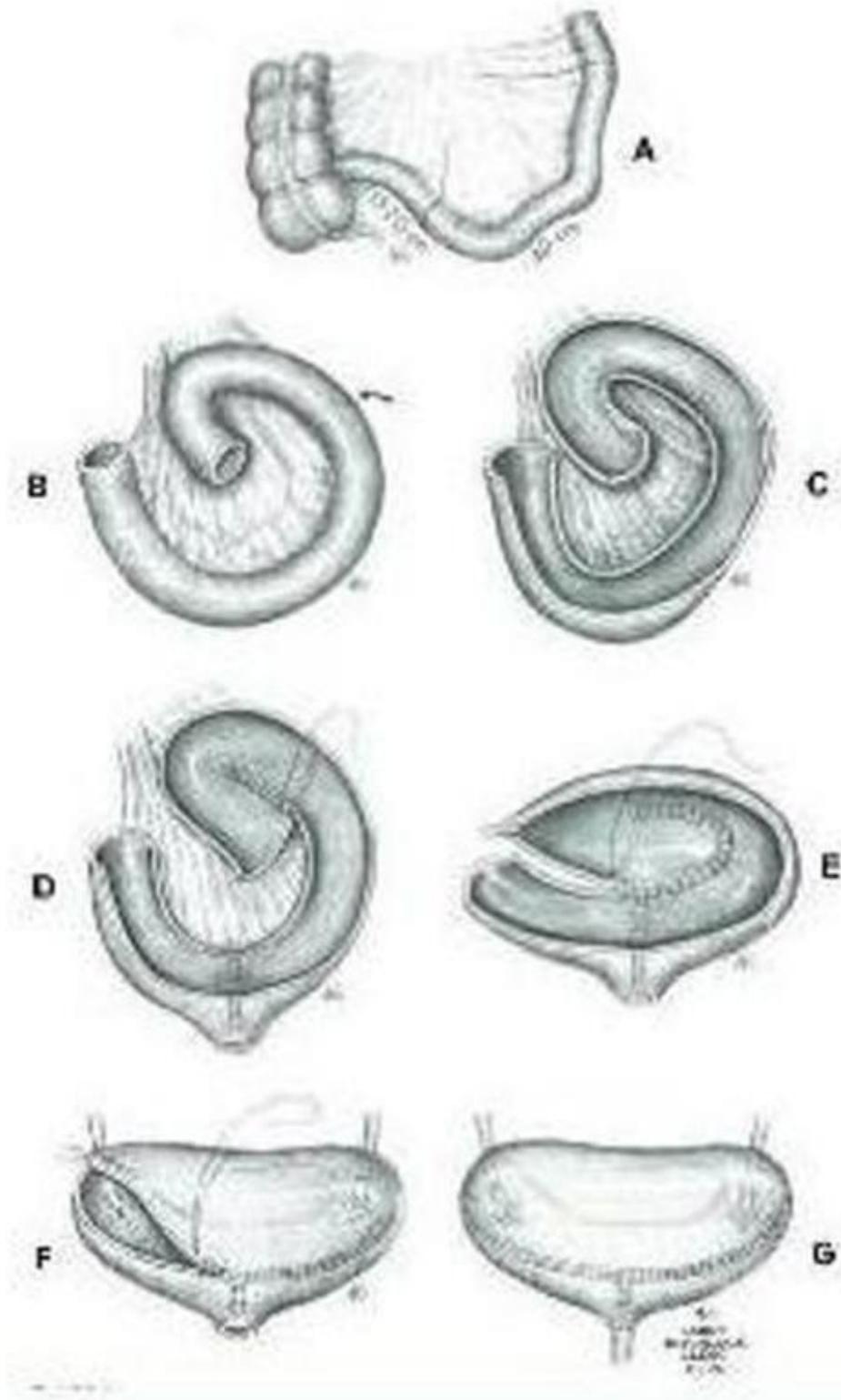


Figura 17 SCHEMA RICOSTRUZIONE VESCICA CON ANSA INTESTINALE

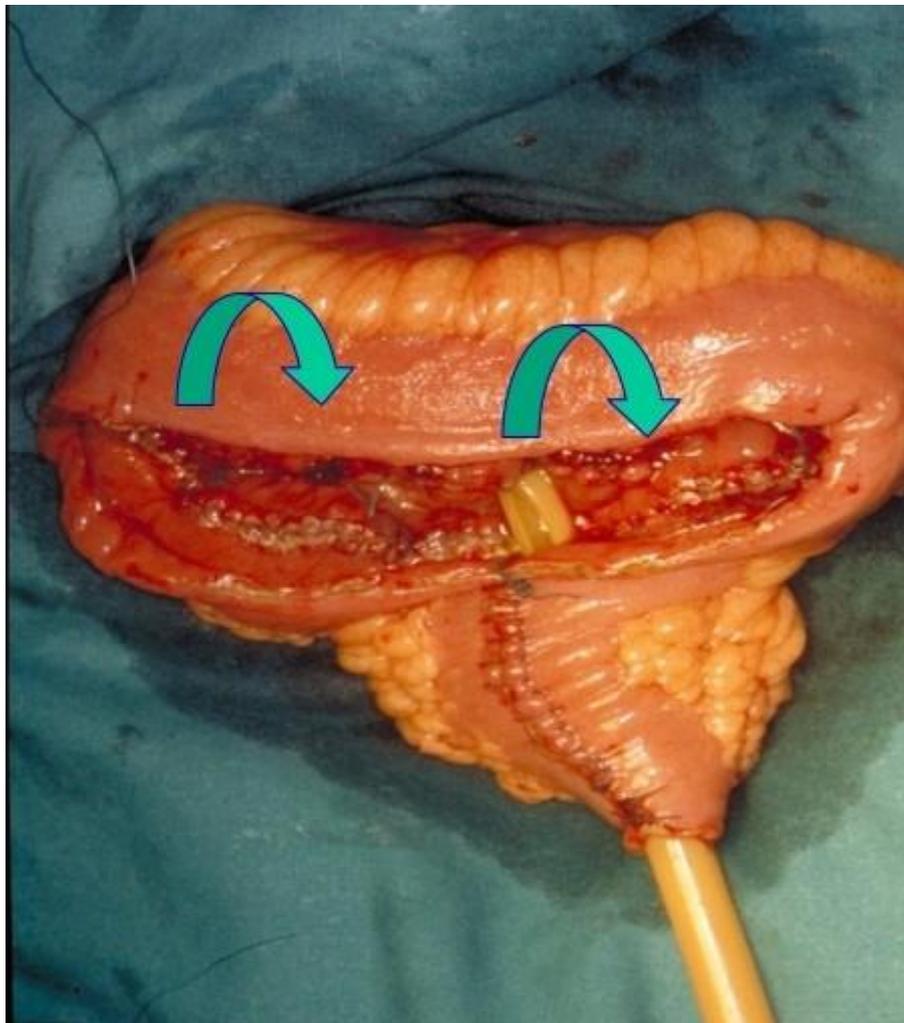


Figura 18 NEOVESCICA CONFEZIONATA CON L'INTESTINO A TERMINE

*Per i tumori avanzati, ossia che hanno invaso anche lo spazio e gli organi intorno alla vescica, **si può ricorrere a chemioterapie e/o radioterapie combinate.** In una buona metà dei casi si ottengono spettacolari regressi del tumore, che sono però spesso soltanto temporanei. Nonostante i progressi delle tecniche radioterapiche e lo sviluppo di nuovi farmaci, **l'intervento chirurgico offre tuttora le maggiori probabilità di guarigione, specie per i tumori confinati alla vescica ed al grasso intorno ad essa.** La radioterapia e la chemioterapia con i nuovi farmaci, sono metodi complementari spesso molto utili, non solo nella fase avanzata del tumore, ma anche per ridurre il volume di grossi tumori: ciò permette in casi selezionati un'operazione senza asportazione della vescica.*

Quali sono i controlli dopo l'operazione di TURB-T o di Cistectomia radicale?

Tumori superficiali

Quasi tutti i tumori superficiali, generalmente con comportamento benigno, possono essere tenuti facilmente e a lungo sotto controllo. In considerazione della loro netta tendenza a recidivare è necessario e perentorio sottoporsi a controlli regolari per tutta la vita (citologia urinaria, e, in caso di necessità, cistoscopia). Solo così potrà essere subito diagnosticato e curato un tumore divenuto improvvisamente infiltrante e quindi aggressivo

Tumori invasivi

Nei pazienti con uretere rimpiantato sulla cute occorrerà **controllare che l'apertura artificiale nella pelle dell'addome non si restringa per effetto di cicatrici e che la zona circostante non sia irritata** (per es. in seguito ad allergie da ipersensibilità alle sostanze adesive o provocate dal contatto con l'urina). Poiché nell'asportazione della vescica sono interrotti i nervi ed inoltre non esiste più la muscolatura che fa parte della vescica stessa e che permette l'espulsione dell'urina, *il paziente che ha subito l'ileostomia* (ricostruzione della vescica con un tratto di intestino) **dovrà "imparare" di nuovo a espellere l'urina**. Inoltre la funzione renale di tutti questi pazienti deve essere regolarmente controllata tramite l'accertamento dell'**azotemia** e della **creatininemia**, esami che appunto monitorizzano la funzionalità renale. Naturalmente **periodicamente** dovrà essere eseguita una **TAC** per accertarsi che non si sviluppino metastasi in altri organi del corpo.

Quali sono gli effetti permanenti di questi interventi?

*Nel caso dell'**ureterostomia cutanea** (uretere trapiantato sulla pelle dell'addome) si ha un'uscita continua di urina che deve essere raccolta in una sacca di plastica o di gomma che è fatta aderire alla pelle. Quasi tutti i pazienti imparano a provvedere da soli al ricambio della sacca e, se motivati e supportati psicologicamente non hanno problemi di reinserimento sociale.*

I pazienti con una nuova vescica (neovescica ortotopica) possono invece ritenere e controllare l'espulsione dell'urina, più o meno come in passato; avranno a volte delle perdite involontarie, soprattutto di notte.

Per la maggior parte degli uomini, però, l'asportazione della vescica ha come conseguenza l'impotenza che, tuttavia oggi, con l'uso dei nuovi farmaci tende a regredire in una buona percentuale dei casi.

Quale è la probabilità di guarigione definitiva?

Tumori superficiali

Nell'80 per cento dei casi – una percentuale elevatissima – i pazienti sono ancora in vita 5 anni dopo l'intervento e godono di una ottima qualità di vita. Considerata però l'alta tendenza del tumore a recidivare si può parlare di guarigione definitiva solo per un 50 per cento di pazienti.

Tumori invasivi

Dopo cinque anni è ancora in vita oltre il 50 per cento dei pazienti, se il tumore interessava solo la parete muscolare della vescica. La percentuale scende però sotto il 20 per cento se il tumore aveva invaso anche la regione intorno alla vescica.

Gli obiettivi attuali della ricerca sono l'ottimizzazione della terapia nella ricerca di nuovi farmaci e di nuove combinazioni di chirurgia e chemio/radioterapia.

Ma è soprattutto al miglioramento della diagnostica che punta la ricerca. L'obiettivo è di diagnosticare precocemente il cancro della vescica distinguendo in modo sicuro il tumore maligno invasivo, che richiede un intervento chirurgico demolitivo, e il tumore superficiale tendenzialmente non invasivo che non rende sempre necessaria l'asportazione della vescica.

A chi rivolgersi?

*A tutti gli Specialisti Chirurghi o Tutti i Centri Specialistici
Ospedalieri ed Universitari ed in particolare al:*

Prof. Massimo Schiavone Cell. 3355288128/3202891179

Email: massimo-schiavone@libero.it