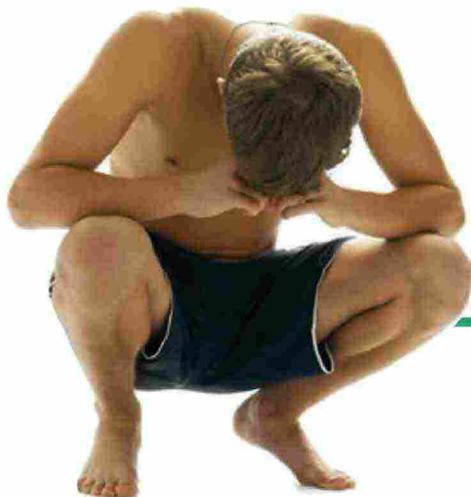


SALUTE



# Il tumore vescicale

È il quarto tumore per incidenza nella popolazione maschile: cosa fare?

■ di Paolo Emiliozzi

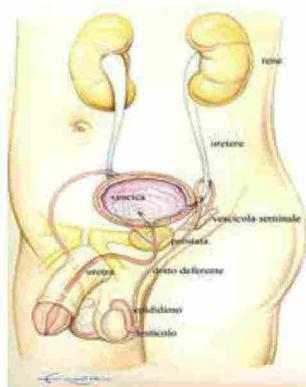
La vescica costituisce il serbatoio delle urine prodotte dai reni. La parete è costituita da uno strato mucoso interno (urotelio) e da uno spesso muscolo (detrusore) che contraendosi espelle le urine all'esterno attraverso il canale uretrale. Il carcinoma della vescica costituisce il quarto tumore per incidenza nella popolazione maschile. Sono fattori di rischio riconosciuti per il cancro vescicale il fumo di sigaretta e l'esposizione a coloranti derivati o contenenti anilina. Alcuni dati suggeriscono che la sospensione del fumo migliori la prognosi della malattia.

Il carcinoma vescicale origina nel 95% dei casi dalla mucosa uroteliale ed è spesso asintomatico. Un recente studio inglese ha mostrato che lo screening per il cancro vescicale con la presenza di tracce di sangue microscopiche nell'esame delle urine (microematuria) migliora la sopravvivenza al tumore (dall'80% al 100%) nella popolazione sottoposta a screening. La presenza di sangue visibile nelle urine è un sintomo che deve essere indagato fino a scoprirne la causa.

L'insorgenza ad alcune settimane o mesi di urgenza minzionale (il bisogno improvviso di urinare con impellenza) deve sempre far sospettare la possibilità di un tumore che irrita la vescica.

In questi casi lo studio microscopico delle cellule contenute nelle urine può indirizzare la diagnosi.

Il primo approccio ad una ematuria è spesso l'eco-



grafia dei reni e della vescica. Ove l'esame confermi il dubbio di un tumore vescicale oppure non sia diagnostico, è corretto procedere ad una cistoscopia. La cistoscopia consente di visualizzare il canale uretrale e la vescica con una fibra ottica; si tratta di un esame ben tollerato, eseguito ambulatorialmente.

## DOPO LA DIAGNOSI

Una volta fatta la diagnosi di carcinoma della vescica, può essere utile eseguire una TAC addome e pelvi con mezzo di contrasto, soprattutto ove si sospetti una forma aggressiva, oppure se si tratti di una prima diagnosi. Infatti, nel 2-5% dei casi può essere associato un tumore delle vie escrettrici del rene o del uretere. Il primo approccio al carcinoma vescicale è una resezione transuretrale della vescica (TURB, da Transurethral Resection of the Bladder). L'intervento viene eseguito in genere con anestesia peridurale, ovvero con il paziente sveglio, ma con la sensibilità dolorifica annullata nella porzione inferiore del corpo. Con uno



**PAOLO EMILIOZZI**

Dirigente Medico dell'unità di Urologia dell'Ospedale San Giovanni di Roma. Si occupa di chirurgia urologica oncologica, endoscopica, laparoscopica, robotica, ricostruttiva. Urologo consulente del Vaticano, del comando generale dell'Arma dei Carabinieri e del Reggimento dei Corazzieri. Docente a contratto dell'Università Cattolica di Roma

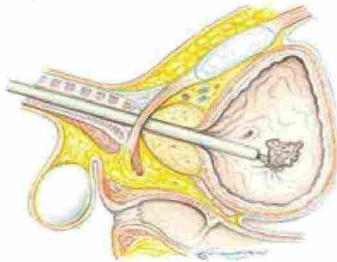
strumento a fibre ottiche introdotto nel canale uretrale si procede ad asportazione con un microbisturi di tutta la malattia visibile.

In genere, è necessario mantenere un catetere con lavaggio vescicale a dimora per 1-5 giorni. L'intervento consente di ottenere una stadiazione accurata della malattia. Nel carcinoma vescicale la prognosi ed il trattamento sono molto differenti, a seconda che si tratti di un tumore superficiale o che sia un tumore infiltrante.

Il tasso di recidiva locale dei tumori può essere alto, fino al 50%. Infatti, si tratta spesso di un tumore multifocale, in cui il tumore resecato in una sede può ripresentarsi a distanza in un'altra porzione della vescica. Per questo spesso dopo la resezione è a volte necessario procedere a delle instillazioni vescicali. Si tratta dell'introduzione (in genere settimanale, per 6-

**SALUTE**

Resezione transuretrale della vescica



► 8 settimane) di una sostanza in vescica attraverso un piccolo catetere pediatrico. Il farmaco utilizzato può essere un chemioterapico (Mitomicina, Epirubicina, Farmorubicina, più recentemente Gemcitabina) o un immunostimolante (BCG, Bacillus Calmette-Guerin).

**LA CHEMIOTERAPIA**

La chemioterapia locale non comporta gli stessi effetti collaterali di una chemioterapia sistemica per via endovenosa, in quanto la superficie vescicale assorbe poco e quindi l'azione del farmaco si espleta solo localmente. La chemioterapia locale diminuisce il rischio di recidive, anche se non sembra poter ridurre a distanza di tempo il rischio di progressione a malattia infiltrante. Studi recenti suggeriscono che il primo ciclo di chemioterapia possa essere sostituito da una unica somministrazione endovesicale, eseguita immediatamente dopo l'intervento endoscopico, entro le 24 ore e possibilmente entro le prime 2-3 ore.

Nelle forme superficiali più aggressive, di alto grado o recidive, si preferisce utilizzare l'immunoterapia locale con BCG. Al momento si tratta del più efficace farmaco per instillazioni vescicali conosciuto. Agisce soprattutto su tumori ad alto rischio di recidiva e progressione (G3, Carcinoma in Situ).

Le reazioni indesiderate sono però maggiori con l'uso del BCG e comprendono la possibilità di febbre, disturbi irritativi vescicali, ematuria, e molto raramente la comparsa di una tubercolosi delle vie urinarie o generalizzata. Sia con l'uso del BCG che con la chemioterapia locale per instillazioni, è provato dalla letteratura che dei cicli di richiamo (mantenimento) a regolari intervalli di tempo dal ciclo iniziale migliorano i risultati della terapia.

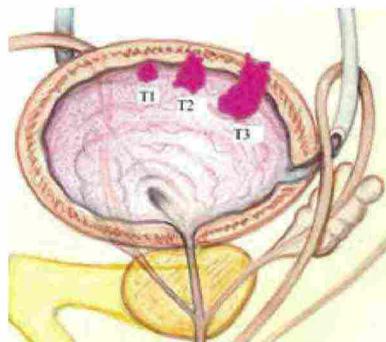
Particolare attenzione meritano i tumori superficiali di alto grado, che infiltrano la sottomuco-

sa (G3T1). Tali tumori se trattati con sola resezione transuretrale comportano un rischio di progressione a malattia infiltrante la muscolare nel 50% dei casi. Il trattamento con BCG endovesicale riduce questo rischio fino a soltanto il 10-20%, a seconda delle casistiche.

I pazienti affetti da un carcinoma vescicale superficiale trattato endoscopicamente devono sottoporsi a controlli periodici, con cistoscopia ogni tre mesi per i primi 2 anni, ogni sei mesi dal terzo al quinto anno, e successivamente una volta all'anno. A tutt'oggi nessun esame ha mostrato una sensibilità pari alla cistoscopia nell'evidenziare recidive di malattia. La malattia infiltrante la muscolare richiede invece un intervento a cielo aperto o in **chirurgia robotica**,

con l'asportazione chirurgica di tutta la vescica, assieme alla prostata nel maschio (cistectomia radicale). L'intervento prevede inoltre l'asportazione estesa di tutti i linfonodi regionali: tale procedura sembra infatti migliorare la sopravvivenza dalla malattia. L'intervento richiede

poi una derivazione urinaria, cioè la possibilità di espellere le urine dal nostro corpo una volta che la vescica è stata asportata. Nella maggior parte dei pazienti è possibile ricostruire la vescica con un tratto di 30-60 cm di intestino che viene isolato, aperto, e riconfigurato in forma sferica. A questo nuovo serbatoio vengono suturati gli ureteri. Si crea quindi una sutura tra la nuova vescica (neovesica) ed il moncone uretrale residuo. L'intervento consente di restituire la normale percezione corporea ed una minzione attraverso l'uretra.



**NUOVE MODALITÀ DI INTERVENTO**

Da 10 anni circa si sta diffondendo in centri specializzati la cistectomia laparoscopica o robot-assistita. Come per la prostatectomia radicale laparoscopica, l'intervento viene effettuato praticando un piccolo foro sull'addome, che viene disteso con anidride carbonica. Successivamente attraverso altri fori (porte) vengono introdotti strumenti miniaturizzati, che vengono mossi all'interno del corpo guidati da una microcamera. Una volta ultimata la parte demolitiva, si pratica una incisione addominale di 7-8 cm da cui viene estratta la vescica e viene effettuata la parte ricostruttiva. La metodica non è ancora da considerare un intervento standard, ma

può essere effettuata in centri specializzati in laparoscopia urologica o laparoscopia robot-assistita, con intervento completamente intracorporeo.

**“Da 10 anni circa si sta diffondendo in centri specializzati la cistectomia laparoscopica o robot-assistita”**

**SOPRAVVIVERE AL TUMORE**

A cinque anni dalla cistectomia il 50% dei pazienti nelle casisti-

che più datate, ma fino all'80% nelle casistiche più recenti, sopravvive al tumore.

In pazienti ad alto rischio operatorio o che rifiutino la chirurgia, o in pazienti molto motivati e selezionati (con una singola lesione tumorale, che risulti negativa ad una seconda resezione endoscopica), si può applicare un protocollo non invasivo con il risparmio della vescica mediante un approccio combinato di chemioterapia sistemica e radioterapia. Con questa modalità multidisciplinare circa il 50% dei pazienti così selezionati sopravvivono a 5 anni e circa il 40-60% di questi riescono a conservare la vescica. Anche in questo caso, è bene ricordare che non si tratta di una terapia standard, ma considerata ancora sperimentale.

Nei casi di malattia ormai con metastasi a distanza (ossa, fegato, polmone) i protocolli chemioterapici moderni consentono un prolungamento della sopravvivenza, ma comunque la prognosi è estremamente grave e la maggior parte di questi pazienti non sopravvive a tre anni. ■