

## IL TUMORE DELLA VESCICA

Il tumore della vescica è il secondo tumore più comune tra quelli in ambito urologico ed interessa soprattutto il sesso maschile. All'atto della diagnosi circa l'**80% dei tumori vescicali** interessano solo gli strati più superficiali della parete della vescica: mucosa (Ta e Carcinoma *in situ*, *Cis*) o lamina propria (T1). Il restante 20% circa dei pazienti presenta all'esordio una malattia che infiltra gli strati più

profondi e quindi la muscolatura, ovvero il cosiddetto detrusore, (T2), o è estesa al di fuori della vescica (T3-T4) e/o ai linfonodi (Fig. 1). I tumori che interessano le vie urinarie alte (uretere, bacinetto, calici) sono molto più rari di quelli vescicali (Fig. 2).

Un **fattore di rischio** importante è rappresentato dal **fumo di sigaretta** che triplica il rischio di sviluppare un tumore vescicale. A rischio, e quindi meritevoli di una più attenta sorveglianza, sono anche i lavoratori di alcuni tipi di **industrie** quali ad es. quelle chimiche, tipografiche, dei coloranti, della gomma, del petrolio e dei pellami.

Fig. 1  
Stadiazione

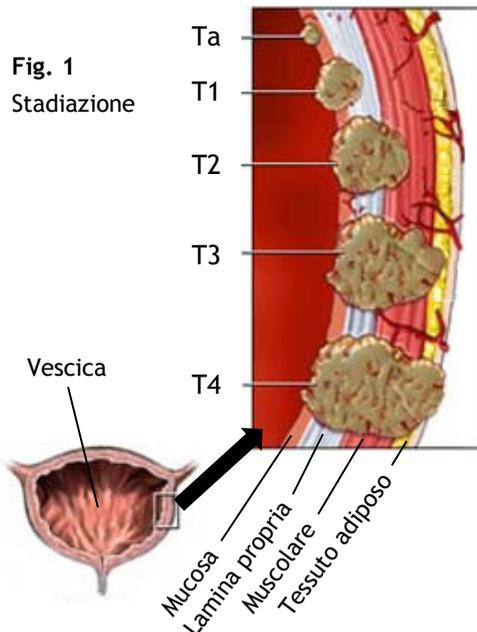


Fig. 2

Urografia con tumore del bacinetto renale sin.

## DIAGNOSI

Il segno iniziale più frequente con cui si presenta un tumore vescicale è l'**ematuria macroscopica** (sangue nelle urine visibile ad occhio nudo), generalmente senza dolore o bruciore minzionale. L'esame radiologico di prima scelta in questi casi è l'**ecografia renale e vescicale** che generalmente è molto attendibile per la diagnosi del tumore vescicale. Altrimenti il tumore vescicale si può manifestare con bruciore alla minzione e pollachiuria (aumento della frequenza ad urinare), sintomi simili ad un'infezione delle vie urinarie.

La **citologia urinaria** (Fig. 3), ovvero l'esame di campioni di urine per la ricerca di cellule atipiche (PAP test), è particolarmente utile nella diagnosi di tumori ad alto grado (G3 o Cis). Il riscontro di una citologia urinaria negativa non esclude comunque la presenza di un tumore a basso grado.

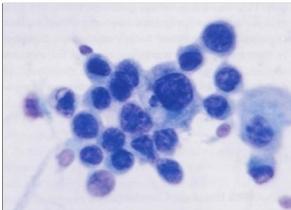
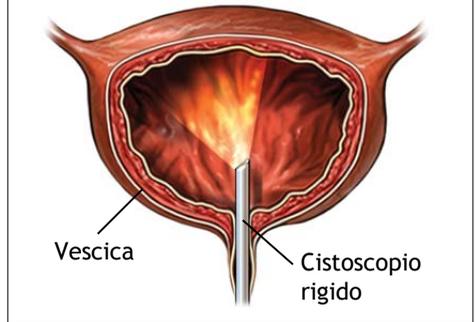


FIG. 3 Citologia urinaria

Tra le indagini che si eseguono di routine presso la nostra divisione e che consentono di escludere o diagnosticare un tumore vescicale vi è l'**uretrocistoscopia**. In genere questo esame si svolge in regime ambulatoriale, in condizioni di asepsi, non richiede il digiuno e dura pochi minuti. L'uretrocistoscopia (fig. 4) consiste nell'introdurre un piccolo

FIG. 4 Uretrocistoscopia



strumento rigido o flessibile (fig.5) attraverso l'uretra fino a visualizzare, mediante una telecamera, le pareti interne della vescica. Generalmente è ben accettata dai pazienti e non richiede anestesia generale o periferica. Di solito è sufficiente lubrificare l'uretra con del gel contenente anestetico. In casi selezionati in presenza di eccessivo fastidio durante la procedura, l'operatore può decidere di sospendere l'esame e ripeterlo con un'assistenza anestesiológica.

Raramente dopo la cistoscopia è possibile riscontrare uretrorragia (perdite di sangue dall'uretra), ematuria, infezione, ritenzione acuta d'urina, urgenza minzionale e pollachiuria e bruciori urinari. In tali casi può essere opportuna una terapia antibiotica.



FIG. 5 Cistoscopia flessibile

Per valutare la presenza di tumori nelle alte vie urinarie e determinare l'estensione del tumore vescicale, in casi selezionati è utile effettuare altri esami radiologici quali, l'urografia endovenosa (Fig.2) e/o la TC dell'addome con m.d.c. (Fig. 6).



Fig. 6 TC addome con m.d.c.: ampio tumore vescicale

## TERAPIA

La gestione di tutti i pazienti che presentano un tumore vescicale richiede innanzitutto una **resezione vescicale trans-uretrale (TURV)** della lesione, per definire il tipo di tumore, l'infiltrazione dei differenti strati della parete vescicale ed il grado di differenziazione (G1-2-3). L'intervento di **TURV** consiste nell'asportazione della o delle neoformazioni endovesicali tramite uno strumento endoscopico (resettore) che viene inserito in vescica attraverso l'uretra (Fig. 7).

La durata di questo intervento varia in relazione alle dimensioni e al numero delle neoformazioni. Più spesso l'intervento si esegue con un'anestesia spinale.

Durante l'intervento la vescica viene distesa con una soluzione irrigante. Le lesioni vescicali vengono rimosse con l'uso di un'ansa attraverso cui passa la corrente di un elettrobisturi (Fig. 8-9);

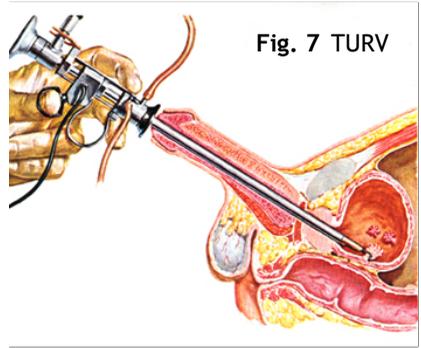


Fig. 7 TURV

tale ansa asporta la lesione facendola a "fettine", dalla sommità fino alla base (resezione). Completata l'asportazione delle lesioni vescicali, si procede alla coagulazione delle aree di resezione per l'emostasi. Nel caso di lesioni molto piccole queste possono essere asportate con una pinzetta. Qualora la neoformazione interessasse lo sbocco dell'uretere in vescica è possibile che venga applicato un cateterino ureterale interno (stent a doppio J) che verrà rimosso o sostituito dopo un periodo di tempo variabile. L'intervento si conclude spesso con l'applicazione di un catetere vescicale a 3 vie per il lavaggio continuo della vescica; la fuoriuscita di liquido di lavaggio chiaro è indice di una buona emostasi.

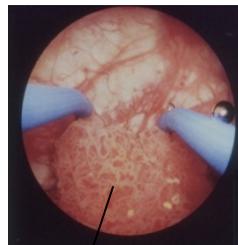


Fig. 8-9  
TURV - Immagini endoscopiche

Lesione vescicale

Ansa elettrificata



Raramente si rende necessaria una nuova endoscopia per la presenza di sanguinamento post-operatorio. Di solito la degenza è di 2-3 giorni e alcune neoformazioni di piccole dimensioni possono essere trattate in Day Surgery. Per circa un giorno dopo l'intervento si somministra una terapia endovenosa e nella maggior parte dei casi si mantiene un lavaggio vescicale continuo con soluzione fisiologica attraverso il catetere vescicale, per un numero di giorni variabile a seconda della profondità della resezione (in caso di perforazione vescicale il catetere potrà essere mantenuto più a lungo).

In genere il paziente viene dimesso senza catetere vescicale.

La comparsa di minzione frequente e bruciore minzionale è generalmente passeggera. In caso di abitudine al fumo, il paziente dovrebbe **smettere di fumare** considerata la relazione tra fumo e recidiva della malattia tumorale.

## TERAPIA E PROFILASSI DEI TUMORI SUPERFICIALI

Nel caso di tumori che non infiltrano la tonaca muscolare della vescica (Ta-T1), l'intervento endoscopico ha una valenza sia diagnostica che terapeutica. In casi selezionati qualora il medico non sia assolutamente certo della stadiazione (superficiale o infiltrante ?) ottenuta tramite la prima TURV potrà indicarne una ripetizione a breve distanza di tempo.

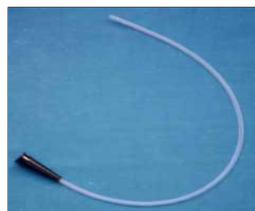
Una buona parte dei pazienti con un tumore vescicale superficiale sviluppa in futuro una **recidiva** (nuovo tumore) se trattato con la sola TURV. La probabilità di sviluppare una recidiva

dipende da molti fattori quali principalmente la profondità di infiltrazione (T), il grado di differenziazione della neoplasia (G), il numero e la dimensione dei tumori, l'invasione vascolare e/o linfatica e la presenza o meno di Cis.

Esiste poi la recidiva con **progressione** ovvero la possibilità, fortunatamente meno frequente, che un tumore inizialmente superficiale si ripresenti col tempo in forma infiltrante e quindi più aggressiva.

In considerazione di quanto appena detto, i pazienti con tumore vescicale non infiltrante la tonaca muscolare, che presentino un elevato rischio di recidiva e/o di progressione, possono essere sottoposti dopo la TURV alla **chemioterapia o immunoterapia endovesicale** (ad esempio mitomicina, epirubicina, gemcitabina, BCG). Il trattamento consiste nella somministrazione ambulatoriale di un farmaco direttamente in vescica, per mezzo di un piccolo catetere applicato attraverso l'uretra (Fig.10).

**FIG. 10**  
Catetere per  
instillazioni  
endovesicali



Il paziente è invitato a bere poco nelle ore che precedono la terapia e ad urinare subito prima dell'instillazione. La sostanza deve essere mantenuta in vescica per circa un'ora al termine della quale il paziente deve urinare. Il trattamento a seconda dei casi può essere eseguito in **singola dose precoce** durante il ricovero subito dopo la TURV,

oppure sotto forma di ciclo di **induzione** di 6 instillazioni a cadenza settimanale, seguite da instillazioni di **mantenimento** con protocolli diversi a seconda del tipo di farmaco. Le instillazioni endovesicali possono provocare disturbi urinari generalmente temporanei associati o meno ad ematuria o febbre. Nel caso di pazienti con Cis vescicale in cui la TURV consente solo di fare diagnosi e non di curare la malattia, l'immunoterapia endovesicale con BCG costituisce la terapia di scelta con una guarigione nel 70% circa dei pazienti. Il paziente con tumore superficiale verrà seguito mediante **periodiche cistoscopie ambulatoriali** (esami da ripetere ciclicamente: ecografia renale e vescicale, citologici e cistoscopia).

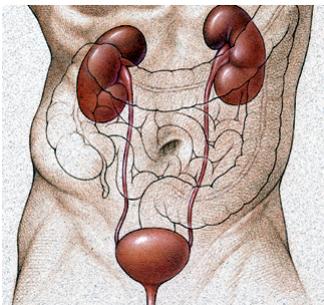
## **TERAPIA DEI TUMORI INVASIVI**

Nel caso di pazienti con tumore vescicale infiltrante almeno la tonaca muscolare o gli strati ancora più profondi ( $T \geq 2$ ), o per quei tumori superficiali a rischio di progressione, non responsivi alle instillazioni, il

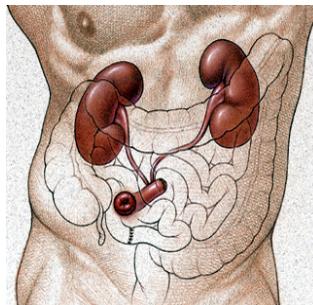
trattamento è più aggressivo. In questo caso l'opzione terapeutica di scelta è rappresentata dall'intervento di **cistectomia radicale con sostituzione della vescica** (quando indicato) o con **derivazione urinaria esterna secondo Bricker** (uretero-ileo-cutaneostomia; le urine vengono raccolte in un sacchetto esterno applicato sulla pelle, Fig 11). Altre modalità di derivazione urinaria meno frequentemente impiegate sono: l'**ureterocutaneostomia** (ovvero l'abbinamento diretto degli ureteri alla cute), l'**ureterosigmoidostomia** (ovvero l'abbinamento degli ureteri all'ultima parte dell'intestino cosicché la minzione e la defecazione avvengono attraverso il medesimo canale) o una **tasca continente** (creazione di un serbatoio intestinale continente abbinato alla cute; il paziente svuoterà tale serbatoio mediante dei cateterismi).

L'alternativa alla cistectomia è rappresentata dalla chemioterapia sistemica associata o meno alla radioterapia e dalla terapia radiante da sola.

**Nell' uomo** la cistectomia radicale



Anatomia normale: gli ureteri conducono l'urina in vescica

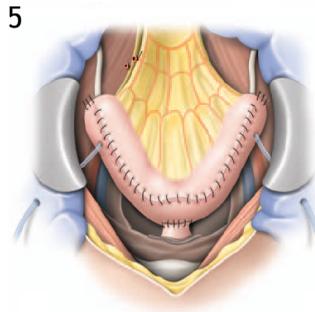
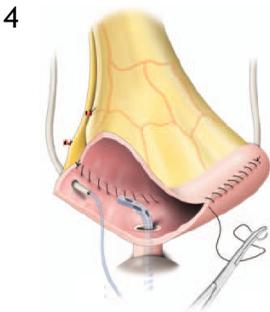
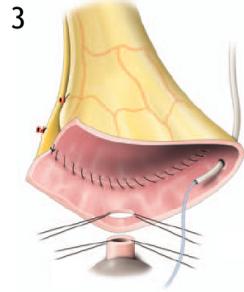
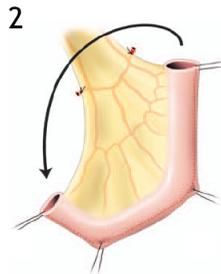
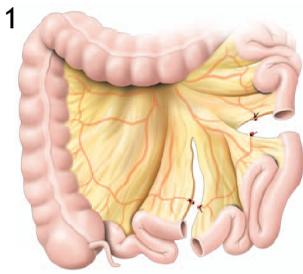


Uretero-ileo-cutaneostomia: gli ureteri sono collegati ad un'ansa intestinale isolata che drena l'urina all'esterno



L'urina è raccolta in un sacchetto collegato alla stomia tramite una particolare placca

**FIG. 11**



**Fig. 12**  
Neovescica sec. Camey II

- 1 Isolamento di un tratto dell'intestino (ileo)
- 2-3-4 Configurazione del serbatoio e collegamento degli ureteri e dell'uretra
- 5 Risultato finale

consiste nell'asportazione della vescica e della prostata con legatura dei deferenti; **nella donna** oltre alla vescica vengono asportati l'utero, le ovaie e parte della vagina. L'intervento può venire eseguito con la tecnica tradizionale, che prevede un'incisione dall'ombelico al pube, oppure, in casi molto selezionati, con la tecnica laparoscopica.

Le **possibili complicanze** dell'intervento sono rappresentate da: sanguinamento con necessità di trasfusioni, lesioni intestinali, occlusione intestinale, fistole urinose e linfatiche, stenosi anastomotiche (uretero-ileali, ileo-uretrali), laparoceli, trombosi venose agli arti inferiori (per prevenire queste ultime complicanze si eseguono delle punture di eparina e il paziente è invitato a mobilizzarsi precocemente). Nel maschio, all'intervento spesso consegue una **perdita dell'erezione** che può comunque essere recuperata con

particolari presidi. In casi molto particolari può essere effettuato un intervento che mira a salvaguardare i nervi erettori.

Come detto la maggior parte delle derivazioni urinarie prevedono l'impiego di un tratto di intestino, quindi dopo l'intervento per alcuni giorni il paziente dovrà mantenere un sondino nasogastrico e verrà alimentato per via parenterale (attraverso una cannula venosa). Nel caso sia stata effettuata una **neovescica** (Fig. 12), il paziente dovrà mantenere un catetere vescicale per diversi giorni dopo l'intervento.

Verranno effettuati dei lavaggi con soluzione fisiologica attraverso tale catetere per rimuovere il muco prodotto dall'intestino. Dopo la rimozione del catetere vescicale il paziente dovrà seguire una particolare rieducazione dei muscoli del pavimento pelvico per

evitare l' **incontinenza urinaria**. Questa potrà persistere per alcuni mesi e soprattutto di notte, a meno che il paziente non si svegli per urinare ad intervalli regolari (circa ogni 2-3 ore). Lo **stimolo minzionale** non verrà avvertito come di consueto e quando la neovescica è piena il paziente avvertirà un senso di peso nella parte bassa dell'addome. Per urinare dovrà spingere con l'addome al fine di svuotare completamente la neovescica. Generalmente la minzione avviene più facilmente in posizione seduta. E' bene urinare dopo intervalli non troppo lunghi (entro le 2-3 ore) per evitare il rischio che la neovescica si sovradistenda. Se il paziente non ottiene uno svuotamento completo della neovescica sarà necessario ricorrere a degli **autocaterismi**. Alcuni pazienti potrebbero avere necessità di assumere delle sostanze (ad esempio bicarbonato di sodio) per correggere uno squilibrio metabolico denominato **acidosi**. Nel caso di una **derivazione esterna** secondo Bricker il paziente e i familiari dello stesso verranno addestrati da personale esperto circa la cura della stomia (cambio della placca e del sacchetto di raccolta delle urine, detersione della stomia, ecc.). I pazienti verranno messi in contatto con l'**Ambulatorio di Riabilitazione Enterostomale** dove riceveranno una assistenza specifica. Verrà inoltre fornita loro tutta la documentazione per la richiesta dei presidi. E' necessario che il paziente (indipendentemente dal tipo di derivazione urinaria) segua scrupolosamente i controlli ambulatoriali periodici, per monitorizzare la funzione dei reni,

escludere infezioni urinarie, calcolosi della neovescica, squilibri metabolici ed altre possibili evenienze.

In casi particolari, in base all'esito dell'esame istologico, potrà essere discussa insieme all'oncologo l'opportunità di eseguire una **chemioterapia sistemica**.

## **ITER DIAGNOSTICO E TERAPEUTICO nella nostra struttura**

---

1. Episodio di macroematuria o sospetta patologia vescicale.
2. Prenotazione di visita urologica presso il CUP con impegnativa del medico curante. (Accesso in Pronto Soccorso in casi particolari)
3. Visita urologica presso l'ambulatorio di Urologia (Poliambulatori, stanza n° 16). Il paziente è invitato a portare con se l'eventuale documentazione già in suo possesso.
4. Se l'urologo lo ritiene necessario prenota la cistoscopia o richiede esami di approfondimento (es. citologia urinaria, ecografia...)
5. In caso di diagnosi di neoformazione vescicale l'urologo prenota il paziente per l'intervento di TURV (attesa di circa 20 giorni).
6. Prericovero presso il reparto di urologia: visita medica, esami ematochimici, es. urine, rx torace, ecg, visita anestesiologicala, eventuali altre visite specialistiche.
7. Ricovero la mattina precedente l'intervento, oppure la mattina stessa in caso sia stato previsto un

ricovero in Day Surgery.

8. Intervento seguito da eventuale instillazione endovesicale one-shot.

9. La degenza è in genere di 2 o 4 giorni. Alla dimissione vengono programmati tutti i successivi appuntamenti.

10. Prima visita di controllo presso l'Ambulatorio di Patologia Vescicale (DH di Urologia, Padiglione B, IV piano), consegna dell'esame istologico definitivo e programmazione di eventuali cicli di instillazioni o cistectomia.

11. A 3 mesi dall'intervento si esegue la prima cistoscopia di controllo (presso il reparto).

12. Successivo follow-up clinico-strumentale (visite di controllo, cistoscopie, citologia urinaria, ecografia, ecc.) in base al decorso clinico.

## INFORMAZIONI UTILI

### Ambulatorio di Urologia generale

*Ubicazione:* Poliambulatori, stanza n° 16

*Giorni e orari di attività:*

dal lunedì al venerdì, ore 8.30-11.30

*Prenotazioni:*

☎ 800.227717 Lun-ven ore 9.00-17.00

Oppure direttamente agli sportelli CUP

N.B. Per la prenotazione è necessario essere in possesso dell'impegnativa del medico curante.

### Ambulatorio di Oncologia Vescicale

Dedicato al follow-up dei pazienti affetti da neoplasie uroteliali. In particolare vengono seguiti i pazienti sottoposti a TURV e cistectomia radicale.

*Ubicazione:* Day Hospital, Pad. B, IV piano

*Giorni e orari di attività:*

Lunedì ore 14.00-16.00

*Prenotazioni:*

☎ 0321 373.3649 Lun-ven ore 14.00-15.00, oppure recandosi in Day Hospital, Lun-ven ore 14.00-15.00

### Uretro-cistoscopia

Esame che consiste nella visione diretta dell'uretra e della cavità vescicale mediante un apposito strumento, detto cistoscopio, introdotto attraverso l'uretra.

*Ubicazione:* Reparto, Pad. B, IV piano

*Giorni e orari di attività:*

Lunedì e Giovedì ore 8.30-12.00

*Prenotazioni:*

☎ 0321 373.3649 Lun-ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-ven ore 14.00-15.00

### Instillazioni endovesicali

*Ubicazione:*

Day Hospital, Pad. B, IV piano (BCG, Gemcitabina)

Poliambulatori, stanza n° 16 (Mitomicina C, Epirubicina)

*Giorni e orari di attività:*

Lunedì ore 14.00-16.00

*Prenotazioni:*

☎ 0321 373.3649 Lun-ven ore 14.00-15.00 oppure recandosi in Day Hospital, Lun-ven ore 11.00-15.00

Questo opuscolo informativo nasce con lo scopo di trattare in modo semplice e sintetico le problematiche del tumore della vescica e non ha quindi la presunzione di affrontare l'argomento nella sua completezza e nei minimi dettagli. I medici del reparto si rendono disponibili per eventuali approfondimenti e chiarimenti.