

Cosa  
bisogna  
sapere  
e cosa  
è utile  
fare

# TUMORE VESCICALE

IL CANCRO DELLA VESCICA

## ● Tumore Vescicale

La vescica è l'organo deputato a raccogliere le urine prodotte dai reni. La parete della vescica è costituita da 4 strati: mucosa, sottomucosa, muscolare e sierosa. Il tumore vescicale è una malattia piuttosto comune che prende origine dall'epitelio della mucosa (stato più interno della parete) e può essere: 1. superficiale o non muscolo invasivo o 2. infiltrante (invade la parete muscolare e/o sierosa). La tendenza al sanguinamento urinario caratterizza ogni sua forma. Il tipo più frequente di tumore vescicale è il carcinoma uroteliale (in inglese UCC: Urotelial cell carcinoma), chiamato così perché sorge dall'epitelio dell'organo, chiamato Urotelio.

**Cause:** E' ormai accertato che alcuni fattori di rischio predispongono a UCC:

- Il fumo di sigaretta è il fattore più importante. I cancerogeni contenuti nel fumo penetrano nel sangue e vengono eliminati con le urine. Prima di essere espulsi però, agiscono per ore sulle pareti vescicali.
- Lavoratori esposti alle Amine aromatiche, contenute in vernici e coloranti di anilina, possono promuovere la carcinogenesi vescicale.
- La pregressa radioterapia sulla pelvi, per esempio per curare i tumori prostatici o endometri ali o ovarici, può dare predisposizione a sviluppare carcinomi della vescica.
- Predisposizione genetica.



Società Italiana di Urologia  
largo R. Lanciani, 1 - 00162 Roma  
Tel. 0686202637 - Fax 0686325073  
www.siu.it - info@siu.it

Invia le tue domande relative a questo argomento al nostro team di esperti sul sito: [www.siu.it](http://www.siu.it) utilizzando il servizio "L'urologo Risponde"



Materiale informativo  
a cura della  
Società Italiana di Urologia

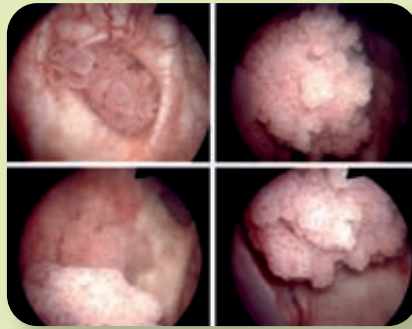
## ● Manifestazioni cliniche

L'ematuria (sangue nelle urine) è il sintomo tipico del tumore vescicale. Anche solo un episodio sporadico deve sempre essere approfondito. Molto spesso l'ematuria da papillomi non si accompagna ad altri sintomi, pertanto viene definita "a ciel sereno".

Se invece il papilloma cresce sul pavimento della vescica può indurre frequenza urinaria, urgenza minzionale, nicturia. Tumori uroteliali sorti sul collo vescicale possono causare anche un quadro ostruttivo, mentre l'infiltrazione degli sbocchi ureterali può causare dolore al fianco/ colica renale.

## ● Diagnosi

In caso di ematuria, il primo esame non invasivo che può essere eseguito è l'ecografia dell'apparato urinario. In caso di tumore sarà visibile una significativa irregolarità del contorno con una o più lesioni aggettanti nel lume dell'organo. Tuttavia l'ecografia non sempre riesce a visualizzare deoformazioni piatte  $O < 5\text{mm}$ , pertanto deve essere sempre integrata con altri accertamenti. La citologia urinaria è un'indagine semplice che ricerca cellule tumorali nelle urine del paziente. Devono essere raccolte le prime urine della mattina perché sono le più ricche di cellule esfoliate dall'epitelio durante la notte. Nel comune studio citologico delle urine su 3 campioni, le urine del mattino dei primi 2 giorni devono essere conservate in frigorifero. La cistoscopia è l'esame fondamentale per diagnosticare UCC. Consiste nell'introdurre una fibra ottica rivestita da un contenitore rigido o flessibile attraverso l'uretra del paziente fino ad arrivare in vescica. Permette di esplorare accuratamente la mucosa vescicale e identificare ogni papilloma o altra lesione sospetta. L'accuratezza diagnostica della cistoscopia supera quella di ecografia e TC riguardo la caratterizzazione di lesioni della parete vescicale. Molti pazienti sono spaventati dalla cistoscopia perché sopravvalutano la sua invasività. E' doveroso sottolineare che, per prima cosa, la cistoscopia nelle donne è una procedura del tutto priva di dolore, a causa della brevità della loro uretra.



Nel maschio l'ostacolo prostatico può creare fastidio ma soltanto nel momento dell'ingresso dello strumento. Inoltre i nuovi cistoscopi,

incluso quello flessibile, riducono ulteriormente il fastidio della cistoscopia, rendendolo analogo a quello di un cateterismo.

**Resezione endoscopica di lesione vescicale** (TURBT: trans urethral resection of bladder tumor): è il momento conclusivo della diagnosi e allo stesso tempo la terapia delle lesioni superficiali. La lesione viene resecata con un'ansa diatermica, la sua base di impianto viene resecata a sua volta e inviata separatamente così che il patologo potrà confermare la diagnosi istologica (come detto sopra una lesione che appare come un papilloma può essere in realtà un tumore di aggressività molto eterogenea), e riportare l'aggressività e la profondità della lesione.

**La TC addome-torace e la Risonanza Magnetica Nucleare** sono utili nelle malattie risultate avanzate all'endoscopia, per definire il grado di invasione parietale, l'infiltrazione degli organi vicini e l'eventuale presenza di metastasi a linfonodi e altri visceri linfonodali. Inoltre permettono di visualizzare le vie escrettrici superiori (pelvi renale e calici) per la possibile presenza di neoformazioni papillari.

## ● Terapia

Se la lesione è superficiale, la terapia si è conclusa con la resezione endoscopica. Si può valutare l'utilità di una terapia intravesicale con chemioterapici o immunoterapici (il celebre BCG: Bacillo di Calmette-Guerin).

Nelle malattie infiltranti la muscolare, è necessaria una terapia più radicale. Il gold standard terapeutico comprende la cistectomia radicale, ovvero l'asportazione di vescica, prostata e vescicole seminali nell'uomo e di vescica, utero tube e ovaie nella donna. Nello stesso intervento si provvede alla derivazione urinaria. Alternative terapeutiche da riservare a casi selezionatissimi sono la cistectomia parziale o la terapia multimodale bladder sparing. Quest'ultima è riservata ai pazienti che non possono sostenere l'intervento chirurgico di cistectomia, per le precarie condizioni generali o perché lo rifiutano. Essa include l'uso di radioterapia esterna e di chemioterapia associate a ripetute resezioni endoscopiche del tumore.

**La derivazione urinaria:** rimossa la vescica è necessario vicariare la sua funzione, ovvero convogliare fuori dall'organismo le urine prodotte dai reni. Esistono molteplici possibilità di derivazione urinaria, le più utilizzate sono:

- **Ureterocutaneostomia:** connettere gli ureteri alla cute, e accumulare le urine in sacchetti adesi all'addome del paziente. E' necessario una volta al mese sostituire i cateterini ureterali che mantengono pervi e funzionanti gli ureteri.
- **Condotta ileale secondo Bricker:** connettere gli ureteri a un segmento intestinale (di ileo) che viene isolato dal resto dell'intestino e collegato alla cute. Adeso all'addome c'è un sacchetto di accumulo di urine che deve essere gestito analogamente a quanto detto per l'ureterocutaneostomia. Tuttavia non ci sono cateterini ureterali da sostituire ogni mese.
- **Neovesica ortotopica:** significa isolare un'ansa intestinale dal restante tubo gastroenterico, detubularizzarla e riconfigurarla in modo da creare un neoserbatoio che viene posizionato nella stessa sede della vescica e ricollegato agli ureteri e all'uretra. In tal modo si mantiene la minzione per la via naturale, l'immagine corporea e una certa indipendenza dalla gestione sanitaria. Tuttavia, rispetto alla vescica naturale, la neovesica ha 4 difetti principali:
  - **Non è innervata**, quindi non avverte il paziente quando è piena, e non si contrae spontaneamente.
  - **Produce muco**, che deve essere fluidificato con mucolitici.
  - **Riassorbe l'urina** (è sempre epitelio intestinale!). Quindi soprattutto i primi tempi è necessario monitorizzare il pH e l'equilibrio idrosalino del paziente.
  - Se gestita scorrettamente da pazienti non sufficientemente motivati, **può scompensarsi** e comportare la riduzione della funzione renale.