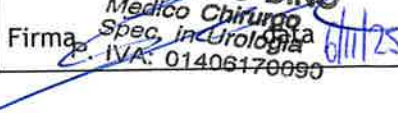


SOMMARIO

1. Introduzione
2. Fattori di rischio
3. Inquadramento diagnostico
4. Diagnosi
5. Trattamento e Follow up della malattia superficiale
6. Follow up
7. Fase di ammissione
8. Fase di ricovero
9. Fase chirurgica
10. Fase post operatoria
11. Fase di dimissione
12. Controllo post operatorio
13. Riferimenti

Dott. Redazione GEORGO DINO Medico Chirurgo Spec. in Urologia P. IVA: 01406170090 Firma: 	Verifica data: 14/11/25 Firma: 	Approvazione data: 13/11/25 Firma: 
--	--	--

SOMMARIO

1. Introduzione
2. Fattori di rischio
3. Inquadramento diagnostico
4. Diagnosi
5. Trattamento e Follow up della malattia superficiale
6. Follow up
7. Fase di ammissione
8. Fase di ricovero
9. Fase chirurgica
10. Fase post operatoria
11. Fase di dimissione
12. Controllo post operatorio
13. Riferimenti

Redazione		Verifica		Approvazione	
Firma	data	Firma	data	Firma	data

1. INTRODUZIONE

Il tumore della vescica è la neoplasia più frequente del tratto genito urinario. il tasso di incidenza standardizzato nel mondo è di 10,1 per 100.000 uomini e 2,5 per 100.000 donne

2. FATTORI DI RISCHIO

Il fumo di sigaretta è sicuramente il fattore di rischio più riconosciuto per il carcinoma vescicale ed una chiara relazione causa-effetto è stata stabilita. L'incidenza del Ca vescicale è direttamente correlata alla durata e al numero di sigarette fumate ed è stata anche osservata una riduzione del rischio di sviluppare questa neoplasia dopo la cessazione del fumo. La riduzione del rischio è del 40% tra 1 e 4 anni dopo la sospensione e raggiunge il 60% dopo i 25 anni. La sospensione del fumo attivo e passivo è indicata come forma di prevenzione primaria.

Esposizione ad agenti chimici occupazionali: rappresentano il secondo più importante fattore di rischio essendo responsabili di circa il 25% dei tumori vescicali. le sostanze principalmente coinvolte sono i derivati del benzene e le arilamine. Le professioni più coinvolte sono quelle in cui vengono utilizzati coloranti, gomme, tessili, vernici, cuoio e prodotti chimici. Grazie allo sviluppo delle leggi per la tutela dei lavoratori queste sostanze, oggi, contribuiscono in maniera minima all'incidenza del carcinoma vescicale. Radioterapia: non è stato evidenziato un aumentato rischio di sviluppo di carcinomi vescicali in pazienti trattati con radioterapia per neoplasie pelviche.

Infezioni urinarie croniche: il carcinoma vescicale infiltrante, ed in particolare il carcinoma a cellule squamose può essere direttamente correlato alla presenza di infezioni urinarie croniche.

3. INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO

Classificazione

I tipi istologici più frequenti sono:

- carcinoma uroteliale a cellule transazionali
- adenocarcinoma
- carcinoma a cellule squamose
- carcinoma a piccole cellule

Più del 90% dei tumori uroteliali origina dalla vescica, 1,8% dalla pelvi renale ed il rimanente 2% prende origine dall'uretere o dall'uretra.

La coesistenza di diversi tipi istologici si può osservare in alcuni casi e sono generalmente legate ad una prognosi peggiore.

4. DIAGNOSI

Segni e sintomi: nel 70% dei casi la macroematuria monosintomatica è il principale e spesso unico segno osservato nei pazienti con neoplasia vescicale.

Nel restante 30% dei casi, il tumore si può presentare con disturbi minzionali di tipo cistitico non responsivi a terapie disinfettanti ed urinocolture negative.

Le forme Ta e T1 si manifestano raramente con disturbi solo di tipo irritativo (urgenza minzionale, pollachiuria e stranguria) che al contrario sono di frequente osservazione nei pazienti con carcinoma in situ. Rara ma possibile la ritenzione acuta di urina nelle neoplasie del trigono dove, in caso di malattia localmente avanzata, si può avere anche idronefrosi.

Indagini diagnostiche:

- Ecografia: è l'indagine iniziale nello studio delle vie urinarie. e in grado di evidenziare difetti di riempimento pelvici e vescicali e (a presenza di lesioni aggettanti nel lume. ha una buona sensibilità ma una minor specificità.
- Citologia urinaria: l'esame citologico delle urine spontanee offre una elevata sensibilità per le forme di alto grado, ma bassa per le neoplasie di grado intermedio e basso.
- Uro-TC: con mezzo di contrasto è usata nella diagnosi di neoplasie delle alte vie urinarie e fornisce una miglior definizione delle pareti vescicali e di eventuali difetti di riempimento.
- RM multiparametrica 3 tesla della vescica con mezzo di contrasto paramagnetico, definisce in modo preciso lo stato di infiltrazione del detrusore vescicale, meglio della tac.
- Uretrocistoscopia: la cistoscopia diagnostica o di follow up si esegue in regime ambulatoriale con lo strumento flessibile. una accurata descrizione della posizione, delle dimensioni, del numero, dell'aspetto (papillare o solido) della neoplasia

vescicale così come eventuali anomalie di aspetto della mucosa vescicale devono essere riportate nell'atto endoscopico.

5. TRATTAMENTO E FOLLOW UP DELLA MALATTIA SUPERFICIALE

- Resezione endoscopica trans-uretrale (TURB): ha un intento terapeutico radicale o palliativo, a seconda dello stadio di malattia. Inoltre, ha una utilità estrema sia come riscontro stadiale e diagnostico. Si tratta di una manovra chirurgica endoscopica eseguita in anestesia spinale che si propone l'asportazione della
- Neoformazione vescicale, distinguendo la porzione esofitica (quella visibile nel lume vescicale), da quella endofitica del tumore, cioè la sua base di impianto e i margini circostanti la base di impianto.
- Chemioterapia e immunoterapia endovescicale adiuvante: l'evidenza scientifica ha dimostrato che la chemio o l'immuno terapia endovescicale diminuiscono la progressione di malattia e il numero di recidive. Chemioterapico più usato è la mitomicina c che viene impiegata a dosaggio di 40 mg per instillazione. Immunoterapico più utilizzato è il bcg. Le instillazioni endovescicali vengono effettuate in regime ambulatoriale secondo schema allegato.

6. FOLLOW UP

In considerazione del rischio di ripresa di malattia e di progressione nei pazienti con carcinoma uroteliale ta-t1, il follow up va eseguito regolarmente con una frequenza che deve essere basata sul grado di rischio.

Pazienti a basso rischio: prima cistoscopia a 3 mesi, se negativa a 9 mesi e quindi ogni anno per i successivi 5 anni. Successivamente, si consiglia un controllo cistoscopico ogni 24 mesi. Ogni controllo cistoscopico deve essere accompagnato dall'esecuzione del citologico urinario su 3 campioni d'urina per 3 giorni consecutivi.

Pazienti ad alto e intermedio rischio: prima cistoscopia a 3 mesi quindi a 6, 9 e 12 mesi. Ogni cistoscopia deve sempre essere associata a citologico urinario su 3 campioni d'urina per 3 giorni consecutivi. Dopo 12 mesi, se follow-up negativo, cistoscopia e citologia urinaria ogni sei mesi per 4 anni e infine una volta all'anno per i successivi 5 anni.

Inoltre, durante il follow-up è necessaria valutazione tramite uro-tac con mezzo di contrasto delle vie urinarie superiori.

Seconda resezione endoscopica o re-TURB second look: il rischio di trovare una malattia residua negli stadi T1 dopo una prima resezione endoscopica è ben documentata. inoltre, nello stadio T1 è molto frequente la sotto stadiazione a causa di artefatti quali l'elettrocoagulazione, edema e zone necrotiche; pertanto, tutti gli stadi t1 devono essere sottoposti a re-turb. gli obiettivi della re-TURB sono:

- eradicazione completa della malattia, corretta stadiazione
- ottimizzazione programma terapeutico e di follow up

Trattamento della malattia infiltrante: la cistectomia radicale rappresenta il trattamento standard per le neoplasie vescicali muscolo invasive (T2-T4, NO, MO).

7. FASE DI AMMISSIONE

Chiamata telefonica per confermare:

- data dell'intervento
- data del prericovero

Prericovero:

- esami ematochimici, ECG, rx torace,
- compilazione della cartella clinica con la raccolta degli accertamenti a cura del medico chirurgo operatore che provvede ad informare il paziente sulla diagnosi, tecnica e procedura chirurgica ed eventuali complicanze o criticità dell'intervento;
- presa visione del modulo di consenso informato per intervento chirurgico (vedi allegato) e firma per accettazione sia del paziente che del medico.
- visita anestesilogica con valutazione del rischio operatorio e presa visione del questionario di anestesia compilato e firmato dal paziente e controfirmato dal medico anestesista, intervento informativo sul tipo di anestesia idonea al trattamento chirurgico.
- presa visione del modulo di consenso informato per rischio anestesilogico e firma per accettazione sia del medico che del paziente,

8. FASE DI RICOVERO

- registrazione presso gli uffici amministrativi
- accoglienza in reparto da parte del personale infermieristico

9. FASE CHIRURGICA

- preparazione preoperatoria come da protocollo di reparto
- intervento chirurgico; la dotazione strumentale prevede:
 - o resettore bipolare con ottica 12' e colonna video
 - o soluzione fisiologica in sacche con sistema di riscaldamento dei fluidi
 - o sistema di aspirazione dei fluidi

Tecnica chirurgica: posizionamento del paziente in posizione litotomica, disinfezione del campo operatorio, allestimento del campo con teleria monouso sterile. Introduzione del resettore in vescica, reperimento dei meati ureterali destro e sinistro, individuazione della lesione neoplastica, asportazione della lesione con ansa bipolare anche con tecnica en-bloc, accurata emostasi della zona resecata. controllo della pervietà dei meati ureterali, asportazione del materiale resecato per il successivo invio all'esame istologico. posizionamento di catetere vescicale con eventuale cistoclisi.

10. FASE POST OPERATORIA

Controllo dei parametri vitali, se presente sospensione in prima giornata della cistoclisi o mantenimento e controllo della cistoclisi se necessario; trattamenti farmacologici prescritti e mobilizzazione attiva del paziente in prima giornata.

11. FASE DI DIMISSIONE

Rimozione del catetere e ripristino della minzione spontanea valutazione assenza di ematuria.

12. CONTROLLO POST OPERATORIO

Compreso nel DRG di ricovero:

- consegna dell'esame istologico
- consigli al paziente per un corretto follow up.

13. RIFERIMENTI

- a. Waters Wb: Invasive Bladder Cancer - Where Do We Go from Here? - Editorial. J Urol 19%; 155: 1910-1911 2.
- b. Rischmann P, Bittard H, Bouchot O Et Al.: Resultats Et Efficacjté D'instillation Endovesicale De Bcg Dans Les Rumeurs Urotheliales Ptig3 Pres Resection Transurethrale Complete - Progres En Urologie 1996; 6: 42-48 3.
- c. Mansson A: The Patient with Bladder Cancer, Thesis, Lund University, Sweden, 1997 4.
- d. Villavicencio Mh: Protocolos De Grupo Uro-Oncologico De La Asociacion Espanola De Urologia, 1997 5. Grjmschaw Jm, Russel It: "Effect of Clinical Guidelines on Medical Practice: A Systemic Review of Rigorous Evaluation". Lancet, 1993; 342: 1317-1322 6.
- e. Agencie Nationale Pour Le Developpment De ('Evaluation Medicale (Andem) , Les Conférence De Consensus, Base Méthodologique Pour La Realisation En France. Paris, Novembre 1990 7,
- f. Institute Of Medicine. Clinical Practice Guidelines. Directions For a New Program. National Academy Press. Washington Dc, 1990 8.
- g. Department For Health and Human Services. Clinical Practice Guidelines Develpoment, Methodology Perspectives. Washington Dc, 1992 9.
- h. Woolf H: Practice Guidelines, A New Reality in Medicine. II - Methods of Developing Guidelines. Arc Intern Med, 1992; 152: 946-952 10.