

Tumori della vescica e delle alte vie escretrici

Tumori della vescica e delle alte vie escretrici

Si definisce *urotelio* il rivestimento cellulare (epitelio di transizione) che viene a contatto con l'urina e riveste l'apparato urinario dai calici renali sino all'uretra.

La vescica è un organo cavo, localizzato nella pelvi ed è deputata alla raccolta dell'urina, proveniente dai reni, tramite gli ureteri (due organi pari e simmetrici che decorrono dalla pelvi renale sino al trigono vescicale). Il tumore della vescica è nella maggior parte dei casi (90%) un tumore "a cellule uroteliali". In rari casi il tumore vescicale può essere un adenocarcinoma o un carcinoma squamocellulare.

Trattandosi nella maggior parte dei casi di una malattia uroteliale, il tumore può essere localizzato anche a carico dell'alto apparato escretore (uretere, pelvi renale e calici). Il tumore della vescica, originando dalla mucosa, solitamente, crea una vegetazione all'interno del lume vescicale (e/o meno frequentemente, una lesione arrossata e piatta, poco visibile con la diagnostica non invasiva).

Alcuni tumori si presentano come lesioni "superficiali", limitate alla mucosa e/o alla lamina propria; altri possono presentare infiltrazione profonda, estesa sino alla tonaca muscolare. L'aggressività delle cellule tumorali vescicali è distinta, infine, in "alto o basso grado di aggressività".

Epidemiologia

La neoplasia della vescica è il quarto tumore più frequente nell'uomo e la seconda neoplasia più frequente a carico dell'apparato urinario. È considerata l'ottava causa di morte per tumore. Al momento della diagnosi il 70% dei pazienti presenta una neoplasia non infiltrante gli strati profondi della vescica.

Fattori di rischio

- **Fumo.** Il fumo è il più importante fattore di rischio, responsabile del 60% circa dei casi. L'incidenza di tumore della vescica è direttamente correlata alla durata del fumo, al numero di sigarette fumate, all'età precoce di inizio e al fatto di essere stati esposti a fumo passivo durante l'infanzia.
- **Esposizione a sostanze chimiche,** soprattutto derivati del benzene ed amine aromatiche.
- **Radioterapia pelvica**
- **Fattori dietetici.** L'incidenza di neoplasia vescicale è inferiore nei soggetti che consumano abbondanti quantità di frutta e verdura.
- **Schistosomiasi urinaria.** Infezione parassitaria presente in modo endemico in Africa, Asia, Sud America che risulta associata allo sviluppo di neoplasia della vescica di tipo squamoso.
- L'utilizzo di **ciclofosfamide**, un agente antineoplastico utilizzato nelle malattie linfoproliferative, è correlato allo sviluppo (con una latenza di 6-13 anni) di neoplasia della vescica.

Diagnosi

Il principale sintomo di presentazione è un episodio di ematuria macroscopica (presenza di sangue visibile nell'urina), abitualmente indolore, che si manifesta nell'85% dei pazienti. In alcuni soggetti può esserci l'insorgenza di sintomatologia urinaria irritativa (urgenza minzionale, bruciore associato alla minzione, necessità di mingere più frequentemente durante la giornata). Può essere presente, nei quadri più avanzati, dolore in zona pelvica.

Gli esami che vengono effettuati nel sospetto clinico di neoplasia vescicale sono:

Esame citologico su tre campioni di urina: utile soprattutto nel follow-up delle neoplasie ad alto grado.

Ecografia dell'apparato urinario utile per neoformazioni di diametro maggiore di 5 mm e per la diagnosi di idronefrosi a carico dell'alto apparato escretore.

Cistoscopia ambulatoriale: è l'esame fondamentale, per le neoplasie della vescica. Si effettua ambulatorialmente, senza necessità di anestesia, tramite uno strumento flessibile, che, introdotto attraverso l'uretra, permette di esplorare la vescica.

URO-TC e/o URO-RM: grazie alla miglior definizione spaziale, sono in grado di studiare più accuratamente dell'ecografia l'estensione locale del tumore e di evidenziare crescite neoplastiche a carico delle alte vie escretrici. Sono utilizzate,

inoltre, nella stadiazione (ricerca di eventuali metastasi linfonodali e/o di organo) prima dell'intervento chirurgico di cistectomia radicale.

TC-PET e Scintigrafia ossea: possono essere utili nella ricerca delle localizzazioni a distanza dei tumori uroteliali.

Terapia

L'approccio terapeutico varia radicalmente in base all'infiltrazione neoplastica e, per tale motivo, si distingue sempre in tumore non muscolo invasivo e tumore muscolo invasivo.

Essenziale comunque l'astensione dal fumo e da eventuali altri fattori di rischio.

I tumori che non invadono il muscolo detrusore, suddivisi in classi a basso e alto rischio di recidiva e progressione, vengono generalmente trattati mediante resezione endoscopica associata o meno a chemio o immunoterapia intravesicale, allo scopo di ridurre la probabilità di recidiva

Le neoplasie infiltranti il piano muscolare necessitano nella stragrande maggioranza dei casi l'asportazione di vescica, prostata e vescicole seminali, nonché del tessuto linfatico circostante (cistectomia radicale) e la derivazione urinaria ortotopica (neovescica intestinale) o eterotopica (tasche continenti, tasca retto-sigmoidea), oppure la creazione di uno stoma urinario esterno incontinente (ureterocutaneostomia o uretero-ileo-cutaneostomia).

Solo in pochi casi selezionati è possibile attuare terapie che risparmino la vescica (cistectomia parziale o chemio-radioterapia dopo resezione endoscopica estesa).

La chemioterapia e i nuovi trattamenti immunoterapici sistemici possono precedere o seguire il trattamento chirurgico radicale.

[Fai clic](#)

Per doverosa informazione, si ricorda che la visita medica rappresenta il solo strumento diagnostico per un efficace trattamento terapeutico. I consigli forniti in questo sito devono essere intesi semplicemente come suggerimenti di comportamento.