

Trattamento conservativo dei tumori delle vie urinarie

L. Nison, G. Bozzini, P. Colin, M. Rouprêt

Il carcinoma uroteliale del tratto urinario superiore è una malattia rara il cui trattamento di riferimento resta la nefroureterectomia totale (NUT) con l'exeresi di una flangia vescicale. Questa modalità terapeutica, tuttavia, comporta una significativa riduzione dei nefroni. Il trattamento conservativo può essere considerato in caso di necessità per i pazienti per i quali la NUT porterebbe alla dialisi o per quelli la cui lesione (non infiltrante, di basso grado e piccola) avrebbe una buona prognosi, soggetta a una stretta vigilanza. La valutazione prima della terapia comprende l'esecuzione di un'ureterorenoscopia flessibile diagnostica con biopsie in situ della lesione per confermare la diagnosi e per perfezionare la caratterizzazione della lesione. Diverse opzioni di trattamento conservativo sono possibili a seconda della localizzazione del tumore, dell'esperienza del chirurgo e della tecnologia disponibile nella struttura. La chirurgia a cielo aperto e laparoscopica delle lesioni uroteliali del tratto urinario superiore è riservata alle lesioni ureterali. La scelta dell'approccio si basa sulle abitudini del chirurgo. Il rischio di recidiva dallo stesso lato è stimato tra il 10% e il 20 %. Il trattamento endoscopico con ureterorenoscopia flessibile e fotovaporizzazione laser è adatto a tutte le localizzazioni tumorali al di fuori dei rari casi di tumori dei calici inferiori, a volte inaccessibili. Questi ultimi possono essere presi in carico con un trattamento di endoscopia percutanea, tecnica riservata ai centri tecnici esperti. Queste modalità di trattamento endoscopico sono gravate da un tasso di recidiva locale e vescicale più importante, che impone ai pazienti un ritmo di monitoraggio sostenuto. Le instillazioni intracavitari di Ameticina® o di BCG-terapia sono proposte da alcune equipe come adiuvanti dei trattamenti endoscopici per limitare il rischio di recidiva. Tuttavia, le prove della loro efficacia e la loro standardizzazione sono da definire. A oggi, non ci sono dati comparativi sufficienti che permettano di affermare l'equivalenza dei trattamenti conservativi con il trattamento di riferimento. Ciò implica che essi siano realizzati in centri di riferimento e proposti a pazienti selezionati. Se la ripetizione del trattamento conservativo rimane un'opzione in caso di recidiva, il ricorso alla nefroureterectomia è da considerare come trattamento di prima istanza in caso di lesione di alto grado.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Carcinoma uroteliale; Tratto urinario superiore; Ureterectomia segmentaria; Ureterosopia; Chirurgia percutanea

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Valutazione pretrattamento	2
■ Condizioni di trattamento conservativo	2
Principi e indicazioni oncologiche	2
Chirurgia a cielo aperto	3
Chirurgia laparoscopica	4
Trattamento endoscopico: ureterorenoscopia flessibile	5
Chirurgia percutanea	7
Instillazione intracavitaria	8
■ Sorveglianza	9
■ Conclusioni	9

■ Introduzione

I tumori del tratto urinario superiore (TVEUS) rappresentano il 5-10 % dei carcinomi uroteliali. L'incidenza di due-quattro casi per 100 000 abitanti per anno sta gradualmente aumentando in base a recenti studi epidemiologici^[1,2].

Il trattamento chirurgico con nefroureterectomia totale (NUT) con l'exeresi di una flangia vescicale attualmente rimane il trattamento di scelta per i TVEUS, secondo il Comitato oncologico dell'Associazione Francese di Urologia (CCAFU) e secondo le raccomandazioni europee (EAU). Il trattamento conservativo con resezione segmentaria o per via endoscopica costituisce un'opzione di trattamento per i tumori scoperti a uno stadio senza infiltrazione del muscolo (40 % dei casi)^[3,4]. Ciò implica, da parte dei pazienti selezionati, l'aderenza a una stretta sorveglianza.

Si individuano due popolazioni di pazienti eleggibili al trattamento conservativo. La prima comprende i pazienti per cui è indispensabile, vale a dire quelli con un solo rene anatomico o funzionale, con compromissione tumorale bilaterale e con un'insufficienza renale per la quale la NUT porterebbe facilmente alla dialisi, o quelli con condizioni precarie a causa di comorbilità significative. La seconda corrisponde ai pazienti per i quali è un'indicazione elettiva, la cui funzione renale è conservata e che presentano una lesione superficiale a basso rischio, la cui escissione può essere completa (tumore unifocale, meno di 1 cm, a basso grado e stadio inferiore a T2) [3,4].

“ Punto importante

Indicazioni elettive al trattamento conservativo dei TVEUS

- Tumore unifocale
- Tumore di piccole dimensioni (diametro < 1 cm per il trattamento endoscopico)
- Tumore di basso grado in citologia o in biopsia
- Assenza di precedente lesione vescicale
- Assenza di segni radiologici di infiltrazione
- Possibile trattamento conservativo definitivo
- Compliance del paziente a una stretta sorveglianza endoscopica (ureterosopia flessibile)

Alcune ricerche evidenziano l'impatto economico positivo di un trattamento conservativo rispetto al costo generato da un'emodialisi definitiva resasi necessaria dopo NUT [5] nelle indicazioni di necessità.

Lo sviluppo di tecniche di imaging, lo sviluppo dell'ureterorenoscopia retrograda e la riduzione di calibro della strumentazione endoscopica [6,7] permettono, oggi, di dare più risalto al trattamento conservativo. Così, lo studio dei dati del Programma di medicalizzazione dei sistemi di informazione francesi mostra un chiaro aumento di questo tipo di cura tra il 2004 e il 2011. Mentre, nel 2004, sono stati rendicontati 418 pazienti trattati con chirurgia conservativa (in tutte le modalità combinate), contro 1729 trattati con NUT, questo rapporto si è evoluto nel 2011 in 1052 trattamenti conservativi contro 1840 trattamenti con NUT [8].

■ Valutazione pretrattamento

L'iter diagnostico completo, raccomandato nel 2013 da CCAFU ed EAU, permette la stratificazione dei pazienti in categorie a rischio e, quindi, un'adeguata selezione di candidati idonei al trattamento conservativo [3,4].

Tale valutazione deve includere un'uro-TC perfusionale con scansioni in tempi successivi, una cistoscopia con citologia urinaria e una TC toracica. L'ureterorenoscopia retrograda o l'ureterosopia flessibile sono fortemente raccomandate in questa valutazione e devono consentire la realizzazione della citologia in situ e di biopsie. Uno stadio con infiltrazione del muscolo o l'interessamento macroscopico linfonodale all'imaging controidicano la chirurgia conservativa. Il grading della biopsia è tanto più importante in quanto sembra correlato allo stadio tumorale [9,10].

Modelli di previsione statistica (nomogrammi) preoperatoria sulla base di questi diversi elementi (presenza di idronefrosi all'imaging, citologia urinaria e grading della biopsia) sono stati descritti per predire lo stadio anatomopatologico finale [11]. Tuttavia, l'uso di questi strumenti matematici nella pratica clinica richiede ancora una loro validazione esterna.

“ Punto importante

Valutazione preoperatoria dei TVEUS

- Uro-TC
- Cistoscopia con citologia urinaria
- Ureterosopia con biopsia

■ Condizioni di trattamento conservativo

Principi e indicazioni oncologiche

L'obiettivo del trattamento conservativo, a prescindere dalla modalità di realizzazione pratica, deve essere la guarigione, consentendo un risparmio di nefroni [12].

La realizzazione di un trattamento conservativo richiede il rispetto di alcune regole di oncologia. La presenza di un margine chirurgico positivo è riconosciuta come un fattore prognostico negativo in caso di NUT [13]. Recentemente, Colin et al. [14] hanno dimostrato che si trattava di un fattore di rischio di recidiva in caso di chirurgia conservativa con resezione segmentaria. Pertanto, l'esistenza di un margine di sicurezza da 1 a 2 cm a monte e a valle della lesione, verificato da un esame istologico estemporaneo, è essenziale in caso di chirurgia a cielo aperto o laparoscopica. In caso di resezione segmentaria dell'uretere, si consiglia di non aprire il tratto urinario prima di aver eliminato la zona tumorale ureterale e di aver eseguito una linfoadenectomia il cui limite dipende dalla localizzazione del tumore [15]. Il rispetto del principio del margine indenne da tumore in chirurgia endoscopica è attualmente basato sulle valutazioni intraoperatorie e potrebbe beneficiare dello sviluppo di nuove tecniche (*imaging a banda stretta*, *fotodiagnosi dinamica*) [16].

La scelta della tecnica dipende dalla posizione della lesione, dall'esperienza del chirurgo e dalla tecnologia a sua disposizione.

La presa in carico conservativa delle lesioni del pielocalice con chirurgia a cielo aperto (pielotomia per exeresi di lesioni peduncolate, pielectomia parziale, nefrectomia parziale per lesioni del calice) è eseguita solo da rare equipe e non è dettagliata qui. Tecnicamente difficile e associata a un alto tasso di recidiva, non è più raccomandata, a beneficio di trattamenti endoscopici [3,4]. Lo sviluppo dell'ureterorenoscopia flessibile e la riduzione di calibro della strumentazione laser hanno reso meno frequente il trattamento percutaneo dei tumori del tratto urinario intrarenale [8], come per la cura dei calcoli intrarenali. Resta un'opzione per le grandi lesioni del bacinetto, la cui resezione endoscopica richiederebbe un tempo operatorio più lungo. Il suo utilizzo riguarda soprattutto le lesioni dei calici inferiori, il cui trattamento completo con ureterosopia flessibile (con capacità di flessione ridotta per la presenza di fibre laser) può essere compromesso.

La resezione segmentaria ureterale con anastomosi ureteroureterale è indicata per i tumori non invasivi e di basso grado dell'uretere prossimale o lombare, che non possono essere completamente trattati con mezzi endoscopici. L'ureterectomia distale con resezione di una flangia vescicale e anastomosi ureterovesicale ha le stesse indicazioni delle lesioni degli ureteri pelvici e iliaci.

In caso di necessità di risparmio renale, l'uso di un'ureterosopia terapeutica dovrebbe essere evitato per lesioni di alto grado, eccetto che per pazienti con scadenti condizioni generali (età, comorbilità significative, punteggio ASA maggiore o uguale a 3), per limitare le conseguenze funzionali della chirurgia a cielo aperto (Fig. 1).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4284555>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4284555>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)