

Cancro della vescica

Cos'è il cancro della vescica?

Siamo qui per spiegarcelo.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CANCRO DELLA VESCICA: UNA GUIDA PER IL PAZIENTE

INFORMAZIONI PER IL PAZIENTE BASATE SULLE LINEE GUIDA PER LA PRATICA CLINICA ESMO

La presente guida è stata preparata dall'Anticancer Fund come servizio per il paziente, per aiutare lui/lei e i suoi familiari a comprendere meglio la natura del cancro della vescica e a riconoscere le migliori scelte terapeutiche a disposizione in base al sottotipo di tumore vescicale da cui è affetto/a. Raccomandiamo ai pazienti di chiedere ai loro medici quali sono gli esami o i tipi di trattamento necessari per la tipologia e lo stadio della loro malattia. Le informazioni mediche riportate in questo documento si basano sulle linee guida per la pratica clinica della European Society for Medical Oncology (ESMO) per il trattamento del cancro della vescica. La presente guida per il paziente è stata sviluppata in collaborazione con l'ESMO ed è distribuita con il permesso dell'ESMO. La guida è stata scritta da un clinico e rivista da due oncologi dell'ESMO, uno dei quali è l'autore principale delle linee guida per la pratica clinica destinate ai medici professionisti. I testi sono stati rivisti anche dai rappresentanti dei pazienti dell'ESMO Cancer Patient Working Group.

Ulteriori informazioni sull'Anticancer Fund sono disponibili all'indirizzo www.anticancerfund.org

Ulteriori informazioni sulla European Society for Medical Oncology sono disponibili all'indirizzo www.esmo.org

La definizione dei termini contrassegnati con l'asterisco è fornita alla fine del documento.

Sommario

Scheda informativa sul cancro della vescica	3
Definizione di cancro della vescica	5
Il cancro della vescica è frequente?	6
Quali sono le cause del cancro della vescica?	7
Come viene diagnosticato il cancro della vescica?	9
Cosa è importante sapere ai fini della scelta del trattamento ottimale?	11
Quali sono le opzioni di trattamento?	14
Quali sono i possibili effetti indesiderati dei trattamenti?	19
Cosa succede dopo la conclusione del trattamento?	23
Definizione dei termini tecnici	25

I testi della presente guida sono stati scritti dalla Dott.ssa An Billiau, Celsus Medical Writing, LLC (Anticancer Fund) e rivisti dalla Dott.ssa Svetlana Jezdic (ESMO), dal Prof. Joaquim Bellmunt (ESMO) e dal Prof. Louis Denis (Stoma-Ilco, Europa Uomo per conto dell'ESMO Cancer Patient Working Group).

Il presente documento rappresenta il primo aggiornamento della guida. Gli aggiornamenti riflettono le variazioni apportate alle successive versioni delle Linee Guida ESMO per la Pratica Clinica. Questo primo aggiornamento è stato preparato dalla Dott.ssa Ana Ugarte (ACF) e rivisto dalla Dott.ssa Svetlana Jezdic (ESMO).

I testi sono stati tradotti in italiano da un traduttore professionista e validati dal Dott. Paolo Grassi.

SCHEDA INFORMATIVA SUL CANCRO DELLA VESCICA

Definizione di cancro della vescica

Il cancro della vescica è un tumore maligno che origina dalle cellule della vescica. La presente guida è dedicata al cancro a cellule transizionali, che si sviluppa cioè nel tessuto che riveste la superficie interna della vescica. Esistono anche altri tipi di cancro della vescica, ma la loro trattazione esula dagli scopi della presente guida.

Diagnosi

- Sintomi comuni del cancro della vescica sono problemi a urinare, presenza di sangue nelle urine, dolore e ostruzione urinaria. Tuttavia, questi sintomi non sono specifici. La cistoscopia è un esame che permette di esplorare l'interno della vescica e dell'uretra al fine di rilevare l'eventuale presenza di tumori.
- Ad oggi esistono esami specifici che aiutano a diagnosticare il cancro della vescica e a valutare il grado di diffusione della malattia. La diagnosi può essere confermata solo dall'esame istologico, ossia l'analisi di laboratorio dei campioni di tessuto tumorale. L'esame istologico fornisce informazioni su caratteristiche specifiche del tumore permettendo di determinare il tipo di cancro vescicale da cui è affetto il paziente.

Trattamento in base all'estensione della malattia (classificazione in stadi)

- Il cancro vescicale non muscolo-invasivo (stadio 0a, stadio 0is, stadio I) è un tumore circoscritto alla mucosa (lo strato superficiale di tessuto che riveste internamente la vescica).
 - Dopo la cistoscopia tutti i pazienti vengono sottoposti a resezione transuretrale del tumore vescicale (*transurethral resection of bladder tumour*, TURBT), un intervento chirurgico che può rivelarsi curativo nel caso in cui sia possibile asportare completamente il tumore.
 - A volte, allo scopo di evitare la recidiva della malattia, potrebbe essere somministrata una terapia adiuvante, consistente nella chemioterapia o nell'immunoterapia instillata direttamente nella vescica.
 - In caso di fallimento di questi trattamenti, un'opzione possibile è rappresentata dalla rimozione della vescica (cistectomia).
- Il cancro vescicale muscolo-invasivo (stadio II, stadio III) è un tumore che ha invaso lo strato muscolare della vescica o si è esteso attraverso la vescica sino ai tessuti circostanti.
 - Il trattamento raccomandato è rappresentato dalla resezione radicale della vescica, accompagnata dalla resezione parziale o completa di alcuni organi circostanti. Questo tipo di intervento può essere leggermente modificato allo scopo di preservare il più possibile gli organi.
 - La chemioterapia o la radioterapia sono raccomandate prima della chirurgia al fine di migliorarne l'esito. Se un paziente rifiuta di sottoporsi a chirurgia o non è considerato idoneo all'intervento chirurgico, le alternative possibili sono rappresentate dalla sola radioterapia, da una TURBT aggressiva o dalla TURBT in combinazione con la radioterapia o/e la chemioterapia.
- Il cancro vescicale avanzato e metastatico (stadio IV) è un tumore che è penetrato attraverso la vescica sino a invadere la parete della pelvi, la parete dell'addome oppure organi distanti.
 - La chemioterapia è l'opzione da preferire poiché, in questo stadio della malattia, è improbabile che la sola chirurgia possa avere un esito curativo. Pazienti selezionati potrebbero trarre beneficio dalla chirurgia e dalla radioterapia effettuate dopo la chemioterapia.

- La radioterapia potrebbe rivelarsi utile anche per ridurre il dolore o per controllare il sanguinamento.
- Trattamento della recidiva:
 - È indicata la chemioterapia a base di vinflunina in associazione con le migliori cure di supporto.
 - In caso di fallimento, è raccomandata la chemioterapia a base di taxani o di derivati del platino.
 - Inoltre, i pazienti vengono incoraggiati a partecipare agli studi clinici.

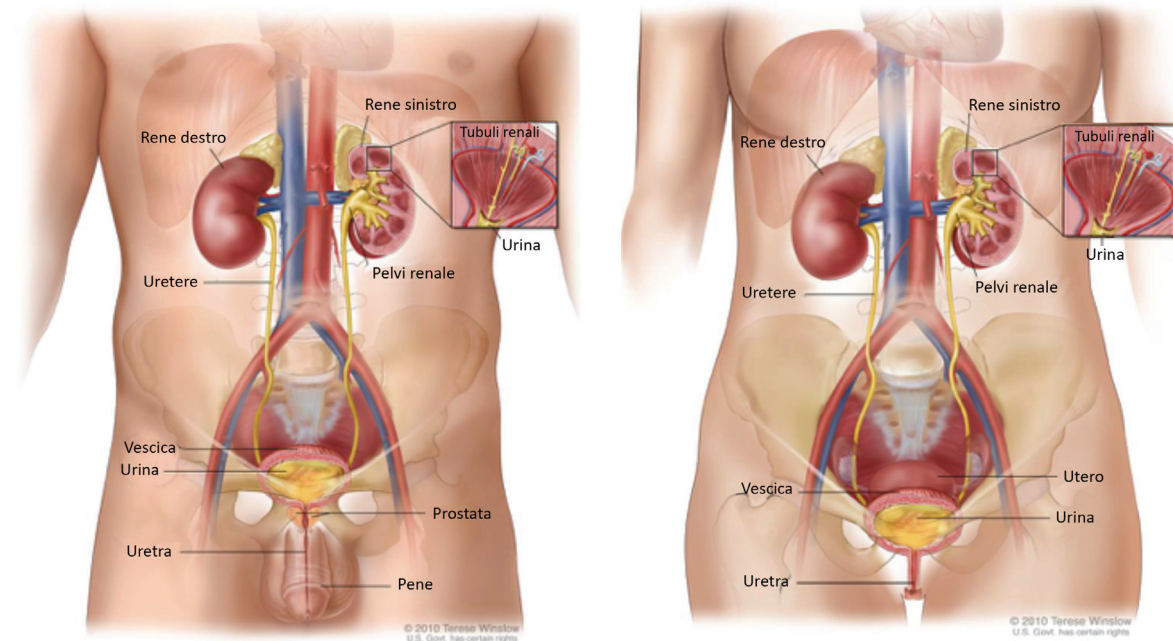
Follow-up

A seconda dello stadio della malattia e del rischio di recidiva, nel corso delle visite programmate potrebbero essere effettuati esami differenti. Nel cancro non muscolo-invasivo, questi esami devono essere ripetuti ogni 3-6 mesi per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi, oppure secondo le indicazioni dell'équipe di medici professionisti che segue il paziente.

DEFINIZIONE DI CANCRO DELLA VESCICA

La definizione fornita di seguito è quella del National Cancer Institute (NCI) degli Stati Uniti d'America, che ne ha gentilmente permesso l'utilizzo.

Il cancro della vescica è un tumore maligno che si forma nei tessuti della vescica, l'organo in cui si raccolgono le urine prima di essere eliminate dal corpo. Il tipo più frequente di cancro della vescica (90%) è rappresentato dal *carcinoma a cellule transizionali**. Questo tipo di cancro origina nelle cellule che costituiscono il normale rivestimento interno della vescica, detto anche *epitelio di transizione** o *urotelio**. Altri tipi di cancro della vescica includono il *carcinoma a cellule squamose**, un tumore che origina nelle cellule piatte e sottili che si trovano nel tessuto di rivestimento della vescica, l'*adenocarcinoma**, un tumore che origina nelle cellule secernenti muco che rivestono la vescica, e alcune altre forme rare. La presente guida è dedicata al carcinoma a cellule transizionali.



Anatomia dell'apparato urinario maschile (sinistra) e femminile (destra). Vengono mostrati i reni, gli ureteri*, la vescica e l'uretra*. Le urine prodotte dai tubuli renali* si raccolgono nella pelvi renale*, per poi defluire dai reni alla vescica attraverso gli ureteri. La vescica raccoglie le urine prima della loro espulsione all'esterno del corpo attraverso l'uretra*.

IL CANCRO DELLA VESCICA È FREQUENTE?

Il cancro della vescica rappresenta la quinta neoplasia maligna più comune in Europa, dove si stima che nel 2012 il cancro della vescica sia stato diagnosticato a circa 151.297 pazienti.

Il cancro della vescica ha una frequenza circa cinque volte maggiore nell'uomo rispetto alla donna. Nel 2012 sono stati registrati 17,7 casi ogni 100.000 uomini e 3,5 casi ogni 100.000 donne. Tra tutti i tumori maligni, il cancro della vescica è al quarto posto per frequenza nella popolazione maschile e al tredicesimo posto in quella femminile.

In Unione Europea, la probabilità che un uomo sviluppi un cancro della vescica nell'arco della vita varia tra l'1,5% e il 2,5%. Questa probabilità aumenta leggermente negli uomini che vivono nelle Fiandre (Belgio), a Malta, in Spagna e in Italia, ove il rischio di contrarre la malattia si attesta tra il 3,1% e il 4,2%. Sempre in Unione Europea, la probabilità che una donna sviluppi un cancro della vescica nell'arco della vita è inferiore all'1%.

Il rischio di insorgenza del cancro vescicale aumenta con l'avanzare dell'età; complessivamente, il 70% dei pazienti che sviluppano un cancro della vescica manifesta sintomi dopo i 65 anni di età.

QUALI SONO LE CAUSE DEL CANCRO DELLA VESCICA?

Ad oggi, le cause del cancro della vescica non sono state ancora interamente chiarite. Sono stati identificati alcuni fattori di rischio*, ma in molti casi nessuno di essi sembra essere presente. I fattori di rischio aumentano la probabilità di sviluppare il cancro, ma non sono una condizione né necessaria né sufficiente a causarlo. I fattori di rischio non costituiscono di per sé una causa.

Alcune persone che presentano questi fattori di rischio non svilupperanno mai un cancro della vescica, mentre altre persone che non presentano nessuno di questi fattori di rischio lo svilupperanno comunque.

I principali fattori di rischio per cancro della vescica sono:

- L'invecchiamento: il cancro della vescica colpisce più frequentemente le persone anziane; complessivamente, il 70% dei tumori vescicali viene diagnosticato in soggetti di età superiore a 65 anni.
- Una precedente storia di cancro della vescica.
- Il fumo di sigaretta: l'abitudine al fumo rappresenta il più importante fattore di rischio per insorgenza del cancro vescicale. Il rischio si riduce dopo oltre 4 anni dalla cessazione del fumo.
- Sono state identificate diverse sostanze chimiche che potrebbero causare il cancro della vescica:
 - o Coloranti a base di aniline: sostanze chimiche che possono essere presenti nei tessuti colorati.
 - o Ciclofosfamide: farmaco chemioterapico* utilizzato per il trattamento dei tumori.
 - o Amine aromatiche: l'esposizione a queste sostanze chimiche può verificarsi in vari ambiti professionali, ivi comprese le industrie di coloranti, cuoio, automobili, metalli, carta e gomma, ma anche nei camionisti, nelle persone che lavorano nelle lavanderie, nei tecnici odontoiatri e nei parrucchieri. In queste circostanze, il cancro della vescica insorge dopo un lasso di tempo di 30-50 anni dall'esposizione.
 - o Arsenico: un aumento del rischio di sviluppare il cancro della vescica è stato rilevato in una regione di Taiwan in cui l'acqua contiene alti livelli di arsenico.
 - o Aristolochia fangchi: è stato osservato un aumento del rischio di cancro vescicale in persone che avevano utilizzato integratori alimentari erroneamente addizionati con questa erba cinese.
- L'irradiazione: si ritiene che l'esposizione a radiazioni* ionizzanti nella regione della vescica, per esempio durante la radioterapia per cancro della prostata, aumenti il rischio di sviluppare il cancro della vescica.
- Alcuni fattori di rischio sono particolarmente importanti per un tipo specifico di cancro vescicale, il *carcinoma a cellule squamose**. Questo tumore è causato dall'irritazione o infiammazione cronica della vescica. Nei Paesi occidentali, i principali fattori di rischio per *carcinoma a cellule squamose* includono il malfunzionamento della vescica, la presenza di un catetere* nella vescica per periodi prolungati, la calcolosi vescicale e le infezioni croniche della vescica. In Africa e in Medio Oriente, un importante fattore di rischio per *carcinoma a cellule squamose* è l'infezione da *Schistosoma hematobium*, un agente microbico diffuso in queste regioni che può infettare la vescica e causare infiammazione cronica.



- Diabete*: i soggetti con diabete di tipo 2 sono maggiormente esposti al rischio di sviluppare un cancro della vescica.

Si sospetta che altri fattori siano associati a un aumento del rischio di cancro della vescica, ma le evidenze sono discordanti:

- Caffè, dolcificanti artificiali e bevande alcoliche: a tutt'oggi non vi sono chiare evidenze che il consumo di queste sostanze sia associato al rischio di sviluppare il cancro vescicale.
- Acqua del rubinetto contenente alti livelli di trihalometani, i prodotti di degradazione del cloro utilizzato per la disinfezione delle acque: alcuni studi indicano che l'ingestione prolungata di questo tipo di acqua del rubinetto può aumentare il rischio di cancro vescicale, ma le evidenze sono discordanti.
- Geni: in generale, avere un membro della famiglia che soffre o ha sofferto di cancro vescicale comporta un rischio leggermente maggiore di sviluppare la malattia. I casi di cancro della vescica imputabili a un gene ereditario difettoso* sono molto rari.
- Uno studio ha dimostrato che essere sovrappeso aumenta il rischio di cancro vescicale, ma questo dato non è stato confermato da altre ricerche.

È stato suggerito che alcuni fattori abbiano un effetto protettivo nei confronti dello sviluppo del cancro vescicale, ma a tutt'oggi non sono disponibili chiare evidenze a supporto di tale ipotesi.

- L'assunzione di liquidi: è stato ipotizzato che l'assunzione di liquidi in grandi quantità possa ridurre il rischio di insorgenza del cancro vescicale nell'uomo, ma i risultati degli studi sono discordanti.
- Il consumo di frutta e verdura: si ritiene che il consumo di frutta e verdura abbia un effetto protettivo.

COME VIENE DIAGNOSTICATO IL CANCRO DELLA VESCICA?

Il cancro della vescica può essere diagnosticato durante un esame obiettivo di routine o essere sospettato in base alla presenza di sintomi specifici.

I sintomi principali sono:

- Presenza di sangue nelle urine (ematuria): questo sintomo, generalmente non accompagnato da dolore, si manifesta nell'85% dei pazienti con cancro della vescica.
- Problemi a urinare: bisogno di urinare più spesso del solito (minzione frequente), necessità impellente di urinare (urgenza) o dolore durante l'emissione delle urine (disuria).

Tuttavia, questi sintomi non sono specifici del cancro della vescica e possono manifestarsi anche in molte condizioni non correlate al cancro, come infezioni urinarie, calcolosi renale o iperplasia prostatica benigna*.

Il cancro della vescica potrebbe ostruire il flusso di urina proveniente dai reni. L'accumulo di urina nel rene può causare distensione del rene stesso (idronefrosi) e dolore.

Oltre a porre domande sui sintomi summenzionati, il medico eseguirà un esame obiettivo generale e richiederà lo svolgimento delle analisi di laboratorio per la valutazione della conta di cellule ematiche e della funzionalità renale.

La diagnosi di cancro della vescica si basa sui seguenti esami:

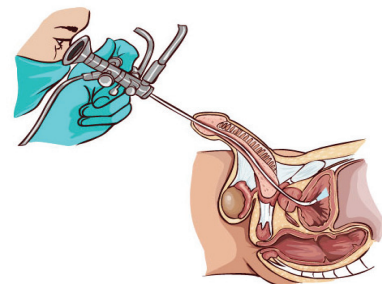
1. Esame clinico*

L'esame obiettivo fornisce informazioni sui segni del cancro della vescica e su altri problemi di salute. Al fine di determinare le dimensioni del tumore vescicale e l'entità della sua diffusione, il medico potrebbe esaminare il retto e la vagina (nella donna).



2. Cistoscopia*

La cistoscopia è un esame specifico della vescica: il medico inserisce nell'uretra* uno strumento a forma di tubo, dotato all'estremità di una fonte luminosa e di una videocamera, al fine di esplorare l'interno della vescica e dell'uretra e di rilevare l'eventuale presenza di tumori. La cistoscopia può essere eseguita nell'ambulatorio del medico; in questi casi viene utilizzato un gel anestetico* locale e la procedura è generalmente ben tollerata. Tuttavia, la cistoscopia può essere eseguita anche in anestesia generale* insieme all'esame clinico bimanuale* della vescica (vedi sopra).



Il medico può inserire nel cistoscopio un sottile strumento chirurgico che permette di prelevare – sotto ispezione visiva diretta – campioni di tessuto direttamente dal tumore o da qualsiasi altra area sospetta. Questa procedura prende il nome di biopsia*. In alcuni casi, il medico potrebbe asportare immediatamente l'intero tumore: tale intervento è chiamato resezione transuretrale di tumore vescicale (TURBT)*. In questo caso, la cistoscopia rappresenta anche il primo step del trattamento.

In circostanze specifiche, il medico ispezionerà inoltre gli ureteri mediante una procedura chiamata ureteroscopia*. In altre circostanze, la cistoscopia comprende anche il prelievo di campioni biotici dall'uretra*.

3. Esame citologico delle urine*

L'esame citologico delle urine è un test di laboratorio effettuato al fine di rilevare l'eventuale presenza di cellule tumorali nelle urine.

4. Esame istologico*

È l'analisi di laboratorio delle cellule tumorali. Viene eseguito sul campione di tessuto tumorale prelevato durante la cistoscopia*. L'esame istologico* confermerà la diagnosi di cancro della vescica e fornirà informazioni sulle caratteristiche specifiche del tumore, permettendo al medico di determinare il tipo di cancro vescicale da cui il paziente è affetto.



Se dopo la cistoscopia sussiste l'indicazione alla chirurgia (solitamente la TURBT*), sarà effettuato un secondo esame istologico sul tessuto tumorale asportato durante l'intervento chirurgico. Questo secondo esame istologico è molto importante per confermare i risultati della prima biopsia* e per ottenere informazioni più accurate sul cancro e sullo stadio della malattia.

5. Esame radiologico*

Se l'esame istologico* dimostra che il tumore ha invaso gli strati più profondi (strati muscolari) della vescica, è necessario eseguire un esame radiologico allo scopo di determinare se il tumore abbia invaso i tessuti e i linfonodi* vicini alla vescica.

L'esame radiologico fa parte di una procedura diagnostica nota come stadiazione* e può consistere in una tomografia computerizzata (TC)* o in una risonanza magnetica (RM)* dell'addome e della pelvi. Poiché nel 2,5% dei pazienti potrebbe essere presente un tumore sincro delle vie urinarie superiori, queste ultime devono essere esplorate mediante indagini di diagnostica per immagini come l'urografia TC o la pielografia retrograda o endovenosa (uno specifico esame radiografico dei reni, della vescica e degli ureteri). Nei pazienti ad alto rischio di metastasi potrebbero essere effettuate indagini aggiuntive come una TC* del torace e, se sono presenti sintomi di diffusione del tumore alle ossa, anche una scintigrafia* ossea.

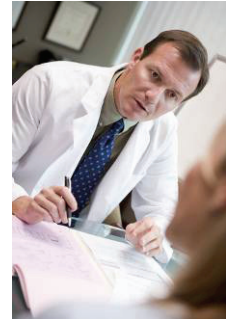


COSA È IMPORTANTE SAPERE AI FINI DELLA SCELTA DEL TRATTAMENTO OTTIMALE?

Ai fini della scelta del trattamento migliore, i medici devono considerare molti aspetti riguardanti sia il paziente sia il tumore.

Informazioni rilevanti sul paziente

- Sesso
- Storia medica personale, malattie e trattamenti pregressi
- Storia di cancro vescicale nei familiari
- Benessere generale e particolari disturbi fisici
- Risultati dell'esame clinico*
- Risultati delle analisi di laboratorio per la valutazione della conta di cellule ematiche e della funzionalità renale ed epatica



Informazioni rilevanti sul tumore

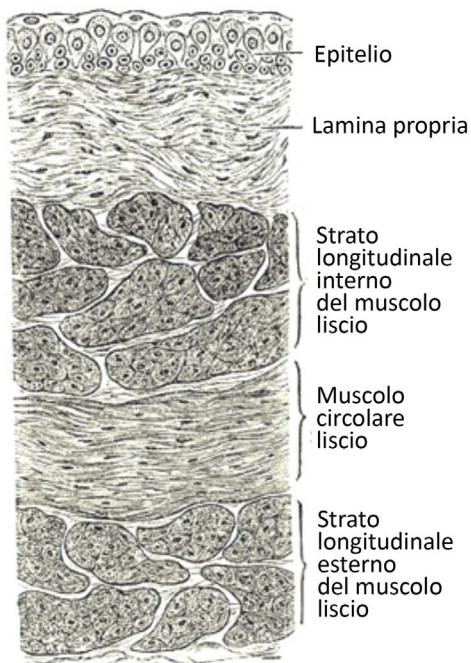
- **Stadiazione***

I medici utilizzano la stadiazione allo scopo di valutare l'estensione del tumore e la prognosi del paziente. Il metodo di stadiazione comunemente utilizzato è il sistema TNM. Nel sistema TNM, il tumore viene classificato in uno degli stadi descritti di seguito in base alla combinazione delle categorie T (dimensioni del tumore e invasione* dei tessuti circostanti), N (interessamento dei linfonodi*) e M (presenza di metastasi* o diffusione del tumore ad altri organi del corpo).

Determinare lo stadio* del tumore è essenziale per poter prendere le giuste decisioni terapeutiche. Meno avanzato è lo stadio, migliore sarà la prognosi. La stadiazione viene effettuata dopo il completamento dell'esame clinico, dell'esame o degli esami radiologici* e dell'esame istologico* del campione prelevato durante la biopsia*. Se sussiste l'indicazione alla chirurgia, verrà effettuata una seconda stadiazione in base all'esame di laboratorio del campione chirurgico.

Nella tabella sottostante vengono descritti i differenti stadi del cancro della vescica. Poiché le definizioni sono piuttosto tecniche, è raccomandabile rivolgersi a un medico per spiegazioni più dettagliate.

Stadio	Definizione (vedi immagine della parete vescicale sotto)	Categoria
Stadio 0a	<i>Carcinoma papillare non invasivo</i> : tumore confinato agli strati cellulari più interni del rivestimento della vescica (epitelio*)	Cancro vescicale non muscolo-invasivo
Stadio 0is	<i>Carcinoma in situ</i> , indicato anche come <i>flat tumour (tumore piatto)</i> : tumore di alto grado confinato agli strati cellulari più interni del rivestimento della vescica (epitelio*)	
Stadio I	Il tumore invade i tessuti connettivi più profondi del rivestimento della vescica (lamina propria*)	
Stadio II	Il tumore invade la parete muscolare della vescica. Lo stadio II è suddiviso in 2 distinti sottostadi: T2a: il tumore invade la metà interna della parete muscolare della vescica T2b: il tumore invade la metà esterna della parete muscolare della vescica	Cancro vescicale muscolo-invasivo
Stadio III	Il tumore invade i tessuti che circondano la vescica. Lo stadio III è suddiviso in 3 distinti sottostadi: T3a: invasione microscopica* T3b: invasione macroscopica* T4a: invasione degli organi adiacenti alla vescica: prostata* nell'uomo, utero e/o vagina nella donna	
Stadio IV	Il tumore invade la parete pelvica e/o addominale oppure il tumore ha dato origine a metastasi* in uno o più linfonodi o in un organo distante dalla vescica	Malattia avanzata e metastatica



Strati della parete vescicale. Vengono mostrati la mucosa* (il rivestimento della vescica costituito dall'epitelio* e dalla lamina propria*) e gli strati muscolari.

- **Risultati della biopsia***

Il tessuto tumorale ottenuto dalla biopsia sarà analizzato in laboratorio da un anatomo-patologo*. Questa procedura prende il nome di esame istologico*. Se dopo la cistoscopia* viene eseguita la chirurgia, l'esame istologico sarà eseguito una seconda volta sul tumore e sui linfonodi* rimossi durante l'intervento. Questo secondo esame istologico è molto importante per confermare i risultati della prima biopsia e per ottenere ulteriori informazioni sullo stadio del cancro. I risultati della biopsia includono:

- **Il tipo istologico***

Il tipo istologico indica il tipo di cellule da cui è costituito il tumore. Circa il 90% dei tumori della vescica è rappresentato da *carcinomi a cellule transizionali**. I carcinomi a cellule transizionali, a cui è dedicata la presente guida, sono noti anche come *carcinomi uroteliali* e originano dall'epitelio di transizione*. L'epitelio di transizione è costituito da molteplici strati di cellule che possono cambiare forma quando la vescica si riempie e che rivestono la parete più interna della vescica.

Il restante 10% dei tumori vescicali è costituito per lo più da *carcinomi a cellule squamose** e da *adenocarcinomi**. Altri tipi istologici sono molto rari.

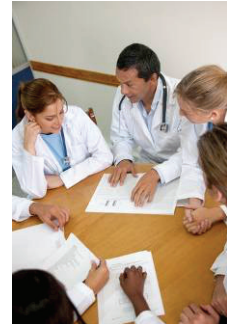
- **Grado***

Il grado è definito dalla misura in cui le cellule tumorali differiscono nel loro aspetto dalle cellule che si osservano normalmente nel tessuto sano di rivestimento della vescica. Quanto più le cellule tumorali presentano caratteristiche anomale rispetto alle cellule sane, tanto maggiori saranno la loro velocità di proliferazione e il loro grado di invasività. Il cancro della vescica può essere classificato in 4 differenti gradi:

- *Papilloma*: tumore costituito da cellule non maligne.
- *Neoplasia uroteliale papillare a basso potenziale maligno (papillary urothelial neoplasm of low malignant potential, PUNLMP)*: tumore costituito da cellule non maligne tipicamente ricoperto da uno spesso strato di epitelio di transizione*.
- *Carcinoma uroteliale di basso grado*: tumore maligno a crescita lenta e a basso rischio di diffusione.
- *Carcinoma uroteliale di alto grado*: tumore maligno a crescita rapida e a più alto rischio di diffusione.

QUALI SONO LE OPZIONI DI TRATTAMENTO?

La pianificazione del trattamento richiede il coinvolgimento di un'équipe multidisciplinare* di professionisti medici. Normalmente, specialisti di branche diverse si riuniscono allo scopo di analizzare e discutere ogni singolo caso in quella che viene chiamata opinione multidisciplinare* o *tumour board**. Nel corso di questa riunione viene discussa la pianificazione del trattamento utilizzando le informazioni rilevanti descritte in precedenza.



In genere, il trattamento combina terapie che:

- Agiscono sul cancro a livello locale come la chirurgia, la radioterapia*, la chemioterapia* locale e l'immunoterapia* locale.
- Agiscono sulle cellule tumorali presenti in tutto il corpo mediante la chemioterapia sistemica.

L'entità del trattamento dipenderà dallo stadio della malattia, dalle caratteristiche del tumore e dai rischi per il paziente.

Tutti i trattamenti descritti di seguito presentano benefici, rischi e controindicazioni*. Si consiglia ai pazienti di chiedere ai loro medici quali sono i rischi e i benefici attesi di ogni trattamento, affinché essi siano pienamente consapevoli degli effetti e delle possibili conseguenze della terapia. Per alcuni trattamenti sono disponibili alternative diverse e la scelta di un'opzione al posto di un'altra deve essere discussa soppesando i rischi e i benefici.

Piano di trattamento per la malattia non muscolo-invasiva (stadio 0a, stadio 0is, stadio I)

A questi stadi, il tumore è confinato allo strato superficiale della parete vescicale (mucosa) e non invade lo strato muscolare della vescica. L'obiettivo principale del trattamento è quello di rimuovere il tumore a livello locale mediante chirurgia (TURBT*). Tuttavia, al fine di ridurre il rischio di ricomparsa o di progressione del tumore è raccomandabile somministrare direttamente nella vescica un trattamento locale aggiuntivo (detto trattamento intravesicale* adiuvante*).*

Il tipo di terapia adiuvante dipende dal rischio di progressione e di recidiva*: per i pazienti con tumori in stadio 0a o I, il rischio si calcola mediante un punteggio basato su diverse caratteristiche specifiche del tumore.*

Cistoscopia* e resezione transuretrale di tumore vescicale (TURBT)*

Dopo la cistoscopia iniziale, tutti i pazienti vengono sottoposti a TURBT. Spesso il tumore viene asportato *in toto* e, in questo caso, la TURBT è il trattamento definitivo. Tuttavia, a volte è raccomandabile somministrare un trattamento aggiuntivo (detto trattamento adiuvante*) con farmaci che si applicano direttamente nella vescica (trattamento intravesicale*). Il tipo di trattamento aggiuntivo dipende dal rischio individuale di recidiva e di progressione*, ma anche dalla capacità del paziente di tollerare gli effetti indesiderati*.

In pazienti selezionati con tumori ad alto rischio, si raccomanda di eseguire una seconda TURBT, prima o dopo la terapia intravesicale, allo scopo di rilevare eventuali residui tumorali e di fornire una stadiazione più accurata.

Chemioterapia* o immunoterapia* intravesicale*

Al fine di ridurre il rischio di recidiva e di progressione*, subito dopo la chirurgia tutti i pazienti sottoposti a TURBT* ricevono una singola instillazione intravesicale* con un agente chemioterapico*. Il farmaco utilizzato nella maggior parte dei casi è mitomicina C*, ma può essere instillata anche epirubicina* o doxorubicina*.

Nei pazienti con tumori a basso rischio di recidiva e di progressione, per completare il trattamento è sufficiente una singola instillazione. Nei pazienti considerati a rischio intermedio o alto di recidiva o progressione tumorale, la prima instillazione deve essere seguita da un'altra chemioterapia intravesicale o dall'immunoterapia intravesicale con il bacillo di Calmette-Guérin (BCG)* (vedi oltre). La scelta tra chemioterapia o immunoterapia dipende dal profilo di rischio del singolo paziente. Solitamente, la chemioterapia viene somministrata per un periodo massimo di 1 anno, mentre la durata dell'immunoterapia è di minimo 1 anno.

Immunoterapia* intravesicale* con bacillo di Calmette-Guérin (BCG)*

In pazienti con profili di rischio selezionati è raccomandabile somministrare la terapia intravesicale con bacillo di Calmette-Guérin (BCG), un vaccino utilizzato per conferire protezione nei confronti della tubercolosi *. Il meccanismo d'azione della terapia intravesicale con BCG non è stato ancora esattamente definito. Si ritiene che BCG induca una reazione immunitaria* che uccide le cellule tumorali. Pertanto, il trattamento con BCG è considerato un tipo di immunoterapia.

In genere si somministra un regime di trattamento iniziale di 6 settimane (detto terapia di induzione), seguito dalla cosiddetta terapia di mantenimento per un periodo minimo di 1 anno. Alcuni regimi di mantenimento hanno una durata di due anni.

Cistectomia*

La cistectomia è raccomandata per i pazienti con tumori in stadio 0is e I che non rispondono al trattamento intravesicale* adiuvante*.

Piano di trattamento per la malattia muscolo-invasiva (stadio II, stadio III)

A questi stadi, il tumore ha invaso lo strato muscolare della vescica o si è esteso attraverso la parete vescicale infiltrando i tessuti adiacenti alla vescica. L'obiettivo del trattamento è quello di rimuovere chirurgicamente la vescica in toto, i linfonodi pelvici e gli organi vicini. Prima della chirurgia viene somministrata la chemioterapia* allo scopo di ridurre le dimensioni del tumore, di attaccare le cellule cancerose di eventuali metastasi* troppo piccole per essere rilevate e di ridurre il rischio che le cellule tumorali si diffondano ad altre parti del corpo durante l'intervento chirurgico.*

Cistectomia radicale*

Il trattamento standard del cancro vescicale muscolo-invasivo include la cistectomia radicale. Per gli uomini, questo intervento prevede la rimozione completa della vescica e di tutto il tessuto tumorale visibile, ma anche dell'uretra*, della prostata*, delle vescicole seminali*, della porzione inferiore degli ureteri* e dei linfonodi* pelvici. Per le donne, la cistectomia radicale prevede la rimozione della vescica, di tutto il tessuto tumorale visibile e resecabile, dell'uretra *in toto*, della porzione inferiore degli ureteri, della vagina* e dell'utero* adiacenti e dei linfonodi pelvici.



In alcuni pazienti, questa procedura potrebbe essere leggermente modificata allo scopo di preservare determinate strutture anatomiche. La possibilità di conservare tali strutture dipende dall'entità della diffusione del tumore e deve essere attentamente valutata in ogni singolo paziente.

La cistectomia radicale* ha come conseguenza la perdita della funzione della vescica, ossia la raccolta delle urine. Per permettere l'espulsione delle urine all'esterno, il chirurgo collegherà gli ureteri* a un nuovo sbocco creato artificialmente (una procedura che prende il nome di diversione urinaria*). Questo nuovo sbocco può essere rappresentato dall'uretra*, dalla pelle dell'addome o dal segmento terminale dell'intestino crasso (diversione rettosigmoidea). La scelta dell'approccio dipende da molti fattori, ivi compresi lo stadio del tumore, le strutture anatomiche che possono essere conservate dopo la cistectomia radicale, le condizioni mediche generali del paziente e le sue preferenze. Le differenti opzioni disponibili saranno discusse in un punto successivo del documento (vedi il paragrafo sugli effetti indesiderati* dei trattamenti).

Inoltre, la cistectomia radicale potrebbe includere la rimozione di alcuni organi riproduttivi*, con conseguenti disfunzioni sessuali* e/o perdita della funzione riproduttiva* (vedi il paragrafo sugli effetti indesiderati* dei trattamenti).

Chemioterapia*

È raccomandabile che i pazienti con malattia in stadio T2 o T3 ricevano la chemioterapia neoadiuvante di combinazione, ossia una combinazione di farmaci chemioterapici* da somministrare prima della cistectomia* o della radioterapia* definitiva. Le combinazioni raccomandate includono gemcitabina* e cisplatino* (un regime indicato con l'abbreviazione GC) o metotrexato*, vinblastina*, doxorubicina* e cisplatino (un regime indicato con l'abbreviazione MVAC). Scopo della terapia neoadiuvante* è quello di eradicare eventuali micrometastasi*, di ridurre le dimensioni del tumore primitivo e di ridurre il rischio di diffusione delle cellule tumorali durante la procedura chirurgica.

Radioterapia*

La sola radioterapia può essere indicata per i pazienti clinicamente non idonei a sostenere un intervento chirurgico estensivo di cistectomia radicale*.

In casi selezionati in cui l'obiettivo del trattamento è quello di conservare la vescica, la radioterapia può essere somministrata nell'ambito di un trattamento di combinazione* (vedi: terapia di conservazione dell'organo*).



Terapia di conservazione dell'organo*

La terapia di conservazione dell'organo è un trattamento in cui viene preservata la vescica. Essa viene proposta ai pazienti che rifiutano di sottoporsi a cistectomia* radicale o che non sono clinicamente idonei a sostenere questo tipo di intervento e può includere: la TURBT* aggressiva, la TURBT in combinazione con la radioterapia* o la chemioterapia*, o la TURBT in combinazione con la radio- e la chemioterapia. Quest'ultima strategia è chiamata trattamento di combinazione trimodale e rappresenta l'approccio da preferire.

La terapia di conservazione dell'organo può essere presa in considerazione anche in pazienti selezionati con cancro vescicale in stadio precoce, a condizione che essi soddisfino una serie di rigorosi criteri medici aggiuntivi.

La terapia di conservazione dell'organo richiede uno stretto follow-up* a lungo termine comprensivo di cistoscopia* e di esame citologico delle urine* allo scopo di valutare la risposta al trattamento e di identificare un'eventuale recidiva della malattia. In presenza di malattia persistente o ricorrente, se possibile è raccomandata una cistectomia immediata.

Piano di trattamento per la malattia avanzata e metastatica* (stadio IV)

A questo stadio, il tumore si è esteso attraverso la parete della vescica sino a invadere la parete pelvica o addominale, o si è diffuso oltre l'addome sino a invadere organi distanti. Poiché la rimozione in toto del tumore mediante chirurgia è tecnicamente difficile o non è clinicamente indicata, l'obiettivo primario del trattamento è quello di annientare le cellule tumorali utilizzando la chemioterapia somministrata attraverso una vena, che agisce pertanto a livello sistemico.

Chemioterapia*

Il regime di combinazione standard è rappresentato da cisplatino* più gemcitabina* (abbreviato GC) o da metotrexato*, vinblastina*, doxorubicina* e cisplatino (abbreviato MVAC). Il regime MVAC causa più effetti tossici rispetto al regime GC. I pazienti con malattia localmente avanzata (interessamento dei linfonodi* e assenza di metastasi* viscerali in organi* distanti) e quelli clinicamente idonei potrebbero essere candidabili a ricevere MVAC ad alte dosi in combinazione con il fattore stimolante le colonie granulocitarie* (*granulocyte-colony stimulating factor, G-CSF*), un fattore di crescita che può migliorare la tollerabilità della chemioterapia.



Circa la metà dei pazienti è ritenuta clinicamente non idonea a tollerare il cisplatino a causa delle condizioni generali di salute scadenti, della ridotta funzionalità renale o della presenza di altre malattie. Questi pazienti vengono trattati con carboplatino* e gemcitabina* (abbreviati CarboGem), con metotrexato*, carboplatino e vinblastina (abbreviati M-CAVI) oppure con un taxano* o con gemcitabina da soli. In questi casi, il trattamento di riferimento è rappresentato da CarboGem. M-CAVI è associato a una frequenza leggermente superiore di effetti tossici rispetto a CarboGem.

Il medico valuta la tollerabilità dopo ogni ciclo di chemioterapia, mentre la risposta al trattamento viene valutata ogni 2-3 cicli di chemioterapia mediante le stesse indagini radiologiche utilizzate per identificare le lesioni tumorali.

Chirurgia e radioterapia* dopo chemioterapia sistemica*

Per pazienti selezionati con malattia localmente avanzata, potrebbe essere presa in considerazione la chemioterapia sistemica seguita da cistectomia e linfadenectomia* o la radioterapia.

Radioterapia*

La radioterapia può essere utile per alleviare il dolore o per controllare il sanguinamento.

Trattamento della recidiva

In caso di ricomparsa della malattia dopo il trattamento con la chemioterapia a base di platino per la malattia metastatica si raccomanda vinflunina* in associazione con le migliori cure di supporto. Vinflunina come chemioterapia di seconda linea viene proposta quando la progressione si verifica meno di 12 mesi dopo il completamento del trattamento di prima linea. In questo caso potrebbe essere proposta anche la chemioterapia a base di taxani* o la partecipazione a uno studio clinico. Se la progressione si verifica a distanza di oltre 12 mesi dal completamento della terapia di prima linea, può essere preso in considerazione il ritrattamento con la chemioterapia a base di platino.

Trattamento delle complicazioni causate dalla malattia

Ostruzione del flusso urinario

Il cancro della vescica può ostruire il flusso urinario e causare l'accumulo di urine nei reni, con conseguente comparsa di dolore e di compromissione della funzionalità renale. Se la cistectomia* non è fattibile a causa dello stato avanzato della malattia o perché il paziente non è clinicamente idoneo a sostenere questo tipo di procedura, potrebbe essere necessario deviare il flusso urinario dalla vescica all'esterno del corpo. Tale deviazione può essere creata chirurgicamente collegando il rene o l'uretere* alla pelle dell'addome mediante due procedure chiamate rispettivamente nefrostomia e ureterostomia. Le urine si raccolgono in un sacchetto di plastica fissato alla pelle.

QUALI SONO I POSSIBILI EFFETTI INDESIDERATI DEI TRATTAMENTI?

Chirurgia

Rischi ed effetti indesiderati generali

Tutti gli interventi chirurgici eseguiti in anestesia* generale sono associati al rischio di sviluppare alcune complicazioni. Queste complicazioni si verificano raramente e includono la formazione di coaguli di sangue nelle vene, problemi cardiaci o respiratori, sanguinamento, infezioni o reazioni all'anestesia*. In linea di massima, queste complicazioni possono essere prevenute mediante un'accurata valutazione medica preoperatoria.

La vescica è situata nella pelvi insieme ai linfonodi* pelvici, ad alcune porzioni dell'intestino, a importanti vasi sanguigni e, nelle donne, agli organi riproduttivi*. A seconda dell'estensione delle resezioni chirurgiche necessarie per ottenere risultati ottimali, alcune di queste strutture potrebbero essere danneggiate. L'esecuzione di una stadiazione* accurata e di specifici esami di diagnostica per immagini* prima dell'intervento aiuterà a ridurre al minimo questo rischio.

L'asportazione dei linfonodi* situati nella cavità pelvica e addominale può danneggiare od ostruire il sistema linfatico* con conseguente comparsa di linfedema*, una condizione caratterizzata da gonfiore alle gambe dovuto all'accumulo di liquido linfatico*. Questa complicanza può verificarsi subito dopo l'intervento, ma anche in un momento successivo.

Perdita della funzionalità della vescica dopo cistectomia

Una delle conseguenze della cistectomia è la perdita della funzionalità della vescica. Ad oggi sono disponibili diverse opzioni chirurgiche che permettono di deviare il flusso urinario e di raccogliere le urine all'interno o all'esterno del corpo. L'opzione ottimale deve essere oggetto di attenta valutazione e dipenderà dallo stadio del tumore, dal tipo di procedura chirurgica effettuata, dalle condizioni generali del paziente e dalle sue preferenze. Le diverse alternative disponibili vengono discusse brevemente di seguito. Per ulteriori informazioni si consiglia di consultare un medico.

Neovescica ortotopica. Viene costruita una nuova vescica (neovescica); si confeziona una tasca tra gli ureteri* e l'uretra* utilizzando un segmento di tessuto intestinale. Ortotopica significa che la nuova vescica si trova nella stessa posizione in cui si trovava la vescica originaria. Questa tasca raccoglierà le urine che passeranno poi attraverso l'uretra.

Diversione addominale. Il chirurgo collega gli ureteri* a un'apertura artificiale creata nella parete addominale che prende il nome di stomia*. Il chirurgo può creare una comunicazione diretta tra gli ureteri e l'esterno o utilizzare un segmento di tessuto dell'intestino tenue al fine di deviare il flusso urinario verso la stomia. Le urine si raccolgono in un sacchetto di plastica fissato alla pelle. Inoltre, il chirurgo può confezionare una tasca sulla parete interna dell'addome e una stomia che non permette il passaggio spontaneo delle urine all'esterno: in questo caso la tasca può essere svuotata dall'esterno utilizzando un catetere*. Questa procedura è chiamata diversione urinaria continente*.

Diversione rettosigmoidea. Il chirurgo collega gli ureteri* al segmento terminale dell'intestino crasso, chiamato retto-sigma, dove si accumulano normalmente le feci prima di essere espulse all'esterno. Dopo l'intervento, il retto-sigma avrà la stessa funzione di raccolta per le urine. Il chirurgo potrebbe posizionare un segmento intestinale tra gli ureteri e il retto-sigma.

La natura e la frequenza degli effetti indesiderati* di queste diversioni* dipenderanno dal tipo di procedura utilizzata. I problemi più frequenti sono rappresentati dal restringimento dell'uretere in corrispondenza della stomia* e dalle infezioni ai reni.

Disfunzioni sessuali e/o perdita della funzione riproduttiva*

La cistectomia radicale* include la resezione dell'uretra*, delle vescicole seminali* e della prostata* nell'uomo e la resezione dell'utero* e di parte della vagina* nella donna. La perdita di questi organi riproduttivi* può portare a disfunzioni sessuali*, alla perdita della capacità di procreare nell'uomo e di iniziare una gravidanza nella donna. Il medico indirizzerà questi pazienti a professionisti specializzati del settore.

Radioterapia*

Gli effetti indesiderati* della radioterapia possono verificarsi in organi colpiti direttamente, ma anche in organi sani situati in prossimità della vescica e che non possono essere evitati dai raggi X*. Per il cancro della vescica, le moderne tecniche radioterapiche sono molto sicure e complicanze maggiori si verificano in meno del 5% dei pazienti.

Gli effetti sulle vie urinarie includono dolore durante l'espulsione delle urine, necessità urgente di urinare, presenza di sangue nelle urine, ostruzione del flusso urinario e ulcerazione del rivestimento interno della vescica.

Gli effetti delle radiazioni sulle porzioni inferiori dell'intestino includono senso di fastidio, diarrea, fuoriuscita di muco e di sangue dal retto e, raramente, perforazione intestinale.

Nella donna, un possibile effetto tardivo della radioterapia nella regione della pelvi è rappresentato dal restringimento vaginale.

L'oncologo consiglierà ai pazienti strategie atte a prevenire e ad alleviare il più possibile queste reazioni.

Instillazione intravesicale*

Il principale effetto indesiderato* dell'instillazione vescicale del bacillo di Calmette-Guérin* è l'infiammazione della vescica o cistite*. Il più grave effetto indesiderato è un'infezione generalizzata, che può svilupparsi quando i bacilli passano nel sangue attraverso la vescica; pertanto, questa terapia non è indicata nei pazienti con funzionalità ridotta del sistema immunitario*. In generale, gli effetti indesiderati della terapia intravesicale con BCG possono essere trattati.

L'instillazione intravesicale di agenti chemioterapici come mitomicina C* potrebbe avere diversi effetti indesiderati come cistite*, allergia e reazioni cutanee.

Chemioterapia*

Gli effetti indesiderati* della chemioterapia sono frequenti, anche se ad oggi possono essere ampiamente controllati mediante l'utilizzo di adeguate misure di supporto. Questi effetti dipenderanno dal farmaco/i somministrato/i, dalle dosi e da fattori individuali. Nei pazienti che in passato hanno sofferto di altri problemi medici devono essere adottate alcune precauzioni e/o apportate delle modifiche al trattamento. Gli effetti indesiderati sono più gravi quando la chemioterapia viene somministrata per via sistemica (solitamente attraverso una vena) invece che per via locale, direttamente nella vescica (vedi: terapia farmacologica intravesicale*).

Di seguito vengono elencati gli effetti indesiderati noti che possono verificarsi con uno o più farmaci chemioterapici attualmente utilizzati per il trattamento del cancro della vescica. La natura, la frequenza e la gravità degli effetti indesiderati variano a seconda della combinazione di farmaci chemioterapici utilizzata.

Gli effetti indesiderati più frequenti sono:

- Perdita o assottigliamento dei capelli
- Riduzione del numero di cellule ematiche, che può portare ad anemia*, sanguinamenti, formazione di lividi e infezioni
- Stanchezza
- Nausea o vomito.

Altri effetti indesiderati che possono verificarsi frequentemente con uno o più farmaci chemioterapici utilizzati per il cancro della vescica includono:

- Formazione di afte o di ulcere orali
- Alterazioni nel senso del gusto
- Diarrea
- Sensazione di sabbia negli occhi o lacrimazione
- Sensibilità alla luce solare
- Danno renale
- Perdita dell'udito
- Danno al feto nelle pazienti in gravidanza sottoposte a chemioterapia
- Perdita della fertilità
- Scomparsa del ciclo mestruale (amenorrea) nella donna, che può essere temporanea.

Gli effetti indesiderati che si verificano occasionalmente includono:

- Alterazioni della funzionalità epatica
- Danni al muscolo cardiaco
- Intorpidimento o formicolio alle dita delle mani e dei piedi (neuropatia periferica)
- Stipsi
- Visione offuscata
- Eruzione cutanea o arrossamento della pelle
- Tosse o mancanza di respiro
- Alterazioni epatiche
- Alterazioni del colore della pelle e/o delle unghie
- Reazioni allergiche
- Infiammazione intorno al punto di somministrazione della terapia endovenosa/sito di iniezione
- Febbre e brividi.

Gli effetti indesiderati rari includono:

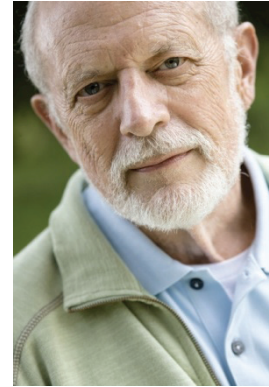
- Depressione
- Infiammazione degli occhi
- Cefalee
- Accelerazione del battito cardiaco
- Capogiri
- Innalzamento della pressione sanguigna.

Infine, va osservato che alcuni farmaci chemioterapici passano nel latte materno e potrebbero essere dannosi per il bambino.

COSA SUCCEDA DOPO LA CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO?

Dopo che il trattamento è stato completato, non è insolito che i pazienti oncologici sviluppino sintomi a esso correlati.

- I pazienti potrebbero manifestare ansia, difficoltà a dormire o depressione e potrebbero aver bisogno di un sostegno psicologico.
- Durante e dopo il trattamento, la nutrizione potrebbe diventare problematica a causa della diminuzione dell'appetito, della nausea e del senso di malessere generale.
- Difficoltà di concentrazione e problemi di memoria sono effetti indesiderati* non rari della chemioterapia sistemica*, ossia somministrata in una vena o per via orale.



Follow-up* con i medici

Dopo il completamento del trattamento, i medici proporranno ai pazienti di sottoporsi a un programma di follow-up (controlli medici periodici) con i seguenti obiettivi:

- Identificare e prevenire gli effetti avversi del trattamento
- Identificare il prima possibile un'eventuale recidiva* e orientare la scelta del trattamento appropriato
- Fornire ai pazienti informazioni mediche e supporto psicologico e indirizzarli alle cure di operatori sanitari specializzati al fine di ottimizzare il ritorno alla vita normale di tutti i giorni.

Il protocollo di follow-up consisterà nello svolgimento di visite ambulatoriali e di specifiche valutazioni a intervalli regolari. Il protocollo dipende dal grado* e dallo stadio* del cancro vescicale trattato e dal tipo di terapia somministrata. In generale, le visite di follow-up possono includere una combinazione delle seguenti valutazioni:

- Revisione delle condizioni fisiche generali di salute e raccolta dei sintomi correlati al cancro vescicale verificatisi nel periodo intercorso dall'ultima visita
- Esecuzione di una cistoscopia* per identificare un'eventuale recidiva* ed effettuare una biopsia* di nuove lesioni
- Indagini di diagnostica per immagini delle vie urinarie superiori
- Esame citologico delle urine*: esame di laboratorio delle urine per la ricerca di cellule tumorali che potrebbero essersi staccate da un'eventuale recidiva del tumore vescicale.
- Indagini di laboratorio: ematochimica e funzionalità renale
- Ripetizione delle indagini radiologiche* nel caso in cui le indagini iniziali abbiano dato risultati anomali.

A tutt'oggi non esistono protocolli di follow-up standardizzati. I possibili regimi raccomandati includono:

Nel cancro vescicale non muscolo-invasivo, la cistoscopia e l'esame citologico delle urine, da effettuare regolarmente ogni 3-6 mesi in base al rischio alto o basso per i primi 2 anni e successivamente ogni 6-12 mesi;

Dopo il trattamento definitivo del cancro vescicale muscolo-invasivo con cistectomia radicale, l'esame citologico delle urine e i test di funzionalità epatica e renale devono essere eseguiti ogni 3–6 mesi per i primi 2 anni e successivamente secondo l'indicazione clinica. Indagini di diagnostica per immagini del torace, delle vie urinarie superiori, dell'addome e della pelvi devono essere anch'esse effettuate ogni 3–6 mesi per 2 anni in base al rischio di recidiva e successivamente secondo l'indicazione clinica.

Per i pazienti con cancro vescicale muscolo-invasivo in cui è stata adottata una strategia di conservazione dell'organo, dopo la chemioradioterapia di induzione è necessario valutare la risposta al trattamento. Dopo il completamento della terapia è raccomandato lo stesso regime di follow-up utilizzato per i pazienti sottoposti a cistectomia radicale; tuttavia, è necessario eseguire la cistoscopia, l'esame citologico delle urine e biopsie random ogni 3–6 mesi per 2 anni. Durante il follow-up deve essere effettuato il monitoraggio delle tossicità a lungo termine del trattamento e di potenziali recidive di tumori secondari.

Ritorno alla vita normale

Tornare alla normale vita di tutti i giorni con la consapevolezza che il cancro potrebbe ricomparire può essere difficile. In presenza di uno qualsiasi dei fattori di rischio* noti per cancro della vescica, è consigliabile eliminarne il maggior numero possibile.

Le visite di follow-up* con il medico forniscono al paziente l'opportunità di ricevere informazioni mediche e supporto psicologico, e di essere indirizzato a centri di sostegno specializzati. Può essere preziosa anche la consulenza psicologica di un esperto e alcuni soggetti possono trovare aiuto nei gruppi di pazienti o in servizi di informazione orientati al paziente. Un dietologo può fornire consigli sull'alimentazione più appropriata, mentre gli assistenti sociali possono aiutare a identificare le risorse necessarie per garantire il successo della riabilitazione.

Cosa succederebbe se il cancro dovesse ricomparire?

La ricomparsa di un cancro prende il nome di "recidiva*". L'estensione della recidiva orienterà le decisioni terapeutiche, che dovranno essere prese per ogni singolo paziente dopo un'attenta valutazione.

Nei pazienti sottoposti a terapia di conservazione dell'organo*, durante la ristadiatione può essere identificato un residuo tumorale nel 20% dei casi. Un altro 20-30% dei pazienti con risposte iniziali complete svilupperà malattia di nuova insorgenza o ricorrente nella vescica conservata. Dopo il primo controllo cistoscopico*, sino al 70% dei pazienti risulta libero da tumori. Nel periodo successivo un quarto di essi sviluppa una nuova lesione richiedente un trattamento aggiuntivo (quando possibile la cistectomia).

Per i pazienti con malattia metastatica* che vanno incontro a progressione* dopo il completamento di un regime di prima linea contenente derivati del platino, si raccomanda un regime chemioterapico di seconda linea a base di vinflunina*.

DEFINIZIONE DEI TERMINI TECNICI

Adenocarcinoma

Cancro che origina nelle cellule che rivestono determinati organi interni e che hanno proprietà simil-ghiandolari (secretorie).

Adiuvante (trattamento)

Nel trattamento dei tumori, terapia che aiuta un'altra terapia a raggiungere il suo scopo principale rafforzandone l'effetto. Per esempio, la radio- e/o la chemioterapia* aiutano la chirurgia a eliminare le possibili cellule tumorali maligne residue. In un contesto diverso da quello oncologico, può indicare anche un agente che viene aggiunto ai vaccini per stimolare la risposta del sistema immunitario nei confronti dell'antigene.

Anatomo-patologo

Medico specializzato in istopatologia*, ossia nello studio delle cellule e dei tessuti malati utilizzando un microscopio.

Anestetico (gel)/anestesia

Stato reversibile di perdita della coscienza in cui il paziente non avverte dolore, non ha riflessi normali e risponde in misura minore allo stress. L'anestesia viene indotta artificialmente mediante la somministrazione di sostanze note come anestetici. Può essere totale o parziale e rende possibile l'esecuzione di procedure chirurgiche sui pazienti.

Anestesia generale

Perdita temporanea della sensibilità e perdita completa dello stato di coscienza simile a un sonno molto profondo. È indotta da specifici farmaci o da altre sostanze chiamati anestetici*. L'anestesia generale fa in modo che il paziente non avverta dolore durante gli interventi chirurgici o altre procedure.

Bacillo di Calmette-Guérin (BCG)

Forma attenuata del batterio *Mycobacterium bovis* (bacillo di Calmette-Guérin) che non causa malattia. Il bacillo di Calmette-Guérin viene utilizzato in soluzione per stimolare il sistema immunitario nel trattamento del cancro vescicale e come vaccino per prevenire la tubercolosi*.

Benigno

Detto di un tumore non canceroso. I tumori *benigni* possono aumentare di dimensioni, ma non si diffondono ad altre parti del corpo. Detto anche non maligno.

Biopsia

Rimozione di cellule o di tessuti da sottoporre all'esame di un anatomo-patologo*. L'anatomo-patologo può analizzare il tessuto al microscopio o sottoporre le cellule o il tessuto ad altre analisi. Esistono molti tipi diversi di biopsia. I più comuni includono: (1) la biopsia incisionale, consistente nella rimozione di un solo campione di tessuto; (2) la biopsia escissionale, consistente nella rimozione di un'intera massa o area sospetta; e (3) l'agobiopsia, consistente nel prelievo di un campione di tessuto o di liquido attraverso un ago. Quando viene utilizzato un ago di grosso calibro, la procedura prende il nome di biopsia con ago a scatto. Quando invece viene utilizzato un ago di piccolo calibro, la procedura viene detta biopsia per aspirazione con ago sottile.

Cancro della vescica: una guida per il paziente -

Informazioni basate sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO -v.2016.1

Pagina 25

Il presente documento è distribuito dall'Anticancer Fund con il permesso dell'ESMO.

Le informazioni contenute in questo documento non sostituiscono il parere del medico, sono a esclusivo uso personale e non possono essere in alcun modo modificate, riprodotte o divulgate senza l'autorizzazione scritta dell'ESMO e dell'Anticancer Fund.

Carboplatino

Farmaco utilizzato per trattare il cancro ovarico avanzato mai trattato in precedenza o i sintomi del cancro ovarico ricomparso dopo il trattamento con altri farmaci antitumorali. Viene utilizzato anche in combinazione con altri medicinali per trattare il cancro del polmone non a piccole cellule avanzato, metastatico* o recidivato* ed è in fase di studio per il trattamento di altri tumori. Carboplatino* è una forma del farmaco antitumorale cisplatino* e, rispetto a quest'ultimo, causa meno effetti indesiderati ai pazienti. Esso si lega al DNA all'interno della cellula e può uccidere le cellule cancerose. È un tipo di composto a base di platino ed è noto anche come Paraplatin.

Carcinoma a cellule squamose

Cancro che origina nelle cellule squamose, cellule sottili e piatte di aspetto simile a squame di pesce che si trovano sulla superficie della pelle e nel tessuto di rivestimento degli organi cavi, delle vie respiratorie e del tratto digestivo. È detto anche carcinoma epidermoide.

Carcinoma a cellule transizionali

Cancro che origina nelle cellule transizionali che rivestono internamente la vescica, l'uretere* o la pelvi renale* (la parte del rene in cui vengono raccolte, immagazzinate e drenate le urine). Le cellule transizionali sono cellule in grado di cambiare forma e di allungarsi senza rompersi.

Catetere

Tubicino che può essere inserito nel corpo. Il catetere ha molteplici usi, ivi compresi il drenaggio o la somministrazione di liquidi o gas.

Chemioterapico/Chemioterapia

Tipo di trattamento antitumorale basato sull'uso di farmaci che uccidono le cellule cancerose e/o ne limitano la proliferazione. In genere, questi farmaci vengono somministrati al paziente mediante infusione lenta in una vena, ma possono essere somministrati anche per via orale, con un'infusione diretta in un arto o con un'infusione nel fegato, a seconda della sede del tumore.

Cisplatino

Farmaco utilizzato per trattare molte forme tumorali. Cisplatino contiene un metallo chiamato platino. Uccide le cellule cancerose danneggiando il loro DNA e impedendo che vadano incontro a divisione. È un tipo di agente alchilante. È detto anche Platinol.

Cistite

Infiammazione della vescica.

Cistoscopia

Esame della vescica e dell'uretra* eseguito inserendo nell'uretra un cistoscopio, un sottile strumento a forma di tubo provvisto di un sistema di illuminazione e di lenti per la visualizzazione. Il cistoscopio può essere dotato anche di un dispositivo per rimuovere campioni di tessuto da analizzare al microscopio per la ricerca di segni della malattia.

Controindicazione

Condizione o sintomo che rende improprio somministrare al paziente un dato trattamento o sottoporlo a una data procedura. Le controindicazioni sono assolute se il trattamento non deve mai essere somministrato ai pazienti che presentano questa condizione o sintomo, oppure relative se in alcuni pazienti con questa condizione o sintomo i benefici attesi dal trattamento si dimostrano superiori alle possibili complicanze.

Diabete

Una delle diverse malattie in cui i reni producono grandi quantità di urine. In genere, il termine diabete si riferisce al diabete mellito, una condizione caratterizzata anche dalla presenza di alti livelli di glucosio (un tipo di zucchero) nel sangue perché il corpo non produce quantità sufficienti di insulina o non la utilizza come dovrebbe.

Disfunzioni sessuali

Insieme di disturbi che impediscono di portare a termine con soddisfazione un rapporto sessuale. Includono un'ampia gamma di problemi che possono compromettere l'atto sessuale in ognuna delle sue varie fasi: desiderio, eccitazione, orgasmo e risoluzione.

Diversione urinaria

Procedura chirurgica consistente nella creazione di un percorso alternativo per l'espulsione delle urine all'esterno del corpo. Può comportare la deviazione delle urine attraverso il colon e l'utilizzo di cateteri* per svuotare la vescica o, in alternativa, la creazione di un'apertura nell'addome e la raccolta delle urine in un sacchetto esterno al corpo.

Doxorubicina

Farmaco utilizzato per trattare molti tipi di cancro e in fase di studio per il trattamento di altre forme tumorali. Doxorubicina viene prodotta dal batterio *Streptomyces peucetius*. Danneggia il DNA e può uccidere le cellule cancerose. È un tipo di antibiotico antitumorale appartenente alla classe delle antracicline. È chiamata anche adriamicina PFS, adriamicina RDF, doxorubicina cloridrato, idrossidaunorubicina e Rubex.

Effetto indesiderato

Qualsiasi problema che si verifica quando il trattamento danneggia tessuti od organi sani. Alcuni effetti indesiderati comuni del trattamento antitumorale sono l'affaticamento, il dolore, la nausea, il vomito, la riduzione della conta di cellule ematiche, la perdita di capelli e la formazione di ulcere in bocca.

Epirubicina

Farmaco utilizzato insieme ad altri agenti per trattare il cancro della mammella in stadio iniziale che si è diffuso ai linfonodi*. È in fase di studio anche per il trattamento di altre forme tumorali. Epirubicina è un antibiotico appartenente alla classe delle antracicline. È chiamato anche Ellence ed epirubicina cloridrato.

Epitelio

Termine utilizzato per indicare le cellule che rivestono gli organi cavi e le ghiandole, e le cellule di cui è composta la superficie esterna del corpo. Le cellule epiteliali aiutano a proteggere o ad avvolgere gli organi. La maggior parte di esse produce muco o altre secrezioni.

Epitelio di transizione*

Tipo di tessuto costituito da strati multipli di cellule. La capacità di queste cellule di contrarsi e allungarsi permette a questo epitelio di aumentare la sua superficie in concordanza con la dilatazione dell'organo che riveste.

Esame citologico delle urine

Studio delle cellule presenti nelle urine per la ricerca di segni di malattia.

Esame clinico

Esame del corpo per la ricerca di segni della malattia.

Esame/indagine radiologica

Esame che utilizza tecniche di diagnostica per immagini (come le radiografie, l'ecografia*, la tomografia computerizzata* e le indagini di medicina nucleare) per visualizzare organi, strutture e tessuti corporei allo scopo di diagnosticare e trattare le malattie.

Fattore di rischio

Condizione o caratteristica che aumenta la probabilità di sviluppare una malattia. Alcuni esempi di fattori di rischio per insorgenza del cancro sono l'età, una storia familiare di alcune forme tumorali, il consumo di tabacco, l'esposizione alle *radiazioni* o a determinate sostanze chimiche, le infezioni sostenute da certi virus o batteri e alcune mutazioni genetiche.

Fattore stimolante le colonie granulocitarie (G-CSF)

Fattore stimolante le colonie che stimola la produzione di neutrofili (un tipo di globuli bianchi). È una citochina emopoietica (ossia promuove la produzione di cellule ematiche). È chiamato anche filgrastim e G-CSF.

Follow-up

Monitoraggio dello stato di salute di una persona nel tempo dopo la conclusione del trattamento. Include l'osservazione dello stato di salute dei pazienti che partecipano a uno studio o sperimentazione clinica per un periodo di tempo, sia durante lo svolgimento dello studio sia dopo la sua conclusione.

Gemcitabina

Principio attivo di un farmaco utilizzato per trattare i tumori del pancreas in stadio avanzato o metastatici. Viene utilizzata anche in combinazione con altri farmaci per trattare il carcinoma mammario metastatico, il cancro ovarico avanzato e il cancro del polmone non a piccole cellule avanzato o metastatico. Inoltre, è in fase di studio per il trattamento di altre forme tumorali. Gemcitabina arresta la sintesi di DNA all'interno della cellula e può uccidere le cellule cancerose. È un tipo di antimetabolita.

Gene ereditario difettoso

Gene anomalo o mutato che si trasmette da genitori a figli.

Grado

Descrizione di un tumore in base all'aspetto microscopico più o meno anomalo delle cellule cancerose e alla presunta velocità con cui esse crescono e si diffondono. I sistemi di classificazione in gradi differiscono per ogni tipo di tumore.

Cancro della vescica: una guida per il paziente -

Informazioni basate sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO -v.2016.1

Pagina 28

Il presente documento è distribuito dall'Anticancer Fund con il permesso dell'ESMO.

Le informazioni contenute in questo documento non sostituiscono il parere del medico, sono a esclusivo uso personale e non possono essere in alcun modo modificate, riprodotte o divulgate senza l'autorizzazione scritta dell'ESMO e dell'Anticancer Fund.

Immunoterapia

Trattamento che stimola o ripristina la capacità del sistema immunitario di combattere i tumori, le infezioni e altre malattie. Viene utilizzata anche per ridurre certi effetti indesiderati* che possono essere causati da alcuni trattamenti antitumorali. Gli agenti utilizzati nell'immunoterapia includono gli anticorpi monoclonali, i fattori di crescita e i vaccini. Questi agenti possono avere anche un effetto antitumorale diretto. È detta anche terapia modificante la risposta biologica, terapia biologica, bioterapia e terapia BRM.

Instillazione intravesicale

Introduzione di un liquido nella vescica, lentamente o goccia a goccia.

Intravesicale (trattamento)

Terapia somministrata direttamente nella vescica.

Invasione macroscopica

Estensione del cancro ai tessuti adiacenti visibile a occhio nudo.

Invasione microscopica

Diffusione delle cellule tumorali ai tessuti adiacenti, evidente solo all'esame microscopico.

Iperplasia prostatica benigna

Condizione benigna (non cancerosa) caratterizzata da un aumento di volume del tessuto prostatico che causa compressione dell'uretra* e della vescica con conseguente ostruzione del flusso urinario. È detta anche ipertrofia prostatica benigna e BPH.

Istologia (esame istologico, tipo istologico)

Studio delle cellule e dei tessuti malati mediante l'utilizzo di un microscopio.

Lamina propria

Sottile strato di tessuto connettivo lasso che si trova al di sotto dell'epitelio* e che costituisce insieme all'epitelio la mucosa*. Il termine mucosa (o membrana mucosa) si riferisce sempre alla combinazione dell'epitelio e della lamina propria.

Linfedema

Condizione caratterizzata dall'accumulo di liquido linfatico in eccesso nei tessuti con conseguente comparsa di gonfiore. Può verificarsi in un braccio o in una gamba quando i vasi linfatici vengono ostruiti, danneggiati o rimossi chirurgicamente.

Linfonodo

Massa rotondeggiante di tessuto linfatico avvolta da una capsula di tessuto connettivo. I linfonodi filtrano la linfa e immagazzinano i linfociti. Sono situati lungo i vasi linfatici. Sono detti anche ghiandole linfatiche.

Metastasi

Diffusione di un tumore da una parte del corpo a un'altra. Un tumore costituito da cellule che si sono trasferite da una sede corporea a un'altra è detto tumore metastatico o metastasi. Le metastasi contengono cellule simili a quelle del tumore originario.

Metotrexato

Farmaco utilizzato per trattare alcune forme tumorali, l'artrite reumatoide e gravi patologie cutanee come la psoriasi. Metotrexato blocca la sintesi del DNA all'interno delle cellule e può uccidere le cellule tumorali. È un tipo di antimetabolita. È chiamato anche amethopterin, MTX e Rheumatrex.

Micrometastasi

Piccoli gruppi di cellule tumorali che si sono diffuse dal tumore primario ad altre parti del corpo, ma sono troppo poco numerose per essere rilevate da un test di screening o diagnostico.

Mitomicina C

Agente antitumorale appartenente alla famiglia di farmaci noti come antibiotici antitumorali.

Mucosa

Membrana umida che riveste internamente alcuni organi e cavità del corpo. Le ghiandole presenti nella mucosa producono muco. È detta anche membrana mucosa.

Opinione multidisciplinare

Modalità di pianificazione del trattamento in cui un gruppo di medici di specialità (discipline) diverse analizza e discute le condizioni mediche e le opzioni terapeutiche di un paziente. Nel trattamento dei tumori, l'opinione multidisciplinare può basarsi sul parere di un oncologo clinico (che prescrive la terapia con farmaci antitumorali), di un oncologo chirurgo (che tratta il cancro con la chirurgia) e di un oncologo radiologo (che tratta il cancro con la radioterapia). È detta anche *tumour board*.

Organi riproduttivi/apparato riproduttivo

Insieme degli organi deputati alla riproduzione. Nella donna, l'apparato riproduttivo include le ovaie, le tube di Falloppio, l'utero, la cervice e la vagina. Nell'uomo include la prostata*, i testicoli e il pene.

Pelvi renale

L'area che occupa la porzione centrale del rene. Qui si raccolgono le urine per poi essere incanalate nell'uretere*, l'organo a forma di tubo che collega i reni alla vescica.

Prognosi

Il probabile esito o decorso di una malattia; la probabilità di guarire o di andare incontro a recidiva*.

Progressione

In medicina, il decorso di una malattia come il cancro, quando peggiora o si diffonde ad altre parti del corpo.

Prostata

Ghiandola del sistema riproduttivo* maschile. La prostata circonda la parte dell'uretra* (il condotto a forma di tubo attraverso cui si svuota la vescica) situata proprio sotto alla vescica e produce un liquido che costituisce il seme maschile.

Radiazioni ionizzanti

Tipo di radiazioni generate (o emesse) da procedure a raggi X*, sostanze radioattive, fasci di luce che entrano nell'atmosfera terrestre dallo spazio e altre fonti. Ad alte dosi, le radiazioni ionizzanti aumentano le attività chimiche all'interno delle cellule e possono comportare rischi per la salute, ivi compreso il rischio di sviluppare il cancro.

Cancro della vescica: una guida per il paziente -

Informazioni basate sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO -v.2016.1

Pagina 30

Il presente documento è distribuito dall'Anticancer Fund con il permesso dell'ESMO.

Le informazioni contenute in questo documento non sostituiscono il parere del medico, sono a esclusivo uso personale e non possono essere in alcun modo modificate, riprodotte o divulgate senza l'autorizzazione scritta dell'ESMO e dell'Anticancer Fund.

Radioterapia

Terapia per il trattamento dei tumori che sfrutta le radiazioni. I fasci di radiazioni vengono sempre diretti verso l'area specifica in cui si trova il tumore.

Raggi X

Forma di radiazioni utilizzate per ottenere immagini delle strutture interne degli oggetti. In medicina, i raggi X vengono comunemente utilizzati per ottenere immagini delle strutture interne del corpo.

Recidiva

Ricomparsa di un cancro o di una malattia (in genere su base autoimmune), solitamente dopo un periodo di tempo durante il quale il cancro o la malattia in questione non era presente o non era rilevabile. La recidiva può verificarsi nella stessa sede del tumore originario (primario) o in un'altra parte del corpo. È detta anche cancro o malattia ricorrente.

Resezione transuretrale di tumore vescicale (TURBT)

Intervento chirurgico eseguito inserendo attraverso l'uretra* un apposito strumento chiamato cistoscopio*. Viene utilizzato per diagnosticare il cancro della vescica e per rimuovere le neoformazioni di tessuto anomalo sulla superficie interna della vescica, quando queste neoformazioni sono superficiali (non invasive). Il tessuto rimosso nel corso di questa procedura sarà inviato a un laboratorio per essere analizzato.

Risonanza magnetica (RM)

Tecnica di diagnostica per immagini utilizzata in ambito medico che sfrutta il fenomeno della risonanza magnetica. A volte, per eseguire l'esame viene iniettato un liquido che aumenta il contrasto tra tessuti normali e tessuti malati migliorando la visibilità delle strutture analizzate.

Scintigrafia (ossea)

Procedura che fornisce immagini (scansioni) delle strutture interne del corpo, ivi comprese le aree in cui sono presenti cellule tumorali. La scintigrafia viene utilizzata per diagnosticare, stadare e monitorare le malattie. Una piccola quantità di una sostanza chimica radioattiva (radionuclide) viene iniettata in una vena o ingerita dal paziente. I radionuclidi vengono trasportati nel circolo sanguigno sino a concentrarsi in organi differenti. Una macchina dotata di una specifica videocamera si sposta sopra il paziente disteso su un lettino e rileva il tipo di radiazioni emesse dai radionuclidi. Un computer genera un'immagine delle aree in cui si è accumulato il radionuclide. Queste aree potrebbero contenere cellule tumorali. È detta anche scansione radionuclide.

Stomia

Creazione chirurgica di un'apertura che mette in comunicazione un'area interna del corpo con l'esterno.

Taxani

Tipo di farmaci che bloccano la crescita delle cellule arrestando la mitosi (divisione cellulare). I taxani interferiscono con i microtubuli (strutture cellulari che contribuiscono alla segregazione dei cromosomi durante la mitosi). Vengono utilizzati per trattare il cancro. I taxani sono inibitori della mitosi e agenti antimicrotubuli.

Terapia/chirurgia di conservazione dell'organo

Tipo di intervento chirurgico in cui un dato organo viene risparmiato il più possibile allo scopo di conservarne la funzionalità e la struttura. Viene offerta ai pazienti che non vogliono o non possono sottoporsi a chirurgia radicale, un tipo diverso di intervento in cui l'organo viene rimosso *in toto*.

Tomografia computerizzata (TC)

Esame radiologico in cui i dati raccolti dal passaggio di fasci di raggi X* negli organi del corpo vengono rielaborati da un computer, in modo da ricostruire un'immagine dettagliata della sezione studiata.

Tubercolosi

Malattia causata da un tipo specifico di batteri che si trasmettono da una persona a un'altra attraverso l'aria. La tubercolosi può colpire molte parti del corpo, ma nella maggior parte dei casi interessa i polmoni. La tubercolosi può rimanere asintomatica per anni, ma i sintomi possono comparire nel momento in cui il paziente sviluppa una malattia grave come il diabete*, l'AIDS o il cancro. In genere la tubercolosi può essere trattata e curata con la terapia antibiotica. È detta anche TBC.

Tubuli renali

Piccoli canali situati all'interno del tessuto renale. Contengono un filtrato che alla fine viene trasformato in urina. Fanno parte dei nefroni, l'unità funzionale di base dei reni.

Ureteri

Ciascuno dei due canali che consentono il passaggio dell'urina dal rene alla vescica.

Ureteroscopia

Esame dell'interno del rene e dell'uretere* eseguito utilizzando un ureteroscopio, un sottile strumento a forma di tubo dotato di un sistema di illuminazione e di lenti per la visualizzazione. L'ureteroscopio può essere provvisto anche di un dispositivo per rimuovere campioni di tessuto da analizzare al microscopio per la ricerca di segni della malattia. L'ureteroscopio viene spinto attraverso l'uretra* fino alla vescica, all'uretere e alla pelvi renale* (la parte del rene in cui vengono raccolte, immagazzinate e drenate le urine).

Uretra

Canale che collega la vescica con l'esterno del corpo. Nell'uomo, oltre che al passaggio dell'urina l'uretra* serve anche al passaggio del liquido seminale.

Urotelio

Tessuto che riveste internamente le vie urinarie, ivi compresi la pelvi renale* (l'area che occupa la porzione centrale del rene), gli ureteri*, la vescica e l'uretra*.

Vescicole seminali

Coppia di ghiandole tubulari lunghe circa 5 cm, ciascuna delle quali è avvolta in una struttura ampollare. Si trovano sopra alla prostata*. Ognuna di esse ha un dotto che si connette alla prostata. Producono la maggior parte del liquido contenuto nel seme maschile.

Vinblastina

Principio attivo di un farmaco utilizzato insieme ad altri agenti per trattare diversi tipi di cancro, ivi compresi il linfoma di Hodgkin in stadio avanzato e i tumori a cellule germinali del testicolo in stadio avanzato. È in fase di studio anche per il trattamento di altri tipi di cancro. Vinblastina deriva da una pianta, la pervinca del Madagascar *Vinca rosea Linn.* Vinblastina blocca la proliferazione dei tumori arrestando la divisione cellulare e può uccidere le cellule cancerose. È un tipo di alcaloide della vinca e un tipo di agente antimitotico.

Vinflunina

Farmaco antitumorale usato nel trattamento di seconda linea del cancro vescicale. Appartiene al gruppo di farmaci antitumorali noti come alcaloidi della vinca. Vinflunina si lega a una proteina presente nelle cellule chiamata “tubulina”, importante per la formazione dello “scheletro” interno usato dalle cellule per ricostituirsi quando si dividono. Legandosi alla tubulina nelle cellule tumorali, vinflunina blocca la formazione dello scheletro impedendo la divisione e la proliferazione delle cellule tumorali.

Viscerale

Relativo ai visceri, gli organi interni del corpo a consistenza molle, ivi compresi i polmoni, il cuore e gli organi degli apparati digerente, escretore, riproduttivo* e circolatorio.

Le Guide ESMO/Anticancer Fund per il Paziente sono state ideate per aiutare i malati, i loro familiari e le persone che li assistono a comprendere la natura di diversi tipi di cancro e a riconoscere le migliori opzioni terapeutiche disponibili. Le informazioni mediche riportate nelle Guide per il Paziente si basano sulle Linee Guida per la Pratica Clinica ESMO, che sono state sviluppate allo scopo di guidare gli oncologi clinici nella diagnosi, nel follow-up e nel trattamento di diversi tipi di cancro. Queste guide sono state realizzate dall'Anticancer Fund in stretta collaborazione con l'ESMO Guidelines Working Group e l'ESMO Cancer Patient Working Group.

Ulteriori informazioni sono reperibili sui siti web www.esmo.org e www.anticancerfund.org

