

# Nowotwory złośliwe pęcherza moczowego

Łukasz Futyma  
Specjalista urolog, FEBU

Klinika Urologii i Urologii Onkologicznej KSW Nr 1 im. F.  
Chopina

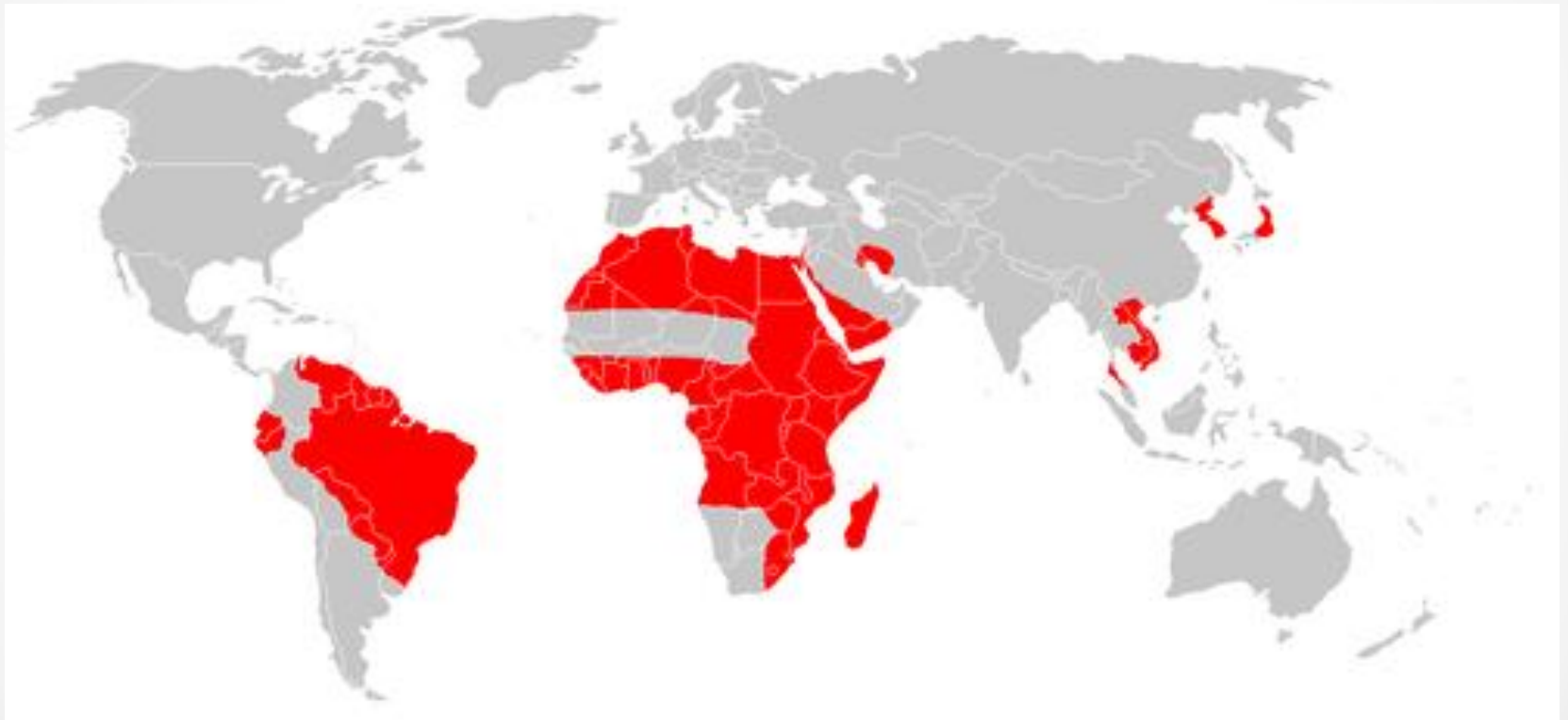
# **Etiologia**

- **Palenie tytoniu – ok. 50%**
- **Ekspozycja na aminy aromatyczne, barwniki anilinowe, nitrozaminy**
- **Pracownicy drukarni**
- **Lakiernicy**
- **Pracownicy przemysłu gumowego i skórzanego**
- **Fryzjerzy**
- **Rodzinne występowanie BC – bardzo sporadycznie**

# **Etiologia**

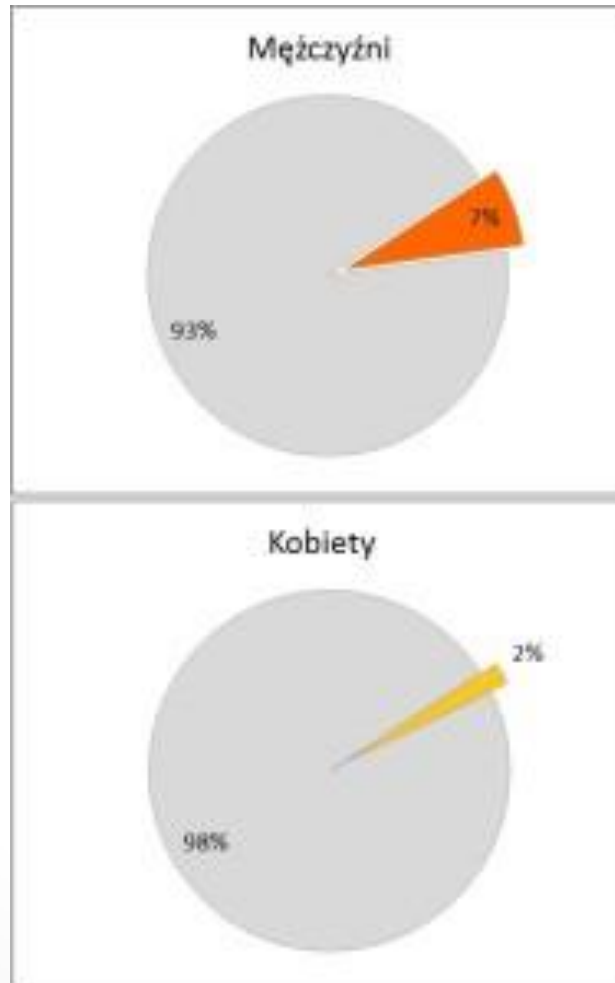
- **Radioterapia narządów miednicy**
- **Przewłokłe cewnikowanie**
- **Ciała obce pęcherza moczowego**
- **Schistosomatoza/Bilharczoza**

# Obszary zachorowań na schistosomatozę



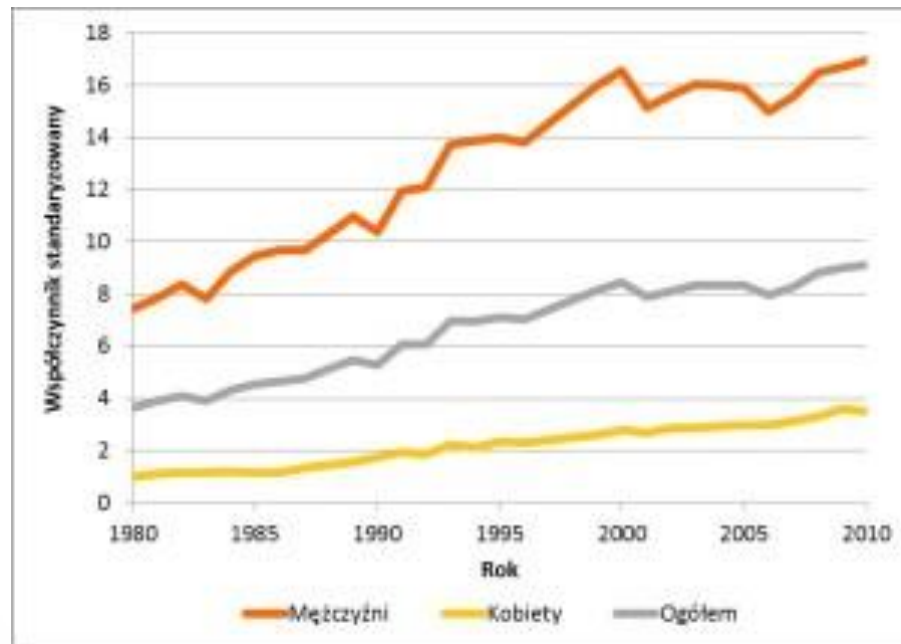
# EPIDEMIOLOGIA

- Drugi co do częstości nowotwór urologiczny u mężczyzn co stanowi 30%



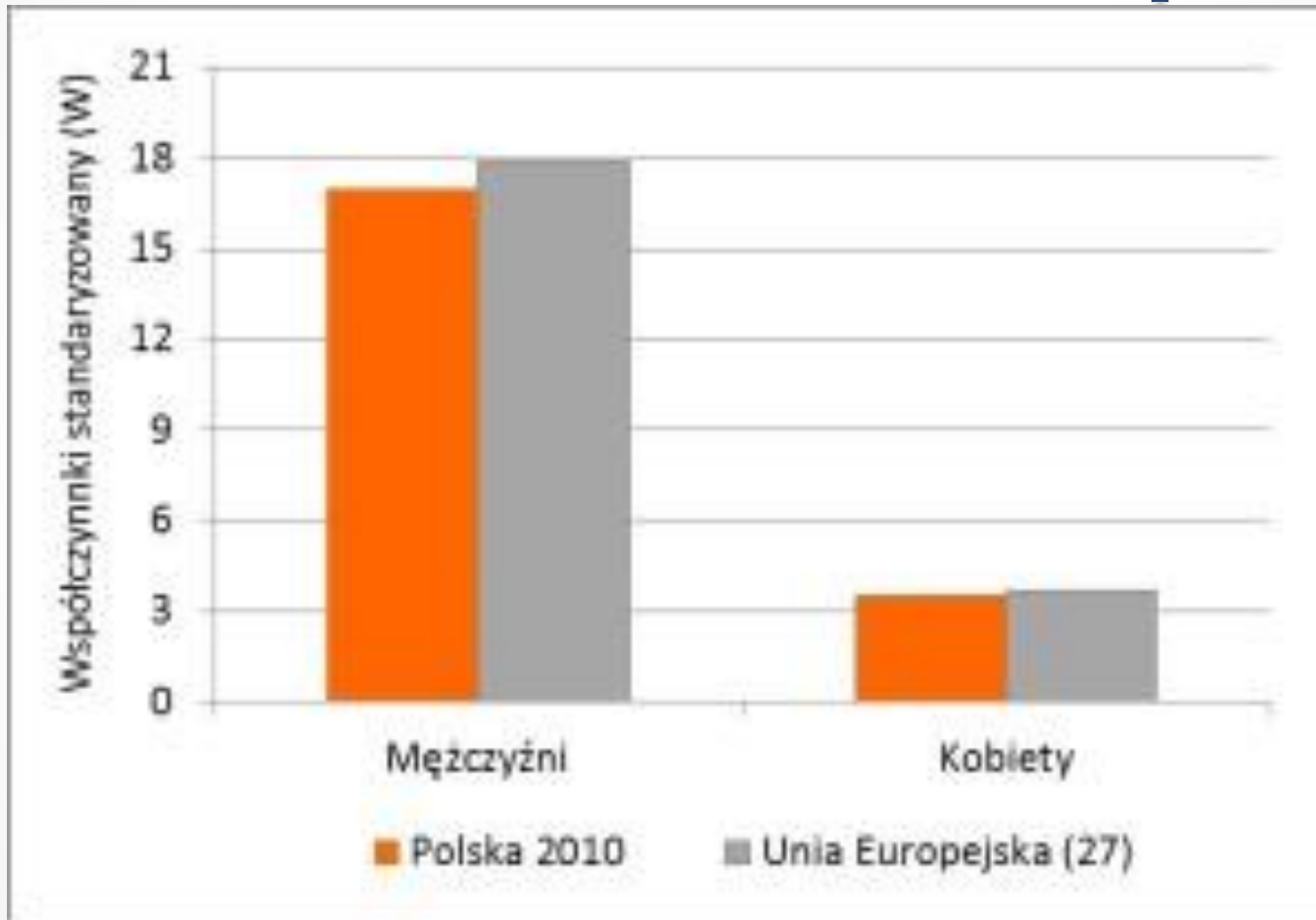
# EPIDEMIOLOGIA

- Zauważalny wzrost zachorowań u obu płci



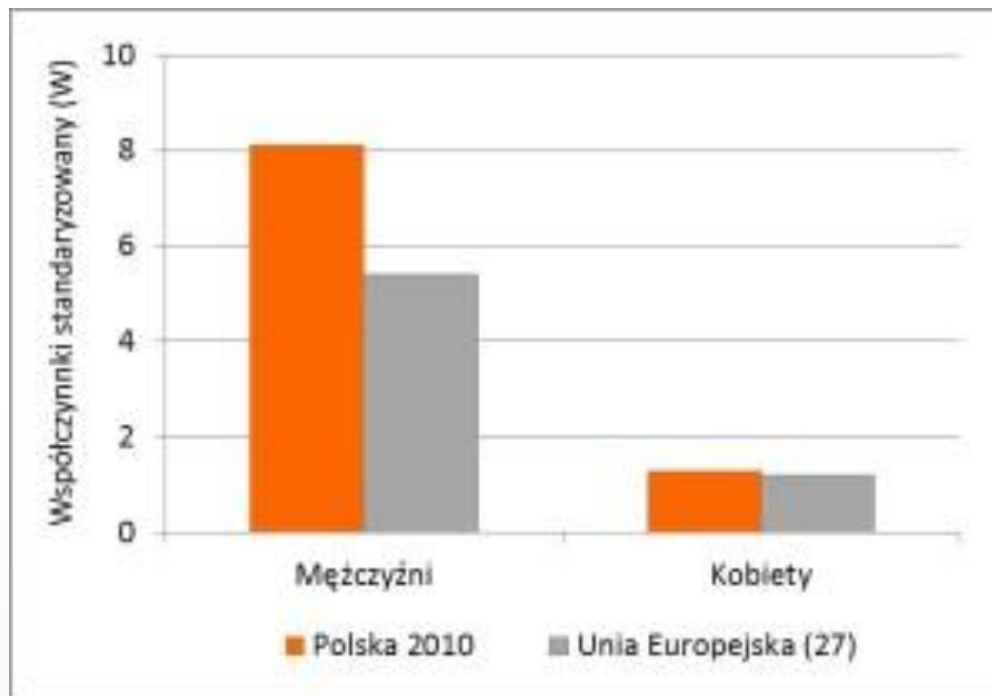
# Polska a UE

Średnia zachorowań niższa u obu płci



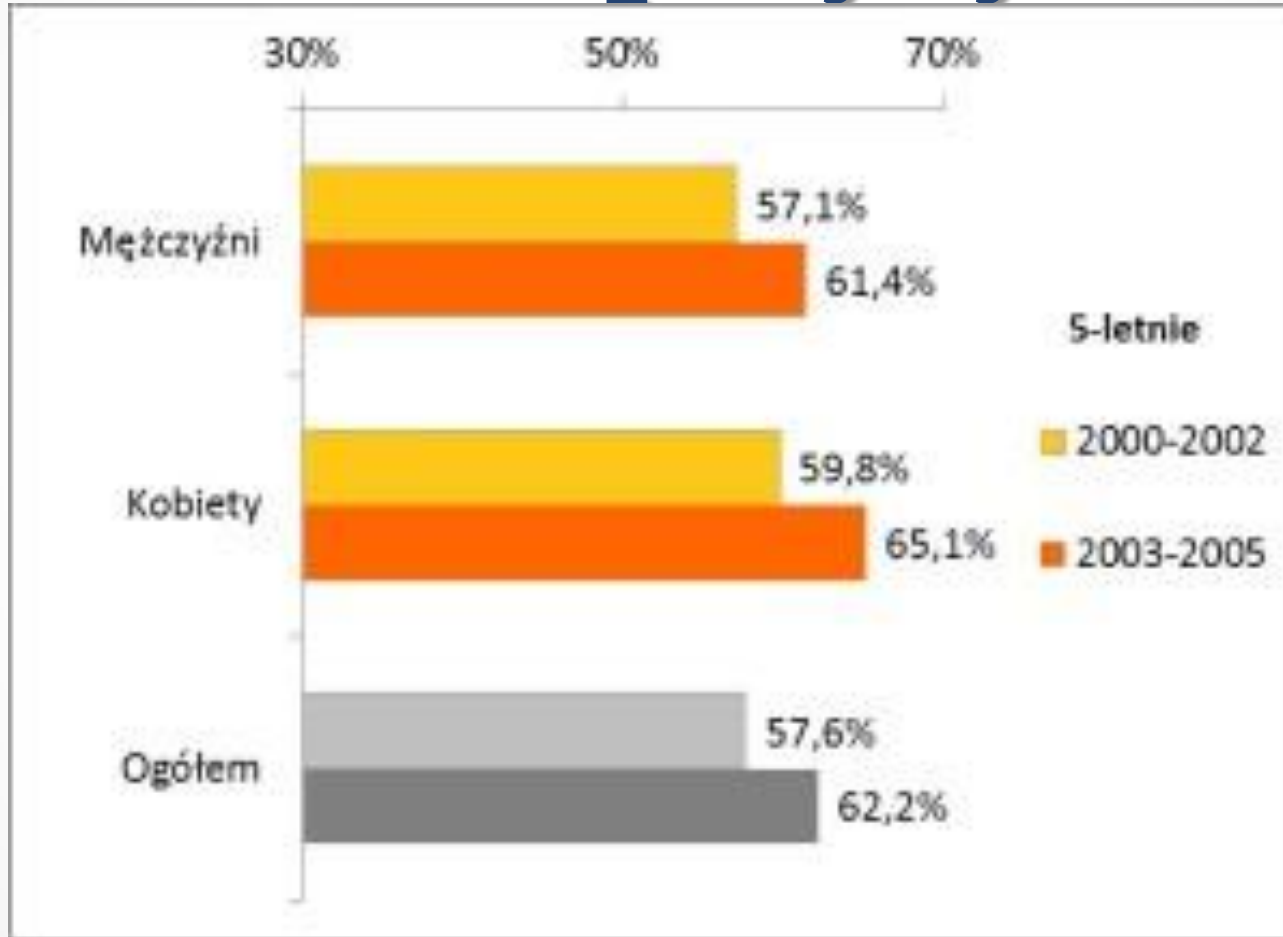
# Polska a UE

- Umieralność z powodu BC w Polsce niestety wyższa niż w innych krajach UE





# 5 letnie przyżycia

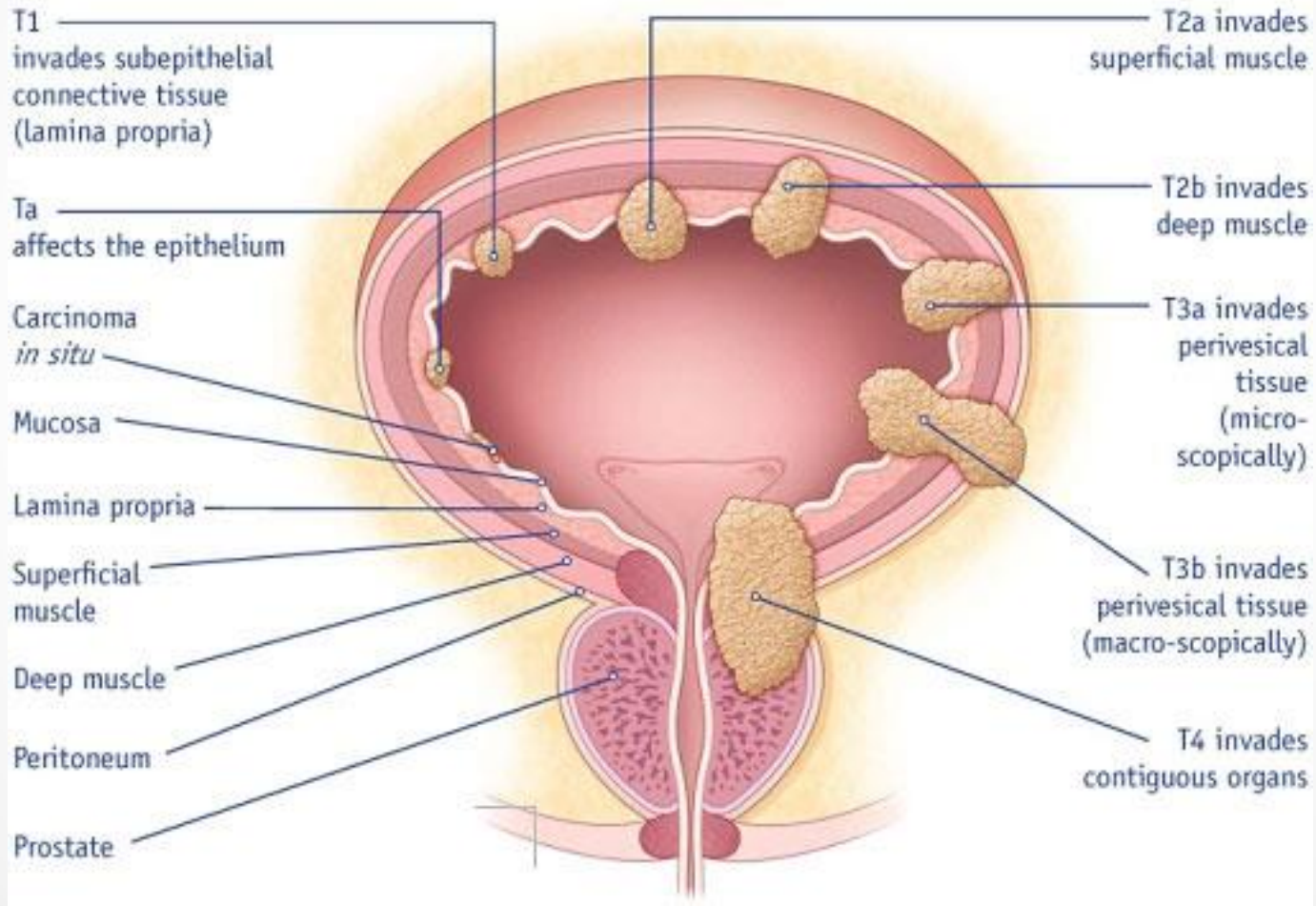


# Klasyfikacja T

## T - Primary Tumour

Tx	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Ta	Non-invasive papillary carcinoma
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> . "flat tumour"
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue
T2	Tumour invades muscle
T2a	Tumour invades superficial muscle (inner half)
T2b	Tumour invades deep muscle (outer half)
T3	Tumour invades perivesical tissue:
T3a	microscopically
T3b	macroscopically (extravesical mass)
T4	Tumour invades any of the following: prostate stroma, seminal vesicles, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall
T4a	Tumour invades prostate stroma, seminal vesicles, uterus, or vagina
T4b	Tumour invades pelvic wall or abdominal wall

# Klasyfikacja T



# Klasyfikacja N

## **N - Regional Lymph Nodes**

Nx	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph-node metastasis
N1	Metastasis in a single lymph node in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral)
N2	Metastasis in multiple lymph nodes in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral)
N3	Metastasis in common iliac lymph node(s)

# Klasyfikacja M

## **M - Distant Metastasis**

M0 No distant metastasis

M1 Distant metastasis

# Klasyfikacja zróźnicowania histopatologicznego

Table 4.2: WHO grading in 1973 and in 2004 [27,28]

## 1973 WHO grading

*Urothelial papilloma*

Grade 1: well differentiated

Grade 2: moderately differentiated

Grade 3: poorly differentiated

## 2004 WHO grading system [papillary lesions]

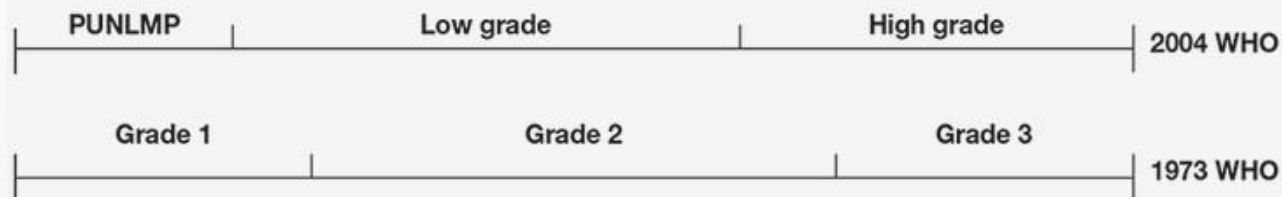
*Urothelial papilloma (completely benign lesion)*

Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)

Low-grade (LG) papillary urothelial carcinoma

High-grade (HG) papillary urothelial carcinoma

Figure 4.1: Stratification of tumours according to grade in the WHO 1973 and 2004 classifications [30]\*



# Diagnostyka

- **Objawy :**
- Bezbólowy krwiomocz
- Parcia naglące
- Objawy dysuryczne
- W zmianach zaawansowanych ból w obrębie miednicy
- Zatrzymanie moczu

# Diagnostyka

- **Badanie fizykalne:**
- Badanie Per rectum i per vaginam
- Badanie oburęczne
- Badanie oburęczne w znieczuleniu przed TUR
- Badanie fizykalne j. brzusznej



# Diagnostyka

- USG j. brzusznej
- Mocznik
- Kreatynina
- Badanie moczu

# Diagnostyka

- **CYSTOSKOPIA:**

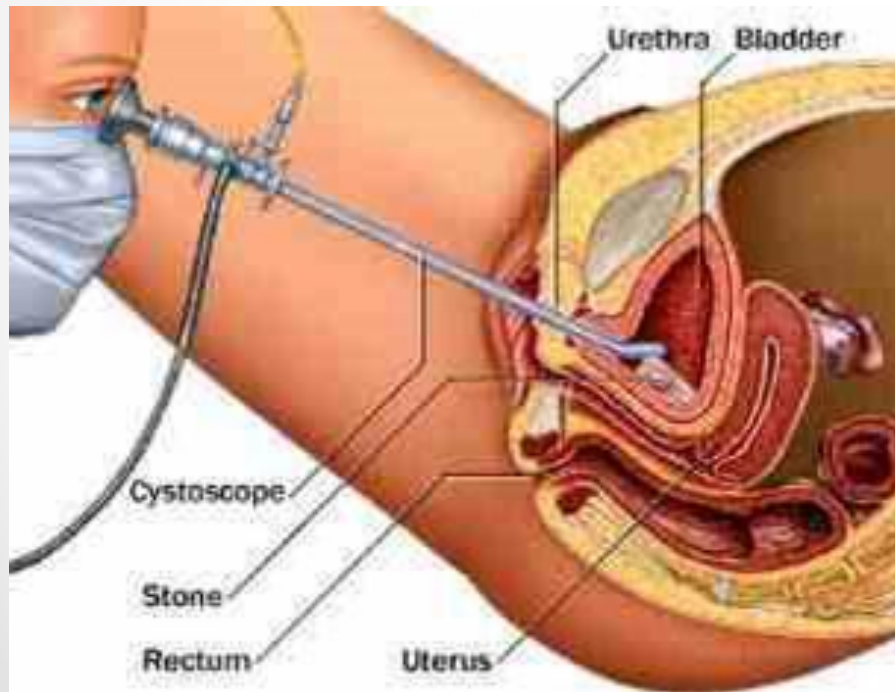
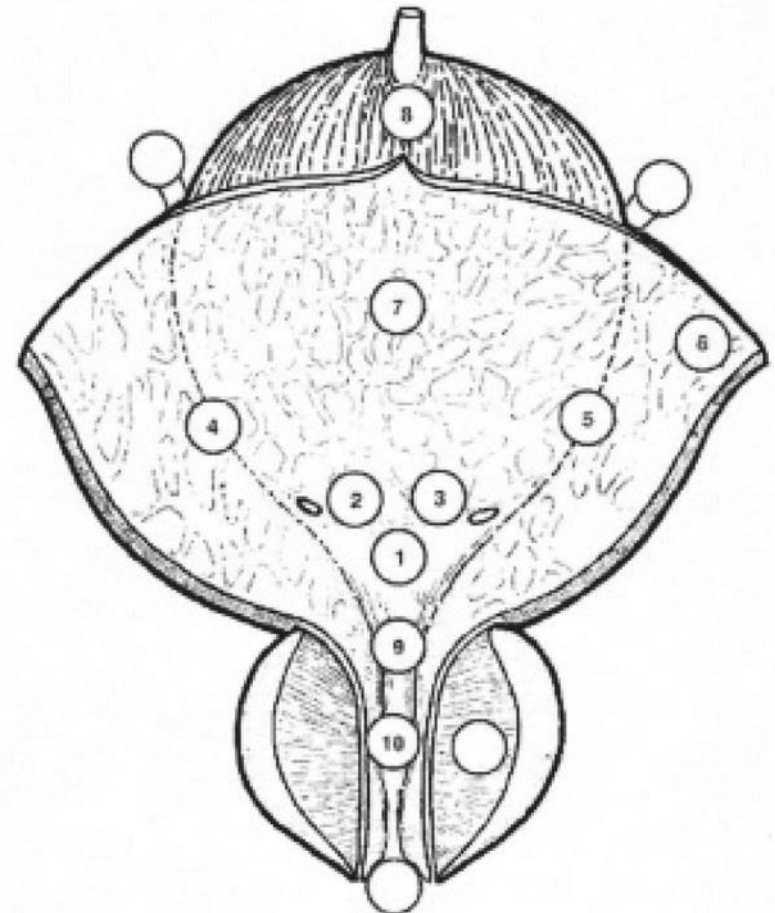


Figure 5.1: Bladder diagram



# Diagnostyka



Eurologia.pl



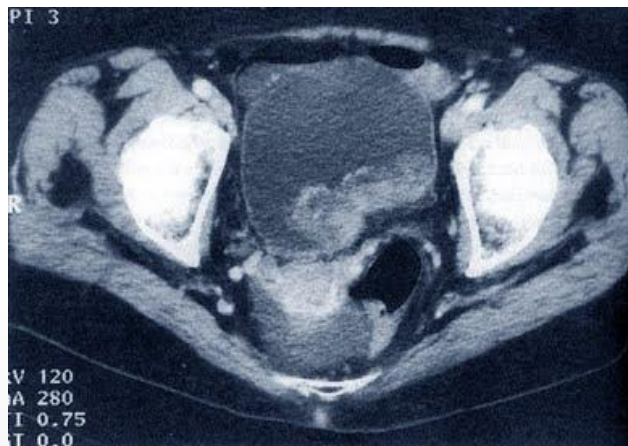
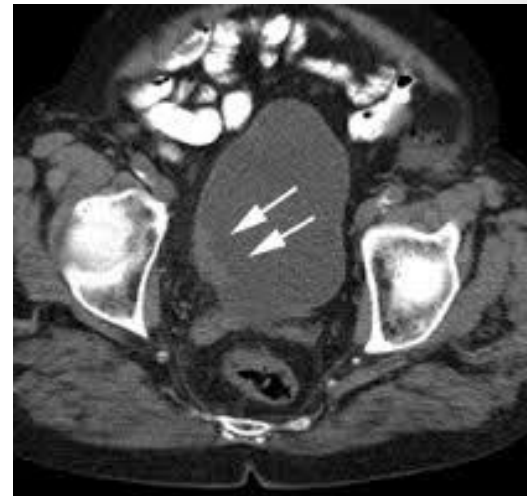
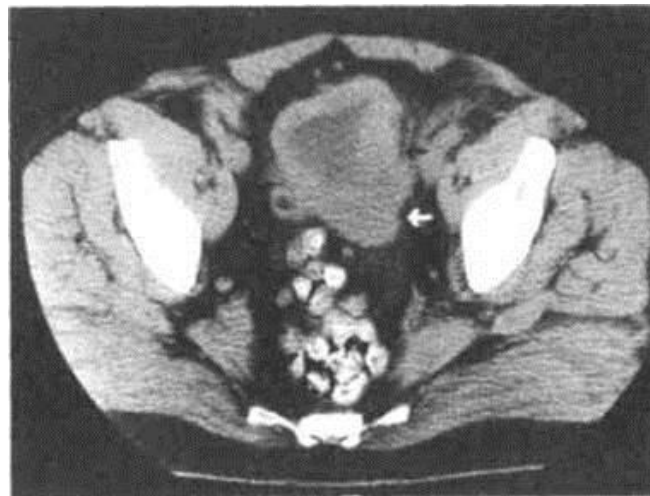
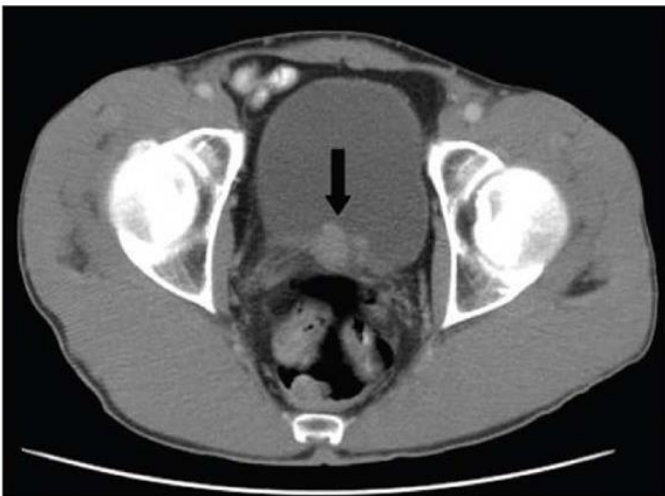
# Diagnostyka

- Obrazowa - TK

<b>Recommendations</b>	<b>GR</b>
In patients with confirmed MIBC, use CT of the chest, abdomen and pelvis as the optimal form of staging. Include excretory-phase CT urography for complete examination of the upper urinary tract.	B
Diagnose UTUC using excretory-phase CT urography rather than MR urography as excretory-phase CT urography has greater diagnostic accuracy and is associated with less cost, and greater patient acceptability.	C
Use MR urography when CT urography is contraindicated for reasons related to contrast administration or radiation dose.	C
Perform endoscopically-guided biopsy for histopathological confirmation of pre-operative diagnosis of UTUC.	C
Use CT or MRI for staging locally advanced or metastatic disease in patients in whom radical treatment is considered.	B
Use CT to diagnose pulmonary metastases. CT and MRI are generally equivalent for diagnosing local disease and distant metastases in the abdomen.	C

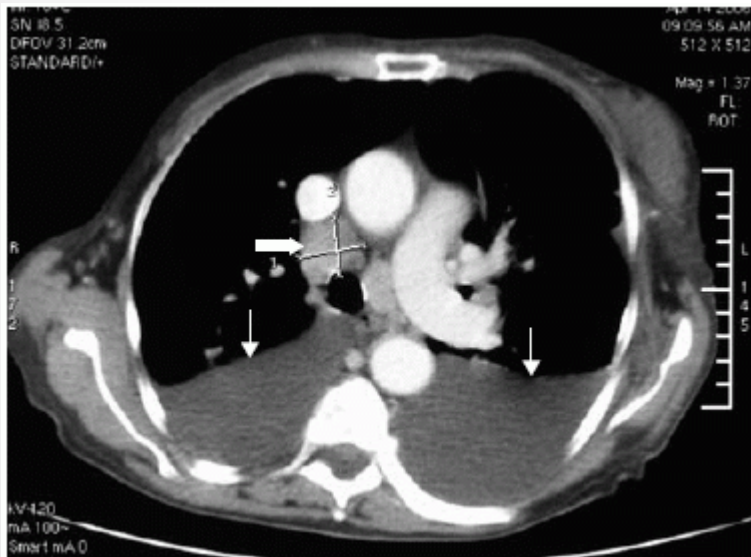
# Diagnostyka

- Obrazowa



# Diagnostyka

- TK - klp

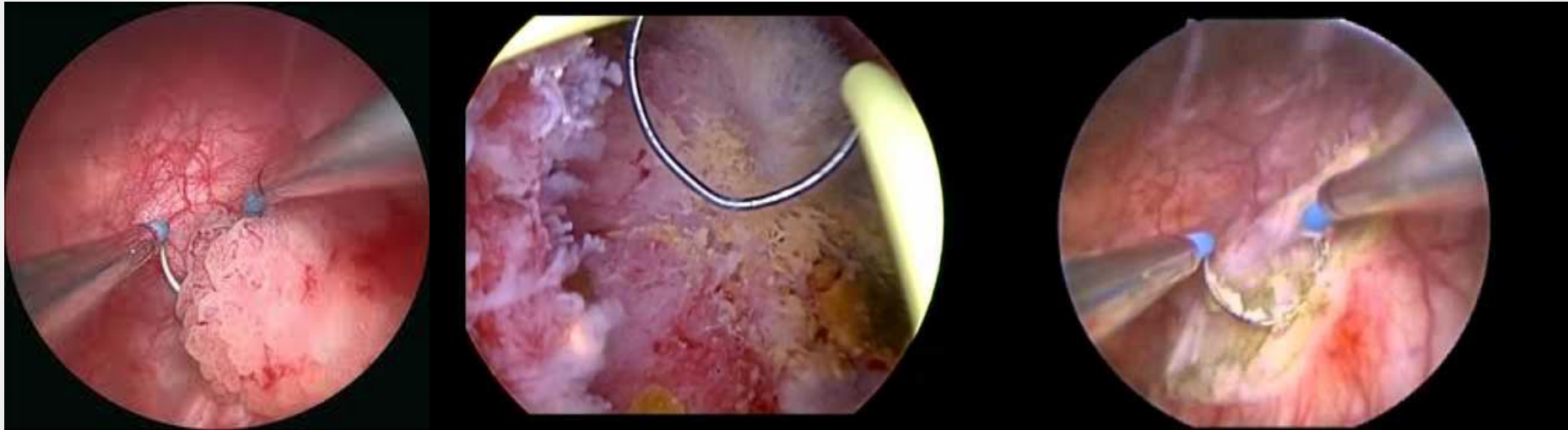


# Diagnostyka

- **TURBT**
- Pozyskanie materiału do badania H-P
- Ocena naciekania mięśniówki pęcherza

# Diagnostyka

- TURBT

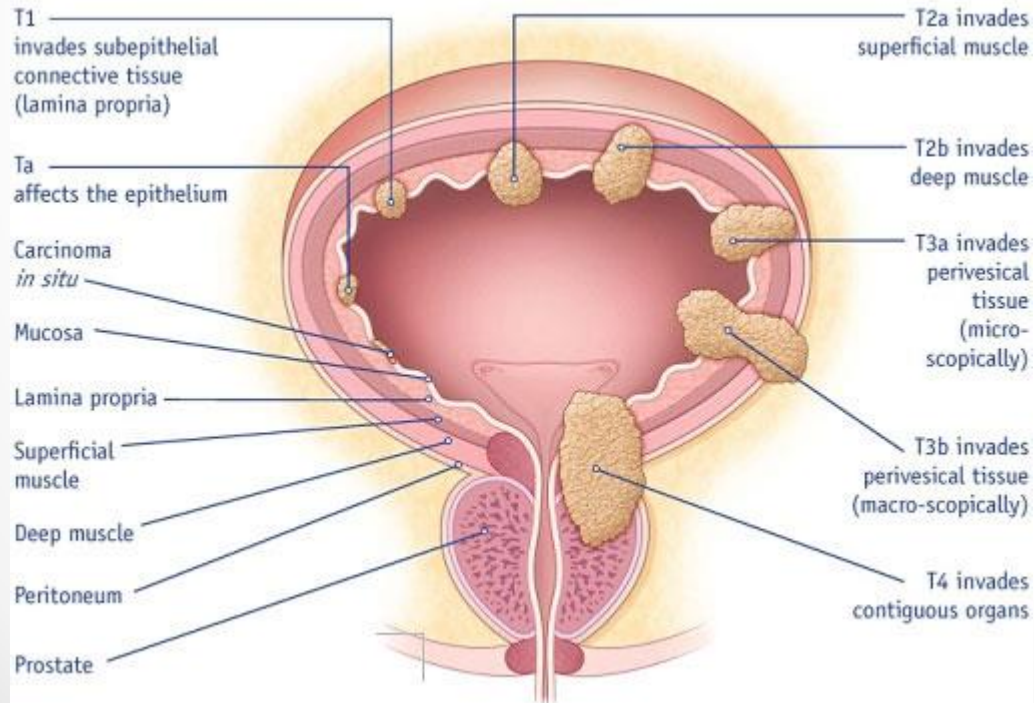




# Npl Pęcherza moczowego

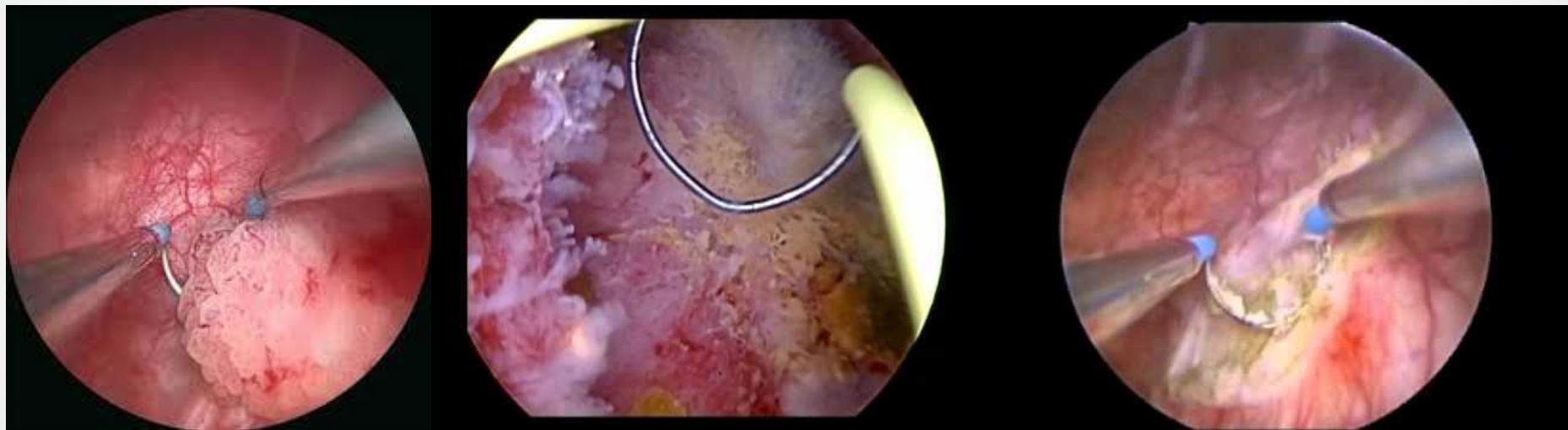
**Nienaciekające  
Błony mięśniowej**

**Naciekające  
Błonę mięśniową**



# Leczenie NMIBC

- TURBT



# Leczenie NMIBC

- Leczenie adjuwantowe
- Dopęcherzowa chemioterapia 2h do 24h po elektroresekcji
- MMC
- Epirubicyna

# Leczenie NMIBC

- BCG terapia dopęcherzowa
- 6 cotygodniowych wlewek BCG
- Następnie wlewki podtrzymujące

# Leczenie NMIBC

## 7.7. Treatment recommendations for BCG failure and recurrences after BCG

Category	Treatment recommendation	GR
BCG-refractory tumour	1. Radical cystectomy	B
	2. Bladder-preserving strategies in patients unsuitable for cystectomy	
HG recurrence after BCG	1. Radical cystectomy	C
	2. Repeat BCG course	
	3. Bladder-preserving strategies	
Non-HG recurrence after BCG for primary intermediate-risk tumour	1. Repeat BCG or intravesical chemotherapy	C
	2. Radical cystectomy	

*BCG=bacillus Calmette-Guérin; HG=high-grade.*

# Leczenie NMIBC

- Cystektomia
- Nawrotowe, mnogie, duże guzy >3cm HG
- HG – T1G3 +CIS
- HG – T1G3 + CIS w cewce sterczowej

# Leczenie MIBC

- Neoadjuwantowe

<b>Recommendations</b>	<b>GR</b>
Offer neoadjuvant chemotherapy for T2-T4a, cN0M0 bladder cancer. In this case, always use cisplatin-based combination therapy.	A
Do not offer neoadjuvant chemotherapy to patients who are ineligible for cisplatin-based combination chemotherapy.	A

*OS=overall survival.*

<b>Recommendations</b>	<b>GR</b>
Do not offer pre-operative radiotherapy to improve survival.	A
Offer pre-operative radiotherapy for operable MIBC since it can result in tumour downstaging after 4-6 weeks.	C

*MIBC=muscle-invasive bladder cancer.*

# Leczenie MIBC

Recommendations	GR
Do not delay cystectomy for > three months as it increases the risk of progression and cancer-specific mortality.	B
Before cystectomy, fully inform the patient about the benefits and potential risks of all possible alternatives, and the final decision should be based on a balanced discussion between patient and surgeon.	B
Offer an orthotopic bladder substitute or ileal conduit diversion to male and female patients lacking any contraindications and who have no tumour in the urethra or at the level of urethral dissection.	B
Do not offer pre-operative radiotherapy when subsequent cystectomy with urinary diversion is planned.	A
Pre-operative bowel preparation is not mandatory. "Fast track" measurements may reduce the time of bowel recovery.	C
Offer radical cystectomy in T2-T4a, N0M0, and high-risk non-MIBC (as outlined above).	A*
Lymph node dissection must be an integral part of cystectomy.	A
Preserve the urethra if margins are negative.	
Check the urethra regularly if no bladder substitution is attached.	B

*\*Upgraded following EAU Working Panel consensus.*



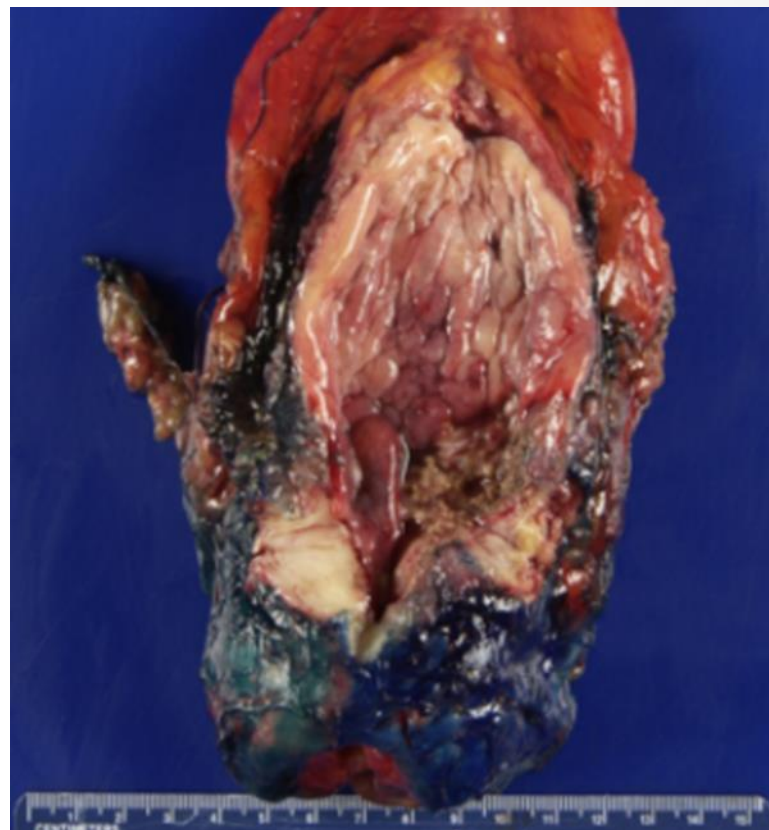
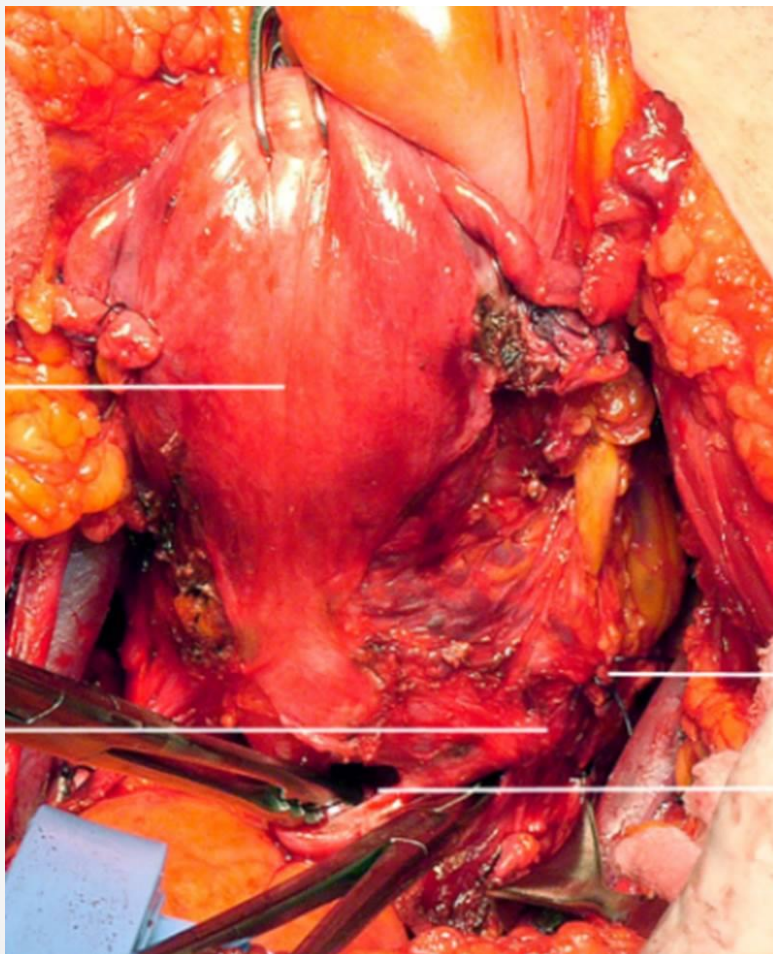
# Leczenie MIIBC

- Radykalna cystoprostatektomia u mężczyzn oraz cystektomia u kobiet, uzupełniona o usunięcie regionalnych węzłów chłonnych stanowi złoty standard w leczeniu naciekającego mięśniówkę raka pęcherza moczowego

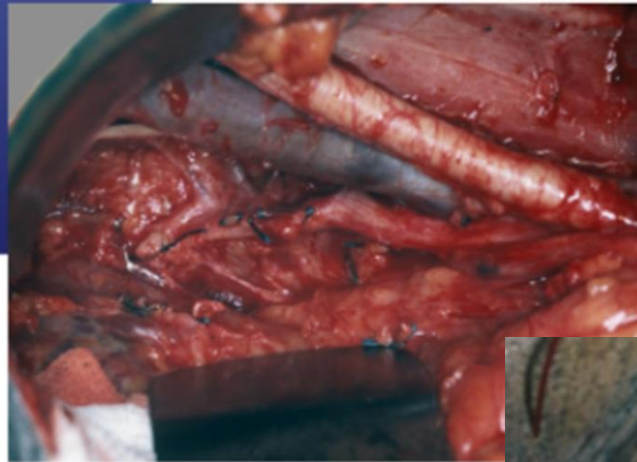
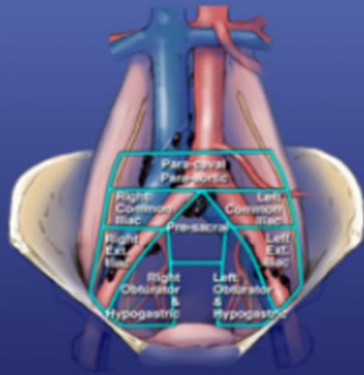
# Leczenie MIIBC

- ORC
- LRC
- RARC

# Leczenie MIIBC



# Leczenie MIIBC



# NOM

- **Niezapewniające trzymanie moczu** i wymagające stosowania zbiorników zewnętrznych.

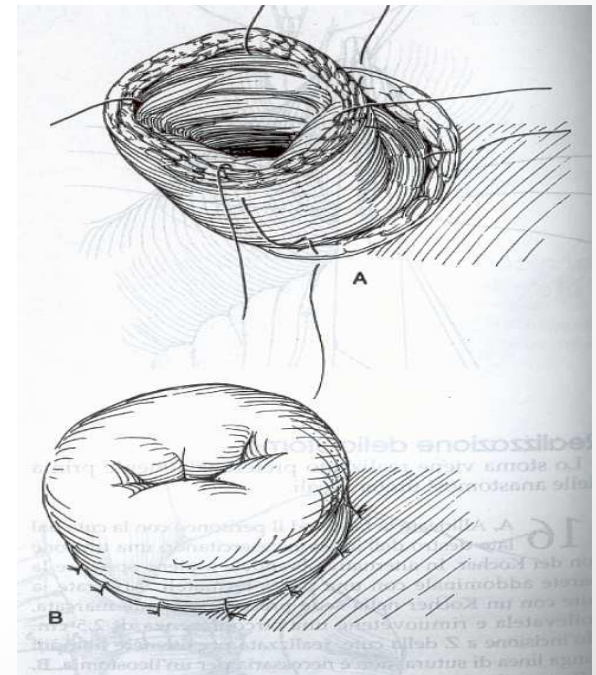
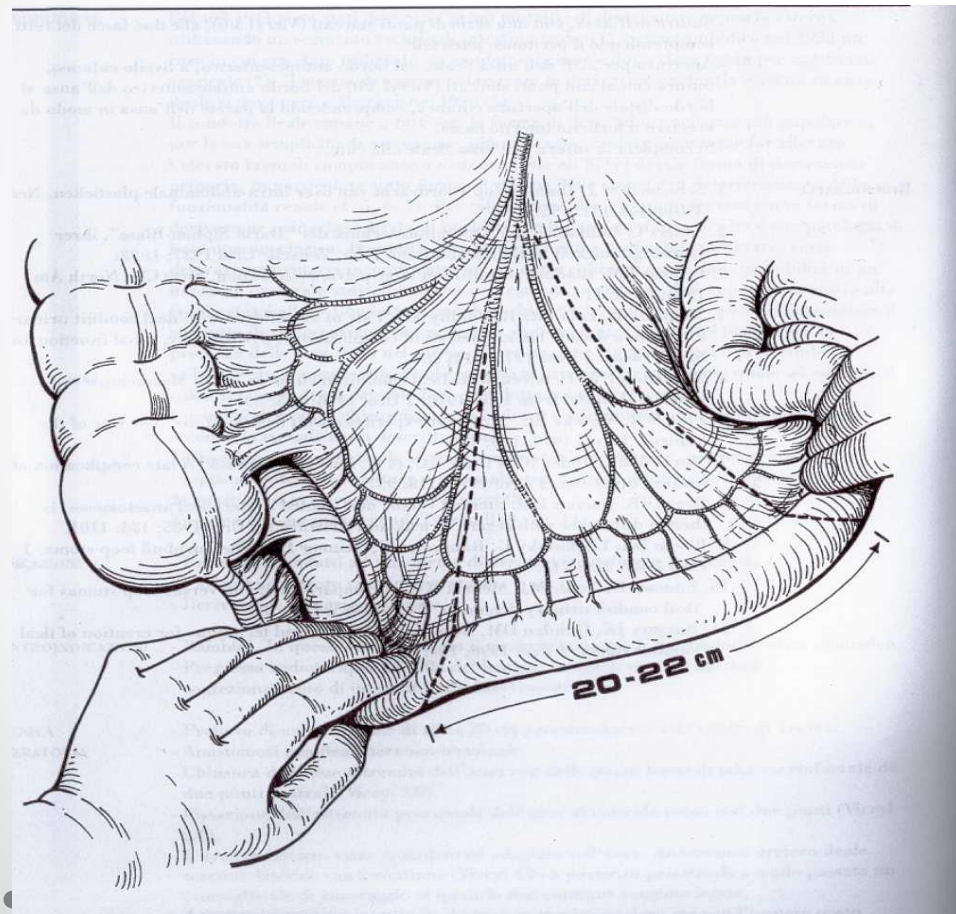
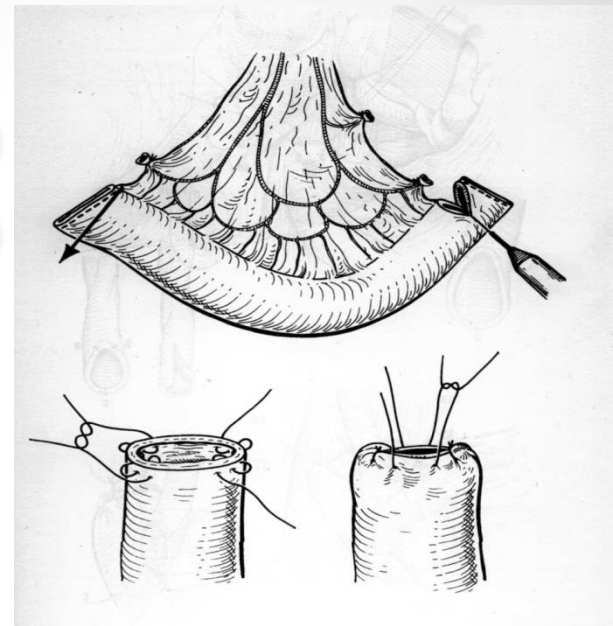
## **Przetoki z wykorzystaniem wstawki**

(**CONDUIT**) z jelita cienkiego (np. **Bricker**)

lub jelita grubego (np. **Mogg**)

# NOM

- NOM- metoda Bricker



# NOM - Bricker

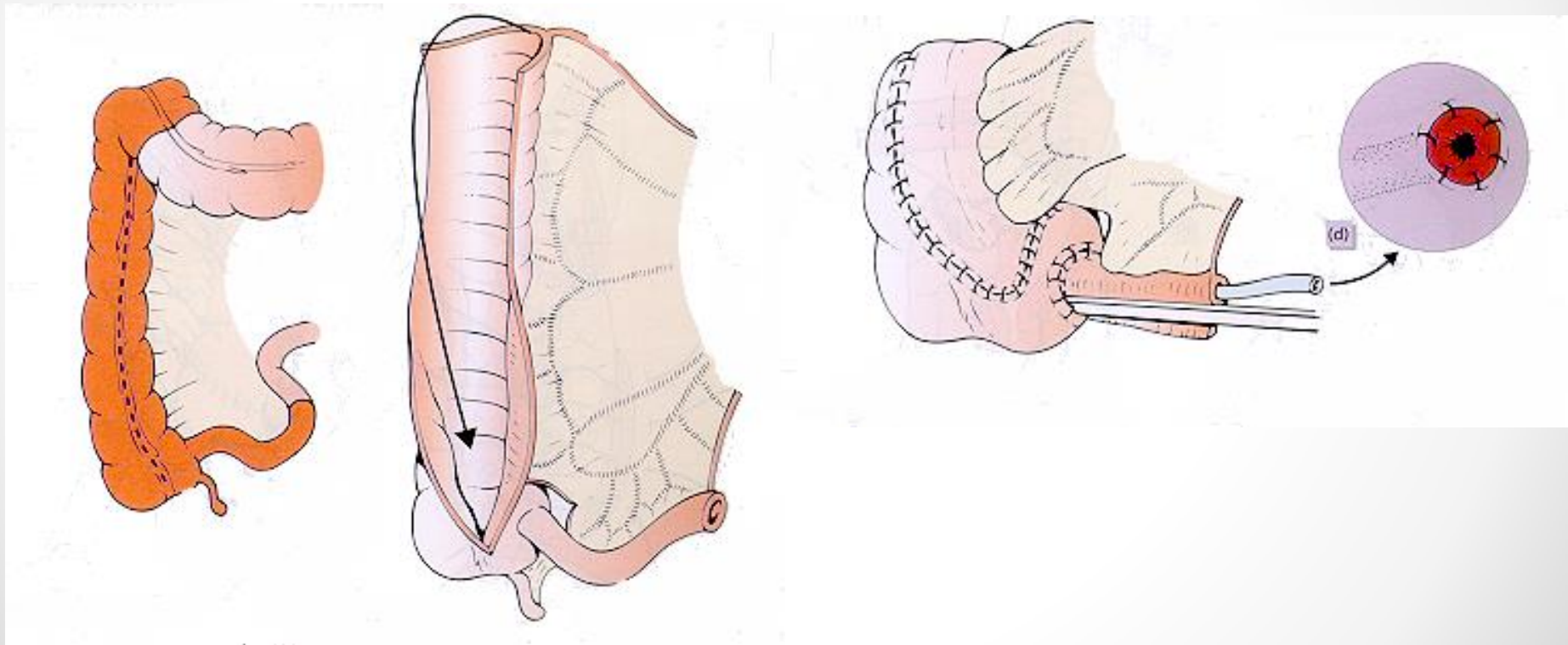


# NOM

- **Szczelne- zapewniające trzymanie moczu**
  - **Zbiorniki wytworzone z różnych fragmentów jelita** (cienkiego, grubego) zapewniające gromadzenie moczu ale wymagające cewnikowania w celu jego odprowadzenia (**POUCH**- np. Kock, Indiana, Le Bag, Mainz)
  - **Zastępczy (ORTOTOPOWY) pęcherz jelitowy** umożliwiający oddawanie oczu w sposób naturalny przez cewkę moczową( np. Stuer, VIP, pęcherz dwujelitowy, economicneoblader)

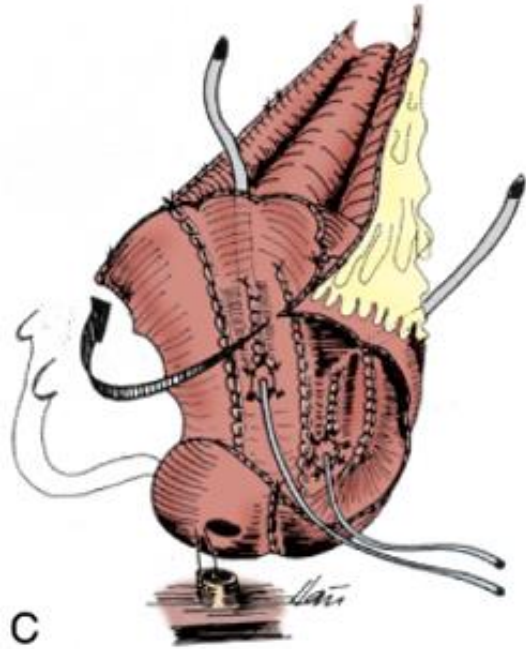
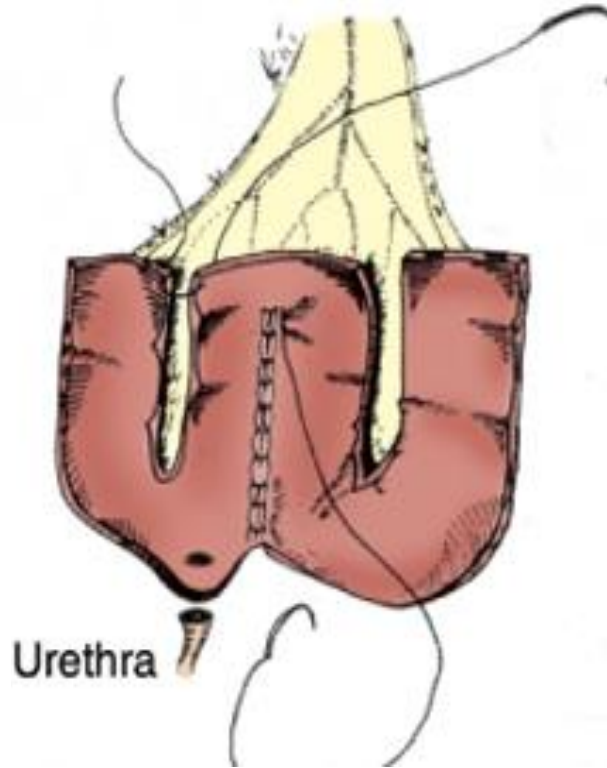
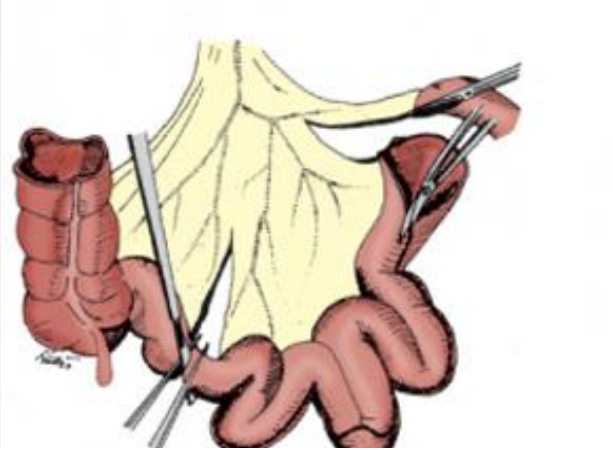


- **Indiana pouch - 1984**



# Pęcherz zastępczy metodą Hautmanna-

1988



Dziękuję za uwagę

Łukasz Futyma

Specjalista urolog, FEBU

Klinika Urologii i Urologii Onkologicznej KSW

Nr 1 im. F. Chopina

w Rzeszowie