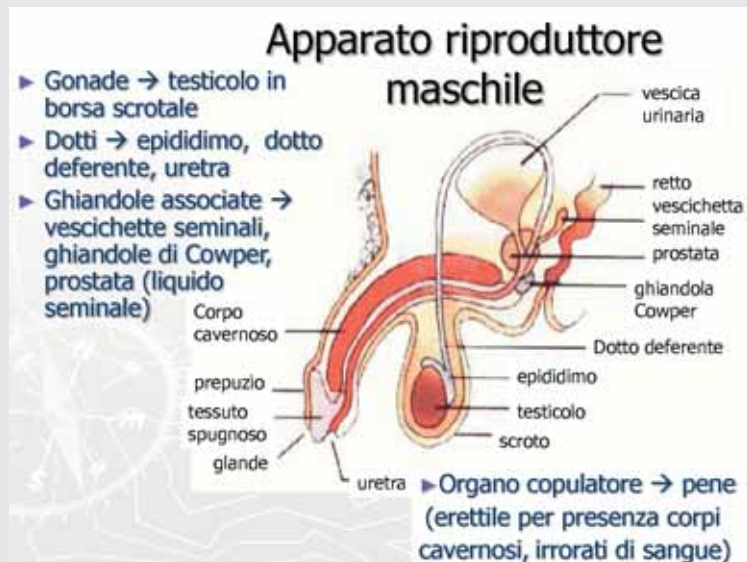


Vincenzo Ferrara MD



Patologie della Vescica / 1

MACROEMATURIA (sangue nelle urine)

MACROEMATURIA

(sangue nelle urine)

Cosa devo fare se vedo il sangue nelle mie urine?

In questo caso è sempre necessario contattare immediatamente il proprio medico curante per ulteriori consigli.

Qualora i sintomi e l'urinocoltura indirizzassero verso una diagnosi certa di cistite saranno prescritti gli antibiotici del caso, in caso contrario saranno necessari sempre altri esami più dettagliati..

Quali sono i motivi che possono portare ad avere sangue nelle urine?

La causa più frequente che porta ad avere il sangue nelle urine è l'infezione (cistite)

La provata presenza di sangue nelle urine, visibile o non visibile (che cioè si trova solo all'analisi chimica delle urine), dovrebbe essere sempre indagato, visto che da 1 a 5 adulti con sangue visibile nelle urine ed in 1 su 12 adulti con sangue non visibile nelle urine hanno poi scoperto di avere il cancro della vescica

I bambini con sangue nelle urine raramente hanno il cancro, ma di solito hanno l'infezione alla vescica, un reflusso vescico-ureterale o una infiammazione renale (nefrite).

Il riscontro "una tantum" di una piccola traccia di sangue nelle urine sui test di routine può non essere significativo

Alcuni farmaci (es. rifampicina, nitrofurantoina) e alimenti (per esempiola barbabietola) possono dare il colore rosso alle urine, mimando la presenza di sangue.

Cosa consiglierà il medico di famiglia?

Il tuo medico dovrebbe iniziare un programma di attenta valutazione che normalmente include:

1. 1. Una attenta anamnesi:

Il tuo medico farà domande su eventuali sintomi recenti, gli eventuali farmaci che stai assumendo e si informerà se fumi e se sei esposto a prodotti chimici industriali o a sostanze che possono essere collegate allo sviluppo del cancro della vescica. L'assunzione di farmaci che fluidificano il sangue (warfarin, dicoumarin, aspirina, dipiridamolo, clopidogrel), non sempre possono giustificare questo sintomo che va sempre ben studiato.

Se l'emorragia è indolore ed è associata a grumi di sangue nelle urine, è bene che venga **consultato un urologo.**

2. 2. L'esame fisico

Un esame fisico generale, verrà effettuata, insieme ad un esame rettale o vaginale.

3. 3. Ulteriori test

I test solitamente eseguiti sono:

a. Esami del sangue

E' bene farli per misurare la funzione renale, i fattori della coagulazione, il dosaggio dell'antigene prostatico specifico (PSA) e l'emocromo per controllare una eventuale anemia o altri problemi.

b. Test delle urine

L'urinocoltura è normalmente fatta per la ricerca di una eventuale infezione urinaria, così come possono essere programmati gli esami citologici delle urine, per la ricerca di cellule

cancerose. Nei casi opportuni si può organizzare una raccolta delle urine delle 24 ore per misurare i livelli di proteine al loro interno.

Altri tests specifici

Il medico di famiglia può richiedere anche una ecografia dei reni e della vescica o una TAC dell'addome.

Cosa potrebbe aver causato il sangue nelle mie urine?

Il 50% (la metà) dei pazienti con sangue visibile nelle urine avrà una causa che sarà ben identificata, ma solo nel 10% di quelli con sangue non visibile nelle urine, si scoprirà il motivo.

Anche se ci sono molte possibili cause di sangue nelle urine, quelle che sono state più spesso identificate sono:

Infezione urinaria

Tumori della vescica, del rene o della prostata

Calcoli renali o vescicali

L'infiammazione dei reni (nefrite)

Reflusso vescico – ureterale

Malformazioni dell'albero urinario

Lesioni del tratto urinario

Patologie del sangue (ad esempio anemia falciforme, disturbi della coagulazione, anticoagulanti e farmaci anti-piastrine)

Altre cause, tra cui infezioni meno comuni (per esempio la TBC, la schistosomiasi) o la cosiddetta "cistite attinica", conseguente a trattamenti radianti sul piccolo bacino..

Cosa succede dopo?

A seconda del sospetto clinico il medico di medicina generale potrà decidere un regolare monitoraggio del paziente, tuttavia una valutazione urologica ed eventualmente nefrologica successiva, sono sempre raccomandabili per gli ulteriori esami del caso, che includono anche una uretro – cistoscopia, esame che consiste nell'introduzione fino in vescica di un piccolo telescopio che consente al medico di vedere l'uretra fino all'interno della vescica. Questo esame è sicuramente traumatico per il paziente, ma è eseguibile ambulatorialmente ed è l'unico che al momento garantisce un adeguato studio di piccole e grandi lesioni tumorali della vescica.

Nel caso del riscontro di calcoli renali, ureterali o vescicali, si consiglierà di asportarli ed a seconda della sede, costituzione e dimensioni si procederà a terapia medica (calcoli radiotrasparenti delle alte vie urinarie), o a frantumazione dei calcoli con ESWL, ureterolitotrixis, nefrolitotrixis, cistolitotrixis, a seconda dei casi.

Nel caso ci si trovasse di fronte ad un tumore, bisogna conoscere qualcosa di più approfondito:

Panoramica

Negli Stati Uniti, 60.000 nuovi casi di cancro della vescica sono diagnosticati ogni anno. Il cancro della vescica è il quarto più comune negli uomini e l'undicesimo più comune nelle donne, ed è la ottava e decima causa di decesso per cancro, rispettivamente .

Al momento della diagnosi, il 75% dei tumori sono non-invasivi (cioè che coinvolgono solo lo strato superficiale della mucosa della vescica). La maggior parte di questi tumori sono a basso rischio di progressione e metastasi. Non bisogna dimenticare che fino al 25% dei casi di cancro della vescica si scoprono quando già hanno infiltrato gli strati muscolari della

vescica, il che la rende estremamente pericolosa per la vita del paziente. In questi casi la terapia che offre la migliore possibilità di sopravvivenza per questi pazienti è la rimozione completa della vescica e dei linfonodi circostanti (cistectomia radicale ed estesa dissezione linfonodale).

Il principale fattore di rischio per il cancro della vescica è il fumo, compreso il fumo passivo. L'esposizione professionale a sostanze chimiche contenenti idrocarburi o ammine aromatiche, aumentano il rischio di far sviluppare il cancro alla vescica. Occupazioni con elevata esposizione a questi agenti cancerogeni includendo i coloranti, la gomma, il cuoio, le vernici ed i trattamenti dell'alluminio. Altri fattori di rischio includono alcuni agenti chemioterapici, in particolare la ciclofosfamide.

Sintomi

Il carcinoma della vescica di solito si presenta con il sangue nelle urine. Non altri sintomi lo accompagnano. Il sangue può essere visibile al paziente, oppure può essere microscopico e scoperto solo quando viene fatto l'esame chimico dell'urina. A volte, il cancro alla vescica può anche causare sintomi minzionali irritativi, tra cui l'urgenza e l'aumentata frequenza minzionale.

Diagnosi

La diagnosi del cancro della vescica si fa attraverso uno o più esami, tra cui la cistoscopia, gli esami citologici urinari, la UroTAC.

Una volta fatta la diagnosi di cancro alla vescica, è importante iniziare il trattamento appropriato.

La stadiazione ed il trattamento di questa malattia si basano sull'analisi al microscopio (esame istologico), del tessuto ottenuto al momento della resezione endoscopica trans-uretrale del tumore della vescica (TURBT).

Le scelte terapeutiche saranno basate sulla aggressività del tumore (grado patologico) e sulla profondità dello strato della vescica che è invaso dal tumore (stadio patologico).

I tumori della vescica cosiddetti 'superficiali' o non invasivi nascono dalla mucosa (lo strato più interno) strato della parete della vescica e di solito sono completamente asportato durante una TURBT.

I tumori che hanno invaso il sottile strato di tessuto connettivo in profondità solo al livello della mucosa chiamato lamina propria (stadio T1), richiedono una particolare attenzione, in quanto fino al 30% può esserci una invasione del muscolo ad una ripetizione della resezione endoscopica (TURBT).

Se è presente tessuto muscolare adeguato nel campione asportato con la resezione ed è stata ben accertata la mancanza di una invasione muscolare, questi tumori possono essere trattati con chemioterapia o immunoterapia intravesicale (soluzioni poste all'interno della vescica attraverso un catetere).

Se è invece accertata la presenza di una neoplasia muscolo-invasiva, allora il trattamento differisce in modo significativo rispetto ai loro omologhi non invasivi.

Trattamento

Il trattamento per il cancro della vescica dipende dal grado e dallo stadio del tumore.

Tumori a basso grado possono solitamente essere trattati endoscopicamente, attraverso la rimozione del tumore, utilizzando un telescopio operatore (resectoscopia) in sala operatoria.

Se il tumore è più aggressivo o di grado superiore ma limitato alla mucosa o alla lamina propria, si consiglia di trattare il paziente con immunoterapia (BCG) o chemioterapia intravesicale.

Se il cancro è progredito attraverso il rivestimento interno della vescica infiltrando il muscolo e/o l'avventizia, si richiede un trattamento più invasivo: la asportazione della vescica (cistectomia radicale).

La cistectomia radicale con dissezione estesa e approfondita dei linfonodi pelvici è il gold standard per il trattamento del cancro della vescica invasivo.

Negli uomini, la cistectomia radicale comporta la rimozione completa di vescica, prostata, vescicole seminali e linfonodi pelvici.

In pazienti di sesso femminile, una cistectomia radicale (denominato eviscerazione anteriore), comporta tradizionalmente la rimozione della vescica, utero, tube di Falloppio, ovaie, e della parete vaginale anteriore. Questo può essere necessario in alcune pazienti, nelle altre gli organi pelvici e la vagina possono essere risparmiate senza compromettere il controllo del cancro.

La cistectomia fornisce i risultati migliori ed i più bassi tassi di recidiva locale per malattia muscolo-invasiva. La sopravvivenza libera da recidiva e in generale è significativamente correlato allo stadio patologico con tassi di sopravvivenza di circa il 50% a 5 anni. I pazienti che hanno i linfonodi non interessati dalla malattia la sopravvivenza a 5 anni è di circa l'80%, mentre i pazienti con malattia che si estende al grasso perivescicale o quelli con coinvolgimento linfonodale la sopravvivenza a 5 anni è del 35-58%.

Tipi di derivazione urinaria

Una volta che la vescica viene asportata, è necessario derivare l'urina in un altro spazio. Per questo ci sono diversi tipi di derivazione urinaria, di cui i più diffusi sono:

Ileal Conduit (Urostomia)

Il condotto ileale è costruito da un piccolo segmento dell'intestino e portato sull'addome fuori alla pelle come una stomia. Gli ureteri, (piccoli canali che portano l'urina dai reni verso la vescica,) vengono collegati (anastomotizzati) ad un pezzo di intestino, da cui poi l'urina viene riversata in una sacca di raccolta esterna.

Neovescica ortotopica consiste nella derivazione delle urine in un segmento intestinale che viene collegato non alla cute dell'addome, ma direttamente al canale urinario (uretra), in modo che il paziente possa svuotare la sua neo-vescica attraverso le vie naturali e non in un sacchetto esterno. Purtroppo questa derivazione non è sempre indicata e va studiata a seconda del paziente e della malattia tumorale.

La cistectomia con derivazione urinaria può essere eseguita anche utilizzando tecniche di chirurgia laparoscopica, in cui il chirurgo opera attraverso alcune piccole incisioni cutanee – 5 – 10 millimetri l'una, ottenendo un uguale risultato di radicalità oncologica, con estirpazione della malattia, ma risultando meno invasiva, vista la riduzione della lunghezza della incisione cutanea e quindi del dolore post-operatorio.