

Ca Κύστεως από Μεταβατικό Επιθήλιο

Click to add Text

Αιτιοπαθογένεια – Διάγνωση –
Κλινική Εικόνα - Σταδιοποίηση

Επιδημιολογία

- Άνδρες / Γυναίκες 2,5 : 1
- Αποτελεί την 4η αιτία καρκίνου στον άνδρα και την 8η στη γυναίκα.
- Αποτελεί το 2,9% αιτίας θανάτου στους άνδρες και το 1,5% στις γυναίκες.
- 3,7% περισσότερες πιθανότητες στους λευκούς απ' ότι στους μαύρους.
- Από το 1950 τα περιστατικά έχουν αυξηθεί κατά 50%, ενώ η θνητότητα μειώθηκε κατά 33%.

Επιδημιολογία

- Με την ηλικία υπάρχει αύξηση στον επιπολασμό και στη θνητότητα.
- 5ετής επιβίωση: Άνδρες λευκοί → 84%
Άνδρες μαύροι → 71%
Γυναίκες λευκές → 76%
Γυναίκες μαύρες → 51%
- Περισσότερο από το 90% των καρκίνων κύστεως είναι εκ μεταβατικού επιθυλίου.

Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου

- **Ουγκογονίδια:** επαγωγή ουγκογονιδίων. (p21, ras).
- **Ουγκοκατασταλτικά γονίδια:** αναστολή. (p53, γονίδιο ρετινοβλαστώματος, περιοχές 9p21, 9q32-33).
- **Επαγγελματικοί παράγοντες κινδύνου:** άτομα που έρχονται σε επαφή με αρωματικές αμίνες (αυτοκινητιστές, βυρσοδέτες, μεταλλορύχοι, ζωγράφοι).
- **Κάπνισμα:** οι καπνιστές έχουν 4 φορές περισσότερες πιθανότητες δημιουργίας καρκίνου κύστεως.
- **Κατάχρηση αναλγητικών.**

Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου

- **Χρόνια κυστίτιδα ή άλλες φλεγμονές:** παρουσία μόνιμου καθετήρα (2-10% των παραπληγικών αναπτύσσουν Ca κύστεως, 80% των οποίων είναι μεταβατικού επιθηλίου).

Σχιστοσωμίαση.

HPV.

Click to add Text.

- **ΑΚΘ στην πύελο:** οι γυναίκες που υποκείνται σε ΑΚΘ για Ca μήτρας ή ωοθηκών έχουν 2 - 4 φορές μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν Ca κύστεως. Ο κίνδυνος αυξάνει 10 χρόνια μετά την ΑΚΘ και αυτοί οι όγκοι είναι χαρακτηριστικά υψηλού σταδίου και με τοπική προχωρημένη διήθηση.

Αιτιολογία και Παράγοντες Κινδύνου

- **Τεχνητές γλυκαντικές ουσίες.**
- **Κυκλοφωσφαμίδη:** οι ασθενείς που θεραπεύονται με κυκλοφωσφαμίδη έχουν 9 φορές αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν Ca κύστεις. Κατά τη διάγνωση, συνήθως είναι υψηλού σταδίου.
- **Κληρονομικότητα:** δεν υπάρχουν ενδείξεις για τη βαρύτητα της κληρονομικότητας.

Διάγνωση

1. Κλινική εικόνα.

- 85% με ανώδυνη μακροσκοπική αιματουρία.
- Σχεδόν όλοι με μικροσκοπική αιματουρία.
- Σύμπλεγμα συμπτωμάτων όπως ευερεθιστότητα κύστεως, συχνουρία, δυσουρία, επιτακτική ούρηση, συχνά σχετίζονται με καρκίνωμα in situ ή κληρονομητέα κύστεως.
- Άλλα κλινικά σημεία είναι το άλγος νεφρικής χώρας από απόφραξη ουρητήρα, πυελική μάζα και σε προχωρημένες καταστάσεις απώλεια βάρους και πυελικός ή οστικός πόνος.

Διάγνωση

2. Ενδοφλέβιος ουρογραφία.

Δεν είναι ευαίσθητη στην αναγνώριση μικρών όγκων, βοηθάει όμως στον έλεγχο του άνω ουροποιητικού. Ουρητηρική απόφραξη συνήθως συνδυάζεται με διήθηση μυϊκού χιτώνα.

3. Κυστεοσκόπηση.

4. Κυτταρολογικές ούρων.

Είναι πιο ευαίσθητες σε ασθενείς με high – grade καρκίνωμα ή καρκίνωμα in situ. Ακόμα και σε αυτούς όμως είναι ψευδώς αρνητική στο 20%. Σε ποσοστό 1 - 12% είναι ψευδώς θετικές.

Διάγνωση

5. Συλλογή δειγμάτων μετά από έκπλυση με φυσιολογικό ορό.

6. ΒΤΑ: 60% ευαισθησία.

7. Ανάλυση εικόνας.

Ποσοτική φθορίζουσα ανάλυση εικόνας είναι μία τεχνική που μετρά την πυκνότητα του DNA στο κάθε κύτταρο. Η τεχνική αυτή είναι πιο ευαίσθητη από τις κυτταρολογικές ούρων ή την κυτταρομετρία ροής, στο να ανιχνεύει χαμηλής κακοήθειας Ca κύστεως.

8. Επιλεκτικές βιοψίες.

30 – 70% των διηθητικών όγκων σε μυϊκό ιστό σχετίζονται με Ca in situ σε άλλες περιοχές της κύστεως.

Σταδιοποίηση

Υπάρχει μεγάλη συσχέτιση με το βαθμό κακοήθειας του όγκου και του σταδίου, με τους όγκους καλής και μέτριας διαφοροποίησης να είναι επιφανειακοί και αυτοί της χαμηλής διαφοροποίησης να διηθούν τον μυϊκό χιτώνα.

Click to add Text

Καλά διαφοροποιημένοι όγκοι (Grade 1)

Η κυτταρική διαταραχή είναι ήπια και υπάρχει μικρή μιτωτική εικόνα. Έχουν χαρακτηριστεί θηλώδεις ουροθηλιακοί όγκοι χαμηλής κακοήθειας.

Σταδιοποίηση

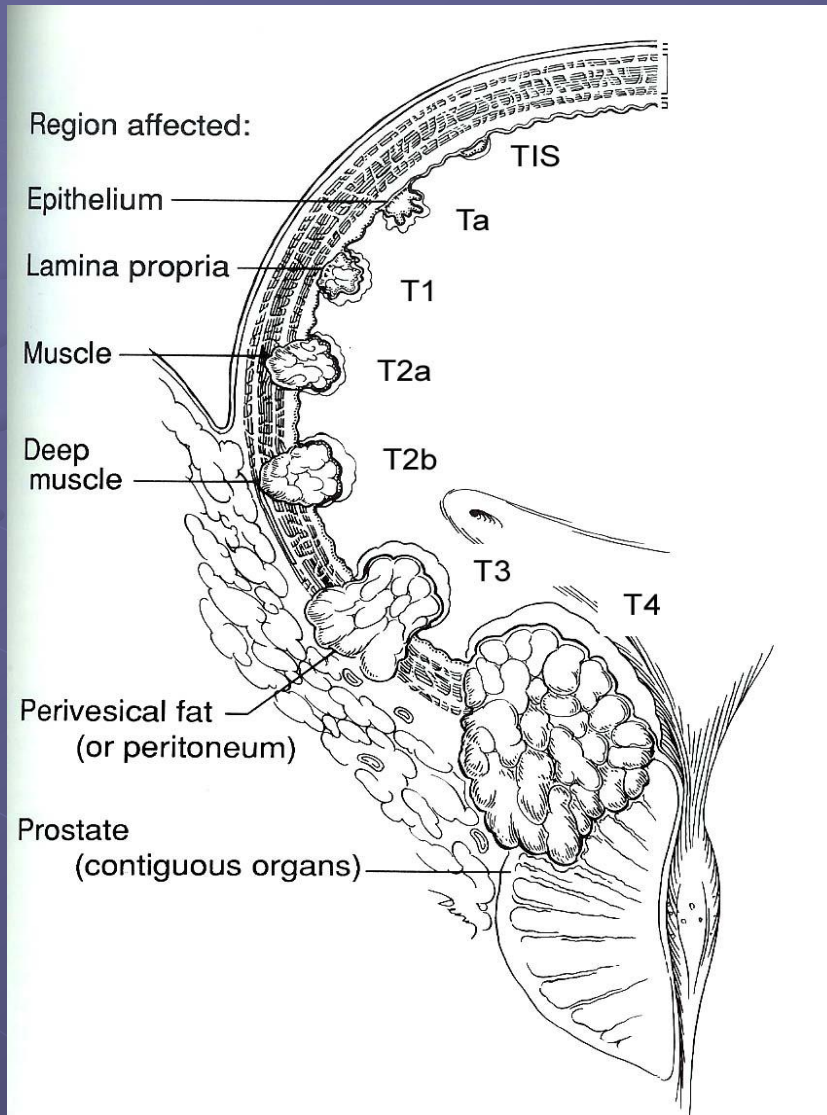
Μετρίως διαφοροποιημένοι όγκοι (Grade 2)

Υπάρχει μεγαλύτερη κυτταρική διαφοροποίηση και απώλεια της πολικότητας των κυττάρων. Η αναλογία πυρήνα – κυτταροπλάσματος είναι μεγαλύτερη με μεγαλύτερο κυτταρικό πλεομορφισμό. Υπάρχουν περισσότερες μιτωτικές εξεργασίες. Έχουν χαρακτηριστεί χαμηλής κακοήθειας ουροθηλιακά καρκινώματα.

Χαμηλής διαφοροποίησης όγκοι (Grade 3)

Έχουν χαρακτηριστεί υψηλής κακοήθειας ουροθηλιακά καρκινώματα και οι προηγούμενες εξεργασίες υπάρχουν σε μεγαλύτερο βαθμό.

Σταδιοποίηση



T	ΠΡΩΤΟΓΕΝΗΣ ΟΓΚΟΣ
TX	Μη εκτιμήσιμος όγκος
T0	Μη ανεύρεση όγκου
Ta	Μη διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα
Tis	Καρκίνωμα in situ "ομαλό"
T1	Διήθηση του υποεπιθηλιακού συνδετικού ιστού
T2	Διήθηση μυική
pT2a	Επιφανειακή διήθηση μυική (επιπολής στοιβάδα του εξωστήρος)
pT2b	Εν τω βάθει διήθηση μυική (εν τω βάθει στοιβάδα του εξωστήρος)
T3	Διήθηση του περικυστικού ιστού
pT3a	Μικροσκοπική διήθηση
pT3b	Μακροσκοπική διήθηση
T4	Όγκος που διηθεί άλλα περικυστικά όργανα
pT4a	Διήθηση του προστάτη, του κόλπου ή της μήτρας
pT4b	Κοιλιακό ή πυελικό τοίχωμα

N	ΕΠΙΧΩΡΙΟΙ ΛΕΜΦΑΔΕΝΕΣ
NX	Μη εκτιμήσιμοι λεμφαδένες
N0	Απουσία μετάστασης στους επιχώριους αδένες
N1	Μονήρης μετάσταση στους επιχώριους αδένες ≤ 2 cm
N2	Μονήρης μετάσταση σε επιχώριο αδένα > 2 cm και ≤ 5 cm, ή πολλαπλές μεταστάσεις σε επιχώριους αδένες ≤ 5 cm
N3	Μεταστάσεις στους επιχώριους αδένες > 5 cm

M	ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ
MX	Μη εκτιμήσιμες μεταστάσεις
M0	Απουσία απομακρυσμένης μετάστασης
M1	Απομακρυσμένη (εξ) μετάσταση (εις)

Σταδιοποίηση

Απαραίτητες εξετάσεις για τη σταδιοποίηση είναι:

1. **Ενδοφλέβιος πνευμογραφία.**
2. **CT:** Εντοπίζει μόνο μεγάλη εξωκυστική επέκταση του όγκου, λεμφαδένες που είναι αρκετά μεγάλοι. Αποτυγχάνει να δει λεμφαδενικές μεταστάσεις σε ποσοστό 40 – 70% από αυτών που τις έχουν.
3. **MRI:** Δεν είναι η πιο χρήσιμη απέναντι CT. Ίσως είναι λίγο πιο χρήσιμο για την ακριβή ανατομία των γύρω μαλακών ιστών. CT και MRI είναι πιο ακριβή σε προχωρημένους όγκους.
4. **Sc οστών.**
5. **CT θώρακος – Ακτινογραφία θώρακος.**

Τρόποι Διασποράς

1. **Λεμφογενής διασπορά:** Συμβαίνουν νωρίτερα από τις αιματογενείς. Οι περισσότερες κοινές περιοχές είναι οι λεμφαδένες της πυέλου. Το 25 – 33% των ασθενών που πεθαίνουν από Ca κύστεως δεν έχουν μετάσταση σε λεμφαδένες.

2. **Αιματογενής διασπορά:** Ήπαρ → 38%

Πνεύμονας →

36%

Οστά

→ 27%

Επινεφρίδια → 21%

Click to add text

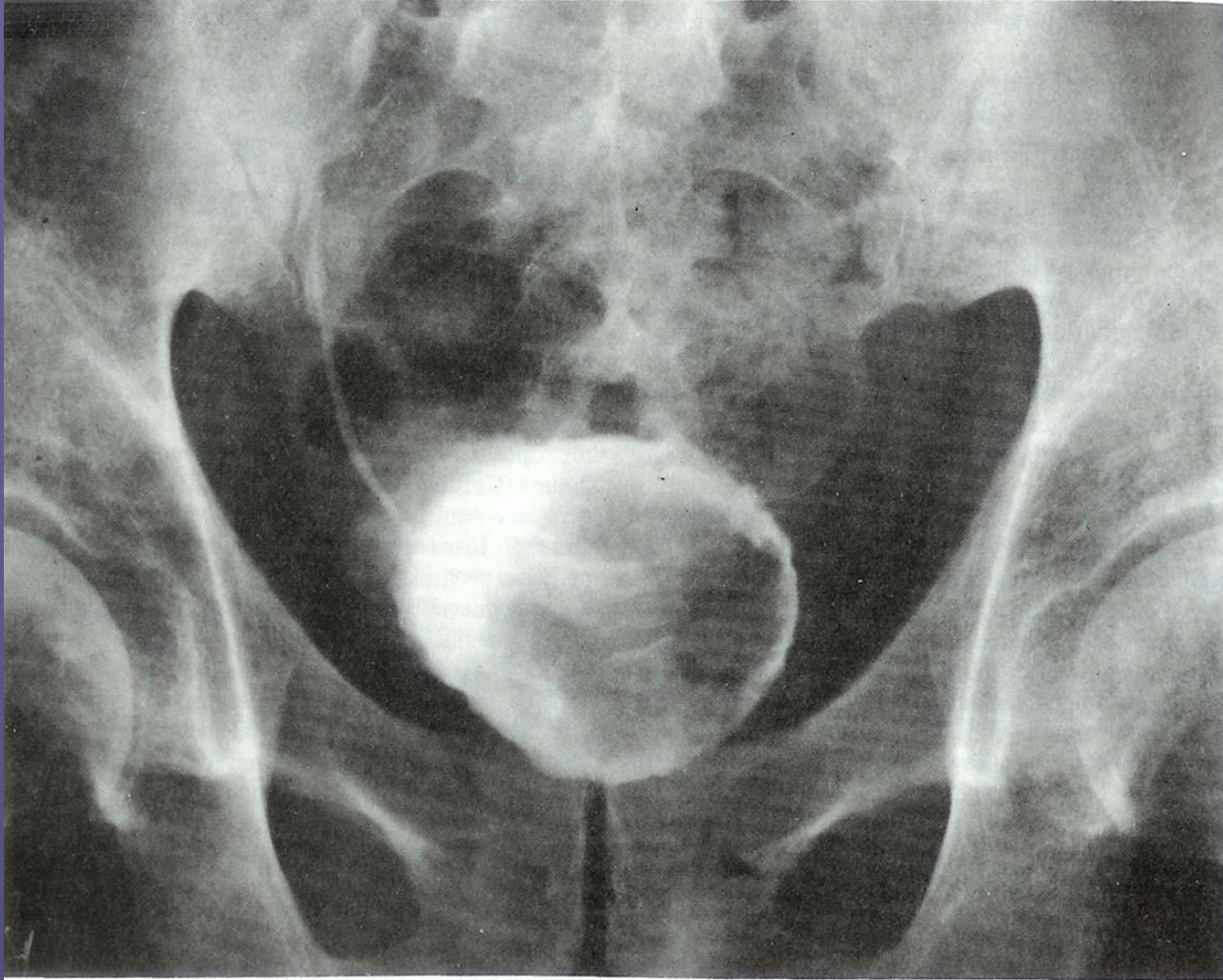
Εντέρο → 13%

Λίγοι ασθενείς επιβιώνουν την 5ετία.

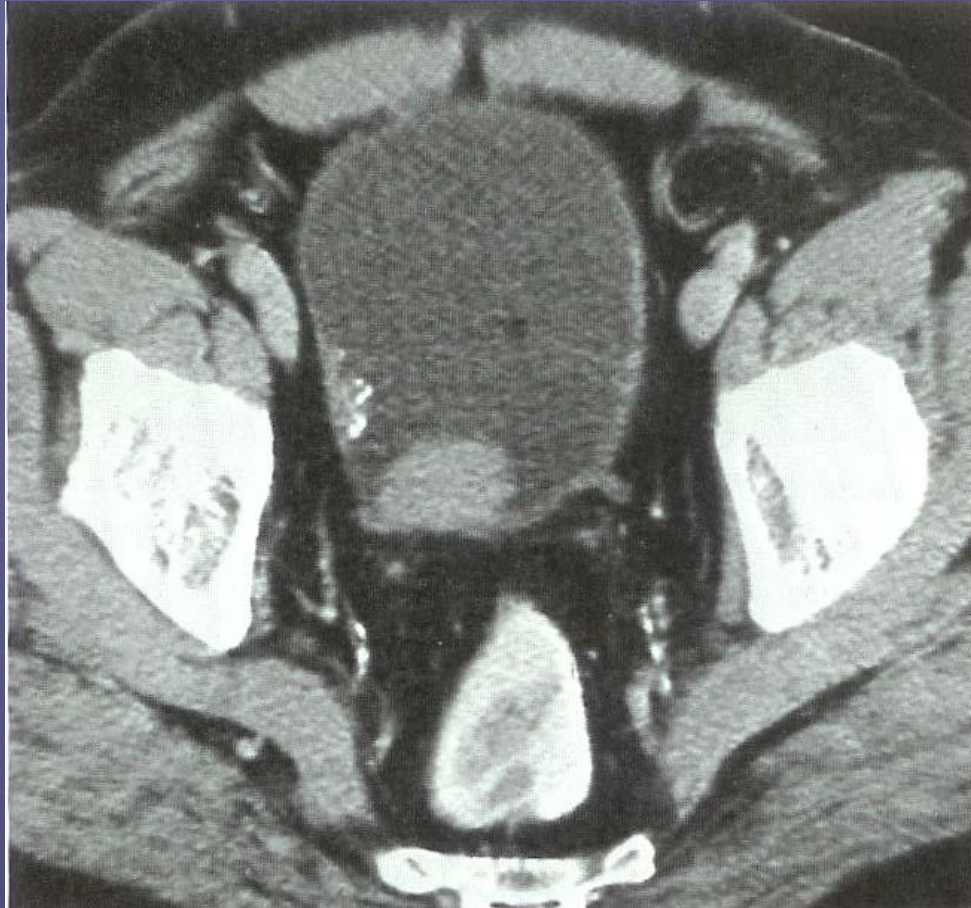
3. **Μετεμφύτευση:** συμβαίνει συχνότερα σε όγκους χαμηλής διαφοροποίησης.

- 5% των καλά και μετρίως διαφοροποιημένων όγκων και 20% των χαμηλής διαφοροποίησης όγκων έχουν αγγειακή ή λεμφογενή διασπορά.

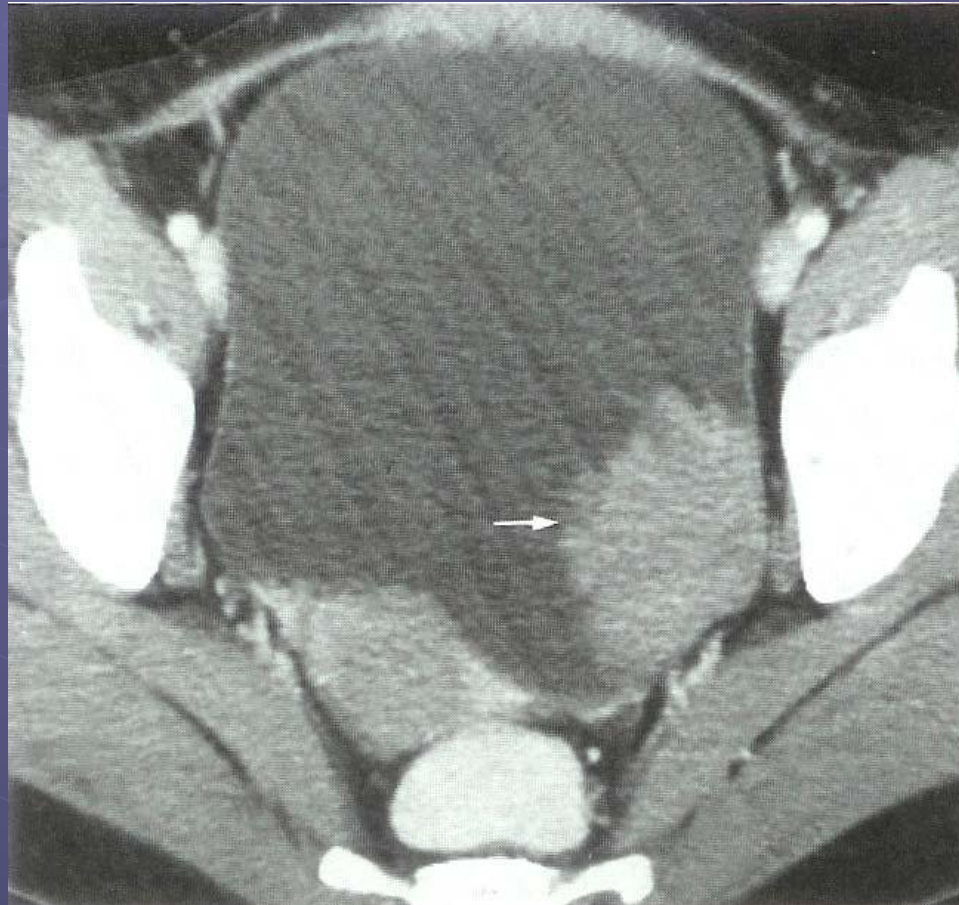
I.V.P.



CT - T1



CT - T2



Αντιμετώπιση Επιφανειακών όγκων ουροδόχου κύστης (Tα, T1, Tis)

Θεραπευτικές επιλογές

Εκτομή και ηλεκτροκαυτηρίαση

Laser

Ενδοκυστικές εγχύσεις χήμειοθεραπευτικών(ΧΜΘ)
ουσιών

Click to add Text

Ενδοκυστικές εγχύσεις ανοσοθεραπευτικών(ΑΝΘ)
ουσιών

Χειρουργική αντιμετώπιση

Αντιμετώπιση Διηθητικού Ca ουροδόχου κύστεως(T2)

Ριζική κυστεκτομή με ή χωρίς περιοχική λεμφαδενεκτομή
Νεο-επικουρική χημειοθεραπεία που ακολουθείται απο ριζική
κυστεκτομή

Εξωτερική ακτινοθεραπεία με ή χωρίς χημειοθεραπεία

Ενδοϊστική εμφύτευση ραδιοϊσοτόπων με ή χωρίς εξωτερική
ακτινοθεραπεία

Διουρηθρική εκτομή (σε επιλεγμένους ασθενείς)

Μερική κυστεκτομή (σε επιλεγμένους ασθενείς)

Εκτροπές ούρων

Προς το παχύ έντερο, Ουρητηροσιγμοειδοστομία
(Έλεγχος εγκράτειας ούρων από τον έξω σφιγκτήρα του ορθού)

Προς το δέρμα της κοιλιάς (δημιουργία conduits, λεπτό ή παχύ έντερο)
(Δημιουργία στόματος- Εφαρμογή συσκευής συλλογής ούρων)

Εγκρατής δερματική εκτροπή προς το δέρμα
(Δημιουργία νεοκύστης- Αυτοκαθετηριασμοί)

Αντικατάσταση της ουροδόχου κύστης
(Ορθότοπη νεοκύστη- Έλεγχος εγκράτειας από σφιγκτήρα ουρήθρας)

Click to add Text