

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

Είναι ο τέταρτος πιο συχνός καρκίνος της στον Δυτικό κόσμο. Η μέση ηλικία κατά την διάγνωση είναι τα 60 με 65 έτη. Είναι πιο συχνός στους άνδρες με αναλογία 4:1.

ΑΙΤΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

Το κάπνισμα αποτελεί το πιο συχνό αίτιο για καρκίνο της ουροδόχου κύστεως. Έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει τον κίνδυνο κατά 4 φορές και γενικά υπολογίζεται ότι το 30-50 % των καρκίνων της κύστης οφείλεται στο κάπνισμα. Ένας ακόμη παράγοντας είναι το επαγγελματικό περιβάλλον διότι η έκθεση σε ουσίες όπως η β-ναφθυλαμίνη, η 4-αμινομπυφαινίνη και η βενζιδίνη στους εργάτες της υφαντουργίας και της βιομηχανίας ελαστικών έχει ενοχοποιηθεί για τον καρκίνο της κύστης. Άλλες ουσίες όπως η ορθοτολουιδίνη στην βιομηχανία των χρωστικών και των φαρμακευτικών εντομοκτόνων είναι ισχυρά καρκινογόνα. Η έκθεση σε προϊόντα πετρελαίου προκαλεί επίσης αύξηση του κινδύνου.

ΆΛΛΕΣ ΑΙΤΙΕΣ.

Οι χρόνιας ουρολοιμώξεις λόγω των νιτρωδών και των νιτροζαμινών που σχηματίζονται οδηγούν σε αυξημένο πολλαπλασιασμό των κυττάρων με πιθανότητες για γενετικά λάθη.

Η κυκλοφωσφαμίδη ένας αλκυλιωτικός παράγοντας για την θεραπεία κακοήθων νεοπλασμάτων αυξάνει τον κίνδυνο ουροθηλιακού καρκινώματος της κύστης.

Η ακτινοθεραπεία σε γυναίκες για καρκίνο των ωοθηκών είναι προδιαθεσικός παράγοντας για καρκίνο ουροδόχου κύστεως.

Παρασίτωση από schistosoma haematobium (ενδημεί στη Αίγυπτο) οδηγεί πολλές φορές σε πλακώδες καρκίνο της ουροδόχου.

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΑΤΟΜΙΚΗ.

Η παγκόσμια οργάνωση υγείας συνιστά την κατάταξη σε 4 βασικούς ιστολογικούς τύπους: καρκίνωμα μεταβατικού επιθηλίου, καρκίνωμα πλακώδους

επιθηλίου, αδενοκαρκίνωμα και αδιαφοροποίητο καρκίνωμα. Εκτός αυτών υπάρχουν και οι μικτοί τύποι καθώς και μια σειρά σπανιότερων όγκων από επιθήλιο και μη.

ΙΣΤΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΒΛΕΝΝΟΓΟΝΟΥ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ.

Ο βλεννογόνος της κύστης αποτελείται από μεταβατικό επιθήλιο (ουροθηλίο) και χόριο. Ο υποβλεννογόνιος χιτώνας περιέχει μία στιβάδα μυϊκών ινών την υποβλεννογόνια μυϊκή στιβάδα που είναι διαφορετική από την αληθή μυϊκή στιβάδα.

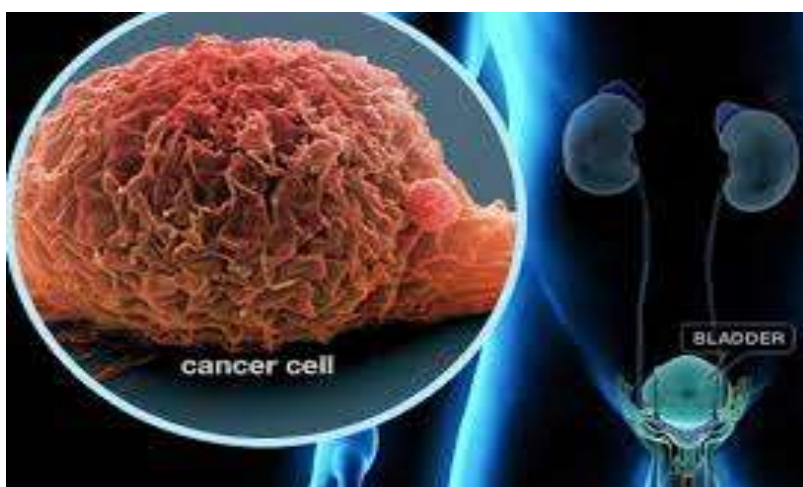
ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ.

Το 90 % των καρκίνων της κύστης ανήκουν σε αυτήν την κατηγορία. Έχει διάφορα πρότυπα ανάπτυξης που είναι: θηλώδες, μη θηλώδες, μικτό και ενδοεπιθηλιακό.

Οι 3 βαθμοί κακοήθειας του καρκίνου από μεταβατικό επιθήλιο είναι:

1. GRADE 1 (ΚΑΛΩΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ)
2. GRADE 2 (ΜΕΤΡΙΩΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ)
3. GRADE 3 (ΚΑΚΩΣ ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΜΕΝΟ)

Εξέλιξη της νόσου εμφανίζεται στο 10-20 % των όγκων βαθμού 1 και 20-40% στους όγκους βαθμού 2 . Τέλος εξέλιξη της νόσου από 33-65% εμφανίζεται στους όγκους βαθμού 3.



ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ IN SITU – ΜΕΤΑΒΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ.

Χαμηλής διαφοροποίησης (επιθετικός) μη-διηθητικό –επίπεδο καρκίνωμα που εντοπίζεται στο επιθήλιο. Χαρακτηρίζεται από απρόβλεπτη συμπεριφορά και έχει μεγάλο διηθητικό και μεταστατικό δυναμικό. Εντοπίζεται κυρίως στην βάση και στο τρίγωνο της ουροδόχου κύστεως καθώς και γύρω από τα ουρητηρικά στόμια. Συνήθως συνοδεύει καλώς διαφοροποιημένους όγκους. Κλινικά εκδηλώνεται με ερεθιστικά συμπτώματα όπως συχνουρία, νυκτουρία, επιτακτική ούρηση τα οποία οδηγούν την σκέψη σε άλλες παθήσεις (ουρολοιμώξη , διάμεση κυστίτιδα, νευρογενή κύστη). Η κυστεοσκόπηση αποκαλύπτει ερυθρότητα καθώς και περιοχές οίδηματώδεις σαν βελούδο. Η κυτταρολογική εξέταση ούρων αποβαίνει θετική στο 90 % περίπου των δειγμάτων. Σαν αρχική θεραπεία χορηγούνται ενδοκυστικές εγχύσεις BCG . Σε αυτούς που δεν ανταποκρίνονται στις εγχύσεις, η κυστεκτομή είναι μονόδρομος.

ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΠΛΑΚΩΔΟΥΣ ΕΠΙΘΗΛΙΟΥ

Επιθετική μορφή καρκίνου με κακή πρόγνωση. Αυξημένη συχνότητα στις χώρες όπου ενδημεί το παράσιτο που προκαλεί σχιστοσωμίαση (Αιγυπτος). Οι ερεθισμοί από τις χρόνιες ουρολοιμώξεις και τους ουροκαθετήρες, λιθιάσεις κύστης, είναι επίσης προδιαθεσικοί παράγοντες. ΡΙΖΙΚΗ ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ ΜΕ ΟΥΡΗΘΡΕΚΤΟΜΗ είναι η πιο αποτελεσματική προσέγγιση.

ΑΔΕΝΟΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

Αποτελούν το 1-2% όλων των πρωτοπαθών όγκων της κύστης. Μπορεί να είναι πρωτοπαθές ή μεταστατικό. Προκαλείται εκτός των άλλων και από την χρόνια φλεγμονή της κύστης αλλά και με την σχιστοσωμίαση. Η αδενική κυστίτιδα μπορεί να είναι πρόδρομος κατάσταση. Χαρακτηριστικό του όγκου αυτού είναι η παραγωγή βλέννης με τα ούρα. ΡΙΖΙΚΗ ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ είναι η θεραπεία ενώ ακτινοβολία και χημειοθεραπεία δεν βοηθούν.

ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

Μικρής συχνότητας εμφάνιση < 1% με καταγωγή από κακοήθη εξαλλαγή από νευροενδοκρινικά κύτταρα της κύστεως. Όγκος επιθετικός με συχνότερη εντόπιση στα πλάγια τοιχώματα , μεγάλος άμισχος, συμπαγής ή πολυποειδής με νεκρωτικές

περιοχές. ΡΙΖΙΚΗ ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗ με επικουρική χημειοθεραπεία είναι η θεραπεία με δυσμενή πρόγνωση.

ΑΛΛΟΙ ΟΓΚΟΙ.

Υπάρχουν επιθηλιακοί σπάνιοι όγκοι όπως το λαχνωτό αδένωμα, οι καρκινοειδείς όγκοι, το μελάνωμα και το καρκινοσάρκωμα. Μη επιθηλιακοί όγκοι είναι το φαιοχρωμοκύτωμα οι μεσεγχυματικοί όγκοι (ραβδομυοσάρκωμα, λειομυοσάρκωμα) και το πρωτοπαθές λέμφωμα.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

1. ΥΠΕΡΗΧΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ 90 %)(ΥΠΕΡΗΧΟΓΕΝΕΙΣ ΜΑΖΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΑΛΛΟΥΝ ΣΤΟΝ ΑΥΛΟ Ή ΠΑΧΥΝΣΗ ΤΟΥ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΚΥΣΤΗΣ).
2. ΑΞΟΝΙΚΗ ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ (ΕΛΛΕΙΜΑ ΣΚΙΑΓΡΑΦΗΣΗΣ Ή ΑΣΣΥΜΕΤΡΗ ΔΙΑΤΑΣΗ ΚΥΣΤΗΣ).
3. ΑΞΟΝΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (ΠΑΧΥΝΣΗ ΤΟΙΧΩΜΑΤΟΣ, ΑΣΑΦΕΙΑ ΠΕΡΙΚΥΣΤΙΚΟΥ ΛΙΠΟΥΣ, ΑΠΟΚΑΛΥΨΗ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΩΝ).
4. ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ (ΟΣΤΙΚΕΣ ΜΕΤΑΣΤΑΣΕΙΣ).
5. ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΟΣΤΩΝ.

ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΟΥΡΩΝ.

Χρήσιμη εξέταση για ανίχνευση όγκων που δεν εντοπίζονται κυστεοσκοπικά. Λόγω ότι τα καρκινικά κύτταρα αποφωλιδώνονται (εκπίπτουν) εύκολα, αναγνωρίζονται στα ούρα.

ΚΥΣΤΕΟΣΚΟΠΗΣΗ.

Αποτελεί την τελική εξέταση για την επιβεβαίωση της διάγνωσης. Όγκοι επιφανειακοί αναγνωρίζονται ως μισχωτές, θηλωματώδεις προσεκβολές σε αντίθεση με τους διηθητικούς που είναι συνήθως συμπαγείς με ευρεία βάση.

ΣΤΑΔΙΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφορα συστήματα ταξινόμησης. Σας παραθέτω το σύστημα TNM που χρησιμοποιείται ευρέως.

Πίνακας 1: TNM ταξινόμηση 2009

Ουροδόχος Κύστη

Ta Μη διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα

Tis Καρκίνωμα in situ “επίπεδος όγκος”

T1 Διήθηση του υποεπιθηλιακού συνδετικού ιστού

T2 Μυϊκή διήθηση

T2a Επιφανειακό μυϊκό στρώμα (Έσω μισό μυϊκού ιστού)

T2b Εν τω βάθει μυϊκό στρώμα (Έξω μισό μυϊκού ιστού)

T3 Διήθηση περικυστικών ιστών (Πέραν του μυϊκού ιστού)

T3a Μικροσκοπική διήθηση

T3b Μακροσκοπική διήθηση (εξωκυστική μάζα)

T4 Επέκταση του όγκου σε ένα από τα ακόλουθα: προστάτης,

μήτρα, κόλπος, πυελικό τοίχωμα, κοιλιακό τοίχωμα

T4a προστάτης, μήτρα, κόλπος

T4b Πυελικό ή κοιλιακό τοίχωμα

N Επιχώριοι λεμφαδένες

Nx Επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν

N0 Δεν υπάρχει μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες

N1 Μετάσταση σε έναν μόνο πυελικό λεμφαδένα (έσω λαγόνιο,

θυροειδή, έξω λαγόνιο ή προϊερό)

N2 Μετάσταση σε πολλαπλούς πνευλικούς λεμφαδένες

(έσω λαγόνιους, θυροειδείς, έξω λαγόνιους ή προϊερούς)

N3 Μετάσταση σε ένα ή περισσότερους κοινούς λαγόνιους

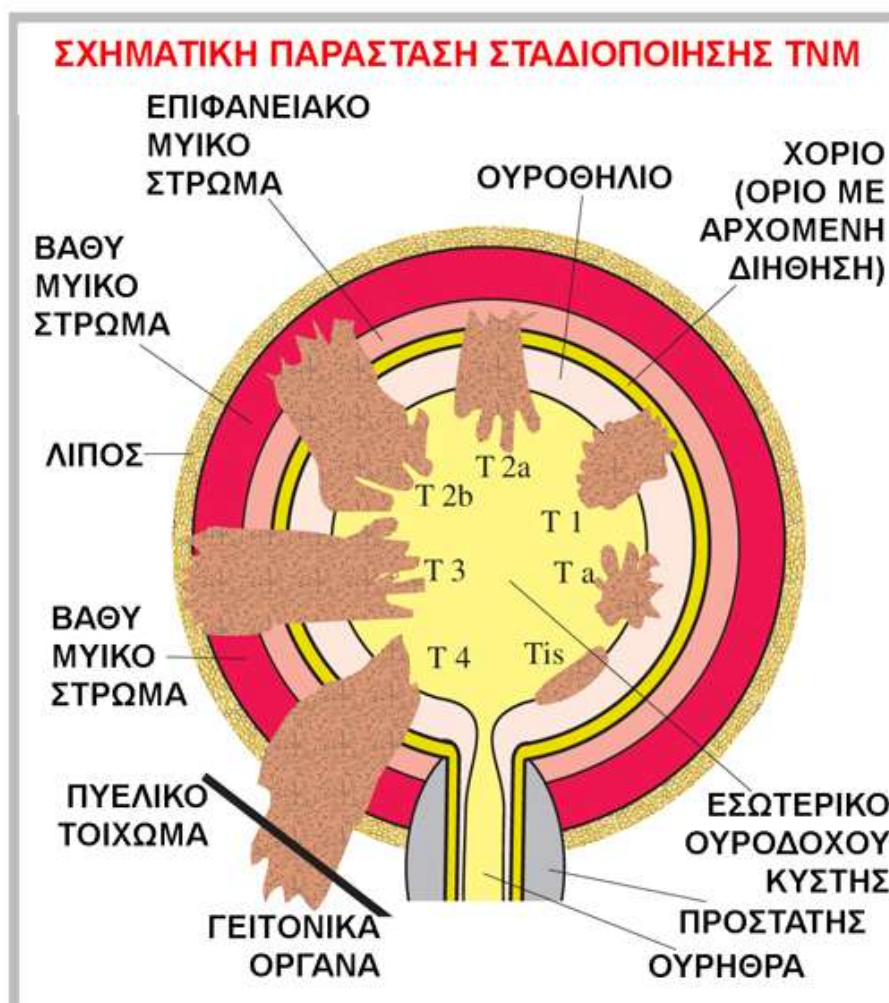
λεμφαδένες

M Μακρινές μεταστάσεις

Mx Μακρινή μετάσταση δεν μπορεί να εκτιμηθεί

M0 Απουσία μακρινής μετάστασης

M1 Παρουσία μακρινής μετάσ



ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Η θεραπεία καθορίζεται από το στάδιο της νόσου. Ασθενείς με επιφανειακό νεόπλασμα T_a, T₁ υποβάλλονται σε διουρηθρική εξαίρεση του όγκου και ανάλογα το στάδιο που προκύπτει από την βιοψία ακολουθούν πρόγραμμα παρακολούθησης ή και πρόγραμμα ενδοκυστικών εγχύσεων για μείωση του ρυθμού επανεμφάνισης της νόσου. Σε ασθενείς με μεγάλους και συχνά υποτροπιάζοντες όγκους και σε ασθενείς με όγκους σταδίου T₁ με συνοδό καρκίνωμα *cis* επιβάλλεται η ενδοκυστική έγχυση με συχνότερη παρακολούθηση. Σε ασθενείς με T₂ ή T₃ όγκους (διηθητικοί) η θεραπεία είναι η ριζική κυστεοπροστατεκτομή (για άνδρες) και η ριζική κυστεκτομή με αφαίρεση μήτρας ,εξαρτημάτων ,ουρήθρας και πρόσθιου τοιχώματος του κόλπου για γυναίκες ασθενείς..

ΑΚΤΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΕΩΣ.

Μπορεί να εφαρμοστεί με τη μορφή εξωτερικής ακτινοβολίας αντί της χειρουργικής θεραπείας με αποτελέσματα συγκρίσιμα με αυτήν .Είναι πρόταση θεραπείας για ασθενείς που δεν επιθυμούν να χειρουργηθούν ή δεν μπορούν να χειρουργηθούν για λόγους υγείας.

ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

Απόλυτη ένδειξη είναι ο μεταστατικός καρκίνος της ουροδόχου κύστεως.Η πολυδύναμη θεραπεία με συνδυαστικά σχήματα θεωρείται καλύτερη σε σχέση με την μονοθεραπεία.Η καλή φυσική κατάσταση και η μικρή λεμφαδενική νόσος είναι καλοί προγνωστικοί παράγοντες.