

Cancro alla vescica, resezione endoscopica

■ L'obiettivo è quello di garantire al paziente una buona qualità di vita anche dopo un carcinoma alla vescica, cercando di non ricorrere quindi alla cistectomia. Per questo motivo, da diversi anni al policlinico San Pietro di Ponte San Pietro, nel reparto di Urologia guidato da Angelo Gritti, la tecnica usata è quella delle resezioni endoscopiche sempre più spinte. L'argomento del carcinoma vescicale è andato negli ultimi anni assumendo un ruolo sempre più centrale nella pratica clinica, sia per un aumento della presentazione della malattia, sia per la dovizia di innovazioni diagnostiche e terapeutiche proposte e spesso diffusamente applicate. Di fatto l'incidenza del carcinoma vescicale nei paesi occidentali è andata progressivamente aumentando negli ultimi 20 anni. Di tutti i pazienti, una percentuale oscillante fra il 75 e l'85% presenta malattia superficiale, vale a dire confinata alla mucosa o alla sotto-mucosa. È quindi sempre più imperativo affrontare nel modo corretto il carcinoma superficiale, visto che una diagnostica incongrua, a cui faccia seguito una terapia inappropriata, può portare alla progressione un tumore che, invece, è spesso ben controllabile. Altrettanto opportuno è evitare trattamenti inutili vista la morbilità e mortalità associate. Diventa pertanto importante ed attuale affrontare in modo sistematico il problema diagnostico e terapeutico del carcinoma superficiale.

Tuttavia, nonostante l'avanzamento della scienza, cosa fare col singolo paziente rimane sempre il punto cruciale da risolvere, e la decisione resta sempre allo specialista, che deve individuare in ogni singolo caso la migliore strategia clinica.

«All'unità operativa di Urologia del policlinico San Pietro, diretta da Angelo Gritti, da anni pratichiamo resezioni endoscopiche sempre più spinte di tumori vescicali infiltranti e di alto grading, in ordine di evitare la cistectomia e quindi le sue gravi conseguenze sulla qualità di vita del paziente - spiega Oscar Fenice, medico del reparto - Oggi possiamo dire che la prognosi, tra i due tipi d'intervento è perfettamente assimilabile in ordine di anni di sopravvivenza. L'associazione sistematica con la radioterapia e la chemioterapia adiuvante, assolutamente ben tollerata, ha aggiunto senz'altro un'ulteriore sicurezza a tale pratica endoscopica».



Angelo Gritti
e Oscar Fenice

Piuttosto vasta l'esperienza accumulata nel settore negli ultimi anni: «In questo decennio sono stati trattati circa una cinquantina di casi di tumore mono-focale o plurifocale avanzato, infiltrante trigono e/o papilla ureterale, senza pregiudizi di indicazione se non quelli di potere, alla fine, avere asportato sicuramente tutta la neoformazione, fino al cellulare perivescicale - spiega Fenice -. Non ci siamo fermati di fronte al coinvolgimento (frequente in questi casi) del tratto pre-intramurale degli ureteri, con reni idronefrotici o esclusi. Abbiamo adottato sistematicamente la strategia di resezione dell'uretere anche per alcuni centimetri fuori della vescica, con reperimento endoscopico, difficile ma alla fine sempre possibile, del moncone lontano così resecato, e suo incannulamento con stent tutore, tenuto anche tre mesi, sulla guida del quale la via escretrice si è ricanalizzata, con risoluzione dei quadri dilatativi. Abbiamo altresì considerato di necessità sempre la resezione transuretrale (Turp) contemporanea, ove si aveva una vescica colonnare ed un quadro ostruttivo prostatico, certi che questo rende semplicemente perfetto il decorso clinico e minzionale».

