



La Prevenzione Urologica



GLI UROTELIOMI DELLA VIA ESCRETRICE URINARIA SUPERIORE

Roberto Benelli & Marco Gavazzi





LEGA TUMORI SEZIONE DI PRATO

La Prevenzione Urologica
LILT Sezione di Prato

**Gli Uroteliomi della via
escretrice urinaria superiore
il ruolo della prevenzione**

Roberto Benelli* & Marco Gavazzi**

con la collaborazione di:

Alessandro Fiorini[°], Pier Luigi Sangiovanni[°]
Serena Grazzini Bucci[°], Costanza Fatighenti[°],
Benedetta Marchesini[°], Federica Orazzini[°]

* già Direttore UO Urologia -Prato

** Responsabile U.F. Medicina Specialistica -Azienda USL 4 - Prato

° LILT Sez. di Prato



Dr. Roberto Benelli

Gli Uroteliomi della via escretrice urinaria superiore



Dr. Marco Gavazzi

INTRODUZIONE

I **carcinomi dell'urotelio** prendono origine dall'epitelio di transizione che tappezza le vie escretrici urinarie. Possono essere localizzati nel tratto urinario superiore (cavità pielocalicali e uretere) o molto più frequentemente nel tratto urinario inferiore (vescica e uretra prostatica). Gli uroteliomi della via escretrice superiore rappresentano il 5-10% delle lesioni uroteliali, mentre il 90-95% sono a carico della vescica. La differente incidenza può essere spiegata con il più prolungato contatto dell'urina (vettore di cancerogeni esogeni ed endogeni) con la parete vescicale. Il sesso maschile è più colpito (rapporto 3:1) e la maggiore incidenza si verifica dopo i 60-70 anni. Il 60% degli uroteliomi della via escretrice superiore ha carattere invasivo alla diagnosi mentre i carcinomi vescicali sono invasivi nel 15-25% dei casi (*EAU Guidelines, 2014*). Nelle tabelle vengono riportati i grafici di prevalenza dei pazienti oncologici di sesso maschile e femminile estratti da "*I numeri del Cancro in Italia 2012*" a cura di AIOM e AIRTUM. Tali dati rappresentano un importante indicatore per la programmazione della sanità pubblica in quanto permettono di avere una valida stima della domanda complessiva rivolta al sistema sanitario nelle varie fasi della malattia neoplastica. Da questi dati gli uroteliomi risultano prevalenti nel sesso maschile dove, rispetto agli altri tumori, occupano il secondo e sesto posto. Nel sesso femminile risultano invece all'ottavo e decimo posto.

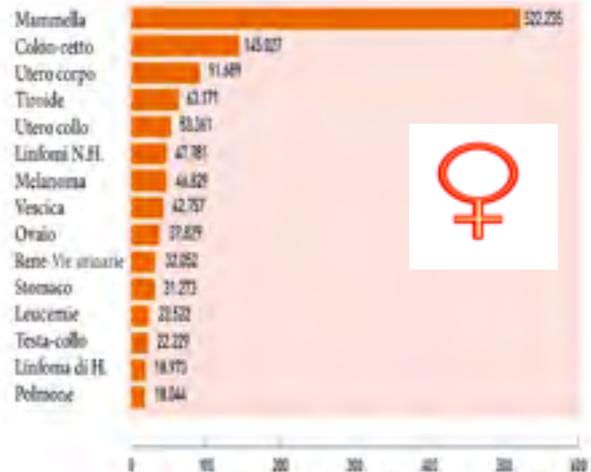
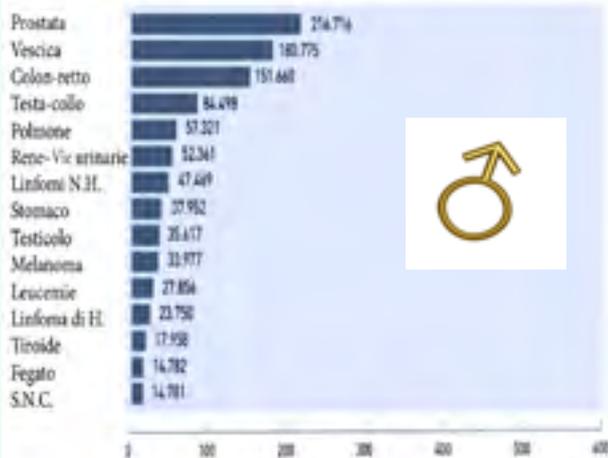
IL RUOLO DELLA PREVENZIONE

La **prevenzione primaria** dei carcinomi uroteliali della via escretrice urinaria segue due direttrici principali e cioè l'abolizione del fumo di tabacco e di altri carcinogeni esogeni e la sorveglianza negli ambienti di lavoro per il controllo della esposizione dei lavoratori a carcinogeni professionali e ambientali.

Il **fumo di sigaretta** è un fattore di rischio universalmente riconosciuto per il carcinoma vescicale e gli uroteliomi della via escretrice superiore. L'incidenza di questi tumori è correlata con il numero di sigarette fumate e con la durata dell'abitudine al fumo. Un importante fattore di rischio risulta anche il fumo passivo. La sospensione dell'abitudine al fumo comporta una riduzione del rischio ma non la sua eliminazione.

Ben noti, in tempi passati, i tumori uroteliali nei **lavoratori dell'industria dei coloranti**. Tali tumori erano dovuti alla trasformazione nell'organismo di amine aromatiche, quali benzidina e beta-naftilamina, in composti cancerogeni. Lo stesso rischio si contraeva con l'assunzione di **Fenacetina**, analgesico derivato dall'anilina, che oggi è sostituita con il paracetamolo.

Fra le varie categorie di lavoratori un rischio elevato, statisticamente significativo, è emerso per gli **addetti alla cernita degli stracci** (cernitori o stracciaioli) (*Becherini R., Seniori Costantini A., Benelli R. et al. Med Lav 1991;82:492-503*). Questa categoria professionale è a rischio di esposizione all'amianto (asbesto) tanto che è emersa un'alta incidenza di mesotelioma pleurico fra gli stracciaioli dell'Area industriale pratese nel periodo 1988-2012 come risulta da una ricerca di Elisabetta Chellini dell'ISPO di Firenze (2014). La presenza di fibre di asbesto è stata riscontrata anche nelle urine e dato il loro potenziale effetto cancerogeno sull'urotelio è possibile l'insorgenza di tumori dell'apparato urinario (rene, uretere, vescica) fra i lavoratori esposti a questo minerale (*Lauriola M, Bua L, Chiozzotto D, et al. Archivio Italiano di Urologia e Andrologia 2012;84:189-196*). L'amianto non è degradabile tanto che permane nell'ambiente indefinitamente e così pure nei tessuti dell'organismo. E' causa frequente anche di altri tumori (polmone, faringe, laringe, ovaio, stomaco, colon-retto). L'asbesto raggiunge l'apparato urinario per via gastrointestinale e attraverso l'apparato circolatorio. Risultano a rischio di sviluppare tumori anche i soggetti che consumano acqua contaminata con fibre di asbesto. Anche i **pesticidi**, che contengono arsenico inorganico, possono aumentare il rischio di tumori uroteliali. La presenza di arsenico inorganico nell'acqua da bere è causa di tumori della pelle, del polmone e dell'urotelio. Amianto e arsenico inoltre hanno azione sinergica con il fumo di tabacco e ne aumentano il potere cancerogeno.



Dati di prevalenza dei pazienti oncologici: numero di soggetti che, nella popolazione generale, hanno avuto una diagnosi di tumore negli anni precedenti. La prevalenza dipende dalla frequenza con cui si contrae la patologia e dalla sopravvivenza (AIOM e AIRTUM, 2012).

Il carcinoma uroteliale può essere causato anche dal **consumo di miscele di erbe contenenti acido aristolochico** che sarebbe causa di nefropatia interstiziale (ben nota è la *Nefropatia dei Balcani*) e, in seguito, di uroteliomi. L'acido contiene derivati nitrofenolati altamente tossici e con azione mutagena. Per i soggetti esposti a cancerogeni esogeni, la persistenza degli stessi a livello vescicale per un tempo protratto fa sì che la vescica rappresenti la localizzazione più frequente di queste neoplasie che, peraltro, possono interessare tutta la via escretrice urinaria in percentuali diverse e talora bilateralmente. Perché compaia un urotelioma l'esposizione ai fattori di rischio deve protrarsi per molti anni (vedi Tab.). Il carcinoma uroteliale non è generalmente considerato una neoplasia a trasmissione familiare anche se sono riscontrabili famiglie ad elevata incidenza di questi tumori. Certi polimorfismi genetici si associano comunque ad un maggior rischio di contrarre queste neoplasie o si associano ad una maggiore evolutività delle stesse e possono spiegare la differente suscettibilità individuale ai cancerogeni esogeni. Un documentato aumento di rischio è invece presente in famiglie con carcinoma del colon-retto ereditario non poliposico (*sindrome di Lynch*). La **prevenzione secondaria**, cioè la diagnosi precoce, è possibile quando viene esercitato un controllo regolare negli ambienti di lavoro. I soggetti a rischio (ad es. forti fumatori, etc.) possono sottoporsi ad esami che comprendono l'**esame urine**, la **citologia urinaria**, l'**ecografia**. L'esame completo delle urine può evidenziare la presenza di ematuria microscopica. La citologia urinaria può risultare positiva in presenza di un carcinoma in situ della vescica o dell'uretra prostatica o di un urotelioma vescicale di alto grado. Negli uroteliomi della via escretrice superiore l'indagine ha un ruolo marginale e così pure il **test di Fish**. L'ecografia permette la diagnosi di lesioni vescicali uniche o multiple, ne rileva le dimensioni, le sedi e le caratteristiche della base di impianto e della parete vescicale.

UROTELIOMI DELLA VIA ESORETRICE SUPERIORE: FATTORI DI RISCHIO

-Fumo di tabacco

-Fattori occupazionali:

Lavoratori dell'industria tessile: un rischio elevato, statisticamente significativo è emerso per gli addetti alla cernita degli stracci per il rischio di esposizione all'amianto (asbesto).

Lavoratori dell'industria dei coloranti (esposizione ad amine aromatiche). Questo tipo di esposizione è ormai parte del passato.

Esposizione ai Pesticidi contenenti arsenico inorganico

-Azione sinergica di più fattori

-**Sindrome di Lynch** è un disordine ereditario da mutazione genetica responsabile del 3-5% di cancro non poliposico del colon-retto che si associa a tumori in sedi diverse fra cui gli Uroteliomi, talora bilaterali.

-**Polimorfismi genetici individuali** si associano ad un maggior rischio di contrarre queste neoplasie e possono spiegare la differente suscettibilità ai cancerogeni esogeni.

.....

La **durata media di esposizione** ai cancerogeni esogeni per sviluppare un urotelioma è calcolata in circa 7 anni.

Il **periodo di latenza** dalla fine dell'esposizione ai cancerogeni è di circa 20 anni.

MANIFESTAZIONI CLINICHE

- Gli Uroteliomi possono essere asintomatici e la diagnosi può essere fortuita. Altre volte il paziente è in trattamento per un carcinoma ricorrente della vescica;
- la manifestazione clinica più frequente è rappresentata da ematuria macro o microscopica;
- sintomatologia dolorosa, caratterizzata da dolore al fianco o in regione lombare, è presente nel 20-40% dei casi;
- massa lombare può manifestarsi nel 10-20% dei casi.

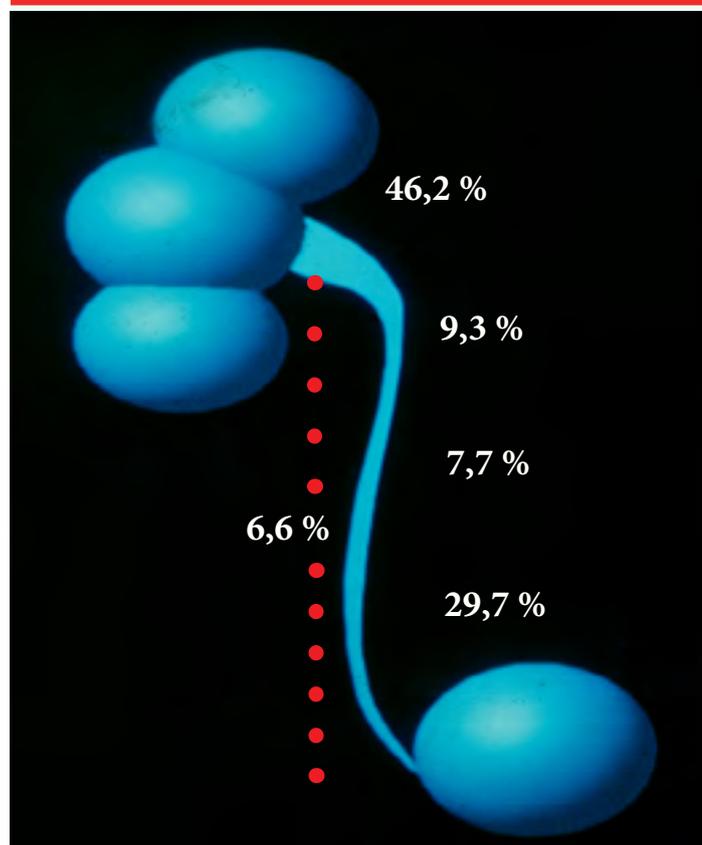
ESAMI DIAGNOSTICI

- L'**Ecografia** solo raramente permette la diagnosi di urotelioma del bacinetto renale. Tuttalpiù può evidenziare un quadro di idronefrosi che richiede l'approfondimento diagnostico con Tc o con Urografia. L'esame è utile per la diagnosi degli uroteliomi della vescica.
- La **Tc addome** con mezzo di contrasto e con l'acquisizione di pose urografiche è l'esame che ha la maggiore accuratezza diagnostica.
- La **RMN con gadolinio e con pose urografiche** può essere impiegata in caso di allergia al mdc iodato. E' tuttavia controindicata in soggetti con IRC.
- L'**Uretrocistoscopia** è utile per escludere lesioni vescico-uretrali
- L'**Ureteroscopia diagnostica** con ureteroscopio flessibile permette l'esplorazione della via escretrice urinaria superiore e di effettuare la biopsia o il trattamento di piccole lesioni di basso grado.
- L'**Ureteropielografia retrograda o anterograda** possono essere utili in caso di rene escluso o idronefrotico.
- La **Citologia urinaria** può dimostrarsi utile solo se il prelievo delle urine viene effettuato direttamente dalla via escretrice superiore con il catetere ureterale.

L'esame ha una sensibilità dell'80-90% per lesioni vescicali superiori a 5 mm. Solo molto raramente permette l'accertamento di un urotelioma della via escretrice superiore, ma permette di rilevare la presenza di dilatazione delle alte vie escretrici o un quadro di idronefrosi da ostruzione. La diagnosi ecografica di un carcinoma a cellule transizionali dei calici e del bacinetto renale risulta possibile in genere quando invade il parenchima renale contiguo e raggiunge dimensioni cospicue. In tali casi non è tuttavia possibile distinguere fra un adenocarcinoma renale ed un carcinoma a cellule transizionali a partenza dall'urotelio. L'ecografia non permette la diagnosi quando il tumore è di dimensioni limitate e non si associa a dilatazione calico-pielica.

Per la diagnosi di urotelioma l'indagine con maggior accuratezza diagnostica è rappresentata da **Tc con mezzo di contrasto e pose urografiche**. La Tc è l'esame principe per la diagnosi e la stadiazione della neoplasia.

In alternativa può essere eseguita **RMN con gadolinio** e con pose urografiche che tuttavia è controindicata in



UROTELIOMI DELLA VIA ESORETRICE URINARIA SUPERIORE

Rilievi statistici su 91 casi con follow-up di circa 10 anni (Urologia- Prato - Dr. Benelli & Dr. Gavazzi)

Sesso: Maschi=86% - Femmine=14%

Età media alla diagnosi: Maschi = 62 a.
Femmine = 60 a.

Topografia:

- Bacinetto (o pelvi renale): 42 casi
- Uretere lombare: 9 casi
- Uretere iliaco: 7 casi
- Uretere pelvico: 27 casi
- Localizzazioni multiple(pielo-ureterali): 6 casi

Nel 50% dei pazienti risultano associati agli uroteliomi della via escretrice superiore carcinomi vescicali sincroni o metacroni.

Nel 2% dei casi la comparsa di uroteliomi è bilaterale metacrona.

soggetti con insufficienza renale cronica (IRC). Il sospetto di una neoplasia della via escretrice urinaria e/o della vescica sarà confermato dall'esame endoscopico (**uretrocistoscopia**, **ureteroscopia** con uretere rigido o flessibile), eventualmente associato a **pielografia retrograda**. Nei casi con esclusione funzionale di un rene con dilatazione della via escretrice la **pielografia anterograda**, con somministrazione del mezzo di contrasto per via percutanea direttamente nelle cavità renali, può permettere la diagnosi.

L' **esame endoscopico** consente di effettuare biopsie mirate, la resezione di lesioni vescicali uniche o multiple, definirne il grading istologico e la categoria T (TNM). Negli uroteliomi della via escretrice superiore il trattamento endoscopico trova indicazioni solo in casi particolari quali piccole lesioni, anche multiple, di basso grado.

Una volta posta la diagnosi è necessario attuare l'intervento che può essere conservativo (endoscopico, resezione ureterale o pielica) o demolitivo con asportazione in blocco di tutta la via escretrice urinaria e di collaretto vescicale per evitare le ricorrenze a livello dello sbocco ureterale e ridurre il rischio di ricorrenze vescicali.

L' intervento può essere eseguito a cielo aperto o, prendendo opportune precauzioni, anche per via laparoscopica/robotica. Nei pazienti in cui sia stato adottato un trattamento conservativo in presenza di ricorrenza è spesso necessario procedere con l'intervento demolitivo

Un ruolo importante riveste la **prevenzione terziaria** degli uroteliomi della via escretrice urinaria superiore e della vescica. Nei pazienti sottoposti a trattamenti conservativi il controllo periodico con citologia urinaria, ecografia, cistoscopia, ureteroscopia con ureteroscopia rigido o flessibile diviene indispensabile per cogliere in tempo la comparsa di possibili ricorrenze. Queste spesso compaiono a pochi mesi di distanza dal primo intervento. Per questo motivo, in genere, dopo il primitivo intervento si procede ad una unica instillazione endovesicale di un chemioterapico. In presenza di multiple lesioni vescicali si procede invece ad un ciclo di chemioterapici o immunoterapici endovesicali. Nei pazienti sottoposti a terapia demolitiva si rende lo stesso necessario il controllo periodico per la possibile comparsa di uroteliomi della vescica o dell'uretra, ma anche della via escretrice controlaterale. Nei casi con carcinoma uroteliale infiltrante sarà necessario sottoporre i pazienti a periodici esami di laboratorio e strumentali per appurare la possibile comparsa di metastasi che spesso colpiscono i polmoni, le linfoghiandole. Questa localizzazione è presente nel 20% dei casi. Nelle forme infiltranti del bacinetto renale è possibile la recidiva retroperitoneale dopo intervento radicale di nefroureterectomia totale. Tale evenienza si può manifestare anche dopo molti anni dal trattamento primario ed è diagnosticabile con ecografia e/o con Tc addome. Sono descritti anche casi di disseminazione retroperitoneale e lungo il tramite di passaggio del trocar nei casi di uroteliomi sottoposti ad intervento laparoscopico che è sempre controindicato in presenza di tumori invasivi e metastatici. Sempre nei casi di intervento di nefroureterectomia in cui non è stato asportato l'uretere terminale ed il collaretto vescicale è possibile assistere alla comparsa di ricorrenza nel moncone ureterale residuo che può essere diagnosticata con esame endoscopico e con Tc addome. Quando il follow-up dei pazienti trattati per urotelioma si protrae per molti anni è possibile rilevare anche la comparsa di tumori a sede diversa dall'urotelio.

CARCINOMA UROTELIALE DELLA VIA ESCRETRICE URINARIA SUPERIORE – TNM (2009): Categoria T

Tx Tumore primario non valutabile

T0 Nessuna evidenza di tumore primario

Ta Carcinoma papillare non invasivo

Tis Carcinoma in situ (CIS)

T1 Invasione della lamina propria (tessuto connettivo sottoepiteliale)

T2 Invasione della muscolare

T3 Pelvi renale: il tumore infiltra il grasso perirenale o il parenchima renale

Uretere: il tumore infiltra il grasso periureterale

T4 Il Tumore invade gli organi adiacenti o il grasso perirenale.

UROTELIOMI: ISTOLOGIA

I tumori della via escretrice urinaria derivano dall'urotelio in oltre il 95% dei casi.

La classificazione e la morfologia degli uroteliomi della via escretrice superiore sono simili a quella della vescica.

Si distinguono:

a-Carcinomi non invasivi

-Neoplasia uroteliale papillare a bassa malignità

-Carcinomi di basso grado

-Carcinomi di alto grado

b-Carcinomi invasivi.

.....

Molto rari sono i carcinomi a cellule squamose della pelvi e dell'uretere che si associano ad infiammazione cronica e infezione da calcolosi urinaria.

Altri rari tumori sono gli adenocarcinomi, i carcinomi a piccole cellule, i sarcomi.

Si entra in questo caso nelle problematiche dei **TPMM** (Tumori Primitivi Maligni Multipli) che possono essere sincroni o metacroni. La comparsa di una seconda o di una terza neoplasia può manifestarsi anche dopo anni dalla diagnosi di urotelioma. Può essere correlata allo stesso agente eziologico causale (ad. es. fumo di sigaretta) o all'effetto moltiplicativo di cancerogeni diversi (ad es. fumo di sigaretta negli esposti o ex-esposti ad altri agenti cancerogeni quali l'alcol, cancerogeni ambientali, etc.).

E' così possibile ad esempio osservare nei fumatori la comparsa in tempi diversi di un urotelioma, di un tumore del polmone e del distretto testa-collo, etc. Il fenomeno dei secondi tumori è quindi evenienza non trascurabile negli individui sopravvissuti ad una prima neoplasia. Da una revisione dei TPMM osservati su un totale di 979 neoplasie della via escretrice urinaria è risultata una incidenza del 5,82% (50 maschi, 7 femmine) (*Benelli & Gavazzi, Oncologia Urologica*). Dal rapporto AIRTUM (2013) risulta come le associazioni più frequenti sono rappresentate da polmone, prostata, colon-retto, laringe nel sesso maschile e colon-retto, mammella, corpo utero, ovaio e polmone nel sesso femminile. Da ciò risulta come sia opportuna la sorveglianza e la corretta informazione dei soggetti con uroteliomi della via escretrice urinaria.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Gli Uroteliomi della via escretrice urinaria pongono problemi di ordine diagnostico, terapeutico e di organizzazione del follow-up.

Da un punto di vista diagnostico queste neoplasie vengono in genere rilevate in seguito agli accertamenti messi in atto per la comparsa di ematuria micro o macroscopica. A volte la sintomatologia è caratterizzata dalla comparsa del dolore che esordisce per ostruzione della via escretrice urinaria causa di dilatazione o addirittura di esclusione funzionale di un rene. Il dolore può manifestarsi con caratteri di acuzie oppure può essere sordo e gravativo. Uroteliomi possono anche essere scoperti in una fase presintomatica, accidentalmente.

Da un punto di vista terapeutico l'intervento demolitivo (nefroureterectomia con asportazione di un collareto vescicale), rappresenta il *gold standard* del trattamento di queste neoplasie e risulta sempre necessario nelle forme di alto grado, infiltranti la muscolare che sono caratterizzate sempre da una cattiva prognosi. Quando invece ci troviamo di fronte a lesioni uniche, di basso grado, non infiltranti può essere adottato un intervento conservativo di tipo endoscopico, percutaneo o chirurgico. L'intervento chirurgico varierà in rapporto alla localizzazione della neoplasia potendo ricorrere ad interventi di resezione della pelvi renale o dell'uretere e di ricanalizzazione della via escretrice. La resezione pielocaliciale per tumori della pelvi è generalmente più difficile da un punto di vista tecnico, tanto che il più delle volte è necessario attuare l'intervento radicale. Nelle neoplasie dell'uretere la resezione ureterale con successiva uretero-ureterostomia può essere attuata per localizzazioni nell'uretere lombare o iliaco. Nei tumori dell'uretere terminale si asporta il tratto ureterale patologico unitamente ad un collareto vescicale procedendo successivamente al reimpianto dell'uretere in vescica. In presenza di lesioni multiple l'intervento conservativo con risparmio della via escretrice urinaria può risultare inattuabile. All'intervento conservativo potrà far seguito l'instillazione topica di chemioterapici o di immunoterapici (BCG) per via percutanea o retrograda attraverso uno stent ureterale. Dopo l'intervento chirurgico è indispensabile eseguire periodici controlli utilizzando metodiche diagnostiche endoscopiche (uretrocistoscopia, ureteroscopia dopo intervento conservativo), ecografiche e radiologiche. I controlli saranno più ravvicinati qualora siano presenti lesioni vescicali. In quest'ultimo caso andrà attuato il trattamento endoscopico della o delle lesioni vescicali. Solo molto raramente occorre procedere con intervento demolitivo di cistectomia ed uretrectomia per lesioni estese ed infiltranti insorte dopo nefroureterectomia radicale. L'organizzazione del follow-up, pur seguendo le linee guida internazionali, è spesso personalizzata in rapporto all'età del paziente, alle sue condizioni generali, al grado di funzionalità renale. Una particolare attenzione va riservata ai casi in cui sia stata diagnosticata e trattata una neoplasia vescicale. E' possibile infatti, a breve o a lungo termine, veder comparire un urotelioma della via escretrice superiore in genere più frequente in presenza di ricorrenze multiple che richiedono sempre un approfondimento di indagini. Infine una particolare attenzione va posta al rischio di Tumori Primitivi Maligni Multipli, sincroni o metacroni che pongono ulteriori problemi terapeutici.

Negli uroteliomi delle vie escretrici urinarie è indispensabile perseguire un progetto di prevenzione primaria ed in particolare la cessazione dall'abitudine del fumo, attivo o passivo, che oggi è sicuramente la causa più frequente di queste neoplasie. Inoltre è necessario attuare interventi di promozione della salute in ambiente di lavoro.

CARCINOMA UROTELIALE DELLA VIA ESCRETTRICE SUPERIORE: CASI CLINICI

Le immagini si riferiscono a carcinomi della via escrettrice intrarenale (pelvi e calici) e dell'uretere giunti alla nostra osservazione. Alcune di esse sono tratte dal volume "*Oncologia Urologica*" di Roberto Benelli e Marco Gavazzi".



Urografia: neoplasia della pelvi renale sn.



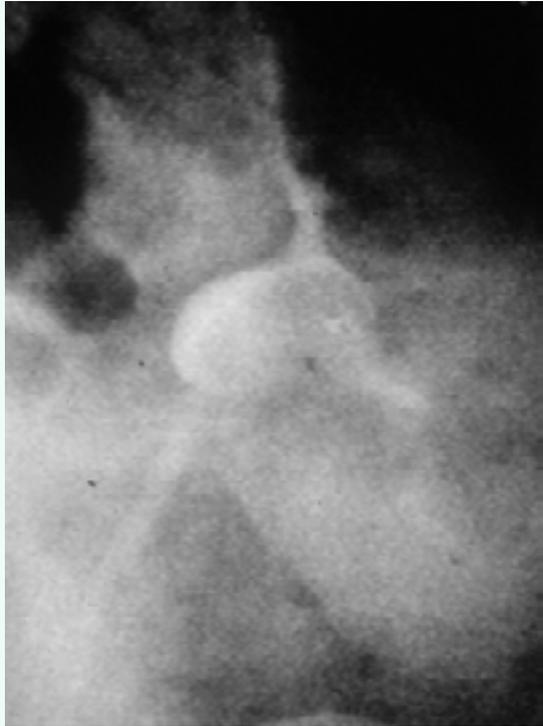
Urografia: neoplasia del calice inf. del rene sn.



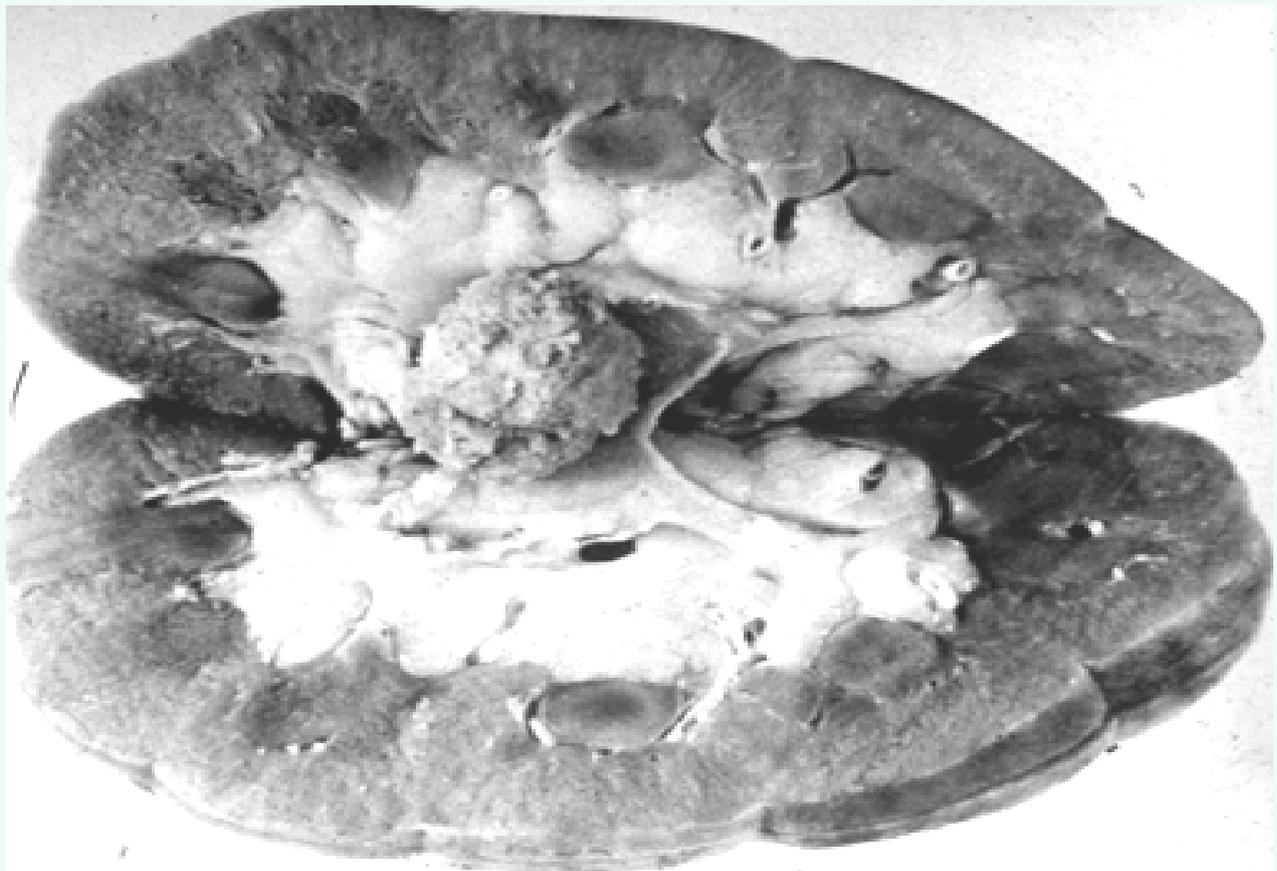
Urografia: neoplasia della pelvi renale dx.



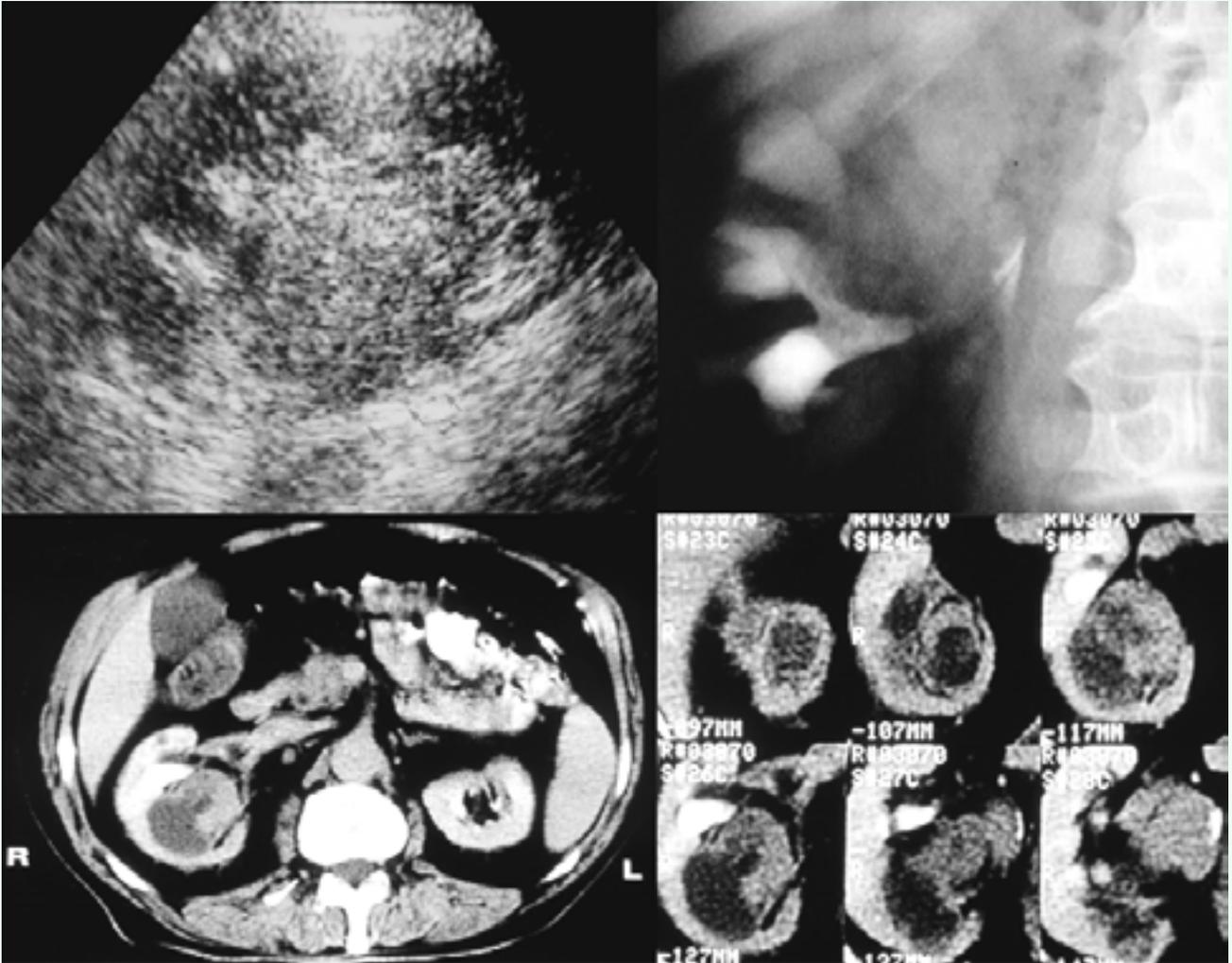
Urografia: neoplasia pielocaliciale inferiore del rene sn.



Urografia e Tc: carcinoma uroteliale della pelvi renale sn.



Carcinoma uroteliale della pelvi renale sn: reperto operatorio dopo nefroureterectomia.



Ecografia, Urografia, Tc con mezzo di contrasto: carcinoma uroteliale della pelvi renale dx.



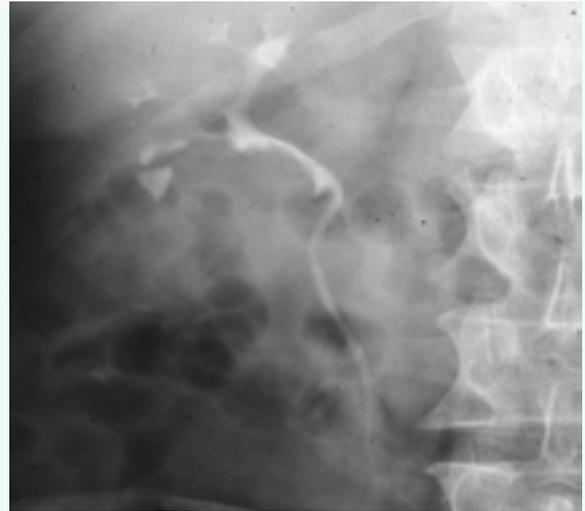
Urografia e Tc con mdc: carcinoma uroteliale della pelvi renale dx.



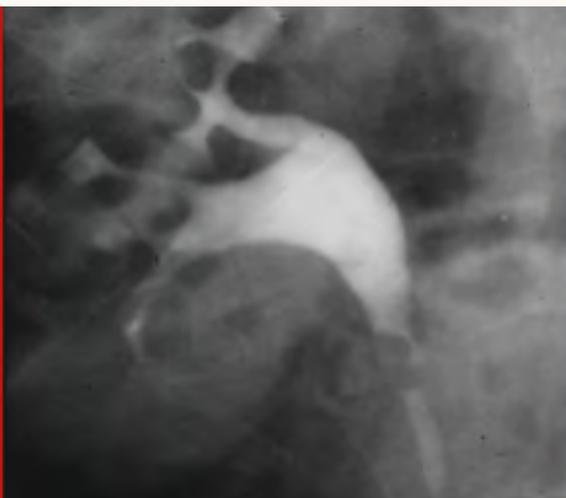
Carcinoma del bacinetto renale dx: reperti operatori.



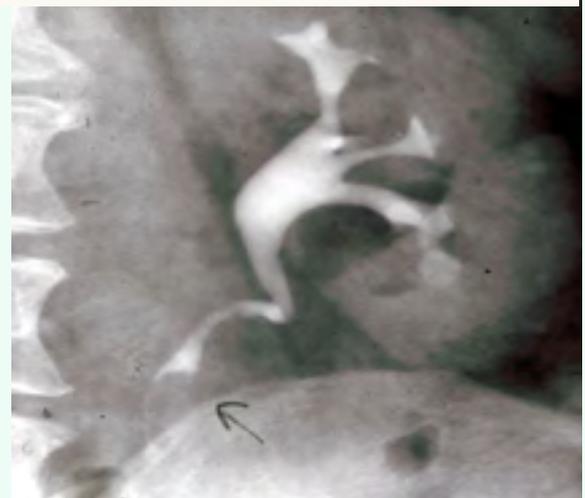
Urografia: carcinoma del bacinetto renale dx.



Urografia: carcinoma della pelvi renale dx.



Urografia: carcinoma dell'uretere lombare dx.



Urografia: carcinoma dell'uretere lombo-iliaco sn.



Pielografia percutanea: carcinoma dello uretere iliaco sn.

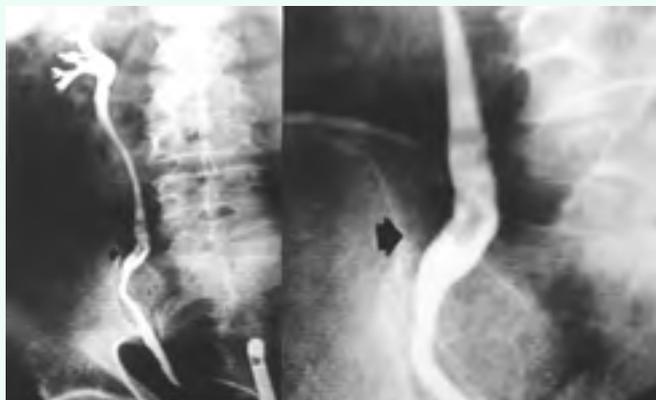


Urografia e pielografia retrograda (particolare): carcinoma dell'uretere lombo-ilaco sn.



Carcinoma a cellule transizionali dell'uretere terminale sn estesamente infiltrante:

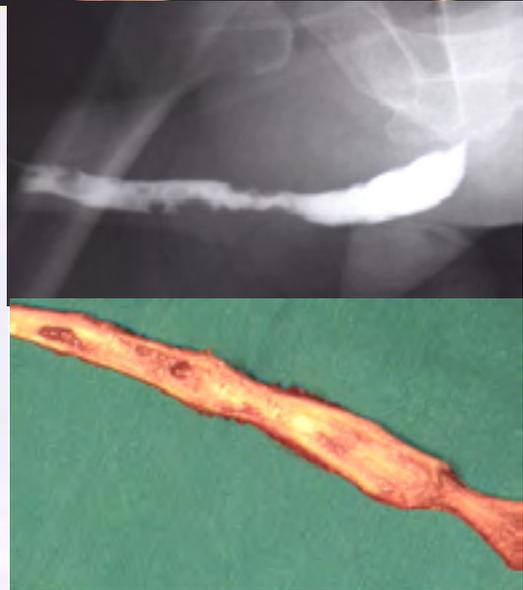
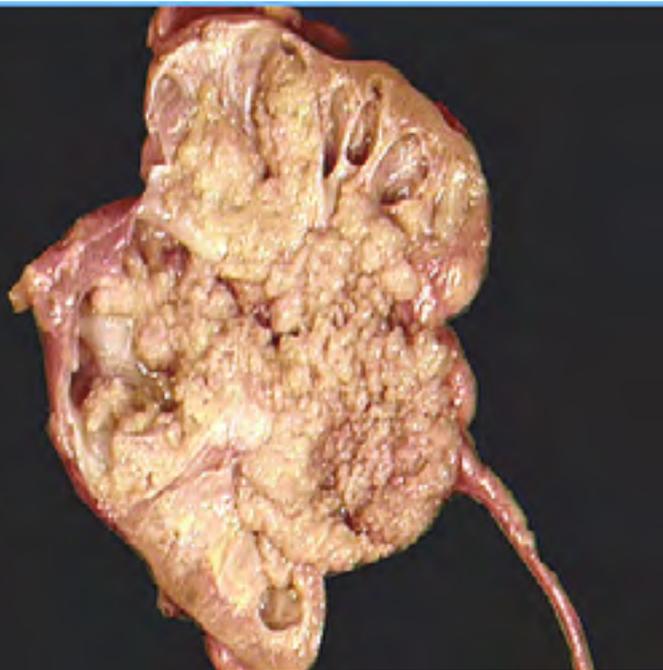
il paziente giunto all'osservazione per copiosa ematuria macroscopica ha eseguito Rx urografia che ha dimostrato l'esclusione funzionale del rene sn. La pielografia retrograda ha messo in evidenza uno stop ureterale del mdc all'altezza del tratto iliaco dell'uretere sn. L'intervento di nefroureterectomia sn con asportazione di collareto vescicale ha confermato la diagnosi di carcinoma transizionale dell'uretere terminale visualizzabile nel particolare del reperto operatorio.



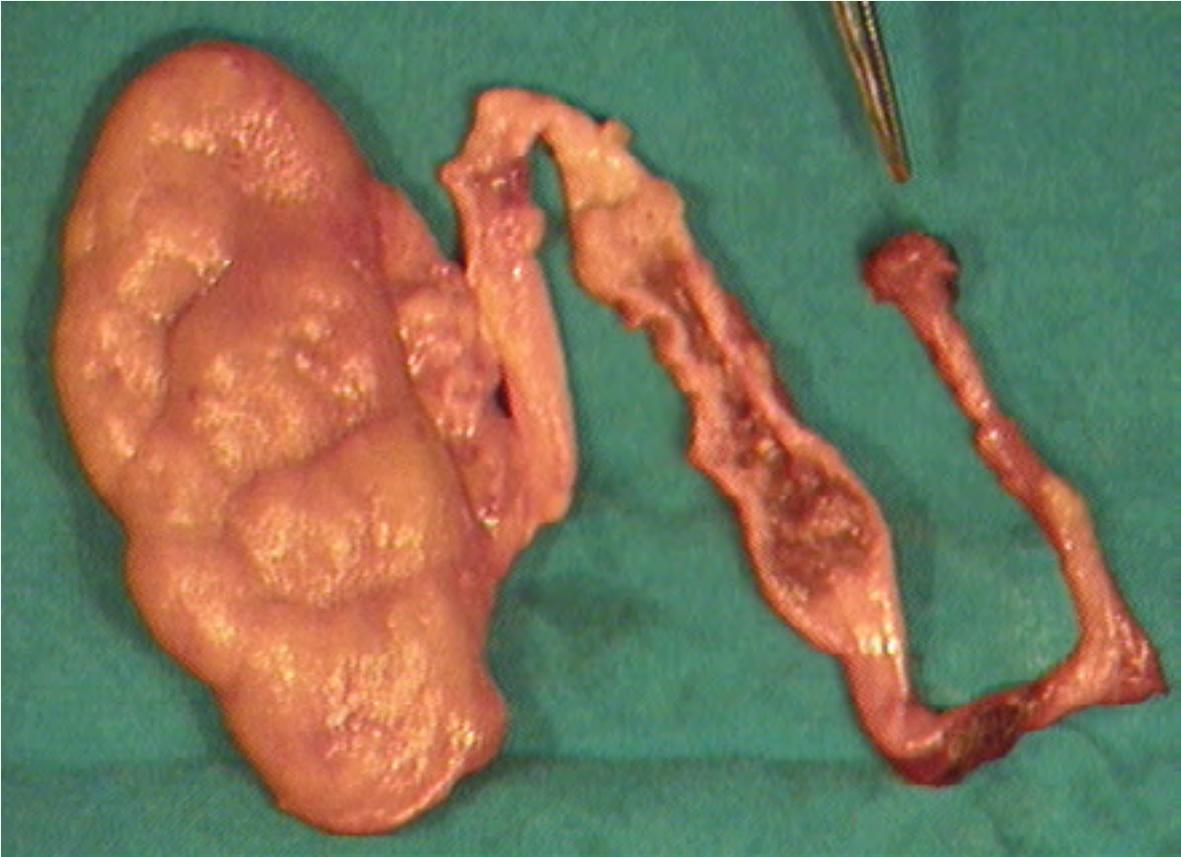
Ureteropielografia retrograda: neoplasia dell'uretere lomboiliaco dx (localizzazioni multiple).



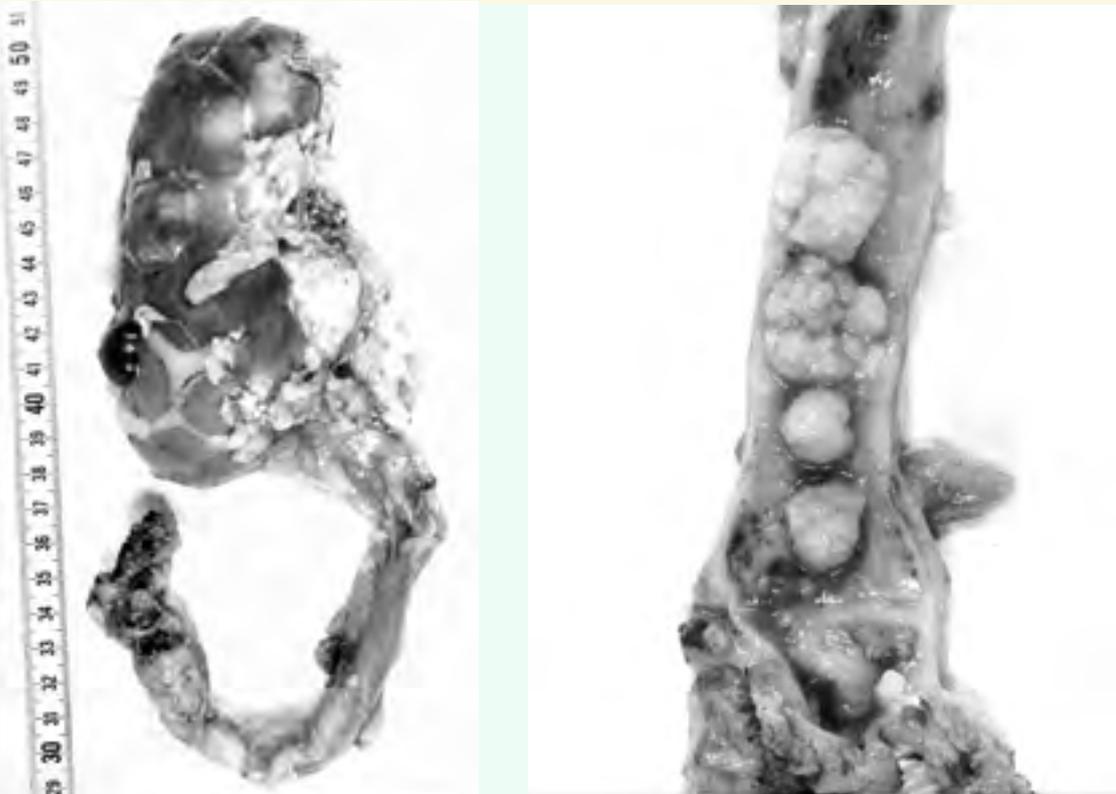
Ureterografia retrograda: stop ureterale dovuto a neoplasia infiltrante dell'uretere sn.



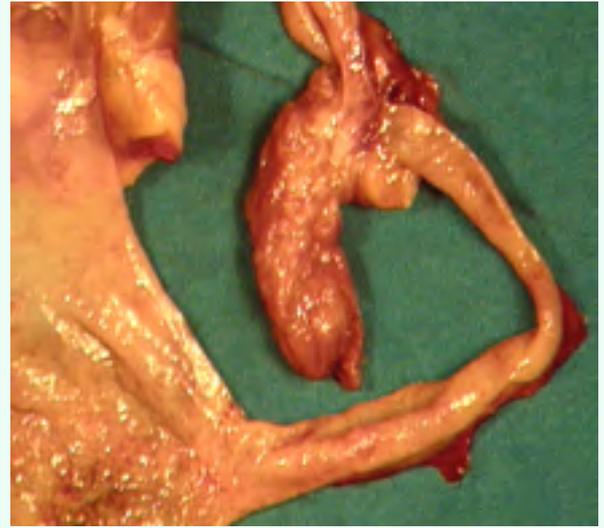
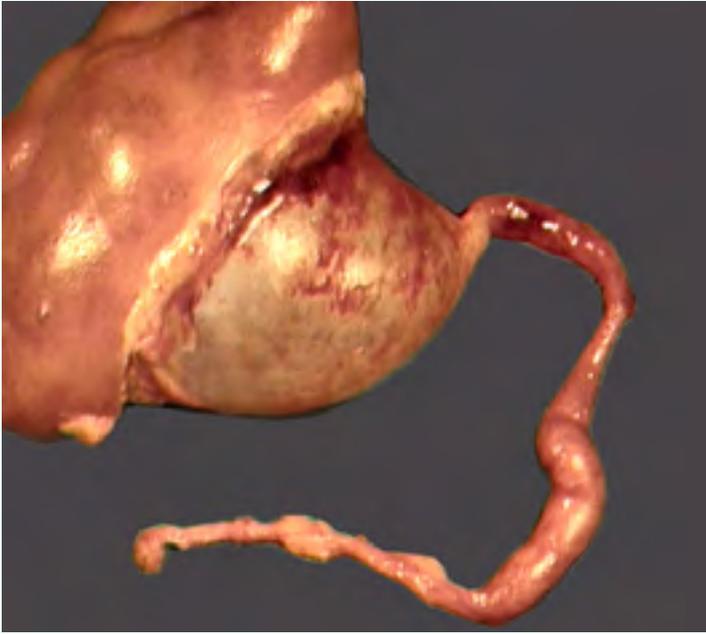
Reperti operatori dopo nefroureterectomia, cistectomia, uretrectomia: carcinoma uroteliale della via escretrice urinaria: localizzazioni multiple metacrone. Le manifestazioni vescico-uretrali sono comparse a distanza di un anno dall'intervento di nefroureterectomia radicale.



Nefroureterectomia totale con asportazione di collaretto vescicale per carcinoma uroteliale dell'uretere iliaco dx: reperto operatorio.



Nefroureterectomia totale con asportazione di collaretto vescicale per carcinoma uroteliale plurifocale dell'uretere: reperto operatorio.



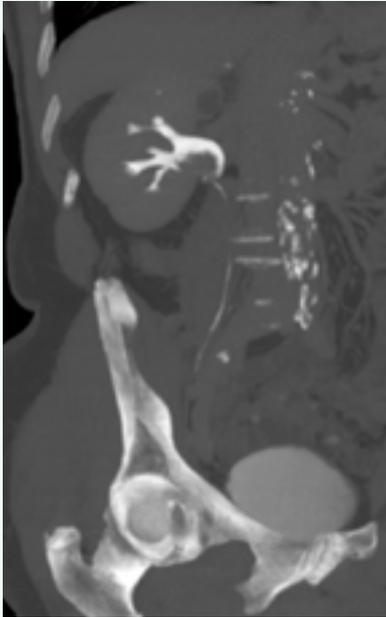
Nefroureterectomia per estesa neoplasia ureterale: reperto operatorio.



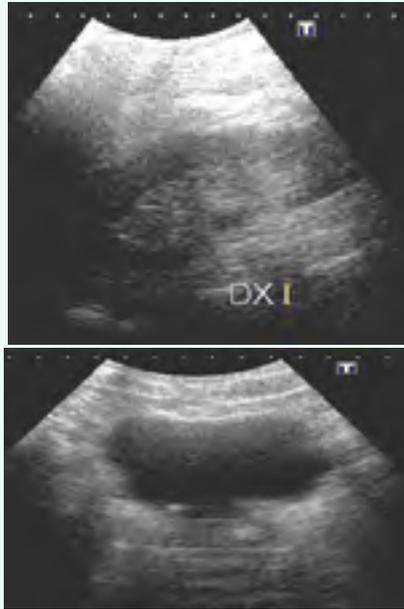
Ecografia vescicale sovrapubica: carcinoma uroteliale della vescica di basso grado. Dopo tre anni dal trattamento endoscopico della lesione vescicale è stato diagnosticato urotelioma della pelvi renale dx asintomatico evidenziabile, ad urografia, con immagine di difetto di riempimento. Il paziente di 79 anni è stato trattato con intervento chirurgico conservativo (Prof. Marco Carini).



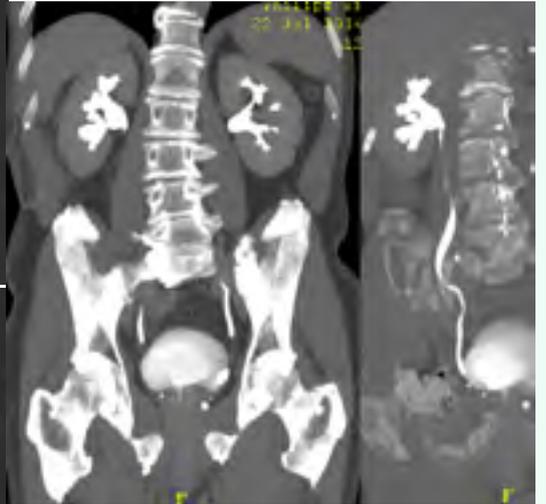
Stesso caso - Tac addome con mdc: si rileva il difetto di riempimento a livello del bacinetto renale dx riferibile ad urotelioma. I calici risultano integri, la funzione renale è conservata. Il paziente di 79 anni è stato sottoposto ad intervento conservativo di resezione pielica ed anastomosi pieloureterale previo posizionamento di pig-tail.



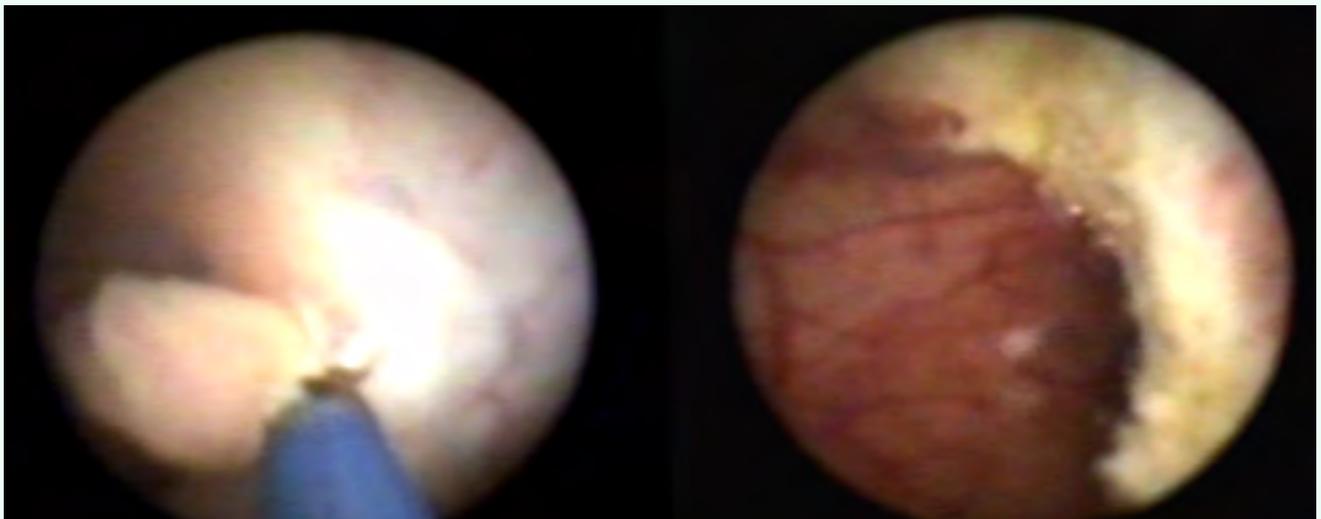
Stesso caso - Tac addome con mdc - posa urografica: si rileva il difetto di riempimento a livello del bacinetto renale dx.



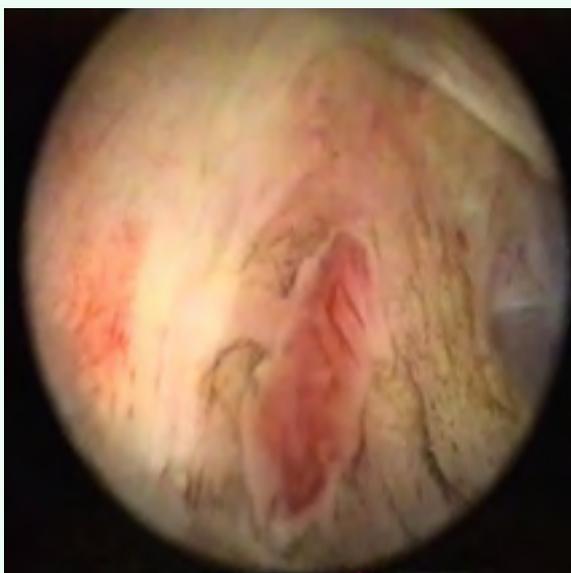
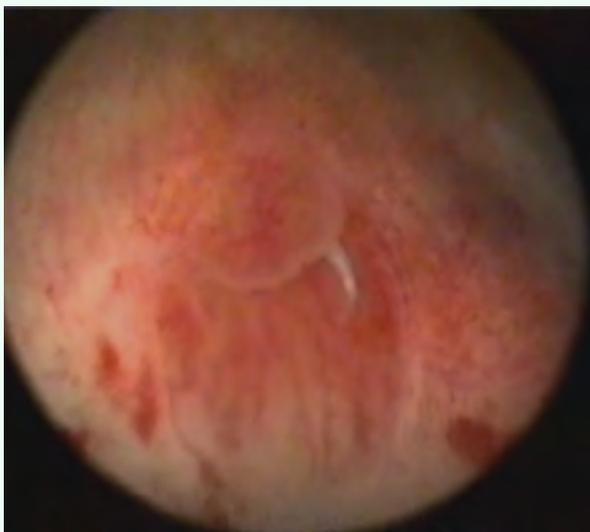
Stesso caso - Ecografia renale dx e vescicale dopo 20 giorni dall'intervento chirurgico conservativo e UroTac: il rene presenta normale ecostruttura; in vescica si evidenzia la presenza di pig-tail che viene successivamente rimosso. L'UroTac non dimostra alterazioni patologiche.



Trattamento endoscopico di carcinoma non infiltrante della pelvi renale dx: ureteroscopia



Trattamento endoscopico di carcinoma non infiltrante della pelvi renale dx - stesso caso: lesione neoplastica a sede pelvica (b), aspetto endoscopico dopo il trattamento (c).



Carcinoma uroteliale dello sbocco ureterale dx: reperti endoscopici prima e dopo TUR dello sbocco ureterale. Normale è la eliminazione del colorante (indaco-carminio endovena) dopo il trattamento endoscopico.

La Prevenzione Urologica

a cura di LILT Sezione di Prato



Si ringraziano le studentesse Federica Bini, Alexandra Paulet, Giulia Sautariello dell'Istituto Isis Gramsci Keynes - Prato.

Edizioni:



Via Francesco Ferrucci, 73
59100 PRATO PO
e.mail: info@partnergraf.it
www.partnergraf.it



La Prevenzione Urologica

Lilt Sezione di Prato - Prato, via Catani 26/3

www.legatumoriprato.it

info@legatumoriprato.it



Ediz. 2014

