

NÁDORY MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

MUDr. Marek Babjuk

Urologická klinika Všeobecné fakultní nemocnice a 1. Lékařské fakulty UK, Praha

Katedra urologie IPVZ, Praha

1. ZÁKLADNÍ ÚDAJE A KLASIFIKACE

V České republice tvoří nádory močového měchýře 6. nejčastější malignitu u mužů a 13. u žen, přičemž jejich incidence obdobně jako v jiných průmyslových zemích každoročně narůstá.

Nejvýznamnějším etiologickým faktorem je kouření cigaret. Odhadujeme, že kuřáci mají 2–4krát vyšší pravděpodobnost vzniku nádoru močového měchýře než nekuřáci.

1.1 Histologická klasifikace nádorů močového měchýře

A. Epitelové nádory

Uroteliální papilokarcinom (karcinom z přechodního epitelu).....	90 %
Epidermoidní karcinom	6–7 %
Adenokarcinom	1–2 %

B. Neepitelové nádory

Rhabdomyosarkom, feochromocytom, maligní melanom	1–2 %
--	-------

1.2 TNM klasifikace nádorů močového měchýře (vztahuje se pouze na karcinomy), 5. revize z roku 1997

1.2.1 TNM klinická klasifikace

T – primární nádor

- Tx** Primární nádor nelze posoudit
- T0** Bez známek primárního nádoru
- Tis** Carcinoma in situ (plošný, neinvazivní karcinom)
- Ta** Papilární neinvazivní nádor
- T1** Nádor infiltruje subepiteliální pojivovou tkáň
- T2** Nádor infiltruje svalovinu měchýře
 - T2a** Nádor infiltruje vnitřní polovinu svaloviny
 - T2b** Nádor infiltruje vnější polovinu svaloviny
- T3** Nádor infiltruje perivezikální tkáň
 - T3a** Mikroskopicky
 - T3b** Makroskopicky
- T4** Šíření nádoru do některého z okolních orgánů
 - T4a** Šíření nádoru do prostaty, dělohy nebo pochvy
 - T4b** Šíření nádoru do pánevní nebo břišní stěny

N – regionální lymfatické uzliny (za regionální považujeme pánevní uzliny pod bifurkací společných ilických arterií)

- Nx** Regionální lymfatické uzliny nelze posoudit
- N0** Žádné metastázy v regionálních lymfatických uzlinách
- N1** Metastáza v jedné lymfatické uzlině s průměrem do 2 cm
- N2** Metastáza v jedné nebo více lymfatických uzlinách s průměrem 2–5 cm
- N3** Metastáza/y v lymfatických uzlinách > 5 cm v největším průměru

M – vzdálené metastázy

- Mx** Přítomnost vzdálených metastáz nelze posoudit
- M0** Vzdálené metastázy nezjištěny
- M1** Přítomnost vzdálených metastáz

1.2.2 Patologická klasifikace (pTNM) Kategorie pT, pN a pM odpovídají kategoriím T, N a M.

1.3 Histopatologický grading

Gx Stupeň diferenciace nelze hodnotit
G1 Dobře diferencovaný nádor

G2 Středně diferencovaný nádor
G3–4 Málo diferencovaný až nediferencovaný nádor

2. PŘÍZNAKY A ZÁKLADNÍ DIAGNOSTICKÝ POSTUP

2.1 Klinické příznaky

Bezbolestná makroskopická hematurie 75–80 %
 Mikční potíže (dysurie, polakisurie, urgence) 20–30 %

2.2 Postup při podezření na nádor močového měchýře

- Klinické fyzikální vyšetření
- Základní laboratorní vyšetření
- Vyšetření moči chemicky, močového sedimentu a cytologicky (případně některým z neinvazivních testů, které se snaží detekovat nádory měchýře, například BTA stat nebo BTA TRAK testem)
- Vylučovací urografie k vyloučení uroteliálního tumoru horních močových cest
- Cystoureteroskopie (dle předchozích nálezů je možno tento krok vynechat a provést ihned vyšetření v narkóze)
- Cystoureteroskopie v narkóze s odběrem histologického materiálu

2.3 Cystoureteroskopie v narkóze s odběrem histologického materiálu

Cystoureteroskopie v narkóze je stěžejním bodem léčby nádorů močového měchýře, od kterého se odvíjí další postup i osud pacienta.

2.3.1 Cíl vyšetření

- Přesná lokalizace tumoru, posouzení jeho vzhledu a plošného rozsahu
- Získání validního vzorku tkáně pro následné histologické vyšetření, který umožní přesné stanovení histologické diagnózy a posouzení histopatologického gradu
- Získání takového vzorku tkáně, který umožní patologovi prokázat nebo vyloučit infiltraci svaloviny měchýře (vzorek musí obsahovat svalovinu měchýře)
- Odhad rozsahu případného extravezikálního šíření nádoru
- Posouzení stavu uretry močového měchýře a prostatické uretry (ložiska Tis, dysplázií)
- Úplné odstranění povrchového nádoru

2.3.2 Schéma provedení

- Bimanuální vyšetření malé pánve v narkóze
- Uretroskopie a cystoskopie s přesným popisem vzhledu a rozsahu nádoru a vzhledu ostatního ureteru
- Elektroresekce viditelného nádoru (TUR), vzorek musí obsahovat svalovinu
- Biopsie ze spodiny resekční plochy v případě podezření na infiltraci hlubších vrstev
- Biopsie ze suspektních ložisek
- Biopsie z prostatické uretry u muže nebo hrdla měchýře u ženy, je-li přítomen Tis nebo exofytický nádor vysokého gradu nebo je-li plánována cystektomie s derivací moči
- Cytologické vyšetření výplachové tekutiny odebrané na konci výkonu
- Tzv. „random biopsie“ (biopsie z normálně vyhlížejícího ureteru) pouze v indikovaných případech při podezření na Tis

2.3.3 Informace požadované od patologa

- Přesná histologická diagnóza tumoru
- Stanovení histopatologického gradu
- Posouzení hloubky infiltrace stěny měchýře

3. PÉČE O PACIENTY S POVRCHOVÝM NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

3.1 Charakteristika povrchových nádorů močového měchýře

- Do této skupiny řadíme nádory Ta, T1 a Tis dle TNM klasifikace
- Je možné je beze zbytku odstranit pomocí TUR
- Nemocného ohrožují vysokým počtem recidiv (60–90 %)
- V případě recidivy může dojít i k progresi do infiltrující formy nádoru
- Osud pacienta je možno odhadnout na základě prognostických faktorů

3.2 Prognostické faktory

- Rozlišení kategorie Ta a T1
- Histopatologický grade
- Počet předchozích recidiv
- Počet přítomných nádorů (rozlišení solitárních a mnohočetných nádorů)
- Současná přítomnost Tis

3.3 Léčba povrchových nádorů močového měchýře po provedení TUR

Základem další péče o pacienty s povrchovými nádory močového měchýře je dispenzarizace zahrnující pravidelná cystoskopická vyšetření doplněná o cytologii moči (cytologii je možno případně nahradit BTA stat nebo BTA TRAK testem). V indikovaných případech doplňujeme po TUR adjuvantní intravezikální chemoterapii nebo imunoterapii.

3.3.1 Intravezikální chemoterapie

- Prokazatelně snižuje počet časných recidiv, z dlouhodobého hlediska však průběh onemocnění neovlivňuje
- Má minimum vedlejších příznaků
- Je indikována po TUR u středně rizikových nádorů (pT1G1, pTaG2, recidivující a mnohočetné pTaG1)
- Používaná agens: mitomycin C, doxorubicin

3.3.2 Intravezikální imunoterapie BCG vakcínou

- Prokazatelně snižuje počet recidiv, zřejmě příznivě ovlivňuje průběh onemocnění, je signifikantně účinnější než intravezikální chemoterapie
- Je provázena nepříjemnými vedlejšími příznaky, výjimečně se mohou objevit i závažné komplikace
- Je indikována po TUR u rizikových nádorů (pT1G2-3, pTaG3), je lékem volby u Tis
- U nás je k dispozici kmen Connaught (preparát ImmuCyst)

3.3.3 Intravezikální imunoterapie interferonem alfa

- Snižuje počet recidiv
- V monoterapii je signifikantně méně účinná než léčba BCG vakcínou
- Má minimum vedlejších příznaků
- Je indikovaná jako léčba 2. volby po BCG vakcíně
- Výhodnější než monoterapie se zdá být současná aplikace s BCG vakcínou

4. PÉČE O PACIENTY S LOKÁLNĚ POKROČILÝM NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE (T2-4N0-3M0)

- Léčbou volby je radikální operace (cystoprostatektomie a pánevní lymfadenektomie u muže, cystektomie, adnexektomie, hysterektomie a lymfadenektomie u ženy) s derivací moči
- U nádorů T3, T4 a N1–N3 doplňujeme po cystektomii adjuvantní systémovou chemoterapii nebo aktinoterapii
- Neumožňuje-li celkový stav pacienta radikální operaci nebo odmítne-li pacient radikální výkon, je indikována TUR následovaná systémovou chemoterapií a/nebo aktinoterapií.

5. PÉČE O PACIENTY S GENERALIZOVANÝM NÁDOREM MOČOVÉHO MĚCHÝŘE

5.1 Systémová chemoterapie

- Používáme kombinace cytostatik, jsou účinnější než monoterapie
- Klasickou kombinací je M-VAC (metotrexát, vinblastin, doxorubicin, cisplatina)
- Tato klasická kombinace je postupně nahrazována moderními cytostatiky (taxany, gemcitabin), obvykle v kombinaci s deriváty platiny

5.2 Symptomatická léčba

- Analgetická terapie
- Ošetření hematurie
- Drenáž ledviny v případě hydronefrózy

Zjednodušené diagnostické a léčebné schéma u pacientů s nádory močového měchýře

