

LUCCA

2 Dicembre 2017

Auditorium Cappella Guinigi  
Complesso San Francesco



XXIV  
CONGRESSO  
ANNUALE

Toscana URologia

Responsabile Scientifico Dott. Giorgio Santelli

Segreteria Scientifica

Massimo Aquilini, Nicola Fontana, Giuseppe Silvestri,  
Stefano Torcigliani, Fabio Tori



## TUMORE MUSCOLO INVASIVO: INDICAZIONI CHIRURGICHE ED ONCOLOGICHE

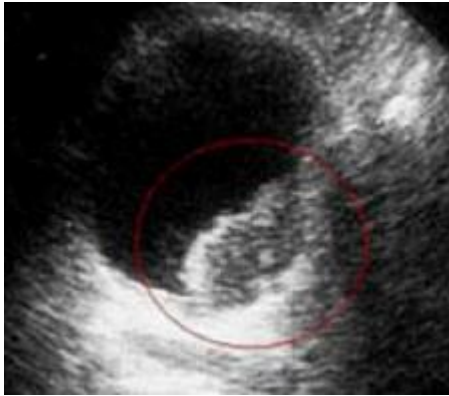
**Dr. Andrea Morelli**

Urologia Universitaria  
A.O.U.P

Direttore Prof. Cesare Selli



# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche



## MATERIALE PERVENUTO:

- 1) Etp vescica base di impianto
- 2) Parete laterale destra

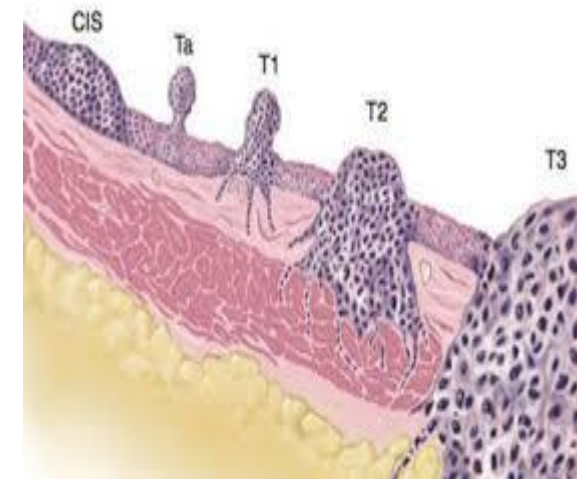
## ESAME MACROSCOPICO:

- 1) Frammenti grigiastri complessivamente di cm 2x1,4x0,4 (A1 in toto).
- 2) Frammenti grigiastri complessivamente di cm 4,5x2,5x0,8 (B 1-4 in toto).

## DIAGNOSI:

- 1-2) Carcinoma a cellule uroteliali di alto grado infiltrante la tonaca muscolare (A1, B1-4)

Gold standard: **T2-T4a**



# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## CISTECTOMIA – NMIBC

*Recommendations for treatment failure of non-muscle-invasive bladder cancer*

Recommendations	GR
Consider immediate radical treatment in all T1 tumours at high risk of progression (i.e., high grade, multifocality, carcinoma <i>in situ</i> , and tumour size, as outlined in the EAU Guidelines for Non-muscle-invasive Bladder Cancer).	C
Offer radical treatment to all T1 patients failing intravesical therapy.	B

T1HG multifocale e/o voluminoso (>3 cm) e/o recidivi

T1HG associato a CIS

T1HG refrattario alla terapia con BCG

- comparsa di MIBC in corso di BCG
- nuova comparsa di T1HG a tre mesi di terapia
- comparsa CIS a 3 e 6 mesi in terapia
- ricomparsa di malattia dopo ciclo di mantenimento

- Tumore non uroteliale

# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## **STADIAZIONE N-M: TC Urografia**

Alta risoluzione spaziale e bassi tempi di acquisizione

Elevata accuratezza per invasione grasso perivescicale (pT3b)

Determinazione tumore extravescicale (sensibilità 55%-92%)

Linfonodi (sensibilità 48-87%): pelvici > 8mm, addominali >10 mm

Fase urografica per lo studio alta via escretrice (sensibilità 70-100%)

M: fegato e polmone (+), osso e cervello (-)

# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## Calculation of the Charlson Comorbidity Index

Number of points	Conditions
1 point	50-60 years
	Myocardial infarction
	Heart failure
	Peripheral vascular insufficiency
	Cerebrovascular disease
	Dementia
	Chronic lung disease
	Connective tissue disease
	Ulcer disease
	Mild liver disease
	Diabetes
2 points	61-70 years
	Hemiplegia
	Moderate to severe kidney disease
	Diabetes with organ damage
	Tumours of all origins
3 points	71-80 years
	Moderate to severe liver disease
4 points	81-90 years
5 points	> 90 years
6 points	Metastatic solid tumours
	AIDS

# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## CT NEOADIUVANTE

Recommendations	GR
Offer neoadjuvant chemotherapy (NAC) for T2-T4a, cN0M0 bladder cancer. In this case, always use cisplatin-based combination therapy.	A
Do not offer NAC to patients who are ineligible for cisplatin-based combination chemotherapy.	A

Cisplatino o combinazioni di CT

Incremento sopravvivenza a 5 anni: **5-8%**

Vantaggi

- Trattamento di eventuali micrometastasi a distanza
- Valutazione della chemiosensibilità in vivo

Svantaggi

- Ritardare il tempo della chirurgia *radicale*
- Downstaging istologico definitivo
- Rischio di maggior chemio-intollerabilità post-operatoria

# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## RT NEOADIUVANTE

*Summary of evidence and recommendations for pre- and post-operative radiotherapy*

Summary of evidence	LE
No data exist to support that pre-operative radiotherapy (RT) for operable muscle-invasive bladder cancer (MIBC) increases survival.	2a
Pre-operative RT for operable MIBC, using a dose of 45-50 Gy in fractions of 1.8-2 Gy, results in downstaging after four-six weeks.	2
Limited high-quality evidence supports the use of pre-operative RT to decrease the local recurrence of MIBC after radical cystectomy.	3

Recommendations	GR
Do not offer pre-operative radiotherapy (RT) to improve survival.	A
Offer pre-operative RT for operable MIBC since it can result in tumour downstaging after four to six weeks.	C

Downstaging T0 >50% in NRT (10% pz Non-NRT)

Difficoltà chirurgica

Associazione con CT

Ruolo emostatico nel paziente inoperabile

# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## **TIMING**

Linee guida EAU : “a delay of more than twelve weeks has a negative impact on outcome and should be avoided.”

Aumento del rischio di progressione e mortalità cancro-specifica



# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## **CISTECTOMIA: Open vs RARC**

- Minor sanguinamento
- Paragonabili outcomes oncologici
- Miglior qualità di vita del paziente
- Maggior vantaggio nell'esecuzione di derivazione intracorporea vs extracorporea in RARC

*Satkunasivam et al - Nature Reviews Urology 2016*

- Nessuna differenza di complicanze a 30 e 90 giorni

*Khan et al - Eur Urol 2016*

- Percentuale re-intervento dopo RARC: 23%
- Stenosi uretero-ileale
- > 90 giorni

*Hussein et al - J Urol 2016*

# Tumore muscolo invasivo: Indicazioni chirurgiche ed oncologiche

## CONCLUSIONI:

- Cistectomia: pT2-T4a /T1HG con alto rischio di progressione, N0, M0
- Valutazione delle condizioni generali del paziente per ridurre il rischio di mortalità operatoria/perioperatoria
- CT neoadiuvante offre un vantaggio sulla sopravvivenza del 5-8%
- RT non raccomandata
- Timing chirurgico non superiore ai 90 gg dalla diagnosi di tumore muscolo invasivo
- RARC