

Cancerul de vezica

Ce este cancerul
de vezica?

Lasa-ne sa
iti explicam.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

CANCERUL DE VEZICA: GHID PENTRU PACIENTI

INFORMATII PENTRU PACIENTI BAZATE PE GHIDURILE DE PRACTICA CLINICA ESMO

Acest ghid pentru pacienti a fost pregatit de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) pentru a ajuta pacientii si rudele lor sa inteleaga mai bine natura cancerului de vezica si sa cunoasca optiunile de tratament cele mai potrivite in functie de subtipul de cancer de vezica. Recomandam ca pacientii sa isi intrebe medicul despre testele si tratamentele de care au nevoie pentru tipul si stadiul bolii lor. Informatiile medicale oferite in acest document se bazeaza pe ghidurile de practica clinica ale Societatii Europene pentru Oncologie Medicala (ESMO – European Society for Medical Oncology) pentru managementul cancerului de vezica urinara. Acest ghid pentru pacienti a fost produs in colaborare cu ESMO si se difuzeaza cu permisiunea ESMO. A fost scris de catre un medic si revizuit de doi oncologi de la ESMO, inclusiv autorul principal al ghidurilor de practica clinica pentru profesionisti. In plus, a fost revizuit si de catre reprezentanti ai pacientilor din Grupul de lucru pentru bolnavii de cancer din ESMO.

Mai multe informatii despre Anticancer Fund (Fondul Anticancer): www.anticancerfund.org.

Mai multe informatii despre Societatea Europeana pentru Oncologie Medicala: www.esmo.org.

Veti gasi definitiile cuvintelor marcate cu un asterisc la finalul ghidului.

Cuprins

Informatii generale despre cancerul de vezica urinara.....	3
Definitia cancerului vezicii urinare.....	5
Este cancerul vezicii urinare frecvent?	6
Care sunt cauzele cancerului de vezica urinara?	7
Cum se diagnosticheaza cancerul de vezica?.....	9
Ce e important de stiut pentru a defini tratamentul optim?.....	11
Care sunt optiunile de tratament?.....	14
Care sunt efectele secundare posibile ale tratamentelor?	19
Ce se intampla dupa tratament?	22
Definitiiile cuvintelor dificile	24

Acest text a fost scris de catre dr. An Billiau, Celsus Medical Writing, LLC (pentru Anticancer Fund-Fondul Anticancer) si a fost revizuit de catre dr. Svetlana Jezdic (ESMO), pr. Joaquim Bellmunt (ESMO) si pr. Louis Denis (Stoma-Ilco, Europa Uomo, in numele Grupului de lucru pentru bolnavii de cancer ESMO).

Aceasta este prima actualizare a ghidului. Actualizarile reflecta modificarile versiunii succesive a Ghidurilor de Practica Clinica ESMO. Actualizarea a fost realizata de dr. Ana Ugarte (ACF) si revizuita de dr. Svetlana Jezdic (ESMO).

Ghidul a fost tradus in limba romana in cadrul unui proiect al Asociatiei Daruieste Viata (www.daruiesteviata.ro) pentru informarea bolnavilor de cancer, realizat cu sprijinul Fundatiei Vodafone Romania. Traducerea este avizata de Raluca Chifu, traducator, si validata de dr. Laura Mazilu, medic primar oncologie medicala la Spitalul Clinic Judetean de Urgenta Constanta.

INFORMATII GENERALE DESPRE CANCERUL DE VEZICA URINARA

Definitia cancerului de vezica urinara

Cancer care incepe in celulele vezicii urinare. Acest ghid se concentreaza pe cancerele care apar in celulele din captuseala interioara a vezicii, numite cancer cu celule tranzitionale. Cu toate acestea, exista si alte tipuri de cancer ale vezicii urinare care nu sunt discutate aici.

Diagnosticul

- Simptomele comune ale cancerului de vezica urinara includ problemele urinare, aparitia sangelui in urina, durerea si blocajele urinare, dar aceste simptome nu sunt specifice. Cistoscopia este o examinare care permite inspectarea interiorului vezicii si al uretrei, pentru a se vedea eventualele tumori.
- Exista teste specifice care pot ajuta la diagnosticarea si evaluarea diseminarii bolii. Diagnosticul poate fi confirmat numai printr-o examinare histopatologica, in care mostre din tumoare sunt examinate in laborator. Aceasta arata anumite caracteristici specifice ale tumorii, pentru a determina tipul de cancer.

Tratamentul in functie de extinderea bolii (clasificata in stadii)

- Boala care nu a invadat tesutul muscular (stadiul 0a, stadiul 0is, stadiul I) implica o tumoare care se limiteaza la mucoasa (stratul superficial de tesut din captuseala vezicii).
 - Dupa cistoscopie, toti pacientii trec printr-o rezectie transuretrala a tumorii vezicale (TURBT)*, care poate fi curativa daca se reuseste rezecarea intregii tumori.
 - Uneori, pentru a evita recurenta bolii, se poate apela la o terapie adjuvanta, precum chimioterapia sau imunoterapia administrata direct in vezica.
 - Daca aceste tratamente esueaza, inlaturarea vezicii (cistectomia) este o optiune.
- Cancer vezical care a invadat muschiul (stadiul II, stadiul III) implica o tumoare care a invadat stratul muscular al vezicii sau s-a extins prin vezica, ajungand la tesuturile inconjuratoare.
 - Tratamentul recomandat este rezectia radicala a vezicii, inclusiv rezectia completa sau partiala a anumitor organe incojuratoare. Acest proces poate fi modificat pentru a se pastra cat mai mult din organe.
 - Chimioterapia sau radioterapia sunt recomandate inainte de operatie, pentru a imbunatati rezultatul acesteia. Daca un pacient refuza operatia sau nu o poate suporta, se poate apela la radioterapie, TURBT agresiva sau TURBT combinata cu radioterapie si/sau chimioterapie.
- Boala avansata si metastatica (stadiul IV) implica o tumoare care a ajuns la peretele pelvisului sau al abdomenului sau mai departe, la organe aflate la distanta.
 - Chimioterapia este preferabila, deoarece, in acest stadiu, operatia are sanse mici de a fi curativa. Pentru anumiti pacienti, pot fi benefice operatia si radioterapia dupa chimioterapie.
 - Radioterapia poate fi administrata si pentru a ameliora durerile sau sangerarile.
- Tratamentul recidivelor:
 - Chimioterapia cu vinflunina, plus cele mai bune ingrijiri de suport.
 - In caz de nereusita, se propune chimioterapia cu taxani sau medicamente pe baza de platina.
 - Pacientii sunt incurajati sa participe la studii clinice.

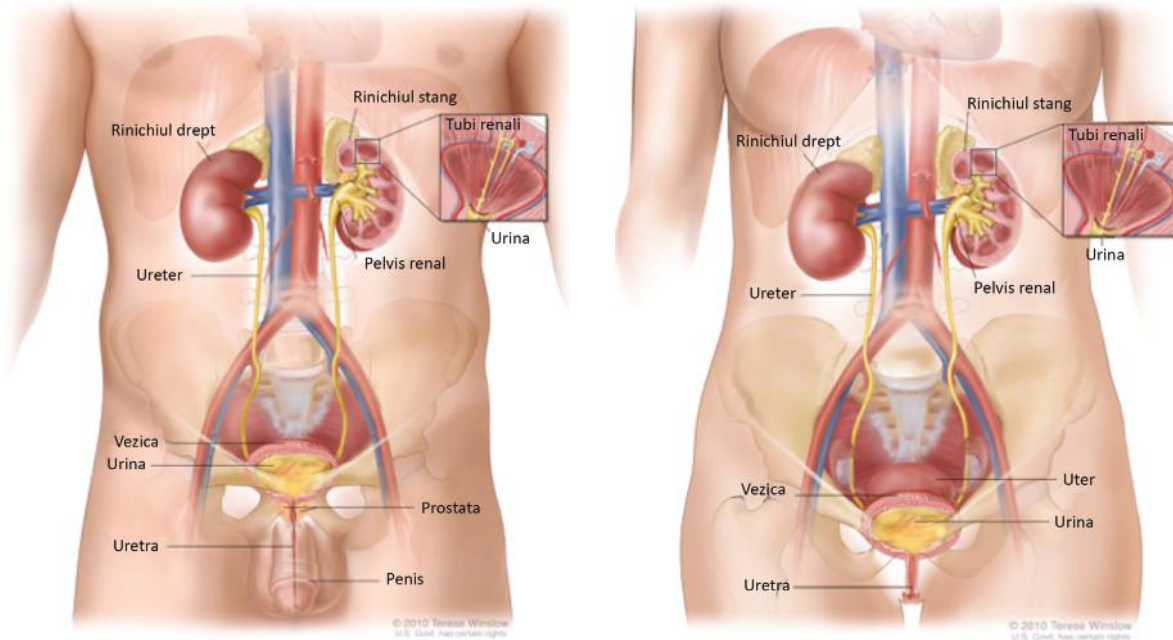
Urmarirea

In functie de stadiul bolii si de riscul de recurenta, se pot efectua diferite teste in timpul controalelor planificate. In cancerul care nu a invadat tesutul muscular, controalele au loc la fiecare 3-6 luni in primii 2 ani si la fiecare 6-12 luni dupa aceea, dupa indicatiile echipei medicale.

DEFINITIA CANCERULUI VEZICII URINARE

Aceasta definitie este adaptata si utilizata cu permisiunea Institutului National pentru Cancer al SUA.

Cancerul vezicii urinare este un cancer care se formeaza in tesutul vezicii. Vezica urinara este organul care stocheaza urina. Cel mai frecvent cancer al vezicii urinare (90%) este *carcinomul cu celule tranzitionale**. Acest tip de cancer apare initial in celulele care formeaza in mod normal captuseala interioara a vezicii, numita si *epiteliu de tranzitie** sau *uroteliu**. Alte tipuri includ *carcinomul cu celule scuamoase**, un cancer de vezica urinara care se initiaza in celulele subtiri si plate din mucoasa vezicii urinare, *adenocarcinomul**, un cancer care se initiaza in celulele din mucoasa vezicii urinare care elibereaza mucusul si alte forme rare. Acest ghid se refera la carcinomul cu celule tranzitionale.



Anatomia aparatului urinar la barbat (stanga) si la femeie (dreapta) arata rinichii, ureterele*, vezica si uretra*. Urina este creata in tubii renali* si colectata in pelvisul renal*. Urina curge de la rinichi prin uretere in vezica. Urina este retinuta in vezica pana cand paraseste corpul prin uretra*.

ESTE CANCERUL VEZICII URINARE FRECVENT?

Se estimeaza ca, in 2012, in Europa, aproximativ 151.297 de pacienti au fost diagnosticati cu cancer de vezica urinara. Cancerul vezicii urinare este, asadar, al cincilea cel mai frecvent din Europa.

Cancerul de vezica urinara este de aproximativ cinci ori mai frecvent la barbati decat la femei. Se estimeaza ca, in 2012, 17.7 din 100.000 de barbati si 3.5 din 100.000 de femei au dezvoltat cancer de vezica urinara. Dintre toate tipurile de cancer, cancerul vezicii urinare este al patrulea cel mai frecvent cancer la barbati si al 13-lea cel mai frecvent la femei.

In Uniunea Europeana, probabilitatea ca un barbat sa dezvolte cancer de vezica urinara la un moment dat in viata este intre 1,5 si 2,5%. Pentru barbatii care locuiesc in Flandra (Belgia), Malta, Spania si Italia, probabilitatea este ceva mai mare: intre 3,1 si 4,2%. Pentru o femeie din Uniunea Europeana, riscul de a dezvolta cancer de vezica urinara la un moment dat in viata este mai mic de 1%.

Riscul de a dezvolta cancer de vezica urinara creste o data cu varsta; in general, 70% din pacientii care dezvolta cancer de vezica urinara prezinta simptome dupa vârsta de 65 de ani.

CARE SUNT CAUZELE CANCERULUI DE VEZICA URINARA?

Cauzele cancerului de vezica urinara nu sunt clar determinate. Au fost identificati o serie de factori de risc*, dar in multe cazuri niciunul dintre acestia nu par a fi prezenti. Prezenta unui factor de risc va creste probabilitatea de aparitie a bolii, dar nu este nici suficienta si nici necesara pentru a cauza cancer. Un factor de risc nu este o cauza in sine.

Unele persoane ce prezinta acesti factori de risc nu vor dezvolta niciodata cancer de vezica urinara, in schimb unii oameni pot dezvolta cancerul vezicii urinare in lipsa oricarui factor de risc.

Principalii factori de risc in aparitia cancerului de vezica urinara sunt:

- Inaintarea in varsta: cancerul de vezica urinara apare cel mai frecvent la persoanele in vârstă; in general, 70% din pacientii care dezvolta cancer de vezica urinara sunt diagnosticati dupa vârsta de 65 de ani.
- Cancer de vezica urinara in antecedente.
- Fumatul: acesta este cel mai important factor de risc pentru cancerul vezicii urinare. Oprirea fumatului pentru mai mult de 4 ani poate reduce riscul aparitiei cancerului.
- Un numar de substante chimice au fost identificate ca potentiale cauze de cancer de vezica urinara:
 - o Coloranti anilinici: substante chimice care pot fi prezente in colorantii pentru tesaturi.
 - o Ciclofosfamida: un medicament chimioterapeutic* utilizat pentru tratamentul cancerului.
 - o Amine aromatice: expunerea la aceste substante chimice poate sa apara in diverse meserii, cum ar fi cele legate de pictura, pielarie, automobile, metal, hartie si cauciucuri, dar, de asemenea, printre soferii de camioane, angajatii curatatorilor chimice, tehnicienii dentari si angajatii saloanelor de frumuseti. In aceste conditii, cancerul de vezica urinara apare doar dupa 30-50 de ani de la expunere.
 - o Arsenicul: intr-o regiune din Taiwan unde apa continea niveluri ridicate de arsenic, s-a constatat un risc crescut de cancer de vezica urinara.
 - o Aristolochia Fangchi: aceasta este o planta chinezeasca; un risc crescut de cancer de vezica urinara a fost constatat la persoanele care au folosit un supliment alimentar in care aceasta planta a fost adaugata din greseala.
- Iradierea: se crede ca expunerea la radiatii ionizante* in regiunea vezicii urinare, de exemplu in timpul radioterapiei pentru cancerul de prostata*, sporeste riscul aparitiei cancerului de vezica urinara.



- Unii factori de risc sunt deosebit de importanti pentru un anumit tip de cancer de vezica urinara, si anume *carcinomul cu celule scuamoase**. Aceasta tumoare este cauzata de iritarea sau inflamarea cronica a vezicii urinare. In tarile occidentale, principalii factori de risc pentru *carcinomul cu celule scuamoase* includ functionarea defectuoasa a vezicii, prezenta prelungita a unui cateter* in vezica urinara, pietrele vezicii urinare si infectia cronica a vezicii urinare. In Africa si Orientul Mijlociu, un factor de risc important pentru *carcinomul cu celule scuamoase* este infectia cu *Schistosoma hematobium*, un microb comun in aceste regiuni. Acesta poate infecta vezica urinara si poate duce la inflamatie cronica.
- Diabetul*: persoanele cu diabet zaharat de tip 2 au un risc crescut de a dezvolta cancer de vezica urinara.

Alti factori au fost suspectati de a creste riscul de cancer de vezica urinara, dar dovezile sunt neconcludente:

- Cafeaua, indulcitorii artificiali si alcoolul: nu exista nicio dovada clara ca riscul de a dezvolta cancer de vezica urinara creste in urma consumului acestor substante.
- Apa de la robinet cu un nivel ridicat de trihalometani, care reprezinta componente ale produselor dezinfectante pe baza de clor: unele studii arata ca ingestia prelungita a acestui gen de apa de la robinet poate creste riscul de cancer de vezica urinara, dar dovezile sunt neconcludente.
- Genele: in general, prezenta unui membru al familiei cu cancer de vezica urinara creste usor riscul de aparitie a bolii. Cancerul de vezica urinara aparut din cauza unei gene* defectuoase care poate fi mostenita este foarte rar.
- Un studiu a aratat ca excesul de greutate este asociat cu un risc mai mare de cancer de vezica urinara, dar alte studii nu confirma acest lucru.

Au fost propusi o serie de factori pentru a proteja pacientii impotriva dezvoltarii cancerului vezicii urinare, dar nu sunt disponibile dovezi clare in acest sens.

- Aportul de lichide: s-a presupus ca un aport crescut de lichide ar putea reduce riscul de a dezvolta cancer de vezica urinara la barbati, dar exista neconcordante intre studii.
- Fructe si legume: consumul de fructe si legume poate avea un efect protector.

CUM SE DIAGNOSTICHEAZA CANCERUL DE VEZICA?

Cancerul vezicii urinare poate fi depistat în urma unui examen medical de rutină sau poate fi suspectat în urma apariției simptomelor specifice.

Principalele simptome sunt:

- Prezența sângelui în urină (hematurie): acest simptom nu este însoțit, în general, de dureri și este prezent în 85% din cazurile de cancer la vezică.
- Problemele urinare: nevoia de a urina mai frecvent decât în mod obișnuit (numită frecvență), nevoia de a urina urgent (numită urgentă) sau durerile în momentul urinării (numite disurie).

Însă aceste simptome nu sunt specifice doar pentru cancerul vezicii urinare și pot fi prezente în multe alte afecțiuni ce nu au legătură cu acesta, cum sunt infecțiile urinare, pietrele la rinichi sau hiperplazia prostatică* benignă*.

Cancerul de vezică poate bloca fluxul de urină de la rinichi. Acumularea de urină în rinichi poate duce la distensia acestora (numită hidronefroza) și la dureri.

Doctorul va întreba despre simptomele menționate mai sus, va efectua un examen medical complet și va solicita analize de sânge pentru a evalua hemoleucograma și a vedea cum funcționează rinichii.

Diagnosticarea cancerului de vezică urinară se bazează pe următoarele examene medicale:

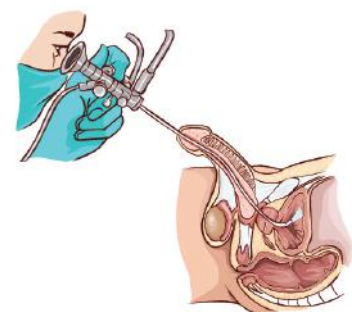
1. Examinarea clinică*

Examinarea fizică a pacientului furnizează informații cu privire la semnele cancerului de vezică și alte probleme de sănătate. Medicul va examina rectul și vaginul (la femei) pentru a determina dimensiunile unei eventuale tumori la vezică și a vedea dacă aceasta s-a extins și cât.



2. Cistoscopia*

Cistoscopia este o examinare tehnică a vezicii urinare: medicul va insera un tub luminat împreună cu o cameră video în uretra* pentru a inspecta interiorul vezicii urinare și uretra în vederea depistării prezentei eventualelor tumori. Cistoscopia poate fi efectuată în cabinetul medicului; cu utilizarea unui gel anestezic* local, această procedură este în general bine tolerată. Cu toate acestea, cistoscopia poate fi, de asemenea, efectuată sub anestezie generală*, împreună cu examinarea* clinică bimanuală (vezi mai sus) a vezicii urinare.



Medicul poate introduce un instrument chirurgical fin în tubul cistoscopului pentru a preleva – urmărind în timp real – probe de țesut din tumoare sau din orice altă zonă suspectă. Această procedură se numește biopsie*. Pentru anumite tipuri de cancer al vezicii urinare, medicul poate rezeca imediat întreaga tumoare: această procedură este denumită rezecție transuretrală a tumorii vezicii (TURBT – transurethral resection of the bladder tumour)*. În acest caz, cistoscopia reprezintă și primul pas al tratamentului.

In anumite circumstante, medicul va inspecta si ureterele, procedura denumita ureteroscopie*. In alte cazuri, cistoscopia include, de asemenea, prelevarea de tesut de la nivelul uretrei* pentru biopsie.

3. Citologia urinara

Aceasta este o analiza de laborator efectuata pentru a detecta prezenta celulelor tumorale in urina.

4. Examinarea histopatologica*

Aceasta reprezinta investigarea in laborator a celulelor tumorale si se efectueaza pe tesutul tumoral prelevat in timpul cistoscopiei*. Informatiile histopatologice* vor confirma diagnosticul de cancer de vezica urinara si vor dezvalui caracteristicile specifice ale tumorii, permitand medicului sa determine tipul de cancer de vezica urinara.



Daca dupa cistoscopie este recomandata operatia (de obicei, in varianta TURBT*), un al doilea examen histopatologic va fi efectuat pe tesutul tumoral obtinut in timpul interventiei chirurgicale. Acesta este foarte important pentru a confirma rezultatele primei biopsii* si pentru a furniza informatii mai exacte cu privire la cancer si la stadiul acestuia.

5. Examinarea radiologica*

In cazul in care examenul histopatologic* arata ca tumora s-a dezvoltat in straturile mai profunde (straturile musculare) ale vezicii urinare, este nevoie de investigare radiologica pentru a determina daca tumora a crescut, de asemenea, in tesuturile si ganglionii limfatici* din afara vezicii urinare.



Investigarea radiologica face parte dintr-un proces de diagnosticare numit stadializare* si poate fi realizata folosind tomografia computerizata (CT)* sau rezonanta magnetica nucleara (RMN)* a abdomenului si pelvisului. Deoarece o tumoare uroteliala sincrona de tract superior poate exista la 2,5% din pacienti, se recomanda examinarea tractului urinar superior prin urograme CT sau pielograme intravenoase sau retrograde (examinari speciale cu raze X ale rinichilor, vezicii si ureterelor). La pacientii cu risc crescut de metastaze, se pot efectua teste suplimentare; o examinare CT a toracelui, iar in cazul in care exista simptome ale raspandirii tumorii la oase se va efectua si o scintigrafie osoasa*.

CE E IMPORTANT DE STIUT PENTRU A DEFINI TRATAMENTUL OPTIM?

Medicii vor trebui sa ia in considerare mai multe aspecte, atat legate de pacient, cat si de cancer, in scopul de a decide cu privire la cel mai bun tratament.

Informatii relevante despre pacient

- Sexul.
- Istoricul medical personal, bolile si tratamentele anterioare.
- Istoricul de cancer al vezicii urinare la rude.
- Starea de sanatate generala si problemele fizice specifice.
- Rezultatele examinarii clinice*.
- Rezultatele analizelor de laborator – hemoleucograma, analizele referitoare la functia renala si hepatica.



Informatii relevante cu privire la cancer

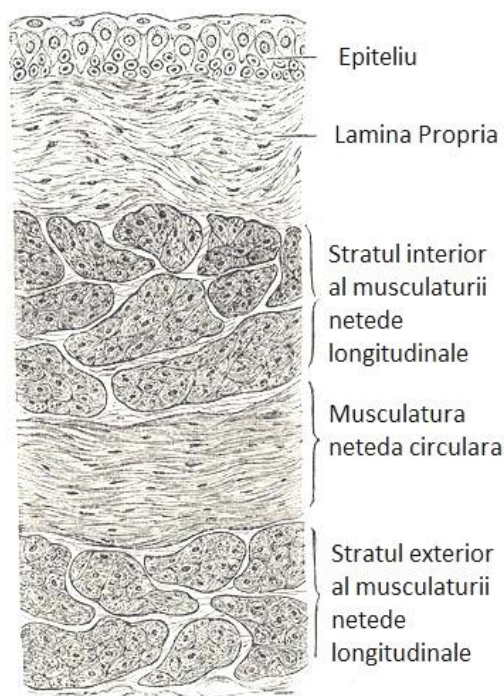
- **Stadializarea***

Medicii folosesc stadializarea pentru a evalua extinderea cancerului si prognosticul pacientului. Sistemul TNM de stadializare este frecvent utilizat. Combinatia dintre dimensiunile tumorii si invazia* tesutului din apropiere (T), implicarea ganglionilor/nodulilor limfatici* (N) si metastazele* sau raspandirea cancerului la alte organe ale corpului (M) va clasifica boala si o va include intr-unul din stadiile descrise mai jos.

Stadializarea* este esentiala pentru a lua decizia corecta in legatura cu tratamentul. Cu cat stadiul este mai putin avansat, cu atat mai bun va fi prognosticul. Stadializarea este realizata dupa finalizarea investigatiilor clinice si radiologice* si a examinarii histopatologice* a biopsiei*. In cazul in care este indicata interventia chirurgicala, o a doua stadializare va fi efectuata pe baza examinarii de laborator a specimenului prelevat chirurgical.

Tabelul de mai jos prezinta diferitele stadii de cancer al vezicii urinare. Definitiiile sunt putin tehnice, prin urmare se recomanda sa intrebati medicul pentru explicatii mai detaliate.

Stadiul	Definitia (vedeti imaginea cu peretele vezicii de mai jos)	Categoria
Stadiul 0a	<i>Carcinom papilar non-invaziv</i> : tumora este localizata in straturile de celule interioare ale captuselii vezicii (epiteliu*)	Cancer de vezica neinvaziv muscular
Stadiul 0is	<i>Carcinom in situ</i> , se mai numeste si <i>tumora plata</i> : tumora de grad inalt, localizata in straturile de celule interioare ale captuselii vezicii (epiteliu*)	
Stadiul I	Tumora a invadat tesaturile conjunctive mai adanci ale captuselii vezicii (lamina propria*)	
Stadiul II	Tumora a invadat muschiul vezicii. Stadiul II este impartit in doua stadii: T2a: tumoarea a invadat jumatatea interioara a muschiului vezicii T2b: tumoarea a invadat jumatatea exterioara a muschiului vezicii	Cancer de vezica invaziv muscular
Stadiul III	Tumoarea a invadat tesaturile din jurul vezicii. Stadiul III este impartit in trei stadii: T3a: invazie microscopica* T3b: invazie macroscopica* T4a: invazia organelor care inconjoara vezica: prostata* la barbati si uterul si/sau vaginul la femei	
Stadiul IV	Tumoarea a invadat peretele pelvian si/sau peretele abdominal sau Tumoarea este insotita de metastaze* in ganglionii limfatici sau la un organ aflat la distanta de vezica	



Straturile peretelui vezical aratand mucoasa* (captuseala vezicii constand din epiteliu* si lamina propria*) și straturile musculare.

- **Rezultatele biopsiei***

Tesutul recoltat in timpul biopsiei este examinat in laborator de catre un medic patolog*. Acest examen se numeste histopatologie*. In cazul in care operatia este facuta dupa cistoscopie*, examenul histopatologic presupune examinarea tumorii si a ganglionilor limfatici* indepartati in timpul interventiei chirurgicale. Acest lucru este foarte important pentru a confirma rezultatele constatarilor initiale si a furniza mai multe informatii cu privire la stadiul cancerului. Rezultatele examinarii biopsiei includ:

- **Tipul histologic***

Tipul histologic se refera la tipul de celule care compun tumoarea. Aproximativ 90% din cazurile de cancer de vezica sunt *carcinoame cu celule tranzitionale**. Acest ghid se refera la carcinoamele cu celule tranzitionale, numite si *carcinoame uroteliale*: tumori care apar in epiteliul* tranzitional. Epiteliul tranzitional consta in mai multe straturi de celule care isi pot schimba forma pe masura ce vezica urinara se mareste si care captusesc peretele interior al vezicii.

Din restul de 10%, predominante sunt *carcinoamele cu celule scuamoase** si *adenocarcinoamele**. Alte tipuri histologice sunt foarte rare.

- **Gradul***

Gradul este determinat pe baza diferentelor dintre celulele tumorale si celulele ce se regasesc in mod normal in mucoasa unei vezici sanatoase. Caracteristicile anormale indica rata cu care celulele se multiplica si cat sunt de invazive. Pentru cancerul de vezica urinara, exista 4 grade diferite:

- *Papilom*: tumoarea compusa din celule non-maligne.
- *Neoplasm urotelial papilar cu potential malign scazut* (PUNLMP – Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential): tumoarea compusa din celule non-maligne, acoperita de obicei de un strat ingrosat de epiteliu de tranzitie*.
- *Carcinom urotelial de grad scazut*: tumoarea maligna care creste incet si este putin probabil sa se raspandeasca.
- *Carcinom urotelial de grad ridicat*: tumoarea maligna care creste mai repede si are sanse mai mari sa se raspandeasca.

CARE SUNT OPTIUNILE DE TRATAMENT?

Planificarea tratamentului necesita o echipa de specialisti din diferite discipline medicale. Ea implica, de obicei, o intalnire a acestora, numita intalnire multidisciplinara* sau consiliu pentru tumori* (board tumoral). In aceasta intalnire, planificarea tratamentului va fi discutata in functie de informatiile relevante mentionate mai sus.



De obicei, tratamentul va combina terapii care:

- Actioneaza asupra cancerului in plan local, cum ar fi interventia chirurgicala, radioterapia*, chimioterapia locala* si imunoterapia locala*.
- Actioneaza asupra celulelor canceroase din tot corpul, folosind chimioterapie sistematica.

Tratamentul exact va depinde de stadiul cancerului, de caracteristicile tumorii si de riscurile la care este expus pacientul.

Tratamentele enumerate mai jos au beneficii, riscuri si contraindicatii* specifice. Se recomanda ca pacientii sa intrebe medicul cu privire la beneficiile si riscurile asteptate in fiecare tip de tratament, astfel incat sa fie informati cu privire la consecintele terapiei. Pentru unele tratamente, exista mai multe posibilitati disponibile. Alegerea se va discuta in functie de raportul dintre riscuri si beneficii.

Planul de tratament pentru bolile ce nu au invadat tesutul muscular (stadiul 0a, stadiul 0is, stadiul I)

In aceste stadii, tumoarea este restransa in stratul superficial al peretelui vezicii (mucoasa) si nu a ptruns in muschiul acesteia. Scopul principal al tratamentului este eliminarea tumorii locale printr-o interventie chirurgicala de tip TURBT*. Totusi, sunt recomandate tratamente suplimentare administrate local in vezica (numite tratamente adjuvante* intravezicale*), deoarece acestea reduc riscul ca tumoarea sa reapara sau sa progreseze.*

Tipul de terapie adjuvanta depinde de riscul de progresie si reaparitie*: pentru fiecare pacient cu o tumoare aflata in stadiul 0a sau I, acesta este calculat folosind un sistem de notare bazat pe mai multe caracteristici specifice tumorii.*

Cistoscopia* si rezectia transuretrala a tumorii vezicale (TURBT)*

Dupa cistoscopia initiala, toti pacientii sunt supusi unei interventii TURBT. Adesea, tumoarea este complet rezecata, iar TURBT reprezinta, in acest caz, tratamentul definitiv. Cu toate acestea, uneori se recomanda administrarea unui tratament suplimentar (denumit tratament adjuvant*) cu medicamente aplicate direct in vezica urinara (denumit tratament intravezical*). Tipul de tratament suplimentar depinde de riscul individual de reaparitie si progresie*, dar si de capacitatea pacientului de a tolera efectele secundare*.

La anumiti pacienti care au tumori cu risc ridicat, o a doua procedura TURBT este recomandata inainte sau dupa terapia intravezicala, pentru a detecta boala reziduala si a realiza o stadializare mai precisa.

Chimioterapia* intravezicala* sau imunoterapia*

Pentru a reduce riscul de reapariție și progresie*, tuturor pacienților care au fost supuși unei intervenții TURBT* le este administrată o singură instilare* intravezicală cu un agent chimioterapeutic*, imediat după intervenția chirurgicală. Medicamentele folosite în majoritatea cazurilor sunt mitomicina C*, dar pot fi instilate și epirubicina* sau doxorubicina*.

Pentru pacienții cu tumori cu risc scăzut de reapariție și progresie, o singură instilare reprezintă tot tratamentul. Pentru pacienții la care riscul de recidivă sau progresie este considerat intermediar sau ridicat, prima instilare trebuie urmată de chimioterapie intravezicală suplimentară sau de imunoterapie intravezicală cu bacilul Calmette Guérin (BCG)* (a se vedea mai departe). Tratamentul cu chimioterapie sau imunoterapie este ales în funcție de profilul de risc individual. Chimioterapia se administrează de obicei timp de până la 1 an. Imunoterapia este administrată pentru minimum 1 an.

Imunoterapia* intravezicala* cu bacilul Calmette-Guérin (BCG)*

Pentru pacienții cu profiluri de risc selectate, se recomandă administrarea unui tratament intravezical cu bacilul Calmette-Guérin (BCG), un vaccin folosit pentru a proteja împotriva tuberculozei*. Mecanismul de acțiune al terapiei BCG intravezicale nu este încă înțeles. Se crede că BCG induce o reacție* imună care distruge celulele canceroase. De aceea, tratamentul cu BCG este considerat ca imunoterapie. De obicei, se aplică un regim inițial de 6 săptămâni de tratament (numit terapie de inducție), urmat de așa-numita terapie de întreținere, pentru minimum 1 an. Unele regimuri de întreținere durează doi ani.

Cistectomia*

Cistectomia este recomandată pacienților cu tumori în stadiul 0is și stadiul I care nu răspund la tratamentul adjuvant* intravezical*.

Planul de tratament pentru cancerul vezicii urinare care a invadat țesutul muscular (stadiul II, stadiul III)

In aceste stadii, tumoarea a invadat stratul muscular al vezicii sau s-a extins prin peretele vezicii urinare în țesuturile din jurul acesteia. Tratamentul are ca scop eliminarea chirurgicală a întregii vezici urinare, precum și a ganglionilor limfatici din pelvis și organele vecine. Înainte de intervenția chirurgicală, se administrează chimioterapie* cu scopul de a reduce mărimea tumorii, a ataca celulele tumorale din metastaze* care sunt prea mici pentru a fi detectate și a reduce riscul de extindere a celulelor în alte părți ale corpului în timpul intervenției chirurgicale.*

Cistectomia radicală*

Tratamentul standard pentru cancerul vezicii urinare invaziv muscular include cistectomia radicală. Pentru pacienții de sex masculin aceasta implică îndepărtarea completă a vezicii urinare, a întregului țesut tumoral vizibil, dar și a uretrei*, prostatei*, veziculelor seminale*, părților inferioare ale ureterelor* și ganglionilor limfatici* pelvieni. Pentru pacienții de sex feminin, cistectomia radicală implică îndepărtarea vezicii, a tuturor tumorilor vizibile și rezecabile, a întregii uretre, a părții inferioare a ureterelor, a părții adiacente din vagin*, a uterului* și a ganglionilor limfatici pelvieni.



La unii pacienti, aceasta procedura poate fi modificata cu scopul de a pastra anumite structuri. Aceasta posibilitate depinde de gradul de extindere al tumorii si trebuie evaluata atent pentru fiecare pacient in parte.

Cistectomia radicala* duce la pierderea functiei vezicii, adica stocarea urinei. De aceea, chirurgul va conecta ureterele* la o noua cale de evacuare pentru a asigura evacuarea urinei (numita diversiune urinara*). Aceasta noua cale de evacuare poate fi uretra*, pielea abdomenului sau portiunea finala a intestinului gros (numita diversiune rectosigmoidala). Alegerea abordarii depinde de multi factori, cum ar fi stadiul tumorii, structurile ce pot fi pastrate in urma cistectomiei radicale, starea generala de sanatate a pacientului si preferinta acestuia. Diferitele variante sunt explicate in continuare in text (a se vedea Efectele secundare* ale terapiilor).

In plus, cistectomia radicala poate implica inlaturarea anumitor organe reproducatoare*. Aceasta poate duce la disfunctii sexuale* si/sau la pierderea capacitatii de reproducere* (a se vedea Efectele secundare ale terapiilor).

Chimioterapia*

Pentru pacientii cu cancer in stadiul T2 sau T3, se recomanda administrarea unei chimioterapii neo-adjuvante combinate. Aceasta inseamna ca o combinatie de medicamente chimioterapeutice* este administrata inainte de cistectomie* sau de radioterapia definitiva*. Combinatiile recomandate sunt gemcitabina* si cisplatina* (abreviata GC), sau metotrexat*, vinblastina*, doxorubicina* si cisplatina (abreviata MVAC). Scopul terapiei neo-adjuvante* este de a eradica micrometastazele*, de a reduce dimensiunea tumorii si riscul de raspandire a celulelor tumorale in timpul interventiei chirurgicale.

Radioterapia*

Radioterapia individuala poate fi indicata pentru pacientii care nu pot fi supusi interventiei chirurgicale de cistectomie radicala*.

In anumite cazuri, cand scopul tratamentului este de a pastra vezica urinara, radioterapia poate fi administrata ca parte a unui tratament combinat* (a se vedea: terapia cu pastrarea organelor*).



Terapia de conservare a vezicii urinare*

Terapia de conservare a vezicii urinare se refera la un tratament in care vezica este pastrata. Aceasta este propusa pacientilor care nu doresc sa se supuna unei cistectomii radicale* sau care nu sunt apti medical pentru acest tip de interventie. Acest tratament poate fi: TURBT agresiva*, TURBT combinata cu radioterapie* sau chimioterapie* sau TURBT combinata cu radioterapie si chimioterapie. Varianta din urma se numeste tratament combinat din trei modalitati si este abordarea preferata.

Terapia de conservare a vezicii urinare poate fi, de asemenea, luata in considerare la pacientii selectati cu un stadiu incipient de cancer al vezicii urinare, cu conditia sa indeplineasca o serie de alte criterii medicale stricte.

Terapia de conservare a vezicii urinare necesita o urmarire* stricta pe toata durata vietii, cu cistoscopii* si citologii urinare* pentru a se evalua raspunsul la tratament si a se detecta recidiva bolii. In cazul in care se observa ca boala este persistenta sau recidiveaza, se recomanda o cistectomie imediata, daca este posibil.

Planul de tratament pentru pacientii cu cancer in stadiu avansat si metastatic (stadiul IV)

In acest stadiu, tumoarea a crescut prin peretele vezicii urinare in pelvis, abdomen sau dincolo de abdomen, la organe aflate la distanta. Deoarece este dificila sau nu este indicata medical eliminarea totala a tumorii prin interventie chirurgicala, obiectivul principal al tratamentului este tintirea celulelor tumorale folosind chimioterapie administrata intravenos si care, prin urmare, actioneaza sistemic.

Chimioterapia*

Combinatia standard de medicamente consta in cisplatina* cu gemcitabina* (abreviata GC) sau metotrexat*, vinblastina*, doxorubicina* si cisplatina (abreviata MVAC). Regimul MVAC produce efecte secundare mai toxice* decat GC. Pacientii cu boala avansata limitat (cu afectarea ganglionilor limfatici*, dar fara metastaze* viscerale* in organe*) si cei care sunt apti medical pot primi doze mari de MVAC in combinatie cu factor de stimulare a coloniilor granulocitare * (G-CSF), un factor de crestere care poate mari toleranta la chimioterapie.



Aproximativ jumatate din pacienti nu sunt apti medical sa tolereze cisplatina, din cauza starii generale proaste, a functionarii deficitare a rinichilor sau a prezentei altor boli. Acesti pacienti sunt tratati cu carboplatin* si gemcitabina* (abreviata CarboGem), cu metotrexat*, carboplatina si vinblastina (abreviata M-CAVI) sau doar cu taxani* sau gemcitabina. CarboGem este tratamentul de referinta in acest caz. M-CAVI produce efecte ceva mai toxice decât CarboGem.

Medicul evalueaza tolerabilitatea dupa fiecare ciclu de chimioterapie, iar evaluarea raspunsului la tratament se efectueaza dupa 2 sau 3 cicluri de chimioterapie, prin aceleasi metode radiologice utilizate pentru a detecta leziunile tumorale.

Operatia si radioterapia* dupa chimioterapie sistematica*

Pentru pacientii selectati cu boala avansata local, se pot lua in considerare chimioterapia sistematica urmata de cistectomie si limfadenectomie* sau radioterapia.

Radioterapia*

Radioterapia poate fi utila pentru a atenua durerea sau sangerarile.

Tratamentul recidivelor

Pana in prezent, vinflunina asociata cu cele mai bune ingrijiri de suport disponibile se recomanda atunci cand boala reapare dupa tratamentul cu chimioterapie bazata pe platina pentru boala metastatica. Vinflunina pe post de chimioterapie de linia a doua este propusa atunci cand progresia apare la mai putin de 12 luni de la tratamentul de prima linie. In acest caz, ar putea fi propusa si chimioterapia bazata pe taxani sau participarea la un studiu clinic. Daca progresia apare la mai mult de 12 luni dupa tratamentul de prima linie, se poate lua in considerare readministrarea chimioterapiei bazate pe platina.

Tratamentul complicatiilor cauzate de boala

Blocarea fluxului urinar

Cancerul vezicii urinare poate bloca fluxul de urina si poate duce la acumularea de urina in rinichi. Acest lucru poate provoca dureri si tulburari ale functiei renale. Daca cistectomia* nu este posibila din cauza bolii avansate sau pentru ca pacientul nu este apt medical sa fie supus acestei proceduri, poate fi necesara devierea fluxului de urina de la vezica spre exterior. Acest lucru poate fi realizat prin conectarea chirurgicala a rinichilor sau a ureterelor* la pielea abdomenului si se numeste nefrostomie sau ureterostomie. Urina este colectata intr-o punga de plastic atasata de piele.

CARE SUNT EFECTELE SECUNDARE POSIBILE ALE TRATAMENTELOR?

Interventia chirurgicala

Riscuri si efecte secundare generale

Unele riscuri sunt comune pentru orice interventie chirurgicala efectuata sub anestezie generala*. Aceste complicatii sunt neobisnuite si includ formarea de cheaguri de sange in vene, probleme cardiace sau respiratorii, sangerare, infectie sau reactii la anestezie*. Acestea sunt cel mai bine prevenite printr-o evaluare medicala amanuntita inaintea interventiei chirurgicale.

Veziica este situata in pelvis, impreuna cu ganglionii limfatici* locali, parti ale intestinului, vase de sange majore si, la femei, organele de reproducere*. In functie de tipul de rezectii chirurgicale necesare pentru a obtine cele mai bune rezultate, unele dintre aceste structuri se pot deteriora. Stadializarea* exacta si imagistica* preoperatorie vor ajuta la minimizarea acestui risc.

Atunci cand sunt indepartati ganglionii limfatici* din pelvis si abdomen, se poate deteriora sau bloca sistemul limfatic*, fapt ce poate duce la limfedem*, o stare in care limfa* se acumuleaza in picioare si le face sa se umfle. Aceasta se poate intampla imediat dupa operatie, dar si mai tarziu.

Pierderea functiei vezicii urinare dupa cistectomie

Consecinta cistectomiei este pierderea functiei vezicii urinare. Exista mai multe optiuni chirurgicale pentru a devia si a colecta urina, in interiorul sau in exteriorul corpului. Cea mai buna alegere trebuie evaluata cu atentie si va depinde de stadiul tumorii, de tratamentul chirurgical administrat, de starea generala a pacientului si de preferintele acestuia. Diferitele posibilitati sunt discutate pe scurt mai jos. Se recomanda sa se solicite mai multe informatii medicului.

Veziica ortotopica. Se construiește o noua vezica (numita neoveziica): tesutul intestinului este folosit pentru a forma o pungă, care este plasata intre uretere* si uretra*. Ortotopic inseamna ca noua vezica este in acelasi loc in care a fost vezica initiala. Aceasta pungă va stoca urina, care va trece prin uretra.

Derivatia abdominala. Chirurgul conecteaza ureterele* la o deschidere artificiala din peretele abdominal, numita stoma*. Se poate face o legatura directa sau chirurgul poate folosi tesut din intestinul subtire pentru a ghida urina catre stoma. Urina este colectata intr-o pungă mica de plastic atasata de piele. Chirurgul poate forma, de asemenea, o pungă pe partea interioara a abdomenului si o stoma care nu permite trecerea spontana a urinei la exterior: in acest caz, pungă poate fi golita din exterior cu ajutorul unui cateter*. Aceasta se numeste derivatie urinara continentă*.

Derivatia rectosigmoidala. Chirurgul conecteaza ureterele* la ultima parte a intestinului gros, numita rectosigmoid. Rectosigmoidul retine in mod normal materiile fecale si va avea acum aceeasi functie si pentru urina. Chirurgul poate plasa un segment de intestin intre uretere si rectosigmoid.

Natura si frecventa efectelor secundare* ale acestor proceduri de derivatie* va depinde de tipul de procedura. Cele mai frecvente probleme sunt ingustarea ureterului la stoma* si infectia la nivelul rinichilor.

Disfunctiile sexuale si/sau pierderea capacitatii reproductive*

Cistectomia radicala* la barbati include rezectia uretrei*, a veziculelor seminale* si a prostatei*. La femei, include rezectia uterului* si a unei parti din vagin*. Pierderea acestor organe de reproducere* poate duce la disfunctii sexuale*, pierderea capacitatii de a concepe copii, iar la femei va duce la pierderea capacitatii de a purta o sarcina. Medicul le va recomanda acestor pacienti asistenta de specialitate.

Radioterapia*

Efectele secundare ale radioterapiei* pot aparea in organele vizate in mod direct, dar si in organe sanatoase care se afla in apropierea vezicii urinare si care nu pot fi evitate de razele X*. Pentru cancerul vezicii urinare, tehnicile moderne de radiatii sunt foarte sigure si mai putin de 5% din pacienti intampina complicatii majore.

Efectele asupra sistemului urinar includ durerile in timpul urinarii, nevoia urgenta de a urina, prezenta sangelui in urina, blocarea fluxului urinar si ulceratiile mucoasei interioare a vezicii urinare.

Efectele radiatiilor asupra intestinelor inferioare includ disconfortul, diareea, eliminarea de mucus si de sange si, rareori, perforarea intestinelor.

La femei, ingustarea vaginului este un posibil efect intarziat al radioterapiei in regiunea pelvisului. Medicul oncolog va oferi consiliere cu privire la strategiile de prevenire si usurare a acestor reactii.

Terapia de instilare intravezicala*

Principalul efect secundar * al instilarilor intravezicale* cu Bacillus Calmette Guérin (BCG) este inflamarea vezicii urinare, numita cistita*. Cel mai grav efect advers este o infectie generalizata, care poate aparea atunci cand bacilii sunt diseminati prin peretele vezicii urinare in sange. Prin urmare, aceasta terapie nu este indicata la pacientii cu un sistem imunitar* deficitar. In general, efectele secundare ale terapiei BCG intravezicale pot fi gestionate.

Instilarea intravezicala cu chimioterapie, cum ar fi mitomicina C*, poate avea mai multe efecte secundare, cum ar fi cistita*, alergiile si reactiile cutanate.

Chimioterapia*

Efectele secundare ale chimioterapiei* sunt frecvente, dar in zilele noastre pot fi controlate folosind masuri de sustinere adecvate. Efectele secundare vor depinde de medicamentele administrate, de doza si de factorii individuali. Daca un pacient a suferit de alte probleme medicale in trecut, trebuie luate anumite masuri de precautie si/sau trebuie sa se faca modificari ale tratamentului. Efectele secundare sunt mai severe atunci cand chimioterapia este administrata sistemic (de obicei intravenos), decât atunci cand este administrata local, direct in vezica urinara (a se vedea: terapiile medicamentoase intravezicale*).

Mai jos sunt enumerate reactiile adverse cunoscute in cazul unuia sau al mai multora dintre medicamentele chimioterapeutice utilizate in prezent pentru cancerul vezicii urinare. Natura, frecventa si severitatea efectelor secundare variaza pentru fiecare combinatie folosita.

Cele mai frecvente reactii adverse sunt:

- Caderea sau rarirea parului.

- Scaderea numarului de celule din sange, care poate duce la anemie*, sangerare si echimoze sau infectii.
- Oboseala.
- Senzatie sau stare de rau.

Alte reactii adverse care pot aparea in mod frecvent in cazul unuia sau al mai multora dintre medicamentele chimioterapeutice utilizate pentru tratarea cancerului vezicii urinare includ:

- Afte sau ulceratii bucale.
- Modificari ale gustului.
- Diaree.
- Uscaciune sau lacrimarea ochilor.
- Sensibilitate la lumina soarelui.
- Deteriorarea rinichilor.
- Pierderea auzului.
- Afectarea fatului din uter, in cazul gravidelor tratate cu chimioterapie.
- Pierderea fertilitatii.
- Intreruperea menstrelor la femei (amenoree), care poate fi temporara.

Efecte secundare ocazionale:

- Modificari ale functiei hepatice.
- Deteriorarea muschiului cardiac.
- Amorteala sau furnicaturi in degetele de la maini si de la picioare (neuropatie periferica).
- Constipatie.
- Vedere incetosata.
- Eruptie pe piele sau inrosirea pielii.
- Tuse sau dificultati de respiratie.
- Modificari hepatice.
- Modificari ale culorii pielii si/sau unghiilor.
- Reactii alergice.
- Inflamatie in locul injectarii.
- Febra si frisoane.

Efecte secundare rare:

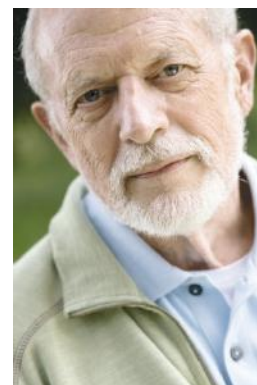
- Depresie.
- Inflamatii oculare.
- Dureri de cap.
- Puls accelerat.
- Ameteala.
- Hipertensiune arteriala.

In cele din urma, trebuie retinut faptul ca unele medicamente chimioterapeutice ajung in laptele matern si pot fi daunatoare pentru copil.

CE SE INTAMPLA DUPA TRATAMENT?

Nu este neobisnuit pentru bolnavii de cancer sa experimenteze simptome legate de tratament dupa ce acesta a fost finalizat.

- Pacientii pot suferi de anxietate, probleme cu somnul sau depresie si ar putea avea nevoie de sprijin psihologic.
- In timpul tratamentului si dupa acesta, aportul nutritional poate deveni o problema din cauza apetitului redus, a senzatiei de greata si a starii generale de rau.
- Dificultatile de concentrare si memorare sunt efecte secundare* relativ frecvente ale chimioterapiei sistemice, adica aceea care se administreaza intravenos sau oral.



Urmarirea* medicala

Dupa finalizarea tratamentului, medicul va propune un program de urmarire cu scopul de:

- A detecta si a preveni efectele adverse ale tratamentului.
- A detecta posibila recurenta* cat mai curand posibil si a recomanda tratamentul adecvat.
- A furniza informatii medicale, suport psihologic si a recomanda asistenta de specialitate pentru a optimiza revenirea la viata normala de zi cu zi.

Protocolul de urmarire va include vizite regulate si investigatii. Protocolul depinde de gradul* si stadializarea* tumorii vezicii urinare care a fost tratata si de tipul de tratament administrat. In general, vizitele de urmarire pot include o combinatie a urmatoarelor investigatii:

- Istoricul starii generale de sanatate si simptomele legate de cancerul vezicii urinare de la ultima vizita.
- Cistoscopia*, pentru a detecta recurenta* si a efectua o biopsie* a noilor leziuni.
- Imagistica sistemului urinar superior.
- Citologia urinara*: examinarea in laborator a urinei pentru a se detecta prezenta celulelor tumorale care se desprind dintr-o tumoare de vezica potential recurenta.
- Investigatii de laborator: analize de chimia sangelui si analize ale functiei renale.
- Investigatii radiologice repetate*, in cazul in care examenele initiale au aratat rezultate anormale.

Nu exista protocoale de urmarire general acceptate. Se recomanda urmatoarele posibile scheme:

In cancerul vezical care nu a invadat tesutul muscular, se efectueaza o cistoscopie si o citologie urinara la fiecare 3-6 luni in primii doi ani (in functie de riscul specific) si ulterior la fiecare 6-12 luni.

Dupa tratamentul definitiv al cancerului vezical care a invadat muschiul cu cistectomie radicala, se efectueaza o citologie urinara si analize de evaluare a functiei ficatului si a rinichilor la fiecare 3-6 luni in primii 2 ani si ulterior conform indicatiilor medicilor. Se recomanda si efectuarea de investigatii radiologice ale toracelui, tractului urinar superior, abdomenului si pelvisului la fiecare 3-6 luni in primii 2 ani, in functie de riscul de recurenta, si ulterior conform indicatiilor medicilor.

În cazul pacienților cu cancer vezical care a invadat mușchiul și la care s-a adoptat o strategie de păstrare a vezicii urinare, răspunsul la tratament trebuie evaluat după chimioterapia de inducție. După finalizarea acesteia, se urmează același regim de control ca în cazul pacienților cu cistectomie radicală; cu toate acestea, sunt necesare o cistoscopie și o citologie urinară, plus biopsii aleatorii la fiecare 3-6 luni, timp de 2 ani. În perioada de urmărire, trebuie efectuată monitorizarea toxicităților pe termen lung și a potențialelor recurențe ale tumorilor secundare.

Revenirea la o viață normală

Revenirea la o viață normală poate fi dificilă știind că boala poate reveni. În cazul în care oricare dintre factorii de risc cunoscuți* pentru cancerul vezicii urinare sunt prezenți, se recomandă eliminarea acestora.

Vizitele de urmărire* cu medicul oferă o oportunitate ca pacientul să obțină informații medicale, suport psihologic și recomandări pentru asistența de specialitate. Consilierea psihologică de specialitate suplimentară poate fi importantă, iar unii pacienți pot găsi sprijin în grupurile de pacienți sau materialele informative destinate pacienților. Dieteticienii pot oferi consiliere cu privire la nutriția adecvată, iar asistenții sociali pot ajuta la găsirea de resurse pentru a asigura reabilitarea pacientului.

Ce se întâmplă dacă boala revine?

Dacă boala revine, acest lucru se numește recurență*. Extinderea bolii va determina decizia asupra tratamentului, iar acest lucru trebuie să fie stabilit cu atenție pentru fiecare pacient în parte.

La pacienții la care se conservă vezica urinară*, în 20% din cazuri se poate detecta o tumoare reziduală în timpul restabilizării. Încă 20-30% din pacienții cu răspunsuri complete inițiale vor dezvolta boala din nou sau vor avea o recidivă în vezica urinară conservată. Până la 70% dintre pacienți nu vor mai prezenta tumori după primul control cistoscopic*. Un sfert dintre ei dezvoltă o nouă leziune ulterioară, care va necesita tratament suplimentar (cistectomie, atunci când este posibil).

Pentru pacienții cu cancer metastatic* care se confruntă cu progresia bolii* după terminarea unui regim de primă linie care conține platina, se recomandă chimioterapia de linia a-II-a cu vinflunina*.

DEFINITIILE CUVINTELOR DIFICILE

Abordare multidisciplinara

Abordare de planificare a tratamentului in care un numar de medici experti in diferite discipline (specialitati medicale) revizuiesc si discuta boala si optiunile de tratament pentru un pacient. In tratarea cancerului, o abordare multidisciplinara poate include un oncolog medical (care trateaza cancerul cu medicamente), un chirurg oncolog (care opereaza cancerul in cauza) si un oncolog radiolog (care trateaza bolnavul cu radiatii). Se mai numeste si consiliu pentru tumori (board tumoral).

Adenocarcinom

Cancer care incepe in celulele care captureaza anumite organe interne si care au proprietati asemanatoare glandelor (secretoare).

Adjuvant (tratament)

Tratamentul adjuvant in cancer ajuta o alta terapie sa isi atinga scopul si face tratamentul mai eficient. Spre exemplu, radioterapia si/sau chimioterapia* ajuta o operatie sa isi atinga scopul de a elimina o tumoare canceroasa. Intr-un context diferit de cel oncologic, tratamentul adjuvant poate fi un agent adaugat in vaccinuri pentru a stimula raspunsul sistemului imunitar la un anumit agent.

Anestezie/anestezic (de ex., gel ~)

Stare reversibila de pierdere a constientei in care pacientul nu simte durere, nu are reflexe normale si raspunde mai putin la stres, indusa artificial prin folosirea anumitor substante cunoscute drept anestezice. Poate fi completa sau partiala si permite pacientului sa treaca prin operatie.

Anestezie generala

Pierderea temporara a sensibilitatii si pierderea completa a starii de constienta, care este resimtita ca un somn foarte adanc. Este cauzata de medicamente speciale sau alte substante numite anestezice. Anestezia generala ajuta pacientii sa nu mai simta durerea in timpul operatiilor sau al altor proceduri.

BCG (Bacillus Calmette Guérin)

O forma mai putin agresiva a bacteriei Mycobacterium bovis (bacillus Calmette-Guérin) care nu cauzeaza boala. Bacillus Calmette-Guérin este folosit intr-o solutie pentru a stimula sistemul imunitar in tratamentul cancerului de vezica si ca vaccin pentru a preveni tuberculoza*.

Benign

Pentru o tumoare, benign inseamna necanceros. Tumorile *benigne* pot creste in dimensiuni, insa nu se raspandesc in alte parti ale corpului. Se numesc si non-maligne.

Biopsie

Inlaturarea de celule sau tesuturi pentru examinarea lor de catre un anatomopatolog*. Medicul poate studia tesutul la microscop sau poate face alte teste. Exista mai multe tipuri de proceduri pentru biopsie. Cele mai comune includ: (1) biopsia incizionala, in care numai o mostra de tesut este inlaturata; (2) biopsia excizionala, in care intreaga zona cu probleme este inlaturata; (3) biopsie cu acul, in care o mostra de tesut sau lichid este inlaturata cu un ac. Cand se foloseste un ac gros, procedura se numeste punctie tisulara cu ac (core needle biopsy). Cand se foloseste un ac subtire, procedura se numeste aspiratie cu ac fin (fine needle aspiration biopsy).

Carboplatin

Medicament folosit pentru tratarea cancerului ovarian avansat care nu a mai fost tratat sau a simptomelor cancerului ovarian care au revenit dupa tratamentul cu alte medicamente anticancer. Este, de asemenea, folosit impreuna cu alte medicamente pentru a trata cancerul de plamani fara celule mici avansat, metastatic* sau recurent* si este studiat si pentru tratarea altor tipuri de cancer. Carboplatinul* este o forma a medicamentului anticancer cisplatin* si are mai putine efecte secundare. Se ataseaza de ADN-ul celulelor si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de compus al platinei. Se mai numeste Paraplatin.

Carcinom cu celule de tranzitie

Cancer care se formeaza in celulele de tranzitie din captuseala vezicii, a ureterelor* sau a pelvisului renal (partea din rinichi care colecteaza, retine si dreneaza urina). Celulele de tranzitie isi pot schimba forma si se pot intinde fara sa se distruga.

Carcinom cu celule scuamoase

Cancer care incepe in celulele scuamoase, niste celule subtiri si plate care arata precum solzii de peste. Celulele scuamoase se gasesc in tesuturile care formeaza suprafata pielii, stratul ce captuseste organele cavitare ale corpului, tractul respirator si cel digestiv. Se mai numeste si carcinom epidermoid.

Cateter

Tub care poate fi introdus in corp. Are mai multe utilitati, inclusiv drenarea si administrarea de fluide sau gaze.

Chimioterapie/Chimioterapeutic

Tip de tratament pentru cancer care foloseste medicamente pentru a distruge celulele canceroase si/sau a limita cresterea lor. Aceste medicamente sunt, de obicei, administrate pacientilor prin perfuzie lenta in vena, dar pot fi administrate si oral, prin perfuzie directa in membru sau in ficat, in functie de localizarea cancerului.

Cisplatin

Medicament folosit pentru tratarea mai multor tipuri de cancer. Contine un metal numit platina. Ucide celulele canceroase, alterandu-le ADN-ul si oprindu-le inmultirea. Cisplatin este un tip de agent alchilant. Se mai numeste Platinol.

Cistita

Inflamarea vezicii urinare.

Cistoscopie

Examinarea vezicii si a uretrei* prin folosirea unui cistoscop introdus in uretra. Un cistoscop este un tub subtire, cu o lumina si o lentila pentru vizualizare. Poate avea si un instrument pentru prelevarea de tesut care este ulterior verificat la microscop pentru a se cauta semne de boala.

Citologie urinara

Teste facute pe celule din urina, pentru depistarea unor boli.

Contraindicatie

Boala sau simptom care impiedica administrarea unui anumit tratament sau efectuarea unei proceduri pentru un pacient. Contraindicatiile sunt fie absolute, ceea ce inseamna ca tratamentul nu trebuie dat niciodata pacientilor cu boala sau simptomul respectiv, fie relative, ceea ce inseamna ca riscurile pot fi depasite de beneficii la unii pacienti cu acea boala sau acel simptom.

Diabet

Oricare dintr-o serie de afectiuni in care rinichii produc o cantitate mare de urina. Diabetul se refera, de regula, la diabet mellitus, in care exista si un nivel ridicat de glucoza (un tip de zahar) in sange, pentru ca organismul nu produce destula insulina sau nu o foloseste asa cum ar trebui.

Disfunctie sexuala

Incapacitatea de a se bucura de actul sexual. Include o varietate de probleme care afecteaza actul sexual in orice stadiu: dorinta, excitare, orgasm si finalizare.

Diversiune urinara

Procedura chirurgicala pentru a crea o noua modalitate ca urina sa iasa din corp. Poate implica redirectionarea urinei in colon, folosirea de catetere* sau crearea unui orificiu in abdomen si colectarea urinei intr-o pungă din afara corpului.

Doxorubicina

Medicament folosit pentru tratarea mai multor tipuri de cancer si aflat in studiu pentru tratarea altora. Doxorubicina provine din bacteria *Streptomyces peucetius*. Afecteaza ADN-ul si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de antibiotic antitumoral antracilin. Se mai numeste Adriamicina PFS, Adriamicina RDF, doxorubicin hidrocilorid, hidroxidaunorubicina si Rubex.

Efect secundar

Problema care apare atunci cand tratamentul afecteaza tesuturile sau organele sanatoase. Printre efectele secundare comune ale tratamentului pentru cancer se numara oboseala, durerea, greata, voma, scaderea numarului de celule din sange, pierderea parului si aftele bucale.

Epirubicina

Medicament folosit impreuna cu altele pentru a trata cancerul la san in stadiu incipient, care s-a raspandit la ganglionii limfatici*. Este, de asemenea, studiat in tratamentul altor tipuri de cancer. Epirubicina este un tip de antibiotic antracilin. Se mai numeste Ellence sau epirubicina hidrocilorid.

Epiteliu

Termenul se refera la celulele care captusec organele cavitare si glandele si la acelea care formeaza suprafata exterioara a corpului. Celulele epiteliale ajuta la protejarea organelor. Majoritatea produc mucus sau alte secretii.

Epiteliu* de tranzitie

Tip de tesut care consta in mai multe straturi de celule. Aceste celule poate sa se contracteze si sa se extinda, astfel incat forma celulelor de la suprafata sa se schimbe in functie de gradul de intindere a tesutului.

Examinare clinica

Examinarea corpului pentru a cauta semne de boala.

Factor de risc

Ceva care creste riscul de a face o boala. Exemple de factori de risc in cazul cancerului sunt varsta, alti membri in familie cu anumite tipuri de cancer, fumatul, expunerea la *radiatii* si la anumite substante chimice, infectiile cu anumite virusuri sau bacterii, anumite schimbari genetice.

Factor de stimulare a coloniilor granulocitare (G-CSF - Granulocyte-Colony Stimulating Factor)

Factor de stimulare a coloniilor care stimuleaza productia de neutrofile (un tip de celule albe din sange). Este o citokina care reprezinta un tip de agent hematopoietic (formator de sange). Se mai numeste filgrastim si G-CSF.

Follow-up (Urmarire)

Monitorizarea sanatatii unei persoane de-a lungul timpului. Aceasta inseamna urmarirea starii persoanelor care au participat la un studiu clinic pentru o anumita perioada de timp, atat in timpul studiului, cat si dupa finalizarea lui.

Ganglion/nodul limfatic

O masa rotunda de tesut limfatic, inconjurata de o capsula de tesut conjunctiv. Nodulii limfatici filtreaza limfa si stocheaza limfocite. Sunt localizati de-a lungul vaselor limfatice si se mai numesc glande limfatice.

Gemcitabina

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit pentru a trata cancerul pancreatic avansat sau care s-a raspandit. Este folosit si pentru tratarea cancerului de san care s-a raspandit, in cancerul ovarian avansat si in cancerul de plamini diferit de cel cu celule mici care a avansat sau s-a raspandit. Este, de asemenea, studiat si in tratarea altor tipuri de cancer. Medicamentul impiedica producerea de ADN* de catre celule si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de antimetabolit.

Gena defecta care poate fi mostenita

Gena mutanta sau anormala care este transmisa de la parinti la copii.

Grad

Descriere a tumorii bazata pe cat de anormal arata celulele canceroase la microscop si pe viteza cu care poate sa creasca si sa se extinda tumoarea. Gradele tumorii sunt diferite pentru fiecare tip de cancer.

Hiperplazie benigna de prostata

O boala benigna (necanceroasa) in care cresterea tesutului prostatei apasa pe uretra* si pe vezica, blocand fluxul de urina. Se mai numeste si hipertrofie benigna de prostata sau BPH.

Histopatologie (examinare histopatologica, tip histologic)

Studiul celulelor si tesuturilor bolnave prin folosirea microscopului.

Imunoterapie

Tratament pentru a mari sau a reda capacitatea sistemului imunitar de a lupta cu cancerul, infectiile si alte boli. Este folosit si pentru a diminua anumite efecte adverse* care pot fi cauzate de unele tratamente pentru cancer. Agentii folositi in imunoterapie includ anticorpi monoclonali, factori de crestere si vaccinuri. Acesti agenti pot, de asemenea, avea efect antitumoral direct. Se mai numeste terapie de modificare a raspunsului biologic, terapie biologica, bioterapie si terapie BRM.

Instilare intravezicala

Injectarea unui lichid in vezica, incet sau picatura cu picatura.

Intravezical (pentru tratamente)

O terapie intravezicala este administrata direct in vezica.

Invazie macroscopica

Extensie a cancerului la tesuturile adiacente, vizibila cu ochiul liber.

Invazie microscopica

Extinderea celulelor canceroase la tesuturile adiacente, evidenta numai sub microscop.

Investigatie/examinare radiologica

Test care foloseste tehnologia imagistica (cum ar fi radioterapia, ecografia*, tomografia computerizata* si medicina nucleara) pentru a vizualiza organe, structuri si tesuturi din corp, in scopul de a diagnostica si a trata bolile.

Iradiatie ionizanta

Tip de radiatie facuta (sau emisa) de proceduri cu raze X, substante radioactive, radiatii care intra in atmosfera pamantului din spatiu si din alte surse. In doze mari, radiatiile ionizante cresc activitatea chimica din interiorul celulelor si sunt riscante pentru sanatate, putand cauza inclusiv cancer.

Lamina propria

Lamina propria este stratul subtire de tesut conjunctiv liber situat sub epiteliu* si care, impreuna cu epiteliul, formeaza mucoasa*. Termenul de mucoasa (sau membrana mucoasa) se refera intotdeauna la combinatia dintre epiteliu si lamina propria.

Limfedem

Boala in care lichidul limfatic in exces se acumuleaza in tesuturi si cauzeaza umflarea lor. Poate aparea intr-un brat sau picior daca vasele limfatice sunt blocate, deteriorate sau inlaturate prin operatie.

Metastaza

Raspandirea cancerului dintr-o zona a corpului in alta. O tumoare formata din celule canceroase care s-au raspandit se numeste tumoare metastatica sau metastaza. Tumoarea metastatica include celule identice cu acelea din tumoarea originala.

Metotrexat

Medicament folosit pentru tratarea anumitor tipuri de cancer, a artritei reumatoide si a unor boli de piele severe, cum ar fi psoriazisul. Metotrexatul opreste producerea de ADN de catre celule si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de antimetabolit. Se mai numeste amethopterin, MTX si Reumatrex.

Micrometastaza

Numar mic de celule canceroase care s-au raspandit de la tumoarea primara in alte parti ale corpului si sunt prea putine pentru a fi vazute prin metode de screening sau la un test de diagnostic.

Mitomicina C

Medicament anticancer care apartine familiei antibioticelor antitumorale.

Mucoasa

Partea interioara umeda a unor organe si cavitati ale corpului. Glandele din mucoasa produc mucus. Se mai numeste si membrana mucoasa.

Organe reproducatoare

Organe implicate in reproducere. La femei, acest sistem include ovarele, trompele uterine, uterul, cervixul si vaginul. La barbati, include prostata*, testiculele si penisul.

Patolog

Medic specializat in histopatologie*: studiul celulelor si tesurilor bolnave prin folosirea unui microscop.

Pelvis renal

Zona din centrul rinichiului. Urina se colecteaza aici si este canalizata in ureter*, tubul care uneste rinichiul cu vezica.

Prognostic

Modalitatea probabila in care va evolua o boala; probabilitatea de recuperare sau de revenire* a afectiunii.

Progresie

In medicina, defineste cursul unei boli, cum e cancerul, pe masura ce se agraveaza sau se raspandeste in corp.

Prostata

O glanda din sistemul reproducator masculin*. Prostata incercuieste partea din uretra* (tubul care goleste vezica) aflata chiar sub vezica si produce un fluid care formeaza o parte din sperma.

Raze X

Razele X sunt o forma de radiatie folosita pentru a obtine imagini din interiorul obiectelor. In medicina, razele X sunt folosite in mod frecvent pentru a obtine imagini ale interiorului corpului.

Radioterapie

Terapie in care radiatia este folosita pentru tratarea cancerului, intotdeauna orientata spre locatia specifica a bolii.

Recurenta

Cancer sau boala (de obicei auto-imuna) care a revenit, de regula dupa o perioada in care nu a mai fost prezenta sau nu a mai putut fi detectata. Acest lucru se poate intampla in acelasi loc unde boala a aparut initial (primar) sau in alta parte a corpului. Se mai numeste boala recurenta sau cancer recurent.

Rezectie transuretrala a tumorii vezicale (TURBT – Transurethral resection of bladder tumour)

Operatie realizata cu un instrument special numit cistoscop*, introdus in uretra*. Este folosita in diagnosticarea cancerului de vezica si pentru inlaturarea excrescentelor anormale din interiorul vezicii, atunci cand acestea sunt superficiale (non-invazive). Tesutul inlaturat prin aceasta procedura va fi trimis la un laborator pentru testare.

RMN (Rezonanta Magnetica Nucleara)

Tehnica imagistica folosita in medicina. Foloseste rezonanta magnetica. Uneori, este injectat un lichid care mareste contrastul dintre diferite tesuturi, pentru a face structurile mai vizibile.

Scanare Computer Tomograf (scanare CT)

Forma de radiografie in care organele corpului sunt scanate cu raze X*, iar rezultatele sunt sintetizate de un computer pentru a genera imagini cu diferite parti din corp.

Scintigrafie (osoasa)

Procedura care furnizeaza imagini (scanari) ale structurilor din interiorul corpului, inclusiv ale zonelor unde exista celule canceroase. Se foloseste pentru diagnosticarea cancerului, stabilirea stadiului acestuia si monitorizarea lui. O cantitate mica dintr-o substanta chimica radioactiva (radionuclid) este injectata intr-o vena sau inghitita. Diferiti radionuclizi calatoresc prin sange la diferite organe. Un aparat cu o camera speciala se deplaseaza pe deasupra pacientului intins pe o masa si detecteaza tipul de radiatii emis de radionuclizi. Un computer formeaza o imagine a zonelor unde se acumuleaza radionuclidul. Aceste zone pot contine celule canceroase. Se mai numeste scanare cu radionuclizi.

Stoma

Orificiu creat chirurgical dintr-o zona din interiorul corpului in afara.

Taxan

Tip de medicament care blocheaza cresterea celulelor prin oprirea mitozei (diviziunii). Taxanii interfereaza cu microtubulii (structuri celulare care ajuta cromozomii sa se miste in timpul mitozei). Sunt folosite pentru tratarea cancerului. Un taxan este un timp de inhibitor mitotic si un tip de agent antimicrotubul.

Terapie/operatie cu conservarea organelor

Operatie in care se incearca pastrarea unui organ pentru a-i pastra functionalitatea si structura. Se ofera pacientilor care nu doresc sau nu pot suporta o interventie chirurgicala radicala, in care organul ar putea fi inlaturat complet.

Tuberculoza

Boala cauzata de un anumit tip de bacterie, care se raspandeste de la o persoana la alta prin aer. Tuberculoza poate afecta mai multe parti ale corpului, dar cel mai frecvent afecteaza plamanii. O persoana poate sa nu aiba simptome ale bolii ani la rand, insa acestea pot sa apara cand pacientul dobandeste o afectiune grava, cum ar fi diabet, HIV sau cancer. De regula, tuberculoza poate fi tratata si vindecata cu antibiotice. Se mai numeste si TBC.

Tubuli renali

Canale mici din tesuturile rinichilor, care contin un lichid filtrat ce va deveni in final urina. Fac parte din nefroni, unitatea functionala de baza a rinichilor.

Uretere

Tuburile care duc urina din rinichi la vezica.

Ureteroscopie

Examinarea interiorului rinichilor si ureterelor*, folosind un ureteroscop. Acesta este un tub subtire dotat cu o lumina si o lentila pentru vizualizare. Poate avea, de asemenea, un dispozitiv pentru prelevarea de tesut, care va fi examinat sub microscop pentru a identifica semnele bolii. Ureteroscopul trece prin uretra* in vezica, ureter si pelvisul renal (partea din rinichi care colecteaza, retine si dreneaza urina).

Uretra

Tubul care leaga vezica de exteriorul corpului. La barbati, uretra* transporta urina, dar si sperma.

Uroteliu

Captuseala tractului urinar, care include pelvisul renal*, zona din centrul rinichilor, ureterele*, vezica si uretra*.

Veziicule seminale

Pereche de glande de circa 5 cm lungime, situate intr-o structura ampulara de deasupra prostatei*. Fiecare dintre ele are un duct care se conecteaza cu prostata. Produc o mare parte din fluidul continut de sperma.

Vinblastin

Ingredientul activ dintr-un medicament folosit impreuna cu altele pentru a trata mai multe tipuri de cancer, inclusiv limfomul Hodgkin avansat si cancerul testicular avansat cu celule germinale. Este, de asemenea, studiat pentru tratamentul altor tipuri de cancer. Vinblastinul provine din planta Vinca rosea Linn. Blocheaza cresterea celulelor prin oprirea divizarii lor si poate ucide celulele canceroase. Este un tip de alcaloid vinca si un tip de agent antimitotic.

Vinflunina

Medicament anticancer pentru tratamentul de a doua linie al cancerului vezical. Apartine grupului de medicamente anticancer cunoscute drept alcaloizi vinca. Se ataseaza de o proteina din celule numita „tubulina”, care este importanta pentru formarea „scheletului” intern de care au nevoie celulele atunci cand se divid. Prin atasarea de tubulina in celulele canceroase, vinflunina opreste formarea scheletului, prevenind astfel divizarea si raspandirea celulelor canceroase.

Visceral

Care are legatura cu viscerale, organele interne moi ale corpului, inclusiv plamanii, inima si organele sistemelor digestiv, excretor, reproducator* si circulator.

Ghidurile ESMO si ale Anticancer Fund (Fondului Anticancer) sunt destinate sa ajute pacientii, rudele si apropiatii lor sa inteleaga natura diferitelor tipuri de cancer si sa evalueze cele mai bune variante de tratament. Informatia medicala din aceste ghiduri pentru pacienti se bazeaza pe Ghidurile de Practica Clinica ale ESMO, care sunt menite sa ghideze medicii în diagnosticarea, urmarirea si tratamentul diferitelor tipuri de cancer. Aceste ghiduri sunt produse de Anticancer Fund (Fondul Anticancer) in colaborare cu Grupul de Lucru pentru Ghiduri al ESMO si Grupul de Lucru pentru Pacienti al ESMO.

Pentru mai multe informatii, accesati www.esmo.org,
www.anticancerfund.org

