

APROBAT
prin Ordinul IMSP IO
nr. 221 din 05 decembrie 2024

Protocol clinic instituțional PCI-173
Cancerul vezicii urinare

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național 173
aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 735 din 18.07.2012
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul vezicii urinare”

Abrevierile folosite în document

CVU	Cancerul vezicii urinare
CEP	Cistectomie parțială a vezicii urinare
VU	Vezica urinară
AGU	Analiza generală de urină
PChT	Polichimioterapie
RT	Radioterapie
Rc	Recidivă
Mt	Metastază
RTU_v	Rezecția transuretrală a vezicii urinare
CER	Cistectomie radicală
UIV	Urografie intravenoasă
FCS	Fibrocolonoscopie
USG	Ultrasonografie
LD	Limfodisecție
TC	Tomografie computerizată
AMS	Asistența Medicală Spitalicească
IMSP	Instituția Medico Sanitară Publică
IO	Institutul Oncologic
CCD	Centrul Consultativ Diagnostic

PREFAȚĂ

Protocolul Clinic Instituțional a fost elaborat de grupul de lucru pentru elaborarea Protocolelor Clinice Instituționale din cadrul IMSP Institutul Oncologic.

Drept temei a servit Protocolul Clinic Național PCN-173, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 735 din 18.07.2012 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul vezicii urinare”, cu păstrarea structurii, numerotației capitolelor, tabelelor, figurilor, casetelor etc., luând în considerație posibilitățile reale ale instituției.

Protocolul Clinic Instituțional PCI-173 a fost discutat și aprobat la Consiliu de Calitate IMSP Institutul Oncologic (președinte, Veronica Ciobanu) și Comitetul Farmacoterapeutic al IMSP Institutul Oncologic (președinte, A. Mustea).

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Cancerul vezicii urinare.

Exemple de diagnostic clinic:

1. Cancerul vezicii urinare

A.2. Codul bolii (CIM 10): C - 67

A.3. Utilizatorii:

- CCD IMSP Institutul Oncologic (medicii oncologi, chirurghi, radioterapeuți, medicii endoscopiști, imagiști/ecoscopiști, medicii anatomopatologi/citologi);
- IMSP Institutul Oncologic, AMS (medicii chirurghi/urologi, oncologi, imagiști, radioterapeuți, chimioterapeuți, anatomopatologi etc.).

Notă: Protocolul poate fi utilizat și de alți specialiști.

A.4. Scopurile protocolului:

1. A îmbunătăți rezultatele tratamentului CVU (supraviețuirea la 3 și 5 ani) și a reduce rata de Rc și Mt după tratamentul radical în CVU prin utilizarea intervențiilor chirurgicale moderne și schemelor standarde de RT și PChT.
2. A îmbunătăți calitatea vieții la pacienții cu CVU.

A.5. Data elaborării protocolului: (aprobat prin Ordinul IMSP IO nr. _____ din _____) în baza PCN 173 Cancerul vezicii urinare, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 735 din 18.07.2012 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic național „Cancerul vezicii urinare”

A.6. Data revizuirii următoare: în termen de până la 6 luni de la următoarea revizuire a PCN 173 Cancerul vezicii urinare

A.7. Definițiile folosite în document

Cancerul vezicii urinare – este definit ca o aglomerare de celule cu morfologie anormală, care apar la nivelul mucoasei VU și cresc rapid cu formarea diferitor mase, numite tumori, rămânând superficial, dacă nu penetrează lamina propria sau devenind infiltrativ penetrând lamina propria și afectând straturile VU.

A.8. Informație epidemiologică

Dintre tumorile tractului uroexretor, cancerul VU este cel mai frecvent. În anul 2000 în SUA incidența cancerului VU a fost raportată de 18 cazuri la 100000 de locuitori, iar raportul bărbați/femei fiind de 3 la 1. În SUA au fost înregistrate 53200 de cazuri noi și 12200 de decese.

Dintre toate tipurile de cancere, cancerul VU ocupă locul al 4-lea în SUA; al 5-lea - în Europa, reprezentând 5,5% din totalul cancerelor. La femei ocupă locul al 7-lea, reprezentând 2,3% din totalul cancerelor. În anul 1996 în Franța au fost înregistrate 9000 de cazuri; în Suedia-2000; în Spania-8000; în Belgia-1120.

În 75-85% din cazuri afectarea canceroasă este limitată la mucoasa VU (Ta-Tis) sau submucoasă (stT1). Restul 15-25% invadează mușchiul vezicii urinare sau g/l (st.T2-4, N+).

Incidența cancerului a crescut cu vârsta la ambele sexe, deși ne-am aștepta la o creștere mai mare la femei decât la bărbați (speranța de viață la femei fiind mai mare cu 5 ani decât la bărbați). În anul 1991 Centrul american de statistică publică, a publicat un raport în care denotă faptul, că incidența CVU la femei scade cu aprox. 2% pe an în ultimii 5 ani (1985-1989), în timp ce la bărbați crește. În ultimii 30 de ani femeile s-au alăturat bărbaților în ceea ce privește munca și obiceiurile, expunându-se la numeroși factori industriali și ambienali (inclusiv fumatul), de care înainte erau ferite. Iată de ce discrepanța între incidența cancerului la bărbați și la femei este și mai surprinzătoare. Această discrepanță poate fi explicată prin factorul genetic (*Risch și colab.,1995*), hormonal (*Horn și colab.,1995*) sau anatomic (retenția de urină la bărbați, datorată adenomului de prostată). CVU este de circa 2 ori mai frecvent la rasa caucaziană față de rasa negroidă pentru sexul masculin și de 1,5 ori pentru cel feminin (*Annual Cancer Statistics Revaev,1987*). Este demonstrat faptul, că riscul crescut de cancer la rasa europeană este limitat la tumori non-invazive, pe când la populația de culoare, riscul este determinat de un diagnostic tardiv și de forme mai agresive de cancer.

În ceea ce privește prevalența, CVU este pe locul al 4-lea pentru toate decadele de vârstă la bărbați și pe locul al 2-lea pentru adultul de vârstă mijlocie și vârsta a 3-a (*Feldman și colab.,1986*)

Pentru Moldova incidența cu CVU în ultimii 5 ani prezintă 6,6-7,2 la 100000 locuitori, în mediu pe an fiind luați la evidență 234-255 bolnavi. Anual decedează 107-125 bolnavi cu CVU, mortalitatea fiind la nivel de 3-3,5 la 100000 de populație. Către sfârșitul anului 2011 prevalența cu CVU prezintă 1405 bolnavi fiind 39,5 la 100000 populație.

Astfel, devine clară importanța majoră a problemelor legate de diagnosticul, tratamentul și profilaxia CVU.

B. PARTEA GENERALĂ

B.2. Nivelul instituțiilor de asistență medicală consultativ-diagnostic		
Descriere	Motivete	Pașii
1. Profilaxia		
1.1. Profilaxia primară C.2.3.1	Adoptarea unui mod de viață sănătos, cu respectarea unor indicații, pot preveni apariția CVU.	Recomandabil: <ul style="list-style-type: none"> Abandonul fumatului; Păstrarea unei greutate corporale normale; Alimentația sănătoasă; Reducerea cantității de alcool consumat; Activitatea fizică dozată vârstei; Respectarea tehnicii de securitate în timpul lucrului cu coloranții anilini; Consumul adecvat de lichide; Reducerea consumului de cafea (casetă 3).
1.2. Profilaxia secundară C.2.3.2	Tratamentul la timp a proceselor precanceroase permite preîntâmpinarea dezvoltării CVU.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Tratamentul <u>la timp</u> al infecțiilor (acute sau cronice) ale sistemului urinar. Tratamentul chirurgical și medicamentos al maladiilor precanceroase și de fond. (casetă 4).
Screening-ul C.2.4	Examenul periodic al stării de sănătate permite depistarea precoce a CVU.	Obligatoriu: Conform grupurilor de risc de dezvoltare a CVU (casetă 5).
2. Diagnosticul		
Confirmarea diagnosticului de CVU C.2.5.1; C.2.5.2; C.2.5.3; C.2.5.4		Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Anamneza (casetă 8) Examenul fizic (casetă 9) Investigații paraclinice: (casetă 10) Diagnosticul diferențial (casetele 11, 12)
Spitalizarea C.2.5.5	Confirmarea diagnosticului de CVU și tratamentul specific	Conform criteriilor de spitalizare (casetă 13).
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul specific C.2.5.6.	Tratamentului este orientat spre vindecarea pacientului prin înlăturarea tumorii maligne în limitele țesuturilor normale	Tratamentul CVU este recomandat numai în IMSP Institutul Oncologic.
4. Supravegherea C.2.5.8	La pacienții tratați radical de CVU, supravegherea este îndreptată spre depistarea precoce a recurenței și progresiei maladii (Rc, Mt), la pacienții incurabili – spre optimizarea tratamentului simptomatic.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> Examenul fizic Investigații paraclinice (casetă 10) <ul style="list-style-type: none"> ✓ palparea abdomenului + tușeul rectal ✓ AGU ✓ UIV (la indicații) ✓ microradiografia cutiei toracice (la indicații) ✓ USG VU (extinse obligatoriu), sistemului uroexcretor, organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal la fiecare 3 luni în primul an postoperator, în al II-lea an la 6 luni, apoi următorii ani - anual.

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ cistoscopia • Regimul de supraveghere (caseta 18).
--	---

B.3. Nivelul instituțiilor de asistență medicală spitalicească, IMSP IO		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizarea C.2.5.5. C.2.6. C.2.7.	Confirmarea diagnosticului de CVU, tratamentul specific și starile de urgență.	Criteria de spitalizare în secții de profil chirurgical general sau urologic (raional, municipal, republican): (caseta 13) <ul style="list-style-type: none"> • În cazurile de urgență medico-chirurgicală (hemoragie, tamponada VU, retenție completă de urină) - cateterizare cu încercare de detamponare și hemostază; – intervenție chirurgicală urgentă în volum minimal (cistotomie, detamponare, epicistostomie) conform indicațiilor vitale, după o scurtă pregătire necesară preoperatorie. • Pacienților incurabili (st.IV) – la necesitate aplicarea derivațiilor urinare externe (nefrostomie, epicistomie). Criteria de spitalizare în secția urologie IMSP IO (nivel republican specializat): <ul style="list-style-type: none"> • Cazurile de CVU confirmate clinic/ paraclinic/ și cazurile în care nu este posibilă stabilirea diagnosticului CVU la nivel raional sau municipal. • Pacienții cu urgențe medico-chirurgicale (hemoragie, tamponadaVU, retenție completă de urină), care nu au fost supuși tratamentului la nivel raional sau municipal.
2. Diagnostic		
2.1. Confirmarea diagnosticului de CVU C.2.5.1; C.2.5.2 C.2.5.3; C.2.5.4	Confirmarea diagnosticului de CVU întru inițierea precoce a tratamentului coresponzător.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 8) • Examenul fizic (caseta 9) • Investigațiile paraclinice (caseta 10) • Diagnosticul diferențial (casetele 11, 12)
3. Tratamentul		
3.1. Tratamentul specific C.2.5.6	Tratamentul CVU constă în exereza tumorii în limitele securității oncologice, exereza Mt și Rc rezectabile, chimio- și radioterapie pre- și postoperatorie conform schemelor moderne de tratament.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Tratament radical conform stadiului pentru CVU superficial și infiltrativ (casetele 14, 15,17) • Tratament paliativ conform stadiului CVU (caseta 16)
4. Externare cu îndreptarea la nivelul primar de asistență medicală pentru continuarea tratamentului și supraveghere	La externare este necesar de elaborat și recomandat pentru medicul de familie tactica ulterioară de management al pacientului.	<ul style="list-style-type: none"> • Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> ✓ diagnosticul precizat desfășurat; ✓ rezultatele investigațiilor ✓ tratamentul efectuat; ✓ recomandări explicite pentru pacient; ✓ recomandări pentru medicul de familie. • Regimul de supraveghere (caseta 18).

C.1. ALGORITMI DE CONDUITĂ

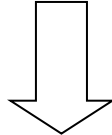
C 1.1. Algoritm de diagnostic în CVU

I. Suspectarea CVU

Semnele generale: fatigabilitate, slăbiciune generală, anemie, scădere ponderală, lipsa poftei de mâncare etc.;

Semnele clinice: hematurie, dereglări de micție, dureri în regiunea bazinului mic, dureri la micție, după micție, palparea unei tumori în regiunea suprapubiană, palparea unei tumori la examenul bimanual, afectarea spațiului vezicorectal, depistată la tuseul rectal;

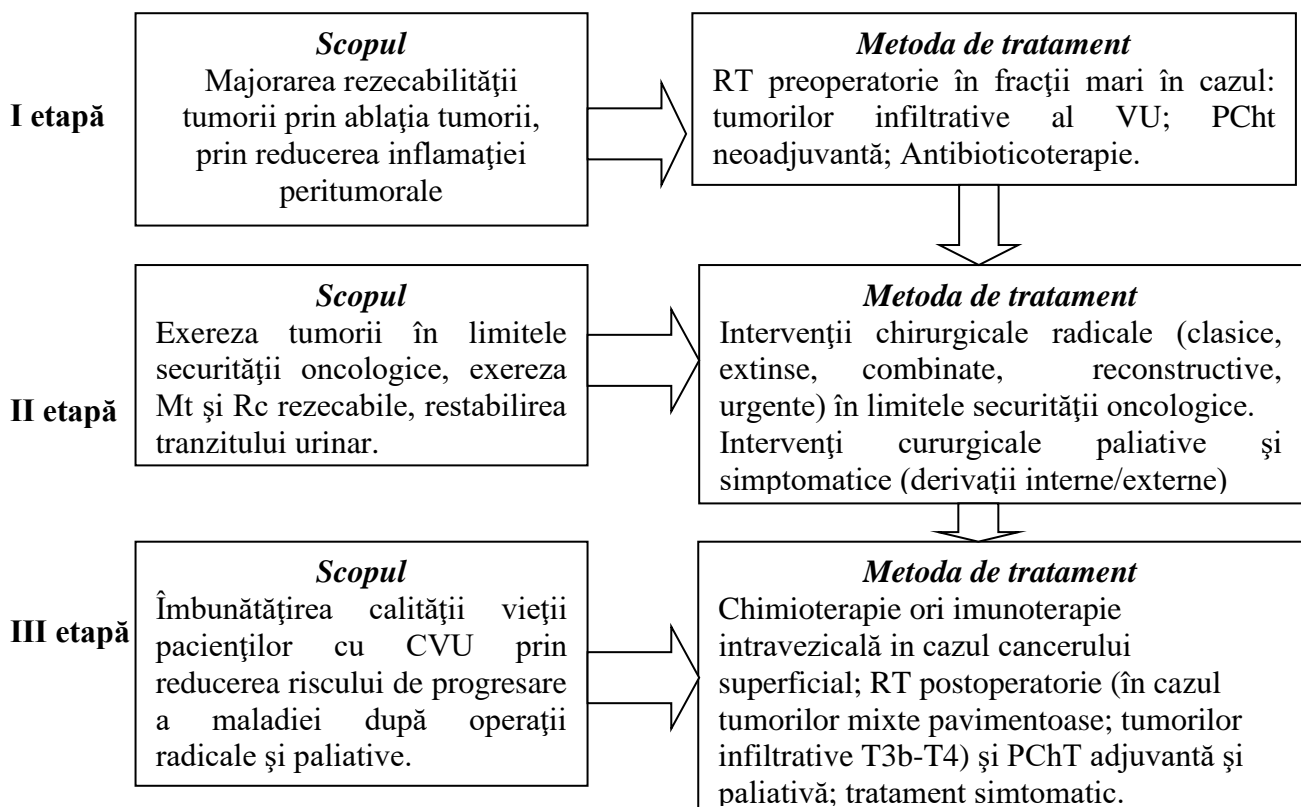
Semnele clinice de concreștere în alte organe: dureri în regiunea bazinului mic, dureri lombare, constipatii, etc.



II. Confirmarea diagnosticului de CVU

1. Examenul clinic ce include tușeul rectal și al pelvisului; palparea bimanuală
2. USG sistemului uroexcretor, sistemului hepatobiliar, spațiului retroperitoneal, g/l paraaortali, iliaci
3. Uretrocistoscopia cu descrierea dimensiunilor, localizării, aspectul tumorii vezicale.
4. AGU
5. UIV + cistografie descendentă
6. TUR - cu biopsia țesutului subdiacent; -biopsia tuturor zonelor suspecte; - biopsii randomizate în prezența citologiei pozitive, tumoră voluminoasă sau non-papilară
7. Biopsia uretrei prostatice în caz de Tis sau suspiciu de Tis ; în caz de tumoră infiltrativă, când se preconizează tratament radical cu plastie de substituție.
8. TC sau angioTC al bazinului mic
9. Microradiografia/radiografia cutiei toracice;
10. Alte investigații (FGDS, renograma izotopică; FCS; scintigrafie osoasă; fibrobronhoscopia; laparoscopia, RMN etc.) și
11. Consultul specialiștilor (ginecolog, proctolog etc.) la indicații.

C 1.2. Algoritm de tratament al CVU



C.2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI A PROCEDURILOR

C.2.1. Clasificarea

Caseta 1. Clasificarea CVU:

CLASIFICAREA HISTOLOGICĂ A TUMORILOR VEZICII URINARE

Toate tumorile a VU se impart in **tumori vezicale primitive și tumori vezicale secundare**

Tumori vezicale primitive pot fi benigne ori maligne: epiteliale

mezenhimale

mixte

Tumorile vezicale secundare sînt tumori ale organelor vecine pelvine, ce invadează VU, de asemenea tumori ale altor organe, ce metastazează în VU.

Tumorile primare

După ISUP (Internațional Society of Urological Patology) tumorile epiteliale maligne pot fi:

-Plate

-Papilare

-Invazive

Clasificarea tumorilor uroteliale ale VU (OMS și ISUP, 1998)

Hiperplazie	Hiperplazie plată Hiperplazie papilară
Leziuni plane cu atipii	Atipii reacționale (inflamatorii) Atipii cu semnificație necunoscută Displazii (neoplazii intra-uroteliale cu grad scăzut) Carcinoame <i>in situ</i> (neoplazii intrauroteliale cu grad înalt)
Tumori papilare	Papiloame Papilomul inversat Tumori papilare cu potențial malign redus Carcinoame papilare cu grad scăzut de anaplazie Carcinoame papilare cu grad înalt de anaplazie
Tumori invazive	Invazie în corion Invazie în musculara proprie

Tumorile uroteliale benigne:

Papilom atipic

Papilom inversat

Papilom scuamos

Condilom acuminat

Adenom vilos

Chistadenom mucinos

Tumori uroteliale maligne:

Carcinomul urotelial

Carcinomul scuamos

Adenocarcinomul

Carcinom nediferenciat

Tumorile mezenhimale benigne:

Leiomiomul ; Hemangiomul; Limfangiom; Neurofibrom;

Schvanom ;Histiocitom fibros benign ;Lipom

Tumori mezenhimale maligne:

Leiomiosarcom; Rabdiosarcom; Fibrosarcom;

Osteosarcomul; Histiocitomul malign fibros;

Tumoră rabdoidă ; Sarcomul din celule clare.

Tumorile mixte: 1-Benigne : adenofibroamele

2-Cu grad scăzut de malignitate: adenosarcomul

3-Maligne: Carcinosarcoamele

Tumorile secundare ale VU

Peretele VU este invadat mai des de tumori primitive ai rectosigmei, ovarului, colului uterin, prostată, veziculele seminale. Metastazele la distanță mai des provin din: glandele mamare, plămâni, rinichi, stomac, pancreas. Limfoamele maligne și leucemiile pot afecta secundar VU .

CLASIFICAREA CLINICĂ TNM a CVU (anul 2002)

Notă: Clasificarea este valabilă numai pentru cancer verificat morfologic.

• T - tumora primară

TX – Nu sunt suficiente date pentru aprecierea extinderii tumorii primare

T0 - Tumora primară nu este evidențiată

Tis - Carcinom *in situ*: include cancerul preinvaziv verificat morfologic: invazie intraepitelială sau invazie a laminei proprii a stratului mucos

Ta- Carcinom papilar neinvaziv

T 1 - Tumora infiltrază stratul subepitelial conjunctiv

T 2a - Tumora infiltrază stratul superficial muscular(jumatatea internă).

T 2b - Tumora infiltrază stratul adinc muscular(jumătatea externă);

T 3- Tumora infiltraza tesuturile paravezicale

T3a - microscopic

T3b - macroscopic .

T4 - tumoarea se raspindește in alte organe: prostată, uter, vagin ,peretele pelvian, peretele abdominal.

T4a - tumoarea se raspândeste în prostata, uter, vagin.

T4b - tumoarea se raspândeste în peretele pelvian; abdominal.

NB - daca la examenul histologic nu se confirma afectarea stratului muscular atunci se socoate ca tumoarea afecteaza stratul subepitelal conjunctiv.

• N - ganglionii limfatici regionali:

NX - Nu sunt date suficiente pentru stabilirea stării ganglionilor limfatici.

N0 - Nu se evidențiază afectarea ganglionilor limfatici regionali.

N1 – Metastază într-un singur ganglion limfatic nu mai mare de 2 cm

N2 – Metastaze in g/l separați, mai mari de 2cm, dar mai mici de 5cm, ori multiple Mt în g/l nu mai mari de 5cm

N3 – Mt în g/l mai mari de 5 cm .

Notă: Pentru **VU** regionali se socot g/l al baziului mic mai jos de bifurcația a. iliace comune.

• M - metastaze la distanță:

MX - Nu sunt date suficiente pentru stabilirea metastazelor la distanță.

M0 - Lipsa metastazelor la distanță

M1 - Prezența metastazelor la distanță.

• Gradația histopatologică:

Gx-gradul de diferenciere nu poate fi apreciat.

G1-grad inalt de diferenciere.

G2-grad mediu de diferenciere.

G3-slab diferenciat.

CLASIFICAREA PATOMORFOLOGICĂ pTNM

Categoriile pT, pN și pM corespund categoriilor T, N și M. Histologic trebuie cercetați 12 și mai mulți ganglionii limfatici regionali. Dacă ganglionii limfatici cercetați nu sunt afectați metastatic,

GRUPAREA PE STADII:

Stadiul 0 – Tis No Mo;

Stadiul I – T1 No Mo;

Stadiul II – T2a;T2b No Mo;

Stadiul III – T3a-b;T4a No Mo;

Stadiul IV – T4 No Mo; oriceT N1,2,3 Mo; oriceT orice N M1

C.2.2. Factorii de risc pentru CVU

Caseta 2. Factori de risc.

I- Factori dovediți: - tutunul, -beta-naftilaminele, -4-aminodiphenil chloronazine

II-Factorii presupusi ce induc carcinogeneza: -Schistosomiaza, -Ciclofosfamida,-Fenacetina, -Litiaza, -Urina, -Iritațiile cronice, -Obstrucțiile subvezicale, -Benzidine, -Auramine

- **Vârsta.** Riscul de apariție a CVU crește considerabil după vârsta de 50 de ani. Majoritatea persoanelor diagnosticate cu acest tip de cancer au peste 50 de ani, odată cu înaintarea în vârstă riscul crescând exponențial
- **Istoricul medical familial (antecedentele heredo-colaterale).** Persoanele care au o rudă de gradul întâi (parinți, frați, surori, copii), cu CVU, au un risc crescut de a dezvolta și ei boala. De asemenea riscul de apariție a tumorii este corelat cu vârsta la care aceasta a fost diagnosticată la membrii familiei. Un istoric familial cu risc extrem de crescut pentru apariția CVU, este caracterizat prin următoarele:
 - cel puțin 3 cazuri de CVU în familie, dintre care cel puțin un caz este o rudă de gradul întâi (parinte, frate, sora);
 - CVU familial, diagnosticat în două generații succesive (tata-fiu);
 - CVU la o rudă de gradul întâi, apărut înaintea vârstei de 50 de ani.
- **Istoricul medical personal.** Riscul de a dezvolta CVU crește în următoarele situații:
 - istoric personal pozitiv pentru neoplasm al tractului uroexcretor;
 - istoric personal pozitiv pentru alte tipuri de neoplasme, precum, cancerul ovarian, cancerul de endometru sau de san;
 - polipi ai VU;
 - cistite proliferative; cistitele schistosomice
 - radioterapia abdomenului și pelvisului.
- **Fumatul.** Studiile medicale au arătat că fumatul (în special consumul exagerat de tutun), crește riscul de neoplasm vezicourinar.
- **Activitatea fizică.** Sedentarismul, lipsa exercițiului fizic regulat, asociate deseori și cu obezitatea, reținerea constiența a micțiilor cresc riscul apariției CVU
- **Greutatea corporală.** Persoanele supraponderale au un risc crescut de a dezvolta CVU. Persoanele cu exces de țesut adipos abdominal (obezitate de tip masculin), au un risc mai mare de apariție a cancerului decât persoanele cu țesut adipos excesiv reprezentat la nivelul bazinului și coapselor (obezitatea de tip feminin).
- **Consumul de alcool.** Persoanele care consumă mai mult de 2 băuturi alcoolice zilnic (în special țările) au un risc crescut pentru neoplasmul vezical.

C.2.3. Profilaxia

C.2.3.1. Profilaxia primară

Caseta 3. Profilaxia primară

- pastrarea unei greutate normale;
- alimentația sănătoasă: consumul unei varietăți cât mai mari de alimente bogate în fibre vegetale, în special fructe, legume, pește și cereale, reducerea cantității de grăsimi de origine animală;
- utilizarea suplimentelor alimentare cu acid folic și calciu;
- reducerea cantității de alcool consumate;
- abandonul fumatului;
- activitatea fizică dozată vârstei.
- Respectarea tehnicii de securitate în timpul lucrului cu coloranții anilinici.
- Consumul adecvat de lichide pe parcursul zilei(1,5-2litri)
- Micșorarea la minim consumului de cafea.

C.2.3.2. Profilaxia secundară

Caseta 4. Profilaxia secundară

- Tratamentul la timp al infecțiilor (acute sau cronice) al sistemului urinar.
- Tratamentul chirurgical și medicamentos al maladiilor precanceroase și de fond.

C.2.4. Screening-ul

Caseta 5. Grupul de risc de dezvoltare al CVU:

- **Grupul cu risc redus** include persoanele de peste 50 de ani cu anamneza ereditară negativă. Acest contingent necesită efectuarea AGU, USG sistemului uroexcretor.
- **Grupul cu risc mediu** include persoanele de toate vârstele, care au una sau câteva rude bolnave de CVU. Acest grup necesită efectuarea AGU, USG sistemului uroexcretor – de 2 ori pe an, cistoscopie 1 dată la 3 ani, de la vârsta de 40 de ani.
- **Grupul cu risc înalt** include pacienții care au patologii precanceroase. Acest grup necesită efectuarea AGU – 3 ori pe an, USG sistemului uroexcretor - de 2 ori pe an, cistoscopie 1 dată la 1 an, de la vârsta de 40 de ani.

C.2.5. Conduita pacientului cu CVU

Caseta 6. Obiectivele procedurilor de diagnostic în CVU

- Confirmarea diagnosticului de CVU;
- Stabilirea stadiului și gradului de răspândire a CVU;
- Aprecierea rezecabilității tumorii primare și/sau Mt loco-regionale și la distanță.

Caseta 7. Principiile de diagnostic în CVU

- Anamnestic
- Examenul clinic
- Cercetarea tractului uroexcretor
- Cercetarea organelor eventual implicate în procesul tumoral primar sau Mt la distanță.

C.2.5.1. Anamneza

Caseta 8. Întrebările ce trebuie examinate la suspjecția CVU

- Depistarea *semnelor generale* (slăbiciune, fatigabilitate, dispnee la efort fizic, vertijuri, palpitații, pierdere ponderală, inapetență, febră etc.);
- Depistarea *semnelor clinice de dereglări de micție, apariția hematuriei (caracterul ei durată, perioada apariției), durerea* (durată, timpul apariției, dureri până și după micție, dureri suprapubiene, perineale);
- Depistarea *semnelor clinice de concreștere în alte organe* (dureri caracteristice; dereglarea actului de defecatie);
- Depistarea factorilor de risc pentru CVU (caseta 2).

C.2.5.2. Examenul fizic (datele obiective)

Caseta 9. Datele obiective în CVU:

- Semne clinice ale sindromului dereglărilor generale (paliditate, icter al tegumentelor, tahicardie, suflu sistolic la apex, febră etc.);
- Semne clinice ale tumorii palpabile în rect/vagin sau abdomen (localizarea tumorii, mobilitatea, dimensiunile, consistența);
- Semnele tulburărilor de micție, retenție de urină cu vezica palpabilă suprapubian.

C.2.5.3. Investigațiile paraclinice

Caseta 10. Investigațiile în CVU

Investigații pentru confirmarea CVU (investigații obligatorii):

- USG al tractului uroexcretor;
- UIV cu cistograma descendentă;
- Triplocistografia;
- Tuseul rectal/vaginal
- RTUv-biopsie, cu palpare bimanuală. În caz de tumoare superficială se rezectează partea exofită, ulterior baza cu o porțiune de strat muscular, 1-1,5cm de mucoasă adiacentă, sectoare de mucoasă suspectă. În caz de tumoare invazivă se rezectează la maximum posibil masa tumorală, ori parțial tumoarea cu tesut muscular. În caz că se preconizează cistecomia radicală, e necesar de efectuat biopsia porțiunii prostatice a uretrei. Stadiul va fi stabilit în baza examenului histologic (invazia membranei bazale, stratului muscular)

Investigații recomandate (pentru evaluarea stării generale a pacientului în plan de tratament):

- Analiza generală a sîngelui;
- Analiza generală a urinei cu insamîntarea și antibioticograma;
- Analiza biochimică a sîngelui (proteina generală, albumina, ureea, creatinina, bilirubina, glicemia, ALT, AST, fosfataza alcalină), PSA la bărbații cu vîrsta de peste 50 de ani;
- Coagulograma, ionograma;
- Grupul sanguin și Rh-factorul;
- Testarea sîngelui la infecțiile transmisibile prin sînge (HBsAg, HIV-infecție, lues);
- ECG;
- Spirometria.

Investigații suplimentare speciale (pentru determinarea operabilității tumorii și Mt la distanță):

- USG ficatului, spațiului retroperitoneal, bazinului; USG transrectală a bazinului pentru aprecierea stadiului maladiei și gradului de răspîndire;
- TC ori angio-TC a bazinului mic în caz de cancer invaziv;
- Microradiografia/radiografia cutiei toracice;
- Alte investigații opționale (FGDS, renograma izotopică; scintigrafia osoasă; irigoscopia; fibrobronhoscopia; laparoscopia; RMN etc.)

Consultul specialiștilor (ginecolog, proctolog etc.) la indicații.

C.2.5.4. Diagnosticul diferențial

Caseta 11. Diagnosticul diferențial al CVU:

Tuberculoza urinară proliferativă	Cistitele hipertrofice, radice
Litiaza vezicală	Ureterocelul
Tumori secundare a VU	Chiagurile endovezicale
Adenomul sau cancerul de prostată	Corpui străini

Caseta 12. Momentele cheie în diagnosticul diferențial

În cazul oricărei suspexții de afecțiune tumorală sau netumorală a VU, datele subiective și obiective (fizicale) nu sunt suficiente pentru a diferenția CVU de alte maladii, în toate cazurile fiind recomandat următorul algoritm de cercetare: USG sistemului uroexcretor - tușeul rectal – UIV cu cistograma descendentă – uretrocistoscopie cu RTUv biopsie. Aceste metode nu sunt competitive, ci complementare și necesită a fi efectuate în toate cazurile suspecte.

➤ **Tuberculoza urinară proliferativă**

- ✓ Diferențierea se efectuează în baza: UIV, unde se pot citi semnele caracteristice afectării tuberculoase al rinichilor, sistemului de excreție superior și inferior; - Cistoscopiei, unde se vizualizează tabloul caracteristic de afectare al mucoasei VU; - TURv-biopsie, care confirmă histologic afectarea tuberculoasă al țesuturilor.

➤ **Litiaza vezicală**

- ✓ Examenul USG , unde se vizualizează imagine hiperecogenă cu con de umbră posterioară.

- ✓ Examenul radiologic al VU ne permite de vizualizat calculii rentghenpozitivi
- ✓ Cistoscopia finisează diagnosticul diferenciat.

➤ **Adenomul prostatic sau cancerul de prostată**

- ✓ În cazul adenomului cu creștere intravezicală cu ori fără hematurie poate fi pusă întrebarea de diagnostic diferenciat.
- ✓ Tușeul rectal ne permite de a suspecta și un adenom sau cancer de prostată
- ✓ TRUS al prostatei indica dimensiunile și localizarea nodulilor adenomatoși.
- ✓ RTUv; RTUp-biopsia ne permite de a finisa diagnosticul.

➤ **Tumorile secundare ai VU**

- ✓ Tumoare ai rectosigmei cu concreștere în VU. Anamnestical de tumoare al tractului intestinal, Cistoscopia, RTUv-biopsia la necesitate ne permite de a diferentia vizual și histologic tumoarea, uneori necesită TC al bazinului mic.
- ✓ Tumoare de col uterin cu concreștere în VU. Anamnestical de tumoare al organelor genitale interne, Cistoscopia, RTUv-biopsia, dau posibilitate de diferentiere vizuala și histologică.
- ✓ Tumoare de ovar cu concreștere în VU. Anamnestical, cistoscopia, RTUv-biopsia - elementele de bază în diagnosticul diferenciat.
- ✓ Feocromocitomul ectopic

➤ **Cistita ischemică și cistita radică.**

- ✓ Prezența unuia dintre factorii predispozanți: RT în anamneză, vîrsta înaintată, ateroscleroza, insuficiența sau aritmiile cardiace, intervențiile chirurgicale pentru aneurisme ale aortei abdominale, șunt aorto-iliac, administrarea de vasopresină, cocaină, contraceptive orale.
- ✓ Debutul acut al maladiei fără anamneză caracteristică CVU.
- ✓ Adesea diagnosticul preoperator este extrem de dificil, mai ales în condiții de urgență și doar intervenția chirurgicală este soluția unică de diagnostic și tratament.

C.2.5.5. Criterii de spitalizare

Caseta 13. Criteriile de spitalizare a pacienților cu CVU

- Diagnosticul de CVU stabilit clinic și paraclinic, verificat radiografic, endoscopic și morfologic.
- Urgențele medico-chirurgicale cu suspjecție la CVU.
- Dificultăți în stabilirea diagnosticului.

C.2.5.6. Tratamentul

Caseta 14. Principiile de tratament radical în CVU

- Scopul tratamentului radical în CVU constă în vindecarea pacientului prin înlăturarea tumorii maligne vezicale în limitele țesuturilor normale, conform standartelor internaționale moderne de tratament în CVU.
- Metoda principală de tratament radical în CVU este cea chirurgicală.

Principiile operațiilor radicale pentru CVU neinvaziv (Ta, T1):

- Operația de elecție pentru tumorile superficiale unice, pînă la 5cm, nerecidivante este RTU al VU, în timpul carea se înlătură componentul exofit ulterior piciorul tumoral cu peretele VU pînă la stratul muscular; paralel se rezectează suprafețele suspecte. În caz de suspjecție de RTU incomplet, ori tumoare de risc înalt este necesar de efectuat RTUv. secundar peste 4-6 săptămîni. Fiecare RTUv radical este urmat de o instilație cu chimioparate în primele 6 ore postoperator.

- În cazul imposibilității de efectuat RTUv (stricturi de uretră; uretră anatomic îngustă; lipsa aparatului) este recomandată rezecția deschisă a tumorii, păstrînd distanța de min. 2cm de la piciorul tumoral.

În caz de recurență multiplă cu tumori de risc înalt; tumori multicentrice T1 cu risc înalt; tumori de risc înalt asociate cu CIS este recomandată cistectomia radicală cu aplicarea derivației urinare indicate, ori, mai bine posedate.

Principiile operațiilor radicale pentru CVU invaziv:

- Pentru tumorile penetrante (infiltrative) intervenția de elecție este cistectomia radicală (**CER**) cu derivație urinară indicată conform cazului.

În cazul afectării infiltrative a unei suprafețe mici al peretelui flasc al VU este indicată cistectomia parțială cu ori fără ureterocistostomie și limfodisecție unilaterală.

- Volumul și caracterul intervenției chirurgicale depind de o complexitate de factori, principalii fiind localizarea tumorii, gradul de răspândire al procesului tumoral, prezența și gradul manifestării complicațiilor maladii de bază, maladiile coexistente, vârsta și starea generală a pacientului.

NB! CER la bărbați include înlăturarea VU în bloc cu veziculele seminale, prostata, limfodisecție regională

CER la femei include înlăturarea VU în bloc cu organele genitale interne, peretele anterior al vaginului, uretrei; limfodisecție regională (exenterare pelvină anterioară).

RT la bolnavii cu CVU

1. Pentru aplicarea radioterapiei este necesară confirmarea morfologică a diagnosticului. RT poate fi aplicată ca metodă sinestătătoare și ca component în tratamentul combinat și complex. RT la bolnavii cu CVU poate fi aplicată ca cură radicală, paliativă și simptomatic.

2. RT după program radical este indicată numai în cazul contraindicațiilor la operație radicală și în caz de refuz a bolnavului de tratament chirurgical.

RT după program radical se aplică la acceleratorul liniar (cu energia 6 MeV) sau gama terapie (1,25MeV) în regim de fracționare tradițională (DȘ-2Gy, DS-60-64Gy) timp de 6-6,5 săptămâni (ritmul de iradiere - 5ori pe săptămână) cură neîntreruptă sau în 2 etape. În așa fel mai întâi se iradiază tot bazinul DS-40-45Gy, apoi în același regim numai zona vezicii urinare până la DS-64Gy.

Cele mai bune rezultate de tratament conservativ a CVU se obțin la aplicarea chimioradio terapiei. RT la distanță (6 MeV sau gama terapie 1,25MeV) se aplică în regim tradițional: DȘ-1,8-2Gy până la DS- 40Gy pe fond de chimioterapie cu preparate de cisplatină. Cisplatina se aplică intravenos în doză 25mg/m² timp de 30 minute la 1,2,3,4,5, și 36,37,38,39,40-ea zi concomitent cu RT. Eficacitatea tratamentului este apreciată peste 3 săptămâni. În caz de regresie totală sau considerabilă a tumorii, chimioradio terapia continuă până la DS-60-64Gy. În caz de regresie subtotală sau creștere continuă a tumorii se poate aplica cistectomia (cu acordul bolnavului la tratament chirurgical și în caz că funcțional poate suporta intervenția chirurgicală).

3. Indicație la tratament radiant paliativ este stadiul T₄. De obicei se aplică doze mai mici de iradiere (30-40Gy) cu doza unică 2-4Gy. Stare generală gravă (indexul Karnovschi mai jos de 50%) și volumul vezicii urinare mic sunt contraindicații la tratament radiant paliativ. Astfel de tratament are efect simptomatic care se limitează la micșorarea macrohematuriei. O acțiune benefică asupra longivității veștii nu se manifestă. Peste 3 săptămâni se aplică cistoscopie și USG. În caz obținere a efectului pozitiv este posibilă continuarea RT până la DS-60-64Gy. Astfel la o parte de bolnavi procesul devine rezectabil și apare posibilitatea îndeplinirii operației radicale.

4. RT simptomatică în CVU se aplică ca o varietate de tratament paliativ pentru ameliorarea stării bolnavului (de obicei iradierea Mt pentru cuparea sindromului algic).

Aplicarea radioterapiei postoperator se indică în caz de operații neradicale în DS 60-64Gy în regim de fracționare obișnuită a dozei (2Gy) în ritm de iradiere 5 zile.

Contraindicații la RT (în afară de paliativă): vezica urinară sclerozantă cu volumul nu mai mic de 100 ml, iradierea bazinului repetată, prezența urinei reziduale >70ml, calculi în vezica urinară, prezența drenajului cistostomic, acutizarea cistitei și pielonefritei.

5. Pregătirea preradiantă a bolnavului cu ajutorul Ro-simulatorului cuprinde:

- poziția bolnavului dorsal

- vezica urinară goală

- informația obținută la CT

- cateterizarea vezicii urinare cu cateterul Folei cu introducerea a 25-30ml de contrast în vezica urinară- la aerea iradierii din câmpuri laterale este necesară contrastarea rectului.

6. Tehnica iradierii:

Iradierea totală a bazinului se aplică din 4 câmpuri (anterior, posterior și 2 laterale)

Cîmpul anterior și posterior:

Volumul țintă este delimitat

-superior — linia superioară S₂

-inferior — cu 1cm mai de linia inferioară a orificiului obturator

-lateral – 1-1,5cm lateral de limita exterioară a bazinului (în dimensiunea cea mai mare)

Capul oaselor femurale, canalul anal și rectul maximal sunt protejate de blocuri.

Cîmpuri laterale:

-anterior — 1,5cm anterior de la suprafața anterioară a vezicii urinare contrastate

-posterior — cu 2,5cm posterior de peretele posterior a vezicii urinare.

7. Iradiere sinestătătoare(boost) se aplică din 2(opuse) sau 3(anterior direct și 2 laterale) cîmpuri.

În cîmpul de iradiere este inclusă toată vezica urinară+2cm în afară (dacă tumorul nu este clar apreciat. În caz de vizualizare perfectă a tumorului în timpul pregătirii preradiante în cîmpul de iradiere se include tumorul + 2cm în afara tumorului.

Standartul volumului de iradiere planificat: 90% izodoza include vezica urinară și 1,5-2cm în afară.

Caseta 15. Schemele de tratament al pacienților cu CVU în raport cu stadiul maladiei :

Stadiul 0

Intervenție chirurgicală:

- RTU_v

Supraveghere.

Stadiul I

Intervenție chirurgicală:

- RTU_v+chimioterapie intravezicală în primele 6 ore, apoi tratament intravezical al recurenței în dependentă de gradul de risc tumoral (EORTC)
- Rezeecția transvezicală cu ori fără ureterocistoneostomie+Tratamentul local al recurenței
- Cistectomie radicală cu derivație urinară indicată (ori posedată) - pentru tumorile superficiale multicentrice, recidivante, cu risc înalt
- Toate operațiile enumerate mai sus sunt efectuate în regim de urgență.
- Supraveghere.

Stadiul II

Intervenție chirurgicală:

- RTU_v-pentru tumori unice, cu creștere mixtă, bine diferențiate + Pht adjuvant
- Cistectomie(rezeecție) parțială cu ori fără ureterocistoneostomie,limfodiseecție + Pht adjuvant
- Cistectomie radicală cu derivație urinară indicată ori posedată.
- Toate operațiile enumerate mai sus sunt efectuate în regim de urgență.

Chimioterapie adjuvantă

Supraveghere.

Stadiul III

Intervenție chirurgicală:

- RTU_v- paliativ (în dependență de statusul somatic al pacientului)
- Cistectomie parțială cu ori fără ureterocistoneostomie+limfodiseecție unilaterală.
- Cistectomie radicală cu derivație urinară indicată ori posedată.

Toate operațiile enumerate mai sus sunt efectuate în regim de urgență

Chimioterapie adjuvantă (la indicații – vârsta, T4, N1-2; tumoră primar multiplă sin-/metacronă etc.)

Supraveghere.

Stadiul IV

Intervenție chirurgicală:

- în majoritatea cazurilor – paliativă (derivație externă)
- în cazul tumorilor rezecabile – operații paliative (combinat, extinse) în volum radical cu caracter citoreductiv sau cu înlăturarea simultană/amânată a metastazelor solitare la distanță

După operațiile paliative:

- Radioterapie postoperatorie

Chimioterapie sistemică

Elemente obligatorii în stadiul IV

- **Supraveghere.**
- **Tratament simptomatic**

Caseta 16. Principiile de tratament paliativ în CVU:

Tratamentul paliativ este îndreptat spre ameliorarea calității vieții și spre majorarea supraviețuirii pacienților incurabili (stadiul IV).

• **Tratament chirurgical:**

- În cazul răspândirii procesului tumoral asupra organelor și țesuturilor adiacente, sunt indicate operațiile combinate și extinse cu caracter paliativ, cu înlăturarea în bloc unic cu tumora a organului (structurii) afectate. În cazul prezenței metastazelor unice (solitare) la distanță (ovare, ficat, pulmonii, creier etc.) este indicată înlăturarea lor simultană paliativă cu operația la VU

- În cazul tumorilor de VU nerezecabile și în cazul multiplelor metastaze la distanță sunt indicate operațiile simptomatice/paliative (derivații externe ai urinei: epicistostomie; ureterocutaneostomie ; nefrostomie percutană).

- **RT postoperatorie** este indicată în cazul CVU inoperabil (T4N0M0 și T4N1-3M0) și se efectuează peste 2-3 săptămâni după operație, în timpul căreia este util de demarcat intraoperator prin clame metalice (la posibilități) hotarele care ar trebui supuse radioterapiei. Radioterapia se efectuează cu doza unică asupra focarului de 2 Gy zilnic până la doza sumară de 50-60 Gy.

- **PChT sistemică:** Pacienții cu stadiul IV (orice T orice N M1) al CVU necesită PChT sistemică, care poate fi efectuată conform diferitor scheme (caseta 15.4):

Tratament simptomatic.

Caseta 17. Principiile de PChT în CVU:

Criteriile de spitalizare:

- Diagnosticul stabilit morfologic
- Prezența indicațiilor pentru tratament specific (chimioterapie, tratament hormonal)
- Starea generală, ce permite efectuarea tratamentului specific
- Lipsa patologiilor concomitente pronunțate (decompensate)
- Indicii de laborator – în limitele admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific

Indicații pentru chimioterapie:

- Boala metastatică
- Boala recidivată
- Poate fi considerată cu scop adjuvant după înlăturarea cancerelor invazive
- Poate fi considerată în calitate de tratament neoadjuvant în tumorile primar neoperabile
- Poate fi considerată pentru administrare intravezicală după înlăturarea tumorilor superficiale de diferențiere scăzută

Selectarea chimioterapiei:

- Chimioterapie bolii recidivate și metastatice

Scheme de chimioterapie combinată:

- **GC:** Gemcitabine 1000 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi
Cisplatin 75 mg/m² i.v. 1zi
fiecare 4 săptămâni
- **CG:** Gemcitabine 1000 mg/m² i.v. 1, 8 zi
Carboplatin AUC 5 1zi
fiecare 3 săptămâni
- **MVAC:** Methotrexate 30 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi

Vinblastine 3 mg/m² i.v. 2, 15 și 22 zi

Doxorubicin 30 mg/m² i.v. 2 zi

Cisplatin 70 mg/m² i.v. 2 zi

fiecare 4 săptămâni

- **MVEC** (ca și MVAC, dar cu înlocuirea Doxorubicin pe Epirubicin 50 mg/m² i.v. 2zi)
- **CMV**: Cisplatin 100 mg/m² i.v. 2 zi
Methotrexate 30 mg/m² i.v. 1, 8 zi
Vinblastine 4 mg/m² i.v. 1, 8 zi
fiecare 3 săptămâni
- **PC**: Paclitaxel 225 mg/m² i.v. 3 ore 1 zi
Carboplatin AUC 6 i.v. 1 zi
fiecare 3 săptămâni
- **CISCA**: Cyclophosphamide 650 mg/m² i.v. 1 zi
Doxorubicin 50 mg/m² i.v. 1 zi
Cisplatin 100 mg/m² i.v. 2 zi
fiecare 3-4 săptămâni
- **CAP**: Cyclophosphamide 400 mg/m² i.v. 1 zi
Doxorubicin 40 mg/m² i.v. 1 zi
Cisplatin 75 mg/m² i.v. 2 zi
fiecare 3 săptămâni
- **ITP**: Ifosfamide 1500 mg/m² i.v. 1-3 zi
Paclitaxel 200 mg/m² i.v. 3 ore 1 zi
Cisplatin 70 mg/m² i.v. 2 zi
Fiecare 3-4 săptămâni (se recomandă suport cu G-CSF)
- **CM**: Carboplatin AUC 5 i.v. 1 zi
Methotrexate 60 mg/m² i.v. 1 zi
fiecare 3 săptămâni
- **CGG**: Cisplatin 70 mg/m² i.v. 1 zi
Gemcitabine 1000 mg/m² i.v. 1, 8 zi
fiecare 3 săptămâni
Gefetinib 500 mg p.o. zilnic îndelungat

Monochimioterapie:

- **Gemcitabine** 1200 mg/m² i.v. 1, 8, 15 zi
fiecare 4 săptămâni
- **Paclitaxel** 250 mg/m² i.v. 24 ore 1 zi
fiecare 3 săptămâni
sau
Paclitaxel 80 mg/m² i.v. o oră 1 zi
săptămânal N3
fiecare 4 săptămâni
- Chimioterapia neoadjuvantă

Cu scop neoadjuvant pot fi considerate schemele **GC, CG, MVAC, MVEC, CMV, ITP (numărul ciclurilor va fi stabilit individual (3-6))** și schema **TGC**:

- **TGC**: Paclitaxel 200 mg/m² i.v. 3 ore 1 zi
Gemcitabine 800 mg/m² i.v. 1, 8 zi
Carboplatin AUC 5 i.v. 1 zi
Fiecare 3 săptămâni 3-6 cicluri
 - Chimioterapia adjuvantă
- Cu scop adjuvant pot fi considerate schemele **GC, CG, MVAC, MVEC, CMV (3-4 cicluri)**.

- Chimioterapie intravezicală:

- **Vaccin BCG** 50-100 mg o dată pe săptămână N6
- **Mitomycină** 40 mg o dată pe săptămână N6
- **Doxorubicin** 50 mg o dată pe săptămână N8
- **Epirubicin** 50 mg o dată pe săptămână N8
- **Tiotepă****60 mg/50 ml novocain 0,5% o dată 1-2 ori pe săptămână până la doza sumară 240 mg

Particularități de administrare ale unor medicamente citostatice:

Cisplatin – se va administra pe fon de hiperhidratare (prehidratare – până la 1 litru de soluție de clorură de sodiu de 0,9%, posthidratare – până la 1 litru de soluție de clorură de sodiu de 0,9%) cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT₃) și corticosteroizi.

Gemcitabin – se va administra în 250ml soluție de clorură de sodiu de 0,9% timp de 30min. cu aplicarea prealabilă de antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT₃) și corticosteroizi(dexametazon).

Paclitaxel – se va administra după premedicare: dexametazon 20mg i.m. cu 12 ore și 6 ore, apoi dimedrol 1%-5ml i.v., ranitidin 150mg p.o. – cu o dată prealabil; deasemenea prealabil se vor administra antiemetice specifice (inhibitori de receptori 5HT₃)

Mitomycină-antibiotic citostatic din grupa antibioticelor nonantraciclinice . În protocoalele internaționale este indicat ca preparatul de bază în chimioterapia profilactică interavezicală al CVU superficial.

*Tiotepă**-citostatic din grupa agenților alchilici. Este folosit ca alternativă în chimioterapia profilactică intravezicală în CVU.*

Criteriile de evaluare:

Eficacitatea nemijlocită:

1. Criterii recomandate de OMS (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).
2. Conform sistemului RECIST (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare, Avansare).

Rezultatele la distanță:

Durata remisiunilor,
Supraviețuirea fără semne de boală,
Timpul până la avansare,
Supraviețuirea medie.

Contraindicații pentru tratamentul chimioterapeutic:

- Lipsa verificării morfologice a maladei;
- Starea generală, ce nu permite efectuarea tratamentului specific;
- Prezența patologiilor concomitente pronunțate (decompensate);
- Indicii de laborator – în afara limitelor admisibile suficiente pentru efectuarea tratamentului specific;
- Lipsa acordului pacientului pentru efectuarea tratamentului specific antitumoral.

Aspecte tactice ale tratamentului medical:

- Cu scop adjuvant vor fi efectuate 6 cicluri de tratament
- În boala metastatică inițial vor fi evaluate cel puțin 2 cicluri de tratament.
- În caz de control al procesului, confirmat subiectiv și obiectiv (Remisiune completă, Remisiune parțială, Stabilizare), tratamentul va fi continuat cu aplicarea aceluiași regim până la 6-8 cicluri.
- În caz de avansare a procesului după aplicarea I linii de tratament în prezența indicațiilor respective vor fi recomandate scheme de tratament de linia II, III.
- În cazul înregistrării simptomelor de toxicitate insuportabilă se va recurge la optimizarea tratamentului de suport și/sau corecția dozelor preparatelor aplicate conform principiilor contemporane acceptate. Dacă aceste măsuri vor fi ineficiente, în cazul prezenței indicațiilor respective, planul tratamentului va fi modificat.

C.2.5.7. Evoluția și prognosticul

Evoluția și prognosticul depind în cea mai mare măsură de stadiul CVU în care pacientul este tratat. Astfel, în stadiul Tis-1N0M0 supraviețuirea la 5 ani atinge cifrele 92-95%, în stadiul T2N0M0 – 51-65%, în stadiile T1-4N1-2M0 – 27-50%, iar în stadiul T1-4N0-2M1 – mai puțin de 5%.

C.2.5.8. Supravegherea pacienților

Caseta 18. Supravegherea pacienților cu CVU

- Pacienții se vor afla în supravegherea medicului de familie, oncologului, urologului.
- **Regimul de Supraveghere:**
 - Pentru tumori neinvazive:
Pacienții cu risc scăzut - vor fi văzuți la a 3-a lună p/o; apoi la a 9-a lună p/o; apoi anual 5 ani.
Pacienții cu risc înalt de recidivă și progresie - fiecare 3 luni doi ani; fiecare 4 luni la al 3-lea an; fiecare 6 luni până la al 5-lea an, apoi anual.
 - Pentru tumori invazive: fiecare 3 luni primii 2 ani; apoi fiecare 6 luni al 3-lea an; apoi anual.
- **Volumul examenărilor:**
 - examenul fizic (inspecția generală, palparea abdomenului și ariilor ganglionare, tușeul rectal etc.);
 - paraclinice (la indicații)
 - cistoscopia conform regimului de supraveghere (vezi precedentă)
 - citologia urinară pentru tumori cu risc înalt, ori invazive - conform regimului de supraveghere
 - radiografia cutiei toracice (1 dată în an);
 - USG VU extinse, rinichilor, ganglionilor limfatici regionali - conform regimului de supraveghere;
 - investigații suplimentare la indicații (TC a organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal; FGDS; R-grama radionuclidă; urografia intravenoasă; fibrobronhoscopia etc.) și consultația specialiștilor (ginecolog, proctolog, etc.).

Notă. Nu există date convingătoare, care confirmă necesitatea investigațiilor regulate după un tratament paliativ reușit efectuat pacienților cu cancer de VU metastatic. Sunt recomandate vizite numai în prezența simptomelor corespunzătoare. Investigațiile de laborator și instrumentale de asemenea se recomandă la apariția simptomelor de avansare cu condiția posibilității tratamentului paliativ ulterior.

C.2.6. Stările de urgență

Caseta 19. Stările de urgență în CVU

- **Retenție acută de urină.** Cateterism urinar, ori epicistostomie. Ulterior pregătire pentru intervenție radicală.
- **Hemoragie din VU cu tamponada totală a VU(cînd volumul VU este ocupat total de un chag sangvin.) :** Cistotomie cu evacuarea chiagurilor , epicistostomie permanentă în caz de CVU neoperabil după răspîndirea locală și la distanță ori după statutul somatic , hemostază prin rezecția peretelui afectat tumoral , ori cist prostatectomie de salvaj cu ureterocutaneostomie.
- **Hemoragie din VU cu tamponada parțială a VU(cînd volumul VU este mixt, în marea parte fiind urină, blocată de un chiag mic).** 1-ma etapă-încercare de detamponare conservativă- evacuarea chiagurilor prin cateterism uretral cu lavaj ulterior al VU si hemostază medicamentoasă. In caz de insucces: RTUv de urgență cu evacuarea chiagului, vizualizarea tumorii , rezecția radicală ori paliativă endoscopică a tumorii cu scop hemostatic, curativ ori diagnostic.
- **Blocul infrarenal bilateral** .Ca I-a etapă se recomandă nefrostomie percutană bilaterală cu deciderea tacticii de tratament ulterior(posibilitate de cistectomie radicală). În caz de lipsă de aparataj este recomandată cistectomia de salvaj(dacă VU este operabilă, si statul somatic permite) cu ureterocutaneostomie bilaterală; ori doar ureterocutaneostomie bilaterală(dacă cistectomia nu poate fi practică)
- **Ruptură de VU extra ori intraperitoneal pe fon de CVU :** Cistectomie de salvaj ori epicistostomie cu drenarea spațiului paravezical,hemostază- în caz de ruptură extraperitoneală. Laparotomie, lavaj, drenare, dializă peritoneală, suturarea defectului VU cu epicistostomie; ori cistectomie de salvaj cu ureterocutaneostomie bilaterală- pentru o ruptură intraperitoneală.

C.2.7. Complicațiile

Caseta 20. Complicațiile CVU

- Bloc infrarenal prin concreștere ureterală, uni- ori bilateral, cu ori fără IR(insuficiență renală)
- Retenție ori incontinență de urină(în caz de afectarea colului VU)
- Paracistită tumorală
- Ruptură de VU pe fon de CVU intra- ori extraperitoneal.
- Hemoragie cu tamponada VU; cu anemizare profundă.

D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI

D.2. Secțiile consultativ-diagnostice	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medic urolog • medic de laborator clinic și biochimic • medic patomorfolog/citolog • medic endoscopist • medic imagist • oncolog • asistente medicale • laborant cu studii medii în laboratorul clinic și biochimic
	Dispozitive medicale: <ul style="list-style-type: none"> • cabinet urologic dotat conform standartelor(cistoscop rigid ori flexibil cu posibilități de biopsie endoscopică) • cabinet radiologic/USG
	Medicamente: Preparate pentru tratament simptomatic <ul style="list-style-type: none"> * Analgezice * Antiemetice * Hemostatice * Spasmolitice
D.4. Secțiile cliniceal IMSP Institutul Oncologic	Personal: <ul style="list-style-type: none"> • medici urologi • medici radiologi • medici chimioterapeuți • medici radioterapeuți • medici de laborator clinic și biochimic • medici patomorfologi și citologi • medici imagiști • medici endoscopiști • asistente medicale • medici specialiști în diagnostic funcțional
	Dispozitive medicale: aparate sau acces pentru efectuarea examinărilor și procedurilor: Set de aparate și utilaj pentru asistența perioperatorie în efectuarea intervențiilor chirurgicale deschise ori endoscopice radicale, paliative, combinate, urgente, seriate, reconstructive Instalație pentru RT <ul style="list-style-type: none"> • cabinet endoscopic (Cistoscop rigid ori flexibil etc.) • cabinet radiologic/USG și USG transrectală/TC a organelor cavității abdominale, spațiului retroperitoneal/renograma radionuclidă/urografia intravenoasă etc. • laborator citologic și patomorfologic • tonometru/fonendoscop/electrocardiograf/spirometru

	<p>Medicamente: Set medicamentos pentru asistența perioperatorie în efectuarea intervențiilor chirurgicale radicale, paliative, combinate, urgente, seriate, reconstructive</p> <p>Preparate pentru tratament simptomatic:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ analgezice ✓ spasmolitice ✓ antiemetice etc. <p>Preparate pentru PChT:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cisplatinul ✓ Vinblastin ✓ Metotrexat ✓ doxorubicin ✓ Mitomicin-C ✓ Paclitaxel ✓ Ciclofosfamid ✓ Gemcitabin ✓ Carboplatin ✓ Vaccin BCG ✓ Epirubicin ✓ agenți cu acțiune pe ținte moleculare (EGF, VEGF, inhibitori COX2).
--	--

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI

No	Scopul protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calcul a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	A îmbunătăți rezultatele tratamentul radical al pacienților cu CVU.	4.1. Proporția pacienților tratați radical de CVU ce supraviețuiesc cu și fără progresarea maladiei canceroase perioada de 5 ani după tratament.	Numărul pacienților tratați radical de CVU ce supraviețuiesc cu și fără progresarea maladiei canceroase perioada de 5 ani după tratament.	Numărul pacienților tratați radical de CVU ce au decedat din cauza progresării maladiei canceroase în primii 5 ani după tratament.
2.	A îmbunătăți rezultatele tratamentul paliativ al pacienților cu CVU.	5.1. Proporția pacienților tratați paliativ de CVU ce supraviețuiesc diferite perioade de timp după tratament.	Numărul pacienților tratați paliativ de CVU ce supraviețuiesc diferite perioade de timp după tratament.	Numărul pacienților tratați paliativ de CVU ce au decedat în diferite perioade de timp după tratament.
3.	A îmbunătăți rezultatele tratamentul radical și paliativ al pacienților cu CVU.	4.1. Prevalența /Proporția pacienților ce sunt în viață cu diagnosticul de CVU la 100 000 populație.	Numărul pacienților cu diagnosticul de CVU ce sunt în viață la sfârșitul anului de studiu.	Numărul populației Republicii Moldova.

F. ASPECTE MEDICO-ORGANIZAȚIONALE

F.1. Indicațiile (criteriile) de trimitere a pacientului

Transferul în alte secții (transferul intern și transferul extern) a pacienților cu CVU:

Indicații (criterii) de transfer	Transferul (destinația)	Persoanele de contact
Agravarea stării pacientului cu CVU	IMSP Institutul Oncologic Secția Anesteziologie și Terapie Intensivă	Nr.tel: 022 85 23 18 Intern: 317
Caz suspectat/confirmat de TBC la pacient	IMSP IFP „Chiril Draganiuc” Secția consultativă str. C.Vîrnab 13	Șef secție consultativă Nr. tel:
În caz de necesitate tratamentului chimioterapic conform standartelor (după consultația chimioterapeutului)	IMSP Institutul Oncologic Secția Oncologie Medicală 1 Secția Oncologie Medicală 2 Secția Oncologie Medicală 3	Nr. tel: 022 85 26 09 Nr. tel: 022 85 23 47 Nr. tel: 022 85 23 50 Nr. tel: 022 85 24 63
În caz de necesitate tratamentului radioterapic conform standartelor (după consultația radioterapeutului)	IMSP Institutul Oncologic Secția Radiologie Oncologică 1 Secția Radiologie Oncologică 2 Secția Radiologie Oncologică 3	Nr. tel: 022 85 23 28 Nr. tel: 022 85 23 37 Nr. tel: 022 85 23 39

Procedura generală de transfer a pacientului cu CVU:

1. Medicul curant informează șeful secției despre: agravarea stării, necesitatea tratamentului specific chimioterapic, radioterapic, depistarea TBC.
2. Șeful secției consultă pacientul în comun cu medicul curant.
3. În caz de transfer intern, șeful secției invită consultantul din secția respectivă și se ia decizia corespunzătoare.
5. În caz de transfer în altă instituție, prin intermediul șefului secției se informează Vice directorul chirurgie oncologică despre cazul respectiv.
6. Vice directorul chirurgie oncologică invită consultant din instituția competentă externă pentru determinarea tacticii ulterioare de tratament sau transfer în altă instituție, la necesitate.
7. Se convoacă consiliul medical în componență: directorul IMSP Institutul Oncologic, vice director chirurgie oncologică, șeful secției, medicul curant, consultantul invitat și alți specialiști de profil (la necesitate).
8. Medicul curant scrie epicriza de transfer (pentru transfer intern – forma 003e; pentru transfer extern – forma 027e), care va include obligatoriu: datele de pașaport, diagnosticul, starea pacientului, date despre evoluția bolii, rezultatele investigațiilor, tratamentul administrat, concluzia consiliului cu argumentarea necesității transferului, recomandări.

F.2. Cerințele privind necesitatea investigațiilor de diagnostic a pacientului în alte subdiviziuni medicale (centre/instituții) și modalitatea pregătirii către investigații respective

Investigații petrecute pacienților cu CVU:

Investigația	Instituția unde se efectuează	Persoanele de contact
CT toracelui cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT abdomenului	Instituțiile contractate	Serviciu programare
ECO cordului	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Scanarea scheletului osos	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Renografia cu izotopi	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT abdomenului cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
CT pelvisului cu/fără angiografie	Instituțiile contractate	Serviciu programare
Rezonanța magnitonucleară (RMN) a	Instituțiile contractate	Serviciu programare

abdomenului și/sau pelvisului		
-------------------------------	--	--

CT toracelui cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT toracelui cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT toracelui cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

CT abdomenului cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT abdomenului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT abdomenului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

ECO cordului:

1. Necesitatea efectuării ECO cordului va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea ECO cordului și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Scanarea scheletului osos:

1. Necesitatea efectuării scanării scheletului osos va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea scanării scheletului osos și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Renografia cu izotopi:

1. Necesitatea efectuării renografiei cu izotopi va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea renografiei cu izotopi și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

CT pelvisului cu/fără angiografie:

1. Necesitatea efectuării CT pelvisului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea CT pelvisului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

Rezonanța magnitonucleară (RMN) cu/fără angiografie a abdomenului și/sau pelvisului

1. Necesitatea efectuării RMN abdomenului și/sau pelvisului cu/fără angiografie va fi argumentată de către consiliul medical.
2. Pacientul se trimite cu îndreptare (forma 027e), care obligatoriu include diagnosticul, argumentarea RMN a abdomenului și/sau pelvisului cu/fără angiografie și numărul poliței de asigurare. Îndreptarea se completează de medicul curant.

F.3. Cerințele față de conținutul, perfectarea și transmiterea documentației medicale pentru trimiterea pacientului și/sau probelor de laborator

1. Pentru efectuarea investigațiilor în altă instituție (care necesită prezența pacientului), se eliberează, de către medicul curant îndreptare, care va include obligatoriu date de pașaport a pacientului, diagnosticul, argumentarea procedurii și numărul poliței de asigurare (forma 027e)
2. Pentru efectuarea investigațiilor în alte instituții (care nu necesită prezența pacientului) materialul biologic va fi însoțit de forma standardă de îndreptare și transportat de către IMSP Institutul Oncologic.
3. Pentru consultații în alte instituții, medicul curant argumentează necesitatea efectuării consultației în forma 003e. Consultația preventiv se coordonează prin șeful secției sau vice director pe profil chirurgical. Pacientul este însoțit de către personalul medical, care este responsabil de documentația medicală.

F.4. Ordinea de asigurare a circulației documentației medicale, inclusiv întoarcerea în instituție la locul de observare sau investigare

1. În contract cu instituțiile subcontractate este menționat modalitatea de expediere și recepționare a rezultatelor

F.5. Ordinea instruirii pacientului cu privire la scopul transferului la alt nivel de asistență medicală.

1. Pacientul este informat de către medicul curant despre necesitatea transferului la alt nivel de asistență medicală (transfer intern sau extern). Transferul se efectuează cu acordul informat al pacientului.

F.6. Ordinea instruirii pacientului cu privire la acțiunile necesare la întoarcere pentru evidența ulterioară

1. Extrasul (forma 027/e și 027-1/e) obligatoriu va include recomandări pentru pacient. De asemenea pacientul va beneficia de Ghidul pacientului cu CVU (Anexa 1).

Ghid pentru pacientul cu cancer al vezicii urinare (CVU)

Cuprins

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați
Cancerul vezicii urinare
Diagnosticul CVU
Tratamentul CVU

Întroducere

Acest ghid descrie asistența medicală și tratamentul persoanelor cu CVU în cadrul sistemului de sănătate din Republica Moldova. Aici se explică indicațiile, adresate persoanelor cu CVU, dar poate fi util și pentru familiile acestora și pentru cei care doresc să afle mai multe despre această afecțiune.

Ghidul vă va ajuta să înțelegeți mai bine opțiunile de conduită și tratament care trebuie să fie disponibile în Sistemului de Sănătate.

Indicațiile din ghidul pentru pacient acoperă:

- ✓ modul în care medicul trebuie să stabilească dacă o persoană are CVU
- ✓ modul în care pacientul poate evita, suspecta CVU sau poate favoriza stabilirea precoce a diagnosticului de CVU
- ✓ factorii de risc pentru dezvoltarea CVU, manifestările clinice ale maladii
- ✓ metodele de tratament modern în CVU
- ✓ modul în care trebuie să fie supravegheat un pacient cu CVU.

Asistența medicală de care trebuie să beneficiați

Tratamentul și asistența medicală de care beneficiați trebuie să fie în deplin volum. Aveți dreptul să fiți informat și să luați decizii împreună cu personalul medical care vă tratează. În acest scop, personalul medical trebuie să vă ofere informații pe care să le înțelegeți și care să fie relevante pentru starea Dvs. Tot personalul medical trebuie să vă trateze cu respect, sensibilitate, înțelegere și să vă explice simplu și clar ce este CVU și care este tratamentul cel mai potrivit pentru Dvs.

Cancerul vezicii urinare.

Cancerul vezicii urinare(CVU) – este definit ca o aglomerare de celule cu morfologie anormală, care apar la nivelul vezicii urinare și cresc rapid cu formarea diferitor mase, numite tumori. CVU se dezvoltă în toate grupurile de vîrstă, dar cel mai des se întîlnește la persoanele peste 50 de ani. CVU este frecvent în toate țările lumii cu o creștere semnificativă a morbidității în țările economic dezvoltate.

Cauzele dezvoltării CVU pot fi următoarele:

- **Vîrsta.** Riscul de apariție a CVU crește considerabil după vîrsta de 50 de ani. Majoritatea persoanelor diagnosticate cu acest tip de cancer au peste 50 de ani, odată cu înaintarea în vîrstă riscul crescînd exponențial.
- **Istoricul medical familial (antecedentele heredo-colaterale).** Persoanele care au o rudă de gradul întîi (parinți, frați, surori, copii) cu CVU, au un risc crescut de a dezvolta și ei boala. De asemenea, riscul de apariție a tumorii este corelat cu vîrsta la care aceasta a fost diagnosticată la membrii familiei. Un istoric familial cu risc extrem de crescut pentru apariția CVU, este caracterizat prin următoarele:
 - cel puțin 3 cazuri de CVU în familie, dintre care cel puțin un caz este o rudă de gradul întîi (parinte, frate, sora);
 - CVU familial, diagnosticat în două generații succesive (tată-fiu);

- CVU la o ruda de gradul întâi, apărut înaintea vârstei de 50 de ani.
- **Istoricul medical personal.** Riscul de a dezvolta CVU crește în următoarele situații:
 - istoric personal pozitiv pentru neoplasm vezical;
 - infecțiile cronice recidivante al tractulu iurinar.
 - istoric personal pozitiv pentru alte tipuri de neoplasme, precum, cancerul ovarian, cancerul de endometru sau de sân;
 - adenomul de prostată cu obstrucție infravezicală
 - radioterapia abdomenului și pelvisului.
- **Alimentația.** Persoanele cu o alimentație bogată în calorii, predominant proteică sau lipidică (în special lipide de origine animală), dietele sărace în calciu, consumul redus de lichide, cresc riscul apariției cancerului de vezică.
- **Fumatul.** Cercetările au arătat că fumatul (în special consumul exagerat de tutun) crește riscul de neoplasm vezical.
- **Activitatea fizică.** Sedentarismul, lipsa exercițiului fizic regulat, asociate deseori și cu obezitatea, cresc riscul apariției CVU.
- **Greutatea corporală.** Persoanele supraponderale au un risc crescut de a dezvolta CVU. Persoanele cu exces de țesut adipos abdominal (obezitate de tip masculin), au un risc mai mare de apariție a cancerului decât persoanele cu țesut adipos excesiv reprezentat la nivelul bazinului și coapselor (obezitate de tip feminin).
- **Consumul de alcool.** Persoanele care consumă mai mult de 2 băuturi alcoolice zilnic (în special țările) au un risc crescut pentru neoplasmul vezical.

Cunoașterea cauzelor dezvoltării CVU are o mare importanță practică, deoarece acestea pot impune cercetările îndreptate spre diagnosticul precoce al CVU, al maladiilor precanceroase. De asemenea, pentru evitarea dezvoltării CVU, în grupurile de risc este necesar de efectuat profilaxia primară și secundară.

Tineți minte: Pentru prevenirea cancerului vezicii urinare urmați recomandările:

- păstrați o greutate normală, evitați obezitatea;
- alimentați-vă sănătos: consumați o varietate cât mai mari de alimente bogate în fibre vegetale, în special fructe, legume, pește și cereale, reduceți cantitatea de grăsimi de origine animală;
- utilizați suplimentele alimentare bogate în acid folic și calciu;
- reduceți cantitatea de alcool consumată;
- abandonați cât mai rapid fumatul;
- mențineți o activitatea fizică dozată conform vârstei și altor patologii;
- efectuați conform indicațiilor specialistului urolog tratamentul chirurgical (endoscopic) și medicamentos al maladiilor precanceroase și de fond (cistitele ulcerose și proliferative, urolitiază; diateza urică..).

Manifestările CVU

CVU se manifestă prin următoarele semne clinice:

Semnele generale (fatigabilitate, slăbiciune generală, anemie, scădere ponderală, lipsa poftei de mâncare etc.);

Semnele clinice ale CVU (urina cu aspect sangvinolent (hematurie) în diferite proporții de la spălături de carne, pînă la elimenări de chiaguri și retenție de urină prin tamponada VU; micții dese în cantități mici, incontinență de urină, dureri suprapubiene, dureri la micție, după micție, tumoare palpabilă suprapubiană ori transrectal.

Semnele clinice de concreștere în alte organe (deregări al pasajului intestinal;dureri pelvine.)

Dacă observați unele din aceste manifestări clinice la Dstră, nu ezitați, adresați-vă medicului.

Tineți minte: Succesul tratamentului în CVU este în dependență directă de stadiul în care este stabilit diagnosticul, iar tratamentul în stadiile incipiente oferă șansa de vindecare completă la 92-95% pacienți.

Diagnosticul de CVU se stabilește în baza anamnezei, manifestărilor clinice și este confirmat prin cercetările USG; radiologice: policistografie; UIV cu cistografie descendentă și endoscopice (cistoscopie cu biopsie, RTUv) completate de examenul patomorfologic (citologic și histologic).

Pentru a evita dezvoltarea și pentru a favoriza diagnosticul timpuriu al CVU este suficient de efectuat următoarele investigații:

- USG; Analiza generală de urină - anual sau
- Citologie exfoliativă - o dată la 2 ani sau
- cistoscopie - o dată la 3-4 ani sau
- UIV - o dată la 5 ani.

După obținerea rezultatelor investigațiilor efectuate medicul trebuie să discute rezultatele cu Dvs. și să vă comunice modalitatea tratamentului.

Tratamentul

Scopul tratamentului radical în CVU constă în vindecarea pacientului prin înlăturarea tumorii maligne vezicale în limitele țesuturilor normale, conform standartelor internaționale de tratament în CVU.

Metoda principală de tratament radical în CVU este cea chirurgicală. Intervenția chirurgicală poate fi în câteva etape, uneori poate fi finalizată cu derivații urinare cutanate în diferite variante. Medicul curant Vă va informa despre toate posibilitățile și metodele tratamentului pînă la începerea lui. După tratament medicul Vă va informa despre termenii și modalitățile de control ulterior, despre recomandările care trebuie să le urmați.

În tratamentul CVU se indică de asemenea radioterapia în diferite variante și chimioterapia conform diverselor scheme. Aceste metode de tratament uneori sunt însoțite de efecte adverse, care Vă vor fi explicate de către medicul curant.

BIBLIOGRAFIE

1. Health Care Guideline for patients and families: Preventive services for children and adolescents. Institute for Clinical System Improvement. October 2007.
2. Identification, diagnosis, and management of anemia in adult ambulatory patients treated by primary care physicians: evidence-based and consensus recommendations. National Anemia Action Council - Private Nonprofit Research Organization. 2006 Feb. 11 pages. NGC:005320
3. Gluck G, Sinescu I. Valoarea limfodisectiei pelvine si tratamentul adjuvant asociate cistectomiei pentru cancerul vezicii urinare. Revista Romana de Urologie 20-26, 2007
4. Renaudin K, Moreau A, Buzelin F. Definition et classification de tumeurs infiltrantes de vessie. „Progres en Urologie” 12-5, 2008
5. Stein J, Skinner D. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer. J Clin Oncol 2010 Feb(2) 3-66-75
6. Yogoda A. Neoadjuvant chemotherapy in bladder cancer. Ed. Livingstone 87-123. 2008
7. Stenberg C. A critical review of the management of bladder cancer. ESU Course Brussels 2007
8. Novick A, Stream S., Stewards Operative Urologi. Ed. Williams 495-502. 2009
9. Corcimaru I.T. Anemia fierodeficitara // Anemiile, 2003; 17-54
10. Corcimaru I.T., Musteață L.Z., Robu M.V. Diagnosticul diferențial și tratamentul anemiilor (Recomandări metodice). – Chișinău, 1997.