Zbigniew Jabłonowski

Problemy w diagnostyce i leczeniu raka pęcherza moczowego u mężczyzn w Polsce

Uniwersytet Medyczny w Łodzi, I Klinika Urologii
Kierownik Kliniki: prof. Marek Sosnowski

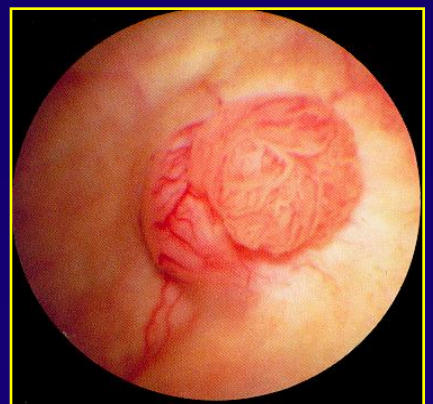
Rak pęcherza moczowego (RPM)

➔ 30% nowotworów układu moczowo-płciowego

➔ 6% chorych na nowotwory złośliwe

➔ Polska ➔ wzrost zachorowań 1991-2006 (15 lat) aż o 59%!

➔ Polska ➔ 3 miejsce w Europie pod względem umieralności na RPM



Rak pęcherza moczowego (RPM)

Polska 2008 ➔ ok. 6 tys. nowych zachorowań

3 najczęstszy nowotwór złośliwy u mężczyzn

Mężczyźni: 6 najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworu

Kobiety: 10-12 najczęstsza przyczyna zgonów z powodu nowotworów

Rak pęcherza moczowego - epidemiologia

- ➔ zapadalność mężczyzn i kobiet w Polsce 4:1
- ➔ lecz - bardziej dynamiczny wzrost zapadalności kobiet (o 86%, tempo=5,8% rocznie) niż mężczyzn (o 36%, tempo=2,4% rocznie)
- ➔ Wiek –najczęściej 65-75 rż (32% zachorowań)

RPM ➔ 2-gi (po raku stercza) nowotwór złośliwy układu moczowego u mężczyzn

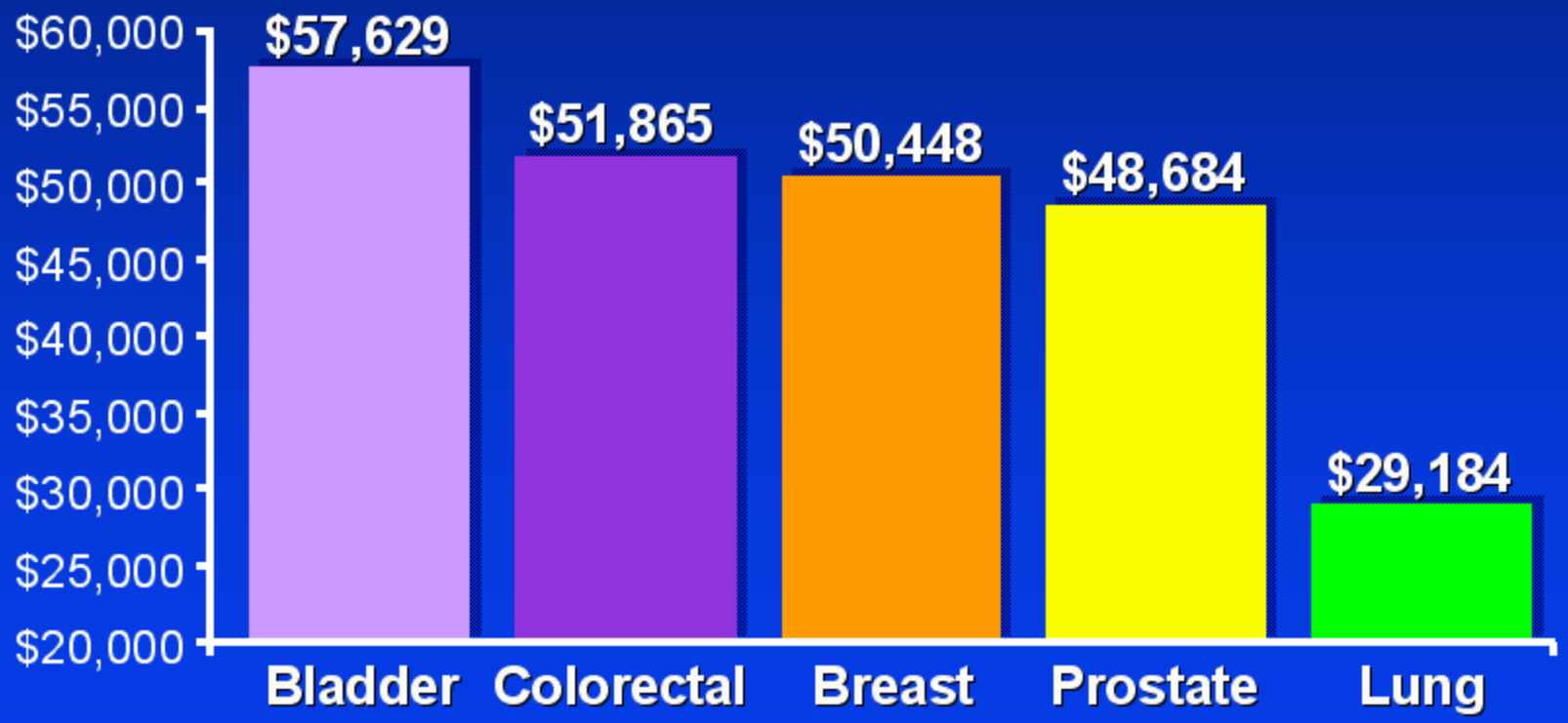
Rak pęcherza moczowego

- 70 % chorych – rozpoznaje się nienaciekający (poprzednio: powierzchowny) rak pęcherza moczowego (NNRPM)
- 30% chorych na raka pęcherza moczowego występuje postać naciekającą nowotworu (NRPM) lub obecność przerzutów
- u dalszych 30 % chorych z rozpoznanym początkowo NNRPM rozwinie się postać naciekająca nowotworu
- u 88 % chorych na NNRPM dojdzie do wznowy w ciągu 15 lat

Cancer Care Economics in the US

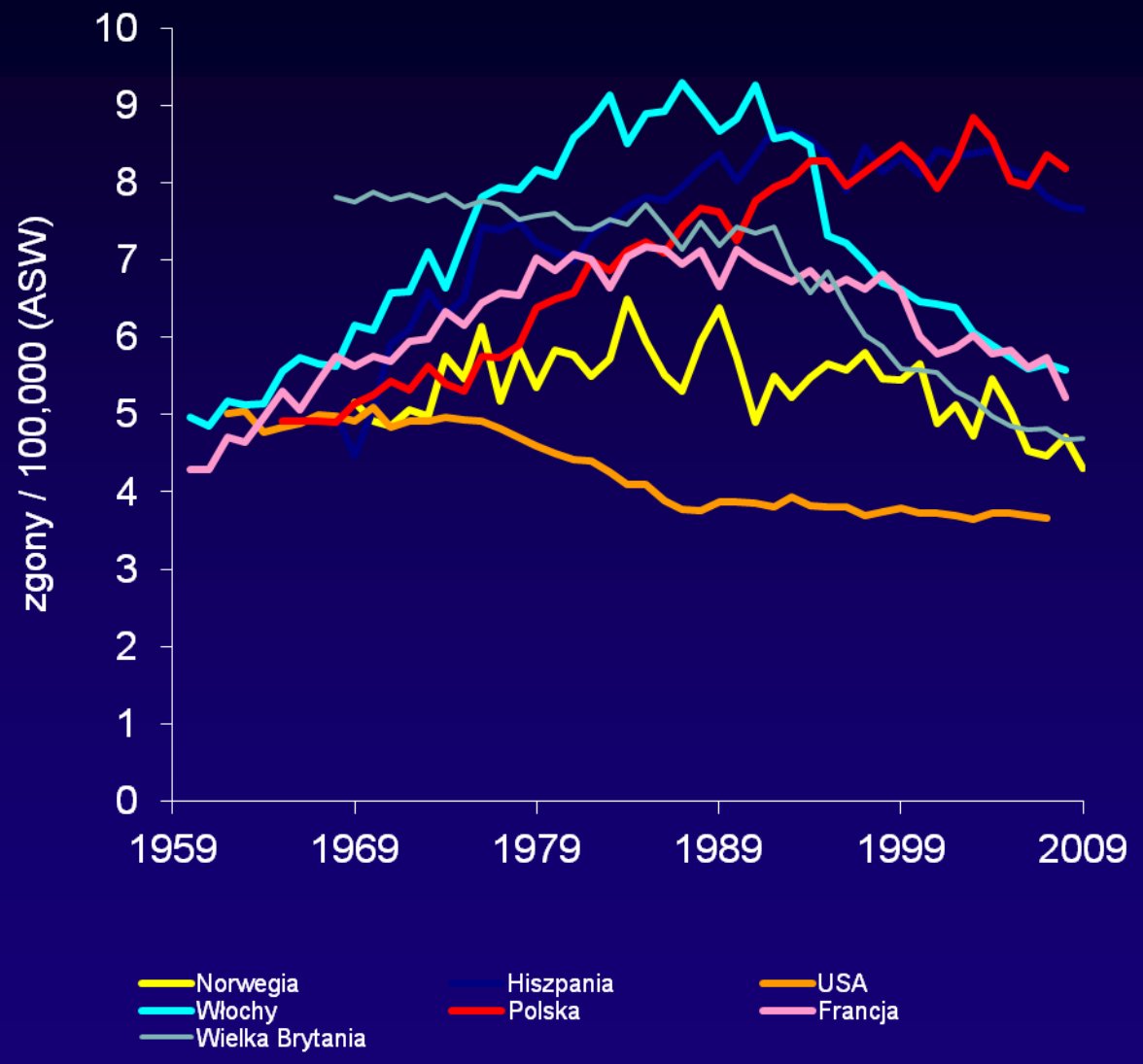
Current Standard of Care Is Aimed at Managing Risk of Recurrence

Total Medicare Payments (1990 $) Per Patient From Diagnosis to Death by Cancer Type

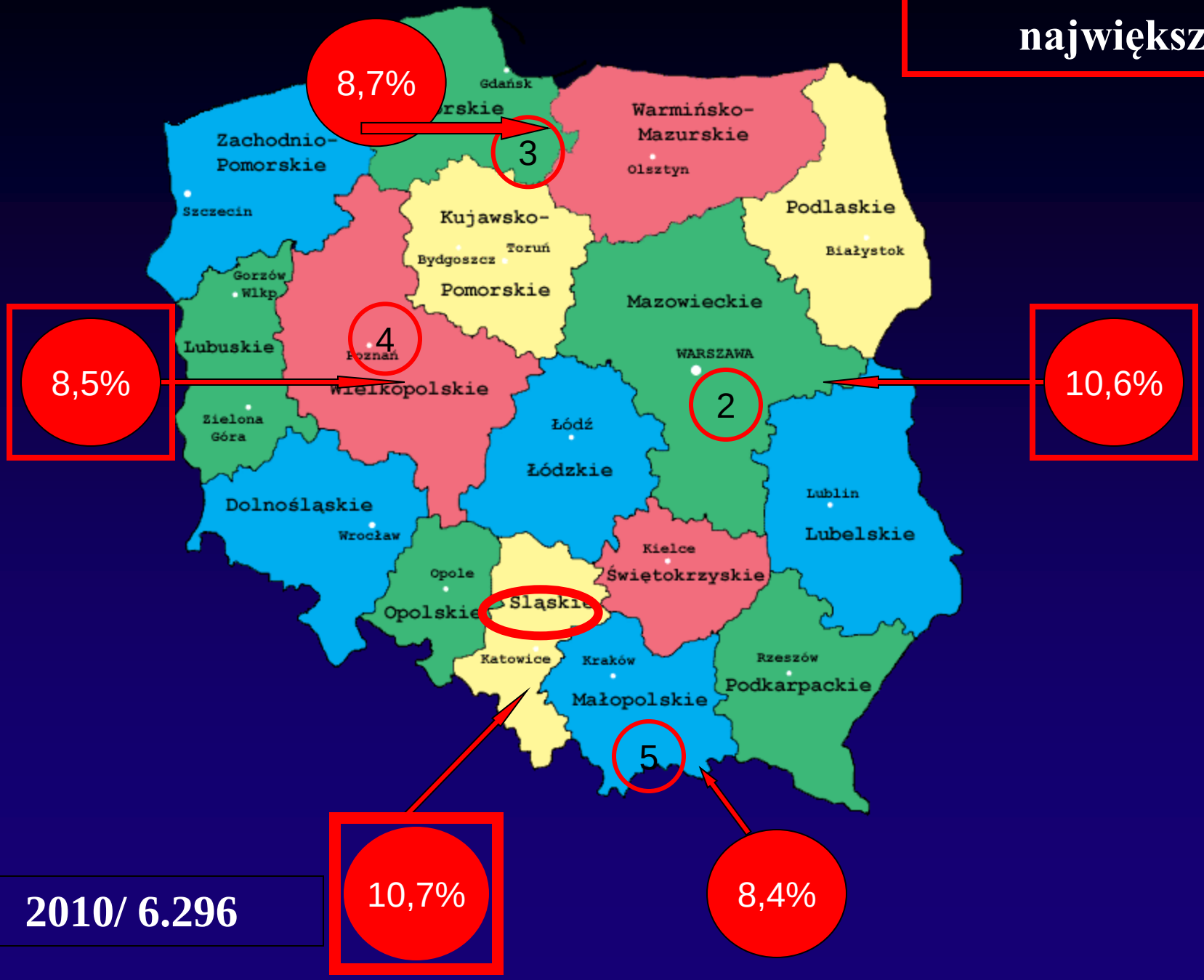


Riley G, et al. *Med Care.* 1995;33:828. © Lippincott Williams & Wilkins.

Trendy umieralności na nowotwory pęcherza moczowego - wybrane kraje



Odsetki największe



2010/ 6.296

Rak pęcherza moczowego. Ocena zaawansowania miejscowego

Zaawansowanie miejscowe

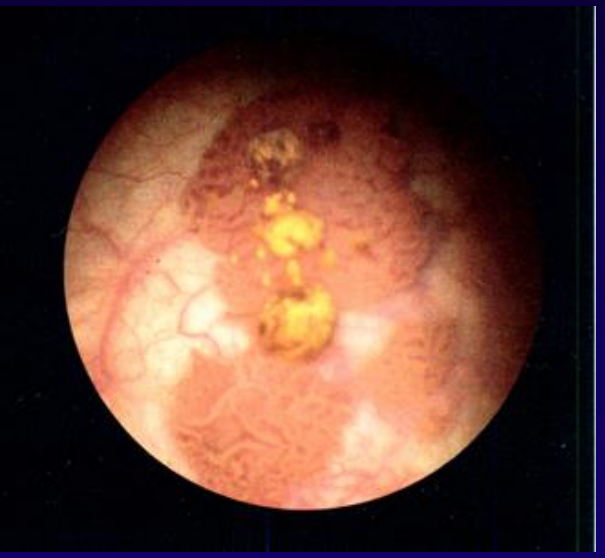
- nienaciekające (non-muscle invasive, dawniej: powierzchowne - superficial) – Tis, Ta, T1
- naciekające (muscle-invasive, infiltrative)–T2, T3, T4

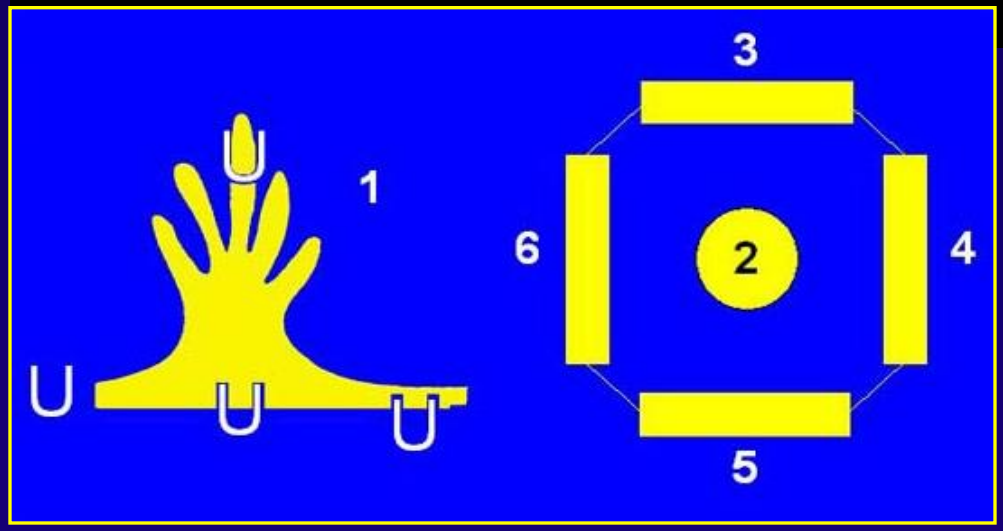
kwalifikacja na podstawie: ***1. cystoskopii,*** *2. elektroresekcji przezcewkowej (TUR), 3. badań obrazowych, 4. badania histopatologicznego*

Rak pęcherza moczowego. Diagnostyka – cystoskopia, TURBT

cystoskopia i TURBT ► dostarcza informacji nt. zaawansowania procesu nowotworowego

►





Rak pęcherza moczowego. Diagnostyka - obowiązkowa ocena histopatologiczna

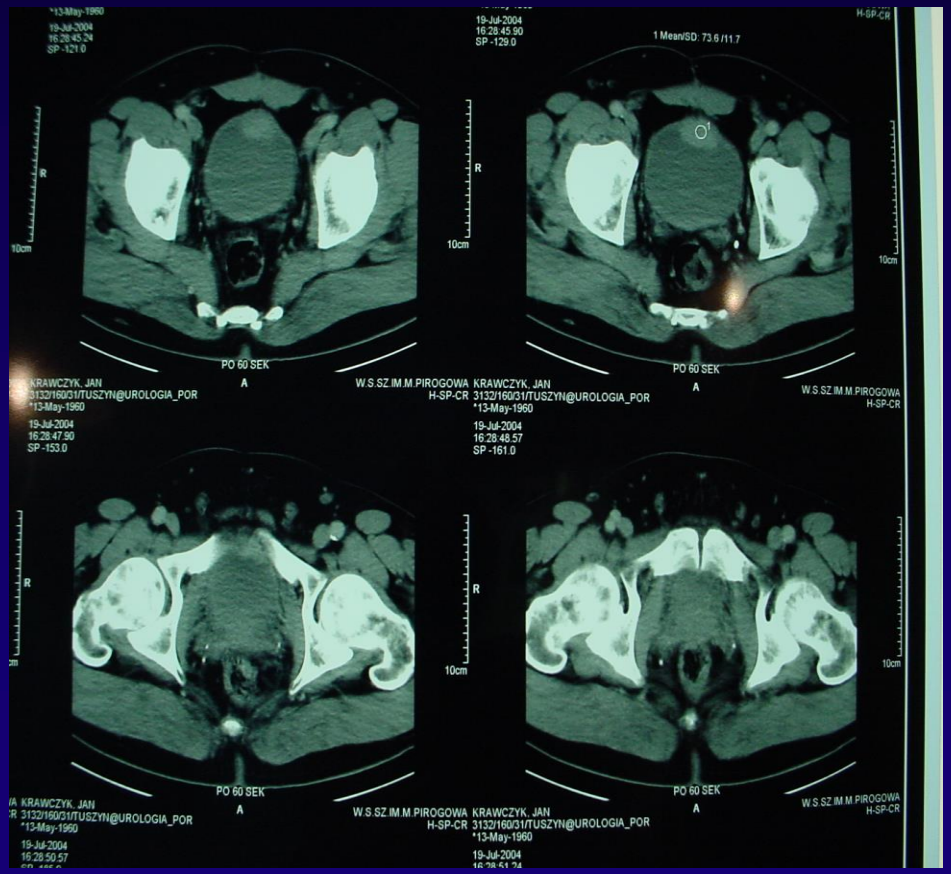
- ocena głębokości naciekania

- ocena marginesów odcięcia

- określenie podtypu histopatologicznego TCC

1. rak drobnokomórkowy-small cell ca,
2. rak z komórek wrzecionowatych-spindle cell ca,
3. rak przejściowokomórkowy z różnicowaniem gruczołowym, trofoblastycznym lub kolczystokomórkowym

Rak pęcherza moczowego. Diagnostyka – urografia, TK



Rak pęcherza moczowego

OCENA STOPNIA ZAAWANSOWANIA (staging) i STOPNIA ZŁOŚLIWOŚCI (grade)

⇓

KLUCZ DO WŁAŚCIWEGO WYBORU ODPOWIEDNIEJ METODY LECZENIA

RAK PĘCHERZA MOCZOWEGO W POLSCE

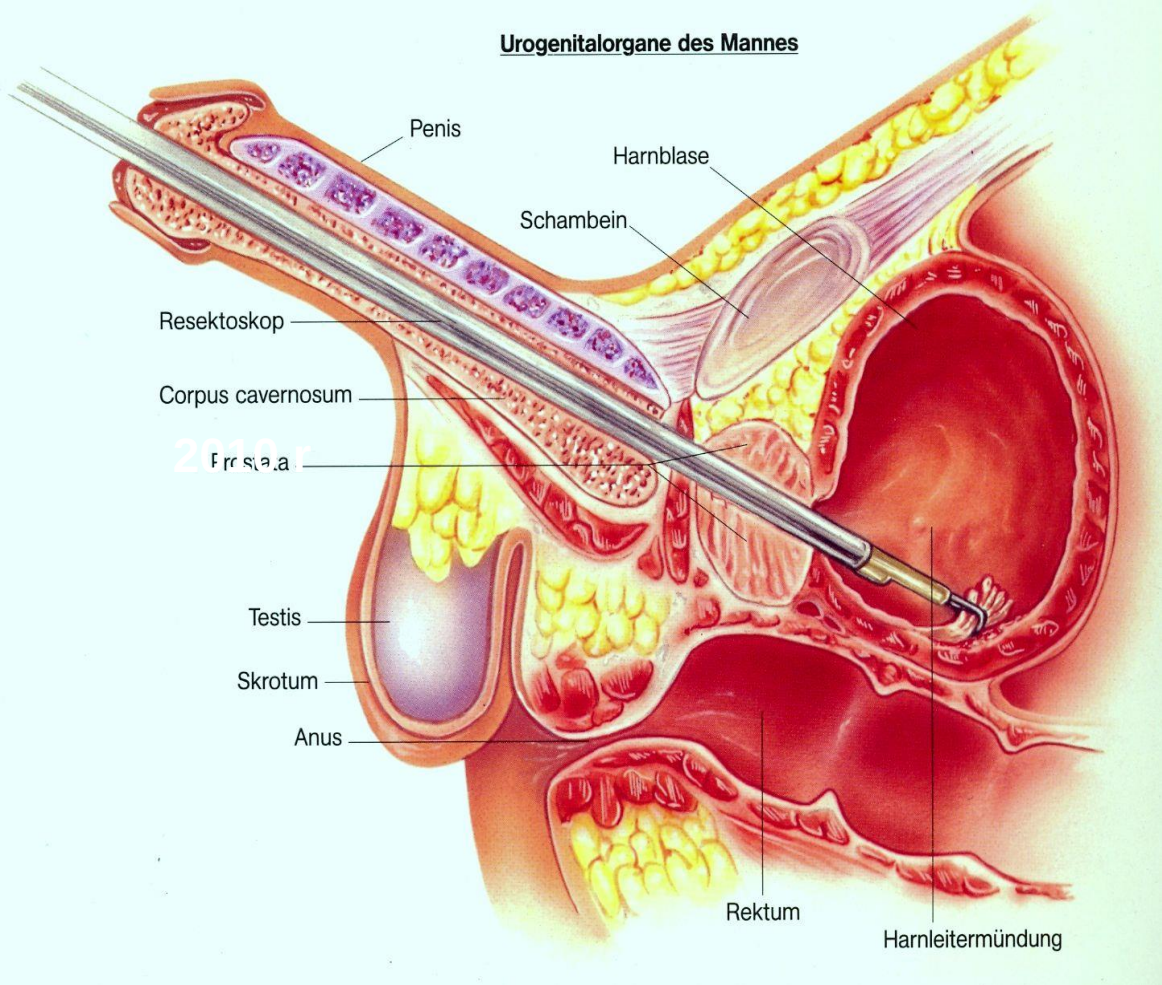
Leczenie zabiegowe w 2010 roku

1 TURBT- 23 250

2 CYSTEKTOMII 1537

KONSULTANT KRAJOWY

Prof. A. Borówka



Rak pęcherza moczowego

Problemy:

- wczesne wykrywanie (badania przesiewowe? u kogo? jakie?)
- wczesne wykrywanie nawrotów –komu częściej wykonywać cystoskopię?
  -jak poprawić wyniki cystoskopii?
- wczesne wykrywanie i przewidywanie progresji miejscowej – komu zaproponować cystektomię?

Rak pęcherza moczowego

Problemy:

➔ medyczne

➔ formalne (organizacyjne, urzędowe)

Rak pęcherza moczowego

Problemy „urzędowe”

➔ b.niska wycena cystoskopii przez NFZ:
Cystoskopia – 5 pkt. ok. 250,-zł
Gastroskopia – 33 pkt., podobnie kolonoskopia, rektoskopia

➔ plany NFZ ► cystoskopia w poradniach (z jeszcze niższą wyceną)

Problemy „urzędowe” c.d.

➔ Unia Europejska (większość państw) –cystoskopia wykonywana narzędziami giętkimi:

- ► mniejszy uraz,
- ► większa dokładność

➔ Polska ► cystoskopia narzędziami sztywnymi u kobiet i mężczyzn

- ► większy uraz
- ► tańsza

Rak pęcherza moczowego

Problemy „medyczne”

➔ jak poprawić jakość cystoskopii ?

➔ czym uzupełnić cystoskopię

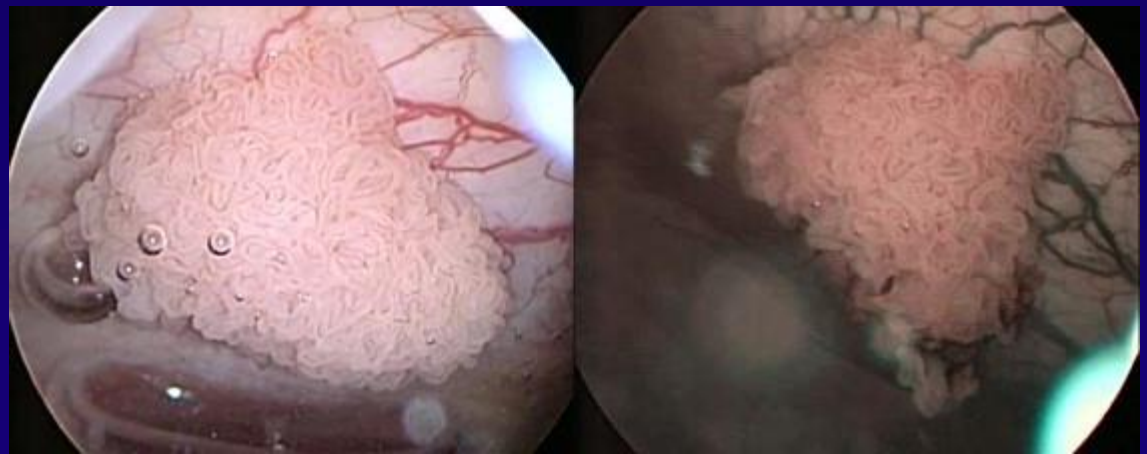
- ► badanie cytologiczne osadu moczu
  (wysoka swoistość, ale ➔ niska czułość)
- ► markery ?
  (wyższa czułość, ale ➔ niższa swoistość)

Obecnie żaden pojedynczy marker nie może zastąpić cyskoskopii

Rak pęcherza moczowego

➔ Diagnostyka fotodynamiczna (Photodynamic diagnosis - PDD)

➔ Obrazowanie wąską wiązką (Narrow band imaging - NBI)



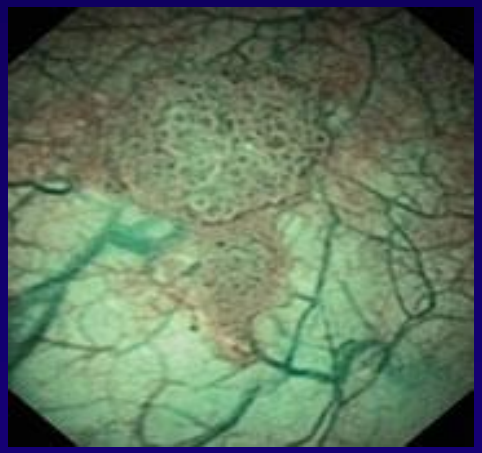
Rak pęcherza moczowego

➔ Obrazowanie wąską wiązką (Narrow band imaging - NBI)

► ograniczenie spektrum światła oświetlającego błonę śluzową do wąskich wiązek

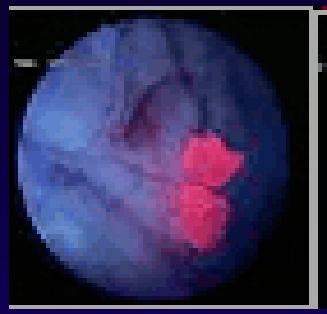
►wykorzystana różnica absorpcji tych fal przez hemoglobinę

► metoda eksperymentalna



Diagnostyka fotodynamiczna (PDD)

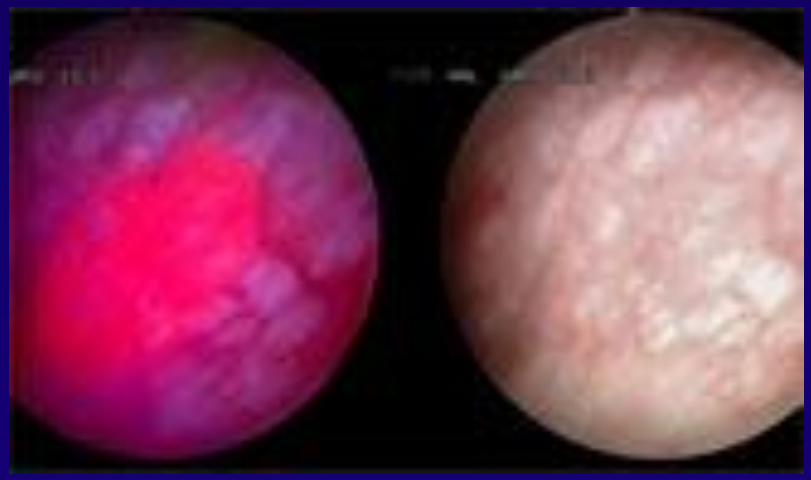
- Wprowadzenie fotouczulacza do pęcherza moczowego 2 godziny przed cystoskopią
  - kwas 5-aminolewulinowy-5-ALA
  - kwas heksaminolewulinowy - HAL



- 5-ALA lub HAL łączy się z bł.komórkową komórek nabłonka urotelialnego
- Po ok. 90 min jest wydalany z komórek zdrowych, a z kom. nowotworowych dopiero po kilku godzinach
- Różnica stężeń fotouczulacza widoczna w świetle lampy ksenonowej

Diagnostyka fotodynamiczna (PDD)

- Ekspozycja na światło powoduje fluorescencję fotouczulacza utrzymującego się w komórkach nowotworowych
- Podejrzane zmiany zabarwione są wówczas na czerwono
- Można pobrać wycinki, wykonać elektroresekcję lub skoagulować miejsca podejrzane



Diagnostyka fotodynamiczna (PDD)

►biopsja ściany pęcherza i resekcja guza pod kontrolą PDD

1. większa czułość (zwł. vs CIS);
(PDD - 93%, światło białe - 61%)

2. mniejsza częstość nawrotów guza i wydłużenie czasu do wystąpienia wznowy (9,4 mies. vs 16,4 mies.)

➔ **tylko kw. heksaminolewulinowy (HAL), nie 5-ALA**

EAU Guidelines 2013

Diagnostyka fotodynamiczna (PDD)

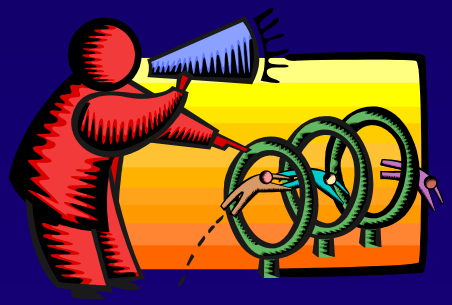
- PDD rekomendowana przez EAU zwł. u chorych z podejrzeniem guza high-grade lub CIS (np. gdy pozytywna cytologia)

EAU Guidelines 2013

Rak pęcherza moczowego - najdroższy w leczeniu

► badanie niemieckie – zastosowanie PDD w czasie TURBt zmniejsza koszty leczenia o 10% (vs TURBt w świetle białym)

►badanie szwedzkie – wykorzystanie PDD z użyciem HAL u 2032 pacjentów sprawia, że u 23 nie będzie potrzeby wykonywania cystektomii, a u 180 nie będzie potrzebny kolejny TURBt



NON-MUSCLE INVASIVE BCa

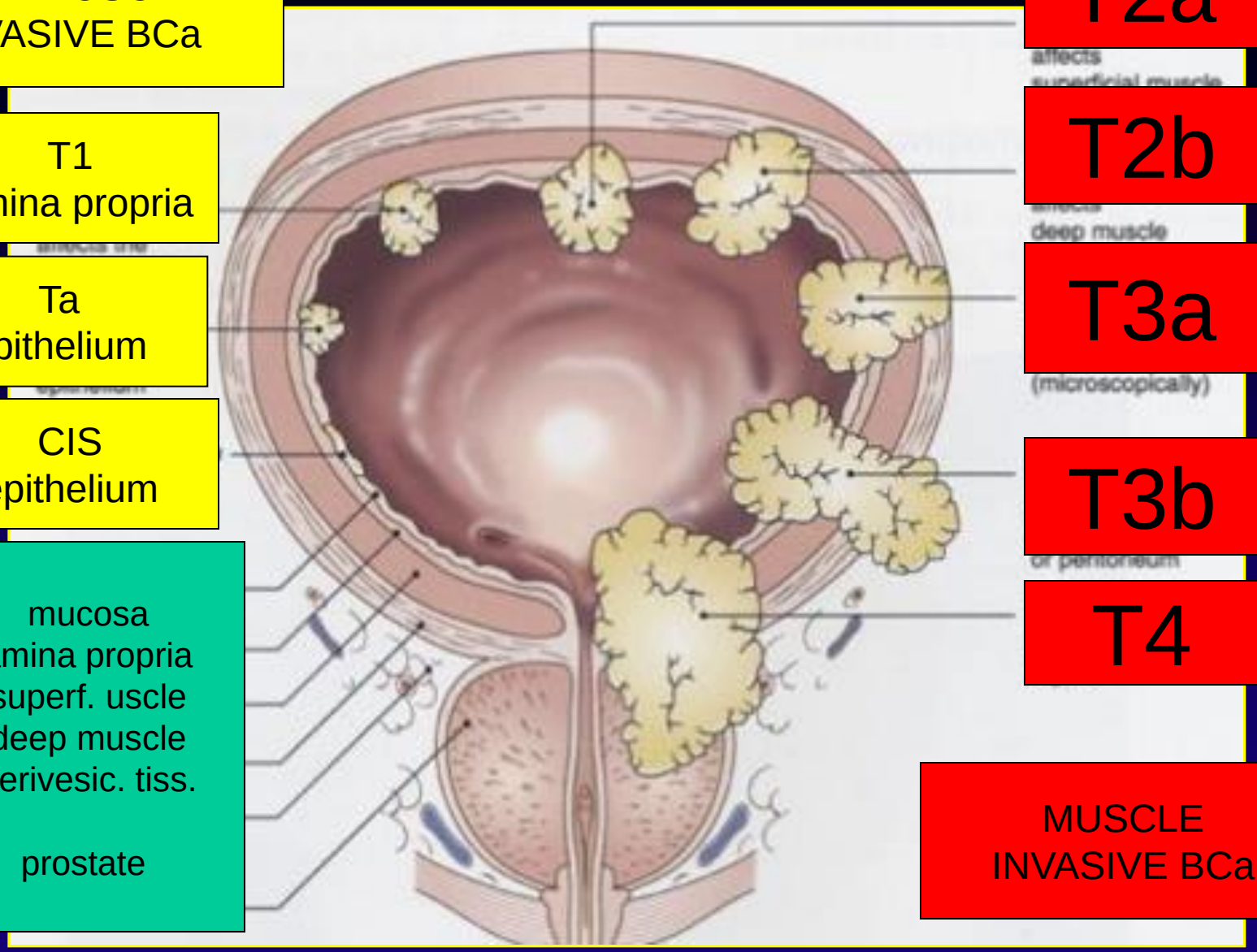
T1
lamina propria

Ta
epithelium

CIS
epithelium

mucosa
lamina propria
superf. uscle
deep muscle
perivesic. tiss.

prostate



T2a

T2b

T3a

T3b

T4

MUSCLE INVASIVE BCa

T N M w RPM

Dziękuję za uwagę