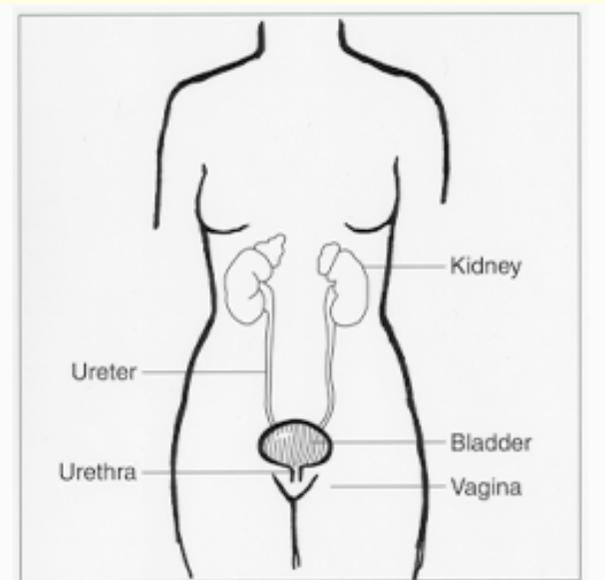


Il cancro della vescica

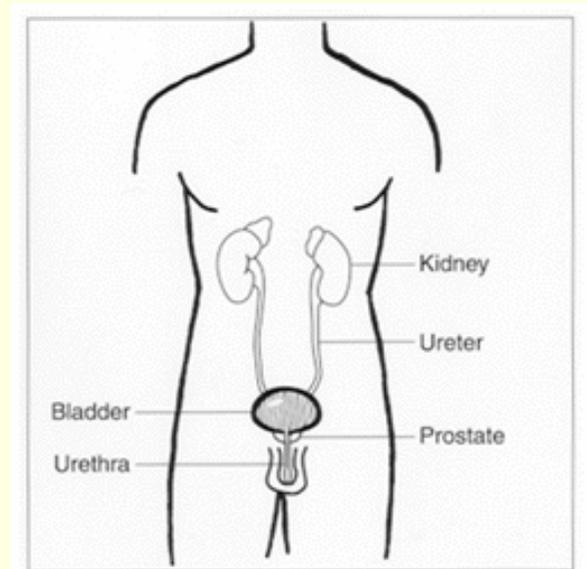
Silvia Patriarca

Registro tumori Piemonte - CPO Piemonte
Corso di base sulla registrazione dei tumori
Rho, 10 maggio 2010

La vescica



Female Urinary Tract



Male Urinary Tract

La vescica

- La vescica è un organo cavo situato nella parte inferiore dell'addome che serve a conservare e rilasciare l'urina.
- E' costituita da uno strato esterno muscolare che controlla la contrazione vescicale e da uno strato interno epiteliale che si definisce urotelio o epitelio di transizione

Tumori della vescica. Fattori di rischio

- Età avanzata
- Uso di tabacco: è il fattore di rischio principale
- Fattori professionali: esposizione ad anilina, cloruro di vinile ed altre sostanze chimiche
- Parassitosi
- Trattamenti con ciclofosfamide o arsenico
- Storia familiare o personale di cancro della vescica

Tumori della vescica Sintomi e diagnosi

■ Sintomi

- minzione frequente e dolorosa
- presenza di sangue nelle urine

■ Diagnosi

- esame fisico
- esame citologico delle urine
- cistoscopia e biopsia

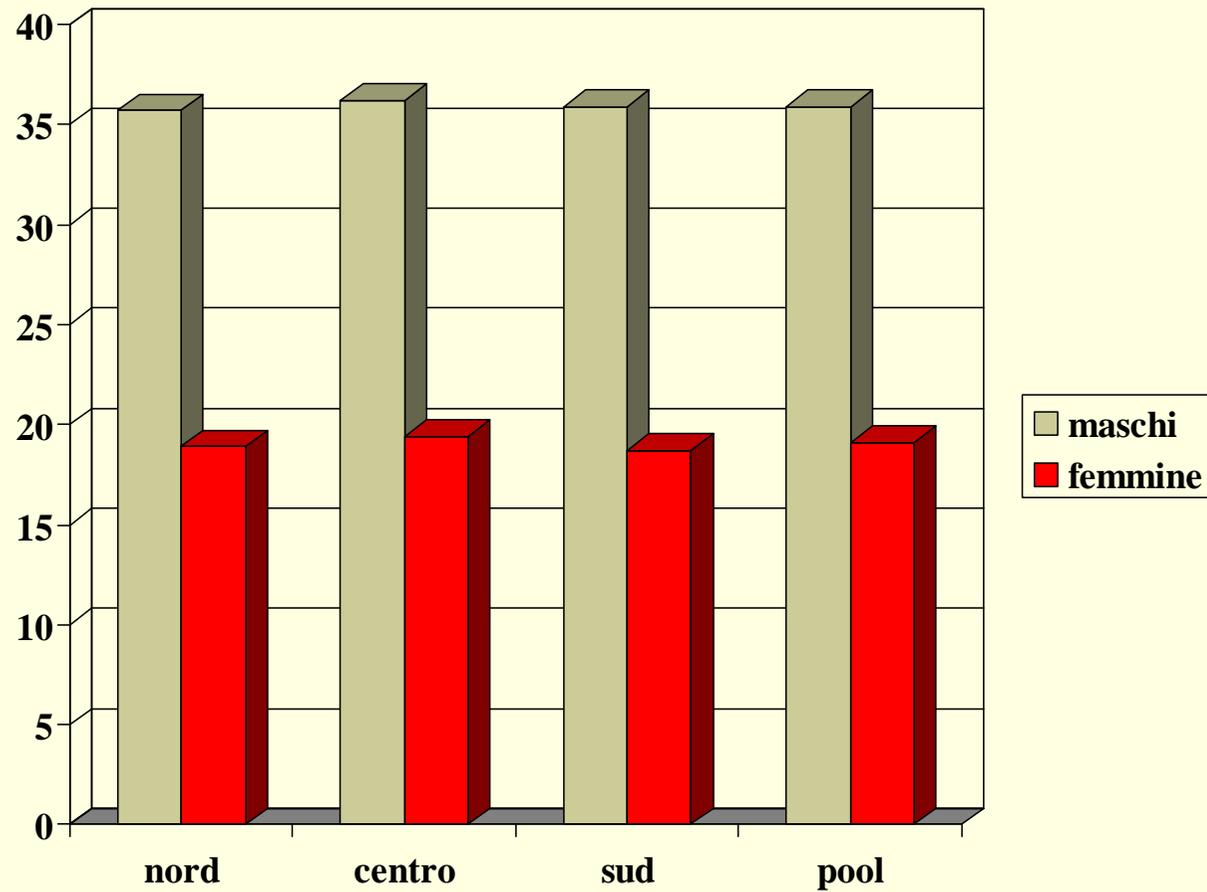
Cancro della vescica. Trattamento

- Chirurgia:
 - Lesioni superficiali
 - resezione transuretrale
 - Lesioni invasive
 - cistectomia
- Radioterapia
 - esterna
 - interna
- chemioterapia

Cancro della vescica

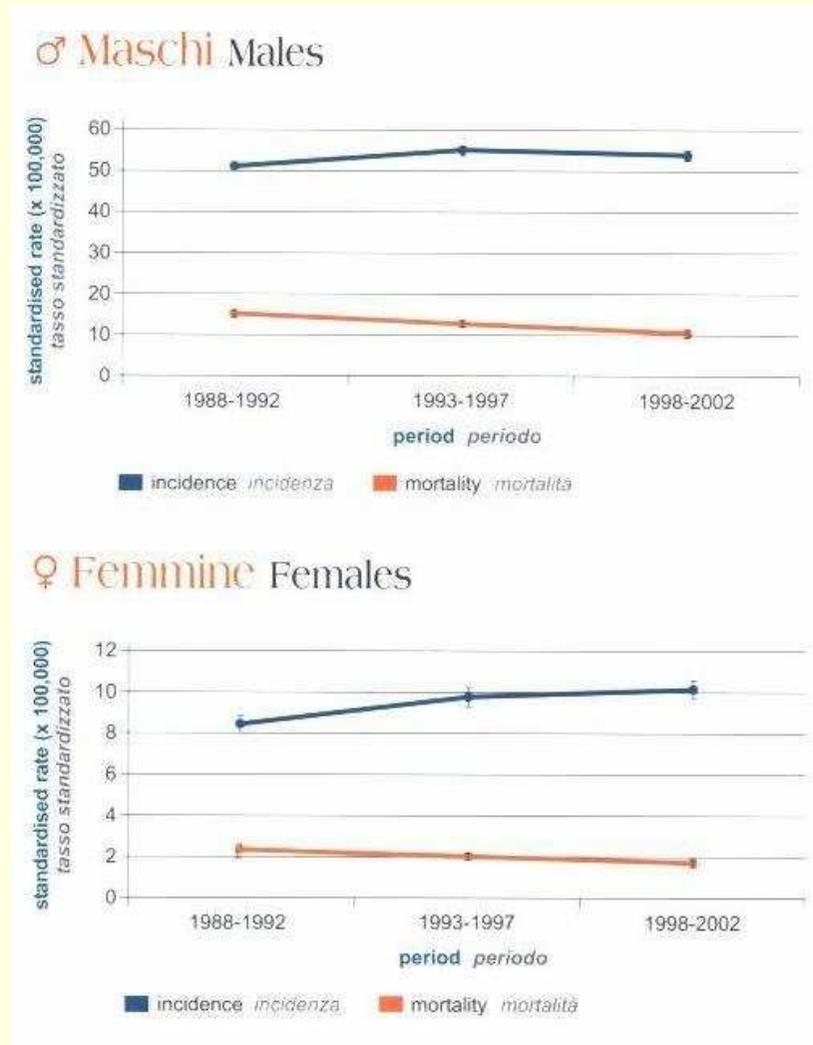
Tassi standardizzati di incidenza

RT Italiani, 2003-2005



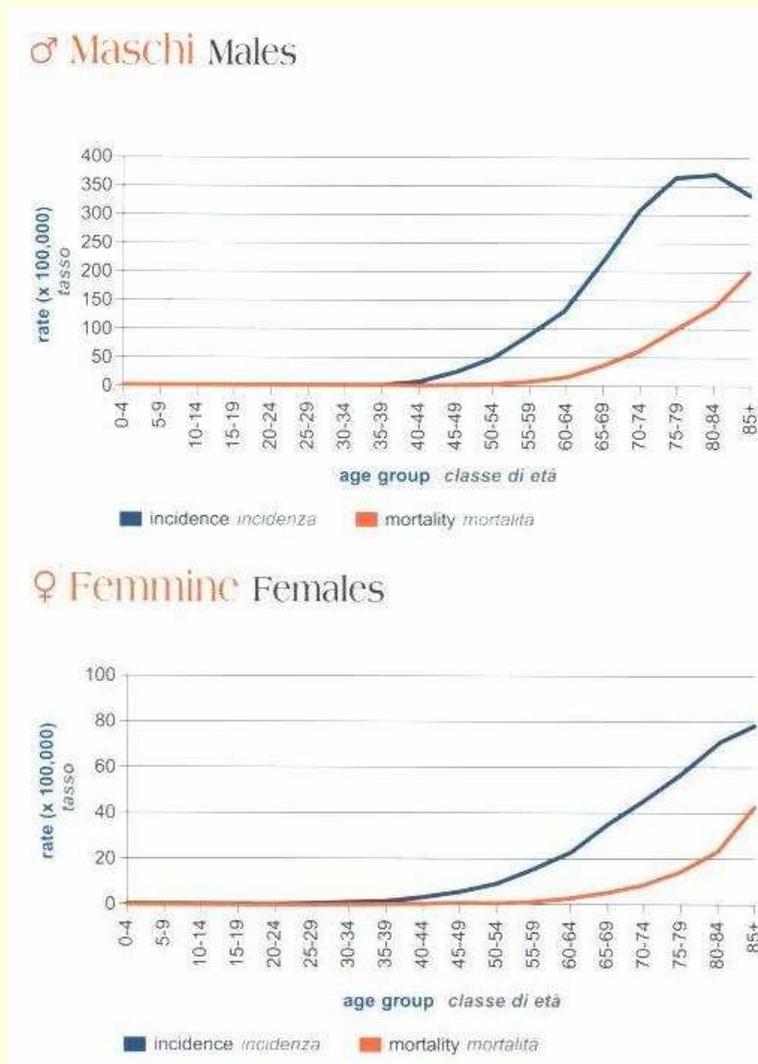
Cancro della vescica

Trend di incidenza e mortalità, RT italiani, 1988-2002



Cancro della vescica

Andamento per classi d'età, RT italiani, 1998-2002



Cancro della vescica

distribuzione per modalità di diagnosi e per tipo istologico, RT

italiani, 1998-2002

♂ Maschi Males

Basis of diagnosis	Modalità di diagnosi	n. cases	%
histology	istologica	17,152	90%
cytology	citologica	460	2%
clinical	clinica	1,306	7%
DCO	solo certificato di morte	52	0%
		18,970	

More frequent morphologies among histologically verified cases

Morfologie più frequenti tra i casi con conferma istologica

8130	Papillary transitional cell carcinoma Carcinoma a cellule di transizione papillare	10,252	60%
8120	Transitional cell carcinoma, NOS Carcinoma a cellule di transizione, NAS	4,986	29%
8000	Tumour, malignant NOS Tumore maligno, NAS	1,375	8%
8010	Carcinoma, NOS Carcinoma, NAS	151	1%
8140	Adenocarcinoma Adenocarcinoma	76	0%

♀ Femmine Females

Basis of diagnosis	Modalità di diagnosi	n. cases	%
histology	istologica	4,123	89%
cytology	citologica	89	2%
clinical	clinica	408	9%
DCO	solo certificato di morte	38	1%
		4,658	

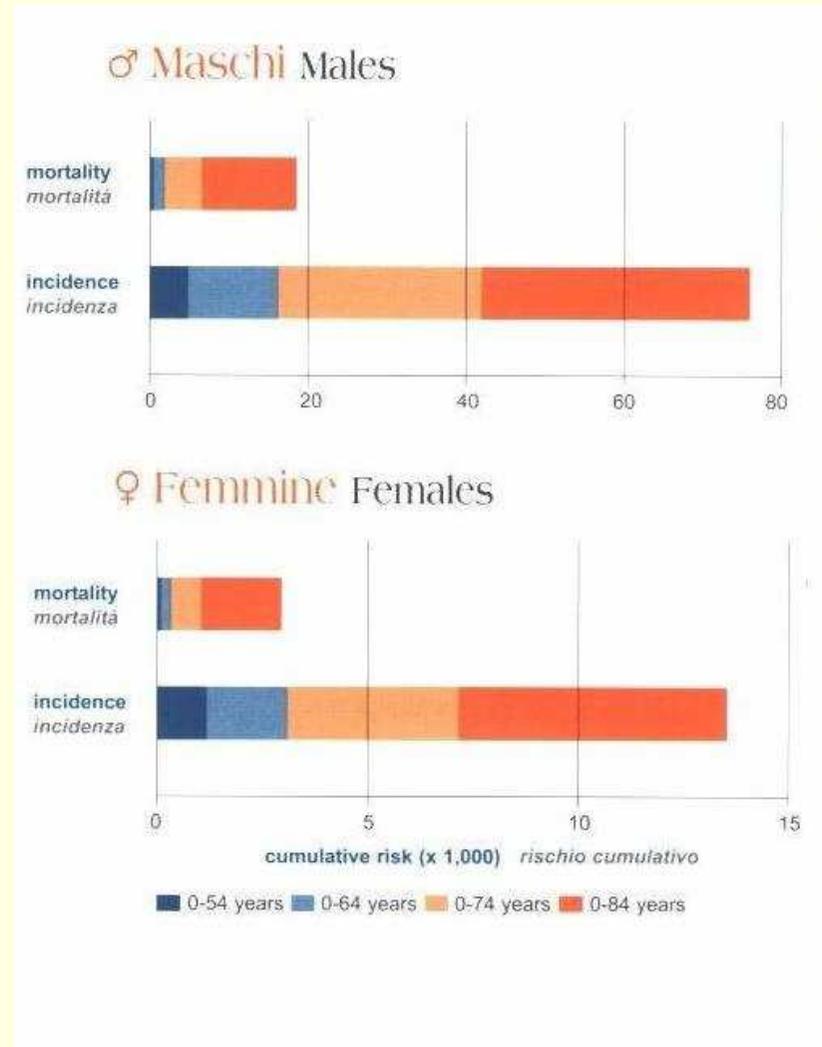
More frequent morphologies among histologically verified cases

Morfologie più frequenti tra i casi con conferma istologica

8130	Papillary transitional cell carcinoma Carcinoma a cellule di transizione papillare	2,361	57%
8120	Transitional cell carcinoma, NOS Carcinoma a cellule di transizione, NAS	1,270	31%
8000	Tumour, malignant NOS Tumore maligno, NAS	332	8%
8010	Carcinoma, NOS Carcinoma, NAS	36	1%
8070	Squamous cell carcinoma Carcinoma a cellule squamose	23	1%

Cancro della vescica

rischio cumulativo di incidenza e mortalità, RT italiani, 1998-2002

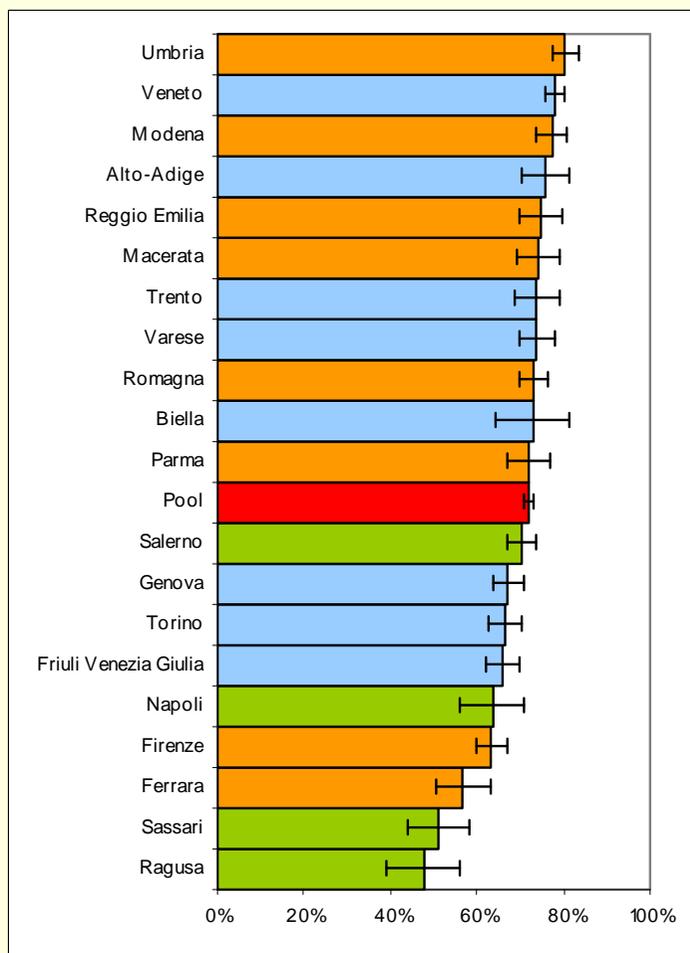


Cancro della vescica

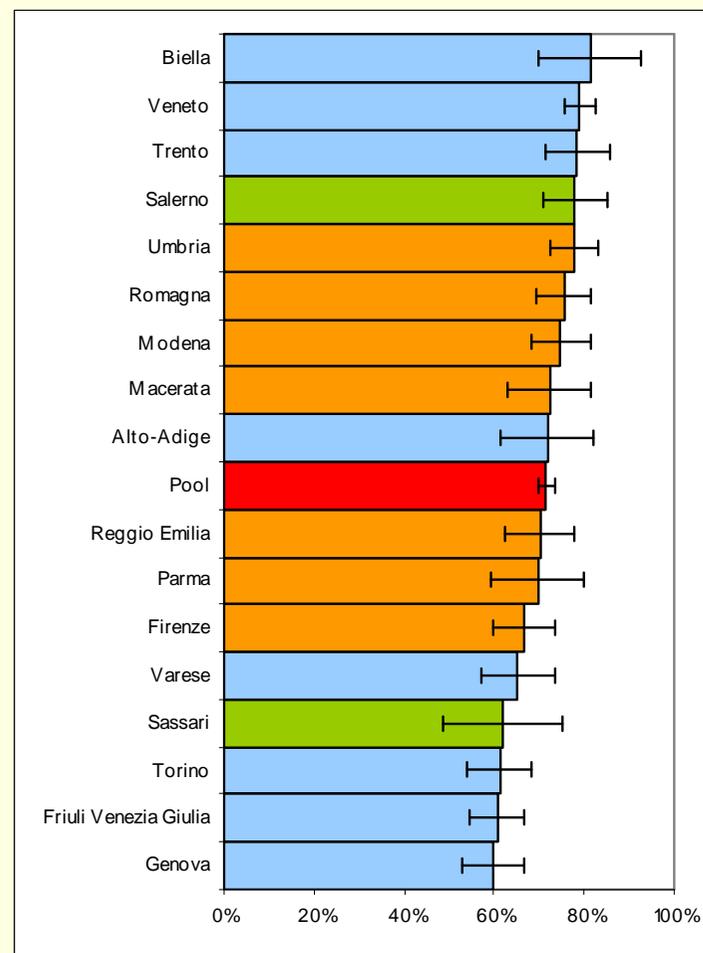
sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi

casi 95-99, f.u. 31/12/2002

maschi

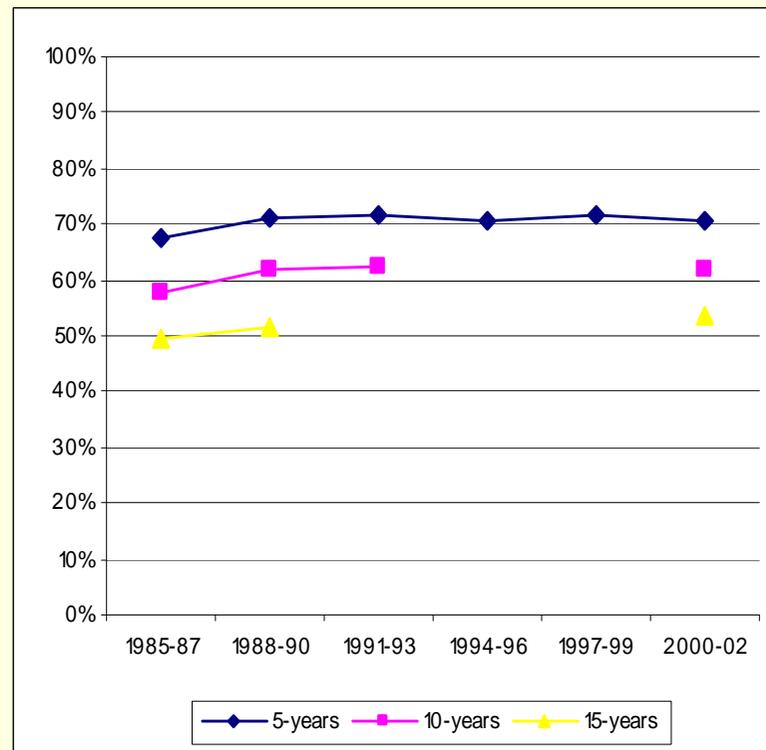


femmine



Cancro della vescica

Trend sopravvivenza relativa a 5 anni dalla diagnosi, RT italiani, 1985-2002



I tumori della vescica

- Nella stragrande maggioranza i tumori della vescica derivano dell'epitelio di transizione, sono pertanto carcinomi transizionali (o uroteliali): possono essere a forma di papilla o piatti e possono essere infiltranti o non infiltranti
- Pertanto si classificano nel modo seguente:
 - **Carcinoma uroteliale**
 - **papillare**
 - **non infiltrante**
 - **infiltrante**
 - **piatto**
 - **non infiltrante (in situ)**
 - **infiltrante**
 - Molto più raramente, nella vescica si verificano **carcinomi squamosi** o **adenocarcinomi**

Carcinomi della vescica

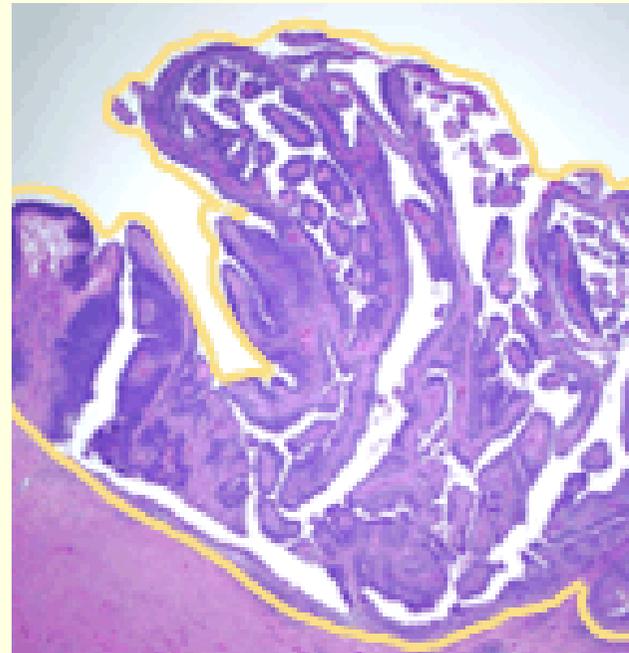
A questa classificazione corrispondono i seguenti codici ICDO

Carcinoma transizionale

papillare:	8130	
non infiltrante (pta)		/2
infiltrante (pt da 1 in su)		/3
piatto:	8120	
non infiltrante (in situ) ptis		/2
infiltrante (pt da 1 in su):		/3

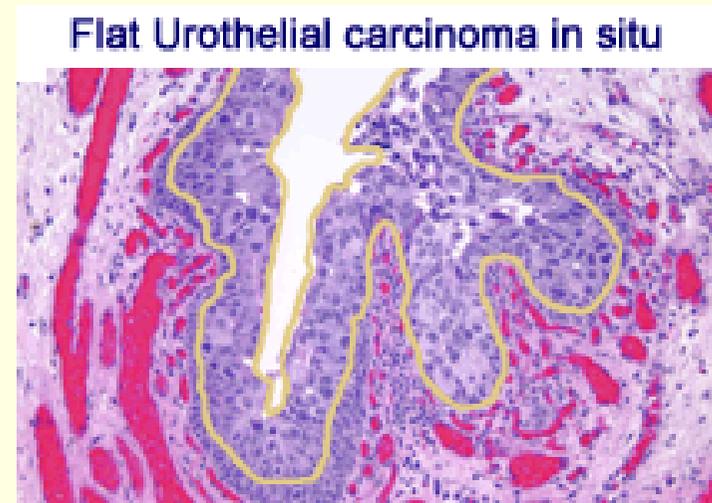
Carcinoma uroteliale papillare non infiltrante

- La maggior parte dei carcinomi uroteliali superficiali si presentano come neoplasie non infiltranti (non invadono il tessuto sottostante), papillari (con ramificazioni digitiformi), di stadio patologico pTa.
- Il 70% di questi tumori papillari superficiali recidiva con un prolungato decorso clinico.
- Il 4-8% dei casi progredisce verso un carcinoma invasivo.
- Questi tumori sono graduati patologicamente come G1, G2 o G3. I tumori di alto grado hanno un rischio di progressione più elevato



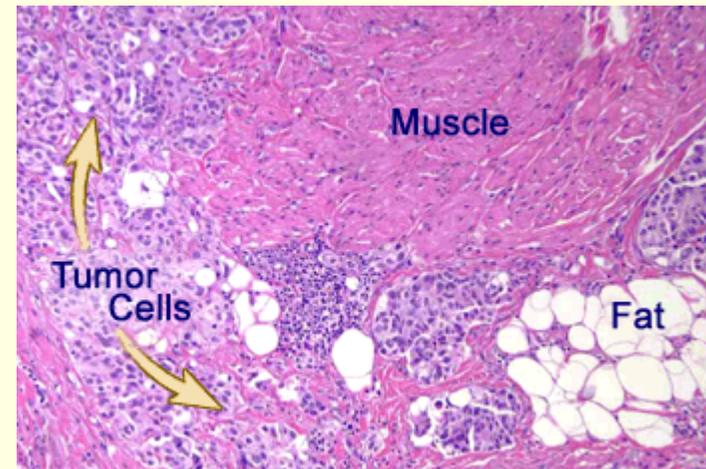
Carcinoma uroteliale piatto in situ

- Il Carcinoma uroteliale piatto in situ o CIS (stadio patologico pTis) è una lesione altamente aggressiva e progredisce più rapidamente dei tumori papillari

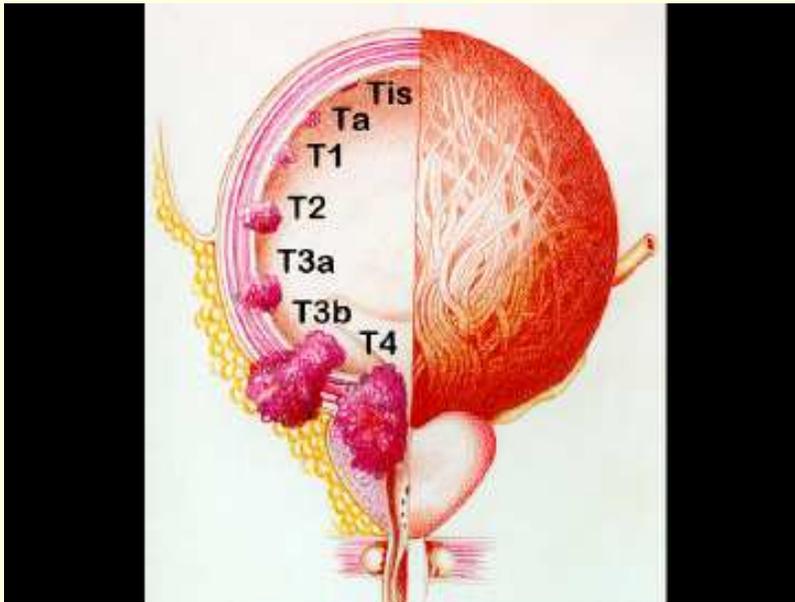


Carcinoma uroteliale infiltrante

- Circa il 30 % dei tumori uroteliali alla presentazione invade il muscolo detrusore (stadi patologici pT2-pT4)
- Questi carcinomi sono altamente aggressivi: dopo aver invaso lo strato muscolare della vescica possono diffondersi per via linfatica o ematica.



Cancro della vescica: T



Ta	Carcinoma papillare non invasivo
Tis	Carcinoma in situ: tumore piatto
T1	Tumore che invade il connettivo sottoepiteliale
T2	Tumore che invade il muscolo T2a: ½ interna T2b: ½ esterna
T3	Tumore che invade il tessuto perivescicale T3a: microscopicamente T3b: macroscopicamente
T4	Tumore che invade qualsiasi delle seguenti strutture: T4a: prostata, vescicole seminali, utero vagina T4b: parete pelvica parete addominale

Carcinomi della vescica

- Per la vescica (**e solo per la vescica**) vige una regola dell'ENCR che dice che qualora non sia indicato espressamente nell'esame istologico se il tumore è invasivo o meno, questo può essere desunto dal grading del tumore secondo la seguente tabella di corrispondenza

- | | |
|-----------|----------|
| ■ Grado 1 | codice 1 |
| ■ Grado 2 | codice 2 |
| ■ Grado 3 | codice 3 |

Carcinomi della vescica . Nota bene, nota molto bene

- questa regola è possibile perché per questa neoplasia c'è una buona corrispondenza tra grado di differenziazione e comportamento biologico
- questa regola era necessaria perché in alcuni stati (non in Italia) i RT non avevano accesso all'istologico in chiaro
- questa regola si è resa necessaria perché, in passato, non sempre era indicato nel referto istologico se il tumore fosse infiltrante o meno
- ora questa eventualità è diventata **molto rara** ed il livello di infiltrazione è quasi sempre indicato, quanto meno come pT.
- l'esistenza di questa regola, quindi, **non esenta MAI** dallo sforzo di corretta interpretazione dell'istologico

Carcinomi della vescica . Nota bene, nota molto bene

- Per la vescica (**e solo per la vescica**) i tumori in situ vengono calcolati in incidenza e pertanto il caso viene inserito nell'anno di prima diagnosi di tumore vescicale, sia esso infiltrante o meno.
- Viceversa, nel calcolo della sopravvivenza, vengono considerati solo i tumori infiltranti.
- Ne consegue che
 - a) i tumori vescicali vanno registrati tutti
 - b) i codici vanno attribuiti con attenzione
 - c) non è possibile cambiare la data di incidenza quando un tumore da in situ diventa infiltrante (come avviene, per esempio, per i tumori mammari): un tumore infiltrante dopo un in situ andrà quindi registrato ex novo, ma non inserito nel calcolo dell'incidenza

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

**C'è uniformità di comportamento
nella codifica?**

**Sono disponibili le diagnosi
istologiche?**

**Eventuali difformità di codifica
possono alterare i dati di
sopravvivenza?**

**Verificare la disponibilità
della documentazione istologica**

**Valutare la qualità delle diagnosi
istologiche in merito alla
definizione di stadio**

**Verificare la concordanza
nella codifica tra registri**

**Analizzare i riflessi sulla misura
della sopravvivenza**

Raccolta, da parte di ogni R.T, di 100 casi non selezionati e loro codifica secondo i criteri normalmente seguiti dal Registro

Messa a disposizione di tutta la documentazione originaria

Creazione di un gruppo di lavoro che ha ricodificato i casi secondo i criteri dell'ENCR e li ha classificati in base alla disponibilità di informazioni sulla capacità infiltrante

Analisi delle discordanze

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA

Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

MODALITA' DI DIAGNOSI

ISTOLOGIA	730	92,5 %
CLINICA	37	4,7 %
CITOLOGIA	16	2,0 %
DCO	6	0,8 %
TOTALE	789	100 %

TIPO ISTOLOGICO

NEOPLASIE TRANSIZIONALI	699	88,7 %
CARCINOMA N.A.S	26	3,4 %
ALTRI ISTOTIPI SPECIFICATI	19	2,4 %
MORFOLOGIA NON DISPONIBILE	43	5,5 %
TOTALE	789	100 %

CONCORDANZA DELLE CODIFICHE

CONCORDANZA COMPLETA	498	71,2 %
CONCORDANZA PARZIALE (<i>Infiltrante/Non infiltrante</i>)	86	12,3 %
DISCORDANZA COMPLETA	115	16,5 %
TOTALE	699	100 %

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

Codice di comportamento (V cifra)

		Gruppo di lavoro		
		Infiltrante	Non infiltrante	Totale
Registri	Infiltrante	293	111	408
	Non infiltrante	4	291	295
	Totale	297	402	699

$K = 0,678$

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

Codice di comportamento (V cifra)

Codice Registro	Codice E.N.C.R	N.Casi
Non Infiltrante (1,2)	Infiltrante (3)	4 (0,6%)
Infiltrante (3)	Non Infiltrante (1,2)	111 (15,9%)

***24,1**

*** percentuale rispetto al n.di casi inizialmente codificati
come infiltranti (461)**

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

RIFLESSI SULL'ANALISI DI SOPRAVVIVENZA

- **Per verificare in che misura tali discordanze si riflettono sull'analisi di sopravvivenza abbiamo tentato un confronto tra il nostro data-base e quello del gruppo di lavoro AIRT sulla sopravvivenza**
- **E' stato operato un rekord-linkage sulla base del numero identificato dei casi fornito dai Registri che ha individuato 330 casi presenti in entrambe le casistiche e codificati come infiltranti sia dal registro sia dal gruppo di lavoro**
- **Su questi casi è stata ricalcolata la sopravvivenza osservata e relativa.**
- **Il risultato è stato confrontato con quello ottenuto dal pool dei medesimi Registri nella casistica generale**

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

Sopravvivenza osservata del pool degli 8
Registri: percentuale a 5 anni

	Maschi	Femmine	Totale
Campione riclassificato	45	38	44
Casi totali	53	54	53

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

**Sopravvivenza relativa del pool degli 8
registri: percentuale a 5 anni**

	Maschi	Femmine	Totale
Campione riclassificato	56	47	54
Casi totali	67	66	66

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

DEFINIZIONE DELLO STADIO NEL REFERTO ISTOLOGICO

PRESENTE	483	69,2%
DEDUCIBILE *	149	21,2 %
ASSENTE	67	9,6 %
TOTALE	699	100 %

DEDUCIBILE:

- Casi senza esplicito riferimento alla capacità infiltrante o meno nel giudizio diagnostico ma nei quali la notizia si ricavava dalla descrizione del preparato.
- Casi in cui l'informazione veniva fornita 'a posteriori' dal patologo espressamente interpellato
- Carcinomi transizionali di grado 1 NAS

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

DEFINIZIONE DEL GRADING nel referto istologico

PRESENTE	632	90,4 %
ASSENTE	67	9,6 %
TOTALE	699	100 %

LA CLASSIFICAZIONE DEI TUMORI DELLA VESCICA URINARIA
Confronto tra diversi Registri Tumori Italiani, 2001

DEFINIZIONE DEL GRADO E DELLO STADIO

G. presente	S. presente	428	61,3 %
G. presente	S. assente	56	8,0 %
G. presente	S.deducibile	148	21,1 %
G. assente	S. presente	55	7,9 %
G. assente	S.assente	12	1,7 %
Totale		699	100

PROPOSTE (del 2001)

- **Ridurre al minimo la percentuale di casi con informazioni insufficienti tramite un'accurata raccolta dati e una migliore interazione con i servizi di anatomia patologica**
- **Centralizzare la codifica di queste neoplasie incaricandone un operatore specializzato**
- *Riservare il codice /3 ai casi sicuramente infiltranti e ai casi dubbi di grado 3*
- **Utilizzare i codici /2 e /1 per tutti i casi sicuramente non infiltranti e per i casi dubbi di basso grado secondo lo schema proposto dall'ENCR registrando sempre anche il grading (sesta cifra): in questo modo saranno sempre possibili eventuali ricodifiche.**

Oggi, a Torino

■ Casi incidenti nel 2006	541
■ Di questi, carcinomi uroteliali	509
■ con pT	468
■ Senza pT,	41

Sono state classificate sulle base dell'esame istologico il 92,5% delle neoplasie e sulla base delle regole ENCR il 7,5%

Conclusione

- La codificazione dei carcinomi vescicali non rappresenta assolutamente un problema quando si dispone del referto istologico in chiaro
- Nel caso di trasmissione automatica di file già codificati restano, invece, irrisolti tutti i problemi segnalati nel 2001

Molteplicità tumorale

III revisione raccomandazioni ENCR, 2004

Gruppi di codici topografici considerati come unica sede nella definizione della molteplicità tumorale

- C65 pelvi renale
- C66 Uretere
- C67 Vescica
- C68 Altri e non specificati organi urinari

Molteplicità tumorale

- Fino al 2004 erano in vigore le regole generali che si basavano sulla terza cifra
- Il cambiamento delle regole può modificare artificialmente i trend di incidenza
- E' consigliabile, pertanto, registrare tutte le lesioni ed applicare le regole (vecchie o nuove) sempre all'intera casistica.



Grazie
dell'attenzione !