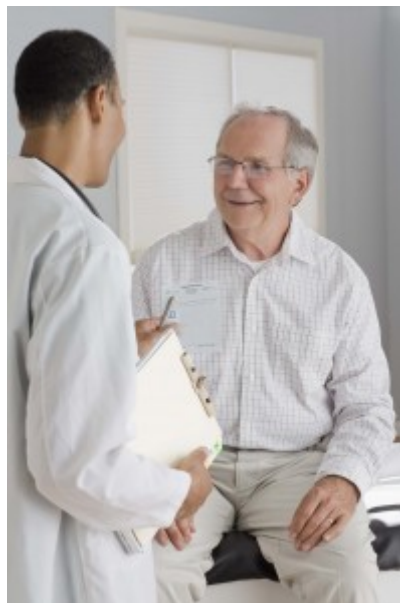


BENESSERE E SALUTE

IL SANGUE NELL' URINA

Fascicolo informativo



Dr. E. Cirillo Marucco
Specialista in Urologia
Già direttore U.O. Urologia ASL BAT

ONE STOP CLINIC PER EMATURIA

Il termine anglosassone “One Stop Clinic” può essere tradotto con “Clinica con una sola fermata” e nasce dalla necessità di dare al paziente una risposta immediata, al presentarsi di un suo problema.

L’ approccio attuale prevede, alla comparsa di un sintomo, un iter lungo dovuto all’ esecuzione di visite, esami, appuntamenti, che procrastinano la diagnosi e le cure. Dal momento della prima visita alla diagnosi definitiva può passare un tempo variabile, perfino mesi, e questo comporta un probabile avanzamento della malattia, apprensione per il paziente, costi in perdite di giornate lavorative.

Quando un paziente rileva sangue nelle urine può chiamare direttamente il nostro numero, inviare un fax o una mail. Viene ricontattato dalla segreteria che fissa un appuntamento durante il quale il paziente viene sottoposto a:

- 1. VISITA UROLOGICA,**
- 2. ECOGRAFIA DELL APPARATO URINARIO** (foto 1. Tumore vescicale; foto 2. Calcolo vescicale; foto 3. Calcolo renale)



3. EVENTUALE CISTOSCOPIA



Cistoscopio flessibile

tumore della vescica

tumore della vescica

calcolo vescicale

4. IMPOSTAZIONE TERAPEUTICA E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI COMPLEMENTARI

Il programma proposto permette una diagnosi precoce di patologie quali la calcolosi renale, tumori vescicali o infezioni che, con tempistiche odierne, necessarie per eseguire la trafilatura diagnostica, spesso ritardano la diagnostica tumorale urinaria.

La riduzione dei tempi per il raggiungimento della diagnosi ha lo scopo di asportare l’ eventuale tumore, se riscontrato, al momento in cui questo si può avvalere di un trattamento poco invasivo.

Analogo discorso vale per la calcolosi dove il rapido intervento salvaguarda il paziente dal possibile lento deteriorarsi della funzionalità renale.

Una diagnosi ritardata porta alla necessità di intraprendere interventi assai più invasivi e che possono incidere sulla qualità di vita del paziente.

Ci rendiamo conto che la presenza di sangue nell’ urina è causa di ansietà. Possiamo offrire un appuntamento in brevissimo tempo. Cosa più importante possiamo eseguire visita, ecografia e cistoscopia durante un singolo accesso. Questo consente di lasciare il paziente, se possibile, con una diagnosi ed in molti casi la sicurezza non c’è una causa “maggiore” per il sangue riscontrato nelle urine.

ANALISI del PROBLEMA EMATURIA e MICROEMATURIA

L'**ematuria** è un sintomo urologico assai frequente. Si definisce ematuria l'emissione di sangue con l'atto della minzione (**macroematuria**) o la presenza di globuli rossi (> 5 per campo) nell'esame microscopico delle urine (**microematuria**). Le cause più frequenti di Ematuria sono riassunte percentualmente di seguito:

	PER L'UOMO	PER LA DONNA	
Carcinoma della vescica prostata 17,5%	31,5%	21,2%	Adenoma della
Calcolosi urinaria	11%	31,2%	
Ematuria sine causa	5%	4,5%	
Carcinoma del rene	3,2%	3,3%	
Prostatovesicoliti	3%		
Carcinoma della prostata	2,8%		
Traumi dell'apparato urinario	2,6%	3,3%	
Flogosi della vescica (cistite)	2,3%	15%	
Tbc urinaria	1,6%	2,5%	
Altre	12,3%	11,6%	

Da tale analisi deriva l'**importanza delle indagini cliniche** cui è consigliabile si sottopongano i pazienti che lamentano una microematuria o macroematuria.

Tra le patologie più rappresentate si evidenziano i tumori vescicali e la calcolosi urinaria.

Come sarà sottolineato successivamente, una diagnosi veloce permette, oltre al corretto inquadramento del paziente, un trattamento tempestivo ed efficace.

Al contrario, una diagnosi con una tempistica dilatata porta alla progressione della malattia con la eventuale successiva necessità di interventi terapeutici più invasivi e non sempre definitivi. La comparsa di possibili complicanze derivanti dalla patologia di partenza, misconosciuta, rende l'approccio terapeutico più gravoso per medico e paziente. E' nodale quindi, un rapido espletamento delle indagini diagnostiche di primo e secondo livello.

La diagnosi nei casi di ematuria macro e microscopica si basa su criteri di conferma e di esclusione che possono essere facilmente raggiunti con un esame ecografico dell'apparato urinario ed uno endoscopico, la cistoscopia.

L'**ecografia dell'apparato urinario**, oltre ad una completa valutazione della vescica, consente di esaminare la morfologia dell'apparato escretore.

La **cistoscopia**, eseguita con strumento flessibile, consente, senza necessità di anestesia ed ambulatoriamente, un'analisi completa e diretta dell'interno della vescica e permette di escludere o confermare la presenza di una neoformazione vescicale. Lo strumento flessibile minimizza il discomfort per il paziente. L'impegno di guaine sterili dedicate per lo strumento consentono, oggi, di garantire la sterilità nella esecuzione della procedura.

In molti pazienti, in particolare quelli con ematuria microscopica, anche con queste indagini non si riscontra una causa specifica. In questi casi, se anche gli esami radiologici sono normali, il rischio di una malattia seria è molto basso.

Talora, se nell'urina continua ad essere riscontrata una quantità significativa di sangue, è indicata l'esecuzione di esami più approfonditi (citologia, URO-TC).

IL TUMORE DELLA VESCICA

Epidemiologia: Il **tumore della vescica** è, per frequenza, il secondo tipo di neoplasia (dopo il carcinoma della prostata) del tratto genito-urinario. È responsabile del 7% delle nuove forme di tumore nell'uomo e del 2% delle nuove forme di tumore nella donna.

Si manifesta in genere tra i 30 ed i 65-70 anni.

Alla prima diagnosi circa il 75% dei tumori vescicali sono localizzati alla vescica, mentre il 25% è già diffuso ai linfonodi regionali oppure ad altri organi (metastasi).

L'Italia è tra i primi posti in Europa per incidenza di tumore della vescica, con i più alti tassi di incidenza, 29,8/100.000 per gli uomini e 4,7/100.000 nelle donne, e una frequenza maggiore al nord rispetto al sud.

Sintomi: il tumore vescicale si manifesta nell'85-90% dei casi con un episodio di **sanguinamento urinario**. Questo può essere evidente (**macroematuria**) o rilevabile solo in laboratorio con l'esame delle urine (**microematuria**), **intermittente** o **continuo**. A volte si associa urgenza minzionale.

La microematuria come anche l'urgenza minzionale non vanno mai sottovalutate proprio perché nel 5-10% dei casi rappresentano la prima spia di un tumore del tratto urinario.

Il comportamento del tumore della vescica è spesso aggressivo e sono sufficienti 90 giorni per il cambiamento di stadio (cioè per un coinvolgimento più profondo degli strati vescicali) cosa che implica la necessità di un trattamento chirurgico più aggressivo.

Fattori di rischio

Il tabacco: il rischio di tumore della vescica nei fumatori è 2-5 volte più elevato rispetto ai non fumatori ed aumenta con il numero di sigarette e durata dell'abitudine al fumo. Gli ex-fumatori hanno un rischio ridotto rispetto ai fumatori correnti, rischio che diminuisce col trascorrere del tempo dalla cessazione.

Esposizione occupazionale ad amine aromatiche (vernici e coloranti), lavoratori della gomma, alluminio, pellami.

Caffè: non vi è evidenza di un effetto cancerogeno del caffè o della caffeina.

Farmaci: fenacetina che è stata eliminata dal mercato. Associato al rischio di tumore della vescica è l'antitumorale ciclofosfamide.

Infezioni croniche: le cistiti croniche, quelle aspecifiche ricorrenti e la calcolosi urinaria, sono state correlate a un rischio, circa doppio, di tumore della vescica.

Storia familiare: i familiari di primo grado di pazienti con tumori della vescica hanno un rischio circa doppio di sviluppare a loro volta un cancro della vescica.

Dieta: diversi componenti degli alimenti e loro metaboliti sono eliminati con le urine e di conseguenza un loro ruolo nella carcinogenesi vescicale è verosimile anche se non dimostrato. Non è comunque possibile oggi definire con chiarezza una dieta a basso rischio per tumore della vescica.

Diagnosi: ecografia vescicale e cistoscopia flessibile



Ecografia vescicale



Cistoscopia flessibile



Guaina sterile



Neoplasia vescicale

Stadiazione effettuata mediante TAC dell'addome per stabilire l'entità della malattia.

Ta, carcinoma papillare localizzato solo alla mucosa della vescica.

Tis, carcinoma in situ: è tumore piatto, che cresce sulla mucosa di rivestimento della vescica.

T1, il tumore ha invaso la mucosa della vescica.

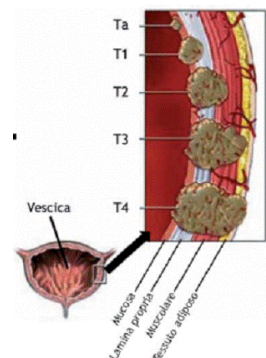
T2, il tumore ha invaso la porzione interna o esterna della parete muscolare della vescica.

T3, il tumore si è diffuso allo strato adiposo del tessuto circostante e può aver compromesso organi vicini (prostata, utero, vagina).

T4, il tumore si è diffuso dalla vescica alla parete addominale o pelvica. Il tumore potrebbe aver infiltrato uno o più linfonodi adiacenti o anche altri organi a distanza.

Opzioni terapeutiche

- resezione transuretrale: tumore (Ta, T1) di prima osservazione o recidiva
- cistectomia radicale: si esegue quando il tumore ha invaso la parete muscolare quando il tumore superficiale coinvolge una grossa porzione di vescica.



superficiale (T2,T3) o