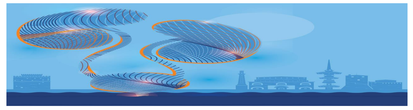
PP132



27ο Πανελλήνιο Ουρολογικό Συνέδριο 2026

Κυστεκτομή Διάσωσης Μετά από Προηγούμενη Τριτροπική Θεραπεία (TMT). Αναδρομική Μελέτη.

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ ΜΠΕΛΑΝΤΗΣ Επιμ.Β, ΝΙΚΗΤΑΚΗΣ ΦΙΛΙΠΠΟΣ Ειδικ., ΜΠΑΜΙΕΔΑΚΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ειδικ., ΑΡΧΟΝΤΑΚΗΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Γεν. Ιατρός, ΡΟΒΙΘΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Επικ.Επιμ.Β, ΤΖΟΥΛΑΚΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ Δ/ΝΤΗΣ, ΤΖΩΡΤΖΑΚΑΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Επιμ. Α, ΧΑΙΡΕΤΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Δ/ΝΤΗΣ ΕΣΥ ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΒΠΓΝΗ

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΠΑΝΑΝΕΙΟ

Η ριζική κυστεκτομή (RC) παραμένει η τυπική χειρουργική θεραπεία για τον μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης, καθώς σχετίζεται με ποσοστά 5 ετούς επιβίωσης έως και 92% σε ασθενείς με αρνητικούς λεμφαδένες. Παρά τις χειρουργικές εξελίξεις και τις βελτιώσεις στην περιεγχειρητική διαχείριση, η ριζική κυστεκτομή σχετίζεται με υψηλά ποσοστά βραχυπρόθεσμης νοσηρότητας και θνησιμότητας. Περιεγχειρητικές επιπλοκές εμφανίζονται σε >70% όλων των ασθενών. Από αυτές τις επιπλοκές, ~20% είναι απειλητικές για τη ζωή με ποσοστά περιεγχειρητικής θνησιμότητας έως και 8%. Τα υψηλά ποσοστά επιπλοκών, καθώς και το γεγονός ότι ένας σημαντικός αριθμός ασθενών επιθυμεί να διατηρήσει την ουροδόχο κύστη τους , έχουν οδηγήσει στην καθιέρωση της τριπλής (τριτροπικής) θεραπείας με διατήρηση της ουροδόχου κύστης (TMT) ως αποδεκτής εναλλακτικής λύσης σε καλά επιλεγμένους ασθενείς με μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης.

Η TMT συνδυάζει διουρηθρική εκτομή ακολουθούμενη από ακτινοβολία και χημειοθεραπεία. Συνδέεται με ποσοστά 5 ετούς επιβίωσης έως και 84%. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε TMT απαιτούν στενή παρακολούθηση λόγω του αυξημένου κινδύνου ατελούς ανταπόκρισης στη θεραπεία ή επακόλουθης ενδοκυστικής υποτροπής. Πράγματι, η διασωστική ριζική κυστεκτομή μπορεί να καταστεί απαραίτητη σε >10% όλων των ασθενών που λαμβάνουν TMT κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης.

Σκοπός είναι η αξιολόγηση του ρόλου της διασωστικής RC μετά από προηγούμενη TMT σε σύγκριση με την πρωτοπαθή RC μέσω μιας μεγάλης πολυεθνικής ανάλυσης. Η συγκεκριμένη μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 13 διαφορετικά ιδρύματα από τη Γερμανία, την Ιταλία, την Ισπανία, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Κίνα, την Ελλάδα και την Ιαπωνία. Όλα τα ιδρύματα που συμμετείχαν ήταν κέντρα αναφοράς για καρκίνο της ουροδόχου κύστης. Συμπεριελήφθησαν 118 ασθενείς (59 ανά ομάδα) με διάμεση ηλικία 73 ετών cT2-T4, M0 μετά από προηγούμενη TMT. Αυτοί οι ασθενείς αντιστοιχίστηκαν σε αναλογία 1:1 με ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρωτοπαθή RC χωρίς προηγούμενη TMT.

Συνολικά 59 ασθενείς χρειάστηκαν διάσωση λόγω ατελούς ανταπόκρισης ή ενδοκυστικής υποτροπής σε διάμεσο χρόνο 14 μηνών (9–24) μετά την ολοκλήρωση της TMT. Η μέση ηλικία τους ήταν 73 έτη (66–79) και 54 (92%) ασθενείς ήταν άνδρες. η πιο συχνή εκτροπή ούρων ήταν η δερματική ουρητηροστομία σε 29 (49%) περιπτώσεις, ακολουθούμενη από εκτροπή ειλεού σε 21 (36%).Κατά τη στιγμή της διάσωσης 23 (39%) ασθενείς είχαν τοπικά προχωρημένο καρκίνο της ουροδόχου κύστης και επτά (14%) ασθενείς είχαν θετικούς λεμφαδένες. Σε ασθενείς με προηγούμενη TMT ο χρόνος επέμβασης ήταν 250 λεπτών (210–295) και η απώλεια αίματος 600 ml (500–800) έναντι 250 λεπτών (204–280) και 500 ml (200–700) σε ασθενείς χωρίς προηγούμενη TMT.

Συνολικά, 39 (66%) ασθενείς παρουσίασαν τουλάχιστον μία περιεγχειρητική επιπλοκή μετά από προηγούμενη TMT έναντι 29 (49%) ασθενών χωρίς προηγούμενη TMT. 25 (42%) ασθενείς χρειάστηκαν μετάγγιση και 31 (53%) εισήχθησαν στη μονάδα εντατικής θεραπείας μετά από TMT, έναντι 16 (27%) και 20 (34%) ασθενών χωρίς προηγούμενη TMT, αντίστοιχα. Η διάμεση διάρκεια νοσηλείας ήταν 15 ημέρες (12–24) για την ομάδα που έλαβε TMT και 15 ημέρες (10–22) για την ομάδα που δεν έλαβε TMT.

Με βάση την ταξινόμηση Clavien-Dindo, επτά (11%) ασθενείς εμφάνισαν σοβαρές, βαθμού 4 ή 5, περιεγχειρητικές επιπλοκές στην ομάδα TMT. Η διασωστική RC σε ασθενείς με προηγούμενη TMT συσχετίστηκε με υψηλότερη απώλεια αίματος κατά 297 ml (95% ΔΕ: 73–520, p = 0,010) και υψηλότερες πιθανότητες εισαγωγής στη μονάδα εντατικής θεραπείας (OR: 2,8, 95% ΔΕ: 1,2–6,7, p = 0,017). Τα ποσοστά επιβίωσης 30 και 90 ημερών με διασωστική RC ήταν 93% και 91% αντίστοιχα. Σε παρακολούθηση 10 μηνών (5–34), σημειώθηκαν 29 θάνατοι σε ασθενείς που έλαβαν διασωστική RC μετά από προηγούμενη TMT. Αντίθετα, σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε πρωτογενή RC, σημειώθηκαν 18 θάνατοι σε παρακολούθηση 15 μηνών (7–40). Η RC μετά από προηγούμενη TMT συσχετίστηκε με χειρότερα αποτελέσματα επιβίωσης.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε διασωστική RC μετά από TMT παρουσιάζουν παρόμοιες περιεγχειρητικές επιπλοκές με εκείνους που υποβάλλονται σε πρωτογενή RC. Πιο συγκεκριμένα, παρόλο που η διασωστική συσχετίστηκε με υψηλότερη ενδοεγχειρητική απώλεια αίματος και συχνότερες εισαγωγές στη μονάδα εντατικής θεραπείας, οι συνολικές περιεγχειρητικές επιπλοκές, τα ποσοστά μεταγγίσεων και η συνολική διάρκεια νοσηλείας δεν ήταν στατιστικά σημαντικά διαφορετικές μεταξύ των δύο ομάδων. Παρ' όλα αυτά, σε μια παρακολούθηση περίπου 1 έτους μετά την RC, οι ασθενείς με μη μεταστατική νόσο που χρειάζονταν διάσωση λόγω ατελούς ανταπόκρισης ή ενδοκυστικής υποτροπής μετά από θεραπεία διατήρησης της ουροδόχου κύστης με TMT παρουσίασαν χειρότερη συνολική επιβίωση από τους ασθενείς που υποβάλλονται σε πρωτογενή RC.

Το προοδευτικό ουροθηλιακό καρκίνωμα αναγνωρίζεται ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για χειρότερη συνολική επιβίωση σε σύγκριση με το πρωτοπαθές ουροθηλιακό καρκίνωμα. Οι Pieretti et al απέδειξαν ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε σωτήρια (RC) μετά από προηγούμενη TMT παρουσιάζουν ποσοστό επιβίωσης 5 ετών, ειδικό για τη νόσο, περίπου 64% και συνολικό ποσοστό επιβίωσης 5 ετών 46%.Γεγονός που μπορεί να οφείλεται σε λανθάνουσα μεταστατική νόσο κατά τη στιγμή της σωτήριας RC. Παρόλο που η ουρητηροστομία μετά από TMT είναι πιο απαιτητική, μπορεί να είναι μια λογική επιλογή και θα πρέπει να προσφέρεται σε έμπειρα κέντρα. Η προηγούμενη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία μπορεί να προκαλέσει βλάβη και ίνωση στην πύελο, η επιλογή ενός εγγύς ειλεϊκού τμήματος για την εκτροπή ούρων και η εκτομή των περιφερικών τμημάτων του ουρητήρα έχουν προταθεί για να αποφευχθεί η χρήση ακτινοβολημένων ιστών για την αναστόμωση.

Συμπερασματικά η διαχείριση ασθενών με υποτροπή ουροθηλιακό καρκίνου μετά από στρατηγικές διατήρησης της ουροδόχου κύστης παραμένει μια πρόκληση. Προεγχειρητική συμβατική σταδιοποίηση με αξονική τομογραφία και όχι με τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων, μη χρήση τεχνικών για τη μέτρηση των κυκλοφορούντων καρκινικών κυττάρων και δεδομένου ότι σε αυτούς τούς ασθενείς δεν εφαρμόστηκε νεοεπικουρική χημειοθεραπεία για την αντιμετώπιση της μικρομεταστατικής νόσου. Αποτελούν αποδείξεις ότι είναι απαραίτητο να βελτιωθεί το πρωτόκολλο μεταστατικής εξέτασης σε ασθενείς με αποτυχία της TMT. Επιπλέον οι συστηματικές θεραπείες με τη μορφή ανοσοθεραπειών έχουν αναδειχθεί ως πολλά υποσχόμενες θεραπευτικές μέθοδοι σε αυτόν τον πληθυσμό ασθενών. Πράγματι, οι αρχικές αναφορές δείχνουν ότι η προσθήκη αναστολέων ανοσολογικών σημείων ελέγχου ως τέταρτης θεραπευτικής γραμμής στο τρέχον σχήμα TMT θα μπορούσε να βελτιώσει τα ογκολογικά αποτελέσματα χωρίς να διακυβεύσει την ασφάλεια. Συνεπώς απαιτούνται περαιτέρω μελέτες που θα τροφοδοτήσουν τη συζήτηση σχετικά με εναλλακτικές επιλογές διαχείρισης για ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπή μετά από TMT. Ταυτόχρονα περαιτέρω μελέτες που επικεντρώνονται στα λειτουργικά και ογκολογικά αποτελέσματα μετά από διασωστική RC είναι αναγκαίες, δεδομένου ότι παρόλο που το ποσοστό επιβίωσης ήταν 91% μετά από 3 μήνες, αυτό μειώθηκε στο 62% μετά από 12 μήνες.

Βιβλιογραφία.

1. The effect of hospital caseload on perioperative mortality, morbidity and costs in bladder cancer patients undergoing radical cystectomy: results of the German nationwide inpatient data World J Urol, 42 (2024), p. 19
2. Effect of robot-assisted radical cystectomy with intracorporeal urinary diversion vs open radical cystectomy on 90-day morbidity and mortality among patients with bladder cancer: a randomized clinical trial JAMA, 327 (2022).
3. Complications after radical cystectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials with a meta-regression analysis Eur Urol Focus, 9 (2023), pp. 920-929.
4. Long-term outcomes after bladder-preserving tri-modality therapy for patients with muscle-invasive bladder cancer: an updated analysis of the Massachusetts General Hospital experience Eur Urol, 71 (2017), pp. 952-960
5. European Association of Urology guidelines on muscle-invasive and metastatic bladder cancer: summary of the 2020 guidelines Eur Urol, 79 (2021), pp. 82-104
6. Surgical challenges and considerations in Tri-modal therapy for muscle invasive bladder cancer Urol Oncol, 40 (2022), pp. 442-450
7. Early complications of cystectomy after high dose pelvic radiation J Urol, 184 (2010), pp. 2264-2269
8. Complications and outcomes of salvage cystectomy after trimodality therapy J Urol, 206 (2021), pp. 29-36
9. Salvage cystectomy after failure of interstitial radiotherapy and external beam radiotherapy for bladder cancer BJU Int, 94 (2004), pp. 793-797
10. In-hospital outcomes after radical cystectomy for bladder cancer: comparing national trends in the United States and Germany from 2006 to 2014 Urol Int, 102 (2019), pp. 284-292
11. The impact of perioperative risk factors on long-term survival after radical cystectomy: a prospective, high-volume cohort study World J Urol, 42 (2024), p. 164
12. Trimodal therapy versus radical cystectomy for cT2N0M0 urothelial muscle-invasive bladder cancer: single-center experience Urol Ann, 15 (2023), pp. 406-411
13. The importance of hospital and surgeon volume as major determinants of morbidity and mortality after radical cystectomy for bladder cancer: a systematic review and recommendations by the European Association of Urology Muscle-invasive and Metastatic Bladder Cancer Guideline Panel Eur Urol Oncol, 3 (2020), pp. 131-144