

ΠΟΙΑ Η ΣΩΣΤΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΣΤΟ ΑΝΩΤΕΡΟ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟ;

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ

ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ Θ. ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ
Επικ. Καθηγητής Ουρολογίας
Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης



**ΔΕΝ ΥΦΙΣΤΑΤΑΙ ΟΙΑΔΗΠΟΤΕ
ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ**

ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΟΚΑΟ)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ I

1. 1-2% ΤΩΝ ΟΓΚΩΝ ΤΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΟΓΕΝΝΗΤΙΚΟΥ
2. ΑΝΑΛΟΓΙΑ 1: 10 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΓΚΟΥΣ ΚΥΣΤΗΣ
3. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΟΓΚΟΥ ΣΤΟΝ ΑΛΛΟ ΝΕΦΡΟ: 1-5%
4. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΟΓΚΟΥ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΗ: 30-50%
5. ΟΓΚΟΙ ΟΥΡΗΤΗΡΑ / ΟΓΚΟΙ ΠΥΕΛΟΥ: 1 / 4 (Huben et al 1988)



ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΟΚΑΟ)

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ II

6. Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΥΞΑΝΕΙ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ, ΜΕ ΑΙΧΜΗ ΤΗΝ 6η ΚΑΙ 7η ΔΕΚΑΕΤΙΑ (Anderstrom et al 1988)
7. ΟΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΤΑΔΙΟ ΚΑΙ GRADE (Huben et al 1988, Roupret et al 2006)
8. Η ΠΛΕΙΟΝΟΤΗΤΑ ΕΙΝΑΙ ΧΑΜΗΛΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ GRADE (Babaian et al 1980, Anderstrom et al 1988, Zungri et al 1990)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΟΚΑΟ)

1. Διάγνωση – Προεγχειρητική αξιολόγηση
2. Χειρουργική θεραπεία

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΟΚΑΟ)

1. Διάγνωση – Προεγχειρητική αξιολόγηση
2. Χειρουργική θεραπεία

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΗΣΗΣ ΚΑΙ ΒΙΟΨΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΚΑΟ

1. Διαγνωστικά διλήμματα
2. Προοπτική ενδοσκοπικής (συντηρητικής) αντιμετώπισης

ΓΙΑΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΟ Η ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΗΣΗ ΝΑ ΣΥΝΔΥΑΖΕΤΑΙ ΜΕ ΒΙΟΨΙΑ;

1. 13-16% των όγκων του ανώτερου ουροποιητικού είναι ιστολογικά καλοήθεις
Deligne et al. Eur Urol 2002, Fugslig & Krarup. Scand J Urol Nephrol 1995
2. Η μακροσκοπική εμφάνιση των όγκων του ανώτερου ουροποιητικού είναι ανακριβής στο να προβλέψει το τελικό παθολογοανατομικό grade τουλάχιστον στο 30% των περιπτώσεων
El-Hakim et al. Urology 2004, Thompson et al. Urology 2008
3. Ποσοστιαία υφίσταται μια σημαντική εξέλιξη (progression) της νόσου σε ασθενείς που διαγνώσθηκαν «οπτικά» ως χαμηλού grade ή stage
Thompson et al. Urology 2008
4. Το grade της ουρητηροσκοπικής βιοψίας μπορεί επιτυχώς να προβλέψει το τελικό παθολογοανατομικό grade στο 69-91% των περιπτώσεων
Daneshmand et al. Cancer 2003, Keeley et al. J Urol 1997, Chen et al. J Urol 2000, Williams et al. J Endourol 2008, Smith et al. Urology 2011

ΤΟ STAGE ΤΗΣ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗΣ ΒΙΟΨΙΑΣ:

- Αδυνατεί να προβλέψει αξιόπιστα το τελικό παθολογοανατομικό stage

Cutress et al BJU Int 2012

- Υποσταδιοποιεί το πραγματικό παθολογοανατομικό stage ειδικά στους όγκους T_a (~45%)

Guarnizo et al. J Urol 2000

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ GRADE

1. Το grade της βιοψίας είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας του παθολογοανατομικού stage

- 68-100% των βιοψιών με grade 1 αντιστοιχούν σε μη-μυοδιηθητική νόσο (στάδιο $\leq pT1$)
- 62-100% των βιοψιών με grade 3 αντιστοιχούν σε μυοδιηθητική νόσο (στάδιο $\geq pT2$)

Shiraishi et al. Int J Urol 2003, Brown et al. Urology 2007, Williams et al. J Endourol 2008

2. Το grade είναι σημαντικός παράγοντας για την Ειδική της Νόσου Επιβίωση (Disease Specific Survival, DSS). Η δυσμενής έκβαση συνδέεται ξεκάθαρα με υψηλό tumor grade

Roupret et al. Urology 2006, Krambeck et al. J Urol 2007, Thompson et al. Urology 2008

3. Ο συνδυασμός του grade της βιοψίας, της κυτταρολογικής ούρων και των ευρημάτων της CT ουρογραφίας μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή των ασθενών που είναι κατάλληλοι για συντηρητική ή ριζική θεραπεία

Williams et al. J Endourol 2008, Clements et al. J Endourol 2012, Brien et al. J Urol 2010

2-5347/97/1571-0033\$03.00/0

JOURNAL OF UROLOGY

Copyright © 1997 by AMERICAN UROLOGICAL ASSOCIATION, INC.

Vol. 157, 33-37, January 1997
Printed in U.S.A.

DIAGNOSTIC ACCURACY OF URETEROSCOPIC BIOPSY IN UPPER TRACT TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

FRANCIS X. KEELEY, DEBORAH A. KULP,* MARLUCE BIBBO, PETER A. MCCUE AND
DEMETRIUS H. BAGLEY

From the Departments of Urology, Radiology and Pathology, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania

ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΒΙΟΨΙΑ + ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ

- 90% ακρίβεια για όγκους χαμηλού και μετρίου grade (1-2)
- 92% ακρίβεια για όγκους υψηλού grade (3)
- 87% των όγκων grade 1-2 ήταν σταδίου T_a ή T₁
- 67% των όγκων grade 3 ήταν σταδίου (T₂-T₃)

Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ GRADE

1. Το grade της βιοψίας είναι ο ισχυρότερος προγνωστικός παράγοντας του παθολογοανατομικού stage

- 68-100% των βιοψιών με grade 1 αντιστοιχούν σε μη-μυοδιηθητική νόσο (στάδιο $\leq pT1$)
- 62-100% των βιοψιών με grade 3 αντιστοιχούν σε μυοδιηθητική νόσο (στάδιο $\geq pT2$)

Shiraishi et al. Int J Urol 2003, Brown et al. Urology 2007, Williams et al. J Endourol 2008

2. Το grade είναι σημαντικός παράγοντας για την Ειδική της Νόσου Επιβίωση (Disease Specific Survival, DSS). Η δυσμενής έκβαση συνδέεται ξεκάθαρα με υψηλό tumor grade

Roupret et al. Urology 2006, Krambeck et al. J Urol 2007, Thompson et al. Urology 2008

3. Ο συνδυασμός του grade της βιοψίας, της κυτταρολογικής ούρων και των ευρημάτων της CT ουρογραφίας μπορούν να βοηθήσουν στην επιλογή των ασθενών που είναι κατάλληλοι για συντηρητική ή ριζική θεραπεία

Williams et al. J Endourol 2008, Clements et al. J Endourol 2012, Brien et al. J Urol 2010

CT ΟΥΡΟΓΡΑΦΙΑ

- Είναι η απεικονιστική μέθοδος με τη μεγαλύτερη ακρίβεια στον ΟΚΑΟ
 - ευαισθησία: 0.67-1.0
 - ειδικότητα: 0.93-0.99
- Μπορεί να ανιχνεύσει πάχυνση του τοιχώματος της πυέλου και του ουρητήρα ακόμα και όταν δεν υπάρχει ενδοαυλική μάζα
- Η παρουσία υδρονέφρωσης συνδέεται με προχωρημένο στάδιο και κακή έκβαση της νόσου

1. Van Der Molen et al. Eur Radiol 2008
2. Messer et al. Urol Oncol 2011

Preoperative Hydronephrosis, Ureteroscopic Biopsy Grade and Urinary Cytology Can Improve Prediction of Advanced Upper Tract Urothelial Carcinoma

[James C. Brien](#), [Shahrokh F. Shariat](#), [Michael P. Herman](#), [Casey K. Ng](#), [Douglas S. Scherr](#), [Benjamin Scoll](#), [Robert G. Uzzo](#), [Mark Wille](#), [Scott E. Eggener](#), [John D. Terrell](#), [Steven M. Lucas](#), [Yair Lotan](#), [Stephen A. Boorjian](#), [Jay D. Raman](#)✉

- Ο συνδυασμός και των τριών παραμέτρων είχε 89% και 73% θετική προγνωστική αξία (positive predictive value) για μσοδιηθητική νόσο και μη εντοπισμένη νόσο αντίστοιχα

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΣΤΟΝ ΟΥΡΟΘΗΛΙΑΚΟ ΚΑΡΚΙΝΟ ΤΟΥ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΟΥΡΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ (ΟΚΑΟ)

1. Διάγνωση – Προεγχειρητική αξιολόγηση
2. Χειρουργική θεραπεία

ΚΑΘΙΕΡΩΜΕΝΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: ΡΙΖΙΚΗ ΝΕΦΡΟΥΡΗΤΗΡΕΚΤΟΜΗ

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ

- Tis, Ta, T1: 91%
- T2: 43%
- T3, T4: 23%
- N+ και/ή M+: 0-23%

(Mazeman 1976, Batata et al 1991, Waldert et al 2009)

ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

◎ ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ

◎ ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ

ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ
(ORGAN-SPARING SURGERY)

ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ORGAN-SPARING SURGERY)

◎ ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Μονήρης νεφρός
(ανατομικά ή λειτουργικά)
2. Αμφοτερόπλευρη νόσος
3. Οριακή νεφρική
λειτουργία - ΧΝΑ

◎ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

(Εκλεκτική προσέγγιση)

1. Σοβαρά συνοδά προβλήματα
2. Επιλογή ασθενούς

ΠΕΝΤΑΕΤΗΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΕΛΙΚΟ ΣΤΑΔΙΟ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΧΝΑ)

<u>ΗΛΙΚΙΑ (ΕΤΗ)</u>	<u>5ετης ΕΠΙΒΙΩΣΗ (%)</u>
0-14	87
15-24	84
25-34	69
35-44	61
45-54	47
55-64	32
65-74	19
75-84	10

ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ (ORGAN-SPARING SURGERY)

◎ ΑΠΟΛΥΤΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

1. Μονήρης νεφρός
(ανατομικά ή λειτουργικά)
2. Αμφοτερόπλευρη νόσος
3. Οριακή νεφρική
λειτουργία - ΧΝΑ

◎ ΣΧΕΤΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

(Εκλεκτική προσέγγιση)

1. Σοβαρά συνοδά προβλήματα
2. Επιλογή ασθενούς



Radical Nephrectomy for pT1a Renal Masses May be Associated With Decreased Overall Survival Compared With Partial Nephrectomy

[R. Houston Thompson](#) , [Stephen A. Boorjian](#), [Christine M. Lohse](#), [Bradley C. Leibovich](#), [Eugene D. Kwon](#), [John C. Cheville](#), [Michael L. Blute](#)

Received 31 May 2007 published online 12 December 2007.

available at www.sciencedirect.com
journal homepage: www.europeanurology.com



Kidney Cancer

Partial Nephrectomy Is Associated with Improved Overall Survival Compared to Radical Nephrectomy in Patients with Unanticipated Benign Renal Tumours

*Christopher J. Weight, Gregory Lieser, Benjamin T. Larson, Tianming Gao, Brian R. Lane, Steven C. Campbell, Inderbir S. Gill, Andrew C. Novick, Amr F. Fergany**

Glickman Urologic and Kidney Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA

- Δεν υπάρχουν τυχαιοποιημένες μελέτες που να συγκρίνουν την ενδοσκοπική αντιμετώπιση με την νεφροουρητηρεκτομή
- Οι περισσότερες μελέτες είναι αναδρομικές σειρές ασθενών (level of evidence 4) ή μη-τυχαιοποιημένες συγκριτικές μελέτες (level of evidence 3b)

ΚΟΙΝΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΜΕΝΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

- Μικροί αριθμοί ασθενών
- Επιλογή όγκων με ευνοϊκά χαρακτηριστικά (Selection bias)
π.χ. Μονήρης όγκος, μέγεθος ≤ 2 cm κ.α.
- Ασθενείς με σημαντική νοσηρότητα
(ASA scores 2-3 $>50\%$ των ασθενών)

Roupret et al. Urology 2006

Ibora et al. J Urol 2003

Gadzinski et al. J Urol 2010

1

BJUI
BJU INTERNATIONAL

REVIEW ARTICLE

Ureteroscopic and percutaneous management of upper tract urothelial carcinoma (UTUC): systematic review

**Mark L. Cutress, Grant D. Stewart*, Paimaun Zakikhani,
Simon Phipps, Ben G. Thomas and David A. Tolley**

*The Scottish Lithotripter Centre, Western General Hospital, and *Edinburgh Urological
Cancer Group, University of Edinburgh, Edinburgh, UK*

Accepted for publication 15 December 2011

ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ (Απόλυτες ενδείξεις)	G1/G2/G3	Follow-up (μήνες)	ΥΠΟΤΡΟΠΗ (ανώτερο ουροποιητικό)	ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΗ
736 (32%)	184 / 133 / 60	14 - 73	53%	34%

Overall survival (OS)	Disease-specific survival (DSS)	Νεφρο- ουρητηρεκτομή	ΕΞΕΛΙΞΗ (Progression)	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
72%	91%	19%	15% (9% μεταστάσεις)	14%

Cutress ML et al. BJU Int 2012; 110: 614

- Μια μικρή καθυστέρηση στην εκτέλεση νεφροουρητηρεκτομής, είτε λόγω διαγνωστικής URS, είτε λόγω αντιμετώπισης αρχικά με ουρητηροσκοπική εκτομή, δεν φαίνεται να επηρεάζει αρνητικά την τελική έκβαση

Hendin et al. J Urol 1999

Boorjian et al. Urology 2005

ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ (Απόλυτες ενδείξεις)	G1/G2/G3	Follow-up (μήνες)	ΥΠΟΤΡΟΠΗ (ανώτερο ουροποιητικό)	ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΗ
736 (32%)	184 / 133 / 60	14 - 73	53%	34%

Overall survival (OS)	Disease-specific survival (DSS)	Νεφρο- ουρητηρεκτομή	ΕΞΕΛΙΞΗ (Progression)	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
72%	91%	19%	15% (9% μεταστάσεις)	14%

Cutress ML et al. BJU Int 2012; 110: 614

ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Αριθμός ασθενών	Υποτροπή στο ανώτερο ουροποιητικό (%)	Υποτροπή στην κύστη (%)	Αριθμός νεφροουρητηρεκτομών (%)
375	148 (40%)	75 (35%)	43 (12%)

Ho KL & Chow GK. J Endourol 2005; 19: 841-849

ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΑΣΘΕΝΕΙΣ (Απόλυτες ενδείξεις)	G1/G2/G3 (LG / HG)	Follow-up (μήνες)	ΥΠΟΤΡΟΠΗ (ανώτερο ουροποιητικό)	ΥΠΟΤΡΟΠΗ ΣΤΗΝ ΚΥΣΤΗ
288 (26%)	36 / 47 / 11 (90 / 57)	19 - 64	37%	24%

Overall survival (OS)	Disease-specific survival (DSS)	Νεφρο- ουρητηρεκτομή	ΕΞΕΛΙΞΗ (Progression)	ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ
79%	89%	22%	17% (6% μεταστάσεις)	27% (διασπορά στη διαδερμική οδό 0,3%)

Grade-stratified pooled UT recurrence and DSS outcomes

	<i>n/N (%)</i>				
	G1	G2	G3	LG	HG
URSa					
<u>UT recurrence</u>	77/149 (52)	45/84 (54)	28/37 (76)	13/27 (48)	12/20 (60)
DSS	126/129 (98)	71/81 (88)	27/34 (79)	23/24 (96)	7/8
PNRT					
<u>UT recurrence</u>	11/47 (23)	17/56 (30)	20/50 (40)	26/75 (35)	22/52 (42)
DSS	46/47 (98)	41/42 (98)	21/35 (60)	25/25 (100)	7/13

Grade-stratified pooled UT recurrence and DSS outcomes

	<i>n/N (%)</i>				
	G1	G2	G3	LG	HG
URSa					
UT recurrence	77/149 (52)	45/84 (54)	28/37 (76)	13/27 (48)	12/20 (60)
<u>DSS</u>	126/129 (98)	71/81 (88)	27/34 (79)	23/24 (96)	7/8
PNRT					
UT recurrence	11/47 (23)	17/56 (30)	20/50 (40)	26/75 (35)	22/52 (42)
<u>DSS</u>	46/47 (98)	41/42 (98)	21/35 (60)	25/25 (100)	7/13

COMPARISON OF OPEN NEPHROURETERECTOMY AND URETEROSCOPIC AND PERCUTANEOUS MANAGEMENT OF UPPER URINARY TRACT TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

MORGAN ROUPRÉT, VINCENT HUPERTAN, OLIVIER TRAXER, GUILLAUME LOISON,
EMMANUEL CHARTIER-KASTLER, PIERRE CONORT, MARC-OLIVIER BITKER,
BERNARD GATIEGNO, FRANÇOIS RICHARD, AND OLIVIER CUSSENOT

ABSTRACT

Objectives. To compare the outcomes in patients who had undergone either open nephroureterectomy or conservative endoscopic surgery (ureteroscopic or percutaneous management) for upper urinary tract transitional cell carcinoma.

Methods. We performed a retrospective review of the data for patients treated surgically for upper urinary tract transitional cell carcinoma from 1990 to 2004. The data included patient sex, age at diagnosis, mode of diagnosis, smoking history, history of bladder cancer, type of surgery, complications, and tumor site, size, stage, grade, recurrence, and progression. We also evaluated the recurrence and survival rates.

Results. Data were analyzed for 97 patients. The median patient age was 68 years. Sixteen patients had a history of bladder tumor. The surgical procedure was open nephroureterectomy in 54 patients, ureteroscopy in 27, and percutaneous endoscopic ablation in 16. The tumor stage, grade, and site were independent prognostic factors for survival in a multivariate analysis ($P < 0.05$). The 5-year disease-specific survival rate was 81.9% for low-grade tumors and 47.3% for high-grade tumors ($P = 0.0001$). A correlation ($P = 0.002$) was found between low-grade tumors and superficial tumors. In patients with low-grade tumors ($n = 46$), the 5-year disease-specific survival rate after nephroureterectomy, ureteroscopy, and percutaneous endoscopy was 84%, 80.7%, and 80%, respectively ($P = 0.89$); the corresponding 5-year tumor-free survival rates were 75.3%, 71.5%, and 72% ($P = 0.78$).

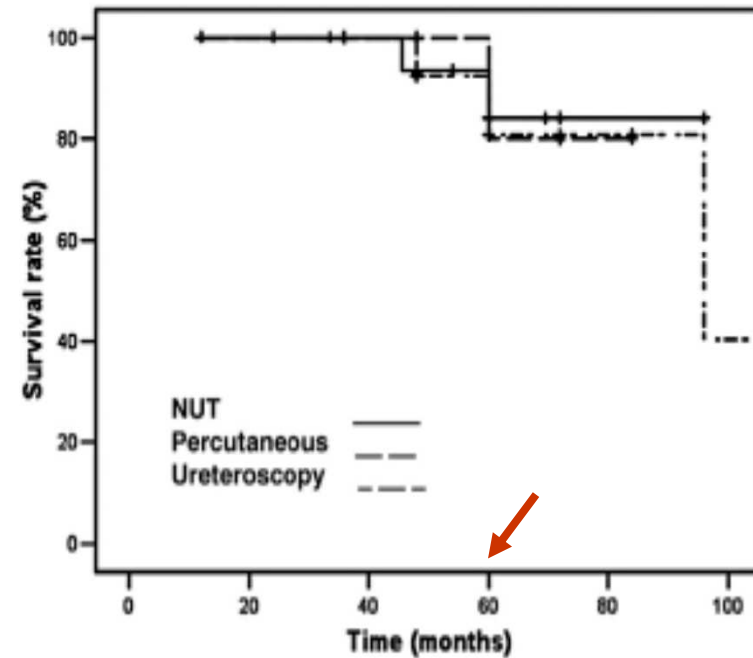
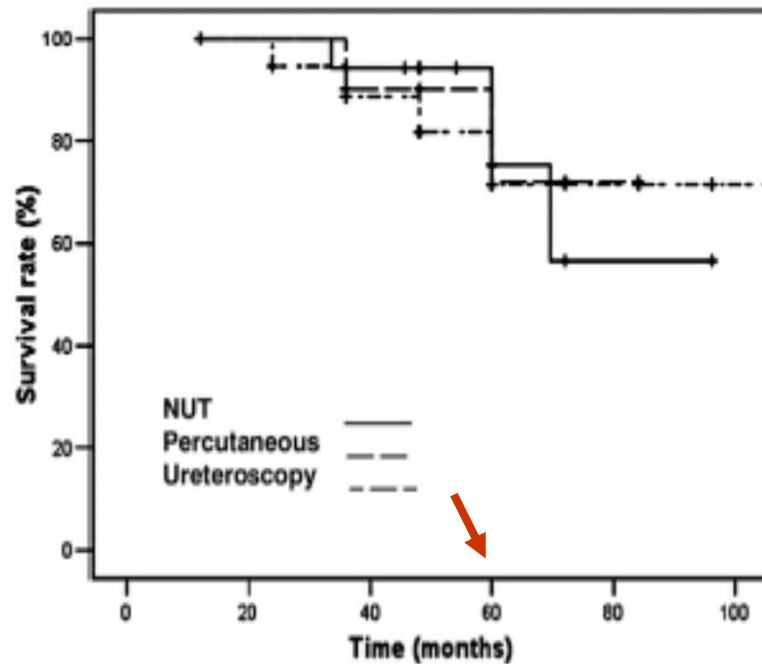
Conclusions. Conservative surgery can be recommended as an alternative to nephroureterectomy for low-grade or superficial upper urinary tract transitional cell carcinoma. For patients with high-grade or invasive tumors to be candidates for conservative surgery will require the development of additional prognostic factors (eg, molecular markers). These patients require long-term postoperative surveillance. UROLOGY 67: 1181-1187, 2006. © 2006 Elsevier Inc.

II

A

LOW GRADE TUMORS

B



Tumor-free and Disease-specific survival curves for patients with low-grade tumors stratified according to surgical management

LOW-GRADE TUMORS (N=46)

	NU	PNRT	URSa	P value
5-year Tumor-free survival	75,3%	72%	71,5%	P=0,78
5-year DSS	84%	80%	80,7%	P=0,89

Roupret et al. Urology 2006; 67: 1181

ΕΠΙΚΟΥΡΙΚΗ ΤΟΠΙΚΗ ΧΗΜΕΙΟ/ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΟΝ ΟΚΑΟ

- Μικρές σειρές ασθενών με περιορισμένης διάρκειας follow-up
- Έχει αξιολογηθεί κυρίως το BCG και σε πολύ λίγες η Mitomycin-C
- Οι περισσότερες μελέτες δεν έχουν ομάδα ελέγχου (control arm)
- Δεν υπάρχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα για την επικουρική τοπική θεραπεία (με εξαίρεση το CIS)

Clark et al. J Urol 1999; 161: 772

Palou et al. J Urol 2004; 172: 66

Katz et al. J Endourol 2007; 21: 374

A 20-Year Experience With Percutaneous Resection of Upper Tract Transitional Carcinoma: Is There an Oncologic Benefit With Adjuvant Bacillus Calmette Guérin Therapy?

Ardeshir R. Rastinehad, Michael C. Ost, Brian A. VanderBrink, Kathryn L. Greenberg, Assaad El-Hakim, Robert Marcovich, Gopal H. Badlani, and Arthur D. Smith

Urology 2009; 73:27

6 εβδομαδιαίες δόσεις BCG σε 50 νεφρικές μονάδες
vs.
39 controls

- ◎ Καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στο
 - > Ποσοστό υποτροπής (Recurrence)
 - > Χρόνο μέχρι την υποτροπή
 - > Ποσοστό εξέλιξης (Progression)

ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ
ΤΕΧΝΙΚΕΣ

```
graph TD; A[ΕΝΔΟΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ] --- B[ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ]; A --- C[ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ];
```

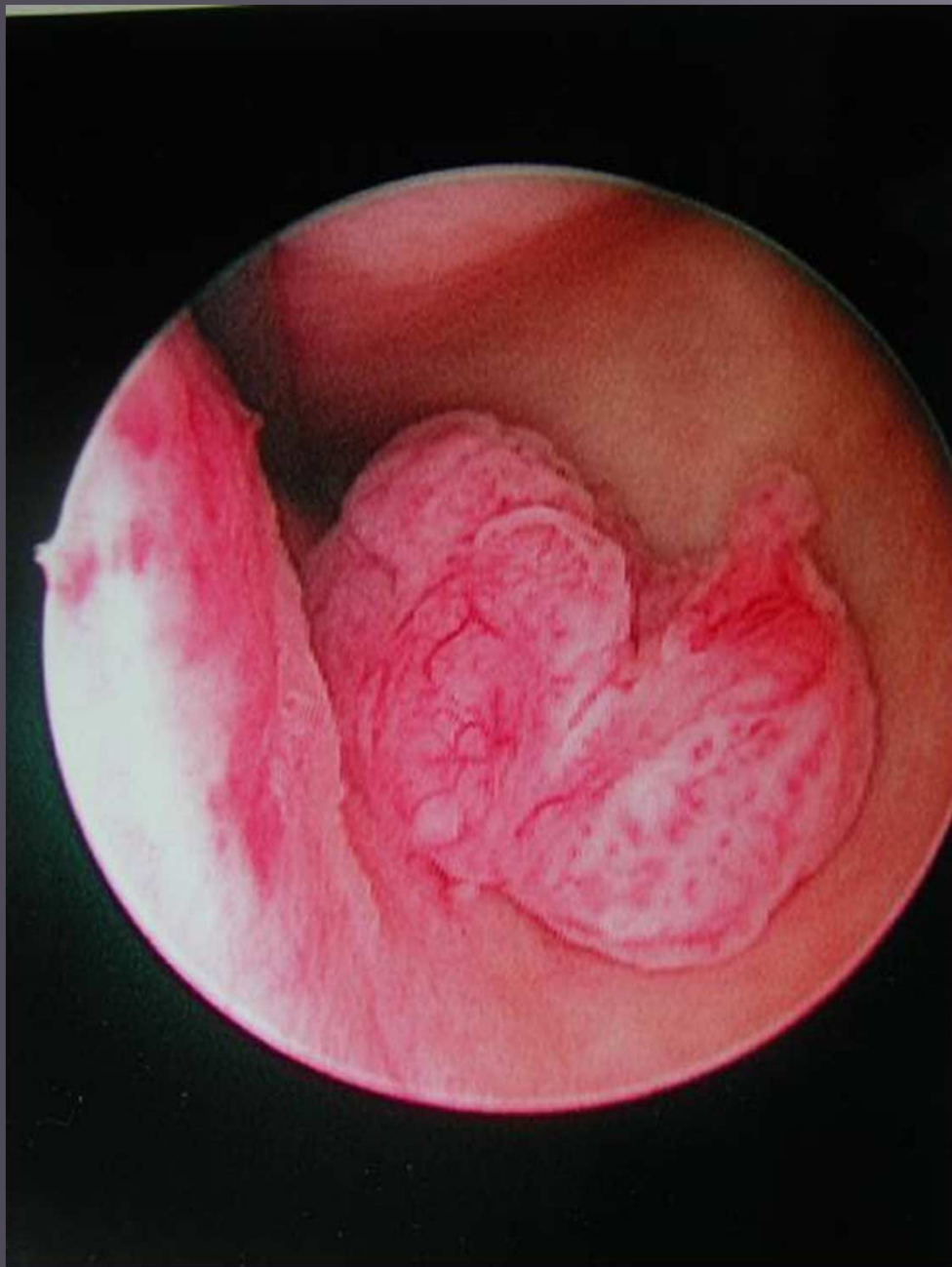
ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ

ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ

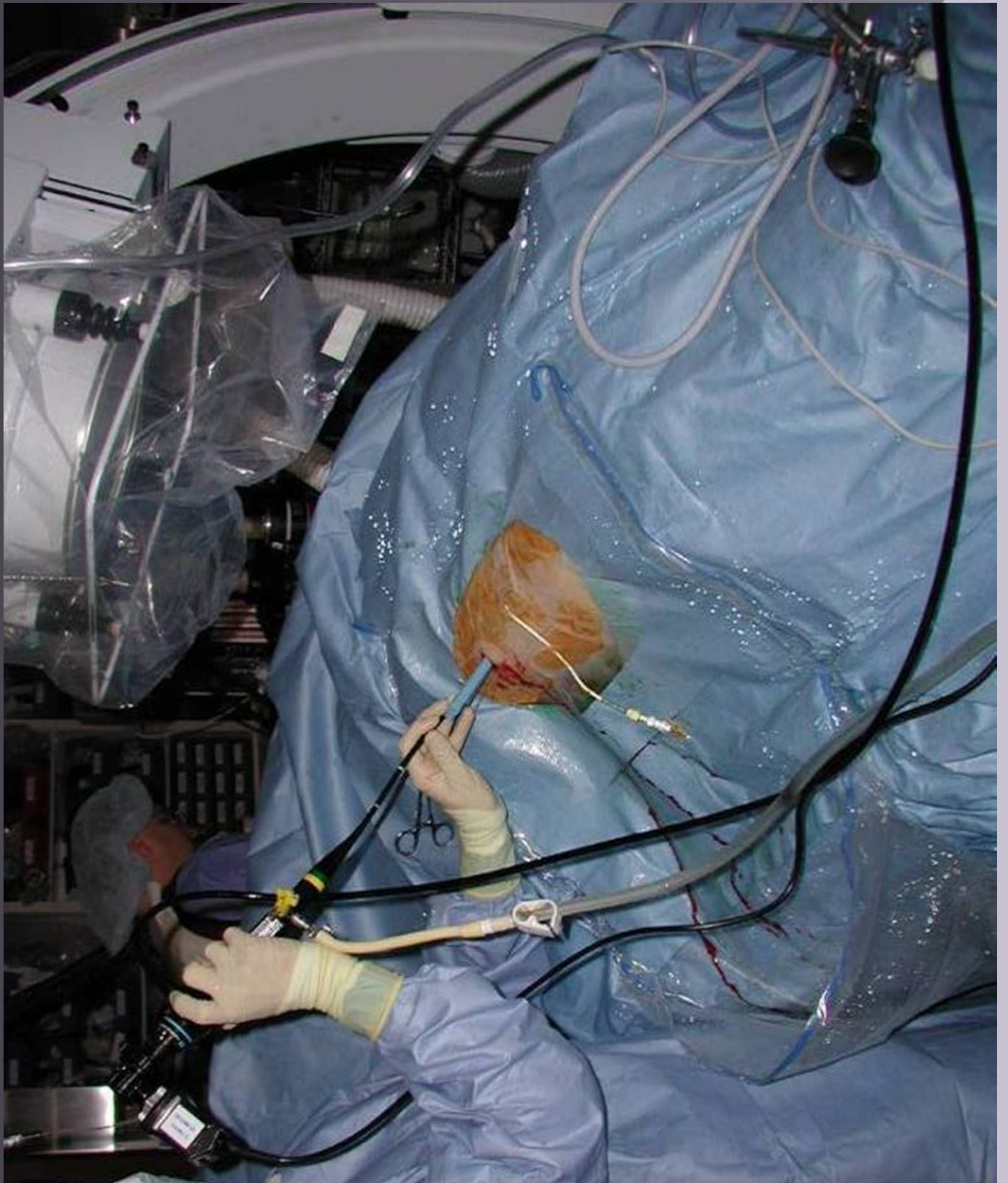
ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ



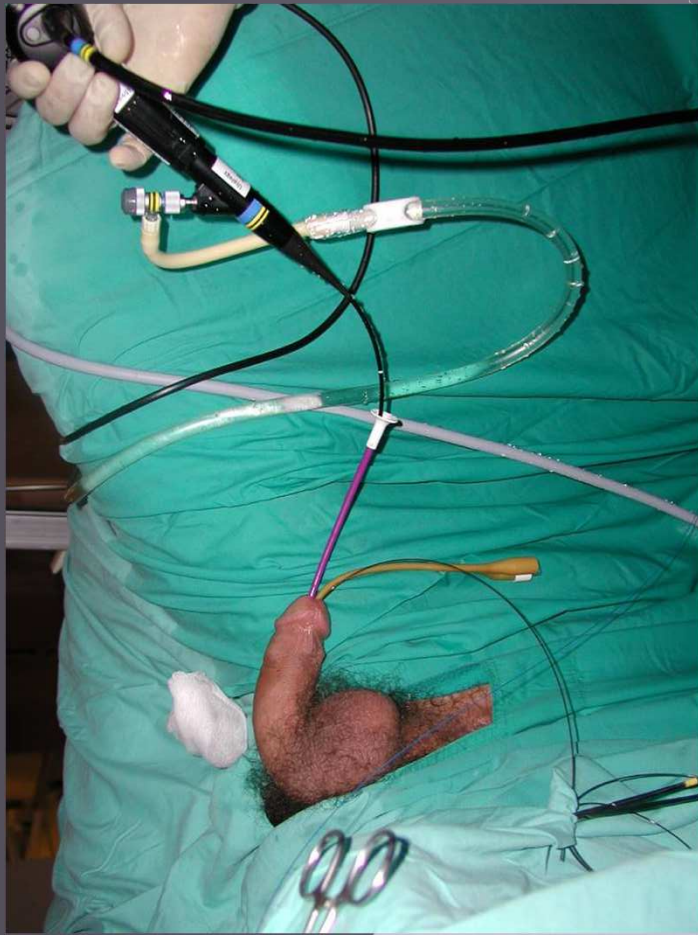


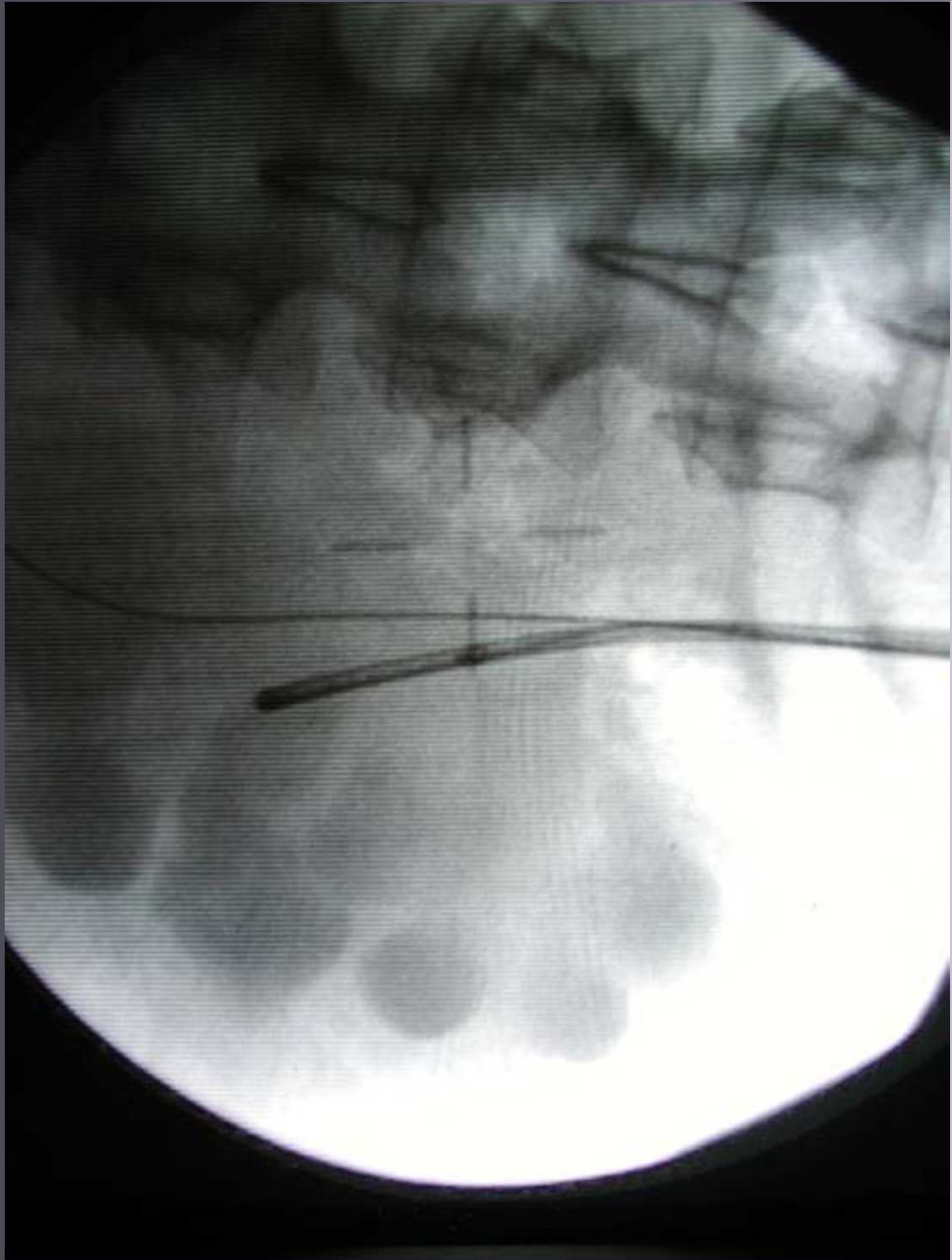






ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ

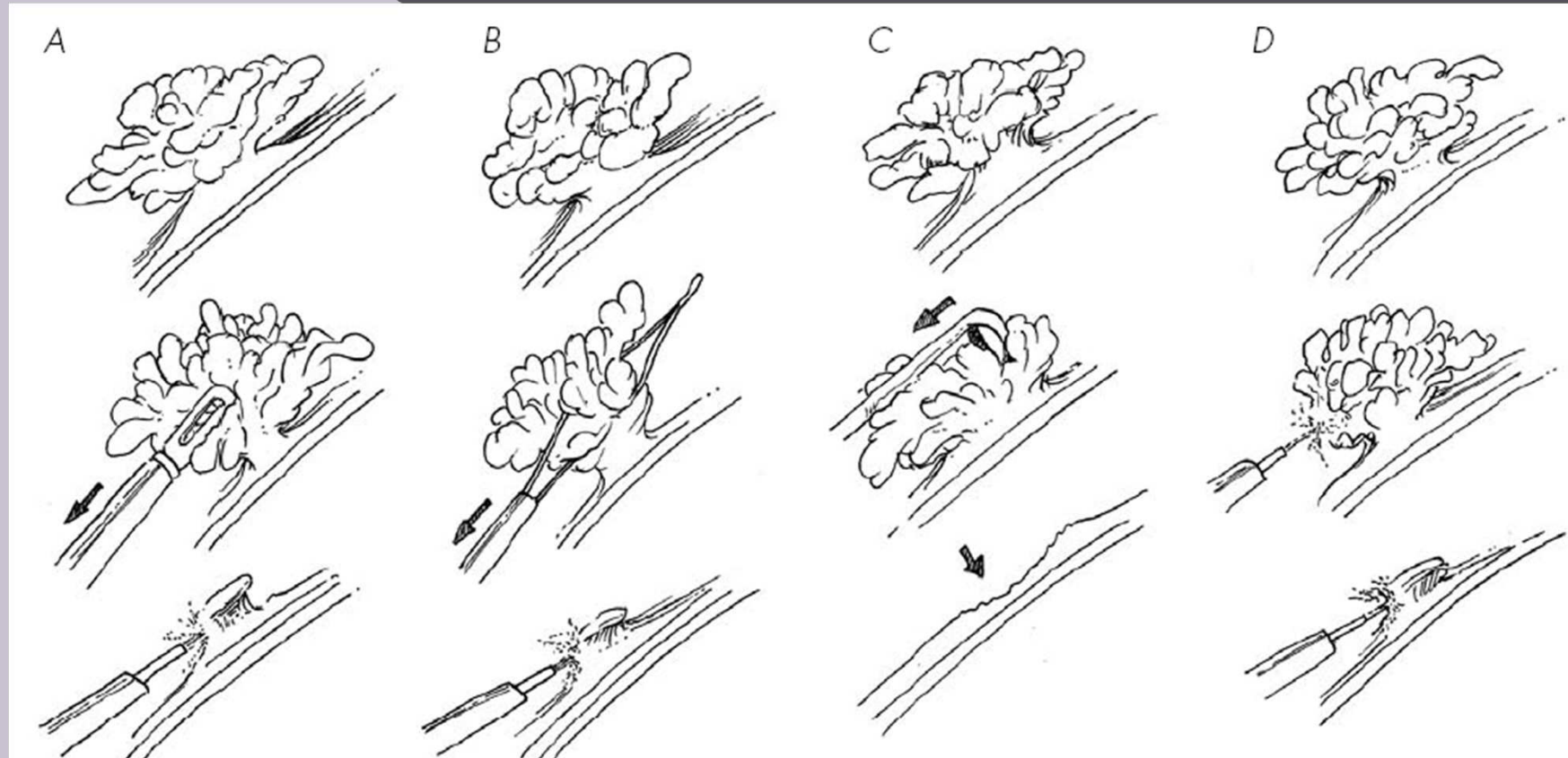






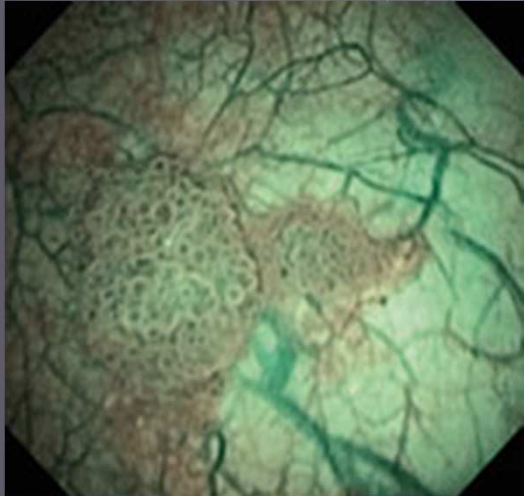
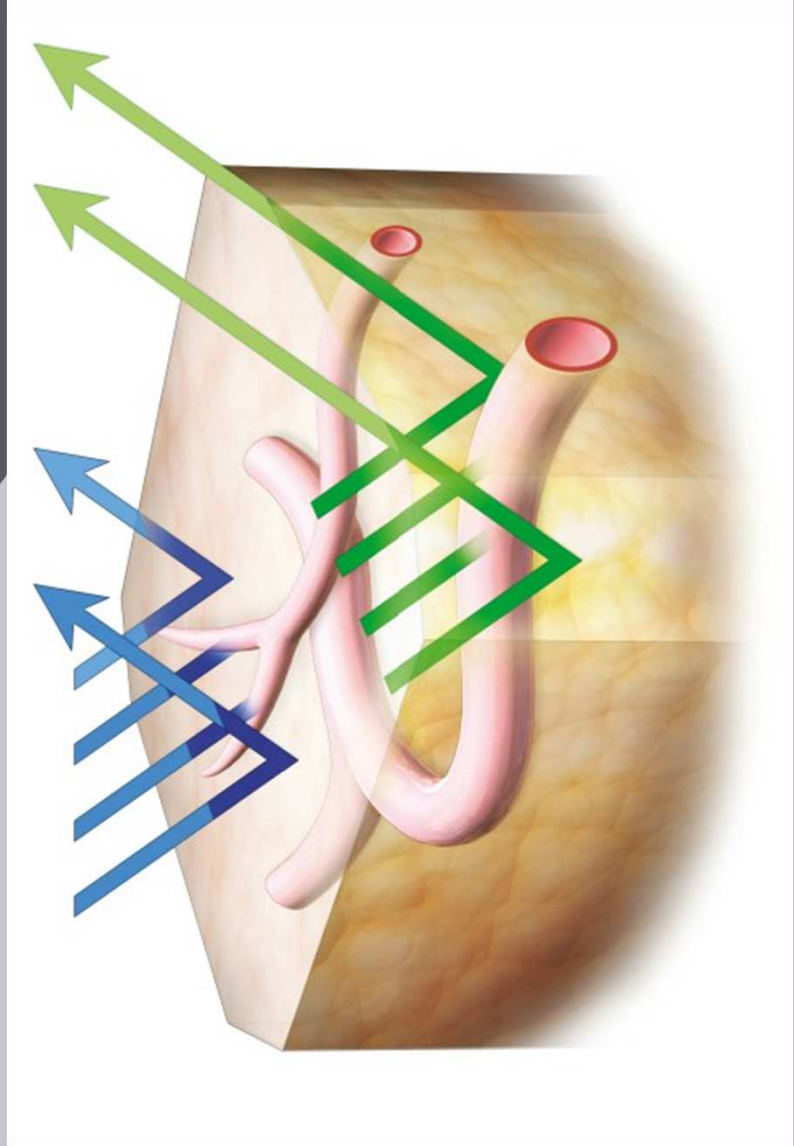
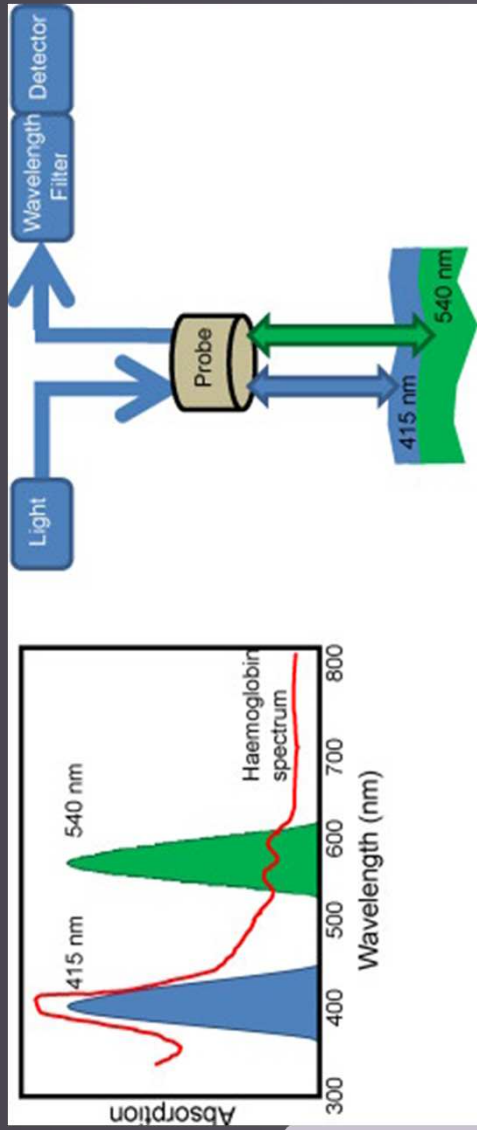


ΟΥΡΗΤΗΡΟΣΚΟΠΙΚΕΣ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΓΙΑ ΟΓΚΟΥΣ ΑΝΩΤΕΡΗΣ ΑΠΟΧΕΤΕΥΤΙΚΗΣ ΜΟΙΡΑΣ



NARROW BAND IMAGING (NBI)

Μια υποσχόμενη τεχνική για τους ουροθηλιακούς όγκους του κατώτερου και ανώτερου ουροποιητικού





b

a



a



b

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ FOLLOW-UP

- ◎ ΚΥΤΤΑΡΟΛΟΓΙΚΗ ΟΥΡΩΝ
- ◎ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΗ (± ΒΙΟΨΙΕΣ ± ΑΝΙΟΥΣΑ ΠΥΕΛΟΓΡΑΦΙΑ)
- ◎ CT ΟΥΡΟΓΡΑΦΙΑ

ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ FOLLOW-UP

After conservative management, over at least 5 years	
Urinary cytology and CT urography at 3 and 6 months, and then yearly	C
Cystoscopy, ureteroscopy and cytology <i>in situ</i> at 3 and 6 months, and then every 6 months over 2 years, and then yearly	C

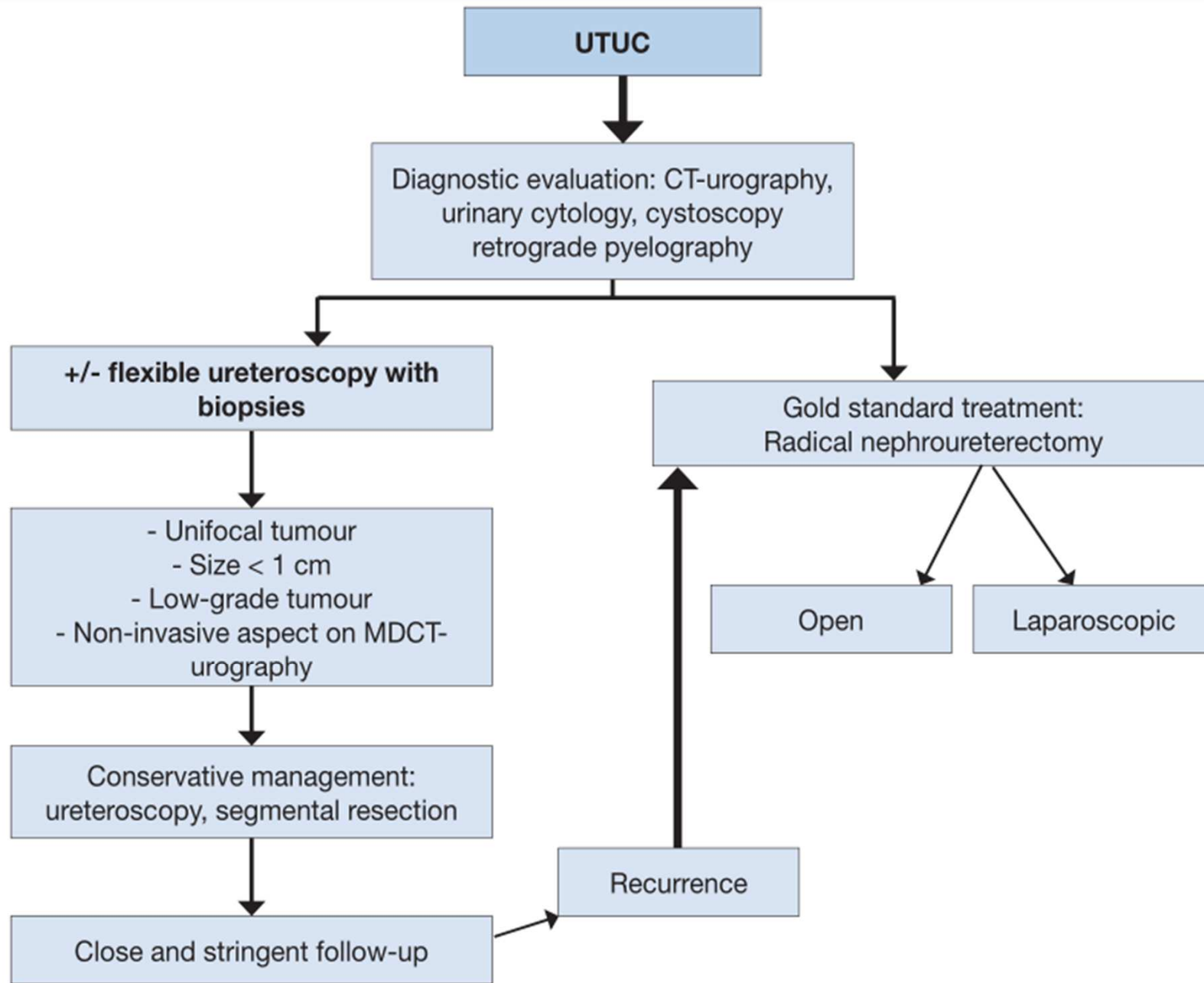
EAU Guidelines 2013 edition

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Η ενδοσκοπική εκτομή του ΟΚΑΟ είναι τεχνικά εφικτή και αρκετά αποτελεσματική.
- Η υποτροπή μετά από ενδοσκοπική αντιμετώπιση του ΟΚΑΟ είναι συχνή. Γι' αυτό απαιτείται πλήρης ενημέρωση του ασθενή και πολύ αυστηρή μετεγχειρητική παρακολούθηση (follow-up).
- Πρέπει να εκτελείται σε σωστά επιλεγμένες περιπτώσεις ασθενών (stage Tα-T1, grade 1-2, κατά προτίμηση μονήρης, μικρού μεγέθους όγκος).
- Σε ασθενείς με σχετική ένδειξη (εκλεκτική προσέγγιση), οι οποίοι έχουν νόσο χαμηλού grade με ευνοϊκά χαρακτηριστικά (π.χ. Όγκο <2cm, μονοεστιακό), η πενταετής DSS και τα ποσοστά διατήρησης του νεφρού είναι απολύτως ικανοποιητικά.
- Η μακροχρόνια έκβαση (10-year DSS) δεν είναι επί του παρόντος ξεκάθαρη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Σε αρκετές περιπτώσεις τοπικής υποτροπής, η επανάληψη της ενδοσκοπικής εκτομής είναι δυνατό να αντιμετωπίσει επαρκώς τη νόσο.
- Σε ασθενείς με σχετική ένδειξη (εκλεκτική προσέγγιση), οι οποίοι έχουν νόσο υψηλού grade, η ενδοσκοπική αντιμετώπιση δεν έχει καμία θέση.
- Σε ασθενείς με απόλυτη ένδειξη, οι οποίοι έχουν νόσο υψηλού grade, η απόφαση για ενδοσκοπική αντιμετώπιση πρέπει να ληφθεί προσεκτικά, εξατομικευμένα και με υπολογισμό του προσδοκόμενου συνολικού οφέλους.
- Η ουρητηροσκοπική προσέγγιση με τη χρήση laser θεωρείται σήμερα η μέθοδος εκλογής, αφήνοντας τη διαδερμική για πιο επιλεγμένες περιπτώσεις.





ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ

