



| | |
|-------------------------|---|
| سرشناسه | وکیلی نیریزی، محمدعلی، ۱۳۶۸- |
| عنوان و نام پدیدآور | تومورهای مثانه ۲: کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقاء و بورد ۱۴۰۲: Campbell-Walsh Urology, s 2021/ ترجمه و تلخیص محمدعلی وکیلی نیریزی: پاسخ‌دهی به سوالات فرشاد قلی‌پور، حسین فوزی‌فر. تهران: کاردیا، ۱۴۰۲. |
| مشخصات نشر | ۳۱۴ ص: مصور (بخشی رنگی)، جدول. |
| مشخصات ظاهری | 978-622-5217-73-7 |
| شابک | فیپا |
| وضعیت فهرست نویسی | کتاب حاضر برگرفته از کتاب " Campbell-Walsh urology, 12th ed, c2021 " |
| یادداشت | به ویراستاری آلن. ج. واین... او دیگران است. |
| موضوع | اورولوژی Urology مثانه - تومورها Bladder -- Tumors اورولوژی -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Urology -- Examinations, questions, etc. مثانه -- تومورها -- آزمون‌ها و تمرین‌ها. Bladder -- Tumors -- Examinations, questions, etc. قلیبور، فرشاد، ۱۳۶۷ - فوزی‌فر، حسین، ۱۳۷۱ - کمبل، ویلیس کوهون، ۱۸۸۰ - ۱۹۴۱ م. Campbell, Willis C. (Willis Cohoon), 1880-1941. واین، آلن ج.، ویراستار Wein, Alan J. ۸۷۱RC ۶/۶۱۶ ۹۱۲۶۴۱۱ فیپا |
| شناسه افزوده | |
| شناسه افزوده | |
| شناسه افزوده | |
| شناسه افزوده | |
| شناسه افزوده | |
| شناسه افزوده | |
| رده بندی کنگره | |
| رده بندی دیویی | |
| شماره کتابشناسی ملی | |
| اطلاعات رکورد کتابشناسی | |

| | |
|---|-----------------------------|
| عنوان کتاب: تومورهای مثانه ۲ | چاپ و لیتوگرافی: رزیدنت یار |
| کتاب حاضر برگرفته از کتاب "Campbell-Walsh Urology, s 2021" است. | نوبت چاپ: اول ۱۴۰۲ |
| ترجمه و تلخیص: دکتر محمدعلی وکیلی نیریزی | تیراژ: ۱۰۰ جلد |
| پاسخ‌دهی به سوالات: دکتر فرشاد قلی‌پور و دکتر حسین فوزی فر | شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۵۲۱۷-۷۳-۷ |
| ناشر: انتشارات کاردیا | بهاء: ۶۲۸,۰۰۰ تومان |
| حروفچین و صفحه‌آرا: رزیدنت یار- منیرالسادات حسینی | |
| طراح و گرافیسیت: رزیدنت یار- مهرداد فیضی | |

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگرنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸
شماره تماس: ۰۲۱-۶۶۴۱۹۵۲۰، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۰۸، ۰۲۱-۸۸۹۴۵۲۱۶ / www.residenttvar.com

هر گونه کپی‌برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

تومورهای مثانه ۲

کتاب جامع آمادگی آزمون ارتقا و بوردها ۱۴۰۳
Campbell-Walsh Urology, s 2021

ترجمه و تلخیص

دکتر محمدعلی وکیلی نیری

دارای بوردها تخصصی ۱۳۹۹

پاسخدهی به سوالات:

دکتر فرشاد قلی‌پور

رتبه بوردها تخصصی ۱۳۹۹

استادیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دکتر حسین فوزی فر

دارای بوردها تخصصی رشته اورولوژی



فهرست مطالب

| | |
|----------|--|
| ۱۱..... | Management of metastatic & Invasive – فصل ۱۳۷ |
| ۳۷..... | مرور سریع – فصل ۱۳۷..... |
| ۴۳..... | سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳۷..... |
| ۱۰۹..... | surgical management of bladder cancer – فصل ۱۳۸..... |
| ۱۳۳..... | مرور سریع – فصل ۱۳۸..... |
| ۱۳۷..... | سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳۸..... |
| ۱۷۷..... | Orthotopic Diversion – فصل ۱۴۱..... |
| ۲۱۱..... | مرور سریع – فصل ۱۴۱..... |
| ۲۱۷..... | سوالات و پاسخنامه فصل ۱۴۱..... |
| ۲۴۷..... | اطلس آموزشی و مرور..... |
| ۲۶۷..... | ایستگاه آندوسکوپی..... |
| ۲۷۱..... | ایستگاه پاتولوژی..... |
| ۲۹۹..... | ایستگاه رادیولوژی..... |

:Bladder cancer

- کانسر مثانه، ۵ امین بدخیمی رایج در آمریکا می‌باشد. ۲۰ تا ۳۰٪ از مبتلایان در زمان تظاهر اولیه، مبتلا به تومور Muscle-Invasive هستند.
- بیماران مبتلا به کانسر مثانه‌ی MI به دو زیرمجموعه تقسیم می‌شوند: زیرمجموعه‌ی بزرگتر، در **حدود ۸۰٪** که از ابتدا به صورت Muscle-Invasive تظاهر می‌یابند و زیرمجموعه دوم در حدود **۲۰٪ موارد** که از نوع NMIBC بوده و در MI پیشرفت می‌کنند.
- MIUC بیماری کشنده است و در صورت عدم درمان، موجب مورتالیتی ۸۵٪ در عرض ۲ سال می‌گردد.
- برخی مطالعات نشان داده‌اند که پروگنوز در مواردی که NMI به MI پیشرفت کرده است، بدتر از مواردی است که از ابتدا حالت MI را داشته‌اند.
- مرگ و میر ناشی از کانسر مثانه، متعاقب درمان لوکال مناسب اغلب در عرض ۲ سال ابتدایی درمان اولیه رخ داده و ناشی از بیماری سیستمیک است.
- عود non-local-regional منعکس‌کننده‌ی وجود بیماری متاستاتیک در زمان تشخیص است که اغلب به صورت میکرومتاستاتیک در زمان تشخیص اولیه وجود داشته و مانع سوریوال طولانی‌مدت، علی‌الخصوص در بیماران با MI می‌باشد.
- شایع‌ترین نوع کانسر مثانه، کارسینوم یوروتلیال (UC) است که تقریباً حدود ۹۰٪ موارد را شامل می‌شود. در کشورهای غربی، SCC مثانه، فقط ۵٪ موارد را شامل می‌شود حال آنکه SCC در خاورمیانه و کشورهای آفریقایی به علت عفونت با شیستوزوما، رایج‌تر بوده و نسبت بیشتری از بدخیمی‌های مثانه را شامل می‌شود.
- SCC مثانه در کشورهای غربی اغلب در زمینه‌ی UTI‌های طولانی و سونداژ مزمن می‌باشد. آدنوکارسینوم مثانه، در حدود ۲٪ از تومورهای مثانه در کشورهای غربی را شامل شده و منشأ آن می‌تواند از اوروتلیوم و یا اوراکوس باشد. بیماران با سابقه‌ی اکستروفی مثانه با افزایش ریسک بروز آدنوکارسینوم مثانه،



روبه‌رو هستند. در مواردی که با آدنوکارسینوم مثانه روبه‌رو هستیم، باید حتماً قبل از آغاز پروسه‌ی درمانی، سایت‌های رایج برای آدنوکارسینوم از جمله (۱ Breast ۲) کولورکتال را مورد بررسی قرار دهیم. درمان استاندارد برای آدنوکارسینوم مثانه صرف نظر از زیرمجموعه‌ی هیستولوژیکی آن، انجام رادیکال سیستکتومی می‌باشد البته باید توجه داشت که بر اساس ساب‌تایپ هیستولوژیکی زمان کموتراپی نئوادجوانت و با رادیوتراپی متفاوت می‌باشد.

• pure neuroendocrine bladder cancer

توموری بسیار نادر و البته بسیار تهاجمی است و اغلب در stageهای پاتولوژیک بالاتر و یا در همراهی با بیماری متاستاتیک تظاهر می‌یابد. تومورهای نورواندوکراین، می‌توانند با سایر واریانت‌های هیستولوژیکی نیز دیده شوند و درمان استاندارد آن‌ها: **کموتراپی نئوادجوانت + رادیکال سیستکتومی** است. این تومورها می‌توانند با سندرم‌های پارانئوپلاستیک، از جمله موارد زیر همراهی داشته باشند:

(۱) تولید اکتوپیک ACTH

(۲) هایپرکلسمی \uparrow Ca

(۳) هیپوفسفاتی \downarrow P

- تومورهای کارسینوئید، یکی از انواع تومورهای نورواندوکراین هستند که می‌توانند از مثانه منشأ بگیرند.
- large cell neuroendocrine tumor, ممکن است از مثانه منشأ بگیرند و بیولوژی مشابه تومورهای small cell دارند.
- سایر فرم‌های بسیار نادر هیستولوژیکی مثانه، عبارتند از: (۱) رابدومیوسارکوما (۲) لیومیوسارکوم (۳) لنفوم اولیه
- هیستولوژی‌های متفاوتی برای UC وجود دارد:

(۱) micropapillary: تومورهای تهاجمی و شبیه به تومور پاپیلری سرورز تخمدان. نتایج متناقضی از پاسخ تومورهای میکروپاپیلری به کموتراپی نئوادجوانت وجود دارد. معمولاً به کموتراپی پاسخ نمی‌دهد.

(۲) sarcomatoid

(۳) squamous

(۴) glandular

Clinical staging

Clinical stage: قبل از درمان رادیکال سیستکتومی Rcys است.

Pathological stage: حاصل نمونه رادیکال Rcys است.



سوالات و پاسخنامه فصل ۱۳۷



۱. حین انجام رادیکال سیستکتومی در بیمار مبتلا به سرطان اوروتلیال مثانه متوجه درگیری وسیع پری یورترا (اطراف حالب) می‌شویم. اقدام مناسب بعدی کدام است؟ (کمپبل) (ارتقا ۱۴۰۲)
- الف) صرف نظر کردن از ادامه رادیکال سیستکتومی با هدف درمانی
 ب) ادامه رادیکال سیستکتومی و ایلئال کاندوتیت و انجام شیمی درمانی ادجونت
 ج) ارسال فروزن سکشن و ادامه رادیکال سیستکتومی با هدف ایجاد مارژین منفی
 د) ادامه رادیکال سیستکتومی و انجام کوتانئوس یورتروستومی

گزینه الف

کمپبل - فصل ۱۳۷

اندیکاسیون‌های ختم رادیکال سیستکتومی عبارتند از:

- ۱) لنف نود متاستاتیک bulky که غیر قابل رزکشن است.
- ۲) درگیری وسیع پری یورترا (اطراف حالب)
- ۳) fix بودن مثانه به دیواره لگن (T4b)
- ۴) درگیری رکتوسیگموئید توسط تومور

۲. بیمار آقای ۶۰ ساله‌ای است که با توده ۲/۵ سانتی‌متری مثانه تحت TURBT قرار گرفته است. پاتولوژی بیانگر تومور neuroendocrine با درگیری لامینا پروپریا و بدون درگیری ماسکولاریس پروپریا است. درمان مناسب بعدی کدام است؟ (کمپبل) (ارتقا ۱۴۰۲)
- الف) رادیکال سیستکتومی به تنهایی
 ب) شیمی درمانی نئوادجونت و رادیکال سیستکتومی
 ج) رادیکال سیستکتومی و رادیوتراپی ادجونت
 د) رادیکال سیستکتومی و شیمی درمانی ادجونت

گزینه ب

کمپبل - فصل ۱۳۷



توموری نادر و بسیار تهاجمی است که اغلب در هنگام تشخیص در stage بالا و متاستاتیک قرار دارد. می‌تواند تظاهرات سندرم پارانئوپلاستیک داشته باشد که شامل هایپرکلسمی، هایپوفسفاتی و تولید ACTH است. به کموتراپی بسیار حساس بوده و درمان آن به صورت کموتراپی نئوادجوانت و رادیکال سیستمیک است.

۳. بیمار آقای ۷۱ ساله با تشخیص تومور مثانه Stage T2 High Grade Urothelial Carcinoma TCC، تحت Neoadjuvant chemotherapy قرار می‌گیرد و پس از آن کاندیدای رادیکال سیستمیک می‌شود. حین عمل یک لنف نود ۳ سانتی‌متری در فضای اِبترا تور سمت راست مشاهده می‌شود. اپروچ مناسب بعدی کدام است؟ (کمپبل) (بورد ۱۴۰۲)

الف) رادیکال سیستمیک به همراه LND محدود انجام می‌دهیم.

ب) از لنف نود نمونه فرورزن سکشن ارسال می‌کنیم و در صورت متاستاتیک بودن جراحی را متوقف می‌کنیم.

ج) جراحی را متوقف می‌کنیم و جهت انجام رادیوتراپی لگن بیمار را به همکار رادیوانکولوژیست ارجاع می‌دهیم.

د) فرورزن سکشن از لنف نود و در صورت درگیری تومورال و قابل رزکت بودن رادیکال سیستمیک به همراه LND Extended انجام می‌دهیم.

گزینه د

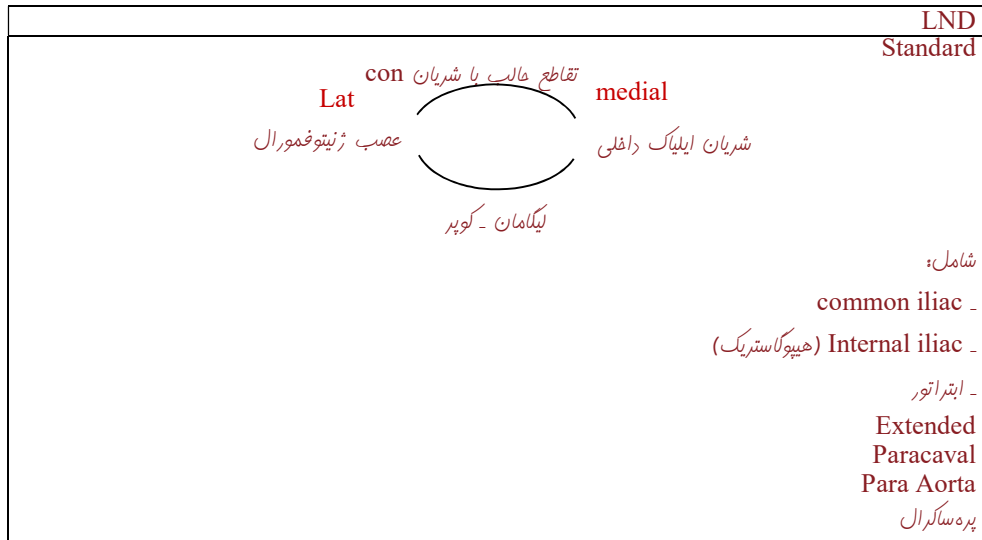
کمپبل - فصل ۱۳۷



مرور سریع - فصل ۱۳۸

: TURT

- با مصرف ASA ← می‌توان
- هپارین - وارفارین - کلوپیدوگرل ← الزاماً قطع
- در صورت وجود عفونت فعال، الزاماً TURT تا
- درمان کامل UTI به تأخیر افتد.
- برای TURT:
- ادرار clear از باکتری
- PAB قبل از TURT ← همه موارد.
- dorsal Litho ← position TURT
- به صورت روتین نیازی به stent برای رزکسیون همه تومورهای غالب نیست.
- TUR اطراف غالب ← cut
- dome مثانه ← cut سریع
- (می‌تواند بدون پرغوراسیون، آسیب حرارتی به روده‌ها)



Open

- پرپ AB: NO



• IVP AB، متمماً ← cefoxitin

• پرپ، نیتالیبا؛

کلرهلکزیدین ممنوع

مملول ۱۰٪ providing-idoe

Position

:TURT

Dorsal Lith

:√C

:Male

Supine: 15° flx

:Female

Low Litho

بازگشت زودتر روده‌ها

Alviompan (۱)

(۲) نئوستگمین

(۳) شیافت

(۴) ضد تنوع

(۵) استرس اولسر پروقیلاکسی

(۶) زود آغاز تغذیه روده‌ای

(۷) به جای ناکوتیک، استامینوفن و کتورولاک

کنترالزیکه NS√C

(۱) اقتلال erection

(۲) (T4-T3) Advance dis

متمماً Sharp dis / کنترالزیکه + blunt

(۱) سابقه RT

(۲) شیمی‌درمانی داخل مثانه‌ای

(۳) بیماری (T3-T4) Advance

قبیل از √C،

Chest CT

Abdominopelvic CT



مرور سریع - فصل ۱۴۱

• انواع ارتوتوپیک: ileal reservoir - colon & ileocolic reservoir -

A: ارتوتوپیک با (Ileal Reservoir)

| | |
|--|---|
| مزایای کلی ایلتوم: قابلیت اتساع بیشتر - low pressure - نیاز به طول کمتری از روده - حفظ continency ↑ - ویژگی های UDS بهتر | |
| Cammy II | <p>بدون نیاز به کولونوسکوپی قبلی I ← ۶۵ cm ایلتوم - u - بدون توبولاریزه II ← ۶۵ cm ایلتوم - u - با توبولاریزه 3 folded II modified ← Z با توبولاریزه آناستاموز حالب: آنتی ریفلاکس Le Duc</p> |
| ارتوتوپیک (kock-ileal) (Hemi-kock) | <p>بدون نیاز به کولونوسکوپی قبلی ۶۱ cm از ایلتوم مکانیسم Nipple valve عوارض دیبرس، شایع ترین: سافت سنگ</p> |
| Serous-Lined Tunnel (Ghoniem) | <p>بدون نیاز به کولونوسکوپی قبل از عمل مکانیسم ← آنتی ریفلاکس ۴۰ cm از ایلتوم باید طول حالب بلند باشد - نمی توان از stapler میزان زیاد تنگی ممل حالب استفاده کرد. کتترا اندریکاسیون: (۱) حالب های کوتاه (۲) حالب های دیلاته</p> |
| هاتمن (ileal neobladder) | <p>بدون نیاز به کولونوسکوپی قبل عمل حجم آن زیاد است ← کاهش بی اختیاری شبانه اگر طول حالب کوتاه بود ← بازوهای W را بلندتر کن زودتر از studer, continence می شوند.</p> |
| Studer pouch | <p>بدون نیاز به کولونوسکوپی قبل عمل ۵۴-۵۶ cm از ایلتوم ترمینال با حفظ دریچه ایلتوسکال مناسب برای: حالب های کوتاه آناستاموز Refluxing / منع مصرف stapler</p> |
| T modified | <p>بدون نیاز به کولونوسکوپی قبل عمل ۴۴ cm از ایلتوم در حقیقت modified Ghoniem مکانیسم flap valve - غیر ریفلاکسی کاربرد: حالب های کوتاه</p> |
| | <p>در ONB با منشأ ایلتوم - هیچ یک قبل از عمل نیازی به کولونوسکوپی ندارد. - در هیچ یک نباید از stapler استفاده کرد. مناسب برای حالب های کوتاه: (۱) T pouch (۲) Studer (۳) Hatman با بازوی بلند</p> |



colon & ileolic (B)

| | |
|---|--|
| <p>قابلیت اتساع کولون کمتر؛ high pressure - اغزشایش میزان incontinence اکثر ترکیب کولون و ایلتوم ← بهتر است حجم اولیه بیشتر از ایلتوم باشد.</p> | |
| <p>Mainz III الزاماً کولونوسکوپی تقریباً در پیه ایلتوسکال؛ مکانیسم؛ Anti-Reflex محل آناستاموز غالب = سکوم ۱۰-۱۵ cm + ایلتوم ۲۰-۳۰ cm محل آناستاموز ممبرا = سکوم</p> | |
| <p>Padua pouch (vesica Ileale Padovana) ۴۲ سانتی‌متر از ایلتوم آناستاموز غالب‌ها به روش Le Duc/Camey</p> | |
| <p>Sigmoid pouch نام دیگر = Reddy الزاماً کولونوسکوپی * در مین عمل مراقب عروق کولیک ریستال باشید. ۳۵ cm از کولون نزولی - سیکموئید مغایب؛ (۱) تکدر مرفوع و (۲) Rectal urgency بعد از جراحی</p> | |
| <p>Right Colon Pouch الزاماً کولونوسکوپی ترکیب سکوم + کل RT colon آناستاموز غالب‌ها به کولون شتمناً آپانکرتومی شود.</p> | |

ارتوتوپیک continency:

(۱) سن < ۶۵ (۲) استفاده از کولون (۳) not N.S.S (۴) DM (۵) هیستریکتومی

• RFهای بی‌اقتباری:

و در زنان: (۴) DM (۵) هیستریکتومی (این موارد فقط مشتق زنان می‌باشد)

• بهترین کنترل ادرار: Leduc + W

• به دست آوردن اختیار ادراری روزانه زودتر از شبانه

↓ ↓

۶-۱۲ ماه تا ۲ سال



اطلس آموزشی و مرور

با تصاویر کلپین شده زیر به سبک یک اطلس آموزشی، می‌توانید نکات مهم و فرار مطلب را بررسی و به کمک تصاویر به خاطر بسپارید.

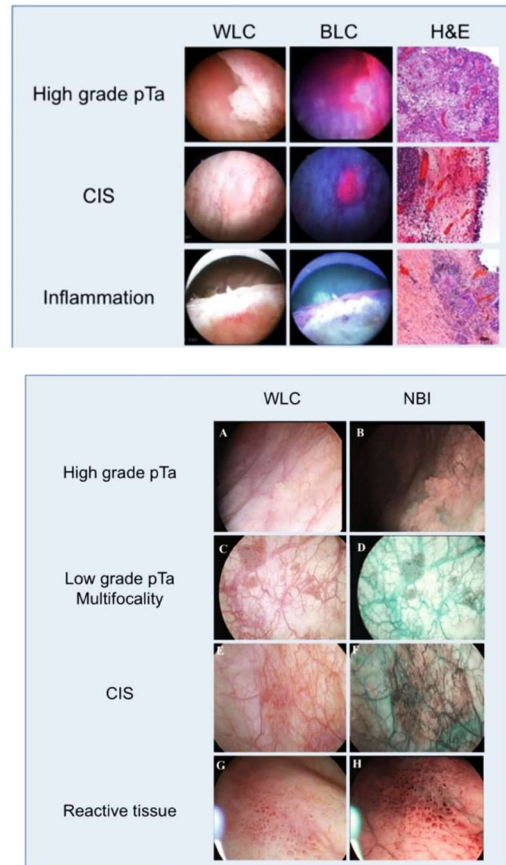


Fig. 2 NBI-enhanced cystoscopy facilitates detection of papillary and flat bladder cancer but increases false-positive rate. **a** Small papillary tumor (pathology pTa) poorly visualized under WLC but improved under NBI (**b**); multi-focal papillary tumors (pathology pTa) under WLC (**c**) and NBI (**d**); **e** WLC image of CIS and NBI (**f**); **g** false-positive lesion near the right orifice identified by WLC; **h** same lesion identified by NBI (reactive tissue in pathology). Figures obtained from [15] with permission

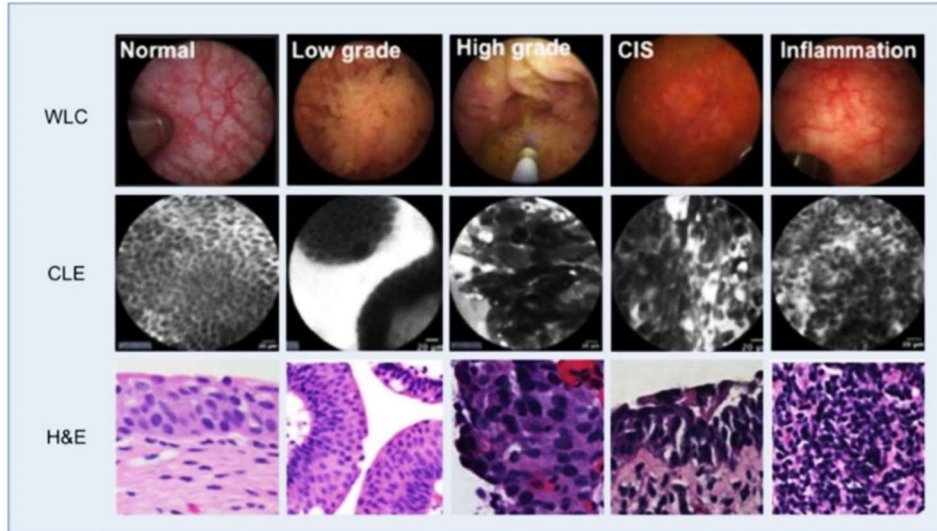


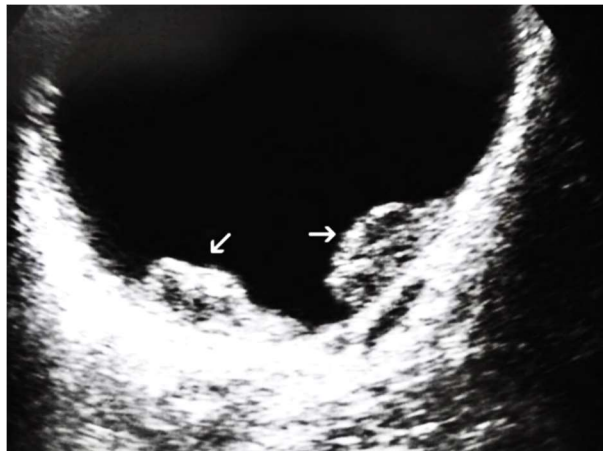
Fig. 3 Optical biopsy of bladder mucosa using probe-based confocal laser endomicroscopy (CLE). CLE of normal, low-/high-grade papillary bladder cancer, CIS, and inflammation show with corresponding white light cystoscopy (WLC) and hematoxylin and eosin (H&E) staining of the biopsy. Low-grade cancer shows characteristic-organized papillary structure, whereas high-grade cancer and CIS show pleomorphic cells and distorted micro-architecture. Inflammation shows lymphocytic infiltrates. Figure from [42] with permission



ایستگاه رادیولوژی



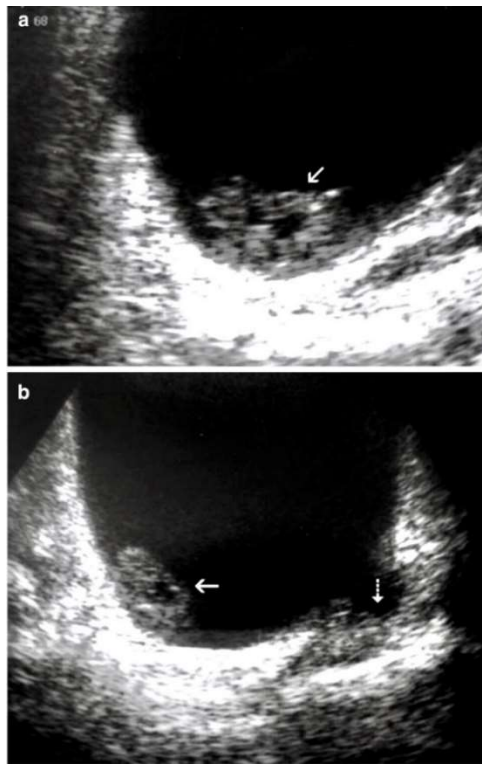
تصویر شماره ۱ (فلش): مشاهده‌ی Filling defect در سمت چپ مثانه ناشی از تومور مثانه در IVP.



تصویر شماره ۲: سونوگرافی مثانه و مشاهده‌ی دو توده پاپیلری که درون لومن مثانه، برجسته شده‌اند.



تصویر شماره ۳: سونوگرافی نمایشکل افزایش فوکال ضخامت مثانه در زمینه‌ی توده‌ی پروتلیال می‌باشد.



تصویر شماره ۴: Blood clot

4a مشاهده‌ی یک solid mass در دیواره‌ی خلفی مثانه

4b تغییر محل mass در مثانه متعاقب تغییر position بیمار که این مانور اثبات‌کننده‌ی وجود Blood clot است.