

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/312042623>

Management of primary bladder tumors at the University clinic of urology in skopje in 2010 during one-year follow up

Article · January 2016

CITATIONS

0

READS

49

14 authors, including:



S. Saidi

Ss. Cyril and Methodius University

37 PUBLICATIONS 85 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Oliver Stankov

Ss. Cyril and Methodius University

60 PUBLICATIONS 160 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Sotir Stavridis

University Clinic of Urology Skope

66 PUBLICATIONS 89 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Ognjen Ivanovski

Ss. Cyril and Methodius University

64 PUBLICATIONS 942 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Expression level of COX2, TOB1, HMGA1 and FLNA genes in colorectal cancer [View project](#)



A regional slide exchange ring study: Assesment of discordance of immunohistochemistry and in situ hybridization HER2 testing results in breast cancer specimens [View project](#)

MENAXHIMI I TUMOREVE PRIMARE TË FSHIKËS URINARE NË KLINIKËN UNIVERZITARE TË UROLOGJISË NË SHKUP NË VITIN 2010 DHE EVALUIMI NJËVJEÇAR POST OPERATIV

MANAGEMENT OF PRIMARY BLADDER TUMORS AT THE UNIVERSITY CLINIC OF UROLOGY IN SKOPJE IN 2010 DURING ONE-YEAR FOLLOW UP

Saidi S.¹, Georgiev V.¹, Popov Z.¹, Penev M.¹, Stankov O.¹, Dohcev S.¹, Stavridis S.¹, Ivanovski O.¹, Saidi M.¹, Janevska V.², Petrusevska G.², Spasovska L.², Komina S.², Panov S.³.

¹ Klinika Univerzitare e urologjisë, Shkup, R. e Maqedonisë

² Department Univerziteti "Shën Kirili dhe Metodi", Instituti i anatomisë patologjike, Shkup, R.M

³ Univerziteti "Shën Kirili dhe Metodi", Fakulteti i shkencave, Instituti i biologjisë, biologjisë molekulare dhe gjenetikës, Shkup, R e Maqedonisë

Autori për korrespondencë: D-r Skender I. Saidi PhD; e mail: skendersaidi@yahoo.com

Medicus 2016, Vol. 21 (2): 137 -142

ABSTRAKTI

Qëllimi i punimit: Qëllimi i punimit është të prezentojë të dhënat kryesore klinike, patologjike dhe rezultatet nga evaluimi njëvjeçar i pacientëve me kancer të fshikës urinare (KFU).

Materiali dhe metodat: Në periudhën midis 1. Dhjetorit. 2010 - 30 Nëntor. 2011 në Klinikën univerzitare të urologjisë në Shkup janë trajtuar 151 pacientë me tumore primare të fshikës urinare. Analiza histopatologjike ka rezultuar me 146 tumore uroteliale, 3 skvamoze, një adenokarcinomë dhe një tumor metastatik. Të gjithë pacientët para operimit janë evaluuar me: analizat rutinore laboratorike, urinokulturë, ultrasonografi, cistoskopi. Resekcioni transuretral (TUR) ishte metoda e artë e diagnostifikimit histologjik dhe trajtimit kirurgjik. Të gjithë pacientët janë evaluuar me cistoskopi dhe analiza citologjike të urinës në muajin e 3, 6, 9, 12-të pas operimit. Gjithashtu në këtë interval kohor është evaluuar edhe recidivizmi (prirja për përsëritje) dhe progresioni (avancimi në grada patologjike dhe pT stadiume më të larta).

Rezultatet: Moshë mesatare e pacientëve të trajtuar ishte 65 vjet (35-89). Karcinoma uroteliale ishte prezente në 146 (96.7%), karcinomat tjera në 5 (3.3%) raste. Analizat statistikore treguan një korelim signifikant të pT stadiumit me shkallën e malignitetit (Gr) ($p < 0.01$). Recidivizmi dhe progresioni është vërejtur në grupin e trajtuar vetëm me TUR, derisa në grupin e trajtuar me TUR dhe kimio/imunoterapi nuk është vërejtur recidivizëm por vetëm progresion në gradë e jo edhe në stadium.

Përfundimi: Aplikimi i udhëzuesit të Asociacionit Evropian të urologëve për TUR-in primar dhe përcjelljen e tyre, do të kontribojë për uljen e shkallës së recidivitetit dhe progresionit të sëmundjes.

Fjalët kyç: Urinary bladder cancer, urothelial, Trans-Urethral Resection, EAU guidelines.

HYRJE

Kanceri i fshikës urinare është një problem i rëndësishëm për shoqërinë njerëzore dhe zë vendin e 5-të në botë sipas shpeshtësisë (1). Në vendet e industrializuara perëndimore është në vend të katërt (2). Shkalla e incidencës së standardizuar në bazë të moshës (worldwide age standardised incidence rate-ASR), është 10,1 për meshkujt dhe 2,5 për femrat (3). R. e Kinës me <5/100000 banorë është vendi me incidencë më të ulët,

derisa R. e Egjiptit me 37 raste në 100000 banorë zë vendin e parë në botë (4). Në Evropë incidenca (ASR) më e lartë është regjistruar në vendet perëndimore (23,6 te meshkujt dhe 4,9 te femrat), derisa shkalla më e ulët në vendet lindore (14,7 te meshkujt dhe 2,2 te femrat) (5). Mortaliteti në suaza botërore është 4 te meshkujt, ndërsa 1,1 te femrat në 100000 banorë. ASR ndryshon në bazë të shkallës së zhvillimit industrial edhe atë 5,6 te meshkujt dhe 1,4 te femrat në vendet e zhvilluara, respektivisht 3,1 me 0,9 në vendet e pazhvilluara (2). Në bazë të Regjistrit për sëmundjet malinje të R. së Maqedonisë në vitin 2006 incidenca ka qenë 6,5/100000 banorë, do të thotë, 9,5 te meshkujt dhe 3,4 te femrat. Shkalla e mortalitetit ka qenë 4,6/100000 banorë, do të thotë, 6,9 te meshkujt dhe 2,2 te femrat (6).

Karcinoma uroteliale (Transitional cell carcinoma-TCC) me përfaqësim prej 95% të rasteve është lloji më i shpeshtë i tumoreve të fshikës urinare. Më pas renditen karcinomat planocelulare, adenokarcinomat dhe tumoret neuroendokrine me përfaqësim prej 5% (7).

Në bazë të Unionit internacional për luftë kundër kancerit (Union International Contre le Cancer-UICC), klasifikimi më i përshtatshëm që rekomandohet për përdorim është TNM klasifikimi i vitit 2002 që është azhuruar në vitin 2009 (8). Asociacionet botërore të urologjisë për shkak të modaliteteve në terapinë e tumoreve, duke u bazuar në TNM klasifikimin, i ndajnë tumoret në: pa invazion të muskulaturës ($\leq pT1$) dhe me invazion të muskulaturës ($\geq pT2$).

Si karakteristike tjetër e qelizave malinje është edhe shkalla e malinjitetit (Gr). Për kategorizimin e kësaj dukurie në përdorim janë klasifikimet e vitit 1973 dhe 2004.

Në momentin e diagnostifikimit 75% e rasteve me tumore të fshikës urinare janë me stadium $\leq T1$ (11-13). Karakteristikë e këtij grupi të tumoreve është prirja për përsëritje (50% deri 70%), derisa në 10 deri 40% të rasteve brenda 5 vjetëve avancohen në shkallë më të lartë të malinjitetit apo edhe në stadium më të lartë ($\geq pT2$) (14-16).

Resekcioni transuretral (TUR) është procedurë kyçe në diagnostifikimin dhe shërimin operativ të tumoreve të muskulit jo-invaziv (përveç karcinomës in situ-CIS). TUR-i i bërë në mënyrë korekte (i plotë) ofron shkallë më të ulët të recidivitit të hershëm, progresionit të sëmundjes si dhe shkallëzimin korekt patologjik (17-19).

Disa metaanaliza kanë vërtetuar se instilimi intravezikal postoperativ i një doze të kimioterapeutikut (mitomicin C, doxorubicin, epirubicin), e zvogëlon shkallën e recidivitit të sëmundjes (20-23).

Qëllimi i punimit është paraqitja e rezultateve të trajtimit të pacientëve me tumore primare të fshikës urinare, evaluimi i tyre një vjeçar dhe krahasimi i rezultateve tona me ato botërore.

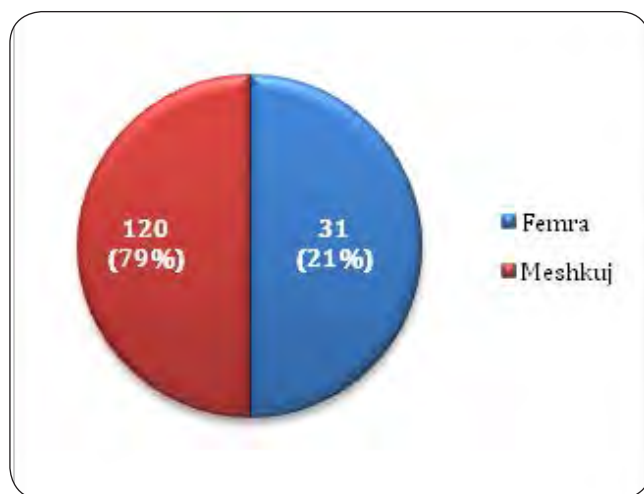
METODAT

Prej 01, 12, 2010 e deri me 31, 11, 2011 në Klinikën univerzitare të urologjisë në Shkup, për tumore primare të fshikës urinare janë trajtuar 171 pacientë. Prej tyre 150 ishin me tumore primare, 16 me tumore recidive (pa invazion të muskulaturës) dhe 5 me dijagnozë të vërtetuar histologjike për tumore me invazion të muskulaturës. Dy grupet e fundit janë përjashtuar nga evaluimi. Te të gjitha rastet me tumore primare para operimit janë bërë: laborator, urinokultura, ultrasonografia, cistoscopia. Në rastet me dyshim për infiltrim të strukturave të afërta anatomike apo dyshim për prezencë të tumorit në traktin e sipërm urinar është bërë edhe CT urografia apo MRI. Operimet kryesisht janë bërë në anestezion spinal, përveç në rastet kur tumoret janë pozicionuar në murret laterale kur është përdorur edhe anestezioni i përgjithshëm. Cistoscopia është bërë në të gjitha rastet në muajin e 3, 6, 9, 12-të pas operimit. Citologjia urinare është bërë në rastet me G3. Gjithashtu në këtë interval kohor është evaluar edhe recidiviteti dhe progresioni. Pacientët janë ndarë në dy grupe: grupi i parë përbëhet prej rasteve që nuk kanë pranuar kimioterapi adjuvante postoperative (145) dhe grupi i dytë (6), rastet që pas resekcionit të tumorit primar brenda 6 orëve pas operacionit është instiluar kimioterapeutiku amp. Mitomicin C 30mg/50ml. lëng fiziologjik apo është aplikuar imunoterapia induktive e BCG-së. Rastet te të cilët rezultati histopatologjik ka treguar stadiumin pT2 janë trajtuar me cistektomi radikale me derivim të posaçëm të urinës.

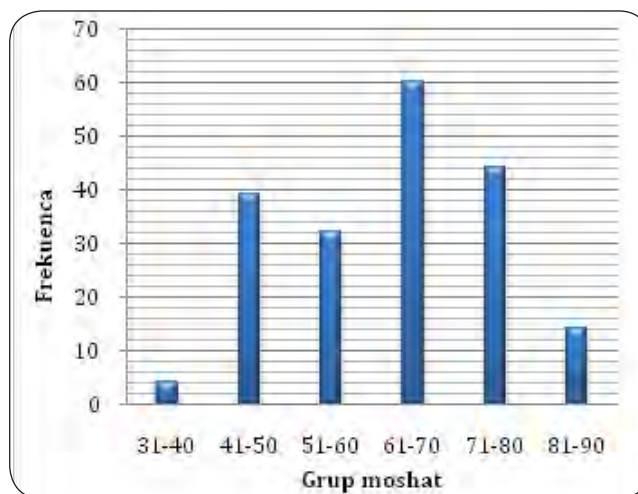
Në punim janë përdorur metodat deskriptive statistikore si dhe χ^2 testi.

REZULTATET

Mosha mesatare ishte 65 vjet (35-89). Prej tyre 120 (79%) ishin meshkuj dhe 35 (21%) femra (grafikoni 1). Frekuenca më e madhe është vërejtur në grup-moshën prej 61 deri në 70 vjet (grafikoni 2).



Grafikoni 1. Distribrimi i pacientëve sipas gjinisë



Grafikoni 2. Distribrimi i pacientëve sipas moshës

Karakteristikat histopatologjike nga materiali operativ (TUR) janë paraqitur në tabelën nr.1. Në bazë të dhënave nga tabela vërejmë se karcinoma uroteliale është prezente në 146 (96.7%) të rasteve, derisa karcinomat tjera janë prezente gjithsejt 3,3%. Vizuelisht vërejmë se këto karcinoma janë me shkallë të lartë të malinjitetit dhe në stadi të avancuara të pT klasifikimit.

Tabela 1. Karakteristikat histopatologjike nga resekcioni (TUR) i parë

Lloji i karcinomës	Stadiumi pT nga materiali operativ i TUR-it	Shkalla e malinjitetit				Gjithsejt
		Papiloma	G1	G2	G3	
Tumoret uroteliale	≤T1	8	16	89	16	129
	T2	0	0	1	16	17
Karcinoma planocelulare	≤T1	0	0	2	1	3
	T2	0	0	0	0	0
Adenokarcinoma	≤T1	0	0	0	1	1
	T2	0	0	0	0	0
Karcinoma metastatike	≤T1	0	0	0	0	0
	T2	0	0	0	1	1
Gjithsejt		8	16	92	35	151

Gjithashtu vërehet se stadiumi patologjik pT është në korelacion të lartë me shkallën (Gr) të malinjitetit ($p < 0.01$).

Në tabelën nr. 2 është paraqitur distribuimi i pacientëve me karcinomë uroteliale pa infiltrim të muskulaturës në bazë të recidivitit dhe progresionit të shkallës së malinjitetit dhe stadiumit pT. Prej 129 pacientëve me karcinomë uroteliale të muskulit jo invazivë në materialin operativ nga resekcioni primar, 6 pacientë kanë pranuar kimioterapi intravezikale me Mitomicinë C (MMC) dhe më pas 4 veta kanë pranuar terapi induktive me BCG. Për shkak të numrit të vogël të këtij grupi të pacientëve analizat statistikore janë të papërpunueshme. Pacientët tjerë (123) nuk kanë pranuar terapi intravezikale.

Në grupin e parë me gradë të malinjitetit (papiloma) nuk ka patë recidive brenda një viti.

Në grupin G1 prej 14 pacientëve që nuk kanë pranuar kimio/imuno terapi, recidivi është paraqitur te 3 pacientë (në tremujorin e parë dhe pas një viti). Të tre recidivet në analizat histopatologjike kanë treguar progres në shkallën e malinjitetit por jo edhe në stadiumin pT.

Në grupin G2 vërehet recidiviteti më i theksuar me 28 (31,8%) raste. Recidivet më të shpeshta kanë qenë në muajin e gjashtë (14 raste). Te 10 raste është regjistruar progresion në Gr. ose/dhe pT.

Në grupin G3 janë paraqitur tri recidive (20%), dy prej të cilave kanë avancim në stadiumin pT.

Tabela 2. Distribuími i pacientëve me karcinomë uroteliale pa invazion rë muskulaturës në bazë të recidivitetit dhe avancimit të shkallës së malinjitetit dhe stadiumit pT

Shka. malig.	Kem. ter. Intrav.	Nr. i pac. me tum. primare		Koha e recidivitetit në muaj dhe progredimi																								Shuma	
				3				6				9				12				>12									
				Nr	Gr		pT		Nr	Gr		pT		Nr	Gr		pT		Nr	Gr		pT							
					Jo	Po	Jo	Po		Jo	Po	Jo	Po		Jo	Po	Jo	Po		Jo	Po	Jo	Po						
Papiloma	Jo	8	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Po		2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
G1	Jo	16	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	3	
	Po		2	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0		
G2	Jo	89	88	2	2	0	2	0	14	10	4	12	2	1	1	0	1	0	8	7	1	6	2	3	3	0	2	1	28
	Po		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
G3	Jo	16	15	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	1	1	3	
	Po		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Shuma		129	129	4	3	1	3	1	14	10	4	12	2	1	1	0	1	0	8	7	1	6	2	7	5	2	5	2	34
				4				14				1				8				7				34					

DISKUTIM

Menaxhimi i karcinomave të fshikës uriunare ka tendencë që të unifikohet falë udhëzuesve të asociacioneve relevante të urologëve. Të gjitha asociacionet janë dakord se shkalla e malinjitetit (Gr), pT stadiumi, recidiviteti dhe progresioni janë faktorë shumë të rëndësishëm që ndikojnë në prognozën e sëmundjes.

Mënyra e diagnostifikimit të karcinomave të fshikës urinare në vendin tonë është me standardet botërore, respektivisht me udhëzuesin e Asociacionit Evropian të urologëve. Struktura gjinore e pacientëve të kyçur në studim (79% meshkuj dhe 21% femra) është i përafërt me statistikën e Organizatës Botërore të Shëndetësisë (OBSh).

Nga 151 pacientë me tumore primare të fshikës urinare, 146 (96,7%) ishin me natyrë nga uroteli dhe 5 me natyrë tjetër (3 planocelulare, 1 adenokarcinomë dhe një tumor metastatik nga rektumi). Proporcioni është i ngjajshëm me punimet relevante të prezentuara në literaturën botërore (7). Për shkak të numrit të vogël të tumoreve me natyrë jo-uroteliale, nuk do të diskutohet për këto tumore.

Përqindja e pacientëve me pT2 stadium (12%) është më e ulët se proporcionet e prezentuara në literaturën botërore (25%). Arsye të dukshme nuk mund të gjejmë. Ndoshta për shkak të strategjisë jo të unifikuar, pacientët me pT2 për shkak të mundësive që i lejon sistemi shëndetësor mbarojnë në modalitete tjera të shërimit (Radio-kimioterapi).

Në studimin tonë G2 tumoret me 92 (61%) raste janë më frekuentet, më pas renditen tumoret G3 me 35 (23%), G1

me 16 (10,6%) dhe papilomat si lezione beninje me 8 raste. Recidiviteti dhe progresioni janë dy fenomene në tumoret pa invazion të muskulaturës, që luajnë rol të rëndësishëm në prognozën e sëmundjes.

Recidiviteti në literaturën botërore sqarohet me tre mekanizma: 1. Me resekcionin jo të plotë-jo korekt; 2. me implantimin e qelizave malinje që shpëputen gjatë resekcionit; dhe 3. me zhvillimin e lezioneve të reja nga zonat e padukshme. Minimizimi i ndikimit të urologut në këto tri fenomene arrihet me përdorimin e cistoskopisë me dritë fluorescente. Kriegmair M et al., (2002) në studimin me 129 raste raporton se 10 deri 14 ditë pas TUR-it, free-recurrence rate në grupin e kontrolluar me cistoskopi fluorescente është 67,3% përkundër grupit të kontrolluar me cistoskopi me dritë të bardhë me 46,9% (24). Në studimin tonë regjistruam 34 (22,5%) raste të recidivitetit. Udhëzuesi i Asociacionit Evropian të urologëve (*Guidelines on Non-muscle invasive bladder cancer, European Association of Urology, 2015*) rekomandon që menjëherë pas resekcionit të tumorit primar të instilohet një dozë e kimioterapeutikut (MMC, doxorubicinë, epirubicinë) në fshikë. Kjo terapi adjuvante e ul recidivitetin për 11,7 deri 13% përkundër TUR-it si procedurë të vetme (20-23). Për fat të keq terapia adjuvante është përdorur në 6 raste. Shkaku qëndron në mosfinancimin e harxhimeve materijale për kimioterapeutikun nga ana e Fondit për sigurim shëndetësor si dhe për shkak të mungesës të këtyre barnave në shtëpitë farmaceutike. Numri i vogël në këtë studim nuk na lejon që të bëjmë analiza relevante statistikore. Por në një studim të Saidi S.

me bashkëpunëtorët (2012) në Klinikën e urologjisë në Shkup, R. e Maqedonisë, ka vërtetuar një gjë të tillë. Progresioni në shkallën e malinjitetit (Gr) është vërejtur në 8 (5,3%) raste dhe në pT stadiumin në 7 (5,1%) raste. Kjo përqindje është dyfish më i lartë se të dhënat e raportuara në literaturën botërore (25). Kjo mund të sqarohet me nënshkallëzimin (downstaging) patologjik apo edhe me reseksionin jo të plotë të tumorit.

PËRFUNDIM

Aplikimi i udhëzuesit të Asociacionit Evropian të urologëve për TUR-in primar dhe përcjelljen e tyre, do të kontribuojë për uljen e shkallës së recidivitit dhe progresionit të sëmundjes. Gjithashtu edhe aplikimi i klasifikimit të vitit 2004 nga OBSH do të kontribuojë në kategorizimin e pacientëve G2 sipas klasifikimit të vitit 1973 në grupin me rrezik të lartë sipas klasifikimit të vitit 2004 që do të kishte tretman më aktiv.

LITERATURA:

1. International agency for Research on Cancer, The Globocan 2002 database, <http://www-dep.iarc.fr/>.
2. Jemal A, Siegel R, Xu J, Ward E. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010;60(5):277-300.
3. Ploeg M, Aben KKH, Kiemeny LA. The present and future burden of urinary bladder cancer in the world. *World J Urol.* 2009;27(3):289-93.
4. Parkin DM, Bray F, Ferlay J, Pisani P. Global Cancer Statistics, 2002. *CA-Cancer J Clin.* 2005;55:74-108.
5. Ferlay J, Bray F, Pisani P, et al. Globocan 2002, Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide, IARC CancerBase No. 5, version 2.0. Lyon: IARCC Press, 2004.
6. Registar za rak na R. Makedonija (2006).
7. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S, Feng AC, Boyd S, Skinner E, Bochner B, Thangathurai D, Mikhail M, Raghavan D, Skinner DG. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol.* 2001;19:666-75.
8. Sobin LH, Gospodariwicz M, Wittekind C (eds). TNM classification of malignant tumors. UICC International Union Against Cancer. 7th edn. Wiley-Blackwell, 2009 Dec; pp. 262-265.
9. Epstein JI, Amin MB, Reuter VR, et al. The World Health Organization/International Society of Urological Pathology consensus classification of urothelial (transitional cell) neoplasms of the urinary bladder. *Am J Surg Pathol* 1998 Dec;22(12):1435-48.
10. Sauter G, Algaba F, Amin M, et al. Tumours of the urinary system: non-invasive urothelial neoplasias. In: Eble JN, Sauter G, Epstein JI, Sesterhenn I, eds. WHO classification of classification of tumours of the urinary system and male genital organs. Lyon: IARCC Press, 2004, pp. 29-34.
11. Burger M, Catto JW, Dalbagni G, et al. Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer. *Eur Urol* 2013 Feb;63(2):234-41.
12. Bosetti C, Bertuccio P, Chatenoud L, et al. Trends in mortality from urologic cancers in Europe, 1970-2008. *Eur Urol* 2011 Jul;60(1):1-15.
13. Chavan S, Bray F, Lortier-Tieulent J, et al. International Variations in Bladder Cancer Incidence and Mortality. *Eur Urol* 2014 Jul;66(1):59-73.
14. Nishiyama H, Habuchi T, Watanabe J, Teramukai S, Tada H, Ono Y, Ohshima S, Fujimoto K, Hirao Y, Fukushima M, Ogawa O. Clinical outcome of a large-scale multi-institutional retrospective study for locally advanced bladder cancer: a survey including 1131 patients treated during 1990-2000 in Japan. *Eur Urol.* 2004;45(2):176-81.
15. Avritscher EB, Cooksley CD, Grossman HB. Clinical model of lifetime cost of treating bladder cancer and associated complications. *Urology.* 2006;68:549-53.
16. Stein JP, Lieskovsky G, Cote R, Groshen S, Feng AC, Boyd S, Skinner E, Bochner B, Thangathurai D, Mikhail M, Raghavan D, Skinner DG. Radical cystectomy in the treatment of invasive bladder cancer: long-term results in 1,054 patients. *J Clin Oncol.* 2001;19:666-75.
17. Herr HW, Donat SM. Quality control in transurethral resection of bladder tumours. *BJU Int* 2008 Nov; 102 (9 Pt B): 1242-6.
18. Brausi M, Collette L, Kurth K, et al; EORTC Genito-Urinary Tract Cancer Collaborative Group. Variability in the recurrence rate at first follow-up cystoscopy after TUR in stage Ta T1 transitional cell carcinoma of the bladder: a combined analysis of seven EORTC studies. *Eur Urol* 2002 May;41(5):523-31.
19. Mariappan P, Zachou A, Grigor KM. Detrusor muscle in the first, apparently complete transurethral resection of bladder tumour specimen is a surrogate marker of resection quality, predicts risk of early recurrence, and is dependent on operator experience. *Eur Urol* 2010 May;57(5):843-9.
20. Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients

- with stage Ta T1 bladder cancer: a metaanalysis of published results of randomized clinical trials. *J Urol* 2004 Jun;171(6 Pt 1):2186-90.
21. Abern MR, Owusu RA, Anderson MR, et al. Perioperative intravesical chemotherapy in non-muscle-invasive bladder cancer: a systematic review and meta-analysis. *J Natl Compr Canc Netw* 2013 Apr;11(4):477-84.
 22. Saidi S, Georgiev V, Docev S, Stabnikov O, Stavridis S, Ivanovski O, Popov Z. The effect of immediate intravesical Mitomycin C instillation after transurethral resection of the newl3 superficial (Ta-T1) bladder cancers. *Mak Med Pregled* 2012;66(2):103-107.
 23. Perlis N, Zlotta AR, Beyene J, et al. Immediate post-transurethral resection of bladder tumor intravesical chemotherapy prevents non-muscle-invasive bladder cancer recurrences: an updated meta-analysis on 2548 patients and quality-of-evidence review. *Eur Urol* 2013 Sep;64(3):421-30.
 24. Kriegmair M, Zaak D, Rothenberger KH, Rassweiler J, Jocham D, Eisenberger F, Tauber R, Stenzl A, Hofstetter A. Transurethral resection for bladder cancer using 5-aminolevulinic acid induced fluorescence endoscopy versus white light endoscopy. *J Urol*. 2002;168:475.
 24. Holmang S, Hedelin H, Anderstrom C, Holmberg E, Johansson SL. Long-term follow-up of a bladder carcinoma cohort: routine followup urography is not necessary. *J Urol* 1998;160:45-8.

MANAGEMENT OF PRIMARY BLADDER TUMORS AT THE UNIVERSITY CLINIC OF UROLOGY IN SKOPJE IN 2010 DURING ONE-YEAR FOLLOW UP

Saidi S.¹, Georgiev V.¹, Popov Z.¹, Penev M.¹, Stankov O.¹, Dohcev S.¹, Stavridis S.¹, Ivanovski O.¹, Saidi M.¹, Janevska V.², Petrusevska G.², Spasovska L.², Komina S.², Panov S.³

¹ University Clinical Center, Dept. of Urology, Skopje, Macedonia

² Ss. Cyril & Methodius University, Medical Faculty, Dept. of Pathology, Skopje, Macedonia

³ Ss. Cyril & Methodius University, Faculty of Sciences, Institute of Biology, Molecular Biology and Genetics Dept., Skopje, Macedonia

Corresponding author: D-r Skender I. Saidi PhD; e mail: skendersaidi@yahoo.com

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to present the major clinical, pathological and outcome monitoring data from patients treated for urinary bladder cancer (UBC) during one-year follow-up.

Methods: A total of 151 patients with primary bladder cancer were treated from 1 December 2010 to 30 November 2011 at University Clinic of Urology in Skopje. Histopathologically, 146 urothelial, 3 squamous, one adenocarcinoma and one metastatic cancer was confirmed. All patients were evaluated preoperatively by routine laboratory, urinalysis, ultrasonography and cystoscopy. Transurethral resection (TUR) was applied as a golden method for diagnostics and surgical treatment. Postoperative cystoscopy was performed in all patients at 3, 6, 9 and 12 months and the specimens were examined for progression (pathological grade and stage). The study was conducted on the 129 patients with urothelial UBC with pT1 or lower at the time of diagnosis, divided into two groups: first (n=123) treated by primary TUR alone and second group (n=6) treated by TUR and adjuvant chemo/immunotherapy. Seventeen patients with pT2 were treated by radical cystectomy with urine diversion.

Results: The median patient age was 65 years (35-89). Urothelial carcinoma was confirmed in 146 (96.7%) and other carcinomas in 5 (3.3%) patients. Statistical analysis showed a significant correlation of pathological stage with the grade of malignancy ($p < 0.01$). Recidivism, as well as grade and/or stage progression was observed in the group treated by TUR only. In the group of patients treated with TUR and chemo/immunotherapy, only grade, but not stage progression or recidivism was recorded.

Conclusion: The application of EAU guidelines for bladder tumors contribute to the reduction of recidivism rate and progression of the disease.

Key words: Urinary bladder cancer, urothelial, Trans-Urethral Resection, EAU guidelines