

Tumore della vescica, così migliorano le prospettive (anche di guarigione) per migliaia di pazienti

Al congresso Europeo di Oncologia a Berlino presentati molti studi con tanti farmaci diversi efficaci per ridurre il rischio di recidive (molto frequente)

(Fonte: <https://www.corriere.it/> 19 ottobre 2025)



I risultati presentati nelle sessioni più rilevanti del congresso annuale della **European Society for Medical Oncology (Esmo)**, la Società Europea di Oncologia Medica, in corso a Berlino, [non hanno tradito le aspettative](#): le nuove cure per il tumore della vescica sono molte e molto promettenti. «Dopo decenni di progressi a piccoli passi c'è stata un'accelerata, come se avessimo messo il turbo - commenta **Sergio Bracarda**, coordinatore delle linee guida dell'**Associazione Italiana di Oncologia Medica (Aiom)** sulle neoplasie vescicali e fra i maggiori esperti italiani su questa malattia -. Gli studi esposti a Esmo 2025 non solo sono numerosi, ma indicano **benefici con terapie differenti in vari sottotipi di carcinoma vescicale, sia negli stadi iniziali che in quelli più avanzati**».

Sebbene non sia fra i più noti, il [tumore della vescica è molto diffuso](#): rappresenta la **quinta neoplasia per incidenza in Italia**, con circa **31mila nuovi casi** stimati nel 2024.

Casi in aumento, specie fra le donne (per colpa del fumo)

«Il carcinoma uroteliale, chiamato più comunemente tumore della vescica, è una **neoplasia maligna che ha origine dall'[urotelio](#)**, la mucosa che riveste internamente la vescica — spiega Bracarda —. Nella **metà circa dei casi è collegato al tabacco**, infatti i casi sono in aumento

soprattutto fra le donne, sempre più tabagiste. Il principale campanello d'allarme è la presenza di **sangue nelle urine: è un segno evidente che va segnalato il prima possibile al proprio medico e allo specialista urologo** per eseguire esami più specifici con intento diagnostico (anche se può espressione di varie patologie anche benigne). Il tempo è prezioso: arrivare alla diagnosi precocemente significa non solo che le possibilità di guarire sono maggiori, perché la malattia è ancora localizzata e non ha dato metastasi, ma anche poter essere curati con terapie meno invasive, con minori effetti collaterali e una qualità di vita migliore».

Nel **75% dei pazienti la malattia viene individuata allo stadio iniziale** ed è confinata alle parti superficiali (il tessuto che riveste la superficie interna della vescica) senza invadere la parete muscolare, quando è possibile intervenire chirurgicamente con buone opportunità di guarigione, tanto che **a cinque anni dalla diagnosi nelle prime fasi sono vivi in media otto pazienti su 10**. Di più difficile gestione sono i casi cosiddetti «**muscolo-infiltranti**» quando il tumore è più aggressivo ed esteso alla parete muscolare o interessa gran parte dell'organo, per cui è necessario l'intervento di **cistectomia radicale** (ovvero l'asportazione dell'intero organo, dei tessuti e dei linfonodi adiacenti) [insieme a chemioterapia e altri farmaci](#). In una minoranza di casi ben selezionati si può cercare di **preservare la vescica** con una combinazione di chirurgia, chemioterapia e radioterapia.

Terapie standard e nuovi obiettivi

Uno dei problemi principali da risolvere, per puntare alla guarigione di un numero maggiore di pazienti e per rallentare la progressione della malattia in chi ha già una neoplasia avanzata, è l'**alta percentuale di recidive** che caratterizza i tumori vescicali, sia muscolo-infiltranti che superficiali.

«La scelta del trattamento definitivo più indicato dipende dallo stadio e dal grado della malattia - chiarisce **Lorenzo Antonuzzo, direttore dell'Oncologia Medica all'Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi, Università di Firenze** -. Se il tumore non è invasivo, il trattamento è rappresentato proprio dalla sua asportazione, cercando di risparmiare quando più possibile la vescica. **Nei casi di carcinoma invasivo**, invece, lo standard è la **cistectomia radicale**, preceduta e seguita da cicli di chemioterapia».

«L'obiettivo a cui puntano le sperimentazioni più promettenti è **aumentare le probabilità di guarigione**, sia in chi ha una neoplasia muscolo-infiltrante localizzata, sia nelle persone con carcinoma superficiale, ma aggressivo (ad alto grado) - sottolinea **Giuseppe Procopio, direttore del Programma Prostata e Oncologia Medica Genito-Urinaria alla Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano** -. Un obiettivo che pare raggiungibile sfruttando l'**immunoterapia**, i nuovi [anticorpi coniugati](#) (ce ne sono molti in arrivo) e le **target therapies** mirate contro alcuni bersagli, come Her2 e FGFR, dei quali abbiamo imparato a capire l'importanza anche nella vescica».

Lo studio POTOMAC: possibilità di guarire

Circa la metà dei pazienti con carcinoma della vescica non muscolo-invasivo viene classificata **ad alto rischio di progressione di malattia o di recidiva** a causa di determinate caratteristiche del tumore, tra cui il grado e lo stadio.

Ed è per queste persone che arrivano da Berlino novità rilevanti dallo

studio POTOMAC ([di fase tre, l'ultima prima dell'approvazione di una nuova cura](#)) i cui esiti hanno mostrato che l'**aggiunta di un anno di trattamento con durvalumab alla terapia di induzione e mantenimento con Bacillus Calmette-Guérin (BCG)** ha prodotto un miglioramento significativo della sopravvivenza libera da malattia. L'attuale standard di cura è costituito dalla chirurgia endoscopica (TURBT) seguita dall'instillazione di BCG direttamente nella vescica, ma circa l'80% dei pazienti presenta una recidiva di malattia a cinque anni. Si procede così con altri cicli di terapia o ripetuti interventi chirurgici, «ma i risultati del trial POTOMAC ([contemporaneamente pubblicati sulla rivista scientifica The Lancet](#)) indicano che l'aggiunta dell'immunoterapia con durvalumab all'attuale cura standard porta a una **riduzione del 32% del rischio di recidiva** e si stima che l'87% dei pazienti sia vivo e libero da malattia a due anni (rispetto all'82% con la cura attuale) - dice Antonuzzo -. Una vera innovazione, in una categoria di pazienti per i quali **non si registravano progressi da almeno un decennio**. Diventa così più concreta la **possibilità di guarigione** anche in pazienti ad alto rischio di recidiva».

Lo studio IMvigor011

Lo studio di fase tre IMvigor011 si è invece concentrato sui pazienti con **carcinoma muscolo-infiltrante**, sottoposti a cistectomia, ai quali è stato somministrato **post-chirurgia una immunoterapia con atezolizumab** per cercare di ridurre il rischio di recidiva della malattia: «Viene sfruttata l'analisi del DNA tumorale circolante (ctDNA) per **accertare la possibile presenza di malattia minima residua dopo la chirurgia e ricercare le “mutazioni bersaglio” per specifici bio-farmaci** - spiega Bracarda -. Ai pazienti positivi al test ctDNA, nei quali dunque risultano esserci cellule cancerose in circolo, è stata somministrato il farmaco atezolizumab, a quelli con ctDNA negativo no. I risultati (i cui dettagli saranno presentati nel simposio presidenziale lunedì 20 ottobre) indicano che l'aggiunta dell'immunoterapia, in queste persone, ritarda l'insorgenza di un'eventuale recidiva e prolunga la sopravvivenza. Dai dati emerge anche che in chi è negativo al test ctDNA il pericolo di ricaduta è minore, il tasso di sopravvivenza alto e si può dunque evitare il trattamento immunoterapico».

Lo studio KEYNOTE-905

La stessa categoria di persone, quelle con un carcinoma carcinoma vescicale muscolo-invasivo localizzato, sono state arruolate nello studio (sempre di fase tre) KEYNOTE-905, presentato durante la sessione presidenziale di sabato 18 ottobre: «Parliamo di pazienti che hanno un alto

rischio di recidiva, ma questo trial si è concentrato su quelli che **non sono candidabili o non vogliono fare la chemioterapia standard a base di cisplatino** - spiega Procopio -. La sperimentazione ha valutato, quindi, un'associazione di un **anticorpo coniugato (enfortumab vedotin)** più immunoterapia (**pembrolizumab**) per tre cicli prima dell'intervento chirurgico e per sei cicli dopo (seguiti da 8 cicli aggiuntivi di pembrolizumab) in 170 pazienti, **rispetto alla sola chirurgia** in 174 pazienti».

«L'aggiunta preoperatoria di enfortumab vedotin più pembrolizumab ha migliorato significativamente la sopravvivenza libera da recidive, la sopravvivenza generale dei partecipanti e la quantità di persone che hanno risposto alla cura - prosegue **Patrizia Giannatiempo, oncologa all'Istituto Nazionale Tumori di Milano**. E gli effetti collaterali sono stati simili a quelli con la chemioterapia. E' la prima volta che riusciamo ad avere un risultato più efficace prima della cistectomia radicale e questo potrebbe rappresentare un nuovo standard di cura».

Giannatiempo è anche prima autrice di un'altra ricerca sul carcinoma uroteliale avanzato (lo studio di fase tre THOR), presentato al convegno di Berlino, che dimostra come la riduzione della dose di **erdafitinib** non comprometta l'efficacia del trattamento. «Circa metà dei pazienti ha necessitato una riduzione posologica a causa di effetti collaterali (come stomatite o sindrome mano-piede) - conclude l'esperta -. Nonostante questi aggiustamenti, la sopravvivenza globale e il controllo della malattia sono rimasti invariati. Questi risultati confermano che possiamo **gestire le tossicità** adattando la dose senza compromettere l'efficacia della terapia. Lo studio supporta quindi un **approccio terapeutico più flessibile e personalizzato** per i pazienti fragili o intolleranti al dosaggio standard».