



Κατευθυντήριες οδηγίες της EAU για το μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης

J.A. Witjes (Chair), E. Compérat, N.C. Cowan, G. Gakis
A.G. van der Heijden, V. Hernández, T. Le Bret, A. Lorch, M.J. Ribal

GUIDELINES ASSOCIATES:
M. Bruins, E. Linares Espinós, M. Rouanne, Y. Neuzillet, E. Veskimäe

ΜΕΤΑΦΡΑΣΗ: ΣΚΑΜΑΓΚΑΣ ΙΟΡΔΑΝΗΣ

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ, ΝΤΟΥΜΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	2
Σταδιοποίηση και ταξινόμηση	2
ΠΑΘΟΛΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟΥ ΚΑΡΚΙΝΟΥ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ (MUSCLE-INVASIVE BLADDER CANCER, MIBC)	3
Πρόγνωση	4
Διαχείριση της νόσου	4
Εισαγωγική χημειοθεραπεία (Neoadjuvant Chemotherapy, NAC)	4
Ριζική κυστεκτομή και εκτροπή των ούρων	5
ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΓΙΑ ΕΝΤΟΠΙΣΜΕΝΗ ΝΟΣΟ	6
Διουρηθρική εκτομή όγκου ουροδόχου κύστης	6
Εξωτερική Ακτινοθεραπεία	6
Χημειοθεραπεία και καλύτερη υποστηρικτική φροντίδα	6
Πολυπαραγοντική (Multimodality) θεραπεία	7
ΜΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΗΣΙΜΟΙ ΟΓΚΟΙ	7
Παρηγορητική κυστεκτομή για μεταστατική νόσο	7
Επικουρική χημειοθεραπεία	7
Μεταστατική νόσος	7
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ (ΗΡΦΟΛ)	8

7 ΜΥΟΔΙΗΘΗΤΙΚΟΣ ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ

Εισαγωγή

Οι ιδανικές στρατηγικές για τον μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης απαιτούν την συμμετοχή πολλών ομάδων επιστημονικών ειδικοτήτων και ένα μοντέλο ολοκληρωμένων θεραπειών για να αποφευχθεί ο κατακερματισμός της φροντίδας του ασθενούς.

Σταδιοποίηση και ταξινόμηση

Για τη σταδιοποίηση χρησιμοποιείται το TNM 2017 (Όγκος, Λεμφαδένες, Μετάστασεις) (Πίνακας 1)

Για την κατηγοριοποίηση του βαθμού κακοήθειας (grading) χρησιμοποιούνται ταξινομήσεις WHO τόσο του 1973 όσο και του 2016 (Πίνακας 2)

Πίνακας 1: Ταξινόμηση TNM 2017

T - Πρωτοπαθής όγκος	
Tx	Ο πρωτοπαθής όγκος δεν μπορεί να εκτιμηθεί
T0	Δεν υπάρχουν ενδείξεις πρωτοπαθούς όγκου
Ta	Μη-διηθητικό θηλώδες καρκίνωμα
Tis	Το καρκίνωμα in situ: «επίπεδος όγκος»
T1	Ο όγκος διηθεί τον υποεπιθηλιακό συνδετικό ιστό
T2	Ο όγκος διηθεί τους μυς <ul style="list-style-type: none">• T2a Ο όγκος διηθεί τους επιφανειακούς μυς (εσωτερικό μισό)• T2b Ο όγκος διηθεί τους βαθιούς μυς (εξωτερικό μισό)
T3	Ο όγκος διηθεί τον περικυστικό ιστό <ul style="list-style-type: none">• T3a Μικροσκοπικά• T3b Μακροσκοπικά (εξωκυστική μάζα)
T4	Ο όγκος διηθεί οποιοδήποτε από τα ακόλουθα: στρώμα του προστάτη, σπερματοδόχες κύστεις, μήτρα, κόλπο, πυελικό τοίχωμα, κοιλιακό τοίχωμα <ul style="list-style-type: none">• T4a Ο όγκος διηθεί το στρώμα του προστάτη, σπερματοδόχες κύστεις, μήτρα, κόλπο• T4b Ο όγκος διηθεί το πυελικό τοίχωμα ή κοιλιακό τοίχωμα
N - Επιχώριοι λεμφαδένες	
Nx	Επιχώριοι λεμφαδένες δεν μπορούν να εκτιμηθούν
N0	Δεν υπάρχει μετάσταση στους επιχώριους λεμφαδένες
N1	Μετάσταση σε έναν μόνο πυελικό λεμφαδένα (έσω λαγόνιο, θυροειδή, έξω λαγόνιο ή προιέρο)
N2	Μετάσταση σε πολλαπλούς πυελικούς λεμφαδένες (έσω λαγόνιους, θυροειδείς, έξω λαγόνιους ή προιέρους)
N3	Μετάσταση σε έναν ή περισσότερους κοινούς λαγόνιους λεμφαδένες
M - Απομακρυσμένες μεταστάσεις	
m0	Δεν υπάρχουν απομακρυσμένες μεταστάσεις <ul style="list-style-type: none">• m1a Μη επιχώριοι λεμφαδένες• m1b Άλλες απομακρυσμένες μεταστάσεις



Σταδιοποίηση του βαθμού κακοήθειας (grading) κατά WHO 1973 και 2016

1973 WHO ταξινόμηση

- Grade 1 (βαθμός 1): καλὰ διαφοροποιημένο
- Grade 2 (βαθμός 2): μέτρια διαφοροποιημένο
- Grade 3 (βαθμός 3): φτωχὰ διαφοροποιημένο

2016 WHO ταξινόμηση (θηλωματώδεις βλάβες)

- Θηλώδης ουροθηλιακή νεοπλασία χαμηλού δυναμικού κακοήθειας (PUNLMP)
- Χαμηλού βαθμού (Low Grade, LG) Ουροθηλιακό θηλώδες καρκίνωμα
- Υψηλού βαθμού (High Grade, HG) Ουροθηλιακό θηλώδες καρκίνωμα

Παθολογοανατομία του Μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (Muscle-Invasive Bladder Cancer, MIBC)

Ο προσδιορισμός των μορφολογικών υποτύπων μπορεί να βοηθήσει στην αξιολόγηση της πρόγνωσης και των θεραπευτικών επιλογών στον υψηλής κακοήθειας ουροθηλιακό καρκίνο (grade II ή grade III)

Χρησιμοποιείται η ακόλουθη διαφοροποίηση:

1. Ουροθηλιακό καρκίνωμα (περισσότερο από το 90% όλων των περιπτώσεων).
2. Ουροθηλιακό Καρκίνωμα με μερική πλακώδη ή/και αδενική διαφοροποίηση
3. Μικροθηλιακό και μικροκυστικό Ουροθηλιακό Καρκίνωμα
4. Φωλεακού υποτύπου (Nested Variant, including large nested variety);
5. Λεμφοεπιθηλίωμα
6. Πλασμοκυτταρικό, από γιγαντιαία κύτταρα, "signet ring", διάχυτο, αδιαφοροποίητο.
7. Ουροθηλιακά καρκινώματα με τροφοβλαστική διαφοροποίηση
8. Μικροκυτταρικό καρκίνωμα
9. Σαρκωματώδη καρκινώματα

Συστάσεις για την αξιολόγηση των δειγμάτων του όγκου	GR
Καταγράψτε το βάθος της διήθησης (κατηγορίες pT2a και pT2b και pT3a και pT3b ή pT4)	A
Καταγράψτε τα όρια με ιδιαίτερη προσοχή στην ακτίνα ορίου, προστάτη, ουρητήρα, ουρήθρας και περιτοναϊκού λίπους, τη μήτρα και την κορυφή του κόλπου	A
Καταγράψτε τον αριθμό των λεμφαδένων και τον αριθμό των θετικών λεμφαδένων	A
Καταγράψτε την λεμφαγγειακή διήθηση και τη διήθηση των αγγείων	A
Καταγράψτε την παρουσία CIS	A

Συστάσεις για την πρωταρχική αξιολόγηση των πιθανών διηθητικών όγκων της ουροδόχου κύστης *	GR
Κατά τη διάρκεια της κυστεοσκόπησης περιγράψτε όλα τα μακροσκοπικά χαρακτηριστικά του όγκου (θέση, μέγεθος, αριθμός και εμφάνιση) και ανωμαλίες του βλεννογόνου. Συνιστάται ένα διάγραμμα κύστης	C
Πάρτε μια βιοψία της προστατικής ουρήθρας σε περιπτώσεις όγκου στον αυχένα της ουροδόχου κύστης, όταν είναι παρόν ή επί υποψίας καρκινώματος in situ, όταν υπάρχει θετικής κυτταρολογικής χωρίς ενδείξεις όγκου στην ουροδόχο κύστη ή όταν είναι ορατές ανωμαλίες της προστατικής ουρήθρας	C
Πάρτε μια βιοψία κατά τη στιγμή της δεύτερης εκτομής, εάν δεν ελήφθη βιοψία κατά τη διάρκεια της αρχικής διαδικασίας	C
Στις γυναίκες που πρόκειται να υποβληθούν σε κατασκευή ορθοτοπικής νεοκύστης, να ληφθούν πληροφορίες (συμπεριλαμβανομένης της ιστολογικής αξιολόγησης) του αυχένα της ουροδόχου κύστης και του ορίου της ουρήθρας είτε πριν είτε κατά τη στιγμή της κυστεοσκόπησης	C
Καθορίστε τον βαθμό κακοήθειας (grade), το βάθος της διήθησης του όγκου και εάν το χόριο ή η μυϊκή στιβάδα περιλαμβάνονται στο δείγμα της παθολογοανατομικής έκθεσης	C

* Για γενικές πληροφορίες σχετικά με την αξιολόγηση των όγκων της ουροδόχου κύστης, δείτε τις κατευθυντήριες οδηγίες του EAU σχετικά με το NMIBC

Συστάσεις για τη σταδιοποίηση του μυοδιηθητικού καρκίνου της ουροδόχου κύστης (ΜIBC)	GR
Σε ασθενείς με επιβεβαιωμένο ΜIBC, για τη σταδιοποίηση χρήση αξονικής τομογραφίας (CT) θώρακος, κοιλίας και πυέλου. Συμπεριλάβετε CT σε απεκκριτική φάση ώστε να ολοκληρώσετε την εξέταση στο ανώτερο ουροποιητικό	B
Διαγνώστε τον ουροθηλιακό καρκίνο στο ανώτερο ουροποιητικό (Upper Tract Urothelial Cancer, UTUC) με τη χρήση CT ουρογραφίας σε απεκκριτική φάση αντί της MRI ουρογραφίας γιατί σχετίζεται με μεγαλύτερη διαγνωστική ακρίβεια, μικρότερο κόστος και μεγαλύτερη αποδοχή από τους ασθενείς	C
Χρησιμοποιήστε MRI ουρογραφία όταν η CT ουρογραφία αντενδείκνυται λόγω του σκιαγραφικού της ή λόγω της δόσης της ακτινοβολίας	C
Χρησιμοποιήστε ενδοσκοπικά κατευθυνόμενη βιοψία για ιστοπαθολογική επιβεβαίωση της προεγχειρητικής διάγνωσης των UTUC	C
Χρησιμοποιήστε CT ή μαγνητική τομογραφία MRI για σταδιοποίηση τοπικά προχωρημένων ή μεταστατικής νόσου σε ασθενείς υποψήφιους για ριζική θεραπεία	C
Χρησιμοποιήστε CT για τη διάγνωση πνευμονικών μεταστάσεων. Η CT και η MRI είναι γενικά ισοδύναμες για τη διάγνωση τοπικής νόσου ή απομακρυσμένων μεταστάσεων στην κοιλιακή χώρα	B

Πρόγνωση

Συστάσεις για την αξιολόγηση των ηλικιωμένων ασθενών	GR
Βασίστε την απόφαση διατήρησης της ουροδόχου κύστης ή τη ριζική κυστεκτομή σε ηλικιωμένους/γηριατρικούς ασθενείς με μυοδιηθητικό καρκίνο της ουροδόχου κύστης στο στάδιο του όγκου και τη συννοσηρότητα	B
Αξιολογήστε τις συννοσηρότητες με ένα επικυρωμένο τεστ όπως το Charlson Comorbidity Index. Το American Society of Anesthesiologist score (ASA) δεν πρέπει να χρησιμοποιείται	B

Διαχείριση της νόσου

Συστάσεις για την αποτυχία θεραπείας του NMIBC	GR
Εξετάστε την άμεση ριζική θεραπεία σε όλους τους T1 όγκους υψηλού κινδύνου προόδου (υψηλού grade, πολυεστιακοί, CIS, ευμεγέθεις, όπως υπογραμμίζεται στις κατευθυντήριες οδηγίες για τους μη μυοδιηθητικούς όγκους της ουροδόχου κύστης)	C
Προσφέρετε ριζική θεραπεία σε όλους του ασθενείς με T1 όγκους και αποτυχία στις ενδοκυστικές θεραπείες	B

Εισαγωγική χημειοθεραπεία (Neoadjuvant Chemotherapy, NAC)

Η εισαγωγική χημειοθεραπεία (ΧΜΘ) με σισπλατίνη βελτιώνει τη συνολική επιβίωση (5-8% σε πέντε έτη), ανεξάρτητα από το είδος της οριστικής θεραπείας. Επί του παρόντος δεν υπάρχουν κριτήρια για την επιλογή των ασθενών με υψηλότερη πιθανότητα να επωφεληθούν από τη NAC. Ωστόσο η NAC έχει του περιορισμούς της σχετικά με τη επιλογή των ασθενών, την τρέχουσα ανάπτυξη των χειρουργικών τεχνικών και τους τρέχοντες συνδυασμούς χημειοθεραπείας.

Συστάσεις για την εισαγωγική χημειοθεραπεία (NAC)	GR
Προσφέρετε εισαγωγική χημειοθεραπεία για T2-T4a, cN0M0. Σε αυτές τις περιπτώσεις χρησιμοποιήστε βασισμένη στη σισπλατίνη θεραπεία	A
Μην χρησιμοποιείτε NAC σε ακατάλληλους για σισπλατίνη ασθενείς	A

Συστάσεις για την προ- και με-εγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς με ΜIBC	GR
Μη χρησιμοποιείτε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε ασθενείς για βελτίωση της επιβίωσης	A
Χρησιμοποιείτε προεγχειρητική ακτινοθεραπεία σε εξαιρεσίμους όγκους για υποσταδιοποίηση σε 4-6 εβδομάδες	C





Ριζική κυστεκτομή και εκτροπή των ούρων

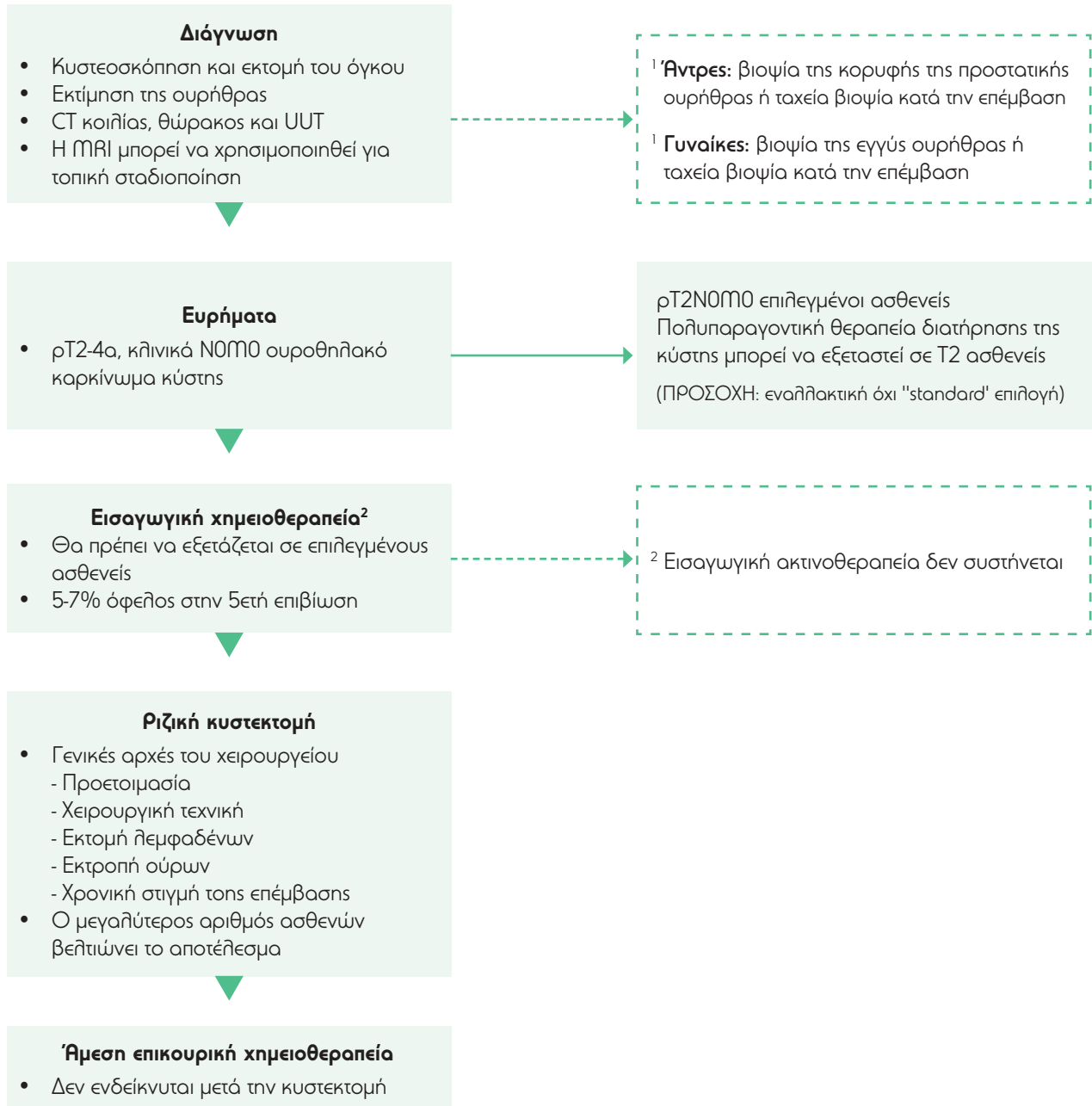
Οι αντενδείξεις για την αποκατάσταση με χρήση ορθότοπης νεοκύστης είναι τα θετικά χειρουργικά όρια στο επίπεδο της εκτομής της ουρήθρας, τα θετικά χειρουργικά όρια οπουδήποτε στο κυστικό παρασκεύασμα (και στα 2 φύλα), η παρουσία του αρχικού όγκου στον κυστικό αυχένα ή την ουρήθρα (σε γυναίκες), ή η εκτενής διήθηση του προστάτη από τον όγκο (σε άνδρες).

Συστάσεις για ριζική κυστεκτομή και εκτροπή των ούρων	GR
Μην καθυστερείτε την κυστεκτομή για > 3 μήνες καθώς αυξάνεται ο κίνδυνος προόδου και η ειδική για τον καρκίνο θνητότητα	B
Πριν από την κυστεκτομή, ενημερώστε πλήρως τον ασθενή για τα οφέλη και τους δυνητικούς κινδύνους όλων των πιθανών εναλλακτικών λύσεων. Η τελική απόφαση πρέπει να βασίζεται σε μια ισορροπημένη συζήτηση μεταξύ του ασθενούς και του χειρουργού	B
Η αποκατάσταση με ορθότοπη νεοκύστη θα πρέπει να προσφέρεται σε κάθε άνδρα ή γυναίκα ασθενή οι οποίοι δεν παρουσιάζουν κάποια αντένδειξη και δεν έχουν όγκο στην ουρήθρα ή στο επίπεδο της ουρηθρικής εκτομής	B
Προεγχειρητική ακτινοθεραπεία δεν πρέπει να χορηγείται σε ασθενείς που πρόκειται να υποβληθούν σε εκτροπή ούρων	A
Μην προσφέρετε διατήρηση της σεξουαλικής ικανότητας σε κυστεκτομή ως καθιερωμένη θεραπεία για το MIBC	C
Προσφέρετε τεχνικές διατήρησης της σεξουαλικής ικανότητας στους άντρες που επιθυμούν να διατηρήσουν τη σεξουαλική τους λειτουργία, εφόσον η πλειοψηφία θα ωφεληθεί.	B
Επιλέξτε ασθενείς με βάση: <ul style="list-style-type: none"> • όργανο-εντοπισμένη νόσο • απουσία οποιουδήποτε όγκου στο επίπεδο του προστάτη, της προστατικής ουρήθρας ή στον αυχένα της ουροδόχου κύστης 	A
Μην προσφέρετε ριζική κυστεκτομή με διατήρηση των πνευλικών οργάνων σε γυναίκες ασθενείς ως καθιερωμένη θεραπεία για το MIBC	C
Προσφέρετε τεχνικές διατήρησης της σεξουαλικής ικανότητας σε γυναίκες που επιθυμούν να διατηρήσουν τη σεξουαλική τους λειτουργία, εφόσον η πλειοψηφία θα ωφεληθεί	C
Επιλέξτε ασθενείς με βάση: <ul style="list-style-type: none"> • όργανο-εντοπισμένη νόσο • απουσία όγκου στον αυχένα της ουροδόχου κύστης ή στην ουρήθρα 	C
Η προεγχειρητική προετοιμασία του εντέρου δεν είναι C υποχρεωτική. Η χρήση "Fast Track" μέτρων μειώνει το χρόνο της εντερικής επαναλειτουργίας	C
Προσφέρετε ριζική κυστεκτομή σε T2 – T4a, N0-M0, και υψηλού κινδύνου μη μυοδιηθητικό καρκίνο	A*
Η λεμφαδεκτομή πρέπει να είναι αναπόσπαστο κομμάτι της κυστεκτομής	A
Διατηρήστε την ουρήθρα εάν τα όρια είναι αρνητικά	
Έλεγχος της ουρήθρας τακτικά εάν δεν αναστομωθεί με νεοκύστη	B

* Ενημερωμένη οδηγία της EAU.

Συστάσεις για λαπαροσκοπική / ρομποτικά υποβοηθούμενη λαπαροσκοπική κυστεκτομή (Robotic-Assisted Radical Cystectomy, RARC)	GR
Ενημερώστε τον ασθενή για τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της ανοικτής ριζικής κυστεκτομής (Open Radical Cystectomy, ORC) και του RARC ώστε να επιλέξει την κατάλληλη διαδικασία	C
Επιλέξτε Κέντρα με εμπειρία, όχι συγκεκριμένες τεχνικές, τόσο για RARC όσο και για την ORC	B
Να είστε ενήμεροι για την πιθανότητα υπο-χρησιμοποίησης και του αποτελέσματος της νεοκύστης σε RARC	C

Εικόνα 1: Διάγραμμα διαχείρισης του T2-T4a N0M0 ουροθηλιακού καρκίνου της ουροδόχου κύστης



Θεραπίες διατήρησης της ουροδόχου κύστης για εντοπισμένη νόσο

Διουρηθρική εκτομή όγκου ουροδόχου κύστης

Η διουρηθρική εκτομή του όγκου της ουροδόχου κύστης από μόνη της αποτελεί δυνατή θεραπευτική επιλογή εάν η ανάπτυξη του όγκου είναι περιορισμένη στους επιφανειακούς μύς και αν υπάρχουν αρνητικές επαναληπτικές βιοψίες για υπολειμματικό όγκο.

Εξωτερική Ακτινοθεραπεία

Η ακτινοθεραπεία θα πρέπει να θεωρηθεί ως μία θεραπευτική επιλογή όταν ο ασθενής είναι ακατάλληλος για κυστεκτομή ή για πολυπαραγοντική θεραπεία διατήρησης της κύστης. Η ακτινοθεραπεία μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για να αναχαιτίσει την αιμορραγία από τον όγκο όταν ο τοπικός έλεγχος δεν μπορεί να επιτευχθεί με τους διουρηθρικούς χειρισμούς λόγω της εκτεταμένης τοπικής ανάπτυξης του.

Χημειοθεραπεία και καλύτερη υποστηρικτική φροντίδα

Αναφορές για πλήρη και μερική ανταπόκριση σε πολύ επιλεγμένους ασθενείς με χημειοθεραπεία με βάση τη σισπλατίνη ως κύρια θεραπεία για τοπικά προχωρημένους όγκους.



Πολυπαραγοντική (Multimodality) θεραπεία

Σε έναν εξαιρετικά επιλεγμένο πληθυσμό ασθενών, τα δεδομένα για τη μακροπρόθεσμη επιβίωση με πολυπαραγοντική θεραπεία είναι συγκρίσιμα με αυτά της πρώιμης κυστεκτομής. Η καθυστέρηση στη χειρουργική θεραπεία μπορεί να μειώσει τα ποσοστά επιβίωσης.

Συστάσεις για τις θεραπείες διατήρησης της ουροδόχου κύστης	GR
Μην προσφέρετε τη διουρηθρική εκτομή όγκου της ουροδόχου κύστης ως μοναδική θεραπευτική επιλογή καθώς οι περισσότεροι ασθενείς δεν θα ωφεληθούν	B
Μην προσφέρετε την προεχειρτητική ακτινοθεραπεία για βελτίωση της επιβίωσης	A
Μην προσφέρετε μόνο ακτινοθεραπεία ως πρωταρχική θεραπεία για εντοπισμένο καρκίνο της ουροδόχου κύστης	B
Προσφέρετε προεχειρτητική ακτινοθεραπεία για χειρουργήσιμο MIBC δεδομένου ότι μπορεί να οδηγήσει σε μείωση του σταδίου του όγκου μετά από 4-6 εβδομάδες	C
Μην προσφέρετε χημειοθεραπεία μόνο ως πρωταρχική θεραπεία για τον εντοπισμένο καρκίνο της ουροδόχου κύστης	A
Προσφέρετε χειρουργική θεραπεία ή πολυπαραγοντικές θεραπείες ως πρωταρχικές θεραπευτικές προσεγγίσεις δεδομένου ότι είναι πιο αποτελεσματικές από την ακτινοθεραπεία μόνη της	B
Προσφέρετε πολυπαραγοντική θεραπεία ως εναλλακτική λύση σε επιλεγμένους, καλά ενημερωμένους και συναινετικούς ασθενείς, ειδικά σε αυτούς που η κυστεκτομή δεν είναι επιλογή	B

Μη χειρουργήσιμοι όγκοι

Παρηγορητική κυστεκτομή για μεταστατική νόσο

Η ριζική κυστεκτομή στον καρκίνο της ουροδόχου κύστης T4b δεν είναι θεραπευτική επιλογή. Εάν υπάρχουν συμπτώματα, η ριζική κυστεκτομή μπορεί να είναι μια θεραπευτική / παρηγορητική επιλογή. Χρησιμοποιούνται μορφές εκτροπής ούρων με ή χωρίς χρήση εντέρου, με ή χωρίς παρηγορητική κυστεκτομή.

Συστάσεις	GR
Προσφέρετε ριζική κυστεκτομή ως παρηγορητική θεραπεία σε ασθενείς με μη χειρουργήσιμους τοπικά προχωρημένους όγκους (T4b)	B
Προσφέρετε παρηγορητική κυστεκτομή σε ασθενείς με συμπτώματα	B

Επικουρική χημειοθεραπεία

Συστάσεις	GR
Προσφέρετε επικουρική χημειοθεραπεία με βάση τη σισπλατίνη σε ασθενείς σταδίου pT3/4 και / ή pN+ εάν δεν έχει δοθεί νεο εισαγωγική χημειοθεραπεία	B

Μεταστατική νόσος

Συστάσεις	GR
Πρώτης γραμμής χημειοθεραπεία σε κατάλληλους ασθενείς	
Συνδυασμένη χημειοθεραπεία με τη χρήση σισπλατίνης με GC, MVAC, κατά προτίμηση με G-CSF, ή HD-MVAC με G-CSF ή PCG	A
Όχι χρήση χημειοθεραπείας με καρβοπλάτινη ή συνδυασμό χωρίς σισπλατίνη	B
Πρώτης γραμμής χημειοθεραπεία σε ακατάλληλους ασθενείς για σισπλατίνη	
Συνδυασμένη χημειοθεραπεία με καρβοπλάτινη ή μονοθεραπεία	C
Σε ασθενείς ακατάλληλους για θεραπεία με σισπλατίνη, με PS=2 ή επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, ή με κακούς Βορζοίν (0-1) προγνωστικούς παράγοντες και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία, συστήνεται συνδυασμένη χημειοθεραπεία με καρβοπλάτινη κατά προτίμηση με γεμισοταμίνη/καρβοπλάτινη	B

Δεύτερης γραμμής χημειοθεραπεία

Σε ασθενείς με μεταστατική νόσο που υποβλήθηκαν σε χημειοθεραπεία συνδυασμένη με σισπλατίνη και με νόσο σε πρόοδο συστήνεται αγωγή με vinflunine. Εναλλακτικά, προσφέρετε θεραπεία στα πλαίσια κλινικής μελέτης

A*

Προσφέρετε το zoledronic acid ή το denosumab για την αντιμετώπιση των οστικών μεταστάσεων

B

* Η σύσταση με βαθμολογία A αποδυναμώνεται από τις βασικές μελέτες που δεν έφθασαν σε στατιστική σημαντικότητα.

GC = γεμισαμπίνη, σισπλατίνη.

G-CSF = αυξητικός παράγοντας κοκκιοκυττάρων.

MVAC = μεθοτρεξάτη, βινμπλαστίνη, αδριαμυκίνη, σισπλατίνη

HD MVAC = υψηλή δόση μεθοτρεξάτη, βινμπλαστίνη, αδριαμυκίνη, σισπλατίνη

PCG = πακλιταξέλη, σισπλατίνη, γεμισαμπίνη.

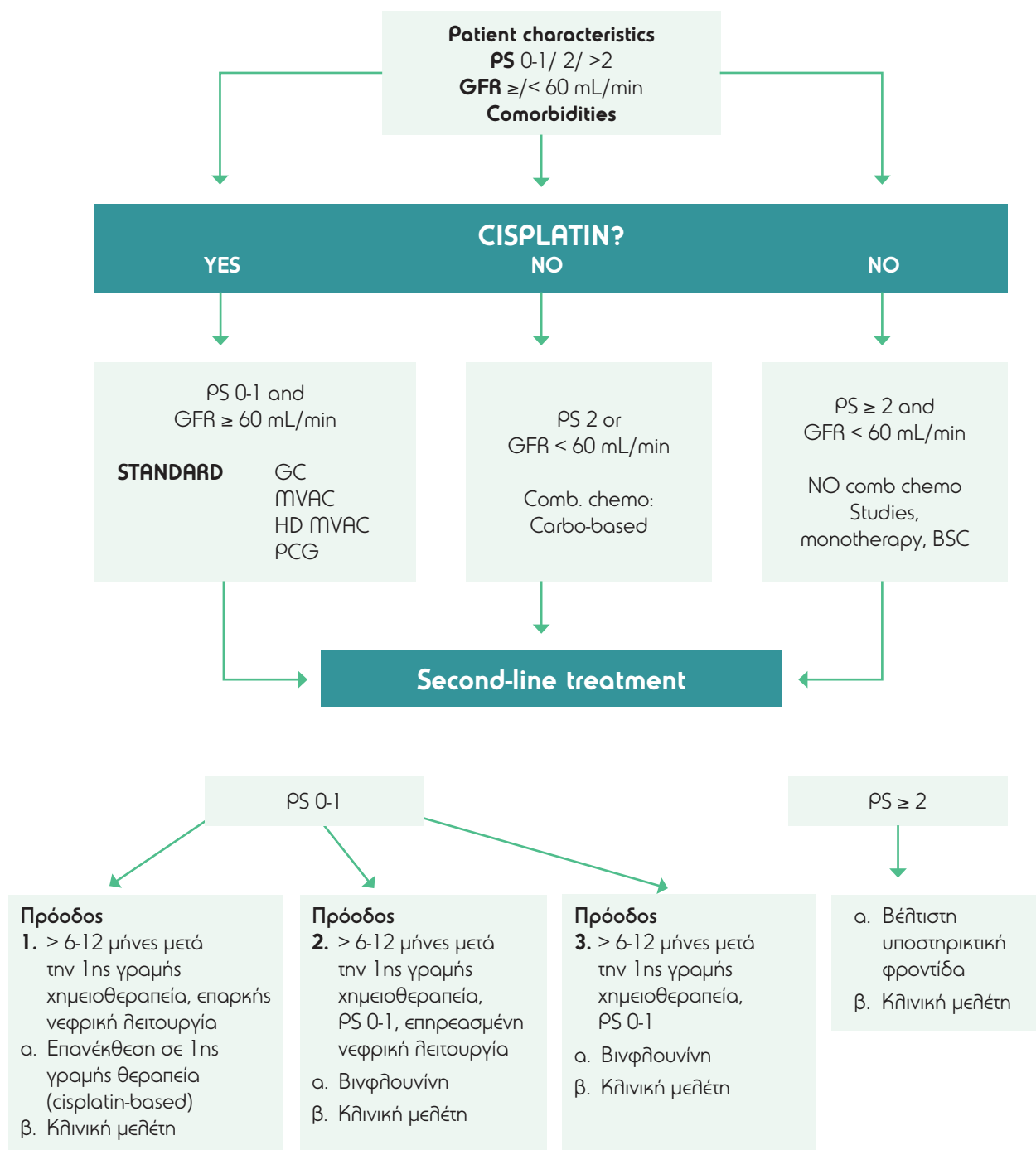
Ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με την Υγεία (HRQoL)

Σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της (υποκειμενικής) ποιότητας ζωής είναι η προσωπικότητα του ασθενούς, το επίπεδο συμμόρφωσης και η κοινωνική στήριξη.

Συστάσεις	GR
Χρησιμοποιήστε επικυρωμένα ερωτηματολόγια για να αξιολογήσετε το HRQoL σε ασθενείς με ΜIBC	B
Προσφέρετε εγκρατή εκτροπή ούρων, εκτός εάν πρόκειται για ασθενή με συννοσηρότητες, σπάνιο τύπο όγκου και δυνατότητες συμμόρφωσης που παρουσιάζουν σαφείς αντενδείξεις	C
Προεγχειρητικές πληροφορίες ασθενούς, επιλογή ασθενών, χειρουργικές τεχνικές και προσεκτική μετεγχειρητική παρακολούθηση είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι για την επίτευξη του καλού μακροπρόθεσμου αποτελέσματος	C
Ενθαρρύνετε τους ασθενείς να συμμετέχουν ενεργά στη διαδικασία λήψης αποφάσεων	
Παρέχετε σαφείς και πλήρεις πληροφορίες για όλα τα Δυννητικά οφέλη και τις παρενέργειες, επιτρέποντας στους ασθενείς να λαμβάνουν τεκμηριωμένες αποφάσεις	A



Εικόνα 2: Διάγραμμα διαχείρισης του μεταστατικού ουροθηλιακού καρκίνου της ουροδόχου κύστης



GC = γεμισαμπίνη, σισπλατίνη.

GFR: Ρυθμός σπειραματικής διήθησης (Glomerular Filtration Rate)

HD MVAC = υψηλή δόση μεθοτρεξάτη, βινμπλαστίνη, αδριαμυκίνη, σισπλατίνη

MVAC = μεθοτρεξάτη, βινμπλαστίνη, αδριαμυκίνη, σισπλατίνη

PCG = πακλιταξέλη, σισπλατίνη, γεμισαμπίνη.

PS: Performance Status

Αυτό το σύντομο κείμενο φυλλάδιου βασίζεται στις πιο ολοκληρωμένες Κατευθυντήριες οδηγίες για την EAU (978-90-79754-91-5), διαθέσιμες σε όλα τα μέλη της Ιστοσελίδας Ευρωπαϊκή Ουρολογική εταιρίας, ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.uroweb.org/guidelines/>.