

ΚΑΡΚΙΝΟΣ ΤΗΣ ΟΥΡΟΔΟΧΟΥ ΚΥΣΤΗΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΔΙΗΘΕΙ ΤΟΝ ΜΥΪΚΟ ΧΙΤΩΝΑ (T_a,T₁,CIS)

P.Gontero(Chair), E.M. Comp rat, J.L. Dominguez Escrig, F. Liedberg, P. Mariappan, A. Masson- Lecomte, A.H. Mostafid, B.W.G. van Rhijn, M. Roupr t, T. Seisen, S.F. Shariat, R, E.N. Xylinas,
Patient Advocates: I. Gurses Andersson, R. Wood
Guidelines Associates: O. Capoun, B. Pradere, B.P. Rai, F. Soria, V. Soukup

Επιδημιολογία

Ο καρκίνος της ουροδόχου κύστης αποτελεί την  βδομη πιο συχνά διαγνωσμένη μορφή καρκίνου στον αντρικό πληθυσμό παγκοσμίως, ενώ πέφτει στην 10^η θέση όταν εξετάζονται και τα δύο φύλα. Η παγκόσμια συχνότητα που έχει στρωματοποιηθεί με βάση την ηλικία είναι 9,5 ανά 100.000 άτομα/χρόνια στους άντρες και 2,4 ανά 100.000 άτομα/χρόνια στις γυναίκες.

Σταδιοποίηση και συστήματα ταξινόμησης

Το σύστημα TNM του 2017 χρησιμοποιείται για την σταδιοποίηση. Για την ταξινόμηση του βαθμού κακοήθειας χρησιμοποιούνται τόσο το σύστημα του 1973 όσο και το σύστημα της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας 2004/2022. Παρόλο που τα δύο συστήματα είναι προγνωστικά για πρόοδο της νόσου ο συνδυασμός τους έχει αποδειχθεί ανώτερος από το καθένα ξεχωριστά.

Ταξινόμηση 2017

Πρωτοπαθής όγκος

- **TX** δεν μπορεί να καθοριστεί η ύπαρξη ή μη πρωτοπαθούς όγκου
- **T0** δεν υπάρχει απόδειξη ύπαρξης πρωτοπαθούς όγκου
- **TA** θηλώδες καρκίνωμα που δεν είναι διηθητικό
- **Tis** του καρκίνωμα in situ: επίπεδος όγκος
- **T1** Ο όγκος διηθεί τον υποεπιθηλιακό συνδετικό ιστό
- **T2** όγκος διηθεί τον μυϊκό ιστό.
 - **T2A** όγκος διηθεί τον επιπολής μυϊκό ιστό
 - **T2B** ο όγκος διηθεί τον εν τω βαθύ μυϊκό ιστό.
- **T3** ο όγκος διηθεί τον περιηγητικό ιστό
 - **T3A** μικροσκοπικά
 - **T3B** μακροσκοπικά δηλαδή έχουμε την ύπαρξη έξω-κυστικής μάζας.
- **T4** ο όγκος διηθεί οποιονδήποτε από τους παρακάτω ιστούς: Το στρώμα του προστάτη, την μήτρα, τον κόλπο, το πυελικό τοίχωμα, το κοιλιακό τοίχωμα, τις σπερματοδόχες κύστεις
- **T4A** ο όγκος διηθεί το στρώμα του προστάτη, τις σπερματοδόχες κύστεις, την μήτρα ή τον κόλπο.
- **T4B** ο όγκος διηθεί το πυελικό τοίχωμα ή το κοιλιακό τοίχωμα.

N- επιχώριοι λεμφαδένες.

- **NX** δεν μπορεί να καθοριστεί η διήθηση ή μη των επιχώριων λεμφαδένων
- **N0** δεν υπάρχει μετάσταση σε επιχώριους λεμφαδένες
- **N1** μετάσταση σε έναν επιχώριο λεμφαδένα στην αληθή πύελο, δηλαδή στην ομάδα των υπογαστρίων, θυροειδών, έξω λαγονίων, ή προϊερών λεμφαδένων.
- **N2** μετάσταση σε πολλαπλούς επιχώριους λεμφαδένες στην αληθή πύελο δηλαδή στην ομάδα τον υπογαστρίων, θυροειδών, έξω λαγονίων ή προϊερών λεμφαδένων
- **N3** μετάσταση στους κοινούς λαγονίους λεμφαδένες (λεμφαδένα)

M απομακρυσμένη μετάσταση

- **M0** δεν υπάρχει απομακρυσμένη μετάσταση
 - **M1A** μετάσταση σε λεμφαδένες μη επιχώριους
 - **M1B** άλλες απομακρυσμένες μεταστάσεις

Καρκίνωμα in situ.

Το καρκίνωμα in situ είναι ένα επίπεδο, υψηλού βαθμού κακοήθειας, μη διηθητικό ουροθηλιακό καρκίνωμα, και ταξινομείται στις ακόλουθες κλινικές κατηγορίες:

Πρωτοπαθές.

Πρόκειται για μεμονωμένο καρκίνωμα in situ χωρίς την προηγούμενη ή ταυτόχρονη ύπαρξη θηλωματώδων όγκων ή ύπαρξης προηγούμενου καρκινώματος in situ.

Δευτεροπαθές.

Πρόκειται για καρκίνωμα in situ το οποίο ανακαλύπτετε κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών που είχαν έναν προηγούμενο όγκο ο οποίος όμως δεν ήταν καρκίνωμα in situ.

Σύγχρονο.

Πρόκειται για ύπαρξη καρκινώματος in situ όταν υπάρχει οποιασδήποτε άλλης μορφής ουροθηλιακός καρκίνος της ουροδόχου κύστης.

Υποκατηγορίες του ουροθηλιακού καρκινώματος και λέμφο-αγγειακή διήθηση.

Μερικοί υπότυποι του ουροθηλιακού καρκινώματος όπως το μικροθηλώδες, το πλασμακυτταροειδές, και το σαρκωματοειδές, έχουν χειρότερη πρόγνωση από το αμιγές υψηλού βαθμού κακοήθειας ουροθηλιακό καρκίνωμα. Η ύπαρξη λεμφαγγειακής διήθησης στο παρασκεύασμα της διουρηθρική εκτομής του όγκου σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση.

Συστάσεις για την ταξινόμηση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης.	Βαθμός σύστασης
Χρησιμοποιήστε την ταξινόμηση του 2017 για την ταξινόμηση του βάθους διήθησης του όγκου	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε και την ταξινόμηση του 1973 και του 2004 / 2022 της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας ή και τον συνδυασμό τους.	Ασθενής
Μην χρησιμοποιείτε τον όρο επιφανειακός καρκίνος της ουροδόχου κύστης.	Ισχυρή

Διάγνωση

Απολύτως απαραίτητη θεωρείται η λήψη ενός εμπειριστατωμένου ιστορικού από τον ασθενή. Το πιο συχνό σύμπτωμα είναι η αιματουρία. Σε ασθενείς με ερεθιστικά συμπτώματα μπορείτε να υποψιαστείτε το καρκίνωμα in situ.

Συστάσεις για την πρωτοπαθή διάγνωση ενός καρκίνου της ουροδόχου κύστης που δεν διηθεί τον μυϊκό χιτώνα.	Βαθμός σύστασης
Πάρτε ένα ιστορικό από τον άρρωστο, που να επικεντρώνεται στα συμπτώματα από το κατώτερο ουροποιητικό καθώς και στην ύπαρξη αιματουρίας.	Ισχυρή
Πραγματοποιείστε ένα υπερηχογράφημα νεφρών και ουροδόχου κύστης μαζί με αξονική τομογραφία και αξονική πυελογραφία κατά τη διάρκεια της αρχικής διαγνωστικής προσέγγισης των ασθενών με αιματουρία.	Ισχυρή
Κατά τη στιγμή που έχουμε αποκαλύψει έναν όγκο της ουροδόχου κύστης πραγματοποιήστε μία αξονική ουρογραφία σε επιλεγμένες περιπτώσεις παραδείγματος χάρη για όγκους που εντοπίζονται στο τρίγωνο, για πολλαπλούς όγκους υψηλού κινδύνου.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε κυστεοσκόπηση σε ασθενείς με συμπτώματα που υποδηλώνουν καρκίνο της ουροδόχου κύστης ή κατά την διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών. Δεν μπορεί να αντικατασταθεί η κυστεοσκόπηση από την κυτταρολογική εξέταση των ούρων ή από οποιαδήποτε άλλη μη επεμβατική δοκιμασία.	Ισχυρή
Στους άνδρες, χρησιμοποιήστε ένα εύκαμπτο κυστεοσκόπιο, εάν είναι διαθέσιμο, και εφαρμόστε "συμπίεση του σάκου" για να μειώσετε τον πόνο κατά τη διαδικασία κατά την διέλευση από την προστατική ουρήθρα.	Ισχυρή
Περιγράψτε όλες τις μακροσκοπικές αλλοιώσεις του όγκου για παράδειγμα την θέση, το μέγεθος, τον αριθμό, την όψη του όγκου καθώς και οποιαδήποτε ανωμαλία του βλεννογόνου κατά τη διάρκεια της κυστεοσκόπησης. Χρησιμοποιήστε ένα διάγραμμα της ουροδόχου κύστης. Ισχυρή σύσταση.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε την κυτταρολογική εξέταση ούρων σαν μία βοήθεια στην κυστεοσκόπηση όταν θέλετε να καταδείξετε υψηλού βαθμού κακοήθειας όγκο.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε την κυτταρολογική εξέταση των ούρων σε τουλάχιστον 25 cm ³ δείγματος φρέσκων ούρων ή ούρων που έχουν υποστεί επαρκή σταθεροποίηση. Τα πρώτα πρωινά ούρα δεν είναι κατάλληλο δείγμα κυρίως γιατί εμφανίζουν πολύ συχνά κυτταρόλυση.	Ισχυρή
Χρησιμοποιήστε το Paris system 2η έκδοση για την αναφορά της κυτταρολογικής εξέτασης ούρων.	Ισχυρή

Θηλωματώδεις όγκοι TAT1.

Η διάγνωση των θηλωματωδών καρκίνων της κύστης απαιτεί την εξέταση του ασθενούς με κυστεοσκόπηση και την ιστολογική επιβεβαίωση μετά την αφαίρεση του ιστού κατά την διουρηθρική εκτομή του όγκου της κύστης. Η διουρηθρική εκτομή του όγκου της κύστης αποτελεί μία σημαντική διαδικασία κατά την διάγνωση και θεραπεία των TAT1 όγκων και πρέπει να πραγματοποιείται συστηματικά σε ξεχωριστά βήματα. Η πλήρης εκτομή, η οποία μπορεί να επιτευχθεί είτε τμηματικά είτε στο σύνολο του όγκου (τεχνική en-block), είναι απαραίτητη για να έχουμε μία σωστή και καλή διάγνωση. Η τεχνική επιλέγεται με βάση το μέγεθος της αλλοίωσης, την εντόπιση αλλά και την εμπειρία του χειρουργού. Σε επιλεγμένες περιπτώσεις, εξαιτίας του κινδύνου της επιμονής του όγκου και της υπόσταδιοποίησης μετά την αρχική εκτομή του όγκου, συνίσταται μία δεύτερη επέμβαση και εκτομή εκ νέου του όγκου.

Καρκίνωμα in situ

Το καρκίνωμα in situ διαγιγνώσκεται με ένα συνδυασμό κυστεοσκόπησης, κυτταρολογικής εξέτασης των ούρων και ιστολογικής εξέτασης των βιοψιών που ελήφθησαν από ύποπτες περιοχές της ουροδόχου κύστης ή από βιοψίες που ελήφθησαν κατά την χαρτογράφηση της ουροδόχου κύστης που κατά τα άλλα εμφανίζει ένα φυσιολογικό βλεννογόνο. Το καρκίνωμα in situ δεν εξαλείφεται μόνο με την διουρηθρική εκτομή και απαιτεί περαιτέρω θεραπεία.

Συστάσεις για την διουρηθρική εκτομή όγκων της κύστης, την λήψη βιοψιών και την αναφορά του παθολογοανατόμου	Βαθμός σύστασης
Σε ασθενείς οι οποίοι είναι ύποπτοι ότι πάσχουν από καρκίνο της ουροδόχου κύστης, πραγματοποιείται μία διουρηθρική εκτομή του όγκου ακολουθούμενη από ιστολογική εξέταση όλων των δειγμάτων. Η διαδικασία αυτή αφορά τόσο την διάγνωση αλλά και μία αρχική θεραπευτική διαδικασία.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε την διουρηθρική εκτομή των όγκων της κύστεως σε ξεχωριστά βήματα. <ul style="list-style-type: none">• Αμφίχειρη ψηλάφηση υπό αναισθησία.• Είσοδος του Ρεζεκτοσκοπίου υπό όραση και επισκόπηση ολόκληρης της ουρήθρας.• Επισκόπηση όλου του ουροθηλίου της ουροδόχου κύστης.• Βιοψία της προστατικής ουρήθρας εάν υπάρχει ένδειξη.• Ψυχρές βιοψίες της ουροδόχου κύστεως εάν υπάρχει ένδειξη.	Ισχυρή

<ul style="list-style-type: none"> • Εκτομή του όγκου. • Καταγραφή των ευρημάτων στο πρακτικό χειρουργείου. • Ακριβής περιγραφή του δείγματος που αποστέλλεται για ιστολογική εξέταση. 	
<p>Πραγματοποίηση, περιγραφή και σύσταση για την εκτομή των όγκων σε ξεχωριστά βήματα.</p>	
<p>Πραγματοποιήστε εκτομή του όγκου σε τμήματα ή καθ' ολοκληρία (ένα μπλοκ- τεμάχιο). Τα τμήματα πρέπει να περιλαμβάνουν το εξωφυτικό τμήμα του όγκου, το υποκείμενο τοίχωμα της ουροδόχου κύστης και τα χείλη της περιοχής που έχει εκταμεί</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Αποφύγετε τον καυτηριασμό όσο το δυνατόν κατά την διάρκεια της διουρηθρικής εκτομής ενός όγκου της ουροδόχου κύστεως για να αποφύγετε την καταστροφή του ιστού.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Λάβετε βιοψίες από οποιοδήποτε σημείο του ουροθηλίου εμφανίζει ανώμαλη εικόνα. Βιοψίες συνιστάται να λαμβάνονται και από βλεννογόνο που έχει φυσιολογική εικόνα εάν η κυτταρολογική εξέταση των ούρων ή κάποιος μοριακός δείκτης των ούρων αποβεί θετικός. Η χαρτογράφηση της ουροδόχου κύστης γίνεται με την λήψη βιοψιών από το κυστικό τρίγωνο, τον θόλο της ουροδόχου κύστεως το δεξιό, αριστερό, πρόσθιο και οπίσθιο κυστικό τοίχωμα. Εάν υπάρχει διαθέσιμος ο εξοπλισμός, πραγματοποιούμε βιοψίες με την καθοδήγηση ανοσοφθορίζουσας χρωστικής (PDD).</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Λάβετε βιοψίες από την προστατική ουρήθρα σε περίπτωση που ανευρίσκεται ο όγκος στον κυστικό αυχένα, εάν υπάρχει ή υποπτεύεστε καρκίνωμα in situ, εάν υπάρχει θετική κυτταρολογική εξέταση των ούρων ή θετική διαγνωστική δοκιμασία για έναν μοριακό δείκτη χωρίς να υπάρχει απόδειξη όγκου εντός του αυλού της ουροδόχου κύστης, ή εάν βλέπετε εμφανείς ανωμαλίες στην προστατική ουρήθρα. Εάν δεν έχει ληφθεί βιοψία κατά τη διάρκεια της πρώτης επέμβασης, θα πρέπει να συμπληρώνονται κατά το χρόνο της δεύτερης εκτομής ενός όγκου της ουροδόχου κύστης.</p>	<p>Ισχυρή</p>
<p>Λάβετε βιοψία από την προστατική ουρήθρα, από την περιοχή γύρω από το σπερματικό λοφίδιο, μεταξύ πέμπτης και έβδομης ώρας, χρησιμοποιώντας την αγκύλη του ρεζεκτοσκοπίου</p>	<p>Ασθενής</p>
<p>Χρησιμοποιήστε όποια μέθοδο είναι διαθέσιμη για να βελτιώσετε την εικόνα κατά τη διάρκεια της διουρηθρικής εκτομής ενός όγκου κύστεως ή κατά τη διάρκεια της λήψης βιοψίας από την ουροδόχο κύστη. Τέτοιες μέθοδοι είναι η κυστεοσκόπηση με χορήγηση ανοσοφθορίζουσας χρωστικής, ή φωτός στενού φάσματος (NBI).</p>	<p>Ασθενής</p>
<p>Το κάθε τμήμα από τις περιγραφείσες βιοψίες κατά τα διάφορα βήματα πρέπει να αποστέλλονται ξεχωριστά με δική τους</p>	<p>Ασθενής</p>

σήμανση στον παθολογοανατόμο.	
Στο πρακτικό χειρουργείου μίας διουρηθρικής εκτομής ενός όγκου κύστης θα πρέπει να περιγράφεται η εντόπιση του όγκου, η εμφάνιση, το μέγεθος, η πολυεστιακότητα, όλα τα βήματα του χειρουργείου, καθώς και η έκταση και η πληρότητα της εκτομής καθώς και οι όποιες επιπλοκές.	Ισχυρή
Σε ασθενείς οι οποίοι έχουν θετική κυτταρολογική εξέταση ούρων, αλλά αρνητική κυστεοσκόπηση, πρέπει να αποκλείουμε ουροθηλιακό καρκίνωμα της ανώτερης ουροφόρου οδού και την ύπαρξη καρκινώματος in situ της ουροδόχου κύστης. Το τελευταίο όπως έχει αναφερθεί γίνεται με χαρτογράφηση της κύστεως. Επίσης θα πρέπει να αποκλείσουμε σε αυτές τις περιπτώσεις την ύπαρξη όγκου στην προστατική μοίρα της ουρήθρας με λήψη βιοψιών από την περιοχή.	Ισχυρή
Πραγματοποιήστε μία δεύτερη εκτομή όγκου της ουροδόχου κύστης στις ακόλουθες περιπτώσεις: <ul style="list-style-type: none"> • Μετά από μία μη πλήρη αρχική διουρηθρική εκτομή όγκου κύστης, ή στην περίπτωση όπου υπάρχει αμφιβολία περί της πληρότητας μίας διουρηθρικής εκτομής ενός όγκου της ουροδόχου κύστης. • Εάν δεν υπάρχει μυϊκός χιτώνας στο παρασκεύασμα μετά την αρχική εκτομή, με την εξαίρεση μόνο εκείνων των όγκων που είναι TA χαμηλού βαθμού κακοήθειας ή G1 καθώς και των πρωτοπαθών καρκινωμάτων in situ. • Στους όγκους T1. 	Ισχυρή
Εάν η δεύτερη εκτομή του όγκου θεωρείται αναγκαία πραγματοποιήστε την δύο έως έξι εβδομάδες μετά την αρχική εκτομή. Η δεύτερη αυτή εκτομή θα πρέπει να περιλαμβάνει και την πρωτοπαθή εστία του όγκου.	Ασθενής
Καταγράψτε τα αποτελέσματα της ιστολογικής του δεύτερου TUR-B αφού αντικατοπτρίζει τη ποιότητα της αρχικής εκτομής.	Ασθενής
Ενημερώστε τον παθολογοανατόμο για τυχόν προηγηθείσες θεραπείες όπως ενδοκυστικές εγχύσεις, ακτινοβολία και άλλες	Ισχυρή
Η αναφορά του παθολογοανατόμου θα πρέπει να περιλαμβάνει την εντόπιση του όγκου, τον βαθμό κακοήθειας και το στάδιο του όγκου, τυχόν λεμφαγγειακή διήθηση, τους υπότυπους του ουροθηλιακού καρκινώματος, την παρουσία καρκινώματος in situ και την παρουσία μυϊκού χιτώνα στο υλικό εκτομής.	Ισχυρή

Πρόβλεψη της υποτροπής και της προόδου της νόσου και καθορισμός των ομάδων κινδύνου.

Μετά την διουρηθρική εκτομή ενός όγκου της ουροδόχου κύστης, οι ασθενείς θα πρέπει να ταξινομηθούν, ανάλογα με τους προγνωστικούς παράγοντες, σε ομάδες κινδύνου οι οποίες θα καθορίσουν και τις συστάσεις για τη θεραπεία τους. Για τον καθορισμό του κινδύνου προόδου της νόσου σε έναν συγκεκριμένο ασθενή, μετά από μία διουρηθρική εκτομή ενός όγκου της ουροδόχου κύστης, χρησιμοποιήστε το 2021 EAU NMIBC Risk Calculator (www.nmibc.net). Για τους ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε θεραπεία με BCG υπάρχουν διαφορετικά μοντέλα διαβάθμισης και ταξινόμησης σε ομάδες κινδύνου από τις ομάδες CUETO και EORTC, αντίστοιχα. Για να προβλέψετε την πιθανότητα υποτροπής ενός όγκου στο πρώτο και πέμπτο έτος για έναν συγκεκριμένο ασθενή χρησιμοποιήστε το προγνωστικό μοντέλο της EORTC του 2006 (<https://www.omnicalculator.com/health/eortc-bladder-cancer>).

Συστάσεις για την ταξινόμηση του καρκίνου της ουροδόχου κύστης που δεν έχει διηθήσει τον μυϊκό χιτώνα.	Βαθμός σύστασης
Ταξινομήστε τους ασθενείς σε τέσσερις ομάδες κινδύνου ανάλογα με τον επόμενο πίνακα. Η ομάδα κινδύνου ενός ασθενούς μπορεί να καθοριστεί χρησιμοποιώντας τον υπολογιστή ρίσκου της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας (EAU) όπως αυτός αναπτύχθηκε το 2021 (www.nmibc.net) και βρίσκεται σε εφαρμογή ακόμη και σε κινητά τηλέφωνα.	Ισχυρή
Εάν θέλετε να λάβετε πληροφορίες για τον κίνδυνο προόδου της νόσου σε έναν συγκεκριμένο ασθενή ο οποίος προσήλθε με ένα πρωτοπαθές TAT1 όγκο και δεν θεραπεύθηκε με BCG χρησιμοποιήστε τα δεδομένα από τον πίνακα 3.	Ισχυρή
Εάν θέλετε να λάβετε πληροφορίες για τον κίνδυνο υποτροπής ενός καρκίνου της ουροδόχου κύστης σε έναν συγκεκριμένο ασθενή ο οποίος δεν έχει λάβει προηγούμενα θεραπεία με BCG χρησιμοποιήστε το προγνωστικό μοντέλο της EORTC του 2006.	Ισχυρή
Εάν θέλετε να υπολογίσετε την πιθανότητα υποτροπής σε έναν ασθενή ο οποίος έχει λάβει προηγουμένως θεραπεία με BCG τότε χρησιμοποιήστε είτε το προγνωστικό μοντέλο EORTC 2016 είτε το μοντέλο CUETO. Το πρώτο χρησιμοποιείται για να μετρήσει την πιθανότητα υποτροπής μετά από ένα έως τρία χρόνια θεραπείας συντήρησης με το BCG, ενώ το δεύτερο μοντέλο για θεραπεία πέντε ή έξι μηνών με BCG.	Ισχυρή

Κλινική σύνθεση του νέου προγνωστικού μοντέλου ταξινόμησης σε ομάδες κινδύνου της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας για τον καρκίνο της ουροδόχου κύστης που δεν διηθεί τον μυϊκό χιτώνα (EAU NMIBC). Βασίζεται είτε στο σύστημα ταξινόμησης της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας (WHO) του 2004 / 2016 ή της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας (WHO) του 1973.

- Μόνο ένα από τα δύο αυτά συστήματα ταξινόμησης χρειάζεται για να χρησιμοποιήσετε τον πίνακα.
- Εάν και τα δύο συστήματα ταξινόμησης είναι διαθέσιμα για έναν συγκεκριμένο ασθενή, συνιστούμε να χρησιμοποιείται το σύστημα της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας του 1973, καθώς έχει καλύτερη προγνωστική αξία.
- Η κατηγορία των όγκων χαμηλού βαθμού κακοήθειας με βάση την ταξινόμηση του συστήματος της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας του 2004 / 2016 περιλαμβάνει και τους όγκους που έχουν ταξινομηθεί σαν θηλωματώδη ουροθηλιακά νεοπλασμάτα χαμηλού καρκινικού δυναμικού (PUNLMP).
- Επιπρόσθετοι κλινικοί παράγοντες κινδύνου είναι οι κάτωθι:
 - ηλικία άνω των 70 ετών
 - πολλαπλοί θηλωματώδεις όγκοι
 - όγκος με διάμετρο μεγαλύτερη ή ίση των τριών εκατοστών.

Ομάδα κινδύνου

Χαμηλού κινδύνου

- Ένας πρωτοπαθής, μονήρης, TA / T1 χαμηλού βαθμού κακοήθειας / G1 όγκος μικρότερος των τριών εκατοστών σε διάμετρο, χωρίς να υπάρχει καρκίνωμα in situ, σε έναν ασθενή που είναι μικρότερος ή ίσος των 70 χρονών.
- Ένας πρωτοπαθής όγκος TA χαμηλού βαθμού κακοήθειας / G1 χωρίς να υπάρχει καρκίνωμα in situ με το πολύ έναν από τους προαναφερθέντες κλινικούς παράγοντες κινδύνου, δηλαδή ηλικία μεγαλύτερη των 70, πολλαπλότητα και διάμετρο μεγαλύτερη ή ίση των τριών εκατοστών.

Ενδιάμεσου κινδύνου

- Οι ασθενείς οι οποίοι δεν εμφανίζουν καρκίνωμα in situ και δεν περιλαμβάνονται στις υπόλοιπες κατηγορίες δηλαδή στις ομάδες χαμηλού, υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου.

Υψηλού κινδύνου

- Όλοι οι T1 όγκοι υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 χωρίς καρκίνωμα in situ, εκτός από εκείνους τους όγκους που ανήκουν στην ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου.
- Όλοι οι ασθενείς με καρκίνωμα in situ, εκτός από εκείνους που περιλαμβάνονται στην ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου.
- **Ασθενείς με τα ακόλουθα στάδια και βαθμούς κακοήθειας που έχουν επιπλέον κλινικούς παράγοντες κινδύνου:**
 - Ασθενείς με TA χαμηλού βαθμού κακοήθειας / G2 ή T1G1, χωρίς να έχουν καρκίνωμα in situ με όλους τους τρεις παράγοντες του κλινικά υψηλού κινδύνου δηλαδή ηλικία πάνω από τα 70, πολλαπλότητα και διάμετρο πάνω από τρία εκατοστά.

- Ασθενείς με όγκους TA υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 ή T1 χαμηλού βαθμού κακοήθειας, χωρίς να έχουν καρκίνωμα in situ με τουλάχιστον δύο από τους προαναφερθέντες κλινικούς παράγοντες κινδύνου.
- Ασθενείς με όγκους T1G2 χωρίς να έχουν καρκίνωμα in situ με τουλάχιστον έναν κλινικό παράγοντα κινδύνου.

Πολύ υψηλού κινδύνου

- **Ασθενείς με τα ακόλουθα στάδια και βαθμούς κακοήθειας που έχουν επιπλέον κλινικούς παράγοντες κινδύνου:**
 - Ασθενείς με όγκους TA υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 και καρκίνωμα in situ με όλους τους προαναφερθέντες τρεις κλινικούς παράγοντες κινδύνου
 - Ασθενείς με όγκους T1 G2 και καρκίνωμα in situ με τουλάχιστον δύο κλινικούς παράγοντες κινδύνου
 - Ασθενείς με όγκους T1 υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 και καρκίνωμα in situ με τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου
 - Ασθενείς με όγκο T1 υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 χωρίς καρκίνωμα in situ με όλους τους (τρεις) κλινικούς παράγοντες κινδύνου

Το μοντέλο το οποίο ήδη αναφέρθηκε βασίζεται σε δεδομένα ασθενών, αλλά δεν αναφέρεται σε ασθενείς οι οποίοι έχουν πρωτοπαθές καρκίνωμα in situ υψηλού κινδύνου ή ασθενείς που έχουν υποτροπιάζοντες όγκους, καθώς επίσης και σε ορισμένα ιστολογικά χαρακτηριστικά όπως για παράδειγμα τους διάφορους υπότυπους του ουροθηλιακού καρκινώματος.

Σε κάθε περίπτωση, βασιζόμενοι στα δεδομένα της βιβλιογραφίας,

- όλοι οι ασθενείς με καρκίνωμα in situ της προστατικής μοίρας της ουρήθρας, με υπότυπους του ουροθηλιακού καρκινώματος ή με λεμφαγγειακή διήθηση θα πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στην ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου.
- Οι ασθενείς με υποτροπιάζοντες όγκους θα πρέπει να περιλαμβάνονται στις ομάδες ενδιάμεσου, υψηλού, ή πολύ υψηλού κινδύνου με βάση και άλλους προγνωστικούς δείκτες.

Πίνακας 3. Πιθανότητες πρόοδου νόσου το 1, 5, και 10 έτος για τις νέες EAU NMIBC ομάδες κινδύνου.

Ομάδα κινδύνου	Πιθανότητα Πρόοδου 95% διάστημα εμπιστοσύνης		
	1 έτος	5 έτη	10 έτη
Νέες ομάδες κινδύνου κατά WHO 2004/2016			
Χαμηλού	0.06%	0.93%	3.7%
Μέσου	1%	4.9%	8.5%
Υψηλού	3.5%	9.6%	14%
Πολύ υψηλού	16%	40%	53%
Νέες ομάδες κινδύνου κατά WHO 1973			
Χαμηλού	0.12%	0.57%	3%
Μέσου	0.65%	3.6%	7.4%
Υψηλού	3.8%	11%	14%
Πολύ υψηλού	20%	44%	59%

Θεραπεία

Επικουρική θεραπεία.

Από τη στιγμή που υπάρχει σημαντικός κίνδυνος για υποτροπή και / ή πρόοδο της νόσου μετά από την διουρηθρική εκτομή ενός όγκου κύστεως, για όλα τα στάδια της νόσου συνίσταται επικουρική ενδοκυστική θεραπεία (TAT1 και καρκίνωμα in situ)

Χορήγηση μίας δόσης ενδοκυστικής χημειοθεραπείας άμεσα μετεγχειρητικά

Η ενστάλαξη μίας δόσης χημειοθεραπείας αμέσως μετά την διουρηθρική εκτομή ενός όγκου κύστεως μπορεί να μειώσει το ποσοστό υπότροπων σε ασθενείς με χαμηλού κινδύνου και σε επιλεγμένους ασθενείς ενδιάμεσου κινδύνου. Δεν υπάρχει διαπιστωμένη διαφορά μεταξύ διαφορετικών τύπων ενδοκυστικών φαρμάκων, όπως για παράδειγμα η μιτομυκίνη C, η επιρουμπικίνη και η δοξορουβικίνη.

Περαιτέρω δόσεις χημειοθεραπείας.

Οι επιπλέον ενσταλάξεις χημειοθεραπείας μπορούν να βελτιώσουν την επιβίωση χωρίς υποτροπές σε όγκους ενδιάμεσου κινδύνου, αλλά δεν προλαβαίνουν την πρόοδο της νόσου. Οι εγχύσεις αυτές σχετίζονται με ήπιες ανεπιθύμητες ενέργειες.

Ενδοκυστική ανοσοθεραπεία με τη χρήση BGG.

Η ενδοκυστική ανοσοθεραπεία με τη χρήση του βακίλου της φυματίωσης, τόσο στην μορφή της εισαγωγής όσο και της διατήρησης, είναι ανώτερη από την ενδοκυστική χημειοθεραπεία στο να μειώνει τις υποτροπές αλλά και στο να προλαμβάνει ή να καθυστερεί την πρόοδο της νόσου σε καρκίνωμα που διηθεί τον μυϊκό χιτώνα.

Η απόφαση για επιπλέον ενδοκυστική επικουρική θεραπεία εξατομικεύεται με βάση την ομάδα κινδύνου στην οποία ανήκει ο ασθενής. Στους ασθενείς που ανήκουν σε ομάδα πολύ υψηλού κινδύνου για πρόοδο της νόσου, πολλές φορές συνίσταται η άμεση ριζική κυστεκτομή.

Αποτυχία της θεραπείας με BCG.

Έχουν προταθεί πολλές κατηγορίες αποτυχίας της θεραπείας με BCG, που ευρέως καθορίζονται ως οποιαδήποτε μορφή υποτροπής υψηλού βαθμού κακοήθειας όγκου μετά την θεραπεία με το BCG.

Αποτυχία θεωρείται οποτεδήποτε αναπτύσσεται καρκίνωμα ουροδόχου κύστης που διηθεί τον μυϊκό χιτώνα κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης του ασθενούς μετά από θεραπεία με BCG.

Όγκοι ανθεκτικοί στην θεραπεία με BCG.

1. Εάν εμφανιστεί στους τρεις μήνες ένας όγκος T1 υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3

2. Εάν εμφανιστεί στους τρεις μήνες ένας όγκος TA υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 και / ή στους έξι μήνες, μετά είτε από επανεισαγωγή του BCG είτε από την πρώτη σειρά θεραπείας συντήρησης με BCG

3. Εάν εμφανιστεί στους τρεις μήνες καρκίνωμα in situ χωρίς σύνοδο θηλωματώδη όγκο και επιμένει στους έξι μήνες μετά είτε από την επανεισαγωγή του BCG ή την πρώτη θεραπεία συντήρησης με BCG. Στους ασθενείς με CIS στους 3 μήνες οι επιπρόσθετες εγχύσεις μπορεί να πετύχουν ανταπόκριση σε >50% των περιπτώσεων.

4. Εάν εμφανιστεί ένας όγκος υψηλού βαθμού κακοήθειας κατά τη διάρκεια της θεραπεία συντήρησης με BCG.

Όγκοι που υποτροπιάζουν μετά από το BCG

Υποτροπή ενός όγκου υψηλού βαθμού κακοήθειας / G3 με βάση την ταξινόμηση της παγκόσμιας οργάνωσης υγείας 1973 / 2004 μετά την συμπλήρωση και ολοκλήρωση της θεραπεία συντήρησης του BCG, ανεξάρτητα από την αρχική ανταπόκριση στην θεραπεία.

Όγκοι που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία με το BCG

Στην κατηγορία των όγκων που δεν ανταποκρίνονται στην θεραπεία με BCG περιλαμβάνονται όλοι οι όγκοι που είναι ανθεκτικοί στην θεραπεία με BCG όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, καθώς οι ασθενείς οι οποίοι αναπτύσσουν μία υποτροπή με όγκο TAT1 / HG μέσα σε έξι μήνες από την συμπλήρωση ικανής έκθεσης στο BCG ή οι ασθενείς οι οποίοι αναπτύσσουν καρκίνωμα in situ μέσα στους 12 μήνες από την συμπλήρωση μιας ικανής έκθεσης στο BCG. Ικανή έκθεση στο BCG καθορίζεται ως η ολοκλήρωση τουλάχιστον πέντε από τις έξι δόσεις κατά την αρχική εισαγωγική θεραπεία + τουλάχιστον δύο από τις έξι δόσεις ενός δεύτερου σχήματος εισαγωγικής θεραπείας ή δύο από τις τρεις δόσεις μιας θεραπείας συντήρησης.

Δυσανεξία στο BCG

Είναι η ανάπτυξη σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών που εμποδίζουν την περαιτέρω ενστάλαξη BCG πριν από την ολοκλήρωση της θεραπείας.

Συστάσεις για την επικουρική θεραπεία όγκων TAT1 και για την θεραπεία με του καρκινώματος in situ	Βαθμός σύστασης
Συμβουλευστε τους ασθενείς που καπνίζουν να σταματήσουν το κάπνισμα	Ισχυρή
Το είδος της επιπλέον θεραπείας μετά από την διουρηθρική εκτομή ενός όγκου κύστεως βασίζεται στην ομάδα κινδύνου που ανήκουν οι άρρωστοι. Χρησιμοποιήστε τον υπολογιστή ομάδας κινδύνου της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας του 2021 που είναι διαθέσιμος στο διαδίκτυο	Ισχυρή
Χορηγήστε μία άμεση δόση ενδοκυστικής χημειοθεραπείας στους ασθενείς οι οποίοι θεωρείται ότι έχουν χαμηλό κίνδυνο για υποτροπή καθώς και στους ασθενείς που έχουν υποτροπές με μικρούς θηλωματώδεις όγκους που θεωρούμε ότι είναι TA χαμηλού βαθμού κακοήθειας / G1, και που οι υποτροπές αυτές έχουν εμφανιστεί ένα χρόνο ή περισσότερο μετά από την τελευταία διουρηθρική εκτομή	Ισχυρή
Πρόσφερετε μετεγχειρητικά πλύσεις στην κύστη σε ασθενείς που δεν μπορούν να λάβουν την άμεση δόση ενδοκυστικής θεραπείας.	Ισχυρή
Σε ασθενείς με μικρούς υποτροπιάζοντες όγκους χαμηλού βαθμού κακοήθειας Τα μπορεί να προταθεί και εξάχνωση στο ιατρείο	Ισχυρή
Προσφέρετε ενεργό παρακολούθηση σε επιλεγμένους ασθενείς με θεωρητικά χαμηλού βαθμού όγκους που δεν μπορούν να εξαχνωθούν.	Ασθενής
Στους ασθενείς που ανήκουν στην ενδιάμεση ομάδα κινδύνου, και στους οποίους έχει ή δεν έχει χορηγηθεί άμεση ενδοκυστική έγχυση, χορηγήστε πλήρη δόση ενός έτους BCG, δόση εισαγωγής + 3 εβδομαδιαίες εγχύσεις στους 3, 6 και 12 μήνες. Εναλλακτικά κάντε ενδοκυστικές εγχύσεις χημειοθεραπείας, που όμως το θεραπευτικό σχήμα δεν είναι και πλήρως καθορισμένο, για ένα χρόνο μετά την εκτομή. Το ποια από τις δύο θεραπείες θα επιλέξουμε εξαρτάται από τον κίνδυνο υποτροπής και προόδου της νόσου σε κάθε ασθενή, καθώς επίσης και από την αποτελεσματικότητα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της κάθε θεραπείας.	Ισχυρή
Σε ασθενείς που ανήκουν στην υψηλή ομάδα κινδύνου χορηγείται πλήρη δόση ενδοκυστικών εγχύσεων BCG για ένα έως τρία χρόνια. Το πλήρες σχήμα περιλαμβάνει την δόση εισαγωγής καθώς και τρεις εβδομαδιαίες εγχύσεις στους τρεις, 6,12,18,24,30,36 μήνες. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα του δεύτερου και τρίτου χρόνου θεραπείας θα πρέπει να σταθμίζεται σχετικά με τα πρόσθετα κόστη, τις ανεπιθύμητες ενέργειες και τα προβλήματα που προκύπτουν από την έλλειψη του BCG στην αγορά.	Ισχυρή

Για τους ασθενείς που ανήκουν στην υψηλή ομάδα κινδύνου η άμεση ριζική κυστεκτομή θα πρέπει να συζητιέται.	
Θεραπεία εκλογής για τους ασθενείς που ανήκουν στην πολύ υψηλή ομάδα κινδύνου είναι η ριζική κυστεκτομή. Εναλλακτικά για ασθενείς που αρνούνται ή δεν είναι κατάλληλη για ριζική κυστεκτομή χρησιμοποιείται η ενδοκυστική έγχυσης ενός πλήρους σχήματος BCG για ένα έως τρία χρόνια.	Ισχυρή
Σε ασθενείς στους οποίους έχει διαγνωστεί καρκίνωμα in situ στην επιθηλιακή κάλυψη της προστατικής μοίρας της ουρήθρας πραγματοποιήστε διουρηθρική εκτομή του προστάτη, ακολουθούμενη από ενδοκυστική έγχυση BCG.	Ασθενής
Δείτε με προσοχή κινολόνες για να θεραπεύσετε τις παρενέργειες από το BCG.	
Ο ορισμός της μη ανταπόκρισης στο BCG θεωρείται σημαντικός καθώς καθορίζει ακριβώς τους ασθενείς που είναι απίθανο να απαντήσουν σε επιπλέον εγχύσεις BCG.	Ισχυρή
Στους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στο BCG πραγματοποιήστε ριζική κυστεκτομή.	Ισχυρή
Στους ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στο BCG και οι οποίοι δεν είναι υποψήφιοι για ριζική κυστεκτομή λόγω συννοσηρότητας, μπορείτε να προσφέρετε τεχνικές ή στρατηγικές διατήρησης της ουροδόχου κύστης. Στις στρατηγικές αυτές περιλαμβάνονται η ενδοκυστική χημειοθεραπεία, η χημειοθεραπεία και η υπερθερμία η οποία παράγεται με μικροκύματα, η ηλεκτροκινητική χορήγηση χημειοθεραπείας, η ενδοκυστική ή η συστηματική ανοσοθεραπεία. Οι θεραπείες αυτές θα πρέπει να εντάσσονται κατά προτίμηση σε κλινικές μελέτες.	Ασθενής
Συζητήστε με τους υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου ασθενείς στα πλαίσια ενός συμβουλίου με πολλές ειδικότητες εφόσον είναι δυνατόν.	
Συστάσεις για τα τεχνικά σημεία της θεραπείας.	
Ενδοκυστική χημειοθεραπεία	
Όταν υπάρχει ένδειξη, χορηγήστε την μονήρη δόση ενδοκυστικής χημειοθεραπείας εντός 24 h μετά την διουρηθρική εκτομή του όγκου της κύστης.	Ασθενής
Μην χορηγήσετε την άμεση δόση της χημειοθεραπείας ενδοκυστικά όταν υπάρχει εμφανής ή έντονη υποψία για διάτρηση της κύστης ή επισυμβαίνει αιμορραγία που απαιτεί πλύση μετά την διουρηθρική εκτομή	Ισχυρή
Το άριστο σχήμα και η διάρκεια της επιπλέον ενδοκυστικής χημειοθεραπείας δεν είναι πλήρως καθορισμένο. Παρόλα αυτά δεν θα πρέπει να ξεπερνά τον ένα χρόνο.	Ασθενής
Εάν χορηγηθεί ενδοκυστική χημειοθεραπεία, χρησιμοποιήστε το φάρμακο στην σωστή οξύτητα του (pH) και διατηρήστε την συγκέντρωση του φαρμάκου ελαττώνοντας την πρόσληψη υγρών πριν αλλά και κατά τη διάρκεια της έγχυσης.	
Η χρονική διάρκεια της εγγύησης και της παραμονής του φαρμάκου θα πρέπει να είναι μία με 2 h	Ασθενής
Εντοπιστική ανοσοθεραπεία με BCG	
Στις απόλυτες αντενδείξεις της ενδοκυστικής ανοσοθεραπείας με BCG περιλαμβάνονται τα ακόλουθα: χρόνος εντός των δύο πρώτων εβδομάδων μετά την διουρηθρική εκτομή του όγκου της κύστης, ασθενείς με ορατή αιματουρία, μετά από τραυματικό καθετηριασμό, ασθενείς με συμπτωματική ουρολοίμωξη.	Ισχυρή

Κλινικές οδηγίες για τη θεραπεία των όγκων TA/T1 και του καρκινώματος in situ ανάλογα με την ομάδα κινδύνου που ανήκει ο ασθενής.	Βαθμός σύστασης
Χαμηλού κινδύνου ασθενείς με βάση την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.	
Προσφέρετε μία άμεση έγχυση ενδοκυστική σχήμα θεραπείας μετά από την διουρηθρική εκτομή ενός όγκου.	Ισχυρή
Ενδιάμεσου κινδύνου ασθενείς με βάση την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.	
Χορηγείτε σε όλους τους ασθενείς είτε μία πλήρης δόση ενός έτους BCG, η οποία θα περιλαμβάνει την θεραπεία εισαγωγής καθώς και τρεις εβδομαδιαίες έγχυσης στους τρεις 6 και 12 μήνες, είτε έγχυση χημειοθεραπείας, το ιδανικό σχήμα της οποίας δεν είναι ακριβώς γνωστό, για μέγιστο χρόνο έως ένα έτος. Η τελική επιλογή πρέπει να εξατομικεύεται για κάθε άρρωστο, βασιζόμενη στον κίνδυνο για υποτροπή και πρόοδο της νόσου καθώς επίσης και στην αποτελεσματικότητα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες της κάθε μορφής θεραπείας. Προσφέρετε μία άμεση δόση χημειοθεραπείας σε ασθενείς οι οποίοι έχουν μικρές θηλωματώδεις υποτροπές που πιθανότατα αντιπροσωπεύουν όγκους TA χαμηλού βαθμού κακοήθειας / G1 και που ανιχνεύθηκαν περισσότερο από ένα χρόνο μετά από την προηγούμενη διουρηθρική εκτομή της κύστης.	Ισχυρή
Υψηλού κινδύνου ασθενείς με βάση την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.	
Προσφέρετε είτε ενδοκυστική έγχυση BCG, πλήρης δόση για ένα έως τρία χρόνια, είτε ριζική κυστεκτομή.	Ισχυρή
Πολύ υψηλού κινδύνου ασθενείς με βάση την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.	
Προσφέρετε ριζική κυστεκτομή ή ενδοκυστική έγχυση BCG πλήρους δόσης για ένα ως τρία χρόνια για εκείνους τους ασθενείς οι οποίοι αρνούνται ή δεν είναι κατάλληλοι για ριζική κυστεκτομή	Ισχυρή

Θεραπευτικές επιλογές για τις διάφορες κατηγορίες αποτυχίας της ενδοκυστικής έγχυσης BCG.

Μη ανταπόκριση στην θεραπεία με BCG.

1. Ριζική κυστεκτομή,
2. Συμμετοχή σε κλινικές μελέτες νέων θεραπευτικών στρατηγικών,
3. Στρατηγικές διατήρησης της ουροδόχου κύστης σε ασθενείς που δεν είναι κατάλληλοι ή αρνούνται την ριζική κυστεκτομή.

Καθυστερημένη υποτροπή μετά από θεραπεία με BCG.

- Πρόκειται δηλαδή για υποτροπή TAT1 / υψηλού βαθμού κακοήθειας περισσότερο από έξι μήνες μετά την αρχική έγχυση ή εμφάνιση καρκινώματος in situ,
- ή περισσότερο από 12 μήνες από την τελευταία έκθεση στο BCG.

1. Ριζική κυστεκτομή ή επανάληψη ενός σχήματος BCG με βάση την κατάσταση του κάθε ασθενούς ξεχωριστά.
2. Στρατηγικές διατήρησης της ουροδόχου κύστης.

Χαμηλού βαθμού κακοήθειας υποτροπή μετά από θεραπεία με BCG για πρωτοπαθές όγκο ενδιάμεσου κινδύνου με βάση την ταξινόμηση της Ευρωπαϊκής Ουρολογικής εταιρείας.

1. Επανάληψη της ενδοκυστικής χορήγησης BCG ή ενδοκυστική χημειοθεραπεία.
2. Ριζική κυστεκτομή.

Παρακολούθηση.

Η ανάγκη για παρακολούθηση των ασθενών με καρκίνο της ουροδόχου κύστης που δεν διηθεί τον μυϊκό χιτώνα προκύπτει από τον κίνδυνο εμφάνισης υποτροπών και προόδου της νόσου. Παρόλα αυτά η συχνότητα και η διάρκεια της κυστεοσκόπησης καθώς και της απεικόνισης πρέπει να αντανακλά τον κίνδυνο που έχει ο κάθε άρρωστος ξεχωριστά.

Συστάσεις για την παρακολούθηση των ασθενών μετά από μία διουρηθρική εκτομή ενός όγκου της ουροδόχου κύστης.	Βαθμός σύστασης
Η παρακολούθηση των ασθενών με όγκους TAT1 και καρκινώματος in situ βασίζεται στην τακτική πραγματοποίηση κυστεοσκοπικού ελέγχου.	Ισχυρή
Οι ασθενείς που εμφανίζουν χαμηλού βαθμού κακοήθειας ΤΑ όγκους πρέπει να υποβάλλονται σε κυστεοσκόπηση στους τρεις μήνες. Εάν η κυστεοσκόπηση αυτή είναι αρνητική για υποτροπή της νόσου, η επόμενη κυστεοσκόπηση πραγματοποιείται μετά από εννέα μήνες, και κατόπιν μία φορά τον χρόνο για πέντε χρόνια.	Ασθενής
Ασθενείς με υψηλού κινδύνου καθώς και ασθενείς με πολύ υψηλού κινδύνου οι οποίοι έχουν θεραπευτεί συντηρητικά πρέπει να υποβάλλονται σε κυστεοσκόπηση και κυτταρολογική εξέταση ούρων στους τρεις μήνες. Εάν η κυστεοσκόπηση αυτή αποβεί αρνητική για υποτροπή της νόσου, οι επόμενες κυστεοσκοπήσεις και κυτταρολογικές εξετάσεις θα πρέπει να επαναλαμβάνονται κάθε τρεις μήνες για μία περίοδο δύο ετών και κατόπιν κάθε έξι μήνες έως τα πέντε χρόνια. Από την πενταετία και μετά θα πρέπει να επαναλαμβάνονται μία φορά το χρόνο.	Ασθενής
Ασθενείς με ενδιάμεσο κινδύνου Τα όγκους θα πρέπει να έχουν μία ενδιάμεσου τύπου (σε σχέση με τις δύο ανωτέρω ομάδες) παρακολούθηση με βάση την κυστεοσκόπηση	Ασθενής
Ασθενείς που ανήκουν στις υψηλές και πολύ υψηλές ομάδες κινδύνου θα πρέπει να υποβάλλονται σε τακτική, ετήσια, απεικόνιση του ανώτερου ουροποιητικού (αξονική τομογραφία και αξονική πυελογραφία ή ενδοφλέβια πυελογραφία).	Ασθενής
Οι ασθενείς θα πρέπει να υποβάλλονται σε κυστεοσκόπηση υπό αναισθησία και λήψη βιοψιών από την ουροδόχο κύστη όταν η κυστεοσκόπηση στο γραφείο έχει δείξει ύποπτες βλάβες ή εάν η κυτταρολογική εξέταση των ούρων είναι θετική.	Ισχυρή

<p>Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης των ασθενών που έχουν θετική κυτταρολογική εξέταση ούρων αλλά δεν εμφανίζουν ορατές βλάβες στον βλεννογόνο της ουροδόχου κύστης, θα πρέπει να λαμβάνεται βιοψίες και να χαρτογραφείται η ουροδόχος κύστη. Εάν υπάρχει διαθέσιμο θα πρέπει να χρησιμοποιούνται και τεχνικές με ανοσοφθορίζουσα χρωστική. Επιπλέον στους ασθενείς αυτούς θα πρέπει να γίνεται μελέτη για εξωκυστική εντόπιση όγκων με αξονική ουρογραφία ή και βιοψία της προστατικής μοίρας της ουρήθρας</p>	Ισχυρή
--	--------