



راهنمای بالینی تشخیص، درمان و پیگیری سرطان مثانه

به سفارش:

اداره استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

خرداد ماه ۱۳۹۴

تدوین کنندگان:

اعضای کمیته یوروآنکولوژی مرکز تحقیقات بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری:

دکتر عباس بصیری رئیس مرکز تحقیقات بیماری‌های کلیه و مجاری ادراری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر سید یوسف حسینی مسئول کمیته یوروآنکولوژی مرکز تحقیقات، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر ناصر شخص سلیم دبیر کمیته یوروآنکولوژی مرکز تحقیقات، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمدرضا نوروزی ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر محسن آیتی ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر بهرام مفید متخصص رادیو تراپی انکولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد هوشیاری متخصص رادیو تراپی انکولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر پیام آزاده متخصص رادیو تراپی انکولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر فرید دادخواه ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر مجید علی عسگری ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمود پروین پاتولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر بهرنگ آبادپور ارولوژیست

دکتر حمید رضوانی متخصص هماتولوژی انکولوژی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر محمد سلیمانی ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر علی رازی ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران
دکتر علی طیبی ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
دکتر صمد هژیر ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز
دکتر سعید شاکری ارولوژیست، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شیراز
تدوین شده در کمیته یوروآنکولوژی، مرکز تحقیقات بیماریهای کلیوی و مجاری ادراری دانشگاه علوم
پزشکی شهید بهشتی با همکاری مراکز تحقیقاتی :

گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، گروه ارولوژی دانشگاه علوم
پزشکی مشهد، گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی تبریز، گروه ارولوژی دانشگاه
علوم پزشکی اهواز، گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه، گروه ارولوژی
دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گروه ارولوژی دانشگاه علوم پزشکی شیراز

توسعه جوامع و گسترش نظام های صنعتی در جهان، خصوصاً در دو سده اخیر و نیز توسعه ارتباطات و مبادلات تجاری موجب گردید که تقریباً تمام کشورهای جهان به منظور درک و برآورد شدن نیازها، به تدوین استاندارد و توسعه آن روی آورند. نیاز به تدوین استانداردها باعث شد تا همگان به ضرورت یک مرجع برای تدوین استانداردها، پی ببرند. در نظام های سلامت نیز مهمترین هدف نظام ارائه خدمات سلامت، تولید و ارائه محصولی به نام سلامتی است که ارائه مناسب و با کیفیت این محصول، نیازمند تدوین و به کارگیری شاخص و سنجه هایی برای تضمین ارتقای کیفیت خدمات در درازمدت می باشد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین استانداردهایی می باشد. استانداردها همچنین به سیاستگذاران نیز کمک خواهد نمود تا به طور نظام مند به توسعه و پایش خدمات اقدام نموده و از این طریق، آنان را به اهدافی که از ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، ناائل و به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین استانداردها، نظارت بر رعایت این استانداردها نیز حائز اهمیت می باشد و می تواند موجب افزایش رضایتمندی بیماران و افزایش کیفیت و بهره وری نظام ارائه خدمات سلامت گردد. طراحی و تدوین استانداردهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و برقراری استانداردهای ملی در بخش سلامت، به خوبی شناخته شده و با رویکردی نظام مند و مبتنی بر بهترین شواهد، تدوین شده است.

در پایان جا دارد تا از همکاری های بی دریغ سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، انجمن های علمی، تخصصی مربوطه، اعضای محترم هیات علمی در دانشگاه های علوم پزشکی، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که نقش موثری در تدوین استانداردهای ملی در خدمات سلامت داشته اند، تقدیر و تشکر نمایم.

انتظار می رود استانداردهای تدوین شده توسط دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت مورد عنایت تمامی نهادها و مراجع مخاطب قرار گرفته و به عنوان معیار عملکرد و محک فعالیت های آنان در نظام ارائه خدمات سلامت شناخته شود.

امید است اهداف متعالی نظام سلامت کشورمان در پرتو گام نهادن در این مسیر، به نحوی شایسته محقق گردد.

دکتر سید حسن قاضی زاده هاشمی

وزیر

انجام درست کارهای درست، متناسب با ارزش ها، مقتضیات و شرایط بومی کشور، رویکردی است که بدون شک سبب ارتقای مستمر کیفیت خدمات سلامت می گردد. از الزامات اصلی تحقق چنین اهدافی، وجود استانداردهایی مدون می باشد. استانداردهای مبتنی بر شواهد، عبارات نظام مندی هستند که سطح قابل انتظاری از مراقبت ها یا عملکرد را نشان می دهند. استانداردها چارچوب هایی را برای قضاوت در خصوص کیفیت و ارزیابی عملکرد ارائه کنندگان، افزایش پاسخگویی، تامین رضایت بیماران و جامعه و ارتقای پیامدهای سلامت، فراهم می کنند. بنابراین، ضرورت دارد تا به عنوان بخشی از نظام ارائه خدمات، توسعه یابند.

علی رغم مزایای فراوان وجود استانداردهای ملی و تاکید فراوانی که بر تدوین چنین استانداردهایی برای خدمات و مراقبت های سلامت در قوانین جاری کشور شده و اقدامات پراکنده ای که در بخش های مختلف نظام سلامت کشور صورت گرفته است؛ تا کنون چارچوب مشخصی برای تدوین استاندارد خدمات و مراقبت های سلامت در کشور وجود نداشته است.

با اقداماتی که از سال ۱۳۸۸ در دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت گرفته، بستر و فرایند منظم و مدونی برای تدوین چنین استانداردهایی در سطح ملی، فراهم آمده است.

استانداردهای تدوینی پیش رو منطبق بر بهترین شواهد در دسترس و با همکاری تیم های چندتخصصی و با رویکردی علمی تدوین شده است. کلیه عباراتی که در این استانداردها، به کار گرفته شده است، مبتنی بر شواهد می باشد. امید است که با همکاری کلیه نهادها، زمینه اجرای چنین استانداردهایی، فراهم گردد.

لازم می دانم از همکاری های شایسته همکاران محترم در معاونت آموزشی، دفاتر نظارت و اعتباربخشی امور درمان، مدیریت بیمارستانی و تعالی خدمات بالینی و کلیه همکاران در دفتر ارزیابی فناوری تدوین استاندارد و تعرفه سلامت که تلاش های پیگیر ایشان نقش بسزایی در تدوین این استانداردها داشته است، تقدیر و تشکر نمایم .

دکتر محمد حاجی آقاجانی

معاون درمان

2009 TNM classification of urinary bladder cancer

T - Primary tumour	
TX	Primary tumour cannot be assessed
T0	No evidence of primary tumour
Ta	Non-invasive papillary carcinoma
Tis	Carcinoma in situ: 'flat tumour'
T1	Tumour invades subepithelial connective tissue
T2	Tumour invades muscle
T2a	Tumour invades superficial muscle (inner half)
T2b	Tumour invades deep muscle (outer half)
T3	Tumour invades perivesical tissue
T3a	Microscopically
T3b	Macroscopically (extravesical mass)
T4	Tumour invades any of the following: prostate, uterus, vagina, pelvic wall, abdominal wall
T4a	Tumour invades prostate, uterus or vagina
T4b	Tumour invades pelvic wall or abdominal wall
N - Lymph nodes	
NX	Regional lymph nodes cannot be assessed
N0	No regional lymph node metastasis
N1	Metastasis in a single lymph node in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral)
N2	Metastasis in multiple lymph nodes in the true pelvis (hypogastric, obturator, external iliac, or presacral)
N3	Metastasis in common iliac lymph node(s)
M - Distant metastasis	
M0	No distant metastasis
M1	Distant metastasis

1973 WHO grading

Urothelial papilloma

Grade 1: well differentiated

Grade 2: moderately differentiated

Grade 3: poorly differentiated

2004 WHO grading

Urothelial papilloma

Papillary urothelial neoplasm of low malignant potential (PUNLMP)

Low-grade papillary urothelial carcinoma

High-grade papillary urothelial carcinoma

درمان کانسر مثانه در مرحله بدون تهاجم به عضله:

مرحله T₁, T_a:

در ابتدا بایستی TUR¹ برای تشخیص و برداشتن تمام ضایعات قابل مشاهده انجام گیرد.

Re-TUR:

در موارد زیر ۲-۶ هفته پس از TUR اول Re-TUR توصیه می‌شود:

۱. برای تومورهای متعدد و یا بزرگ (B).
۲. برای Ta گرید بالا: اگر تهاجم لنفوواسکلر باشد یا رزکشن ناکامل باشد یا عضله در نمونه رزکشن نباشد (B).
۳. برای T₁ (B).

درمان‌های اضافه کمکی (Adjuvant):

- برای تومور گرید پایین Ta با حجم کم: یک دوز تک اینتراوزیکال کموتراپی^۱ می‌تواند مورد توجه قرار گیرد (A).
- Ta گرید پایین مالتیپل و یا بزرگ و یا عود کرده توصیه به یک دوز تک اینتراوزیکال کموتراپی بعلاوه کورس القایی^۲ (induction course) اینتراوزیکال تراپی با BCG می‌شود (A).
درمان اینتراوزیکال maintenance در این مورد Optional است.
- برای Ta گرید بالا، T₁ و یا CIS: یک دوز تک اینتراوزیکال کموتراپی بعلاوه یک دوره القایی (induction course) BCG و متعاقب آن maintenance therapy با BCG اینتراوزیکال توصیه می‌شود (A).

^۱ Cترجیحا میتوماسین

^۲ ۶ هفته (هر هفته یک دوز)

- درمان اینتراویکال maintenance :
- در بیمار با Ta گرید پایین متعدد و یا بزرگ یا عود کرده: درمان با BCG به صورت maintenance ممکن است مورد توجه قرار گیرد.
- در بیمار Ta گرید بالا و T1: توصیه به درمان maintenance اینتراویکال پس از درمان القایی اینتراویکال می شود (A).

مرحله CIS:

- مارکر انتخابی برای تعیین و پیگیری بیمار با CIS، سیتولوژی است (B).
- درمان CIS اینتراویکال BCG (درمان القایی شش هفته) می باشد (A).
- پاسخ به درمان اینتراویکال BCG، بایستی سه ماه پس از شروع درمان بررسی گردد.
- در صورت موفقیت درمان لاقلاً یک سال maintenance BCG توصیه می گردد (A).
- اگر به درمان القایی BCG اولیه پاسخ نداد انتخاب های درمانی که به بیمار توصیه می شود شامل:
 ۱. یک کورس شش هفته ای BCG دیگر (B) .
 ۲. ادامه با booster های سه هفته ای BCG (B) .
 ۳. رادیکال سیستکتومی (B) .
- ۵۰٪ بیماران به کورس دوم BCG پاسخ می دهند.
- اگر پاسخ درمانی در شش ماه پس از شروع بدست نیامد درمان انتخابی، رادیکال سیستکتومی است (B).
- بیمار با CIS حتی در صورت پاسخ کامل بایستی برای تمام عمر پیگیری گردد.

Maintenance intravesical therapy:

- در بیمار کانسر مثانه ۱-مرحله Ta گرید بالا، T1-۲ محدود به مثانه یا CIS-۳ برای درمان یک دوره القائی BCG و Maintenance therapy متعاقباً توصیه می‌شود (A).
- رژیم توصیه شده بر اساس بهترین شواهد که مطالعه SWOG می‌باشد: یک دوره القائی شش هفته‌ای و متعاقب آن یک کورس سه هفته‌ای در ۳، ۶، ۱۲، ۱۸، ۲۴، ۳۰ و ۳۶ ماه در صورتی که بیمار تحمل نماید.

سیستکتومی در سرطان مثانه غیر تهاجمی:

در صورتی که امکان درمان‌های توصیه شده فوق وجود نداشته باشد در موارد زیر خطر پیشرفت وجود دارد و سیستکتومی می‌تواند مورد توجه قرار گیرد:

الف- تومور گرید بالای Ta و یا T1

ب- سایز بزرگ تومور

ج- تومور واقع در نواحی که در دسترسی راحت برای رزکشن کامل وجود ندارد.

د- وجود CIS

ه- درگیری مجرای پروستاتیک

و- انفلیتراسیون لنفاتیک یا عروقی

ز- شکست درمان اینترااوزیکال

پیگیری تومور غیر تهاجمی مثانه :

پیگیری شامل علائم بالینی سمپتومهای ادراری، UA (هماچوری)، سیستوسکوپی و سیتولوژی ادرار است.

- Ta گرید پایین : در سه ماه، ۹ ماه و بعد سالیانه برای ۵ سال (C).
- Ta گرید بالا و T1 : هر سه ماه تا دو سال سپس هر شش ماه تا دو سال سپس سالیانه (C).
- برای تومورهای گرید بالا، ارزیابی تصویر برداری سیستم ادراری فوقانی هر ۱-۲ سال بایستی مورد توجه قرار گیرد.

سرطان مثانه مهاجم به عضله :

- برای تومورهای بزرگ TUR به صورت چند قسمتی (شامل بافت عضله) توصیه می‌شود (B).
- بیوپسی از یوروتلیوم با ظاهر غیر طبیعی، بیوپسی مخاط به ظاهر طبیعی در موارد سیتولوژی مثبت یا وقتی تومور اگزوفتیک غیر پاپیلری است توصیه می‌شود (C).
- بیوپسی از مجرای پروستاتیک در موارد زیر توصیه می‌شود (C) :

(۱) تومور گردن مثانه

(۲) CIS مثانه

(۳) مجرای پروستاتیک غیر طبیعی

- MRI یا MDCT (Multidetector Computed Tomography) شکم و لگن با کونتراست enhancement برای بیمار مناسب برای رادیکال سیستکتومی توصیه می‌شود (B).
- در بیمار کانسر مهاجم مثانه، MDCT قفسه سینه، برای مرحله بندی بیماری بهترین است. اگر در دسترس نبود جایگزین‌های پایین تر IVU و یک CXR می‌باشد (B).

- کانسر مثانه مرحله $T_2N_0M_0$:

- درمان مرسوم رادیکال سیستکتومی است (A).
- نئو ادجوانت کموتراپی ترکیبی با پایه سیس پلاتین رابایستی مورد توجه قرار داد.
- در موارد ضایعه تک در یک محل مناسب و عدم CIS می‌توان سگمنتال سیستکتومی انجام داد. نئو ادجوانت کموتراپی را در این بیماران بایستی مورد توجه قرار داد.
- Bladder Sparing : متعاقب TUR کامل، ماکزیمال کموتراپی بعلاوه رادیوتراپی (فقط در بیماران بدون هیدرونفروز)
- در مواردی که در پاتولوژی 4-PT3 و یا لنف نود مثبت بود اگر نئو ادجوانت کموتراپی انجام نشده بود بایستی ادجوانت کموتراپی را مورد توجه قرار داد.

در بیمار با بیماری ناتوان کننده زمینه‌ای با poor performance status درمان‌ها شامل: TURT تنها یا رادیوتراپی تنها یا کموتراپی تنهاست.

کانسر مثانه $T_3N_0M_0$:

- درمان مرسوم رادیکال سیستمومی است (A).
- نئو ادجوانت کموتراپی بایستی قویاً مورد توجه قرار گیرد (A).
- در مواردی که در پاتولوژی pT3-4 یا نود مثبت داریم اگر نئو ادجوانت کموتراپی نگرفته باشد بایستی ادجوانت کموتراپی مورد توجه قرار گیرد.
- Bladder Sparing: در بیماران انتخاب شده (فقط در بیماران بدون هیدرونفروز)
- در بیمار با بیماری ناتوان کننده زمینه‌ای یا TURT : poor performance status تنها یا رادیوتراپی تنها یا کموتراپی تنها

کانسر مثانه T_4N_0 :

- کموتراپی یا کموتراپی بعلاوه رادیوتراپی یا جراحی با یا بدون کموتراپی

- ★ تمام بیماران رادیکال سیستمیک بایستی تحت لنفادنکتومی رژیونال قرار بگیرند. وسعت لنفادنکتومی به صورت کامل تعریف نشده است (B).
- ★ نئو ادجوانت کموتراپی در بیماران با performance status بیشتر از دو و نارسائی کلیه توصیه نمی شود (B).
- ★ ایلنوم ترمینال و کولون قطعات روده ای انتخابی برای انحراف ادراری می باشند (B).
- ★ اگر در بیوپسی فروزن سکشن، مارژین مجرا منفی باشد، می توان مجرا را برای عمل ارتوتوپیک حفظ نمود (C).
- ★ اگر مارژین مجرا منفی باشد حفظ مجرا منطقی است. اگر عمل ارتوتوپیک انجام نمی شود مجرا بایستی پیگیری منظم شود (B).
- ★ رادیکال سیستمیک لاپاراسکوپییک ممکن است یک انتخاب درمانی باشد هر چند اطلاعات موجود فواید و مضرات آنرا به اندازه کافی اثبات کرده است (C).
- ★ در صورت مارژین منفی مجرا عمل جایگزینی مثانه ارتوتوپیک بایستی به بیمار مؤنث یا مذکر پیشنهاد شود (B).
- ★ قبل از انجام سیستمیک بایستی به بیمار در مورد تمام احتمالات ممکن اطلاعات داده شود و تصمیم نهایی بر اساس توافق بین بیمار و جراح گرفته شود (B).

درمان کانسر مثانه متاستاتیک

به دنبال اثبات متاستاز دوردست در کانسر مثانه بر اساس پروتکل زیر توصیه می‌شود؛

۱. شیمی درمانی درمان اصلی محسوب می‌شود که با رژیم‌های دارویی **methotrexate, vinblastine, adriamycin plus cisplatin (MVAC)** و یا **(A).gemcitabine/ cisplatin (GC)**
۲. در بیماران با اختلال عملکرد کار کلیه بجای سیس پلاتین، کربوپلاتین و در بعضی مطالعات **oxaliplatin** توصیه می‌شود. (A)
۳. در ضایعات استخوانی، علاوه بر شیمی درمانی با داروهای فوق، از **Bisphosphonats** می‌تواند استفاده شود و بر اساس درد بیمار و یا احتمال شکستگی و یا فشار روی نخاع، اندیکاسیون رادیوتراپی نیز خواهند داشت.
۴. زمانی که متاستاز مغزی داشته باشند، رادیوتراپی مغز نیز توصیه می‌شود.
۵. در بیماران با پاسخ کامل شیمی درمانی که متاستازهای محدود داشته‌اند، درمان لوکالیزه کانسر مثانه که قبلاً انجام نشده باشد، توصیه می‌گردد.
۶. اگر در بیماران متاستاتیک علائم خونریزی مثانه نیز داشته باشند، از رادیوتراپی و در موارد خونریزی خیلی شدید و غیر قابل کنترل با رادیوتراپی، از جراحی تسکینی (Palliative) نیز می‌توان کمک گرفت.

معیارهای ممیزی فرآیند در مورد راهنمای بالینی سرطان مثانه

معیارها برای تشخیص

• کارسینوم یوروتلیال غیرتهاجمی به عضله دترسور مثانه (T₁, T_a):

- تمام بیماران معاینه سیستوسکوپی شده باشند.
- تمام بیماران گزارش کامل شرح عمل شامل میزان تکمیل TUR داشته باشند.
- تمام بیماران گزارش پاتولوژی بافت رزکت شده مثانه داشته باشند.
- تمام بیماران سیتولوژی ادرار داشته باشند.
- بیماران T_a گرید بالا که تهاجم لنفوواسکولر باشد یا رزکشن ناکامل باشد و یا عضله در نمونه رزکشن نباشد و همچنین برای تمام بیماران T₁ عمل Re-TUR انجام گیرد و گزارش پاتولوژی آن در پرونده بیمار باشد.
- در صورت وجود تومور در ناحیه تریگون، تصویربرداری دستگاه ادراری فوقانی (ترجیحاً CT Scan) با و بدون تزریق کنتراست) در پرونده موجود باشد.
- تمام بیماران سونوگرافی دستگاه ادراری داشته باشند.

• مرحله CIS:

- تمام بیماران گزارش سیتولوژی ادرار داشته باشند.
- تمام بیماران معاینه سیستوسکوپی و بیوپسی مثانه داشته باشند.
- تمام بیماران تصویربرداری دستگاه ادراری فوقانی (ترجیحاً CT Scan) با و بدون کنتراست تزریقی) داشته باشند.

• کارسینوم یوروتلیال تهاجمی مثانه:

- تمام بیماران گزارش معاینه سیستوسکوپی داشته باشند.
- تمام بیماران گزارش پاتولوژی تومور مثانه داشته باشند.
- تمام بیماران CT Scan شکم و لگن با و بدون تزریق کنتراست داشته باشند.
- در موارد تومور گردن مثانه، CIS مثانه و یا مجرای پروستاتیک غیرطبیعی، گزارش بیوپسی از مجرای پروستاتیک داشته باشند.

- تمام بیماران بررسی تصویربرداری از قفسه سینه داشته باشند که ترجیحاً CT Scan می باشد. در صورتی که در دسترس نبود CXR انجام گیرد.

- برای تمام بیماران ارزیابی متابولیک شامل ALK-p, Ca و ارزیابی عملکرد کبدی انجام گیرد.

معیارها برای درمان

• درمان TURT (بعنوان روش درمانی)

- کلیه بیماران با تومور یوروتلیال سطحی (T₁, T_a) مثانه

• درمان کمکی با کموتراپی داخل مثانه (Immediate therapy) :

شامل یک دوز تک کموتراپی اینتراویکال در عرض ۶ ساعت از عمل

- برای تمام بیماران تومور سطحی مثانه پس از درمان TURT انجام گیرد.

- در صورت سوراخ شدن مثانه یا خونریزی شدید نبایست درمان فوری داخل مثانه ای انجام گیرد

• درمان کمکی القائی یا داخل مثانه ای با BCG یا کموتراپی :

شامل ۶ دوز هفتگی BCG یا داروهای کموتراپی

- در تمام بیماران تومور سطحی مثانه پس از درمان TURT بجز موارد T_{1a} کوچک گرید پایین.

- در بیماران CIS

• رادیكال سیستمومی :

- کلیه بیماران مرحله T₂N₀M₀

- کلیه بیماران T₃N₀M₀

- تومور گرید بالای T_a و یا T₁ که به درمانهای اولیه پاسخ نداد.

- تومور سطحی که امکان رزکشن کامل آن با TURP نباشد.

- CIS که به درمان اینتراویکال BCG (دو مرحله) پاسخ نداد.

• Maintenance intravesical therapy

برای

۱- مرحله Ta گرید بالا، T1-۲ محدود به مثانه یا CIS-۳

• کموتراپی بعنوان تنها روش درمان:

- در موارد T4

- در موارد تومور متاستاتیک

• پیگیری بیماران T₁, T_a که تحت درمان TURT قرار گرفتند:

- برای تمام بیماران بایستی بررسی علائم بالینی، سیستولوژی ادراری در موارد خاص، UA، سیستوسکوپی در تمام

ویزیت‌های پیگیری انجام گیرد.

- پیگیری بیماران Ta گرید پایین: در سه ماه، ۹ ماه پس از عمل و بعد سالیانه برای ۵ سال.

- پیگیری Ta گرید بالا و T₁: هر سه ماه تا دو سال سپس هر شش ماه تا دو سال سپس سالیانه.

- برای تومورهای گرید بالا، تصویربرداری سیستم ادراری فوقانی هر ۱-۲ سال بایستی مورد توجه قرار گیرد.

- در موارد فوق هر زمان عود داشتیم ساعت صفر می شود.

• روش درمان حفظ مثانه

- مطابق راهنما

توجه: تمام بررسی ها و درمانها بایستی طبق اندیکاسیونهای راهنمای بالینی درمان سرطان مثانه باشد.