

Beleid NIET-SPIERINVASIEVE blaastumoren

1. Diagnose

1.1. Klinisch onderzoek: bimanuele palpatie.

1.2. Echo blaas en nieren

1.3. CT – urografie

- best voor de transurethrale resectie (TURB)
- best bij alle intermediate en high risk tumoren, tevens bij alle trigonale TCC's
- te overwegen bij low risk tumoren
- tevens zo echo nieren/blaas afwijkend is.

1.4 MRI blaas: bij lokaal gevorderde tumor (zeker bij twijfel over de T1/T2 status) is het advies preoperatief een MRI blaas op korte termijn uit te voeren

1.5 Urinecytologie:

- bruikbaar voor carcinoma in situ en hooggradige tumoren.
- negatieve cytologie sluit geen laaggradige tumor uit.
- bij positieve cytologie dient men ook de hogere urinewegen na te kijken.

1.6. Cystoscopie:

blaasmapping met beschrijving van aantal tumoren, locatie van de tumoren en onderscheid sessiele en papillaire tumoren.

1.7. Transurethrale resectie

2. Prognostische factoren

AJCC UICC 8ste editie, 2017

Ta	Noninvasive papillary carcinoma
Tis	Urothelial carcinoma <i>in situ</i> : "Flat tumor"
T1	Tumor invades lamina propria (subepithelial connective tissue)

2.1. Laagrisico tumoren (50%):

- solitair zonder recidief binnen de 3 maanden
- laaggradig, laag stadium: Ta, G1

2.2. Hoogrisico tumoren (20%): pT1, G3, Cis of multipele/grote letsels

2.3. Intermediaire risicogroep (30%): alle andere

3. Behandeling

3.1. Transurethrale resectie (TURB)

- algemene of locoregionale anesthesie
- volledige tumorresectie en aparte resectie van de tumorbodem voor APO
- aparte bipten in de rand van het letsel
- eventueel en bloc resectie in selecte casussen van exofytische tumoren
- zoveel mogelijk coagulatie-artefacten vermijden
- verdachte zones worden apart gebiopteerd
- ad random biopsies worden alleen geadviseerd bij onverklaarde positieve cytologie
- biopsie van de prostatiche urethra bij vermoeden van carcinoma in situ of bij planning van cystectomie met eventueel vervangblaas.
- in selecte casussen kan photodynamische diagnosestelling gebruikt worden (PDD): fluoroscopische versterkte beeldvorming (blue light). Bv Hexvix.

Terugbetalingscriteria :

- ofwel multifocale tumoren
- ofwel een oppervlakkige tumor van meer dan 3 cm
- ofwel een recidief binnen de 12 maanden na een voorafgaande curatieve resectie
- ofwel één of meer in situ carcinoma(s) (Cis)

Max 1x/j.

3.2. HerTURB

Een transurethrale resectie van het litteken wordt aangeraden in hoog risico patiënten met een verhoogde kans op progressie. Specifiek gaat het om pT1 high grade letsels, zeker indien:

- volledige resectie bij eerste TURB niet mogelijk
- macroscopisch vermoedelijk invasief bij TURB
- geen spierweefsel in APO
- grote letsels (>3cm) of vermoeden subtotale resectie

3.3. Intravesicale instillaties

3.3.1 Eénmalig met epirubicine of mitomycine C (MMC) na de resectie

- in geval van low-risk of snel recidief van kleine pTa low grade reduceert een eenmalige postoperatieve MMC instillatie het recidiefrisico.
- mogelijke complicaties: irritatieve klachten, bacteriële cystitis, hematurie, systemische complicaties, arthralgie, griepaal syndroom, rash

3.3.2 Onderhoudsbehandeling met epirubicine of mitomycine C (MMC)

- een onderhoudsschema van intravesicale chemotherapie vermindert het recidiefrisico in intermediair risico patiënten.
 - o epirubicine 50-100 mg of mitomycine 40-60 mg opgelost in 50-100 ml zoutoplossing via blaaskatheter Ch. 14-16 gedurende 60 min.
 - o schema: 4 tot 8 maal wekelijks, dan maandelijks tot 6 maand na TUR.
- Mogelijke complicaties: irritatieve klachten, bacteriële cystitis, hematurie, systemische complicaties, arthralgie, griepaal syndroom, rash

3.3.3 BCG inductie en nadien onderhoudsschema

- een inductie schema (reeks van 6 wekelijkse spoelingen) met nadien een onderhoudsschema van minstens 1 en liefst 3 jaar, vermindert het recidief en progressierisico in intermediair en hoog risico (niet-spierinvasieve) patiënten.
 - o Onco Tice: dosis 500 000 000 - 5 000 000 000 colony forming units
 - o Schema: minstens 1 week wachten na TUR, steriele urine, afwezigheid van macrohematurie.
 - o Atraumatisch katheteriseren, trage instillatie op kamertemperatuur, goede diurese (3 liter/24 u) na iedere spoeling.
 - o Frequentie: 6-wekelijkse instillaties.
 - o Eerste cystoscopie 6 weken na de laatste instillatie.
 - o Onderhoudsbehandeling met 3-wekelijkse spoelingen na 3 maand, 6, 12, 18, 24 en 36 maand.
- Mogelijke complicaties van intravesicale immunotherapie:
 - o Cystitis en dysurie: R/paracetamol, uropyrine en anticholinergica.
 - o Lichte systeemeffecten: malaise, vermoeidheid, temperatuur < 38,5°C, arthralgie, huidrash.
 - o Milde lokale of systeemeffecten: R/INH 300 mg dagelijks tot verdwijnen van de symptomen en INH 300 mg/dag gedurende 3 dagen bij volgende instillaties.

- Levensbedreigende sepsis: temperatuur > 39°C kort na de instillatie: hospitalisatie voor breed spectrum antibiotica IV, INH 300 mg + Rifampicine 600 mg en corticoiden.

3.3.4 Sequentiële Gemcitabine – docetaxel blaasspoelingen

- Bij BCG refractaire patiënten die unfit zijn voor cystectomie (of geen cystectomie willen) kan een schema sequentieel gegeven gemcitabine –docetaxel spoelingen gegeven worden

4. Opvolging

4.1. Cystoscopie

- Laaggradige tumoren:
controle na 3, 6, 12 maand en indien negatief, jaarlijks cystoscopie gedurende 5 jaar
- Intermediaire risicogroep:
3-maandelijks 1ste jaar, 4-maandelijks 2de en 3de jaar, halfjaarlijks 4de en 5de jaar en daarna jaarlijks
- Hoogrisico tumoren:
3-maandelijkse cystoscopie gedurende 2 jaar, daarna 4-maandelijkse cystoscopie in het derde jaar en dan 6-maandelijkse cystoscopie tot 5 jaar waarna jaarlijks.

4.2. Cytologie

- Bij hooggradige tumoren en Cis steeds bij cystoscopische controles
- Vers geplaste urine

4.3. Echografie van de blaas

Betrouwbaarheid is onvoldoende bewezen

4.4. Echografie van de hogere urinewegen

Bij multifocale tumoren, carcinoma in situ; indien afwijkend gevolgd door (vervroegde) CT urografie.

4.5. CT urografie

- Bij hooggradige pathologie jaarlijks aangewezen. In hoog risico patiënten met nierinsufficiëntie of contactallergie te vervangen door NMR urografie. In laag of intermediair risico patiënten kan echografie + cytologie volstaan. In dat geval wordt verder geïnvesteerd met CT/NMR urografie zo één van beide afwijkend blijkt.
- Bij patiënten met onverklaarde positieve cytologie
- In geval van afwijkende echografie van de hogere urinewegen.

5. BCG falen

5.1 BCG-onresponsief

- Patiënten met een snel hooggradig recidief of persisterend CIS na BCG inductie.
- Gouden standaard: radicale cystectomie ('early cystectomy'), gezien het sterk verhoogde risico op progressie en metastasen.
- Blaassparende strategieën enkel te overwegen in patiënten die cystectomie weigeren of niet aankunnen (cf. gemcitabine docetaxel spoelingen)

5.2 Laattijdig pT1/TaHG recidief na BCG

- Ta//T1HG >6m na laatste BCG spoeling
- CIS >12m na laatste BCG spoeling
- Early cystectomie of gemcitabine docetaxel spoelingen of nieuw BCG inductie schema in functie van de casus (en iom patiënt)
- Blaassparende aanpak te overwegen

5.3 pTaLG recidief na BCG

- Nieuw BCG inductieschema of intravesicale chemotherapie hebben hier de voorkeur, boven radicale cystectomie.