

**WYTYCZNE POSTĘPOWANIA DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO
W RAKU PĘCHERZA MOCZOWEGO
PODSUMOWANIE ZALECEŃ**

Zalecenie	Siła zalecenia*
1. Rak pęcherza moczowego - diagnostyka obrazowa	
1.1. U chorych z krwiomoczem w ramach wstępnej diagnostyki należy wykonywać wielofazową TK jamy brzusznej i miednicy, z uwzględnieniem fazy wydalniczej (urografię TK).	II, A
1.2. U chorych na raka pęcherza bez nacieku mięśniówki, w razie lokalizacji zmiany w obrębie trójkąta pęcherza, obecności licznych zmian nowotworowych lub guzów wysokiego ryzyka należy wykonywać urografię TK w celu poszukiwania współistniejących raków urotelialnych górnych dróg moczowych.	II, B
1.3. U chorych z potwierdzonym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem pęcherza, w celu oceny zaawansowania, należy wykonywać TK lub MR miednicy i jamy brzusznej oraz TK klatki piersiowej.	II, A
1.4. W razie przeciwwskazań do TK z dożylnym jodowym środkiem kontrastowym lub w celu uniknięcia narażenia na promieniowanie rentgenowskie ocena jamy brzusznej i miednicy u chorych na raka pęcherza powinna być prowadzona za pomocą badania MR.	II, A
1.5. Ze względu na wydalanie ¹⁸ F-FDG z moczem nie należy rutynowo wykorzystywać PET-TK ze znakowaną fluorodeoksyglukozą w ocenie stopnia zaawansowania raka pęcherza.	II, B
2. Wytyczne postępowania w raku przejściowonabłonkowym pęcherza moczowego nienaciekającego błony mięśniowej pęcherza i w przypadku raka śródnabłonkowego	
2.1. Ocena czynników prognostycznych - przewidywanie ryzyka nawrotu i progresji choroby	
2.1.1. Należy alokować każdego chorego indywidualnie do grupy ryzyka i określić ryzyko nawrotu oraz progresji klinicznej w każdym niezależnym przypadku, stosując kalkulator EAU dostępny na stronie www.nmibc.net .	II, A
2.1.2. Należy stosować model kalkulacyjny 2006 EORTC dla określenia ryzyka progresji i nawrotu u chorego leczonego BCG.	I, A
2.1.3. Powinno się zastosować model kalkulacyjny 2016 EORTC lub CUETO risk scoring model dla oceny ryzyka wznowy u indywidualnego chorego leczonego BCG (model 2016 EORTC służy do oceny chorego leczonego od 1–3 lat terapią podtrzymującą, zaś model CUETO – chorego otrzymującego BCG przez okres 5–6 m-cy).	II, A
2.2. Markery w moczu w rozpoznawaniu raka pęcherza moczowego	
Współcześnie markery nie odgrywają istotnej roli w ocenie klinicznej chorych z NMIBC. Poniżej zestawiono pryncypia dotyczące ich ewentualnego stosowania (wg AUA):	
2.2.1. W monitorowaniu NMIBC nie należy stosować biomarkerów z moczu zamiast oceny cystoskopowej.	I, B
2.2.2. U chorego z nowotworem niskiego ryzyka w wywiadzie i prawidłowej cystoskopii nie należy rutynowo stosować biomarkera lub cytologii moczu podczas obserwacji.	IV, B
2.2.3. U chorego z NMIBC można wykorzystać biomarkery do oceny odpowiedzi na dopęcherzowe BCG (Uro-Vysion® FISH) i rozstrzygnięcia niejednoznacznej cytologii (UroVysion® FISH i ImmunoCyt™).	IV, C
2.3. Leczenie zabiegowe NMIBC (TURBT, leczenie dopęcherzowe MMC i BCG)	
2.3.1. U chorych z grupy niskiego ryzyka i niewielką wznową TaLG/G1 (o ile wystąpiła ponad rok od pierwotnej TURBT) pojedyncza dawka	I, A

chemioterapeutyku podanego dopęcherzowo znacznie zmniejsza ryzyko wznowy w porównaniu do TURBT bez podania leku.	
2.3.2. Pojedyncza dawka chemioterapeutyku może wpływać na częstość wznowy nawet w sytuacji, gdy chory przechodzi do grupy leczonych adjuwantowo w postaci kolejnych wlewek.	III, C
2.3.3. Powtarzane wlewki chemioterapeutyku poprawiają przeżycie wolne od wznowy u chorych z grupy pośredniego ryzyka.	II, A
2.3.4. TURBT połączony z wlewką chemioterapeutyku znacznie zmniejsza ryzyko nawrotów w porównaniu z samym TURBT.	I, A
2.3.5. Należy podawać pojedynczą wlewkę chemioterapeutyku po operacji TURBT.	I, A
2.3.6. Jeżeli to możliwe, należy podać lek w czasie krótszym niż 24 godziny od operacji.	IV, B
2.3.7. Nie należy podawać chemioterapeutyku w przypadku wystąpienia lub podejrzenia perforacji pęcherza lub krwawienia wymagającego ciągłego płukania pęcherza po zabiegu.	I, A
2.3.8. Czas utrzymywania leku w pęcherzu powinien wynosić od 1 do 2 godzin. Należy wydać czytelne dyspozycje dla personelu pielęgniarskiego w kwestii obsługi cewnika po operacji (uniedrożnienie odpływu).	I, A
2.3.9. Leczenie podtrzymujące BCG wydaje się być znacznie korzystniejsze w zapobieganiu nawrotom niż chemioterapia dopęcherzowa.	I, A
2.3.10. Z zastosowaniem BCG wiąże się znacznie więcej działań niepożądanych niż w przypadku chemioterapii.	I, A
2.3.11. W grupie pośredniego ryzyka wskazane jest leczenie uzupełniające. Można rozważyć zastosowanie terapii BCG lub chemioterapii dopęcherzowej przez okres 6 tygodni.	I, A
2.4. Powtórna resekcja przezcewkowa (reTURBT)	
2.4.1. U chorego z chorobą nienaciekającą mięśniówki, który przeszedł niekompletną wstępną resekcję (nie wszystkie widoczne guzy usunięte), powinno się wykonać powtórny resekcję przezcewkową lub leczenie endoskopowe całego pozostałego guza, jeśli jest to technicznie możliwe.	I, B
2.4.2. U chorych z guzami Ta wysokiego ryzyka i wysokim stopniem złośliwości należy rozważyć wykonanie powtórnej przezcewkowej resekcji guza pierwotnego w ciągu sześciu tygodni od początkowej TURBT.	II, C
2.4.3. U chorego z chorobą T1 trzeba wykonać powtórny resekcję guza pierwotnego w celu włączenia mięśniówki właściwej w ciągu sześciu tygodni od początkowej TURBT.	I, B
2.5. Immunoterapia dopęcherzowa Bacillus Calmette--Guérin (BCG)	
2.5.1. BCG po TURBT daje lepsze wyniki niż sama TURBT lub TURBT z chemioterapią w zapobieganiu nawrotom NMIBC.	I, A
2.5.2. Standard leczenia wlewkami BCG to 6 wlewek co tydzień w indukcji i 3 wlewki w fazie podtrzymującej w 3., 6. i 12. miesiącu) w odniesieniu do czasu do pierwszego nawrotu.	I, A
2.5.3. U chorego wysokiego ryzyka z nowo rozpoznany CIS lub rakiem urotelialnym wysokiego ryzyka powinno się przeprowadzić sześciotygodniowy kurs indukcyjny BCG.	I, B
2.5.4. U chorego z pośrednim ryzykiem, który całkowicie odpowiada na indukcyjny cykl chemioterapii dopęcherzowej, można zastosować leczenie podtrzymujące.	II, B
2.5.5. U chorego o średnim ryzyku, który całkowicie odpowiada na indukcyjne BCG, powinno się rozważyć podtrzymujące leczenie BCG przez okres jednego roku (I, A).	I, A

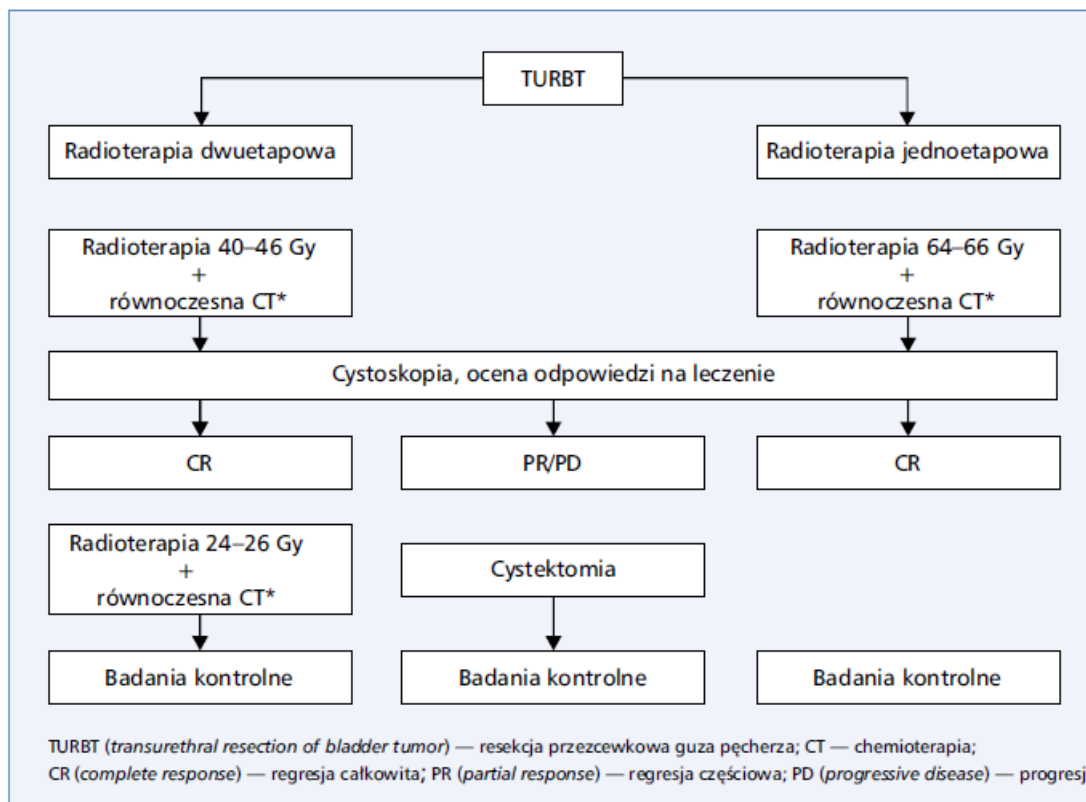
2.5.6. U chorego wysokiego ryzyka, który całkowicie odpowiada na indukcyjne BCG, należy kontynuować podtrzymujące BCG przez trzy lata, zgodnie z tolerancją.	I, B
2.5.7. U chorych z pośrednim lub wysokim ryzykiem przetrwałej lub nawrotowej choroby lub dodatniej cytologii po leczeniu dopęcherzowym powinno się rozważyć wykonanie biopsji sterczowej cewki moczowej i oceny górnych dróg moczowych przed zastosowaniem dodatkowej terapii dopęcherzowej.	II, B
2.5.8. U chorych o średnim lub wysokim ryzyku z przetrwałą lub nawracającą chorobą Ta lub CIS po jednym cyklu indukcji dopęcherzowej BCG powinno się zaproponować drugi cykl BCG.	II, B
2.5.9. U chorego kwalifikującego się do zabiegu chirurgicznego z chorobą T1 w wysokim stopniu złośliwości po jednym cyklu indukcji dopęcherzowej BCG powinno się zaproponować radykalną cystektomię.	I, A
2.5.10. Nie powinno się przepisywać dodatkowego BCG choremu, który nie toleruje BCG lub ma udokumentowany nawrót choroby o wysokim stopniu złośliwości, nienaciekającej mięśniówki i/lub CIS w ciągu sześciu miesięcy od dwóch kursów indukcji BCG lub indukcji BCG plus leczenie podtrzymujące.	III, C
2.5.11. Poważne działania niepożądane związane ze stosowaniem BCG występują u < 5% chorych i mogą być skutecznie leczone w prawie wszystkich przypadkach.	I, B
2.5.12. U chorego z przetrwałym lub nawracającym NMIBC pośredniego lub wysokiego ryzyka w ciągu 12 miesięcy od zakończenia odpowiedniej terapii BCG (dwa kursy wprowadzające lub jeden kurs wprowadzający plus jeden cykl podtrzymujący), który nie chce lub nie nadaje się do cystektomii po dwóch kursach BCG, można zalecić włączenie do badania klinicznego lub zaproponować alternatywną terapię dopęcherzową (np. MMC, gemcytabinę, docetaksel, chemioterapię skojarzoną), gdy badania kliniczne są niedostępne. Można również zaproponować immunoterapię systemową pembrolizumabem choremu z CIS w ciągu 12 miesięcy od zakończenia odpowiedniej terapii BCG (III, C).	III, C
2.6. Wybrane aspekty leczenia raka CIS	
2.6.1. Rozpoznanie histologiczne CIS musi być uzupełnione dalszym leczeniem, albo dopęcherzowymi wlewkami BCG, albo radykalnym wycięciem pęcherza moczowego.	I, A
2.6.2. Wlewki BCG w przypadku rozpoznania CIS zwiększają odsetek odpowiedzi całkowitych, całkowity odsetek chorych, którzy pozostają bez choroby, i zmniejsza ryzyko progresji nowotworu w porównaniu do wlewk chemioterapeutyków.	I, A
2.7. Postępowanie w przypadku nawrotów i niepowodzenia leczenia dopęcherzowego	
2.7.1. Wcześniejsza chemioterapia dopęcherzowa nie wywiera żadnego wpływu na efekt terapeutyczny wlewk Bacillus Calmette-Guérin (BCG).	I, A
2.7.2. Leczenie inne niż radykalna cystektomia należy uznać za mniej korzystne onkologicznie dla chorych z guzami nieodpowiadającymi na BCG.	III
2.8. Wskazania do radykalnej cystektomii (RC) u chorych na NMIBC i CIS	
2.8.1. U chorego z chorobą Ta niskiego lub pośredniego ryzyka nie powinno się wykonywać radykalnej cystektomii, dopóki nie zawiodą zabiegi oszczędzające pęcherz (zaplanowane TURBT, terapie dopęcherzowe).	II, B
2.8.2. U chorego wysokiego ryzyka, który nadaje się do operacji z przetrwałą chorobą T1 o wysokim stopniu zaawansowania po powtórnej resekcji	II, C

lub guzami T1 z towarzyszącym CIS, LVI lub histologiami odmiennymi, powinno się rozważyć zaofiarowanie cystektomii radykalnej.	
2.8.3. U chorego wysokiego ryzyka z przetrwałą lub nawracającą chorobą w ciągu jednego roku po leczeniu dwoma cyklami indukcji podtrzymującej BCG lub BCG, powinno się zaproponować radykalną cystektomię.	II, C
3. Radykalne wycięcie pęcherza i nadpęcherzowe odprowadzenie moczu	
3.1. Standardową metodą chirurgiczną u chorych na naciekającego raka pęcherza moczowego i raka nienaciekającego o wysokim ryzyku progresji jest RC wykonywana bez intencji oszczędzenia czynności płciowych.	I, A
3.2. RC organooszczędzająca jest zarezerwowana wyłącznie dla odpowiednio dobranych chorych, poinformowanych o wyższym ryzyku nawrotu i silnie deklarujących zachowanie czynności płciowych. Dobór chorych musi być w tym względzie oparty między innymi na istnieniu raka pęcherza moczowego ograniczonego do narządu, braku obecności raka w gruczole krokowym, sterczowym odcinku cewki moczowej lub szyi pęcherza moczowego.	I, A
3.3. RC organooszczędzająca u kobiet nie jest postępowaniem standardowym, zwłaszcza w przypadku konieczności jej wykonania z powodu MIBC.	II, B
3.4. Każdy chory będący kandydatem do RC musi zostać poinformowany o możliwości przeprowadzenia operacji metodą LRC lub RARC.	IV, A
3.5. Klasyczna RC, LRC i RARC oferują porównywalne wyniki onkologiczne, zarówno w obserwacji krótko-, jak i długoterminowej.	I, A
3.6. W przypadku LRC wykonanie odprowadzenia moczu wykonane ekstrakorporealnie istotnie skraca czas operacji.	II, B
3.7. Wybór ośrodka, w którym operacje klasyczne RC, LRC i RARC są wykonywane rutynowo i w dużej liczbie, wpływa istotnie na odległe wyniki leczenia.	III, B
3.8. Czas odroczenia RC od chwili rozpoznania MIBC i/lub NMBC o wysokim ryzyku progresji > 3 miesięcy, zwiększa ryzyko osiągnięcia niekorzystnych wyników onkologicznych i śmiertelności swoistej dla raka; nie dotyczy to chorych, którzy są kandydatami do neoadjuwantowej chemioterapii.	II, A
3.9. Ośrodek urologiczny dysponujący doświadczeniem w RC to ten, w którym wykonuje się co najmniej > 20 RC rocznie.	IV, A
3.10. Wybór odprowadzenia moczu po RC musi być rezultatem świadomej zgody chorego oraz warunków klinicznych i śródoperacyjnych.	III, B
3.11. Chorzy z obecnością guza w cewce moczowej (także w odcinku sterczowym) nie są kandydatami do wytworzenia odprowadzenia moczu metodą zastępczego pęcherza jelitowego.	II, B
3.12. Przedoperacyjne przygotowanie jelit nie jest obowiązkowe przed RC z wytworzeniem odprowadzenia moczu z fragmentów jelita.	III, B
3.13. RC jest postępowaniem z wyboru u chorych na raka pęcherza moczowego cT2-T4a, NOMO lub nienaciekającym rakiem wysokiego ryzyka.	I, A
3.14. Wycięcie węzłów chłonnych miedniczych jest integralną częścią RC, bez względu na technikę wykonania. Należy zawsze wykonać selekcję węzłów chłonnych przed wysłaniem do badania patologicznego.	II, A
3.15. Dodatni margines chirurgiczny w zakresie cewki moczowej stwierdzony śródoperacyjnie zmusza do jej usunięcia.	II, B
3.16. Inne warianty histologiczne raka pęcherza moczowego (rak płaskonabłonkowy i rak gruczolowy) zmuszają do wykonania RC i regionalnego wycięcia węzłów chłonnych.	III, C
3.17. Paliatywna RC u chorych na raka miejscowo zaawansowanego (T4b) powinna być rozważana wyłącznie w celu złagodzenia objawów. U tych chorych — także z cechą w stopniu N+ (regionalną) — można rozważyć chemioradioterapię, z założeniem, że może ona być raczej paliatywna niż lecznicza.	IV, C

4. Guzy górnych dróg moczowych (UTUC) – diagnostyka urologiczna i leczenie chirurgiczne	
4.1. W przypadku podejrzenia nowotworu górnych dróg moczowych poza wywiadem i badaniem fizykalnym należy wykonać tomografię komputerową jamy brzusznej i miednicy z kontrastem z fazą urograficzną (Uro-TK), uretrocystoskopię oraz cytologię osadu moczu (najlepiej z moczowodu).	III, B
4.2. W razie przeciwwskazań do Uro-TK, można wykonać rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy.	III, B
4.3. Jeśli wyniki badań obrazowych i cytologii osadu moczu nie wystarczają do postawienia rozpoznania i stratyfikacji ryzyka, należy wykonać ureterorenoskopię (URS) z biopsją (jeśli wynik wpłynie na postępowanie).	III, B
4.4. W celu oceny stopnia zaawansowania guza górnych dróg moczowych należy wykonać tomografię komputerową jamy brzusznej, miednicy i klatki piersiowej.	III, B
4.5. Leczenie oszczędzające nerkę (KSS) wskazane jest jako linia pierwszego leczenia w przypadku guza niskiego ryzyka.	III, B
4.6. KSS należy rozważyć i proponować u chorych z guzem wysokiego ryzyka w przypadkach „wymuszonych” (niwydolność nerek, nerka jedyna).	III, C
4.7. W przypadku guza wysokiego ryzyka bez przerzutów jako standardową metodę leczenia należy proponować radykalną nefroureterektomię	III, B
4.8. U chorych z guzem górnych dróg moczowych wysokiego ryzyka przy nefroureterektomii należy wykonać limfadenektomię.	III, B
4.9. Po radykalnej nefroureterektomii należy podać dopęcherzową wlewkę chemioterapeutyku.	I, B
4.10. Dystalną nefroureterektomię można rozważyć w przypadku guza niskiego ryzyka w dystalnym moczowodzie, jeśli nie jest możliwe leczenie endoskopowe, oraz u chorych z guzem wysokiego ryzyka w przypadkach „wymuszonych”.	III, C
5. Radioterapia	
5.1. TMT jest rekomendowane jako alternatywa radykalnej cystektomii w ściśle wyselekcjonowanej grupie chorych z pojedynczym guzem w stopniu < T3, mniejszym niż 3 cm, pozwalającym na wykonanie maksymalnie doszczętej resekcji, bez współistnienia rozległej komponenty raka in situ, bez wodonercza i z prawidłową funkcją nerek pozwalającą na leczenie systemowe oraz z odpowiednią pojemnością i funkcją pęcherza moczowego.	II, A
5.2. TMT jest rekomendowane dla chorych z medycznymi przeciwwskazaniami do cystektomii lub nieakceptujących spadku jakości życia po cystektomii.	II, A
5.3. Radioterapia nie jest rekomendowana jako samodzielna metoda leczenia radykalnego.	II, A
5.4. Radioterapię uzupełniającą należy rozważyć u chorych z loko-regionalnie zaawansowanym urotelialnym rakiem pęcherza pT3–T4 pN0-2 z dodatnimi marginesami operacyjnymi.	III, B
6. Chemioterapia neoadjuwantowa w nowotworach urotelialnych	
6.1.1. Chemioterapia przedoperacyjna jest standardem postępowania u chorych na raka urotelialnego pęcherza moczowego naciekającym warstwę mięśniową.	I, A
6.1.2. Schematy jednolekowe lub z zastosowaniem karboplatyna w miejsce cisplatyny nie powinny być stosowane w leczeniu neoadjuwantowym.	I, A
6.1.3. Rekomendowanym schematem leczenia przedoperacyjnego jest schemat ddM-VAC.	I, A
6.1.4. Opcjonalne schematy leczenia przedoperacyjnego to aaMVAC oraz ddGC.	-
6.1.5. W przypadku chorych z cechą cN0 w leczeniu operacyjnym należy zastosować 3–4 kursy chemioterapii ze zintensyfikowaną dawką.	I, A

6.1.6. W przypadku chorych z cechą N+ w leczeniu przeoperacyjnym należy zastosować 6 kursów chemioterapii ze zintensyfikowanym dawkowaniem.	III, B
6.1.7. Leczenie przedoperacyjne nie zwiększa ryzyka powikłań pooperacyjnych oraz nie pogarsza rokowania chorych.	I, A
6.2. Ograniczenia chemioterapii systemowej o założeniu neoadjuwantowym	
6.2.1. Chorych z rozpoznaniem rzadkich postaci raka pęcherza moczowego należy kwalifikować do postępowania leczniczego/terapeutycznego indywidualnie.	III, B
6.2.2. U chorych na raka urotelialnego w innych obszarach układu moczowego niż pęcherz nie należy rutynowo stosować chemioterapii przedoperacyjnej.	I, A
7. Leczenie uzupełniające nowotworów urotelialnych pęcherza moczowego oraz górnego odcinka układu moczowego	
7.1. Rekomenduje się adjuwantową chemioterapię systemową opartą o cisplatynę chorym po radykalnej cystektomii/cystoprostatektomii w stopniu zaawansowania pT3/4 i/lub pN+, jeśli nie otrzymali neoadjuwantowej chemioterapii.	II, B
7.2. Zastosowanie uzupełniającej chemioterapii opartej o cisplatynę nie poprawia znamienne rokowania chorych w porównaniu do zastosowania tej samej chemioterapii w momencie nawrotu choroby.	I, A
7.3. Rekomenduje się chemioterapię uzupełniającą opartą o schemat GC lub GK (w przypadku GFR < 50 ml/ /min) u chorych na raka urotelialnego górnych dróg moczowych, którzy nie otrzymali neoadjuwantowej chemioterapii.	II, A
7.4. Rekomenduje się udział w badaniach klinicznych nad rolą okołoperacyjnej terapii systemowej.	-
8. Pierwsza linia leczenia systemowego	
8.1. U chorych na przerzutowego raka urotelialnego w kwalifikacji do leczenia systemowego pierwszej linii należy uwzględnić stan sprawności, wydolność narządową oraz choroby współistniejące.	II, A
8.2. W razie braku przeciwwskazań w pierwszej linii leczenia zalecane są schematy chemioterapii oparte o cisplatynę (GC, HD-MVAC + G-CSF).	I, A
8.3. U chorych na przerzutowego raka urotelialnego z przeciwwskazaniami do leczenia cisplatyną zalecane jest zastosowanie gemcytabiny z karboplatyną.	I, B
8.4. U chorych, którzy uzyskali co najmniej stabilizację po chemioterapii pierwszej linii opartej o gemcytabinę w skojarzeniu z pochodną platyny, wskazane jest zastosowanie leczenia podtrzymującego awelumabem.	I, A
8.5. U chorych na raka urotelialnego ze stwierdzoną ekspresją PD-L1, którzy nie kwalifikują się do leczenia cisplatyną, można zastosować w pierwszej linii leczenia atezolizumab lub pembrolizumab.	II, B
8.6. U chorych w stanie sprawności ECOG 2 z istotnymi klinicznie chorobami współistniejącymi oraz chorych w stanie sprawności ECOG \geq 3 zaleca się wyłącznie najlepsze leczenie objawowe.	I, A
9. Druga linia leczenia	
9.1. Leczeniem z wyboru u chorych na zaawansowanego raka urotelialnego po niepowodzeniu chemioterapii opartej o pochodne platyny jest immunoterapia w oparciu o pembrolizumab.	I, A
9.2. Leczeniem z wyboru u chorych na zaawansowanego raka urotelialnego po niepowodzeniu chemioterapii oraz immunoterapii jest enfortumab wedotin.	I, A
9.3. U chorych na zaawansowanego raka urotelialnego, którzy w pierwszej linii otrzymali chemioterapię w skojarzeniu z immunoterapią, w ramach drugiej linii należy zastosować: enfortumab wedotin (I, A) lub monoterapię paklitakselem, docetakselem lub winfluniną (I, B)	I, A I, B

9.4. U chorych na zaawansowanego raka urotelialnego, po niepowodzeniu chemioterapii opartej po pochodne platyny, w przypadku których nie ma możliwości zastosowania immunoterapii ani enfortumabu wedotinu, należy rozważyć zastosowanie chemioterapii opartej o: paklitaksel, docetaksel lub winfluninę (I, B) lub schematy skojarzone paklitaksel + gemcytabina, paklitaksel + karboplatyna (II, B).	I, B II, B
10. Monitorowanie chorych z rozpoznaniem raka wywodzącego się z nabłonka dróg moczowych	
10.1. Chorzy z rakiem wywodzącym się z nabłonka dróg moczowych powinni być odpowiednio monitorowani po zastosowanym leczeniu.	I–III, A
10.2. Strategia monitorowania powinna być dopasowana do rodzaju nowotworu, ryzyka choroby nowotworowej i/lub zastosowanego leczenia.	I–III, A
11. Nowotwory cewki moczowej	
11.1. Diagnostyka	
11.1.1. Uretroskopia + cytologia moczu celem potwierdzenia raka cewki.	-
11.1.2. Tomografia komputerowa: jama brzuszna, miednica oraz klatka piersiowa — ocena przerzutów odległych.	-
11.1.3. Rezonans magnetyczny miednicy — celem oceny stopnia zaawansowania oraz ewentualnych przerzutów do węzłów chłonnych.	-
11.2. Leczenie	
11.2.1. Operacje oszczędzające prącia z dystalną uretrektomią są wskazane, jeśli marginesy chirurgiczne są negatywne.	-
11.2.2. Należy zapewnić ocenę marginesu, szczególnie proksymalnego fragmentu cewki moczowej, przy operacjach organooszczędzających.	-
11.2.3. U chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem cewki moczowej konieczna jest interdyscyplinarna współpraca pomiędzy urologiem, onkologiem i radioterapeutą.	-
11.2.4. Włączenie chemioterapii w oparciu o cisplatynę przed leczeniem chirurgicznym poprawia wyniki leczenia u chorych z miejscowo zaawansowanym rakiem cewki moczowej.	-
11.2.5. Radioterapia i chemioterapia w miejscowo zaawansowanym raku płaskonabłonkowym cewki moczowej: Przy wznowie miejscowej należy stosować leczenie chirurgiczne lub radioterapię.	-
11.2.6. Limfadenektomia powinna być wykonywana u chorych z powiększonymi węzłami chłonnymi.	-
11.2.7. U chorych na urotelialnego raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania Ta lub Tis należy wykonać TUR i włączyć wlewki z BCG.	-
11.2.8. Chorzy nieodpowiadający na leczenie lub z naciekiem podścieliska powinni mieć zaproponowaną cystoprostatektomię z limfadenektomią.	-
<i>*Klasyfikacja siły zaleceń dostępna w pełnej wersji wytycznych</i>	



Rysunek 1. Schemat trójmodalnego leczenia oszczędzającego (TMT); *Schematy chemioterapii stosowane w ramach jednoczasowej radiochemioterapii: cisplatyna 70 mg/m² co 3 tyg.; cisplatyna 40 mg/m² co tydzień; cisplatyna 70 mg/m² d1. + gemcytabina 1000 mg/m² d 1,8 co 3 tyg.; 5-fluorouracyl 500 mg/m² d 1–5 i d 22–26 + mitomycyna 12 mg/m² d1