

## Uroswords II

**Καρκίνος κύστης T1 High Grade:  
Η κυστεκτομή είναι απαραίτητη;**

**Διαιτητής: Δ. Μητρόπουλος**

**Οι μονομάχοι: Β. Τζώρτζης – Κ. Χατζημουρατίδης**

# Ερώτηση 1

## Κυστεκτομή ή συντηρητική αγωγή;



Η νόσος αντιμετωπίζεται συντηρητικά – Β. Τζώρτζης  
Η κυστεκτομή είναι απαραίτητη – Κ. Χατζημουρατίδης

# Προϋποθέσεις συντηρητικής θεραπείας



Αρχική TUR (Guidelines)

Παθολογοανατόμος (intra-interobserver variability)

Επαναληπτική TUR (Υποσταδιοποίηση 20-30%)

Σωστή ενδοκυστική θεραπεία με BCG (συμμόρφωση ασθενών, αξιολόγηση αποτελεσματικότητας θεραπείας)

Επιλογή ασθενών;

# ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Study	Time frame	n (% T1G3)*	Maintenance (agent)	Median follow-up, mo	Recurrence rate, %	Progression rate, %	DSS rate, %	OS rate, %
Zhang et al [64]	1983–1993	23	Variable (BCG)	45 (mean)	74	35	78	NR
Herr [65]	1978–1981	25	No	184	NR	40	NR	NR
Lebret et al [33]	1983–1995	35	No	45	43	20	94	86
Hurle et al [32,66]	1989–1992	51	Yes (BCG)	85	47	18	86	67
Gohji et al [67]	1984–1997	25	No	63	40	5	100	NR
Brake et al [40,68]	1987–1999	44	No	28	27	16	89	60
Lamm et al [36]	1985–1988	192 (NR)	Yes (BCG)	119	56	45	NR	83 <sup>#</sup>
Patard et al [69]	1979–1996	50	No	60 (mean)	52	22	80 <sup>#</sup>	NR
Pansadoro et al [70]	1989–1997	81	Yes (BCG)	76	33	15	93	74
Iori et al [71]	1994–2000	41 (76)	Yes (BCG)	40	23	5	NR	NR
Kulkarni and Gupta [72]	1991–1999	69	No	45	46	19	94	91
Griffiths et al [73]	1987–1997	75	No	41	NR	49	59 <sup>#</sup>	NR
Shahin et al [74]	1976–1996	92	No	64	70	33	77	58
Hara et al [75]	1995–1997	97	No	25	45	7	NR	NR
Peyromaure et al [76], Peyromaure and Zerbib [77]	1991–2001	57	Yes (BCG)	53	42	23	88 <sup>#</sup>	NR
Baniel et al [78], Margel et al [79]	1984–1995	78	Variable (BCG)	107	35	18	84	44

# Συντηρητική αντιμετώπιση



- TUR + BCG είναι αποτελεσματικότερη από τη TUR η TUR + χημειοθεραπεία στην πρόληψη των υποτροπών (LE: 1a).

Han RF Urology 2006;67:1216-23

- Η θεραπεία με BCG προφυλάσσει ή κατά το ελάχιστο καθυστερεί από τον κίνδυνο προόδου της νόσου (LE: 1a)

BCG 9,8% vs Control 13,8%

Sylvester RJ, J Urol 2002;168:1964-70

# Συντηρητική αντιμετώπιση



- Για την βέλτιστη αποτελεσματικότητα το BCG πρέπει να χορηγείται μακροχρόνια (θεραπεία συντήρησης,  $\geq 1$  χρόνο) χωρίς όμως να έχει καθοριστεί ο συνολικός χρόνος (LE: 1a).

Malmström P-U, Eur Urol 2009; 56:247-56.

- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί μειωμένη δόση αλλά η πλήρης δόση είναι αποτελεσματικότερη σε πολλαπλούς όγκους (LE: 1b).

Zlotta AR, Eur Urol 2000;37:470-7.

# ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ: BCG vs early RC

Thalmann et al. [37]	Retrospective, case control	BCG vs early cystectomy	T1G3	Progression, CSS <sup>§</sup>	92 (BCG) 29 (immediate cystectomy)	NA	Median follow-up: 3.9 yr for cystectomy, 6.9 yr for BCG 5-yr CSS: 80% with BCG and 69% with cystectomy	No apparent survival benefit of early cystectomy but selection bias toward higher risk for cystectomy
Denzinger et al. [36]	Retrospective, case control (patients choose treatment)	BCG plus delayed cystectomy vs early cystectomy	T1G3 with more than two risk factors (CIS 46%, multiple tumors 45%, >3 cm 75%)	CSS	51 (BCG) 53 (early cystectomy)	No maintenance	Median follow-up: 5.4 yr 10-yr CSS: 78% in early cystectomy vs 51% in BCG plus delayed cystectomy	Early cystectomy provides significantly better survival than BCG in T1G3 with two or more risk factors

## EAU GUIDELINES 2012



In patients with TaT1 tumours at high risk of progression, intravesical BCG for at least 1 year is indicated.	A
In patients with bladder CIS, intravesical BCG for at least 1 year is indicated.	A





# Η κυστεκτομή είναι απαραίτητη στους όγκους T1 high grade

---

**Η νόσος συχνά  
υποσταδιοποιείται**

**Η λεμφαδενική διήθηση είναι  
συχνή**

**Η ειδική για τη νόσο επιβίωση  
παρατείνεται σημαντικά**



# Αποτελέσματα αντιμετώπισης όγκων T1 high grade με κυστεκτομή

Study	Time frame	n	Median follow-up (mo)	Pr BCC	Upstaging, %	LN tive, %	Recurrence, %#	DSS <sup>#</sup> , %	OS <sup>#</sup> , %
Herr and Sogani [56] <sup>*</sup>	1979-1984	35	NR	10	NR	NR	NR	92	NR
Dutta et al [7] <sup>*</sup>	1995-1999	78	NR	3	40	12	NR	78	64
Thalmann et al [80]	1980-1999	29	47	3	41	14	21	69	54
Masood et al [81]	1992-2002	30	57	3	41	NR	NR	88	NR
Bianco et al [82]	1990-2000	66	48	2	27	9	78	78	NR
Lambert et al [58]	1990-2005	104	NR	4	27	NR	48	93	87
Gupta et al [83]	1984-2003	167	34	4	27	18	29	82	69
Denzinger et al [57]	1995-2005	54	61	4	26	NR	NR	78	NR

BCG = bacillus Calmette-Guérin; LN = lymph node; DSS = disease-specific survival; C  
<sup>\*</sup> "High-risk" superficial bladder cancer (exact proportion T1G3 not specified for He  
<sup>#</sup> Rates reported are those reported at study completion and not necessarily 5-yr a

t reported; BCa = bladder cancer.  
 et al).

Το στάδιο της νόσου μετά την κυστεκτομή ήταν  $\geq$  pT2 στο 26 – 50%

Η επαναληπτική TUR μπορεί να μειώσει το ποσοστό αυτό έως και στο 13%, αλλά δεν το εξαλείφει. **Dalbagni G et al. Urology 2002, 60:822-824**

**Kulkarni GS et al. Eur Urol 2010, 57:60-70**



# Αποτελέσματα αντιμετώπισης όγκων T1 high grade με κυστεκτομή

Study	Time frame	n	Median follow-up (mo)	Prior BCG, %	Upstaged %	LN positive, %	Recurrence, % <sup>#</sup>	DSS <sup>#</sup> , %	OS <sup>#</sup> , %
Herr and Sogani [56] <sup>*</sup>	1979-1984	35	NR	100	NR	NR	NR	92	NR
Dutta et al [7] <sup>*</sup>	1995-1999	78	NR	37	40	12	NR	78	64
Thalmann et al [80]	1980-1999	29	47	0	41	11	NR	69	54
Masood et al [81]	1992-2002	30	57	30	27	14	NR	88	NR
Bianco et al [82]	1990-2000	66	48	27	27	NR	NR	78	NR
Lambert et al [58]	1990-2005	104	NR	44	40	NR	NR	93	87
Gupta et al [83]	1984-2003	167	34	44	50	9	NR	82	69
Denzinger et al [57]	1995-2005	54	61	0	26	9	NR	78	NR
BCG = bacillus Calmette-Guérin; LN = lymph node; DSS = disease-specific survival; OS = overall survival						NR	bladder cancer.		
<sup>*</sup> "High-risk" superficial bladder cancer (exact proportion T1G3 not specified for Herr and Sogani, 8						18			
<sup>#</sup> Rates reported are those reported at study completion and not necessarily 5-yr actuarial values.						NR			

**Το 9 – 18% των ασθενών είχαν θετικούς λεμφαδένες μετά την κυστεκτομή**



# Αποτελέσματα αντιμετώπισης όγκων T1 high grade με κυστεκτομή

Study	Time frame	n	Median follow-up (mo)	Prior BCG, %	Upstaging, %	LN positive, %	Recurrence % <sup>#</sup>	DSS <sup>#</sup> , %	S <sup>#</sup> , %
Herr and Sogani [56] <sup>*</sup>	1979-1984	35	NR	100	NR	NR	NR	92	NR
Dutta et al [7] <sup>*</sup>	1995-1999	78	NR	37	40	12	NR	78	64
Thalmann et al [80]	1980-1999	29	47	0	41	14	21	69	54
Masood et al [81]	1992-2002	30	57	30	27	NR	NR	69	NR
Bianco et al [82]	1990-2000	66	48	27	27	9	78	88	NR
Lambert et al [58]	1990-2005	104	NR	44	40	NR	48	88	87
Gupta et al [83]	1984-2003	167	34	44	50	18	29	78	69
Denzinger et al [57]	1995-2005	54	61	0	26	NR	NR	78	NR
BCG = bacillus Calmette-Guérin; LN = lymph node; DSS = disease-specific survival; OS = overall survival; NR = not reported; BCa = bladder cancer								93	
<sup>*</sup> "High-risk" superficial bladder cancer (exact proportion T1G3 not specified for Herr and Sogani, 80% for Dutta et al).								82	
<sup>#</sup> Rates reported are those reported at study completion and not necessarily 5-yr actuarial values.								78	

Η ειδική για τη νόσο επιβίωση μετά την κυστεκτομή  
ήταν 78 – 92%

## Ερώτηση 2

Η κυστεκτομή πρέπει να γίνεται  
άμεσα ή μπορεί και να  
καθυστερήσει;

Η κυστεκτομή πρέπει να γίνεται όταν αποτύχει η  
συντηρητική αγωγή – Β. Τζώρτζης

Η κυστεκτομή πρέπει να γίνεται άμεσα – Κ.  
Χατζημουρατίδης

## Τι σημαίνει αποτυχία της συντηρητικής αγωγής;

- BCG Refractory (ποτέ ελεύθεροι νόσου)
- Early BCG failure (ελεύθεροι νόσου με υποτροπή σε <6 μήνες)
- Late BCG failures (ελεύθεροι νόσου με υποτροπή σε >6 μήνες)

---

# Treatment Paradigm Shift May Improve Survival of Patients With High Risk Superficial Bladder Cancer

Ganesh V. Raj,\* Harry Herr, Angel M. Serio, Sherri M. Donat, Bernard H. Bochner, Andrew J. Vickers and Guido Dalbagni†

*From the Departments of Urology (GVR, HH, AMS, SMD, BHB, GD) and Biostatistics (AJV), Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, New York, New York*

---

## CONCLUSIONS

Our study suggests a survival benefit for the paradigm shift toward earlier RC. Patients with recurrent T1 tumors following BCG should be counseled to undergo preemptive RC before disease progression to muscle invasion.



# BCG Failure: Κυστεκτομή



Source	No. of patients	Median follow-up	Restaging TURBT	Proportion of Ta/T1/CIS <sup>+</sup> /cCIS <sup>**</sup> , %	Progression to MIBC, no. (%)	Death from disease, no. (%)	CSS in case of progression, %
Di Stasi et al, 2006 [30]	212	88 (IQR: 63–110)	Yes	0/100/0/27	33 (16)	23 (11)	30
Dalbagni et al, 2007 [31]	89	52 (range: 16–90)	Yes	0/100/0/38	22 (25)	15 (17)	32
Gradmark et al, 2007 [36]	250	123 (range: 46–176)	NR	42/25/33 <sup>†</sup>	58 (23)	45 (18)	22
Esuvaranathan et al, 2007 [37]	80	54 (range: 6–114)	NR	24/49/27 <sup>†</sup>	6 (8)	5 (6)	17
Gofrit et al, 2009 [38]	104	75	NR	38/25/37/63	22 (21)	12 (12)	45
Zieger et al, 2009 [39]	125	80 (range: 6–142)	NR	39/61/0/31	67 (54)	58 (46)	13
Sylvester et al, 2010 [5]	323	110	No	NR	50 (15)	18 (6)	64
Totals	1183	52–123	–	–	258 (22)	176 (15)	32 (range: 13–64)

Source	No. of patients	Median follow-up, mo	Restaging TURBT	Proportion of Ta/T1/CIS <sup>+</sup> /cCIS <sup>**</sup> , %	Progression to MIBC, no. (%)	Death from disease, no. (%)	CSS in case of progression, %
Kamel et al, 2006 [32]	105	48 (range: 8–156)	Yes	0/100/0/14	25 (24)	19 (18)	24
Moonen et al, 2007 [40]	105	58 (range: 3–161)	NR	NR	25 (24)	13 (12)	48
Margel et al, 2007 [41]	78	107 (range: 16–238)	NR	0/100/0/22	14 (18)	12 (15)	14
Queipo-Zaragoza et al, 2007 [42]	83	Mean: 58 ± 28	NR	0/100/0/27	31 (37)	17 (20)	45
Denzinger et al, 2007 [33]	132	68 (range: 1–180)	Yes	0/100/0/65	54 (41)	50 (38)	7
Serretta et al, 2008 [43]	165	103	No	0/100/0/0	14 (8)	9 (5)	36
Palou et al, 2009 [25]	92	91 (range: 3–173)	No	0/100/0/60	17 (18)	14 (15)	18
Park et al, 2009 [13]	144	65	No	0/100/0/12	19 (13)	10 (7)	47
Chade et al, 2010 [34]	476	61 (IQR: 30–98)	Yes	54/0/46/54	57 (12)	33 (7)	42
van Rhijn et al, 2010 [44]	164	77 (range: 4–259)	No	15/81/0/34	48 (29)	26 (16)	46
Alkhateeb et al, 2010 [35]	191	48	Yes	0/100/0/29	61 (32)	25 (13)	59
Alvarez-Mugica et al, 2010 [45]	170	53 (range: 3–190)	NR	0/100/0/24	36 (21)	24 (14)	33
Totals	1905	48–107	–	–	401 (21)	252 (13)	37 (range: 7–59)



# Αποτυχία BCG



- Σε περίπτωση pT2 νόσου
- Σε περίπτωση HG NMIBC στους 3 και στους 6 μήνες.
- Σε υποτροπή (↓ Στάδιο, grade) > 6 μήνες νέος κύκλος BCG έχει 50% πλήρη ανταπόκριση
- Σε οποιαδήποτε επιδείνωση της νόσου , παρά την αρχική ανταπόκριση : ↑ αριθμού όγκων, ↑ στάδιο, ↑ grade, εμφάνιση CIS

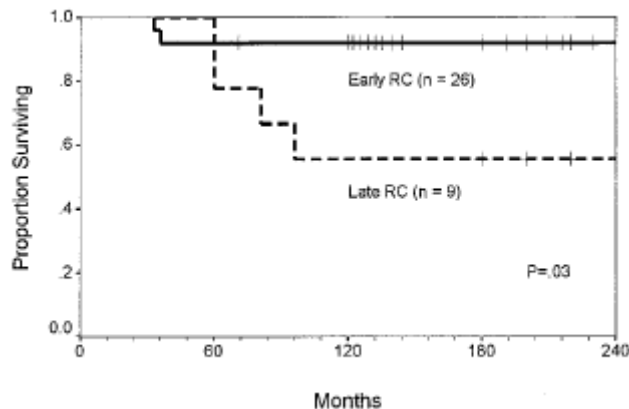
In patients with BCG failure, cystectomy is indicated.

B

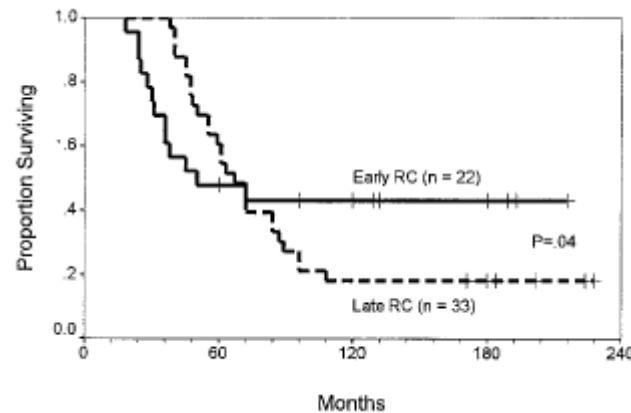
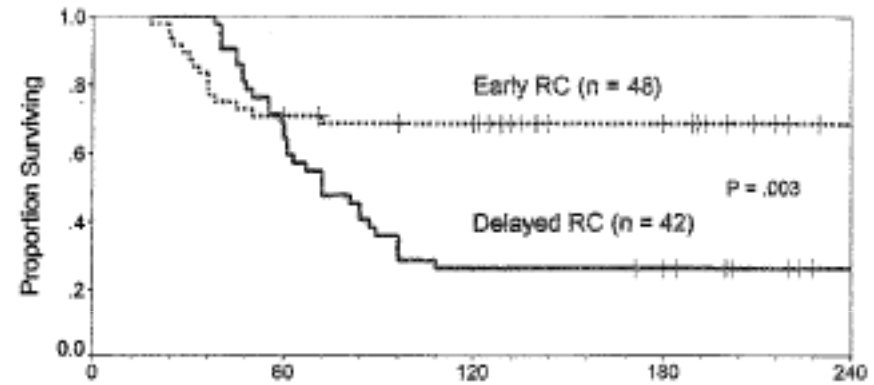


# Η κυστεκτομή πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο γρήγορα

- 90 ασθενείς υποβλήθηκαν σε κυστεκτομή μετά από αποτυχία του BCG (high risk tumors)
- Η επιβίωση ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κυστεκτομή < 2 έτη από την έναρξη του BCG



Επιφανειακοί όγκοι στην υποτροπή



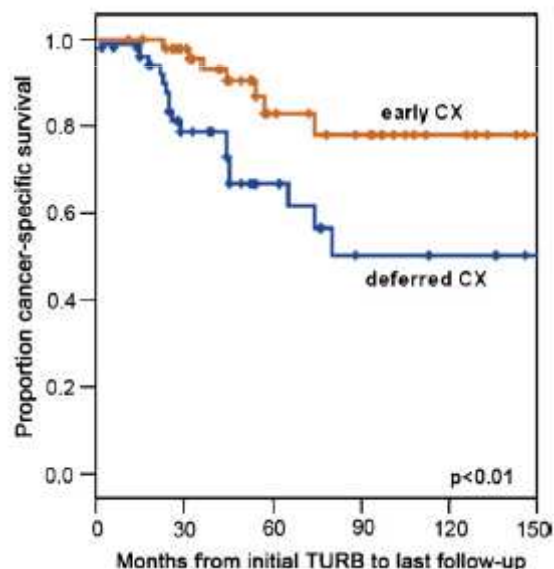
Διηθητικοί όγκοι στην υποτροπή

Herr HW et al. J Urol 2001, 166:1296-1299

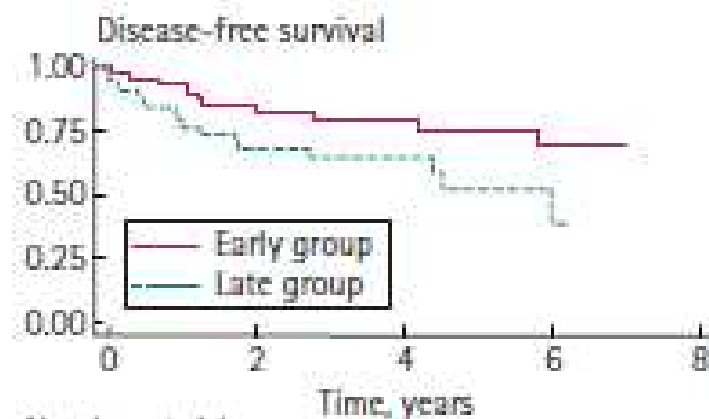


# Η κυστεκτομή πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν πιο γρήγορα

105 ασθενείς T1G3 με τουλάχιστον 2 παράγοντες κινδύνου (πολλαπλούς όγκους, μέγεθος > 3 cm ή CIS)



Early group (πριν το 1998)	Late group (μετά το 1998)
> 2 κύκλους BCG: 11,1%	> 2 κύκλους BCG: 35,7%
≤ 120 ημέρες μέχρι κυστεκτομή: 58%	≤ 120 ημέρες μέχρι κυστεκτομή: 33%
> 120 ημέρες μέχρι κυστεκτομή: 42 %	> 120 ημέρες μέχρι κυστεκτομή: 67 %





# Η παρουσία παραγόντων κινδύνου αποτελεί ισχυρή ένδειξη για την επιλογή της κυστεκτομής

Χαμηλού κινδύνου	Υψηλού κινδύνου
Μονήρης όγκος	Πολλαπλοί όγκοι
Απουσία CIS	Παρουσία CIS
Όγκος σε εύκολα προσβάσιμο τμήμα της κύστης	Όγκος στο θόλο ή στο πρόσθιο τμήμα της κύστης
Υπολειμματική νόσος στην επαναληπτική TUR: <T1	Υπολειμματική νόσος στην επαναληπτική TUR: T1

**Nieder AM et al. Urology 2005, 66(S6A):108-125**

Άλλοι παράγοντες κινδύνου	
Divrik et al (2007)	Υδρονέφρωση (HR:2,37)
Sylvester et al (2006) Divrik et al (2007)	Μέγεθος > 3 cm (HR:1,89 και 3,12)
Bernardini et al (2001) Orsola et al (2005)	Στάδιο T1a vs T1b (HR:7,48 και 4,47)
Huguet et al (2005)	Υποτροπή στην προστατική ουρήθρα (5ετής επιβίωση: 20% vs 78%)

**Kulkarni GS et al. Eur Urol 2010, 57:60-70**

## Ερώτηση 3

Ποιότητα ζωής – Νοσηρότητα –  
Θνησιμότητα. Παίζουν ρόλο  
στην επιλογή της θεραπευτικής  
μεθόδου;

Κυστεκτομή – Κ. Χατζημουρατίδης  
Συντηρητική αγωγή – Β. Τζώρτζης

# Θνητότητα – Νοσηρότητα RC



	Θνητότητα	Νοσηρότητα
Whitemore, 1962	14%	-
Johnson, 1977	3.3%	27.6 – 41%
Freiha, 1980	2.0%	32%
Brannan, 1981	3.9%	28.7%
Frazier, 1992	2.5%	31.9%
Clark, 2005	2.0%	35.8%
Heidenreich, 2007	2.2%	34.5%

## Radical Cystectomy in the Treatment of Invasive Bladder Cancer: Long-Term Results in 1,054 Patients

By John P. Stein, Gary Lieskovsky, Richard Cote, Susan Groshen, An-Chen Feng, Stuart Boyd, Eila Skinner, Bernard Bochner, Duriayai Thangathurai, Maged Mikhail, Derek Raghavan, and Donald G. Skinner

Table 2. Mortality and Morbidity With Radical Cystectomy and Urinary Diversion

Form of Urinary Diversion	No. of Patients	%	Perioperative Mortality*		Early Complication†	
			No.	%	No.	%
Preoperative adjuvant therapy						
Conduit‡	278	26	8	3	83	30
Continent§	776	74	19	2	209	27
None	884	84	26	3	247	28
Radiation only	108	10	1	1	30	30
Chemotherapy only	49	5	0		12	25
Radiation and chemotherapy	13	1	0		3	23
Total	1054		27	3	292	28

- < 5% των ασθενών θα εμφανίσει σοβαρές παρενέργειες από τη χρήση του BCG (LE: 1b)

Van der Meijden AP, Eur Urol 2003;44:429-34.

Author	Study design	Side effect (AUA category)	Incidence	Severity	IBCG treatment recommendations
<b>Local side effects</b>					
Hall et al. [26]	BCG induction only	LUTS	59% minimal overlap 38% maximal overlap <sup>§</sup>	NA	Continue BCG. Consider postponement of intravesical therapy and subsequent dose reductions if cystitis persist >48 h. Treatment with NSAIDs, useful fluoroquinolones.
Hall et al. [26]	BCG induction plus BCG maintenance		71% minimal overlap 57% maximal overlap <sup>§</sup>	NA	
Morgia et al. [62]	BCG induction plus BCG maintenance		52.2% irritation	NA	
Van der Meijden et al. [10]	BCG induction plus BCG maintenance		97.5% bacterial plus BCG-induced cystitis	NA	
Saint et al. [50]*	BCG maintenance only		46.7%	Class 1	
			38%	Class 2	
			7%	Class 3	
Vegt et al. [63]	BCG induction plus BCG maintenance		53% frequency 39.5% chemical cystitis 22.4% bacterial cystitis	NA	
Koga et al. [49]#	BCG induction		35.8%	Grade 1	
			37.4%	Grade 2	
			3.3%	Grade 3	
			5.7%	Grade 4	
Losa et al. [64]	BCG induction (75 mg) plus BCG maintenance		25.7% cystitis-like symptoms	NA	Suspend BCG until urine clears.
Hall et al. [26]	BCG induction only	Hematuria	29%	NA	
Van der Meijden et al. [10]	BCG induction plus BCG maintenance		34.5%	NA	
Losa et al. [64]	BCG induction (75 mg) plus BCG maintenance		8.5%	Mild	
Vegt et al. [63]	BCG induction plus BCG maintenance		34%	NA	
Hall et al. [26]	BCG induction only	Bladder contracture	1%	NA	Suspend BCG until symptoms have resolved.
Hall et al. [26]	BCG induction plus BCG maintenance		3%	NA	
Hall et al. [26]	BCG induction only	Epididymitis/prostatitis/urethral infections	4%	NA	Suspend BCG. Treatment with high-dose fluoroquinolones or isoniazid and rifampicin.
Hall et al. [26]	BCG induction plus BCG maintenance		4%	NA	
Losa et al. [64]	BCG induction (75 mg) plus BCG maintenance		0.7%	NA	
Vegt et al. [63]	BCG induction plus BCG maintenance		26.9%	NA	



Author	Study design	Side effect (AUA category)	Incidence	Severity	IBCG treatment recommendations
Van der Meijden et al. [10]	BCG induction plus BCG maintenance	Skin rash	3.3%	NA	Grades 1 and 2 (WHO); Consider suspension of BCG.
Koga et al. [49] <sup>#</sup>	BCG induction		0.8%	Grade 1	Grades 3 and 4 (WHO); Cessation of BCG.
Vegt et al. [63]	BCG induction plus BCG maintenance		2%	NA	Treatment with NSAIDs and antihistamines.
Systemic side effects					
Hall et al. [26]	BCG induction only	Fever/chills/flu-like symptoms	26% minimal overlap 19% maximal overlap	NA	Continue BCG; in case of persistent high-grade fever (>38.5 °C for >48 h), permanent discontinuation of BCG.
Hall et al. [26]	BCG induction plus BCG maintenance		30% minimal overlap 22% maximal overlap	NA	Prompt treatment with two or more antimicrobial agents (fluoroquinolones, isoniazid, rifampicin).
Van der Meijden et al. [10]	BCG induction plus BCG maintenance		14.8% fever ≥39 °C 23.2% malaise	NA	
Saint et al. [50]	BCG induction only		11% 2%	Low-grade fever Moderate-grade fever	
Losa et al. [64]	BCG induction (75 mg) plus BCG maintenance		11.4% fever up to 38.5 °C 0.7% fever >39 °C	NA	
Vegt et al. [63]	BCG induction plus BCG maintenance		11% fever >39%	NA	
Koga et al. [49] <sup>#</sup>	BCG induction		17.9% 17.9% 1.6% 2.4%	Grade 1 Grade 2 Grade 3 Grade 4	
Van der Meijden et al. [10]	BCG induction plus BCG maintenance	Lung complications	0.2% lung infection	NA	Cessation of BCG.
Hall et al. [26]	BCG induction only	Systemic infection	1%	NA	Cessation of BCG. For severe infection, treatment with high-dose fluoroquinolones; isoniazid, rifampicin, and ethambutol daily for 6 mo; high-dose corticosteroids as long as symptoms persist.
Hall et al. [26]	BCG induction plus BCG maintenance		7%	NA	
Losa et al. [64]	BCG induction (75 mg) plus BCG maintenance		0.7%	NA	
Van der Meijden et al. [10]	BCG induction plus BCG maintenance		0% BCG sepsis	NA	



# Θνησιμότητα και νοσηρότητα ΚΥΣΤΕΚΤΟΜΗΣ και ΕΚΤΡΟΠΗΣ ΟΥΡΩΝ

**Πριν το 1990**

**Θνησιμότητα: 2,4 – 15%**

**Περιεγχειρητικές  
επιπλοκές: 28 – 42%**

**Απώτερες επιπλοκές:  
30 – 42%**

**Μετά το 1990**

**Θνησιμότητα: 0 – 3,9%**

**Περιεγχειρητικές  
επιπλοκές: 11 – 68%**

**Απώτερες επιπλοκές:  
19 – 58%**



# Το BCG δε στερείται επιπλοκών



Τοξικότητα βαθμού 3: 25% των ασθενών  
50% των ασθενών συμπλήρωσαν > 3 κύκλους  
16% των ασθενών ολοκλήρωσαν το σχήμα συντήρησης



# Κυστεκτομή ή BCG;

- Μελέτη ανάλυσης αποφάσεων (decision analysis study)
- Η προσαρμοσμένη ως προς την αναμενόμενη επιβίωση ποιότητα ζωής (Quality-Adjusted Life Expectancy – QALE) είναι μεγαλύτερη για την κυστεκτομή σε ασθενείς > 65 ετών
- Αντίθετα, είναι μεγαλύτερη για τη συντηρητική αγωγή (BCG) σε ασθενείς < 65 ετών



# Ποιότητα ζωής και εκτροπή ούρων

---

- Οι περισσότεροι Ουρολόγοι πιστεύουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα ζωής ανάμεσα στους διάφορους τύπους εκτροπής των ούρων
- Η αντίληψη αυτή δεν υποστηρίζεται από τις μέχρι σήμερα δημοσιευμένες μελέτες

Porter MP et al. Urol Clin N Am 2005, 32:207-216  
Hedgepeth RC et al. Urology 2010, 76:671-675

# Προτεινόμενος αλγόριθμος για την αντιμετώπιση του καρκίνου κύστης T1 high grade

