



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی

راهنمای طبابت بالینی

تشخیص، درمان و پیکیری سرطان مثانه

واحد مدیریت دانش بالینی اورولوژی  
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

خرداد ۱۳۹۶

## مقدمه:

توسعه جوامع و گسترش نظام های سلامت، به ویژه در دو سده اخیر و نیز گسترش علوم پزشکی در جهان موجب شده است که تقریباً تمام کشورها به منظور برآورده شدن نیازهای سلامت محور خود، به تدوین راهنماهای بالینی (راهکارها، سیاست ها، استانداردها و پروتکل های بالینی) در راستای ارتقا سطح کیفی و کمی ارائه خدمت و همچنین تدوین سیاست های کلان در چارچوب استقرار پزشکی مبتنی بر شواهد گام بر دارند. از سویی ضرورت تعیین حدود و ثغور اختیارات دانش آموختگان حرف مختلف پزشکی و استاندارد فضای فیزیکی و فرآیندهای ارائه خدمات سبب شد تا تدوین شناسنامه های مرتبط به منظور افزایش ایمنی، اثر بخشی و هزینه اثر بخشی در دستور کار وزارت متبوع قرار گیرد.

اندازه گیری کیفیت برای جلب اطمینان و حصول رضایت آحاد جامعه، قضاوت در زمینه عملکردها، تامین و مدیریت مصرف منابع محدود، نیازمند تدوین چنین راهنماهایی می باشد. این مهم 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 نسبت به ارائه خدمات و مراقبت های سلامت دارند، نائل نماید تا به بهترین شکل به نیازهای مردم و جامعه پاسخ دهند. علاوه بر تدوین راهنماها، نظارت بر رعایت آن ها 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 راهنماهای مناسب برای خدمات سلامت، در زمره مهمترین ابعاد مدیریت نوین در بخش سلامت، به شمار می آید. اکنون در کشورمان، نیاز به وجود و استقرار راهنماهای 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 معاون محترم درمان «جناب آقای دکتر محمد حاجی آقاجانی»، معاون محترم آموزشی «جناب آقای دکتر باقر لاریجانی» و شورای راهبردی تدوین راهنماهای بالینی در مدیریت تدوین راهنماهای طبابت بالینی، و نیز هیات های بورد و انجمن های علمی تخصصی مربوطه، اعضاء محترم هیئت علمی مراکز مدیریت دانش بالینی و همچنین هماهنگی موثر سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، وزارت کار، تعاون و رفاه اجتماعی و سازمان های بیمه گر و سایر همکاران در معاونت های مختلف وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تقدیر و تشکر نمایم.

انتظار می رود راهنماهای طبابت بالینی تدوین شده تحت نظارت فنی دفتر ارزیابی فناوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت و کمیته فنی تدوین راهنماهای بالینی، 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**



## تدوین کنندگان:

### اعضای کمیته اوروانکولوژی 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 یوروانکولوژی مرکز تحقیقات، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

دکتر ناصر شخص سلیم دبیر کمیته یوروانکولوژی 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 طبیبی 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 یوروانکولوژی، 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

**زیر نظر:**

**اداره استانداردسازی و تدوین راهنماهای بالینی**

**دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت**

**دکتر علیرضا اولیایی منش، دکتر مجید داوری، دکتر آرمان زندی، دکتر آرمین شیروانی، مجید حسن قمی،**

**دکتر عطیه صباغیان پی رو، دکتر مریم خیری، دکتر بیتا لشکری، مرتضی سلمان ماهینی**



مرحله بندی سرطان مثانه

2009 TNM classification of urinary bladder cancer

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

در ابتدا بایستی TUR 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 می شود:

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<sup>۱</sup> می تواند 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<sup>۲</sup> (induction course) اینتراوزیکال تراپی با BCG می شود (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 می شود (A).



<sup>۱</sup> Cترجیحا میتوماپسین  
<sup>۲</sup> ۶ هفته (هر هفته یک دوز)

- درمان اینتراوزیکال **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** اینتراوزیکال پس از درمان القایی اینتراوزیکال می شود (A).

مرحله **CIS**:

- مارکر انتخابی برای تعیین و پیگیری بیمار با **CIS**، سیتولوژی است (B).
- درمان **CIS** اینتراوزیکال **BCG** (درمان القایی شش هفته) می باشد (A).
- پاسخ به درمان اینتراوزیکال **BCG**، بایستی سه ماه پس از شروع درمان بررسی گردد.
- در صورت موفقیت درمان لافل یک سال **BCG maintenance** 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 می شود (B) .
  - بیوپسی از یوروتلیوم با ظاهر غیر طبیعی، بیوپسی مخاط به ظاهر طبیعی در موارد سیتولوژی مثبت یا وقتی تومور اگزوفتیک غیر پایلری است توصیه می شود (C) .
  - بیوپسی از مجرای پروستاتیک در موارد زیر توصیه می شود (C) :
    - (۱) تومور گردن مثانه
    - (۲) CIS مثانه
    - (۳) مجرای پروستاتیک غیر طبیعی
  - MRI یا Multidetector Computed Tomography (MDCT) شکم و لگن با کونتراست enhancement برای بیمار مناسب برای رادیکال سیستکتومی توصیه می شود (B) .
  - در بیمار کانسر مهاجم مثانه، MDCT قفسه سینه، برای مرحله بندی بیماری بهترین است. اگر در دسترس نبود جایگزین های پایین تر IVU و یک CXR می باشد (B) .
  - کانسر مثانه مرحله T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> :
    - درمان مرسوم رادیکال سیستکتومی است (A) .
    - نئو ادجوانت کموتراپی ترکیبی با پایه سیس پلاتین را بایستی مورد توجه قرارداد.
    - در موارد ضایعه تک در یک محل مناسب و عدم CIS می توان 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 PT3-4 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 زمینه ای با poor performance status درمان ها شامل: TURT تنها یا رادیوتراپی تنها یا کموتراپی تنهاست.

### کانسر مثانه T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub> :

- درمان مرسوم رادیکال سیستکتومی 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 T4N0 :

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



## چند توصیه:

- تمام بیماران رادیکال سیستمکتومی بایستی تحت لنفادنکتومی رژیونال قرار بگیرند. وسعت لنفادنکتومی به صورت کامل تعریف نشده است (B).
- نتو ادجوانت کموتراپی در بیماران با **performance status** بیشتر ازدو و نارسائی کلیه توصیه نمی شود (B).
- ایلنوم ترمینال و کولون قطعات روده‌ای 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 سیستمکتومی لاپاراسکوپییک ممکن است یک انتخاب درمانی باشد هر چند اطلاعات موجود فواید و مضرات آنرا به اندازه کافی اثبات نکرده است (C).
- در صورت مارژین منفی مجرا عمل جایگزینی مثانه ارتوتوپیک بایستی به بیمار مؤنث یا مذکر پیشنهاد شود (B).
- قبل از انجام سیستمکتومی 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؛

1. شیمی درمانی درمان اصلی محسوب می‌شود که با رژیم‌های دارویی **methotrexate, vinblastine, adriamycin plus cisplatin (MVAC)** و یا **(A).gemcitabine/ cisplatin (GC)**
2. در بیماران با اختلال عملکرد کار کلیه بجای سیس پلاتین، کریوپلاتین و در بعضی مطالعات **oxaliplatin** توصیه می‌شود. (A)
3. 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.
4. زمانی که متاستاز مغزی داشته باشند، رادیوتراپی مغز نیز توصیه می‌شود.
5. در بیماران با پاسخ کامل شیمی درمانی که متاستازهای محدود داشته‌اند، درمان لوکالیزه کانسر مثانه که قبلاً انجام نشده باشد، توصیه می‌گردد.
6. 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 (T<sub>1</sub>, T<sub>a</sub>):
  - 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<sub>a</sub> گرید بالا که تهاجم لنفوواسکولر باشد یا رزکشن ناکامل باشد و یا عضله در نمونه رزکشن نباشد و همچنین برای تمام بیماران T<sub>1</sub> 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 (T<sub>1</sub>, T<sub>a</sub>) مثانه
- درمان کمکی با کموتراپی داخل مثانه (Immediate therapy):
  - شامل یک دوز تک کموتراپی ایتراوزیکال 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 مثانه‌ای انجام گیرد
- درمان کمکی القائی یا داخل مثانه‌ای 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<sub>1a</sub> کوچک گرید پایین.
  - در بیماران CIS
- رادیکال سیستکتومی:
  - کلیه بیماران مرحله T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>
  - کلیه بیماران T<sub>3</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>
  - تومور گرید بالای T<sub>a</sub> و یا T<sub>1</sub> که به درمانهای اولیه پاسخ نداد.
  - تومور سطحی که امکان رزکشن کامل آن با TURP نباشد.
  - CIS که به درمان ایتراوزیکال BCG (دو مرحله) پاسخ نداد.
- Maintenance intravesical therapy برای
  - ۱- مرحله Ta گرید بالا، T<sub>1</sub>-۲ محدود به مثانه یا CIS-۳
- کموتراپی بعنوان تنها روش درمان:
  - در موارد T<sub>4</sub>
  - در موارد تومور متاستاتیک
- پیگیری بیماران T<sub>1</sub>, T<sub>a</sub> 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 T<sub>a</sub> گرید بالا و T<sub>1</sub>: 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.





## با تشکر از همکاری :

دکتر علی شهرامی، دکتر امیر احمد اخوان، حسن باقری، سعید معنوی، دکتر غلامحسین صالحی زلانی، دکتر سید موسی طباطبایی،  
عسل صفایی، دکتر علی شعبان خمسه، سلماز سادات نقوی الحسینی، دکتر مینا نجاتی، پروانه سادات ذوالفقاری، دکتر زهرا خیری،  
سوسن صالحی، مهرناز عادل بحری، لیدا شمس، گیتی نیکو عقل، حوریه اصلانی، حامد دهنوی، دکتر محمدرضا ذاکری،  
معصومه سلیمانی منعم، مهرندا سلام زاده، سید جواد موسوی، افسانه خان آبادی، دکتر مجتبی نوحی

