

# BEHANDLING AF INVASIVE BLÆRETUMORER



*Pernille Skjold Kingo, 1.reservelæge, PhD  
Aarhus Universitets Hospital  
Urinvejskirurgisk afdeling*

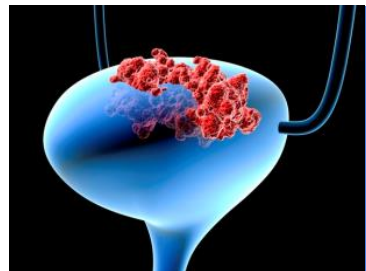
# BLÆREKRÆFT – EPIDEMIOLOGI/INCIDENS



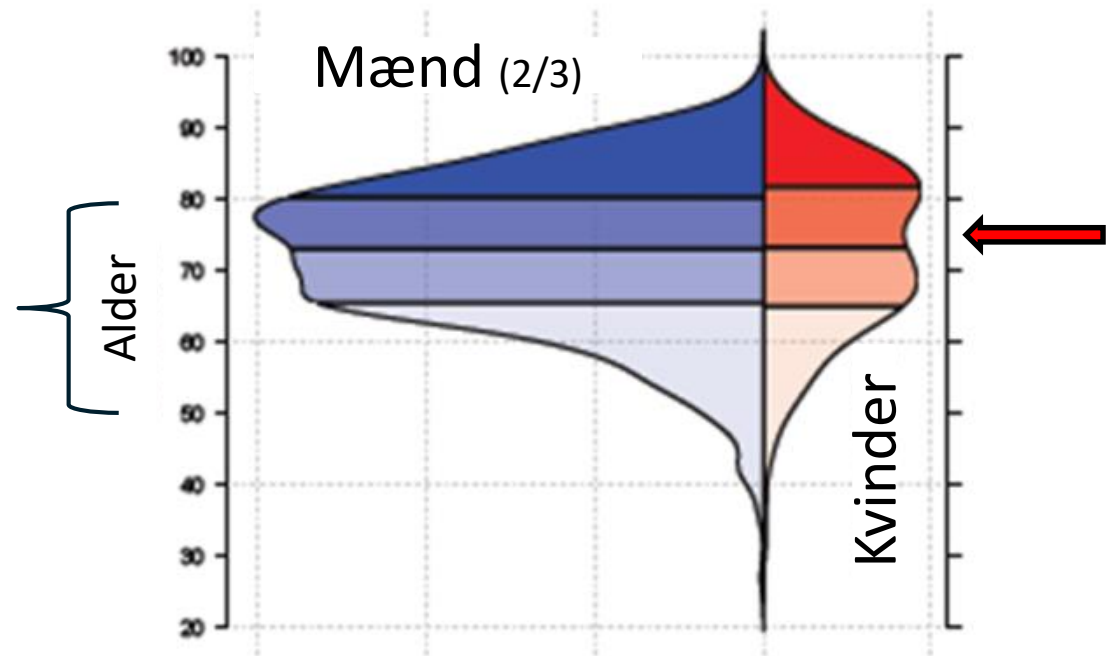
9. hyppigste kræftform i verden  
(5. hyppigste hos M, 9. hyppigste hos K)



1600 nye tilfælde/år



25 % MIBC



# HVAD INDEBÆRER EN CYSTEKTOMI?

## Mænd:

- Fjernelse af blære, prostata, vesikler (og urethra ved positivt frys)

## Kvinder

- Fjernelse af blære, vaginas forvæg, uterus og ovarier (og urethra medmindre neoblære)

Urinafledning vha. tarm

Lymfeknudeexcairese af pelvine lymfeknuder

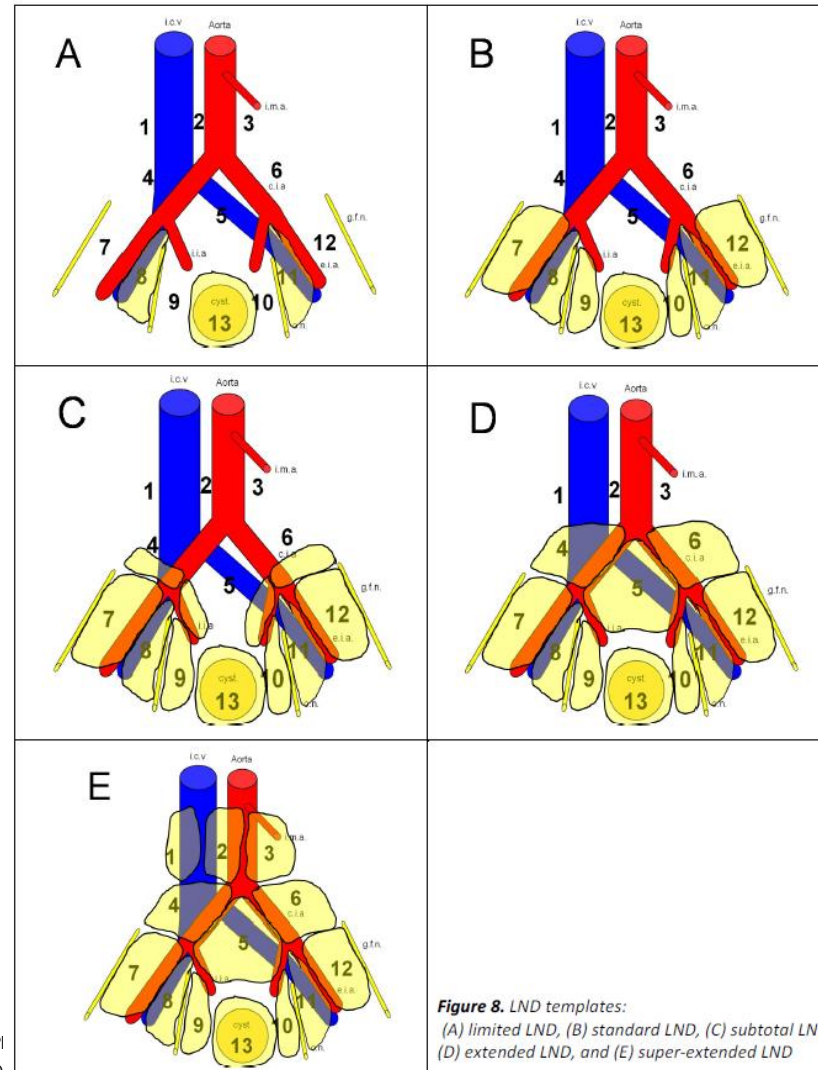
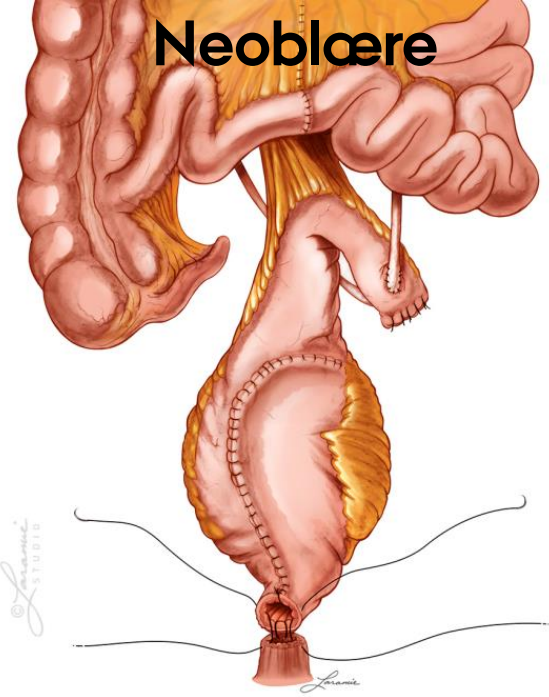
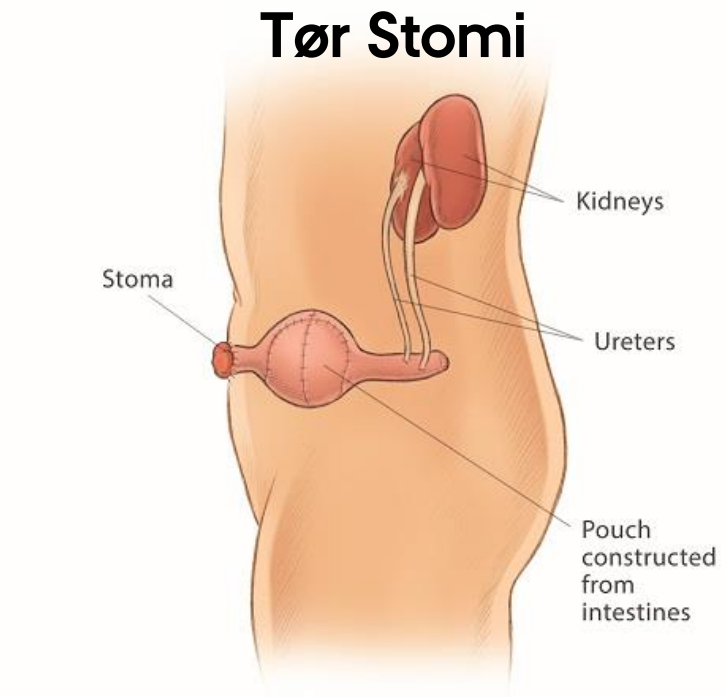
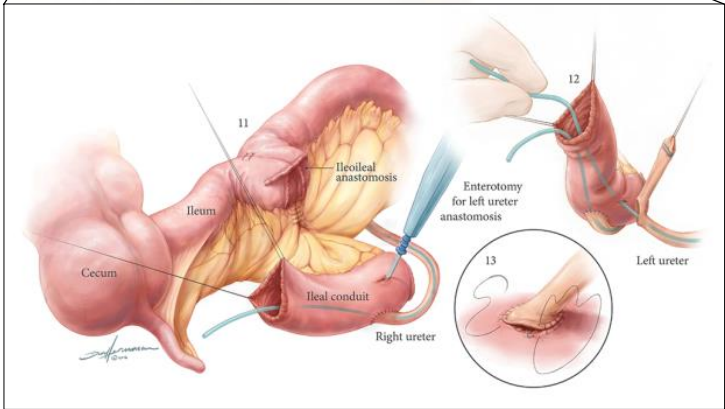
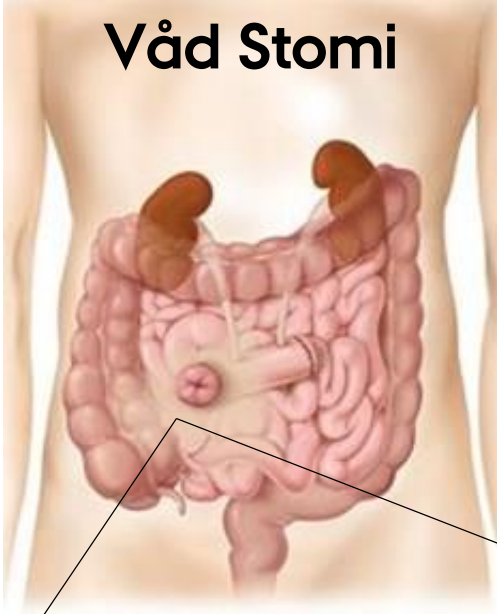


Figure 8. LND templates:  
(A) limited LND, (B) standard LND, (C) subtotal LND,  
(D) extended LND, and (E) super-extended LND

# CYSTEKTOMI MED URINAFLEDNING



# PERI- OG POSTOPERATIVE KOMPLIKATIONER

Blødning/transfusion

Infektion/Urosepsis

Fascie/sårruptur

Abcesdannelse

Embolier/DVT

Ileus

Ureteranastomose- el  
Tarmanastomoselækager

Lymfocele

Ureterstrikturer

Perioperativ mortalitet ca. 3 %



# HVEM SKAL RADIKALT BEHANDLES? (DABLA CA GUIDELINES)

T2-T4a, cN0/Nx, cM0

CIS der ikke responderer på BCG

T1?

- Cystektomi skal overvejes ved:
  - Dyb invasion i lamina propria (pT1b: invasion tæt på detrusormuskulatur)
  - Invasion i lymfe- eller blod-kar
  - Multifokalitet af invasiv tumor
  - Recidiv af tidligere radikalt reseceret tumor
  - Palpabel tumor efter endoskopisk resektion
  - *Stor primær tumor (>3 cm)*
  - *T1 + CIS*
  - *Tumor er lokaliseret nedadtil på blærens forvæg*

# RADIKAL BEHANDLING AF CT2-T4A N0/x M0?

---

## DaBlaCa retningslinier:

Radikal cystektomi med lymfeknude-exairese er den mest effektive enkeltbehandling af lokaliseret muskelinvasiv blærecancer

- Forudgået af **neoadjuverende** kemoterapi (Cisplatin + Gemcitabin) ved T2+, alder under 75 år, "normal" nyrefunktion (GFR>60ml/min)

Ekstern strålebehandling kan tilbydes i de tilfælde, hvor patienten pga. co-morbiditet eller af f.eks. psykiske årsager vurderes at være uegnet til cystektomi

Systemisk kemoterapi som første valg rekommanderes ikke ved formodet lokaliseret sygdom pga. lav forekomst af komplet respons

- Småcellet carcinom: Kemoterapi + Cystektomi

# HVILKE PATIENTER MED MIBC ER IKKE KANDIDAT TIL PRIMÆR CYSTEKTOMI?

---

Metastatisk sygdom (M+)

cT4b

Svær lungesygdom

Alvorlig kardiovaskulær lidelse

Anden mere aggressiv cancerform

Psyke/manglende motivation/demens

Alder?





# IKKE-RADIKAL BEHANDLING AF MUSKELINVASIV SYGDOM

Ved cT4b og/el. N++ og/el. M1: kemoterapi og evt. senere radikal beh.

Pallierende strålebehandling (smertelindrende og hæmostaserende)

Palliativ TUR-B?

- Kun på indikation – ikke rutinemæssigt!



# UDREDNING FØR RADIKAL BEHANDLING

---

NB: Alle ptt er som udgangspunkt egnede til radikal behandling

1. Vurdering af co-morbiditet mv. (PS 0-2)
2. Udredning af lokale forhold
  - palpation
3. Metastaseudredning
  - PET/CT thorax+abdomen+bækken
  - Knoglescintigrafi? MR?
  - Diverse supplerende US

# CYSTEKTOMI EFTER PRIMÆR ONKOLOGISK BEHANDLING

---

Lokal recidiv efter stråleterapi ("salvage cystectomi")

"Respondere" efter kemoterapi?

- Lymfeknudemetastaser
- T4b tumorer med tumorsvind
- Organmetastaser?

# FOLLOW-UP EFTER CYSTEKTOMI

Klinisk ktrl ca. 4 mdr., 12 mdr. og 24 mdr. inkl. CT-scanning af thorax og abdomen

Patienter med udbredt CIS eller dysplasi i ureteres kontrolleres yderligere efter 36 mdr. med CT-urografi og desuden med afløbsfase (urografi-fase) ved alle CT-scanninger

Højrisiko patienter (pT3N0 el. pTxN1-3) kontrolleres evt. med yderligere to CT-scanninger af thorax og abdomen inden for de første 2 år, eksempelvis efter 8 mdr. og 18 mdr.

Årlig blodprøvekontrol livslangt med hæmoglobin, se-creatinin, standard bicarbonat og cobalamin (B12)

”Patient reported outcome measures” (PROM) er vigtig del af kontrol efter cystektomi og urinafledning



# FOLLOW-UP STRÅLEBEHANDLING

---

Klinisk ktrl. inkl. cystoskopi efter 3 mdr. og herefter hver 4. md. i 2 år årligt og CT scanning (efter 4, 12 og 24 mdr)

# ONKOLOGISK BEHANDLING AF UROTHELCANCER

