

TNM	BETEGNELSE	RISIKO	EAU Guidelines 2019
Primær, solitær, TaG1 (PUNLMP, LG), < 3 cm, ingen CIS	NMIBC	Lav risiko	Engangsinstillasjon (=1 gang kjemoterapi) etter TURB
Øvrige tumorer mellom kategori lav og høy risiko	NMIBC	Intermediær risiko	Engangsinstillasjon+BCG i minst 1 år eller kjemoterapi i maks. 1 år. < 1 recidiv/år, <5 EORTC recidiv score
Noen av følgende; T1 tumorer, G3(HG) tumorer eller CIS -multiple, residiverende og store (> 3 cm) TaG1-G2 tumorer/LG (samtlige vilkår må oppfylles)	NMIBC	Høy risiko	BCG i 1-3 år eller cystektomi i høyeste risikogruppe
T1G3 med konkomitant CIS, multiple og/eller stor T1G3 og/eller residiverende T1G3, T1G3 med CIS i prostatiske uretra, micropapillær variant av urotheliale carcinom. LVI (lymfovaskulær invasjon)	NMIBC	Subgruppe av Høy risiko	Radikal cystektomi bør overveies. De som ikke vil eller som ikke er egnet for cystektomi, BCG i 1-3 år fulldose
BCG-refraktære tumorer (Fullstendig info på EAU guidelines)	NMIBC	Høy risiko	Radikal cystektomi anbefales
T2-4	Lokalt avansert BC	Høy risiko	Behandling i henhold til retningslinjer
N+ og/eller M+	Metastasert BC	Høy risiko	Behandling i henhold til retningslinjer

Dosering BCG: Induksjonsbehandling gis 2-3 uker etter TURB el. biopsi i blære (1 beh./u i 6 uker). Deretter 4 ukers opphold før kontrollcystoskopi og vedlikeholdsbehandling som kan gis på to måter. Ett behandlingsregime består av 1 instillasjon/måned i ett år. Kontrollcystoskopi gjøres med samme intervall som ved 36 måneders behandling. Ett år gir totalt femten instillasjoner. Et annet behandlingsregime består av tre instillasjoner med en ukes intervall i løpet av måned 3, 6, 12, 18, 24, 30 og 36. Under og etter behandling, regelmessige urin- og cystoskopikontroller.

Dosering Mitomycin: Behandlingen gis 1 gang/uke i 6-8 uker med start 4 uker etter TURB. Vedlikeholdsbehandling kan gis med 1 instillasjon/måned i 12 måneder.

Behandlingsanbefalinger i henhold til EAU-Guidelines 2019

Recommendations for Low Risk Tumours

Patients with a single, small, low grade Ta tumour without CIS are at low risk, they should receive:

1. A complete TURB (Gr: A).
2. An immediate single post-operative instillation with a chemotherapeutic agent (drug optional) (Gr: A).
3. No further treatment is recommended prior to disease recurrence.

Recommendations for Intermediate Risk Tumours

The major issue in the management of intermediate risk tumours is to prevent recurrence and progression, of which disease recurrence is clinically the most frequent. Treatment should include:

1. Complete TURB followed by an immediate postoperative instillation with a chemotherapeutic agent (drug optional) (Gr: A).
2. A second TURB after 4-6 weeks when indicated (Gr: B).
- 3a. Adjuvant intravesical immunotherapy with BCG, 1 year full dose (Gr: A);
Or
- 3b. Adjuvant intravesical chemotherapy (drug optional), schedule: optional although the duration of treatment should not exceed 1 year (Gr: A).

Recommendations for High Risk Tumours

The treatment of Ta, T1 tumours at high risk should consist of:

1. Complete TURB of papillary tumours (Gr: C).
2. A second TURB after 4-6 weeks (Gr:B).
3. Adjuvant intravesical immunotherapy with BCG (full dose). Maintenance therapy for 1-3 years is necessary although the optimal maintenance scheme has not yet been determined (Gr: A).
4. Immediate radical cystectomy may be offered to patients at highest risk of tumour progression (Gr: C).
5. In patients with BCG failure, radical cystectomy is recommended (Gr: B).

**Low grade is a mixture of G1 and G2.*

*** High grade is a mixture of some G2 and all G3.*

Recommendations for the treatment of CIS

1. In concurrent CIS, the initial strategy (TURB, early intravesical instillation, a second TURB) is based on the features of the papillary tumour.
2. Intravesical BCG immunotherapy, full dose with 1-3 years of maintenance (Gr: A).
3. After the 6 week induction course, a second course of 6 weekly BCG instillations or maintenance cycles consisting of 3 weekly instillations may be considered in non responders since about 40-60 % of these patients will respond to additional treatment with BCG (Gr: B).
4. In BCG non-responders at 6 months radical cystectomy is recommended (Gr: B).