

## 22. ZHOUBNÝ NOVOTVAR MOČOVÉHO MĚCHÝŘE (C67)

Před zahájením onkologické léčby musí být proveden staging onemocnění. U každého pacienta bychom měli zvážit možnosti multioborového přístupu. Níže jsou uvedena indikační kritéria pro prezentaci pacienta na multioborovém týmu:

a) svalovinu neinvadující karcinomy (NMIBC):

1/very high-risk NMIBC, u kterých se kromě instilační léčby zvažuje i radikální chirurgická léčba,

2/ NMIBC neodpovídající na BCG instilace (BCG-refrakterní, BCG-rekurentní).

b) pacienti s pT2 a více onemocněním,

c) pacient s M1 postižením, u kterých se předpokládá multioborový přístup,

d) variantní histologie nádorů v jakémkoliv stádiu.

### 22.1 Stadium 0a (TaN0M0), stadium I (T1N0M0)

Základem léčby je transuretrální resekce (TUR).

Doporučována je jednorázová intravezikální aplikace chemoterapeutika po TUR v den výkonu (optimálně do 6 hodin).

Používaná cytostatika: mitomycin-C, epirubicin.

Opakovaná resekce (re-TUR) je doporučena v případě pochybností o úplnosti první resekce, u všech T1 tumorů a v případě absence svaloviny detruzoru v resekatu (neplatí pro TaLG/G1 a primární CIS).

Další postup, případně intravezikální léčba, závisí na riziku recidivy a progresu, které odhadujeme na základě prognostických faktorů:

- Rozlišení Ta a T1.
- Věk
- Stupeň buněčné diferenciaci.
- Frekvence předchozích recidiv.
- Počet tumorů, plošný rozsah, případně přítomnost doprovodného ložiska Tis.

**Aktualizovaný kalkulátor umožňuje výpočet rizika progresu (v případě obou klasifikací WHO – 1973 nebo 2004/2016 – je vhodné použít WHO 1973). Kalkulátor je dostupný na adrese <https://nmibc.net/>**

Dále jsou nutné vždy pravidelné kontroly spočívající v cystoskopii a cytologickém vyšetření moči – viz follow-up.

#### **Konkrétní postup (podle kalkulátoru rizika):**

- U pacientů s nízkým rizikem tumorů pouze kontroly – 3 a 9 měsíců od primoTUR a poté až 12 měsíců do 5 let včetně.
- U pacientů se středně rizikovými tumorů další intravezikální chemoterapie\* nebo intravezikální imunoterapie BCG vakcínou.
- U pacientů s vysokým rizikem tumorů intravezikální imunoterapie BCG vakcínou. V případě selhání léčby BCG vakcínou je indikována cystektomie, případně zachovný režim při nevhodnosti k cystektomii (= extenzivní TUR + RT + chemoterapie).
- U pacientů s velmi vysokým rizikem je vhodné diskutovat o provedení okamžité radikální cystektomie, případně zachovný režim, při nevhodnosti k cystektomii.

#### **Používaná cytostatika:**

mitomycin-C, epirubicin, gemcitabin

\*Schéma (liší se dle použitého cytostatika): např. u mitomycinu-C se jedná většinou o 4 instilace v týdenních intervalech, další až 4 týdny do celkové doby 12 měsíců.

#### **Používaná imunoterapie:**

##### **BCG vakcína**

Schéma: indukční fáze: 6 instilací v týdenních intervalech

udržovací fáze: 3 instilace v týdenních intervalech vždy ve 3, 6, 12 měsících,

v případě vysokého rizika fakultativně dále 3 instilace v týdenních intervalech

vždy až 6 měsíců do celkové doby 3 let.

Po třech a šesti měsících léčby je vhodné provést vícečetnou biopsii měchýře k ověření efektu instilací. (Pokud je k dispozici, je vhodné použít fotodynamickou diagnostiku – PDD). V případě selhání léčby BCG vakcínou je indikována cystektomie, případně zachovný režim, při nemožnosti cystektomie.

U pacientů s Ta/T1 high-grade nádory nebo Tis lze v případě nedostupnosti BCG nebo po selhání intravesikální léčby individuálně zvážit intravesikální termochemoterapii nebo radiofrekvenčně-indukovanou intravesikální chemohypertermii, která se provádí na specializovaných pracovištích.

## 22.2 Stadium 0is (TisN0M0)

Intravezikální instilace BCG vakcínou.

Schéma: indukční fáze: 6 instilací v týdenních intervalech

udržovací fáze: 3 instilace v týdenních intervalech vždy ve 3, 6, 12 měsících,

fakultativně dále 3 instilace v týdenních intervalech vždy à 6 měsíců do celkové doby 3 let.

Po třech a šesti měsících léčby je možné provést vícečetnou biopsii měchýře k ověření efektu instilací. (Pokud je k dispozici, je vhodné použít fotodynamickou diagnostiku – PDD). V případě selhání léčby BCG vakcínou je indikována cystektomie, případně zachovný režim, při nemožnosti cystektomie.

## 22.3 Stadium II a III

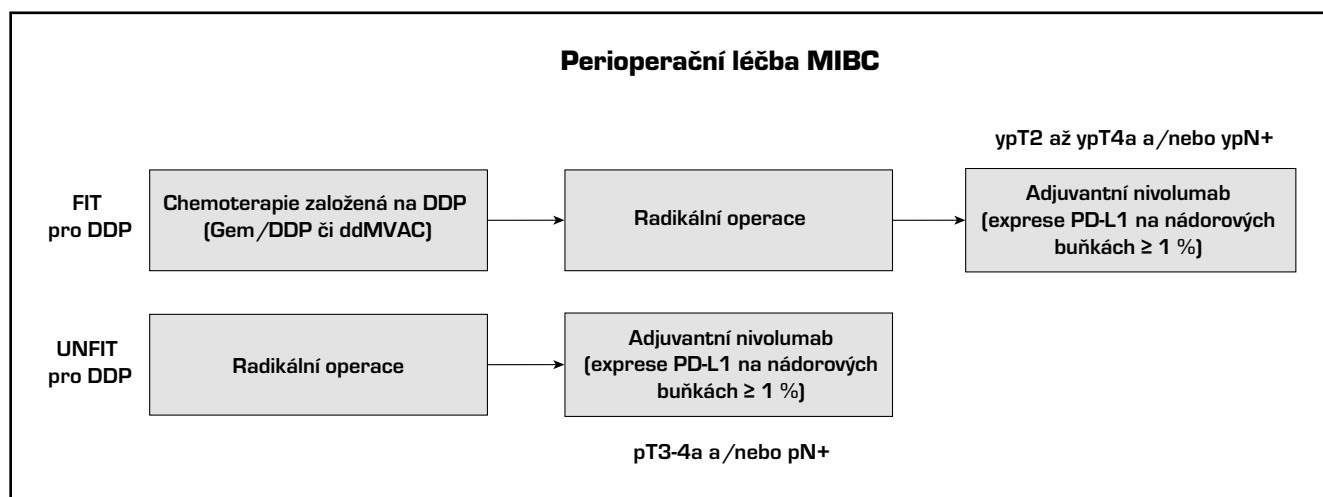
Staging a radikální chirurgickou léčbu provádí urolog. Indikace k radikální léčbě musí být na základě rozhodnutí multidisciplinárního týmu.

### A. Radikální chirurgická léčba (radikální cystektomie a pánevní lymfadenektomie)

#### Možnosti neoadjuvantní a adjuvantní systémové léčby:

Neoadjuvantní systémová chemoterapie s cisplatinou v případě T2-T4a N0M0 tumorů se podává před cystektomií s cílem eradikace potenciálních mikrometastáz, respektive dosažení downstagingu (úroveň důkazů 1). Pouze s cisplatinou kombinované neoadjuvantní režimy prokázaly prodloužení přežití. **V současnosti je neoadjuvantní systémová chemoterapie preferována před adjuvantní.** U pacientů s hraniční či mírnou renální insuficiencí je možno rozdělit dávku cisplatinu na dva dny (35 mg/m<sup>2</sup> – den 1 a 2, či den 1 a 8; úroveň důkazů 2B). **Perioperační chemoterapie s karboplatinou není v této indikaci doporučena.** MVAC v klasickém dávkování není v neoadjuvanci doporučen pro vyšší toxicitu ve srovnání s režimy ddMVAC a gemcitabin/DDP.

Adjuvantní systémová chemoterapie je zvažována po cystektomii u lokálně pokročilých nádorů (pT3, pT4) a při průkazu lymfovaskulární invaze u pacientů, kteří nedostali neoadjuvantní chemoterapii a jsou cisplatina fit (definice níže) (úroveň důkazů 2B). Také je možné podání adjuvantní léčby nivolumabem a to v situacích uvedených v schématu níže, při pozitivě exprese PD-L1 na nádorových buňkách ≥ 1% (úroveň důkazů 1).



**Používaná cytostatika a imunoterapie:**

metotrexát, vinblastin, doxorubicin, cisplatina, gemcitabin, nivolumab.

**Použité režimy:**

gemcitabin/DDP, ddMVAC, nivolumab v monoterapii

**Režimy neoadjuvantní a adjuvantní chemoterapie, imunoterapie**

|                                                                                                               | dávka (mg/m <sup>2</sup> ) | den aplikace        | opakování cyklu             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|-----------------------------|
| <b>ddMVAC</b>                                                                                                 |                            |                     |                             |
| metotrexát                                                                                                    | 30                         | 1.                  |                             |
| vinblastin                                                                                                    | 3                          | 2.                  |                             |
| doxorubicin                                                                                                   | 30                         | 2.                  |                             |
| cisplatina                                                                                                    | 70                         | 2.                  | à 14 dnů<br>3–4 cykly       |
| <i>Nutná primární profylaxe růstovými faktory po každém cyklu CHT (např. filgrastim 48 MIU s.c. den 4–10)</i> |                            |                     |                             |
| <b>gemcitabin/cisplatina</b>                                                                                  |                            |                     |                             |
| gemcitabin                                                                                                    | 1000                       | 1., 8., 15.         |                             |
| DDP                                                                                                           | 70                         | 2. (možno i den 1.) | à 4 týdny<br>3–4 cykly      |
| <b>gemcitabin/cisplatina</b>                                                                                  |                            |                     |                             |
| gemcitabin                                                                                                    | 1000                       | 1., 8.              |                             |
| DDP                                                                                                           | 70                         | 2. (možno i den 1.) | à 3 týdny<br>3–4 cykly      |
| Nivolumab                                                                                                     | 240 mg i.v.                | 1.                  | à 2 týdny                   |
|                                                                                                               | 480 mg i.v.                | 1.                  | à 4 týdny<br>Po dobu 1 roku |

**B.** Multimodální měchýř šetřící postupy (kombinace TUR, radioterapie, systémové chemoterapie) v rámci protokolů u vybraných a informovaných pacientů (menší nádory T2, bez CIS).

**Záchovné režimy:**

Vhodné jen pro pacienty neschopné cystektomie nebo cystektomii odmítající. Podmínkou je provedení maximální TUR resekce nádoru (případně ve více dobách).

Příklad režimu chemoradioterapie: DDP 100mg/m<sup>2</sup> à 3 týdny + konkomitantní radioterapie.

**22.4 Stadium IV (lokálně pokročilý karcinom či metastatické onemocnění)****22.4.1 Lokoregionálně pokročilé nádory TxN1-3M0**

**A.** Radikální chirurgická léčba u operabilních nádorů (radikální cystektomie a pánevní lymfadenektomie). Možnosti neoadjuvantní a adjuvantní systémové léčby:

Neoadjuvantní systémová chemoterapie před cystektomií s cílem dosažení down-stagingu (preference – úroveň důkazů 1). Adjuvantní systémová chemoterapie je zvažovanou možností léčby u cisplatina fit pacientů, zvláště nebyla-li podána neoadjuvantní léčba. Adjuvantní imunoterapie nivolumabem může být indikována, za podmínek uvedeném ve schématu odstavce 22.3. V případě reziduálního nádoru po cystektomii je zvažována radioterapie nebo paliativní chemoterapie dle celkového stavu pacienta.

**B.** Radioterapie u inoperabilních nádorů či u pacientů neschopných radikální operace, event. v kombinaci se systémovou chemoterapií dle celkového stavu pacienta.

## 22.4.2 Generalizované nádory TxNxM1

### Metastatické onemocnění či lokálně pokročilé inoperabilní onemocnění (mUC)

Níže uvedené schéma poskytují doporučení k léčbě (mUC), za indikaci léčby je plně odpovědný klinický onkolog, je nutné přihlédnout k aktuálním podmínkám úhrady (sukl.cz), celkovém stavu pacienta a jeho onemocnění a cílům léčby. V současnosti není dostatek důkazů pro rozdílnou léčbu metastatického uroteliálního karcinomu podle lokalizace primárního nádoru (močový měchýř, uretra, močovody, ledvinné pánvičky).

#### První linie léčby mUC

Výběr léčby generalizovaného uroteliálního karcinomu by měl vycházet z klinického stavu pacienta, dostupnosti léčiv a důkazní úrovně. Režimy obsahující imunoterapii (avelumab, pembrolizumab, nivolumab) představují nový standard péče, s možností individualizace podle potřeb pacienta.

V první linii léčby generalizovaného uroteliálního karcinomu jsou doporučovány následující terapeutické režimy, přizpůsobené stavu pacienta a jeho komorbiditám:

##### 1. Enfortumab vedotin s pembrolizumabem (úroveň důkazu 1)

- Doporučený režim pro většinu pacientů bez ohledu na vhodnost pro léčbu cisplatinou.
- Tento režim dosahuje nejvyššího podílu kompletních a parciálních remisí, nejdelšího mediánu přežití bez progresu (PFS) a podobného mediánu celkového přežití (OS) ve srovnání s jinými režimy.
- Použití je omezeno přítomností kontraindikací, například jako jsou klinické faktory zahrnuté ve skóre EVITA (např. neuropatie  $\geq$  stupně 2, těžká hyperglykémie, GFR  $\leq$  45 ml/min, ECOG  $\geq$  2, retino či keratopatie).

##### 2. Cisplatina/gemcitabin s nivolumabem (úroveň důkazu 1)

- Preferovaný režim u pacientů vhodných k léčbě cisplatinou, zejména pokud mají pouze uzlinové postižení.
- Ve srovnání s klasickou platinovou chemoterapií přináší lepší kontrolu onemocnění, delší PFS a OS.

##### 3. Platinový režim (cisplatina/karboplatina) s gemcitabinem a následnou udržovací léčbou avelumabem

- Plnohodnotnou alternativou pro pacienty nevhodné ke kombinaci enfortumabu vedotinu s pembrolizumabem.
- Udržovací léčba avelumabem je standardem u pacientů, kteří dosáhnou kontroly onemocnění během chemoterapie (úroveň důkazů 1).

##### 4. ddMVAC (dávkově zahuštěný režim methotrexátu, vinblastinu, doxorubicinu a cisplatinu)

- Možnost volby u vybraných pacientů s dobrou celkovou kondicí, přestože důkazní podpora je slabší (úroveň důkazů 2A).

#### Pacienti nevhodní pro cisplatinu

- Pro pacienty, kteří nejsou schopni podstoupit cisplatinovou chemoterapii, je preferována chemoterapie na bázi karboplatiny s gemcitabinem, následovaná udržovací léčbou avelumabem.
- Alternativně lze u pacientů s expresí PD-L1 indikovat pembrolizumab nebo atezolizumab (úroveň důkazů 2A).

#### Druhá linie léčby mUC

V případě progresu onemocnění během nebo po první linii léčby:

##### 1. Platinový režim, pokud nebyl použitý v první linii léčby (úroveň důkazů 2A)

##### 2. Rechallenge platinového režimu v odstupu 1 roku a více od platinového režimu (úroveň důkazů 2B)

##### 3. Pembrolizumab

- Standardní imunoterapie bez ohledu na expresi PD-L1 (úroveň důkazů 1).

##### 4. Alternativní chemoterapie

- Vinflunin, paclitaxel nebo docetaxel u pacientů nevhodných pro pembrolizumab (úroveň důkazů 2A).

##### 5. Enfortumab vedotin

- Indikován u pacientů s lokálně pokročilým nebo metastazujícím mUC, kteří již podstoupili chemoterapii obsahující platinu a terapii inhibitory PD-1/PD-L1 (úroveň důkazů 1).

## 6. Erdaftinib

- Indikován u pacientů s aberací FGFR3, kteří již byli léčeni inhibitory PD-1/PD-L1 (úroveň důkazů 1)

### Doporučení pro výběr léčebného režimu

- Léčebný režim by měl být volen individuálně na základě klinických charakteristik pacienta, včetně celkového funkčního stavu (ECOG), komorbidit (např. renální insuficience, diabetes) a compliance.
- Skóre EVITA může být vodítkem při rozhodování o léčbě kombinací enfortumabu vedotinu a pembrolizumabu.
- U pacientů, u nichž není dostupná úhrada enfortumabu vedotinu s pembrolizumabem, je režim na bázi platinové chemoterapie s udržovacím avelumabem ekvivalentní v rámci OS.

### Používaná chemoterapie a imunoterapie:

metotrexát, vinblastin, doxorubicin, cisplatina, karboplatina, gemcitabin, paklitaxel, vinflunin, enfortumab vedotin, nivolumab, pembrolizumab

V níže uvedené tabulce jsou uvedeny kontraindikace k podání cisplatiny (cisplatina „unfit“ pacienti) – stačí splnění jednoho parametru. U poruchy sluchu je indikace k podání cisplatiny na zvážení klinického onkologa. Kromě níže uvedených se uplatňují obecné kontraindikace chemoterapie (ECOG  $\geq 3$ , závažné komorbidity zásadně ovlivňující přežití nebo orgánové funkce, dále aktivní závažná infekce, nesouhlas a nespolupráce pacienta).

|                                             |
|---------------------------------------------|
| ECOG PS $\geq 2$                            |
| Clearence kreatininu $< 60$ ml/min          |
| Neuropatie stupně $\geq 2$                  |
| Srdeční selhání stupně III a více           |
| Audiometrická ztráta sluchu stupně $\geq 2$ |

**Režimy 1. linie**

|                                                                                                               | dávka (mg/m <sup>2</sup> ) | den aplikace        | opakování cyklu      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------|----------------------|
| <b>ddMVAC</b>                                                                                                 |                            |                     |                      |
| metotrexát                                                                                                    | 30                         | 1.                  |                      |
| vinblastin                                                                                                    | 3                          | 2.                  |                      |
| doxorubicin                                                                                                   | 30                         | 2.                  |                      |
| cisplatina                                                                                                    | 70                         | 2.                  | à 14 dnů 3–4 cykly   |
| <i>Nutná primární profylaxe růstovými faktory po každém cyklu CHT (např. filgrastim 48 MIU s.c. den 4–10)</i> |                            |                     |                      |
| <b>EV + Pembrolizumab</b>                                                                                     |                            |                     |                      |
| enfortumab vedotin                                                                                            | 1,25 mg/kg                 | 1. a 8.             | à 3 týdny (21 dní)   |
| (maximálně až 125 mg pro pacienty s tělesnou hmotností ≥ 100 kg)                                              |                            |                     |                      |
| pembrolizumab                                                                                                 | bud' 200 mg                |                     | à 3 týdny            |
|                                                                                                               | nebo 400 mg                |                     | à 6 týdnů            |
| <b>cisplatina gemcitabin s nivolumabem</b>                                                                    |                            |                     |                      |
| nivolumab                                                                                                     | 360 mg                     |                     | à 3 týdny            |
|                                                                                                               |                            |                     | (po dobu až 6 cyklů) |
|                                                                                                               |                            |                     | s chemoterapií       |
| následuje monoterapie nivolumabem podávaným intravenózně                                                      |                            |                     |                      |
| nivolumab                                                                                                     | bud' 240 mg                |                     | à 2 týdny            |
|                                                                                                               | nebo 480 mg                |                     | à 4 týdny            |
| + cisplatina gemcitabin standard (4–6 cyklů)                                                                  |                            |                     |                      |
| <b>gemcitabin/cisplatina</b>                                                                                  |                            |                     |                      |
| gemcitabin                                                                                                    | 1000                       | 1., 8., 15.         |                      |
| DDP                                                                                                           | 70                         | 2. (možno i den 1.) | à 4 týdny            |
| <b>gemcitabin/cisplatina</b>                                                                                  |                            |                     |                      |
| gemcitabin                                                                                                    | 1200                       | 1., 8., 15.         |                      |
| DDP                                                                                                           | 75                         | 1.                  | à 4 týdny            |
| <b>gemcitabin/cisplatina</b>                                                                                  |                            |                     |                      |
| gemcitabin                                                                                                    | 1000                       | 1., 8.              |                      |
| DDP                                                                                                           | 70                         | 2. (možno i den 1.) | à 3 týdny            |
| <b>gemcitabin/karboplatina</b>                                                                                |                            |                     |                      |
| gemcitabin                                                                                                    | 1000                       | 1., 8.              |                      |
| CBDCA                                                                                                         | AUC 5–6                    | 1.                  | à 3 týdny            |
| <b>paklitaxel/gemcitabin</b>                                                                                  |                            |                     |                      |
| paklitaxel                                                                                                    | 180–200                    | 1.                  |                      |
| gemzar                                                                                                        | 1000                       | 1., 8., 15.         | jednou 21–28 dnů     |
| <b>Avelumab</b>                                                                                               |                            |                     |                      |
| (udržovací léčba)                                                                                             |                            |                     |                      |
| po chemoterapií s platinou)                                                                                   | 800 mg i.v.                | 1.                  | à 2 týdny            |
| <b>Atezolizumab</b>                                                                                           |                            |                     |                      |
| U pacientů neschopných léčby                                                                                  |                            |                     |                      |
| cisplatinou a s PD-L1+ nádorem)                                                                               | 1200 mg i.v.               | 1.                  | à 3 týdny            |
| <b>Pembrolizumab</b>                                                                                          |                            |                     |                      |
| (U pacientů neschopných léčby                                                                                 |                            |                     |                      |
| i.v. cisplatinou a s PD-L1+ nádorem)                                                                          | 200 mg                     | 1.                  | à 3 týdny            |
|                                                                                                               | 400 mg i.v.                |                     | à 6 týdnů            |

*Při kontraindikaci DDP je možno použít CBDCA. Je nutno si uvědomit, že CBDCA má nižší účinnost. Taktéž je možné zvážit u těchto pacientů podání atezolizumabu či pembrolizumabu.*

**Režimy 2. a vyšší linie**

|                                                                                                                    | dávka (mg/m <sup>2</sup> ) | den aplikace           | opakování cyklu |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------|
| <b>gemcitabin</b>                                                                                                  |                            |                        |                 |
| gemcitabin                                                                                                         | 1000–1200                  | 1., 8., 15.            | à 4 týdny       |
| <b>vinflunin</b>                                                                                                   |                            |                        |                 |
| vinflunin                                                                                                          | 280–320                    | 1.<br>20 min.          | à 3 týdny       |
| <b>paklitaxel</b>                                                                                                  |                            |                        |                 |
| paklitaxel                                                                                                         | 175–200                    | 1. ve 3hodinové infuzi |                 |
| <i>přešetření po 3 cyklech, pokud PD, pak ukončit</i>                                                              |                            |                        |                 |
| <b>MVAC</b>                                                                                                        |                            |                        |                 |
| metotrexát                                                                                                         | 30                         | 1., 15., 22.           |                 |
| vinblastin                                                                                                         | 3                          | 1., 15., 22.           |                 |
| doxorubicin                                                                                                        | 30                         | 2.                     |                 |
| cisplatina                                                                                                         | 70                         | 2.                     | à 4–5 týdnů     |
| <i>MVAC – tento režim možno použít v modifikaci u silně předlěčených pacientů ve velmi dobrém klinickém stavu.</i> |                            |                        |                 |
| Enfortumab vedotin                                                                                                 | 1,25                       | 1., 8., 15.            | à 4 týdny       |
| Atezolizumab                                                                                                       | 1200 mg i.v.               | 1.                     | à 3 týdny       |
| Nivolumab                                                                                                          | 240 mg i.v.                | 1.                     | à 2 týdny       |
|                                                                                                                    | 480 mg i.v.                | 1.                     | à 4 týdny       |
| Pembrolizumab                                                                                                      | 200 mg i.v.                | 1.                     | à 3 týdny       |
|                                                                                                                    | 400 mg i.v.                |                        | à 6 týdnů       |

**Poznámky:** Nutno dodržovat aktuální indikační omezení a způsob úhrady stanovené SÚKL. Stanovení exprese PD-L1 bylo v každé studii pro daný checkpoint inhibitor prováděno jinou diagnostickou metodou. Z toho vyplývá, že se liší i cut-off vysoké exprese PD-L1, což je nutné zvážit při indikaci konkrétního checkpoint inhibitoru. Léčba imunoterapií probíhá do ověřené progresy onemocnění (možnost pseudoprogrese).



rizika kontroly à 3 měsíce první dva roky, poté à 6 měsíců do pěti let od TUR a poté ročně dlouhodobě. Kontroly u středního rizika jsou plánovány individuálně mezi výše uvedenými rizikovými skupinami.

**Zobrazovací metody:** u tumorů vysokého rizika IVU nebo CT-IVU (nebo jiná zobrazovací metoda dle renálních funkcí) jednou ročně do 5 let včetně a poté každé dva roky do 10 let.

#### **B. Invazivní tumor močového měchýře po radikální cystektomii**

Dispenzarizace je prováděna ve spolupráci urologa, onkologa, event. praktického lékaře. Součástí sledování jsou laboratorní vyšetření (renální funkce, cytologie moči, močový sediment, jaterní enzymy, elektrolyty, krevní obraz, krevní plyny) prováděny v intervalu 3–6 měsíců po dobu dvou let a poté jednou ročně dlouhodobě.

Zobrazovací metody (CT hrudníku, břicha a malé pánve s vylučovací fází, UZ břicha a pánve) by měla být indikována na základě rizika možné rekurence onemocnění v intervalu à 6 měsíců po dobu 3 let a poté à 1 rok po dobu 5 let. Po uplynutí 5 let se provádí další sledování dle klinického projevu možného relapsu a stupně rizika rekurence onemocnění, jednou ročně by měl být proveden USG ledvin k vyloučení obstrukce horních cest močových. Dispenzarizace po 5 letech je možná ve spolupráci s praktickými lékaři, vždy však ve spolupráci s urologem.

#### **C. Invazivní tumor močového měchýře po zachovné terapii**

Dispenzarizace prováděna ve spolupráci onkologa, urologa a event. praktického lékaře. Laboratorní a zobrazovací vyšetření jsou prováděny v podobně jako u pacientů po cystektomii (nemusí být kontrolovány krevní plyny). Dalším vyšetřením v průběhu sledování je pravidelná cystoskopie, cytologie moči a ke zvážení restagingová TUR po ukončení radioterapie. Kontroly by měly být prováděny v intervalu 3–6 měsíců po dobu 2 let a následně v intervalu 6–12 měsíců dlouhodobě. Dispenzarizace po 5 letech je možná ve spolupráci s praktickými lékaři.