

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 pokročilým onemocněním,

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

d) variantní histologie nádorů v jakémkoliv stádiu.

Doporučená prediktivní vyšetření u kandidátů na systémovou léčbu

1/ PD-L1 exprese, fakultativně FGFR3 aberace a další cílitelné mutace (HER2, multigenový NGS onkopanel)

2/ Genetické vyšetření k odhalení hereditárních syndromů (zejména Lynchův syndrom) se rutinně neprovádí, ale je vhodné zvážit zejména u nádorů horních cest močových (častější výskyt dMMR) nebo výrazné osobní či rodinné zátěži.

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://www.omnicalculator.com/health/eortc-bladder-cancer>

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 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 à 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)

I zde je základem léčby TUR. Následně 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)

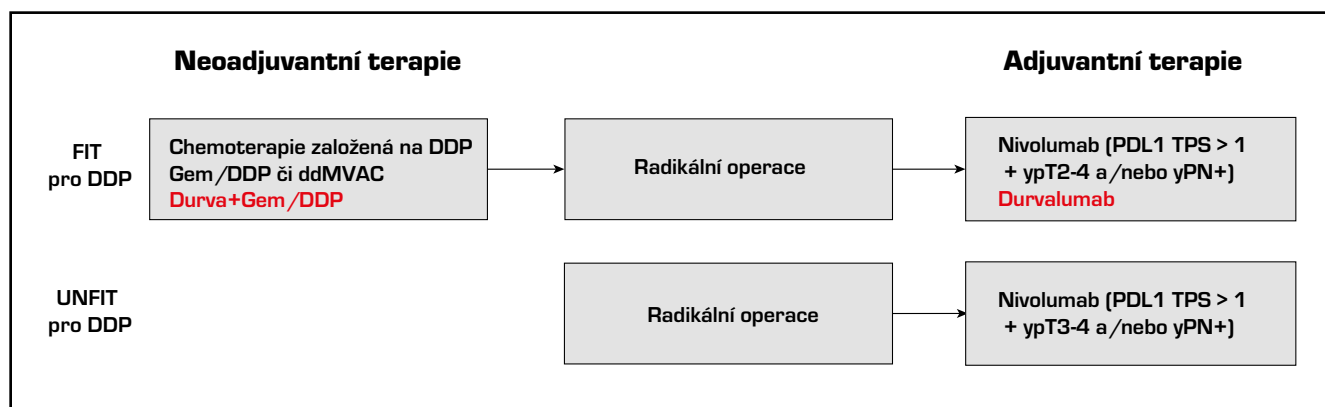
Možnosti neoadjuvantní a adjuvantní systémové léčby:

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 (kritéria vhodnosti pacientů pro cisplatinu jsou uvedené níže). **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/m² – den 1 a 2, či den 1 a 8; úroveň důkazů 2B). Na základě pozitivních výsledků studie fáze III NIAGARA lze v rámci perioperační léčebné strategie zvážit kombinaci režimu Gem/DDP s durvalumabem (4× Gem/DDP+durvalumab před RACE, následně 8× durvalumab pooperačně), (úroveň důkazů 1). Tato kombinace t.č. nemá v ČR úhradu ze zdravotního pojištění. MVAC v klasickém dávkování není v neoadjuvanci doporučen pro vyšší toxicitu ve srovnání s režimy ddMVAC a gemcitabin/DDP. Perioperativní 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. **Perioperativní chemoterapie s karboplatinou není v této indikaci doporučena.**

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 cisplatinou fit (definice níže) (úroveň

důkazů 2B). Také je možné podání adjuvantní léčby nivolumabem a to v situacích uvedených v schématu níže, při pozitivitě exprese PD-L1 na nádorových buňkách $\geq 1\%$ (úroveň důkazů 1).

Léčba pacientů s dalšími uroteliálními a non-uroteliálními podtypy má různá specifika, doporučujeme sledovat např. NCCN či ESMO guidelines. Velmi specifický typ, vyžadující odlišný léčebný postup, představuje malobuněčný karcinom (včetně smíšených histologických typů s touto komponentou). Základní léčebné modalitty u lokalizovaného stadia představuje konkomitantní chemo-radioterapie nebo neoadjuvantní chemoterapie (cisplatina+etoposid) následovaná cystektomií nebo radioterapií. Léčba metastatického stadia je podobná jako u malobuněčných karcinomů jiné lokalizace.



Používaná cytostatika a imunoterapie:

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

Použité režimy:

gemcitabin/DDP, ddMVAC, nivolumab v monoterapii

Režimy neoadjuvantní a adjuvantní chemoterapie, imunoterapie

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
ddMVAC			
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>			
gemcitabin/cisplatina			
gemcitabin	1000	1., 8., 15.	
DDP	70	2. (možno i den 1.)	à 4 týdny 3–4 cykly
gemcitabin/cisplatina			
gemcitabin	1000	1., 8.	
DDP	70	2. (možno i den 1.)	à 3 týdny 3–4 cykly
Nivolumab	240 mg i.v.	1.	à 2 týdny
	480 mg i.v.	1.	à 4 týdny Po dobu 1 roku
Novinkou je možnost podání subkutánní formy nivolumabu: dávka 600 mg à 2 týdny či 1200 mg à 4.týdny			
gemcitabin/cisplatina			
gemcitabin	1000	1., 8.	
DDP	70	2. (možno i den 1.)	à 3 týdny 3–4 cykly
+ durvalumab	1500 mg		první 4 cykly s chemoterapií à 3 týdny, po operaci 8 cyklů à 4 týdny

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

Záchovné režimy:

Vhodné pro pacienty neschopné cystektomie nebo cystektomii odmítající nebo jako alternativa u selektovaných pacientů se silnou preferencí zachovat si měchýř (cT2, bez hydronefrózy, bez CIS, makroskopicky kompletní TURT). Podmínkou je provedení maximální TUR resekce nádoru (případně ve více dobách).

Příklad režimu chemoradioterapie: DDP 100mg/m² à 3 týdny + konkomitantní radioterapie.

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

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

Indukční 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.

C. Systémová léčba představuje alternativu pro případy lokoregionálně pokročilého onemocnění, kde jsou možnosti lokální léčby vyčerpané nebo nevhodné. Platí zde stejné doporučení jako pro léčbu metastatického onemocnění (viz kapitola 22.4.2).

22.4.2 Generalizované nádory TxNxM1

Níže uvedené schéma poskytuje doporučení k systémové léčbě (laUC/mUC), za indikaci léčby je plně odpovědný klinický onkolog, je nutné přihlídnout 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 systémové léčby generalizovaného uroteliálního karcinomu by měl vycházet z klinického stavu pacienta, dostupnosti léčiv a důkazní úrovně.

- U pacientů s dalšími uroteliálními a non-uroteliálními podtypy pokročilými karcinomy by měla být léčba individualizována dle podtypu. Pro vedení léčby doporučujeme sledovat např. NCCN či ESMO.

V první linii léčby 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

- 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 intenzifikovaný režim kombinací 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 léčba u pacientů refrakterních k platinovému režimu 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)

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 ≥ 3 , závažné komorbidity zásadně ovlivňující přežití nebo orgánové funkce, dále aktivní závažná infekce, nesouhlas a nespolupráce pacienta).

ECOG PS ≥ 2
Clearence kreatininu < 60 ml/min
Neuropatie stupně ≥ 2
Srdeční selhání stupně III a více
Audiometrická ztráta sluchu stupně ≥ 2

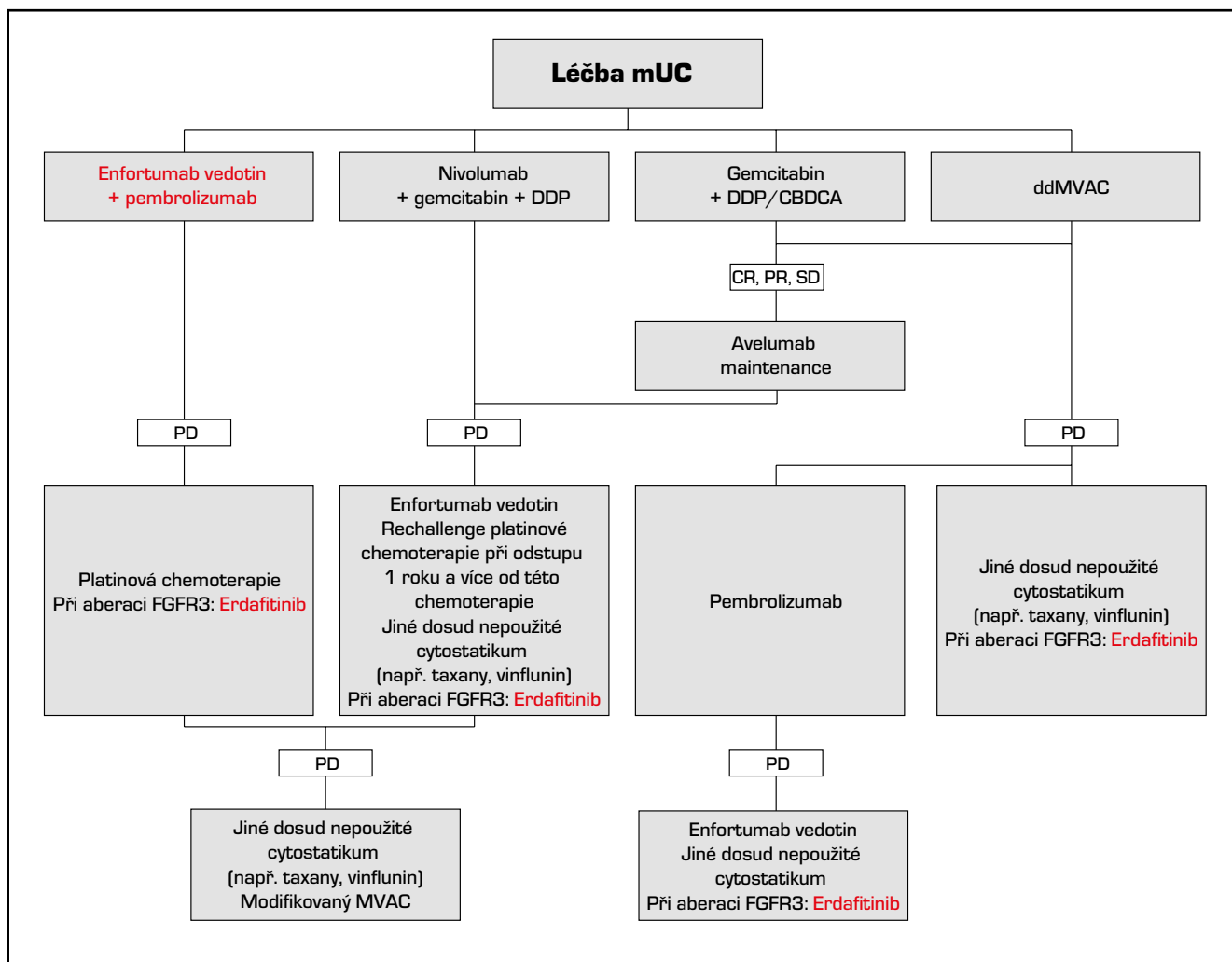
Režimy 1. linie

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
ddMVAC			
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>			
EV + Pembrolizumab			
enfortumab vedotin (maximálně až 125 mg pro pacienty s tělesnou hmotností ≥ 100 kg)	1,25 mg/kg	1. a 8.	à 3 týdny (21 dní)
pembrolizumab	bud' 200 mg nebo 400 mg		à 3 týdny à 6 týdnů
Novinkou je možnost podání subkutánní formy pembrolizumabu: dávka 395 mg à 3 týdny či 790 mg à 6 týdnů			
cisplatina gemcitabin s nivolumabem			
nivolumab	360 mg		à 3 týdny (po dobu až 6 cyklů) s chemoterapií
následuje monoterapie nivolumabem podávaným intravenózně			
nivolumab	bud' 240 mg nebo 480 mg		à 2 týdny à 4 týdny
Novinkou je možnost podání subkutánní formy nivolumabu v udržovací fázi: dávka 600 mg à 2 týdny či 1200 mg à 4 týdny + cisplatina gemcitabin standard (4–6 cyklů)			
gemcitabin/cisplatina			
gemcitabin	1000	1., 8., 15.	
DDP	70	2. (možno i den 1.)	à 4 týdny
gemcitabin/cisplatina			
gemcitabin	1200	1., 8., 15.	
DDP	75	1.	à 4 týdny
gemcitabin/cisplatina			
gemcitabin	1000	1., 8.	
DDP	70	2. (možno i den 1.)	à 3 týdny
gemcitabin/karboplatina			
gemcitabin	1000	1., 8.	
CBDCA	AUC 5–6	1.	à 3 týdny
paklitaxel/gemcitabin			
paklitaxel	180–200	1.	
gemzar	1000	1., 8., 15.	jednou 21–28 dnů
Avelumab			
(udržovací léčba po chemoterapiích s platinou)	800 mg i.v.	1.	à 2 týdny
Atezolizumab			
U pacientů neschopných léčby cisplatinou a s PD-L1+ nádorem)	1200 mg i.v.	1.	à 3 týdny
Pembrolizumab			
(U pacientů neschopných léčby i.v. cisplatinou a s PD-L1+ nádorem)	200 mg 400 mg i.v.	1.	à 3 týdny à 6 týdnů
Novinkou je možnost podání subkutánní formy pembrolizumabu: dávka 395 mg à 3 týdny či 790 mg à 6 týdnů			
<i>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.</i>			

Režimy 2. a vyšší linie

	dávka (mg/m ²)	den aplikace	opakování cyklu
gemcitabin			
gemcitabin	1000–1200	1., 8., 15.	à 4 týdny
vinflunin			
vinflunin	280–320	1. 20 min.	à 3 týdny
paklitaxel			
paklitaxel	175–200	1. ve 3hodinové infuzi	
<i>přešetření po 3 cyklech, pokud PD, pak ukončit</i>			
MVAC			
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 předléčených 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
Novinkou je možnost podání subkutánní formy pembrolizumabu: dávka 395 mg à 3 týdny či 790 mg 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).



Červeně jsou označeny moderní léky, které nemají k 1. 3. 2026 stanovenou úhradu ze zdravotního pojištění. Indikace ostatních moderních preparátů je podmíněna splněním pravidel úhrady dle SÚKL (www.sukl.cz).

Literatura:

1. NCCN Guidelines v.3. 2025, Bladder Cancer.
2. Powles T, Bellmunt J, Comperat E, et al. ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Bladder cancer: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2022 Mar;33(3):244-258.

22.5 Follow up karcinom močového měchýře

Cílem sledování je včasný záchyt relapsu s cílem prodloužení přežití. Klinické vyšetření má být zaměřeno na možné symptomy relapsu a nežádoucí účinky proběhlé léčby. O indikaci jednotlivých vyšetření rozhoduje ošetřující lékař, který provádí dispenzarizaci.

A. Neinvazivní tumor močového měchýře

Základním vyšetřením je cystoskopie a cytologie moči. Četnost návštěv se liší podle rizikové skupiny (viz 22.1.3.) V případě nízkého rizika kontroly za tři a devět měsíců po TUR a poté ročně po dobu nejméně pěti let. V případě vysokého rizika kontroly 3 měsíce první dva roky, poté 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 zvažování 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.