

BLAASCARCINOOM

WORK-UP

1. Workup hematurie

Anamnese en klinisch onderzoek.

Cystoscopie met beschrijving van de tumor en diagram.

2. Workup blaastumor

Beeldvorming bovenste urinewegen (mogelijkheden: CT urografie, retrograde pyelografie, MRI, echografie).

Cytologie.

Eventueel CT bekken voor TURB zo sessiel of hooggradig letsel.

Bimanueel onderzoek onder narcose.

TURB.

Her TURB bij geselecteerde gevallen.

Zo sessiel of hooggradige cytologie: random biopsies (niet bij solitaire papillaire letsels). Eventueel TUR biopsie van de prostaat.

Andere onderzoeken volgens indicatie.

3. Bijkomende workup zo tumor invasief blijkt

Labo.

RX thorax/ CT Thorax vanaf T2.

CT of MRI abdomen.

Eventueel botscan.

PET-CT zo locoregionale klier aantasting en geplande aanpak in curatieve setting.

Andere onderzoeken volgens indicatie.

Prognostische info:

Op basis van de gegevens na TURB kan de kans op recidief of invasie worden ingeschat via de bladdercalculator (www.eortc.org; tools aanklikken om software te downloaden).

ANATOOMPATHOLOGIE

1. Stadiëring volgens TNM (2009)

Zowel voor T als voor N en M komt de c-classificatie overeen met de p-classificatie.

pTa	niet-invasief papillair carcinoma
pTis	vlak carcinoma in situ
pT1	invasie in submucosa
pT2	invasie in de spierlaag
pT2a	invasie in binnenste helft spierlaag
pT2b	invasie in buitenste helft spierlaag
pT3	invasie in perivesicaal weefsel
pT3a	microscopisch
pT3b	macroscopisch
pT4	invasie in 1 van de volgende organen: prostaat, uterus, vagina, bekkenwand, abdominale wand
pT4a	invasie in prostaat, uterus of vagina
pT4b	invasie in bekkenwand of abdominale wand

Invasie per continuitatem vanuit de blaas naar de prostaat wordt beschouwd als een pT4 blaascarcinoom.

Indien de tumor echter uitbreidt via de urethra prostatica en zo naar de acini van de prostaat, wordt dit beschouwd als een primair carcinoom van de urethra prostatica en gestadieerd als carcinoma in situ dat de prostaatducti aantast (pTis pd). Indien van hieruit invasie in het prostaatsroma ontstaat, gaat het om een pT2 tumor van de urethra prostatica.

Op TURBT kan het onderscheid tussen pT2a, pT2b, pT3a, pT4a en pT4b niet gemaakt worden. In het geval van spierinvasieve blaastumor op TURBT wordt het stadium bepaald als "minstens pT2".

pNx	niet evalueerbaar
pN0	geen lymfekliermetastasen
pN1	metastase in 1 lymfeklier in de pelvis
pN2	metastase in multiële lymfeklieren in de pelvis
pN3	metastase in een lymfeklier ter hoogte van iliaca communis

pMx	niet evalueerbaar
pM0	geen metastasen op afstand
pM1	metastasen op afstand

Stadium

stadium 0a	Ta	N0	M0
------------	----	----	----

stadium 0is	Tis	N0	M0
stadium I	T1	N0	M0
stadium II	T2a, b	N0	M0
stadium III	T3a, b	N0	M0
	T4a	N0	M0
stadium IV	T4b	N0	M0
	elke T	N1, 2, 3	M0
	elke T	elke N	M1

2. WHO-typering (2004)

2.1. Urotheliale tumoren:

- invasief urotheliaal carcinoma
 - > met squameuze differentiatie
 - > met glandulaire differentiatie
 - > met trofoblastaire differentiatie
 - > geneste variant
 - > microcystisch
 - > micropapillair
 - > lympho-epithelioma like
 - > plasmacytoïd
 - > sarcomatoïd
 - > reuzencelvariant
 - > ongedifferentieerd
- niet-invasieve urotheliale neoplasie
 - > urotheliaal vlak carcinoma in situ
 - > niet-invasief papillair urotheliaal carcinoma, hooggradig
 - > niet-invasief papillair urotheliaal carcinoma, laaggradig
 - > niet-invasieve papillaire urotheliale neoplasie met laag maligne potentieel (PUNLMP)
 - > urotheliaal papilloma
 - > geïnverteerd urotheliaal papilloma

2.2. Squameuze tumoren:

- spinocellulair carcinoma
- verruceus carcinoma
- squameus papilloma

2.3. Glandulaire tumoren:

- adenocarcinoma
 - > enterisch
 - > mucineus
 - > zegelringcel
 - > heldercellig
- villeus adenoma

2.4. Neuro-endocriene tumoren:

- kleincellig carcinoma
- carcinoïd
- paraganglioma

2.5. Melanocytair tumoren:

- maligne melanoma
- naevus

2.6. Mesenchymale tumoren:

- rhabdomyosarcoma
- leiomyosarcoma
- angiosarcoma
- osteosarcoma
- maligne fibreus histiocytoma
- leiomyoma
- haemangioma
- andere

2.7. Hematopoëtische en lymfoïde tumoren

- lymfoma
- plasmocytoma

2.8. Varia

- carcinoma van de klieren van Skene, Cowper en Littre
- metastasen en uitbreidingen van tumoren elders

3. WHO-gradering (2004)

Urotheliale tumoren worden gegradeerd volgens een tweetrapsysteem in laaggradig en hooggradige tumoren. Dit zowel voor invasieve als niet-invasieve tumoren en voor urotheliale carcinomen over de gehele urologische tractus, van pyelum tot urethra.

Het onderscheid is histologisch te maken op basis van het al dan niet aanwezig zijn van een geordend patroon op cytologische en architecturale basis. Geordend = laaggradig, ongeordend = hooggradig.

Deze classificatie houdt rekening met moleculaire en genetische afwijkingen die suggereren dat er twee groepen van urotheliale tumoren zijn, met elk een ander klinisch verloop.

Spinocellulaire carcinomen worden gegraadeerd in een drietrapsysteem in goed, matig en weinig gedifferentieerd (graad 1, 2 of 3).

Adenocarcinoma van de blaas wordt niet gegraadeerd gezien er geen consensus over bestaat.

BEHANDELING EN OPVOLGING VAN UCC

1. Oppervlakkig UCC: Ta, T1, CIS.

1.1. Papillair of solied

Indeling volgens T-stage: Ta vs. T1.

Indeling volgens gradering: laag- vs. hooggradig.

Behandeling:

TURB gevolgd door 1 of meerdere instillaties met chemo- of BCG, met nadien opvolging via cytologie en cystoscopie.

1.2. CIS/Tis

TURB.

Cystoscopie en urinecytologie om de 3 maanden gedurende 2 jaar, om de 6 maanden gedurende 2 jaar, nadien jaarlijks.
Beeldvorming bovenste urinewegen om de 1 à 2 jaar.

Behandeling:

TURB gevolgd door instillaties met BCG, met nadien opvolging via cytologie en cystoscopie.

1.3. Recidief of persisterende ziekte tijdens follow-up Ta, T1, CIS/Tis

Zo cystoscopie afwijkend:

- TURB + adjuverende behandeling volgens graad, T-status en uitgebreidheid
- follow-up om de 3 maanden

Zo cytologie afwijkend maar cystoscopie en beeldvorming normaal:

- random biopsies
 - > biopsies negatief: follow-up om de 3 maanden, al dan niet BCG
 - > biopsies positief:
 - bij CR na BCG: onderhoudsbehandeling BCG overwegen
 - bij onvolledige respons: cystectomie

Zo recidief of persisteren CIS:

- BCG
 - > bij CR na BCG: onderhoudsbehandeling BCG
 - > bij onvolledig respons: cystectomie

Persisteren T1, HG na 6 maanden: cystectomie.

2. Spierinvasief UCC

2.1. T2N0/T3N0

Standaard:

- overweeg inductiechemotherapie: 3 à 4 cycli platinum gebaseerde chemotherapie met bilan na 2 cycli gevolgd door in opzet curatieve heekunde zo respons of stabiele ziekte.
- exploratieve laparotomie met cystectomie/ cystoprostatectomie (zo geen macroscopische metastasen) + extended lymfadenectomie

Mogelijke alternatieven in geselecteerde indicaties:

- maximale TURB gevolgd door:
 - radiochemotherapie: 65Gy in 35 fracties op tumor, 55Gy in 35 fracties op electieve klierstreken met w1 en w4 CDDP 75mg/m²
 - zo contra-indicatie chemotherapie: RT alleen (hetzij lang schema 65Gy/35 fracties; hetzij hypofractionatieschema: 6*5.75Gy, 1X/ week)

Optioneel adjuverende behandeling: leeftijd, pT3, pN+, vasculaire invasie, hooggradig.

2.2. T4N0 of TxN1-2

Positieve klierstatus: biptisch of via PET-CT bevestigd.

Indicatie voor inductiechemotherapie (maximum 4 cycli):

- zo respons: heekunde of radiochemotherapie overwegen
- zo geen respons: radiotherapie in palliatief kader

2.3. Recidief

Metastasen of lokaal recidief na cystectomie: chemotherapie en/of radiotherapie.

Lokaal recidief na blaassparende behandeling:

- invasief: cystectomie zo mogelijk
- Tis, Ta, LG: BCG intravesicaal of cystectomie