



Regionale Netwerkstandaard

Urotheelcarcinoom van de blaas en hoge urinewegen

gebaseerd op zorgstandaard Kanker, 2014

De Netwerktumorgroep Blaas bestaat uit de volgende vertegenwoordigers:

Betrokken organisatie	(Medisch) aanspreekpunt	Functie
Amphia	I. van Onna	Uroloog
	D. van der Schoot	Uroloog
	M. Stevense	Internist Oncoloog
Admiraal De Ruijter Ziekenhuis	K. Hoebe	Internist Oncoloog
	J. Jaspars	Uroloog
Bravis	S. Boudewijns	Internist Oncoloog
	E. Collette	Uroloog
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis	B. Wijsman	Uroloog
	J. Ham	Internist Oncoloog
Erasmus MC	T. Zuiverloon	Uroloog
	D. Robbrecht	Internist Oncoloog
Jeroen Bosch Ziekenhuis	S. van der Meer	Uroloog
	B. Schrier	Uroloog
	B. de Heij	Internist Oncoloog
Instituut Verbeeten	A. Oele	Radiotherapeut
Zeeuws Radiotherapeutisch Instituut	I. Jacobs	Radiotherapeut
ZorgSaam	Y. Depoorter	Uroloog
	M. Schie	Internist Oncoloog

Bij de totstandkoming van deze netwerkstandaard zijn patiënten/patiëntenverenigingen niet betrokken geweest.

Status : versie 2.0
Datum : 3 april 2025



1. Algemeen

De netwerkstandaard heeft ten doel om onze netwerkafspraken voor regionale kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheidsverbetering en samenwerkings- en verwijzingsafspraken vast te leggen. De netwerkstandaard is daarmee aanvullend op de landelijke en Europese medische richtlijnen en kwaliteitseisen.

De Netwerktumorgroep heeft de ambitie om door samenwerking tussen zorgprofessionals uit de betrokken EMBRAZE-centra optimale kwaliteit van zorg te bieden aan patiënten met kanker van de urineweg. Waar mogelijk dicht bij de patiënt en indien nodig wat verder in de regio. In de Netwerkstandaard *Urotheelcarcinoom blaas en hoge urinewegen* is de vertaling van deze ambitie naar concrete afspraken beschreven.

Visie op zorg

- Integrale zorg met gestandaardiseerde kwaliteit en gestructureerde kwaliteitsverbetering binnen de gehele zorgketen voor tumorsoort, binnen en tussen zorginstellingen.
- Diagnostiek en behandeling vinden dicht bij huis plaats waar mogelijk (dit kan zowel thuis als dichtstbijzijnde ziekenhuis betekenen afhankelijk van de situatie) en waar nodig beoordeeld in een meer gespecialiseerd behandelcentrum in de regio.

Organisatie van zorg

- Ieder ziekenhuis beschikt over een adequate oncologische infrastructuur, conform o.a. de normen genoemd in het Kwaliteitskader oncologische zorg van IKNL en SONCOS normen, waarbinnen de oncologische zorg is ingebed.
- Regionale samenwerking is formeel verankerd op bestuurlijk en professioneel niveau.

Kwaliteit

- De medisch zorg geschiedt in alle betrokken ziekenhuizen conform de 'Stand der Wetenschap en Praktijk', zoals bijvoorbeeld vastgelegd in landelijk vastgestelde richtlijnen voor diagnostiek en behandeling van tumorsoort. In een zorgpad heeft elk ziekenhuis het lokale zorgproces beschreven. In de EMBRAZE netwerkstandaard staat het regionale zorgproces beschreven. Behalve kwaliteit zijn toegankelijkheid van oncologische zorg en doelmatige oncologische zorg belangrijk.
- Ieder ziekenhuis neemt deel aan de landelijke registraties (NKR+ en/of andere landelijk/regionaal betrouwbare data) en er wordt deelgenomen aan jaarlijkse regionale benchmark bijeenkomsten. Doel hiervan is om en tot regionale kwaliteitsverbetering te komen en de ongewenste behandelvariatie tussen ziekenhuizen te verminderen.

Indicator	Landelijke norm	Regionale norm
Aantal Cystectomieën	20 ingrepen per jaar	20 ingrepen per jaar
30 dagen complicaties en mortaliteit	Mortaliteit < 6%	Mortaliteit < 6%

- Er wordt indien mogelijk deelgenomen aan onderzoek naar uitkomsten door de patiënt gerapporteerd (PROMS) en patiëntervaringsonderzoek (PREMS), resultaten hiervan kunnen jaarlijks regionaal worden besproken. Doel hiervan is om naast onderlinge benchmark ook het patiëntperspectief mee te wegen bij regionale kwaliteitsverbetering. In principe wordt hierbij aangesloten bij landelijk vastgestelde meetinstrumenten.
- De ziekenhuizen nemen afzonderlijk en/of gezamenlijk deel aan wetenschappelijk onderzoek. Bij voorkeur worden deelnemende centra vooraf regionaal afgestemd, en worden patiënten verwezen voor onderzoek binnen het netwerk.



2. Tumorspecifiek

Diagnostiek, behandeling en follow up voor deze tumorsoort baseert zich op de volgende richtlijnen:

- FMS (zie [Richtlijnen | Federatie Medisch Specialisten \(demedischspecialist.nl\)](#))
- NVMO (CieBOM richtlijnen t.a.v. doelmatigheid, zie [BOM Archief - NVMO](#))
- Europese richtlijnen ([EAU-richtlijn](#))
- Landelijke richtlijn ([NVU 2018](#))

Alleen waar afwijkende afspraken van toepassing zijn op de diagnostiek en behandeling van *urotheelcelcarcinoom van de blaas en hoge urinewegen* worden deze toegelicht in de voorliggende netwerkstandaard. Daar waar de standaard richtlijnen worden gevolgd, wordt hiernaar verwezen en wordt dit niet of alleen summier beschreven.

2.1 Epidemiologie

Binnen EMBRAZE wordt ongeveer 11% van de Nederlandse populatie patiënten met kanker behandeld. Wij verwijzen naar de Nederlandse Kankerregistratie voor epidemiologische getallen.

2.2 Preventie, screening en verwijzing

2.2.1 Deskundigheidsbevordering voor primaire diagnostiek en verwijzing

Huisartsen en andere specialisten en arts-assistenten betrokken bij de primaire diagnose van tumorsoort zijn deskundig om (vroeg) klachten die op tumorsoort kunnen duiden te signaleren en adequate diagnostiek in te zetten. Hiertoe worden activiteiten voor deskundigheidsbevordering in de eerste lijn en het ziekenhuis georganiseerd.

Met huisartsen is afgesproken dat bij macrohematurie patiënten in de regio altijd binnen maximaal 1 week terecht kunnen in het dichtstbijzijnde ziekenhuis voor primaire diagnostiek, waarbij ook een cystoscopie wordt uitgevoerd (conform SONCOS-norm).

2.2.2 Verslaglegging naar de huisarts

Verslaglegging naar de huisarts vindt plaats conform landelijke richtlijnen.

2.3 Diagnostiek en behandelplan (inclusief multidisciplinair overleg)

2.3.1 Algemeen

Diagnostiek vindt plaats conform de landelijke richtlijn (SONCOS, FMS richtlijnen database) en richtlijn urotheelcarcinoom van de blaas (NVU-versie 2018 en EAU).

2.3.2. Beeldvorming

- Conform bovengenoemde richtlijnen.
- PET-CT alleen op indicatie: multipole randnormale klieren of indien de uitkomst het beleid zal veranderen (exacte plaats van de PET CT is aan discussie onderhevig, plaatsbepaling volgt nog).

2.3.3. Functie-onderzoek

Conform de bovengenoemde richtlijnen.

2.3.4. Pathologie

- Rapporteert conform de bovengenoemde richtlijnen.
- Bij spierinvasief blaascarcinoom met overwegend aberrante histologie vindt altijd overleg plaats met het referentiecentrum (Erasmus MC) en wordt de tweede mening van de referentiepatholoog gevraagd.



2.3.5 Diagnostiek en staging van hogere urinewegtumoren

Patiënten worden gestratificeerd volgens de EAU-richtlijn in laag of hoog risico ziekte.

2.4 MDO, tussentijdse (web)consultatie en verwijzing gespecialiseerd centrum in de regio

2.4.1 MDO

In het regionaal MDO EMBRAZE-West of EMBRAZE-Oost worden besproken: recidiverende niet-spieerinvasieve hoog risico blaastumoren (TaT1G3/HG met of zonder carcinoma in situ), BCG refractaire niet-spieerinvasieve blaascarcinomen, spieerinvasieve blaascarcinomen, gemetastaseerde blaastumoren. Standaard dienen aanwezig te zijn: uroloog met aandachtsgebied oncologische urologie, radiotherapeut met aandachtsgebied tumoren van het kleine bekken, internist-oncoloog met aandachtsgebied urologische oncologie, abdominaal radioloog en (op indicatie) urogenitaal patholoog.

Om te bepalen welke casus in welk MDO thuishoort, zijn selectiecriteria opgezet. Voor de echelonering van patiënten met blaaskanker is binnen EMBRAZE onderscheid gemaakt naar vier categorieën patiëntgroepen:

1. Niet-complexe patiënten worden besproken in lokale MDO's.
2. Complexe patiënten worden besproken in een regionaal MDO.
3. Een deel van de complexe patiënten wordt eenmalig verwezen naar een expertisecentrum of wordt besproken in een expertpanel voor een behandeladvies/Blaaspoort.
4. Een deel van de complexe patiënten wordt voor behandeling doorverwezen naar een tertiair centrum.

Voor de echelons 1, 2 en 3 zijn MDO's ingericht met criteria en afspraken om tot een uniforme, transparante en heldere methode van bespreking en behandeling binnen de regio te komen. Voor de indeling worden de onderstaande criteria gehanteerd:

- Echelon 1: lokaal MDO
 - niet-spieerinvasief blaascarcinoom laag en intermediair risico.
- Echelon 2: regionaal MDO
 - niet-spieerinvasief blaascarcinoom hoog risico
 - laag risico hogere urinewegtumoren (cTa/T1)
- Echelon 3: regionaal MDO en consult expertisecentrum/Blaaspoort
 - BCG-refractair hoog-risico niet-spieerinvasief blaascarcinoom
 - spieerinvasief blaascarcinoom T2-4 N0-1, stadium II en IIIA
 - spieerinvasief blaascarcinoom IIIB
 - gemetastaseerd blaascarcinoom 1^e lijn en hoger
 - laag risico hogere urinewegtumoren (cT2)
- Echelon 4: regionaal MDO en behandeling/verwijzing expertisecentrum/Blaaspoort
 - operatie na inductiebehandeling blaascarcinoom stadium IIIB
 - indicatie voor retroperitoneale klierdissectie
 - studiekandidaten
 - patiënten met multimorbiditeit
 - zeldzame histologische vormen
 - blaastumoren geschikt voor brachytherapie of Cyberknife bestraling
 - alle hoog risico hogere urinewegtumoren (cT3/T4 en/of N+/M+)
 - patiënten met FGFR2/3 aberrante tumor waarvoor indicatie voor FGFR remmer, of keuze gemaakt worden tussen EV of FGFR remmer

Zie ook bijlage 1 Zorgpad Concord.



2.5 Behandeling

De behandeling vindt plaats conform de EAU richtlijnen.

- Niet-spieerinvasief urotheelcarcinoom van de blaas:
<https://uroweb.org/guidelines/non-muscle-invasive-bladder-cancer>
- Spierinvasief en gemetastaseerd urotheelcarcinoom van de blaas:
<https://uroweb.org/guidelines/muscle-invasive-and-metastatic-bladder-cancer>
- Urotheelcarcinoom van de hoge urinewegen:
<https://uroweb.org/guidelines/upper-urinary-tract-urothelial-cell-carcinoma>

2.5.1 Doorlooptijd start behandeling

Ieder individueel ziekenhuis houdt zich aan de vigerende SONCOS-normen hetgeen inhoudt dat de tijd tussen een eerste polikliniekbezoek en de start van de therapie maximaal zes weken is (en negen weken bij doorverwijzing naar een andere zorginstelling).

2.5.2 Behandelafspraken binnen EMBRAZE bij operatieve behandeling

Randvoorwaarden TURT

PDD (photodynamische diagnose) kan worden aangeboden bij de volgende indicaties: recidief na TaT1G3/HG of CIS; recidief > 3 tumoren; primair multiple tumoren; bij hooggradige urine cytologie en negatieve cystoscopie/negatieve CT urinewegen. Cave mogelijke vals positieve uitslagen bij ontsteking of infectie, recente TURT of BCG < 3 maanden.

PDD is beschikbaar in de volgende ziekenhuizen: JBZ, ETZ, Erasmus MC en Amphia.

Behandeling niet-spieerinvasief urotheelcarcinoom van de blaas

Direct postoperatieve eenmalige intravesicale spoeling (binnen 24 uur) bij patiënten met laag-risico niet-spieerinvasief urotheelcarcinoom van de blaas en bij patiënten met kleine Ta G1/LG tumoren binnen 1 jaar na de vorige TURBT. Ten aanzien van onderhoudsspoelingen worden patiënten ingedeeld in verschillende risicogroepen aan de hand van de EAU richtlijn en de kans op recidiefziekte of progressie naar spierinvasie: laag, intermediair en hoog risico (voor details wordt verwezen naar de bijlage 2 Follow-up en behandeling van niet-spieerinvasief urotheelcarcinoom).

Beschikbaarheid MMC/BCG: alle EMBRAZE ziekenhuizen

Beschikbaarheid chemohypothermie: Amphia, Erasmus MC

Beschikbaarheid gemcitabine/docetaxel: Erasmus MC

Chirurgische behandeling spierinvasief urotheelcarcinoom van de blaas (lokaal in opzet curatief)

De chirurgische behandeling bestaat uit een radicale cystectomie met pelviene lymfeklierdissectie en aanleg van een urineafleiding. Bij mannen wordt de prostaat meegenomen. Bij wens zenuwsparing wordt op individuele basis bepaald of de patiënt geschikt is (rectaal toucher, PSA). Bij vrouwen wordt afhankelijk van uitgebreidheid van de ziekte de vagina voorwand (geheel of gedeeltelijk) geresecteerd, bij voorkeur worden uterus en adnexe gespaard ter voorkoming van prolaps en voorkomen chirurgische menopauze.

Chirurgische behandeling hoge urinewegtumoren (lokaal in opzet curatief)

De behandeling bij hoge urinewegtumoren wordt ingedeeld volgens het prognostische model van de EAU richtlijn.



2.5.3. Behandelafspraken binnen EMBRAZE bij systemische behandeling

De behandeling van het spierinvasieve niet gemetastaseerde blaas- en upper tract carcinoom gebeurt conform de EAU guideline en op basis van beschikbaarheid van middelen in Nederland. Hetzelfde geldt voor systeemtherapie in de palliatieve setting bij gemetastaseerde ziekte.

Het heeft voorkeur een behandeling in studieverband aan te bieden indien dat beschikbaar is.

A) Blaassparende behandeling middels chemoradiatie

Ten aanzien van concomitant chemotherapie bij chemoradiatie is er voorkeur voor capecitabine oraal op de dagen van de radiotherapie en mitomycine C (MMC) i.v. op dag 1 van de radiotherapie. Indien orale intake van capecitabine niet wenselijk of mogelijk, dan alternatief 5FU i.v. in klinische opname twee maal tijdens het chemoradiatie traject en MMC i.v. op dag 1 van de radiotherapie.

B) Randvoorwaarden neoadjuvante chemotherapie (NAC) bij spierinvasief urotheelcelcarcinoom

- cT2N0M0 met slechte prognostische factoren: bulky disease, aanwezigheid lymfovasculaire invasie, aanwezigheid aberrante histologie naast een component urotheelcelcarcinoom;
- cT3-4aN0-1M0;
- cisplatin-gebaseerd chemotherapieschema en patiënt moet fit zijn voor cisplatin;
- ook voorafgaande aan chemoradiatie heeft NAC een plek.

C) Randvoorwaarden inductiechemotherapie bij spierinvasief urotheelcelcarcinoom

- locoregionaal lymfogeen gemetastaseerde ziekte (cN2 of cN3) of cT4 tumor die primair irresectabel is;
- het heeft de voorkeur om lymfogene metastasen histologisch aan te tonen;
- streven naar 6 chemokuren met een radiologische en eventueel cystoscopische evaluatie na 3 kuren (alleen bij T4 tumoren indien radiologie dubieus, dan cystoscopie en bimanueel toucher herhalen) en 5 kuren;
- cisplatin- of carboplatin gebaseerd op chemotherapieschema.

Voor al het overige: behandeling conform internationale richtlijnen (EAU 2025).

2.5.4. Informatievoorziening en voorlichting

We proberen de informatievoorziening te standaardiseren binnen EMBRAZE. De informatievoorziening wordt per ziekenhuis zelf verzorgd met aandacht voor de in dit document afgesproken onderdelen.

Algemeen

- Bij alle patiënten is er aandacht voor de context en waarden en behoeften van patiënten, vastgelegd in een proactief zorgplan (voor de HIX ziekenhuizen).
- Bij alle patiënten wordt door de Oncologieverpleegkundige een SNAQ-score en *Time-up-and-go-test* afgenomen voor beoordelen voedingsstatus en algehele conditie.
- Bij patiënten >70 jaar of in een matige algehele conditie volgt voorafgaand aan start van de behandeling een geriatrisch assessment. Na afronding van preoperatieve chemotherapie kan overwogen worden de geriatrische assessment te herhalen.

2.5.5 Hoofdbehandelaarschap

Het hoofdbehandelaarschap bij regionale verwijzing gaat over naar het ontvangend ziekenhuis ten tijde van de behandelduur in het ontvangend centrum. Indien de nazorg in het verwijzend centrum plaatsvindt gaat op dat moment het hoofdbehandelaarschap terug naar het verwijzend centrum.



2.6 Follow-up

Na behandeling cystectomie is het de taak van het verwijzend centrum om gezamenlijk goede afspraken te maken over de uitvoering van postoperatieve controles en verantwoordelijkheid omtrent complicaties opdat de continuïteit van zorg geborgd blijft. Het follow-up schema voor invasief blaascarcinoom is conform artikel Zuiverloon T *et al.* (bijlage), zie bijlage 3.

2.7 Palliatieve zorg

Palliatieve zorg is bij uitstek zorg die vanuit het lokale ziekenhuis in samenspraak met de eerste lijn is georganiseerd. Binnen EMBRAZE is daarom aangegeven dat dit geen regionaal aandachtspunt is vanuit de NTG Urologie, maar uniform vanuit het consortium palliatieve zorg opgepakt zal worden. De adviesgroep palliatieve zorg van EMBRAZE, met vertegenwoordigers vanuit alle ziekenhuizen, kan adviseren over tumor specifieke palliatieve zaken.

3. Overig

3.1 Benchmark indicatoren

De NTG Urologie organiseert outcome besprekingen voor de gehele EMBRAZE regio, waarbij behandeluitkomsten en patiëntervaringen intern en extern worden vergeleken en geëvalueerd (transparantie en benchmarking). Resultaten van deze besprekingen vormen de basis voor verbetering van de blaaskankerzorg en/of leiden tot het opzetten van (wetenschappelijk) onderzoek. Hiertoe vindt registratie plaats, zoveel mogelijk op basis van een erkende uitkomsten set en op een manier die regionale vergelijking mogelijk maakt. Dit voor de volgende indicatoren:

- Aantallen
- Therapieverdeling (operatie, bestraling, (neoadjuvante) chemotherapie, etc.)
- Bijhouden van complicatieregistratie
- Bij cystectomie:
 - Aantal transfusies tijdens opname
 - OK duur (skin-to-skin)
 - Positieve snijvlakken
 - Positieve lymfeklieren versus aantal geresceerde lymfeklieren
 - Sterfte 30 en 90 dagen na operatie, chemoradiatie
- Herziene lokale risico-classificatie NMIBC van het EMC

3.2 Trials binnen EMBRAZE

In toenemende mate wordt geprobeerd om als EMBRAZE aan landelijke en/of regionale trials deel te nemen. Nieuwe trial opties worden bij voorkeur besproken en afgestemd in regionaal EMBRAZE verband. Voor lopende trials wordt vooralsnog verwezen naar de DUOS-website.

4. Bijlagen

- 1 Zorgpad Concord
- 2 Follow up schema niet-invasief urotheelcarcinoom
- 3 Follow up schema invasief urotheelcarcinoom

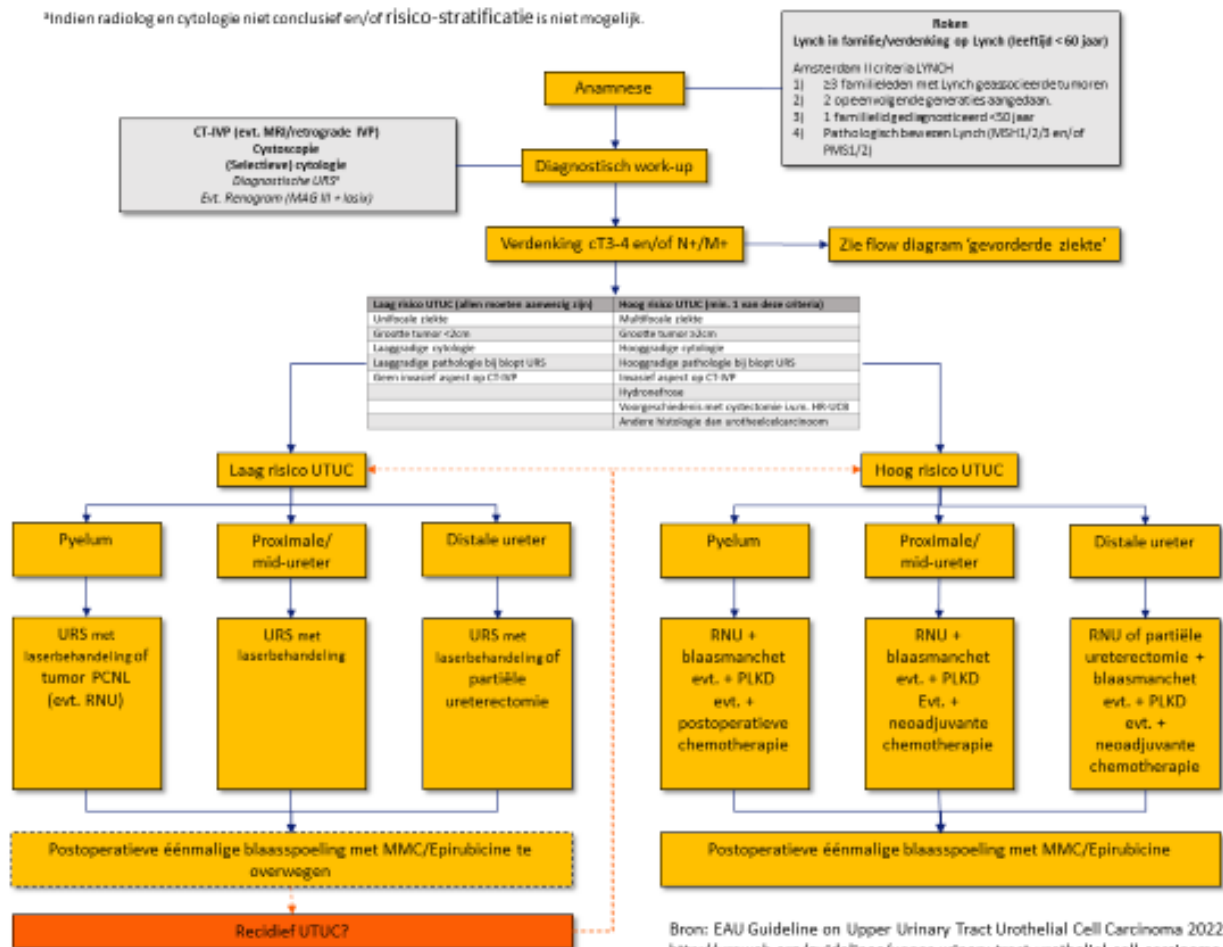
Noot: de follow up schema's zijn conform de EAU-richtlijn. Echter tijdens het NTG-overleg kwam naar voren dat het wenselijk is dat de schema's opgenomen blijven in deze netwerkstandaard.



Bijlage 1 Zorgpad Concord

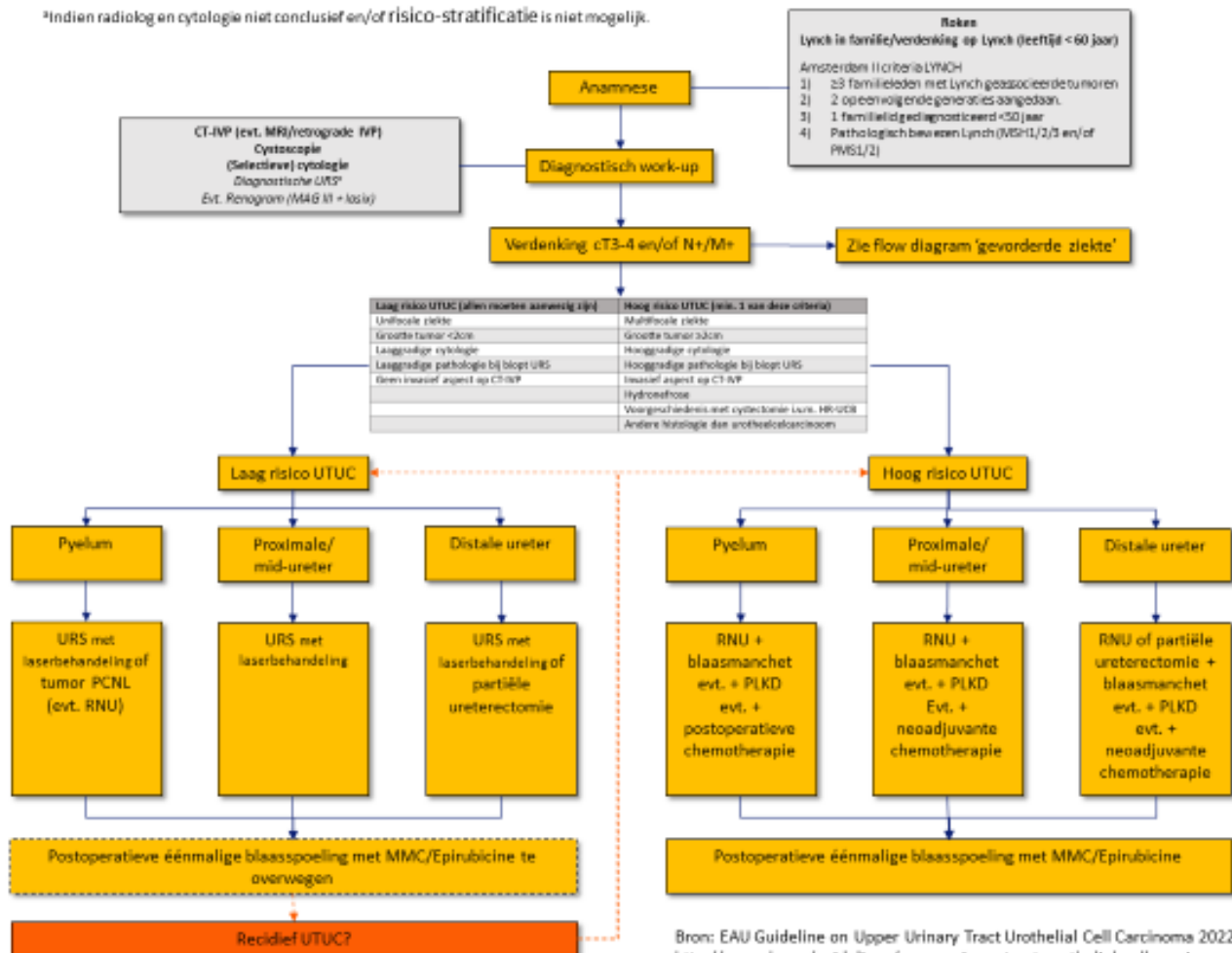
Flowdiagram diagnose en behandeling UCC hoge urineweg

*Indien radiolog en cytologie niet conclusief en/of risico-stratificatie is niet mogelijk.



Flowdiagram diagnose en behandeling UCC hoge urineweg

*Indien radiolog en cytologie niet conclusief en/of risico-stratificatie is niet mogelijk.



Bron: EAU Guideline on Upper Urinary Tract Urothelial Cell Carcinoma 2022.
<http://uroweb.org/guidelines/upper-urinary-tract-urothelial-cell-carcinoma>



Bijlage 2 Follow-up schema niet-invasief urotheelcarcinoom

ONCOLOGIE BLAAS: NIET-SPIERINVASIEF

<i>Risicogroep</i>	<i>Behandeling</i>	<i>Follow-up</i>			
Low Risk Ta G1/LG, TaG2/LG <u>en</u> solitair <u>en</u> <3cm OF Ta G1/LG <u>of</u> >3cm <u>of</u> multiple	Expectatief 1x MMC <24u post-TURB	1^e jaar	Jaar 2 t/m 5		
		<u>na 3 en 12mnd</u> Cystoscopie <u>Röntgen</u> Echo abdomen bij diagnose	<u>1x p/jaar</u> Cystoscopie		
Intermediate Risk	1x MMC <24u post-TURB (op indicatie) <u>Blaasspoelschema:</u> - MMC 10x - Epirubicine 10x - BCG 1 jaar (6+3+3+3)	1^e jaar	Jaar 2 t/m 5	Jaar 6-10	
		<u>à 3 maanden</u> Cystoscopie <u>Maintenance</u> <u>Blaasspoelschema</u> <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij diagnose	<u>à 6 maanden</u> Cystoscopie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 2 en 5 jr	<u>1x p/jaar</u> Cystoscopie	
High Risk Alle T1 zonder C/S OF pTis OF TaG3/HG, zonder CIS <u>en</u> multipel <u>en</u> >3cm OF TaG2/LG, TaG2/HG, TaG3/HG, zonder C/S <u>en</u> multipel <u>en</u> recidiverend <u>en</u> >3cm	BCG 1-3 jaar full dose* <i>Re-biopten na 6+3 BCG spoelingen, bij positieve cytologie en/of afwijkingen bij cystoscopie</i> Radicaal cystectomie	1^e jaar	2^e jaar	Jaar 3 t/m 5	Na jaar 5
		<u>à 3 maanden</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij diagnose en bij 1jr	<u>à 3 maanden</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 2 jr	<u>à 6 maanden</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 4jr	<u>1x p/jaar</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 7 en 10jr



Very High Risk		<u>1^e jaar</u>	<u>2^e jaar</u>	<u>Jaar 3 t/m 5</u>	<u>Na jaar 5</u>
TaG3/HG <u>met</u> C/S . OF Alle T1 <u>met</u> C/S OF Alle T1 zonder C/S <u>en</u> multipel <u>en</u> >3cm	BCG 3 jaar full-dose Radicale cystectomie	<u>à 3 maanden</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT thorax+ urinewegen bij diagnose en bij 1jr	<u>à 3 maanden</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 2 jr	<u>à 6 maanden</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 4jr	<u>1x p/jaar</u> Cystoscopie + cytologie <u>Röntgen</u> CT urinewegen bij 7 en 10jr
* 2 ^e keuze CHT, 3 ^e keuze 1/3 ^e dosis BCG of spoeling in studieverband (bijv gem/doce) NB. Recidiverende ziekte is altijd minimaal intermediate risk, LVI op TUR-blaas of aberrante histologie is altijd minimaal high risk					



Bijlage 3 Follow up schema invasief urotheelcarcinoom

Follow-up na radicale cystectomie voor initieel NMIBC										
Jaar	1			2		3		4		5
Maand	3	6	12	18	24	30	36	42	48	60
pT0										
Lab	x	x	x		x					
Beeldvorming			x		x					
<pT2N0										
Lab	x	x	x		x		x		x	x
Beeldvorming			x		x		x		x	x
≥pT2										
Zie tabel na MIBC										
pTx+CIS										
Lab	x	x	x	x	x		x		x	x
Beeldvorming		x	x	x	x		x		x	x
Cytologie/urethral wash*		x	x	x	x		x		x	x
pTxN0R1										
Lab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Beeldvorming		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cytologie/urethral wash*		x	x	x	x	x	x	x	x	x
pTxN+										
Zie tabel na MIBC										
- Uitkomsten na progressie na NMIBC zijn gemiddeld slechter, ook is de aanwezigheid van extensive CIS een prognostisch ongunstige factor. - Beeldvorming betreft alleen CT abdomen (urologie) of echo abdomen. Ook kan een alternerend schema tussen CT en echo worden overwogen op indicatie. - Cytologie uit een bricker dient afgenomen te worden indien: - o Ureter snijvlak R1 - o Hematurie - Urethral wash dient afgenomen te worden indien: - o Urethra snijvlak R1 - o Extensive CIS in blaas/UP - o Uitvloed/ bloedverlies uit de penis - Functionele controles na 5 jaar follow-up worden niet langer geadviseerd, alleen op indicatie										



Follow-up na radicale cystectomie voor initieel MIBC ZONDER voorbehandeling										
Jaar	1			2		3		4		5
Maand	3	6	12	18	24	30	36	42	48	60
≤pT2N0										
Lab	x	x	x	x	x		x		x	x
Beeldvorming		x	x		x		x		x	x
pT3N0 of pTxN+										
Lab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Beeldvorming		x	x	x	x	x	x	x	x	x
pTx+CIS, tevens:										
Cytologie/urethral wash*		x	x	x	x		x		x	x
pTxN0R1										
Lab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Beeldvorming		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cytologie/urethral wash*		x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Beeldvorming betreft CT thorax-abdomen (urologie), of X-thorax/echo abdomen op indicatie. Ook kan een alternierend schema tussen CT en echo worden overwogen op indicatie. - Cytologie uit een bricker dient afgenomen te worden indien: - o Ureter snijvlak R1 - o Hematurie - Urethral wash dient afgenomen te worden indien: - o Urethra snijvlak R1 - o Extensive CIS in blaas/UP - o Uitvloed/ bloedverlies uit de penis - Functionele controles na 5 jaar follow-up worden niet langer geadviseerd, alleen op indicatie										



Follow-up na radicale cystectomie voor initieel MIBC NA voorbehandeling NAC/Inductie										
Jaar	1			2		3		4		5
Maand	3	6	12	18	24	30	36	42	48	60
≤ypT1N0										
Lab	x	x	x	x	x		x		x	x
Beeldvorming		x	x		x		x		x	x
≥ypT2N0 of ypTxN+										
Lab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Beeldvorming		x	x	x	x	x	x	x	x	x
pTx+CIS, tevens:										
Cytologie/urethral wash*		x	x	x	x		x		x	x
ypTxN0R1										
Lab	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Beeldvorming		x	x	x	x	x	x	x	x	x
Cytologie/urethral wash*		x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Beeldvorming betreft CT thorax-abdomen (urologie), of X-thorax/echo abdomen op indicatie. Ook kan een alternerend schema tussen CT en echo worden overwogen op indicatie. - Cytologie uit een bricker dient afgenomen te worden indien: - o Ureter snijvlak R1 - o Hematurie - Urethral wash dient afgenomen te worden indien: - o Urethra snijvlak R1 - o Extensive CIS in blaas/UP - o Uitvloed/bloedverlies uit de penis - Functionele controles na 5 jaar follow-up worden niet langer geadviseerd, alleen op indicatie										

Follow-up na chemo-radiotherapie										
Jaar	1			2		3		4		5
Maand	4	8	12	16	24	30	36	42	48	60
Lab		x		x	x		x		x	x
Beeldvorming		x		x	x		x		x	x
Cystoscopie	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Beeldvorming betreft CT thorax-abdomen (urologie), of X-thorax/echo abdomen op indicatie. Ook kan een alternerend schema tussen CT en echo worden overwogen op indicatie. - Lab wordt alleen aanbevolen op indicatie - Er wordt GEEN standaard cytologie meer geadviseerd - Controle >5 jaar wordt enkel op indicatie geadviseerd - Bij <i>mono</i> radiotherapie wordt symptoom-geleide follow-up geadviseerd										