

ním v případě odmítnutí či kontraindikace radikální cystektomie (úroveň doporučení slabá) (4). Zlatým standardem léčby u rizikových či vysoce rizikových nádorů po BCG selhání či u pacientů s BCG intolerancí zůstává radikální cystektomie. Ostatní léčebné alternativy dosahují onkologicky výrazně horších výsledků a je nutné pacienta o tomto informovat. Terapie Synergo RITE je indikována u NMIBC se středním a vysokým rizikem progresu. V dříve publikovaných studiích byla terapie aplikována v případech NMIBC, které lze shrnout do následujících skupin (28):

- svalovinu neinfiltrující karcinomy měchýře s vysokou frekvencí recidiv po standardní intravezikální terapii
- kontraindikace či odmítnutí RCYE pro BCG selhání v terapii NMIBC či CIS
- kontraindikace k BCG terapii či její nedostupnost
- nádory se středním či vysokým rizikem progresu bez předchozí intravezikální terapie
- pacienti s vysokým operačním rizikem pro TUR či s technicky neresekovatelným nádorem (rozsah, lokalizace nádoru)

PROTOKOLY LÉČBY

Nejvíce používaným farmakem je mitomycin, ale lze aplikovat i epirubicin. Léčba se sestává obdobně jako při „klasických“ instilacích z indukční a udržovací fáze. Existují dva léčebné protokoly – tzv. profylaktický (neboli adjuvantní) a protokol ablativní (neoadjuvantní), lišící se dávkou chemoterapeutika a počtem aplikací v indukční fázi. Profylaktická terapie je indikována u pacientů s kompletně odstraněným nádorem s cílem snížení pravděpodobnosti recidiv a progresu. Její indukční fáze se sestává ze šesti aplikací s 2×20 mg MMC v týdenních intervalech. Ablativní terapie je indikována u pacientů s reziduálním či perzistujícím papilárním nádorem či v případě CIS. V indukční fázi podáváme osm aplikací s 2×40 mg MMC v týdenních intervalech. Indikací k ablativnímu protokolu je tedy i léčba pacientů s kontraindikací k TUR pro operační riziko, nebo tam, kde rozsah

či lokalizace nádorů znemožňují jejich kompletní endoskopické odstranění.

Udržovací fáze obou protokolů se sestává z šesti aplikací s 2×20 mg MMC v šestitýdenních intervalech během prvního roku terapie a ideálně pak z dalších šesti aplikací v osmitýdenních intervalech v roce druhém. Dávkování epirubicinu je 2×25 nebo 2×50 mg obdobně jako u MMC. Po ukončení indukční fáze provádíme cystoskopii v narkóze s mappingem měchýře, event. s TUR biopsiemi, odběr moči na cytologii a v opodstatněných případech i vyšetření horních močových cest (9). Optimální protokol a jeho indikace s ohledem na charakteristiky nádoru jsou stále předmětem studií. Recentnější studie doporučují rozšíření indikace ablativní léčby na nádory s vysokým a velmi vysokým rizikem progresu po jejich kompletní resekci (29). U nádorů s velmi vysokým rizikem je doporučováno zhodnotit efekt terapie již po úvodních čtyřech aplikacích ablativního protokolu (doporučení výrobce, ústní sdělení). V případě absence recidivy se pak pokračuje v indukční terapii. V průběhu udržovací léčby sledujeme pacienty dle platných doporučení pro follow-up NMIBC. V publikovaných studiích se liší zejména v trvání udržování fáze – mnoho autorů aplikovalo léčbu pouze po dobu jednoho roku, naopak jiní, zejména holandská autoři, pokračovali v udržovací léčbě v prodloužených intervalech i po 2. roce léčby (29).

KONTRAIKAKCE

Léčba je jednoznačně kontraindikována u pacientů s malou kapacitou měchýře (objem pod 150 ml), při aktivním uroinfektu či hematurii. Dalšími kontraindikacemi jsou striktury uretry či stavy výrazně ztěžující katetrizaci, objemné divertikly měchýře a nekontrolovatelná hyperaktivita detruzoru (9). Kontraindikací je i přítomnost penilní protézy nebo gravidita. Opatrnosti je dle výrobce (Medical Enterprises Europe B.V., Nizozemsko) třeba při metalických implantátech v malé pánvi a při přítomnosti pacemakerů či kardiostimulátorů – zde je doporučeno vyjádření kardiologa. U pa-