

Warszawa, dnia 6 września 2024 r.

Poz. 70

**OBWIESZCZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 6 września 2024 r.

**w sprawie kluczowych zaleceń w zakresie opieki onkologicznej dotyczących organizacji i postępowania
klinicznego w raku pęcherza moczowego**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1208) ogłasza się kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w raku pęcherza moczowego, stanowiące załącznik do obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

Izabela Leszczyna

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

Załącznik do obwieszczenia

Ministra Zdrowia

z dnia 6 września 2024 r. (poz. 70)

Kluczowe zalecenia w zakresie opieki onkologicznej dotyczące organizacji i postępowania klinicznego w raku pęcherza moczowego

Podstawa: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w raku pęcherza moczowego - opracowane przez Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej i Polskie Towarzystwo Urologiczne, Onkologia w Praktyce Klinicznej — Edukacja 2022, tom 8, nr 4.

Numer zalecenia	Zalecenie	Siła zalecenia
1.	U pacjenta z podejrzeniem raka pęcherza moczowego wymagane jest ustalenie rozpoznania patomorfologicznego zgodnie ze standardami organizacyjnymi opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii ¹⁾ oraz stosując wytyczne dla pracowni i zakładów patomorfologii ²⁾ .	(-)
2.	U pacjenta z podejrzeniem raka pęcherza moczowego należy przeprowadzić wywiad rodzinny i rozważyć ocenę ryzyka.	I, A
3.	Przeprowadzanie radykalnej cystektomii (RC) jest zalecane u świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego w urologii posiadających doświadczenie (> 20 RC rocznie).	IV, A
4.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego naciekającego warstwę mięśniową jest zalecana chemioterapia przedoperacyjna.	I, A
5.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego cT2-T4a, N0M0 lub nienaciekającego raka wysokiego ryzyka jest zalecana z wyboru radykalna cystektomia.	I, A
6.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC) poddanego operacji przezcewkowej resekcji guza (TURBT) jest zalecane podanie pojedynczej wlewki chemioterapeutyku, do 24 godzin od operacji.	I, A IV, B
7.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC) z grupy wysokiego ryzyka, który całkowicie odpowiada na terapię indukcyjną BCG, jest zalecana kontynuacja podtrzymującej terapii BCG przez trzy lata.	I, B
8.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC) lub raka śródnabłonkowego, z grupy wysokiego ryzyka, z przetrwałą lub nawracającą chorobą w okresie jednego roku po leczeniu dwoma cyklami indukcji podtrzymującej BCG lub BCG, jest zalecane zaproponowanie radykalnej cystektomii.	II, C
9.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC) z grupy wysokiego ryzyka z przetrwałą chorobą T1 o wysokim stopniu zaawansowania po powtórnej resekcji lub guzami T1 z towarzyszącym CIS, LVI lub histologiami odmiennymi, który kwalifikuje się do operacji, jest zalecane rozważenie cystektomii radykalnej.	II, C

¹⁾ Standardy zostały określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz.U. poz. 2435).

²⁾ R. Langfort i wsp.: Standardy organizacyjne oraz standardy postępowania w patomorfologii. Wytyczne dla pracowni/zakładów patomorfologii.

10.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC), który przeszedł niekompletną wstępną resekcję (nie wszystkie widoczne guzy zostały usunięte), jest zalecana powtórna resekcja przezcewkowa lub leczenie endoskopowe całego pozostałego guza, jeżeli jest to technicznie możliwe.	I, B
11.	Wycięcie węzłów chłonnych miedniczych jest zalecane jako integralna część radykalnej cystektomii (RC). Należy dokonać opisu grup pobranych węzłów chłonnych przed wysłaniem do badania patomorfologicznego.	II, A
12.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC) lub raka śródnabłonkowego, z grupy średniego ryzyka, całkowicie odpowiadającego na leczenie indukcyjne BCG, jest zalecane rozważenie podtrzymującego leczenia BCG przez okres jednego roku.	II, A
13.	U pacjenta z rozpoznaniem raka pęcherza moczowego nienaciekającego warstwy mięśniowej (NMIBC) lub raka śródnabłonkowego z guzami Ta ³⁾ wysokiego ryzyka o wysokim stopniu złośliwości ⁴⁾ jest zalecane wykonanie powtórnej przezcewkowej resekcji pozostałości guza pierwotnego w okresie sześciu tygodni od początkowej TURBT.	II, C
14.	Pacjentowi należy zapewnić dostęp do wczesnej rehabilitacji, specjalistycznej pomocy psychologicznej oraz, w przypadkach tego wymagających, konsultacji psychiatrycznej.	(-)
15.	Po zakończonym leczeniu należy opracować plan opieki nad pacjentem z określeniem zadań dla onkologa i lekarza pierwszego kontaktu w zakresie obserwacji pacjenta pod kątem powikłań po leczeniu i wczesnego wykrycia możliwej wznowy.	(-)

³⁾ Według klasyfikacji TNM AJCC42/UICC43 8. rewizja 2017.

⁴⁾ Klasyfikacja stopnia złośliwości według WHO 1973/ WHO 2004/2016.