

měchýře a lymfatických uzlin malé pánve s počáteční dávkou 40–45 Gy, s boostem na celý močový měchýř do dávky 50–54 Gy a dalším boostem na nádor do celkové dávky 60–66 Gy. Pokud nelze provést boost na oblast nádoru, je možné zvážit ozáření celého močového měchýře do dávky 59,4–66 Gy. V případě významné lymfadenopatie je doporučeno eskalovat dávku na infiltrované lymfatické uzliny za předpokladu dodržení dávkových limitů na normální tkáň. V případě cN0+ nepanuje jednoznačná shoda a elektivní ozáření pánevních lymfatických uzlin by mělo být individuálně zvažováno s přihlédnutím ke komorbiditám pacienta a případné toxicitě.

V případě RT omezené pouze na močový měchýř je vhodné využít mírně hypofrakcionovaného režimu (55 Gy ve 20 frakcích), který se na základě metaanalýzy studií BC2001 a BCON prokázal být non-inferiorní vůči 64 Gy ve 32 frakcích v lokoregionální kontrole, OS i pozdní toxicitě (18, 19).

Vzhledem k tomu, že neexistují žádné dokončené randomizované studie, byly NAC s RACE a TMT porovnávány pouze v systematických přehledech, metaanalýzách, rozsáhlých populačních studiích a multiinstitucionálních analýzách (11, 13, 20). Tyto studie v souhrnu ukazují podobné onkologické výsledky mezi NAC s RACE a TMT u vybraných pacientů s MIBC. Tyto výsledky podporují názor, že TMT by měla být v rámci multidisciplinárního rozhodování nabízena všem vhodným kandidátům s MIBC, a nikoliv pouze pacientům s významnými komorbiditami, pro které operace není vhodná.

UA/ASCO/ASTRO/SUO doporučuje zvážení TMT u všech pacientů, přičemž by se mělo jednat o metodu volby u pacientů odmítajících či nevhodných k RACE. U pacientů vhodných k NAC s RACE by však měla být upřednostněna tato modalita před TMT (21). Naopak nejnovější doporučení NCCN pro MIBC nyní doporučuje zachování močového měchýře se současnou chemoradioterapií a maximální transuretrální resekci nádoru močového měchýře (TURBT) jako primární možnost léčby u pacientů s onemocněním ve stadiu II (cT2N0) a IIIA (cT3N0, cT4N0, cT1–cT4N1). V důsledku toho již NAC s RACE nepředstavuje jediný standard léčby MIBC a obě léčebné modalitty jsou prezentovány s level of evidence 1 (22).

Obř. 1. Příklad izodózních plánů s modulovanou intenzitou s využitím simultánně integrovaného boostu. 86letý pacient s lokálně pokročilým uroteliálním karcinomem močového měchýře (cT3b cN1 cM0), který odmítl RACE, byl léčen vzhledem ke svému věku a komorbiditám samotnou radioterapií. Předepsaná dávka: 50 Gy ve 25 frakcích na oblast močového měchýře, prostaty a infiltrovanou lymfatickou uzlinu, 45 Gy ve 20 frakcích na oblast lymfatických uzlin malé pánve. Poté následoval boost na oblast původního tumoru močového měchýře



Obř. 2. Dávková distribuce boostu 14 Gy v 7 frakcích u výše zmíněného pacienta

