

« فهرست مطالب »

۹.....	سرطان مثانه غیر مهاجم به عضله (CIS,TaT1).....	
۲۸.....	کارسینوم‌های یورو تلیال سیستم ادراری فوقانی.....	
۳۸.....	سرطان مثانه مهاجم به عضله و متاستاتیک	
۵۵.....	کارسینوم اولیه‌ی مجرا.....	
۶۲.....	کانسر پروستات.....	
۹۰.....	کارسینوم سلول کلیوی.....	
۱۱۳.....	کانسر بیضه	
۱۳۲.....	کانسر پنیس	
۱۴۷.....	LUTS غیرنوروزنیک در مردان	
۱۶۷.....	بی‌اختیاری ادرار.....	
۱۹۱.....	نورو اورولوژی	
۲۰۴.....	اختلال عملکرد جنسی مردان	
۲۲۰.....	پریاپیسم	
۲۲۹.....	انحنای آلت تناسلی مردانه	
۲۳۷.....	ناباروری مردان	
۲۵۴.....	هیپوگنادیسم در مردان	
۲۶۵.....	عفونت‌های اورولوژی	
۲۸۷.....	سنگ‌های ادراری	
۳۱۹.....	سنگ‌های مثانه	
۳۲۴.....	اورولوژی اطفال	
۳۵۶.....	تروما در اورولوژی	
۳۷۴.....	درد مزمن لگنی	
۳۹۸.....	پیوند کلیه	
۴۲۰.....	ترومبوپروفیلاکسی در جراحی اورولوژی.....	

توضیحات

سطح شواهد و سیستم‌های درجه‌بندی:

برای هر توصیه‌ی موجود در دستورالعمل‌ها، قدرت توصیه با کلمات «قوی» یا «ضعیف» توصیف شده است [۱]، این قدرت بر اساس توازن بین آثار مطلوب و نامطلوب تدابیر متفاوت، کیفیت شواهد (شامل قطعیت تخمینها)، نوع و تنوع ارزش‌ها و ترجیحات بیمار محاسبه می‌شود. برای رتبه‌بندی قدرت فرم‌هایی به صورت آنلاین وجود دارد که بر اساس متدولوژی تصحیح شده‌ی GRADE است [۲،۳]. این فرم‌ها تعدادی از عناصر کلیدی را بررسی می‌کنند، شامل:

۱. کیفیت کلی شواهدی که برای یک توصیه وجود دارد، منابعی که در این متن به کار رفته بر مبنای سیستم اصلاح‌شده‌ی طبقه‌بندی مرکز آکسفورد برای «سطوح شواهد در پزشکی شاهدمحور» درجه‌بندی شده است (جدول یک را ببینید) [۴].
۲. میزان تأثیر (اثرات ترکیبی یا انفرادی)
۳. حتمیت نتایج (دقت، تناسب، هتروژنی و سایر عوامل آماری یا مرتبط با پژوهش)
۴. توازن میان نتایج مطلوب و نامطلوب
۵. تأثیر ارزش‌ها و ترجیحات بیمار بر مداخله
۶. قطعیت ارزش‌ها و ترجیحات بیمار

این عناصر کلیدی مبنایی هستند که مولفین برای تعیین درجه‌ی قدرت هر توصیه استفاده می‌کنند.

جدول ۱: سطح شواهد

سطح	نوع شواهد
1a	شواهد به دست آمده از متآنالیز کارآزمایی‌های تصادفی شده
1b	شواهد به دست آمده از حداقل یک کارآزمایی تصادفی شده
2a	شواهد به دست آمده از یک مطالعه‌ی ساختارمند شاهددار، بدون تصادفی‌سازی
2b	شواهد به دست آمده از حداقل یک نوع دیگر از مطالعه‌ی ساختارمند شبه تجربی
3	شواهد به دست آمده از مطالعات ساختارمند غیرتجربی، مانند مطالعات مقایسه‌ای، مطالعات همبستگی و گزارشات موردی
4	شواهد به دست آمده از گزارش‌ها یا نظرات شورای متخصصان یا تجارب بالینی کارشناسان معتبر

منابع:

1. Guyatt, G.H., et al. Going from evidence to recommendations. BMJ, 1049:336 .2008.
2. Guyatt, G.H., et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ, 924 :336 .2008.
3. Guyatt, G.H., et al. What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? BMJ, 995 :336 .2008.
4. Phillips, B., et al. Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence. Updated by Jeremy Howick March 2009.

سرطان مثانه غیر مهاجم به عضله (CIS, TaT1)

(به روزرسانی شده در مارس ۲۰۱۹)

M. Babjuk (Chair), M. Burger (Vice-chair), E. Compérat, P. Gontero, A.H. Mostafid, J. Palou, B.W.G. van Rhijn, M. Rouprêt, S.F. Shariat, R. Sylvester, R. Zigeuner Guidelines Associates: O. Capoun, D. Cohen, J.L. Dominguez Escrig, V. Hernández, B. Peyronnet, T. Seisen, V. Soukup

مقدمه

گروه کاری EAU، دستورالعمل‌های مربوط به سرطان مثانه غیر مهاجم به عضله (NMIBC)، تومورهای TaT1 و کارسینوم درجا (CIS) را منتشر کرده است.

سیستم‌های درجه بندی و مرحله بندی

TNM ۲۰۱۷ (تومور، لنف نود، متاستاز) برای مرحله بندی استفاده می‌شود (جدول ۱). برای درجه بندی، از هر دو دسته بندی WHO ۱۹۷۳ و ۲۰۰۴ استفاده می‌شود (جدول ۲).

جدول ۱: مرحله بندی TNM2017

T – تومور اولیه	
تومور اولیه قابل ارزیابی نیست	TX
شواهدی از تومور اولیه وجود ندارد	T0
کارسینوم پاپیلاری غیر مهاجم	Ta
کارسینوم درجا: 'تومور تخت'	Tis
تومور بافت همبندی زیر اپیتلیالی را مورد تهاجم قرار می دهد	T1
تومور عضله را مورد تهاجم قرار می دهد	T2
تومور عضله سطحی (نیمه داخلی) را مورد تهاجم قرار می دهد	T2a
تومور عضله عمقی (نیمه بیرونی) را مورد تهاجم قرار می دهد	T2b
تومور بافت اطراف مثانه را مورد تهاجم قرار می دهد	T3
در مقیاس میکروسکوپی	T3a
در مقیاس ماکروسکوپی (توده خارج مثانه‌ای)	T3b
تومور به هر یک از موارد زیر حمله می کند: استرومای پروستات، سمینال وزیکل، رحم، واژن، دیواره لگن، دیواره شکمی	T4
تومور به استرومای پروستات، سمینال وزیکل، رحم یا واژن حمله می کند.	T4a
تومور دیواره لگن یا دیواره شکمی را مورد تهاجم قرار می دهد.	T4b
N – غدد لنفاوی منطقه‌ای	
غدد لنفاوی ناحیه‌ای را نمیتوان ارزیابی کرد	NX
هیچ متاستازی به غده لنفاوی ناحیه وجود ندارد	N0
متاستاز در یک غده لنفاوی منفرد در لگن زیرین (هایپوگاستریک، عضله اوبتوراتور، ایلپاک خارجی، جلوی ساکروم)	N1
متاستاز در غدد لنفاوی متعدد ناحیه‌ای در لگن زیرین (هایپوگاستریک، عضله اوبتوراتور، ایلپاک خارجی، یا جلوی ساکروم)	N2
متاستاز در غدد لنفاوی ایلپاک مشترک	N3

M - متاستاز دور دست	
M0	بدون متاستاز دور دست
M1a	غدد لنفاوی غیر منطقه‌ای
M1b	دیگر متاستازهای دور دور دست

ارزش پیش‌آگهی هر دو سیستم درجه‌بندی WHO ۱۹۷۳ و ۲۰۰۴ تایید شده است. سیستم WHO ۲۰۰۴ هنوز به طور کامل با الگوهای پیش‌آگهی ترکیب نشده است.

کارسینوم درجا

کارسینوم درجا، یک کارسینوم اوروتلیال غیر مهاجم، با درجه بالا و مسطح است و به انواع بالینی زیر طبقه بندی می‌شود:

- اولیه: CIS مجزا بدون هیچ تومور قبلی یا کنونی پاپیلری و بدون هیچ CIS قبلی.
- ثانویه: CIS شناسایی شده در پیگیری بیماران مبتلا به تومور قبلی غیر CIS.
- همزمان: CIS در حضور هر نوع تومور اوروتلیال دیگر در مثانه.

جدول ۲: درجه بندی WHO در سال ۱۹۷۳ و ۲۰۰۴

درجه بندی WHO 1973	
درجه ۱:	به خوبی متمایز شده
درجه ۲:	نسبتاً متمایز شده
درجه ۳:	به طور ضعیف متمایز شده
سیستم درجه بندی WHO ۲۰۰۴ (ضایعات پاپیلری)	
	نئوپلاسم اورتلیال پاپیلری با پتانسیل بدخیمی پایین (PUNLMP)
	کارسینوم اورتلیال پاپیلری درجه پایین (LG)
	کارسینوم اورتلیال پاپیلری درجه بالا (HG)

درجه قدرت	توصیه هایی برای طبقه بندی سرطان مثانه
قوی	از سیستم TNM 2017 برای طبقه بندی عمق تهاجم تومور (مرحله بندی تومور) استفاده کنید .
قوی	از هر دو روش درجه بندی WHO ۱۹۷۳ و ۲۰۱۶/۲۰۰۴ برای طبقه بندی بافت شناسی استفاده کنید .
قوی	از اصطلاح «سرطان مثانه سطحی» استفاده نکنید.
قوی	هرگاه اصطلاح NMIBC برای موارد فردی مورد استفاده قرار میگیرد، استیج و گرید تومور را ذکر کنید.

تشخیص

تاریخچه جامع بیمار الزامی است. هماچوری شایع ترین یافته است. معاینه‌ی پزشکی NMIBC را ظاهر نمی‌سازد.

درجه قدرت	توصیه هایی برای ارزیابی اولیه سرطان مثانه غیر مهاجم به عضله
قوی	بررسی تاریخچه بیمار با تمرکز بر علائم مجاری ادراری و هماچوری.
قوی	استفاده از اولتراسوند کلیه و مثانه و / یا سی تی - اوروگرافی داخل وریدی در اولین ارزیابی بیماران با هماچوری.
قوی	هنگامی که یک تومور مثانه شناسایی شد سی تی-اوروگرافی را در موارد منتخب انجام دهید (به عنوان مثال تومورهایی که در تریگون مثانه واقع شده اند، تومورهای متعدد یا با خطر زیاد)