

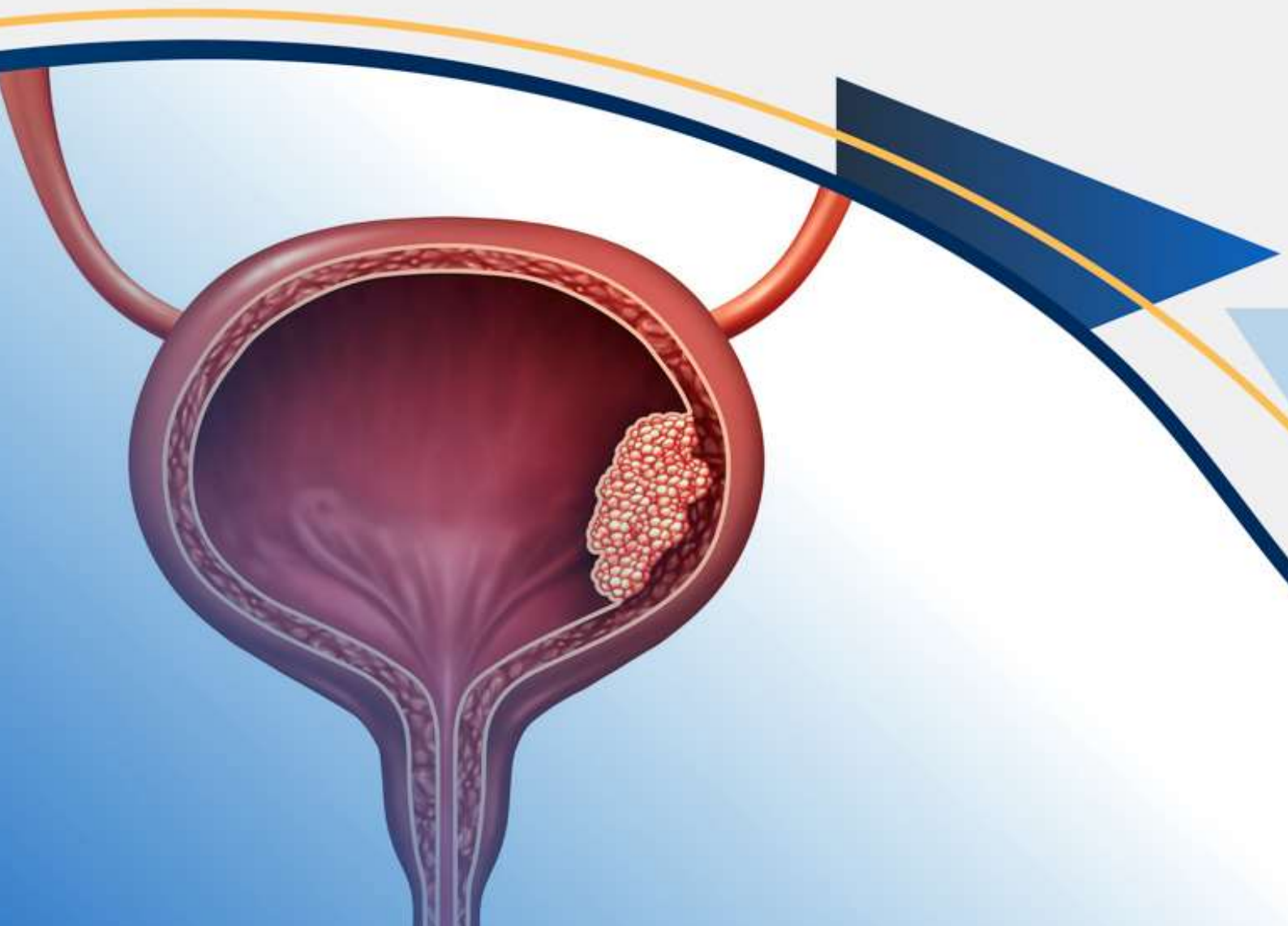
ابر حامی

آگاهی، بهبودی، رشد؛
برای همزیستان سرطان



آموزش‌های عمومی سامانه ابر حامی
www.abrhami.ir

انواع درمان مثانه



انواع درمان سرطان مثانه

در این بخش درمان‌هایی توضیح داده شده است که استاندارد مراقبت از سرطان هستند. "استاندارد مراقبت" به معنای بهترین درمان‌هایی است که تاکنون شناخته شده است. هنگام تصمیم‌گیری در مورد برنامه درمانی، به شما توصیه می‌شود با پزشک خود در مورد اینکه آیا کارآزمایی‌های بالینی در دسترس هستند یا خیر، صحبت کنید. کارآزمایی بالینی مطالعه‌ای تحقیقاتی است که رویکردی جدید یا اصلاح‌شده را برای درمان آزمایش می‌کند. پزشکان از طریق آزمایش‌های بالینی می‌سنجند آیا یک درمان جدید بی‌خطر، مؤثر و احتمالاً بهتر از درمان استاندارد است یا خیر. آزمایش‌های بالینی می‌توانند نوعی داروی جدید، ترکیب جدیدی از درمان‌های استاندارد، یا دوزهای جدید داروهای استاندارد یا سایر درمان‌ها را آزمایش کنند. آزمایش‌های بالینی گزینه‌ای برای تمام مراحل سرطان است. پزشک می‌تواند به شما کمک کند تا تمام گزینه‌های درمانی خود، از جمله آزمایش‌های بالینی را در نظر بگیرید.

نحوه درمان سرطان مثانه

افراد مختلف مبتلا به سرطان مثانه، نیازهای متفاوتی دارند که باید درمان شوند. درمان‌هایی که پزشک در برنامه درمانی توصیه می‌کند براساس ویژگی‌های تشخیص و سلامت کلی شما و همچنین سایر عوامل انتخاب می‌شوند.

زمانی را برای بررسی همه گزینه‌های درمانی خود اختصاص دهید و حتماً در مورد ابهام‌هایتان سؤال بپرسید. همچنین در مورد اهداف هر درمان با پزشک خود صحبت کنید و بدانید در حین دریافت درمان باید انتظار چه چیزهایی را داشته باشید. این نوع گفتگوها "تصمیم‌گیری مشترک" نامیده می‌شود. تصمیم‌گیری مشترک، روندی است که شما و پزشکانتان برای انتخاب درمان‌هایی متناسب با اهداف مراقبت شما، همکاری می‌کنید. تصمیم‌گیری مشترک به‌ویژه برای سرطان مثانه مهم است؛ زیرا گزینه‌های درمانی مختلفی وجود دارد. برای مطالعه مروری بر گزینه‌های درمانی بر اساس وسعت سرطان مثانه، بخش بعدی این راهنما، [درمان بر اساس مرحله](#) را بخوانید.

رایج‌ترین انواع درمان‌های مورد استفاده برای سرطان مثانه در ادامه توضیح داده شده است. برنامه مراقبتی شما همچنین شامل درمان علائم و عوارض جانبی است که بخش مهمی از مراقبت از سرطان می‌باشد.

[عمل جراحی](#)

[شیمی‌درمانی](#)

[ایمونوتراپی](#)

[درمان هدفمند](#)

[ژن‌درمانی](#)

[پرتودرمانی](#)

عمل جراحی

جراحی سرطان، برداشتن تومور و برخی از بافت‌های سالم اطراف آن در طی یک عمل جراحی است. انواع مختلفی از جراحی برای سرطان مثانه وجود دارد. تیم مراقبت‌های سلامتی شما، نوعی جراحی خاص را براساس مرحله و درجه بیماری توصیه می‌کند.

برداشتن تومور مثانه از طریق پیشابراه. (TURBT: trans urethral resection of bladder tumor) این روش برای تشخیص، مرحله‌بندی و همچنین درمان استفاده می‌شود. در طی TURBT، جراح یک سیستوسکوپ را از طریق مجرای ادرار وارد مثانه می‌کند. سپس جراح تومور را با استفاده از ابزاری با یک حلقه سیم کوچک، لیزر یا الکتریسیته پرانرژی (fulguration) خارج می‌کند. قبل از شروع عمل، به بیمار داروی بیهوشی داده می‌شود تا دردی احساس نکند.

برای افراد مبتلا به سرطان مثانه غیرتهاجمی عضلانی، TURBT ممکن است بتواند سرطان را از بین ببرد. با این حال، پزشک ممکن است درمان‌های اضافی را پس از TURBT برای کاهش خطر عود سرطان، مانند شیمی‌درمانی داخل مثانه یا ایمونوتراپی توصیه کند (این درمان‌ها در ادامه توضیح داده شده‌اند). برای افراد مبتلا به سرطان مثانه مهاجم عضلانی، معمولاً درمان‌های اضافی شامل جراحی برای برداشتن مثانه (این جراحی با شیوع کمتر نسبت به پرتودرمانی انجام می‌شود) یا پرتودرمانی توصیه می‌شود. شیمی‌درمانی معمولاً در سرطان مثانه مهاجم عضلانی استفاده می‌شود.

رادیكال سیستکتومی و تشریح غده لنفاوی. رادیكال سیستکتومی برداشتن کل مثانه و احتمالاً بافت‌ها و اندام‌های مجاور است. این اندام‌ها ممکن است شامل پروستات و بخشی از مجرای ادرار یا رحم، لوله‌های فالوپ، تخمدان‌ها و بخشی از واژن باشد.

برای همه بیماران، غده لنفاوی در لگن برداشته می‌شود. به این عمل دیسکسیون غده لنفاوی لگنی می‌گویند. تشریح غده لنفاوی گسترده لگن، دقیق‌ترین راه برای یافتن سرطانی است که به غده لنفاوی گسترش یافته است.

در شرایط نادر و بسیار خاص، ممکن است تنها بخشی از مثانه برداشته شود که به آن سیستکتومی جزئی می‌گویند. با این حال، این جراحی استاندارد مراقبت برای افراد مبتلا به بیماری تهاجمی عضلانی نیست.

در طی سیستکتومی لاپاراسکوپی یا رباتیک، جراح به جای ۱ برش بزرگ‌تر که برای جراحی باز سنتی استفاده می‌شود، چندین برش یا برش کوچک ایجاد می‌کند. سپس جراح از تجهیزات تلسکوپی، با یا بدون کمک رباتیک، برای برداشتن مثانه استفاده می‌کند. جراح باید برای برداشتن مثانه و بافت اطراف

آن، برشی ایجاد کند. این نوع عمل به جراحی باتجربه بسیار در این نوع جراحی نیاز دارد. پزشک شما می‌تواند این گزینه‌ها را با شما در میان بگذارد و به شما در تصمیم‌گیری آگاهانه کمک کند.

انحراف ادرار. اگر کل مثانه برداشته شود، پزشک روش جدیدی برای دفع ادرار از بدن ایجاد می‌کند. یکی از راه‌های انجام این کار استفاده از بخشی از روده کوچک یا کولون برای منحرف کردن ادرار به سمت استوما یا استومی (منفذی) در خارج از بدن است. سپس بیمار باید یک کیسه متصل به استوما برای جمع‌آوری و تخلیه ادرار بپوشد.

جراحان گاهی اوقات می‌توانند از بخشی از روده کوچک یا بزرگ برای ساختن یک مخزن ادرار استفاده کنند که یک کیسه ذخیره سازی است و در داخل بدن قرار می‌گیرد. با این روش‌ها بیمار نیازی به کیسه ادراری ندارد. برای برخی از بیماران، جراح می‌تواند کیسه را به مجرای ادرار متصل کند و امکانی را ایجاد کند که ارتوتوپیک (مثانه جدید) نامیده می‌شود. بنابراین، بیمار می‌تواند ادرار را از بدن خارج کند. با این حال، اگر مثانه به طور کامل از ادرار تخلیه نشده باشد، ممکن است بیمار نیاز به استفاده از لوله نازکی به نام کاتتر داشته باشد. همچنین، بیماران دارای مثانه جدید، دیگر تمایلی به ادرار کردن نخواهند داشت و باید ادرار کردن را طبق یک برنامه منظم یاد بگیرند. برای سایر بیماران، یک کیسه داخلی (داخل شکم) ساخته شده از روده کوچک و/یا بزرگ ایجاد می‌شود و از طریق یک استومای کوچک به پوست روی شکم یا ناف متصل می‌شود (مثلاً یک کیسه ایندیانا). با این رویکرد، بیماران نیازی به پوشیدن کیسه ندارند. بیماران کیسه داخلی را چندین بار در روز با وارد کردن یک کاتتر از طریق استومای کوچک و خارج کردن کاتتر تخلیه می‌کنند. تیم مراقبت‌های سلامتی، به شما کمک می‌کند تا با این تغییرات سازگار شوید.

عوارض جانبی جراحی سرطان مثانه

زندگی بدون مثانه می‌تواند کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد. یافتن راه‌هایی برای حفظ تمام یا بخشی از مثانه یک هدف مهم درمانی است. برای برخی از افراد مبتلا به سرطان مثانه مهاجم عضلانی، برنامه‌های درمانی شامل شیمی‌درمانی و پرتودرمانی پس از TURBT ممکن است به عنوان جایگزینی برای برداشتن مثانه استفاده شود. (به «حفظ مثانه» در [درمان‌های مرحله‌ای](#) مراجعه کنید).

عوارض جانبی جراحی سرطان مثانه به روش انجام شده بستگی دارد. تحقیقات نشان داده است که داشتن یک جراح با تخصص در زمینه سرطان مثانه می‌تواند نتیجه جراحی برای افراد مبتلا به سرطان مثانه را بهبود بخشد. بیماران باید با پزشک خود به طور مفصل صحبت کنند تا متوجه شوند دقیقاً چه عوارض جانبی ممکن است رخ دهد، از جمله عوارض جانبی ادراری و جنسی، و چگونه می‌توان آنها را مدیریت کرد. به طور کلی، عوارض جانبی ممکن است شامل موارد زیر باشد:

- طولانی شدن زمان بهبودی
- عفونت
- لخته شدن خون یا خونریزی
- ناراحتی بعد از جراحی و آسیب به اندام‌های مجاور
- عفونت یا نشت ادرار پس از سیستکتومی یا انحراف ادرار. اگر مثانه‌ای جدید ایجاد شده باشد، ممکن است بیمار گاهی اوقات نتواند ادرار کند یا مثانه را به طور کامل تخلیه کند.

- ناتوانی آلت تناسلی در نعوظ که پس از سیستکتومی به آن اختلال نعوظ می‌گویند. گاهی اوقات، سیستکتومی محافظ عصب می‌تواند انجام شود. وقتی این کار با موفقیت انجام شود، نعوظ طبیعی ممکن است امکان‌پذیر باشد.
- آسیب به اعصاب لگن و ازدست‌دادن احساس جنسی و ارگاسم
- خطرات ناشی از بیهوشی یا سایر مسائل پزشکی همراه
- ازدست‌دادن استقامت یا قدرت بدنی به طور موقت
- تغییر در تعادل اسید و باز در بدن و سطوح پایین ویتامین B12

قبل از جراحی، با تیم مراقبت‌های سلامتی خود در مورد عوارض جانبی احتمالی جراحی خاصی که خواهید داشت، صحبت کنید.

درمان با استفاده از دارو

برنامه درمانی ممکن است شامل داروهایی برای از بین بردن سلول‌های سرطانی باشد. دارو ممکن است از طریق جریان خون داده شود تا به سلول‌های سرطانی در سراسر بدن برسد. هنگامی که دارویی به این روش تجویز می‌شود، درمان سیستمیک نامیده می‌شود. همچنین ممکن است دارو به صورت موضعی داده شود، یعنی زمانی که دارو مستقیماً روی سرطان اعمال می‌شود یا در یک قسمت از بدن نگهداری می‌شود. این درمان به طور کلی توسط یک انکولوژیست پزشکی، پزشکی که در درمان سرطان با دارو تخصص دارد، تجویز می‌شود.

داروها اغلب از طریق یک لوله وریدی (IV) که با استفاده از یک سوزن در ورید قرار داده می‌شود یا به عنوان یک قرص یا کپسول به صورت خوراکی، داده می‌شود. اگر داروهای خوراکی به شما داده می‌شود، حتماً از تیم مراقبت‌های سلامتی خود در مورد نحوه نگهداری ایمن (شرایط نگهداری) آنها بپرسید.

انواع داروهای مورد استفاده برای سرطان مثانه عبارتند از:

شیمی‌درمانی

ایمونوتراپی

درمان هدفمند

ژن‌درمانی

هر یک از این نوع درمان‌ها در ادامه، با جزئیات بیشتری مورد بحث قرار گرفته است. یک فرد ممکن است یک نوع دارو را در یک‌زمان یا ترکیبی از داروها را به طور هم‌زمان دریافت کند. آنها همچنین می‌توانند به عنوان بخشی از یک برنامه درمانی که شامل جراحی و/یا پرتودرمانی است، داده شوند.

داروهای مورد استفاده برای درمان سرطان به طور مداوم در حال ارزیابی هستند. صحبت با پزشک، اغلب بهترین راه برای آگاهی از داروهای تجویز شده برای شما، هدف آنها و عوارض جانبی و تداخلات احتمالی آنها با سایر داروها است.

همچنین مهم است که در صورت مصرف هرگونه دارو یا مکمل دیگر با نسخه یا بدون نسخه، به پزشک خود اطلاع دهید. گیاهان، مکمل‌ها و سایر داروها می‌توانند با داروهای سرطان تداخل داشته باشند و باعث عوارض جانبی ناخواسته یا کاهش اثربخشی شوند. با استفاده از پایگاه‌های اطلاعاتی دارویی قابل جستجو، درباره نسخه‌های خود بیشتر بیاموزید.

شیمی‌درمانی

شیمی‌درمانی استفاده از داروها برای از بین بردن سلول‌های سرطانی است که معمولاً با جلوگیری از رشد، تقسیم و ساخت سلول‌های بیشتر سلول‌های سرطانی انجام می‌شود.

یک رژیم شیمی‌درمانی، یا برنامه، معمولاً شامل تعداد مشخصی از چرخه‌های انجام شده در یک دوره زمانی معین است. بیمار ممکن است یک دارو را در یک‌زمان یا ترکیبی از داروهای مختلف در همان روز دریافت کند.

2 نوع شیمی‌درمانی وجود دارد که ممکن است برای درمان سرطان مثانه استفاده شود. نوع درمان توصیه شده توسط پزشک و زمان تجویز، بستگی به مرحله سرطان دارد. با پزشک خود در مورد شیمی‌درمانی قبل یا بعد از جراحی صحبت کنید.

شیمی‌درمانی داخل مثانه: شیمی‌درمانی داخل مثانه یا موضعی معمولاً توسط متخصص اورولوژی انجام می‌شود. در طول این نوع درمان، داروها از طریق سوندی که از طریق مجرای ادرار وارد مثانه شده، وارد مثانه می‌شوند. درمان موضعی فقط سلول‌های سطحی تومور را که در تماس با محلول شیمی‌درمانی هستند، از بین می‌برد و نمی‌تواند به سلول‌های تومور در دیواره مثانه یا سلول‌های توموری که به سایر اندام‌ها گسترش یافته‌اند برسد. میتومایسینسی (موجود به عنوان یک داروی ژنریک)، جمسیتابین (جمزار)، دوستاکسل (تاکسوتر) و والروپیسین (والستار) داروهایی هستند که اغلب برای شیمی‌درمانی داخل مثانه استفاده می‌شوند. سازمان غذا و داروی ایالات متحده همچنین میتومایسین (جلمیتو) را برای درمان سرطان مجرای ادراری با درجه پایین توصیه کرده است.

شیمی‌درمانی سیستمیک: رایج‌ترین رژیم‌های شیمی‌درمانی سیستمیک یا کل بدن برای درمان سرطان مثانه عبارت‌اند از:

سیس پلاتین و جمسیتابین

کربوپلاتین (موجود به عنوان یک داروی ژنریک) و جمسیتابین

MVAC که ترکیبی از ۴ دارو است: متوترکسات (روماترکس، ترکسال)، وینبلاستین (ولبان)، دوکسوروبیسین و سیس پلاتین.

دوز متراکم MVAC-(DD) با پشتیبانی از فاکتور رشد: مشابه MVAC است، اما بین جلسات درمانی، زمان کمتری وجود دارد و بیشتر جایگزین MVAC شده است.

دوستاکسل یا پاکلیتاکسل (موجود به عنوان یک داروی ژنریک)

پمترکسد (آلیمتا)

بسیاری از شیمی‌درمانی‌های سیستمیک، همچنان در آزمایش‌های بالینی مورد آزمایش قرار می‌گیرند تا مشخص شود کدام داروها یا ترکیبی از داروها برای درمان سرطان مثانه بهتر عمل می‌کنند. معمولاً ترکیبی از داروها، بهتر از یک داروی منفرد کار می‌کند. شواهد علمی قویاً از استفاده از شیمی‌درمانی، مبتنی بر سیس پلاتین قبل از جراحی رادیکال، برای سرطان مثانه مهاجم عضلانی حمایت می‌کند. به این روش، شیمی‌درمانی نئوادجوانت می‌گویند.

اگر شیمی‌درمانی مبتنی بر پلاتین سرطان پیشرفته یا متاستاتیک یوروتلیال را کوچک، کند یا تثبیت کند، ایمونوتراپی با آلولوماب، (Bavencio) به «ایمونوتراپی» در ادامه‌ی متن مراجعه کنید) ممکن است برای جلوگیری یا تأخیر در بازگشت سرطان و کمک به افراد برای طول عمر بیشتر استفاده شود.

عوارض جانبی شیمی‌درمانی به دارو، رژیم ترکیبی و دوز مصرفی بستگی دارد، اما می‌تواند شامل خستگی، خطر عفونت، لخته‌شدن خون و خونریزی، ازدست‌دادن اشتها، تغییر حس چشایی، حالت تهوع و استفراغ، ریزش مو و اسهال در افراد باشد. این عوارض معمولاً پس از پایان درمان از بین می‌روند.

ایمونوتراپی

ایمونوتراپی از دفاع طبیعی بدن برای مبارزه با سرطان با بهبود توانایی سیستم ایمنی بدن برای حمله به سلول‌های سرطانی استفاده می‌کند. می‌توان آن را به صورت موضعی یا در سراسر بدن تجویز کرد.

ایمونوتراپی موضعی

باسیل کالمت-گرین (BCG) داروی استاندارد ایمونوتراپی برای سرطان مثانه یک مایکوباکتریوم ضعیف شده به نام BCG است که شبیه باکتری عامل سل است. BCG مستقیماً از طریق کاتتر در مثانه قرار می‌گیرد. این درمان داخل مثانه نامیده می‌شود. BCG به پوشش داخلی مثانه متصل می‌شود و سیستم ایمنی را برای از بین بردن سلول‌های تومور تحریک می‌کند. BCG می‌تواند علائمی شبیه آنفولانزا، تب، لرز، خستگی، احساس سوزش در مثانه و خونریزی از مثانه و غیره ایجاد کند.

اینترفرون (رو فروش A-اینترفرون، A-آلفرون): اینترفرون نوع دیگری از ایمونوتراپی است که به ندرت ممکن است به عنوان درمان داخل مثانه انجام شود. اگر استفاده از BCG به تنهایی به درمان سرطان کمک نکند، گاهی اوقات با BCG ترکیب می‌شود. امروزه درمان با اینترفرون بسیار نادر است.

ایمونوتراپی سیستمیک

مهارکننده‌های واری ایمی. حوزه فعال تحقیقات ایمونوتراپی، بررسی داروهایی است که PD-1 و PD-1 را مسدود می‌کنند. PD-1 در سطح سلول‌های T یافت می‌شود و نوعی گلوبول سفید هستند که مستقیماً به سیستم ایمنی بدن در مبارزه با بیماری کمک می‌کند. از آنجایی که PD-1 سیستم ایمنی را

از تخریب سلول‌های سرطانی باز می‌دارد، توقف عملکرد PD-1 به سیستم ایمنی اجازه می‌دهد تا سرطان را بهتر از بین ببرد.

آلوماب: اگر شیمی درمانی سرطان پیشرفته یوروتلیال را کند یا کوچک کرده باشد، مهارکننده PD-L1 آلوماب را می‌توان بعد از شیمی‌درمانی، صرف‌نظر از اینکه تومور PD-L1 را نشان می‌دهد یا نه تجویز کرد، زیرا نشان‌داده‌شده است که خطر پیشروی سرطان را کاهش و طول عمر را افزایش می‌دهد. آلوماب همچنین می‌تواند برای درمان سرطان اوروتلیال پیشرفته یا متاستاتیک که با شیمی‌درمانی پلاتین متوقف نشده است، استفاده شود.

نیولوماب: یک مهارکننده PD-1 است که می‌تواند برای درمان سرطان یوروتلیال پیشرفته یا متاستاتیک که با شیمی‌درمانی پلاتین متوقف نشده، استفاده شود. همچنین ممکن است پس از برداشتن کامل سرطان که درمان کمی نامیده می‌شود، برای کاهش احتمال عود آن در افرادی که براساس مرحله سرطان در معرض خطر بالای عود هستند، تجویز شود.

پمبرولیزوماب (کیترودا): پمبرولیزوماب یک مهارکننده PD-1 است که می‌تواند برای درمان سرطان مثانه در موارد زیر استفاده شود:

- کارسینوم اوروتلیال پیشرفته یا متاستاتیک که با شیمی‌درمانی پلاتین متوقف نشده است. این تنها ایمونوتراپی است که نشان‌داده‌شده به افرادی که در این شرایط هستند کمک می‌کند تا عمر طولانی‌تری داشته باشند (در مقایسه با شیمی‌درمانی تاکسان یا وینفلونین).

- سرطان مثانه غیرتهاجمی عضلانی که با درمان BCG در افرادی که نمی‌توانند سیستم‌تومی رادیکال را انجام دهند یا انتخاب نمی‌کنند، متوقف نشده است.

مهارکننده‌های واری ایمنی، همچنان در چندین آزمایش بالینی در تمام مراحل سرطان مثانه مورد مطالعه قرار می‌گیرند.

انواع مختلف ایمونوتراپی می‌تواند عوارض جانبی مختلفی ایجاد کند. عوارض جانبی رایج عبارتند از: خستگی، واکنش‌های پوستی (مانند خارش)، علائم شبیه آنفولانزا، تغییرات عملکرد غده تیروئید، تغییرات هورمونی و/یا وزن، اسهال و التهاب ریه، کبد و روده و غیره. هر عضوی از بدن می‌تواند هدف یک سیستم ایمنی بیش‌فعال باشد، بنابراین با پزشک خود در مورد عوارض جانبی احتمالی ایمونوتراپی توصیه شده صحبت کنید، تا بدانید که به دنبال چه تغییراتی باشید و بتوانید آنها را زودتر به تیم مراقبت‌های سلامتی گزارش دهید. در مورد **اصول اولیه ایمونوتراپی** بیشتر بدانید.

درمان هدفمند

درمان هدفمند درمانی است که ژن‌های خاص سرطان، پروتئین‌ها یا محیط بافتی را که به رشد و بقای سرطان کمک می‌کند، هدف قرار می‌دهد. این نوع درمان رشد و گسترش سلول‌های سرطانی را مسدود می‌کند و سعی می‌کند آسیب به سلول‌های سالم را محدود کند.

همه تومورها اهداف یکسانی ندارند. برای یافتن مؤثرترین درمان، پزشک ممکن است آزمایش‌های ژنومی را برای شناسایی ژن‌ها، پروتئین‌ها و سایر عوامل در تومور شما انجام دهد. این به پزشکان کمک

می‌کند تا هر زمان که ممکن است، هر بیمار را با مؤثرترین درمان استاندارد و آزمایش‌های بالینی مرتبط، بهتر مطابقت دهند. علاوه بر این، مطالعات تحقیقاتی برای یافتن اطلاعات بیشتر در مورد اهداف مولکولی خاص و درمان‌های جدید برای آنها ادامه می‌یابد. درباره **اصول اولیه درمان‌های هدفمند** بیشتر بدانید.

اردافیتینیب. دارویی است که به صورت خوراکی تجویز می‌شود و برای درمان افراد مبتلا به سرطان یوروتلیال پیشرفته یا متاستاتیک با تغییرات ژنتیکی خاص FGFR3 یا FGFR2 که در طول یا بعد از شیمی‌درمانی پلاتین به رشد یا گسترش خود ادامه داده، تأیید شده است. یک آزمایش خاص مورد تأیید FDA وجود دارد تا مشخص شود چه کسانی ممکن است از درمان با اردافیتینیب سود ببرند.

عوارض جانبی رایج اردافیتینیب ممکن است شامل افزایش سطح فسفات، زخم‌های دهان، خستگی، حالت تهوع، اسهال، خشکی دهان/پوست، جدا شدن ناخن از بستر یا شکل‌گیری ضعیف ناخن، و تغییر در اشتها و طعم (حس چشایی) و غیره باشد. اردافیتینیب همچنین ممکن است باعث مشکلات نادر اما جدی چشم شود، از جمله رتینوپاتی و جدا شدن اپیتلیال که می‌تواند باعث ایجاد نقاط کور شود و به آن نقص میدان بینایی می‌گویند. ارزیابی توسط چشم‌پزشک یا اپتومتریست حداقل هر ماه در ۴ ماه اول و سپس هر ۳ ماه پس از آن زمان، همراه با ارزیابی‌های مکرر شبکه (چارت آمسler) در خانه ضروری است.

انفورتوماب ودوتین-اجفو (پادچف). انفورتوماب برای درمان سرطان پیش‌رونده محلی (غیرقابل برداشت) یا متاستاتیک اوروتلیال در موارد زیر تأیید شده است:

- افرادی که قبلاً مهارکننده ایمن PD-1 و شیمی‌درمانی مبتنی بر پلاتین دریافت کرده‌اند.
- افرادی که نمی‌توانند شیمی‌درمانی سیس پلاتین دریافت کنند و قبلاً ۱ یا چند درمان دریافت کرده‌اند

انفورتوماب نوعی ترکیب آنتی‌بادی دارویی است که نکتین-۴ که در سلول‌های سرطانی ادراری وجود دارد را، هدف قرار می‌دهد. ترکیبات آنتی‌بادی -دارو به اهداف روی سلول‌های سرطانی متصل می‌شوند و سپس مقدار کمی از داروی سرطان را مستقیماً در سلول‌های تومور آزاد می‌کنند. عوارض جانبی رایج انفورتوماب ودوتین-اجفو شامل خستگی، نوروپاتی محیطی، بثورات پوستی، ریزش مو، تغییر در اشتها و طعم، حالت تهوع، اسهال، خشکی چشم، خارش، خشکی پوست و افزایش قند خون و غیره است.

ساسیتوزوماب گوویتکان (ترودلوی). ساسیتوزوماب برای درمان سرطان اوروتلیال پیشرفته یا متاستاتیک محلی که قبلاً با شیمی‌درمانی مبتنی بر پلاتین و مهارکننده واری ایمنی PD-1 یا PD-L1 درمان شده، تأیید شده است و برای بسیاری از افراد مبتلا به کارسینوم ادراری اعمال می‌شود. مانند انفورتوماب ودوتین-اجفو، ساسیتوزوماب گوویتکان یک ترکیب آنتی‌بادی دارویی است؛ اما ساختار، اجزا و مکانیسم اثر بسیار متفاوتی دارد. عوارض جانبی رایج ساسیتوزوماب گوویتکان ممکن است شامل کاهش برخی از گلبول‌های سفید خون (نوتروپنی)، حالت تهوع، اسهال، خستگی، ریزش مو، کم خونی، استفراغ، یبوست، کاهش اشتها، بثورات پوستی، درد شکم و چند اثر دیگر با شیوع کمتر، باشد.

با پزشک خود در مورد عوارض جانبی احتمالی یک داروی خاص و نحوه مدیریت آنها صحبت کنید.

ژن درمانی

ژن درمانی روشی است که کد ژنتیکی سلول‌ها را تغییر می‌دهد تا آنها را وادار به انجام کاری جدید یا بهبود عملکردهای خاص کند. می‌توان از آن برای آموزش سیستم ایمنی بدن برای یافتن و تخریب سلول‌های سرطانی یا محافظت از سلول‌ها در برابر عوارض جانبی درمان سرطان استفاده کرد. ممکن است ژن درمانی، برای افراد مبتلا به سرطان مثانه غیرتهاجمی عضلانی پرخطر، از جمله سرطان درجا که به درمان BCG پاسخ نداده است، ارائه شود. نادوفاراژن ژن درمانی است که از ویروسی استفاده می‌کند که قادر به تکثیر خود نیست. درمان توسط کاتر ادرار به مثانه انجام می‌شود. این ویروس شامل ژنی به نام IFN alpha2b است. هنگامی که ویروس وارد سلول‌های پوشاننده مثانه می‌شود، ژن را آزاد می‌کند و این ژن، بخشی از ترکیب ژنتیکی سلول‌های مثانه می‌شود. این ژن جدید به سلول‌ها می‌آموزد که پروتئین اینترفرون آلفا ۲ بسازند و این پروتئین به تخریب سلول‌های سرطانی کمک می‌کند. شایع‌ترین عوارض جانبی نادوفاراژن شامل ترشحات مثانه، خستگی، اسپاسم مثانه، افزایش میل به ادرار کردن، خون در ادرار، لرز، تب و درد هنگام ادرار کردن است.

پرتو درمانی

پرتو درمانی استفاده از اشعه ایکس با انرژی بالا یا ذرات دیگر برای از بین بردن سلول‌های سرطانی است. پزشکی که در انجام پرتو درمانی برای درمان سرطان تخصص دارد، انکولوژیست رادیوتراپی نامیده می‌شود. رایج‌ترین نوع پرتو درمانی، پرتو درمانی خارجی نامیده می‌شود و از یک دستگاه خارج از بدن انجام می‌شود. یک برنامه پرتو درمانی معمولاً شامل تعداد معینی از درمان است که در یک دوره زمانی معین انجام می‌شود. پرتو درمانی معمولاً به‌تنهایی به‌عنوان یک درمان اولیه برای سرطان مثانه استفاده نمی‌شود، اما معمولاً همراه با شیمی درمانی سیستمیک انجام می‌شود. برخی از افرادی که نمی‌توانند شیمی درمانی دریافت کنند، ممکن است به‌تنهایی پرتو درمانی را دریافت کنند. پرتو درمانی ترکیبی با شیمی درمانی ممکن است برای درمان سرطانی که فقط در مثانه قرار دارد، استفاده شود.

بنابراین، لازم نیست تمام یا بخشی از مثانه برای از بین بردن هر سلول سرطانی که ممکن است بعد از TURBT باقی بماند، برداشته شود. (در صورت لزوم این کار انجام می‌شود) (به «حفاظت از مثانه» در [درمان براساس مرحله](#) مراجعه کنید). (برای تسکین علائم ناشی از تومور، مانند درد، خونریزی یا انسداد به بخش زیر به نام "درمان تسکین‌دهنده"، مراجعه کنید).

عوارض جانبی پرتو درمانی ممکن است شامل خستگی، واکنش‌های خفیف پوستی و حرکات شل روده باشد. برای سرطان مثانه، عوارض جانبی بیشتر در ناحیه لگن یا شکم رخ می‌دهد و ممکن است شامل تحریک مثانه، با نیاز به دفع مکرر ادرار در طول دوره درمان، و خونریزی از مثانه یا راست‌روده باشد. سایر عوارض جانبی ممکن است کمتر رخ دهد. اکثر عوارض جانبی نسبتاً زود و پس از پایان درمان از بین می‌روند.

با [اصول پرتو درمانی](#) بیشتر آشنا شوید.

اثرات فیزیکی، عاطفی و اجتماعی سرطان

سرطان و درمان آن باعث علائم جسمی و عوارض جانبی و همچنین عوارض عاطفی، اجتماعی و مالی می‌شود. مدیریت همه این اثرات، مراقبت تسکینی یا مراقبت حمایتی نامیده می‌شود. این بخش

مهمی از مراقبت شما است که همراه با درمان‌هایی برای کند کردن، متوقف کردن یا از بین بردن سرطان تجویز می‌شوند، این حمایت‌ها نیز تحت عنوان مراقبت تسکینی در نظر گرفته شده است.

مراقبت تسکینی بر بهبود احساس شما در طول درمان بر مدیریت علائم و حمایت از بیماران و خانواده‌های آنها با سایر نیازهای غیرپزشکی تمرکز دارد. هر فردی، صرف‌نظر از سن یا نوع و مرحله سرطان، ممکن است این نوع مراقبت را دریافت کند و اغلب زمانی بهترین نتیجه را دارد که بلافاصله پس از تشخیص سرطان پیشرفته شروع شود. افرادی که مراقبت‌های تسکینی را همراه با درمان سرطان دریافت می‌کنند، اغلب علائم شدید کمتری دارند، کیفیت زندگی بهتری دارند و گزارش می‌دهند که از درمان رضایت بیشتری دارند.

درمان‌های تسکینی بسیار متفاوت هستند و اغلب شامل دارو، تغییرات تغذیه‌ای، تکنیک‌های آرام‌سازی، حمایت عاطفی و معنوی و سایر درمان‌ها می‌شوند. همچنین ممکن است درمان‌های تسکین‌دهنده مشابه درمان‌هایی که برای علاج سرطان هستند، مانند شیمی‌درمانی، جراحی یا پرتودرمانی دریافت کنید.

قبل از شروع درمان، با پزشک خود در مورد اهداف هر درمان در برنامه درمانی توصیه شده صحبت کنید. همچنین باید در مورد عوارض جانبی احتمالی برنامه درمانی خاص و گزینه‌های مراقبت تسکینی صحبت کنید. بسیاری از بیماران، همچنین، از صحبت با یک مددکار اجتماعی و شرکت در گروه‌های حمایتی سود می‌برند. در مورد این حمایت‌ها نیز از پزشک خود سؤال کنید.

در طول درمان، تیم مراقبت سلامتی شما ممکن است از شما بخواهد که به سؤالاتی در مورد علائم و عوارض جانبی خود پاسخ دهید و هرگونه مشکلی را شرح دهید. اگر مشکلی دارید حتماً به تیم مراقبت‌های سلامتی خود اطلاع دهید. این اطلاعات به آنها کمک می‌کند تا هرگونه علائم و عوارض جانبی را در سریع‌ترین زمان ممکن درمان کنند. همچنین می‌تواند به جلوگیری از مشکلات جدی‌تر در آینده کمک کند.

در بخش دیگری از این راهنما درباره اهمیت پیگیری عوارض جانبی بیشتر بدانید. در بخش جداگانه‌ای از این وبسایت درباره [مراقبت‌های تسکینی](#) بیشتر بدانید.

بهبودی و احتمال عود

بهبودی زمانی است که سرطان در بدن قابل تشخیص نباشد و هیچ علامتی وجود نداشته باشد. این شرایط را می‌توان «بدون شواهدی از بیماری» یا NED نیز نامید.

بهبودی ممکن است موقت یا دائمی باشد. این عدم اطمینان باعث می‌شود که بسیاری از افراد نگران بازگشت سرطان باشند. درحالی‌که بسیاری از بهبودی‌ها دائمی هستند، مهم است که با پزشک خود در مورد احتمال بازگشت سرطان صحبت کنید. درک خطر عود و گزینه‌های درمانی ممکن است به شما کمک کند در صورت بازگشت سرطان احساس آمادگی بیشتری کنید. درباره [مقابله با ترس از عود](#) بیشتر بدانید.

اگر سرطان پس از درمان اولیه عود کند، سرطان عودکننده نامیده می‌شود. ممکن است در همان مکان (به نام عود موضعی)، نزدیک (عود منطقه‌ای)، یا در مکان دیگری (عود دور که به عنوان متاستاز نیز

شناخته می‌شود) بروز پیدا کند. اگر عود اتفاق بیفتد، یک چرخه آزمایشی جدید دوباره شروع می‌شود تا هرچه بیشتر در مورد آن بیاموزید. پس از انجام این آزمایش، شما و پزشکتان در مورد گزینه‌های درمانی صحبت خواهید کرد.

به‌طور کلی، سرطان‌های مثانه غیرتهاجمی عضلانی که در همان محل تومور اصلی یا در جای دیگری در مثانه عود می‌کنند، ممکن است به روشی مشابه سرطان اول درمان شوند. با این حال، اگر سرطان پس از درمان به بازگشت خود ادامه دهد، سیستم‌تومی رادیکال ممکن است توصیه شود. سرطان‌های مثانه‌ای که در خارج از مثانه عود می‌کنند با جراحی، سخت‌تر از بین می‌روند و اغلب با داروهای سیستمیک، پرتودرمانی یا هر دو درمان می‌شوند. پزشک شما همچنین ممکن است کارآزمایی‌های بالینی را پیشنهاد کند که در حال مطالعه راه‌های جدید، برای درمان سرطان مثانه عودکننده هستند. هر برنامه درمانی را که انتخاب کنید، مراقبت تسکینی می‌تواند برای تسکین علائم و عوارض جانبی مهم باشد.

افراد مبتلا به سرطان عودکننده گاهی اوقات احساساتی مانند ناباوری یا ترس را تجربه می‌کنند. در صورت تجربه‌ی این احساسات، با تیم مراقبت‌های سلامتی خود صحبت کنید و در مورد خدمات پشتیبانی بپرسید تا به شما در مقابله با آن کمک کند. [در باره مقابله با عود سرطان بیشتر بدانید.](#)

اگر درمان جواب نداد

بهبودی کامل از سرطان مثانه همیشه امکان‌پذیر نیست. اگر سرطان قابل‌درمان یا کنترل نباشد، ممکن است بیماری پیشرفته یا متاستاتیک نامیده شود.

این تشخیص استرس‌زا است و برای برخی افراد بحث سرطان پیشرفته دشوار است. با این حال، مهم است که برای بیان احساسات، ترجیحات و نگرانی‌های خود با تیم مراقبت‌های سلامتی، با آرامش و در کمال صداقت، گفتگو داشته باشید. تیم مراقبت‌های سلامتی مهارت‌ها، تجربه، تخصص و دانش ویژه‌ای برای حمایت از بیماران و خانواده‌های آنها دارد و برای کمک به آنها آماده است. اطمینان از اینکه فرد از نظر فیزیکی راحت است، عاری از درد است و از نظر عاطفی حمایت می‌شود، بسیار مهم است.

افرادی که سرطان پیشرفته دارند و انتظار می‌رود کمتر از ۶ ماه عمر کنند، ممکن است بخواهند مراقبت آسایشگاهی را در نظر بگیرند. مراقبت آسایشگاهی نوع خاصی از مراقبت‌های تسکینی است که برای ارائه بهترین کیفیت زندگی ممکن برای افرادی که نزدیک به پایان عمر هستند، طراحی شده است. شما و خانواده‌تان تشویق می‌شوید که با تیم مراقبت‌های سلامتی، درباره گزینه‌های مراقبت در آسایشگاه صحبت کنید که شامل مراقبت آسایشگاهی در خانه، یک مرکز ویژه آسایشگاه یا سایر مکان‌های مراقبت‌های سلامتی می‌شود. مراقبت‌های پرستاری و تجهیزات ویژه، می‌تواند ماندن در خانه را برای بسیاری از خانواده‌ها به گزینه‌ای کاربردی تبدیل کند.

سرطان مثانه: درمان براساس مرحله

اطلاعات زیر انواع متداول درمان را که ممکن است بخشی از برنامه درمانی شما باشد، بسته به مرحله سرطان مشخص می‌کند ([به مراحل و درجات مراجعه کنید](#)). لطفاً توجه داشته باشید که این اطلاعات

عمومی است. پزشک بر اساس مرحله و سایر عوامل، یک برنامه درمانی شخصی را برای شما توصیه می‌کند.

به‌طورکلی، گزینه‌های اصلی درمان سرطان مثانه عبارت‌اند از:

عمل جراحی

شیمی‌درمانی

ایمونوتراپی (موضعی و سیستمیک)

درمان هدفمند

پرتودرمانی

(برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد اصول اولیه هر نوع درمان، بخش انواع درمان این راهنما را بخوانید.)

تدوین برنامه درمانی

در مراقبت از سرطان، انواع مختلف پزشکان اغلب همکاری دارند تا یک برنامه درمانی کلی برای بیمار ایجاد کنند که انواع مختلف درمان را ترکیب می‌کند. به این تیم چندرشته‌ای می‌گویند. این تیم معمولاً توسط یک متخصص اورولوژی، یک پزشک متخصص در دستگاه تناسلی ادراری، یا یک متخصص انکولوژیست اورولوژی و یا یک پزشک متخصص در درمان سرطان‌های دستگاه تناسلی هدایت می‌شود. تیم‌های مراقبت از سرطان شامل انواع دیگر متخصصان مراقبت‌های سلامتی، مانند دستیاران پزشک، پرستاران، پرستاران سرطان‌شناسی، مددکاران اجتماعی، داروسازان، مشاوران، متخصصان تغذیه و غیره هستند.

گزینه‌ها و توصیه‌های درمانی، به عوامل مختلفی بستگی دارد، از جمله:

- نوع، مرحله و درجه سرطان مثانه
- عوارض جانبی احتمالی
- ترجیحات و سلامت کلی بیمار

برنامه مراقبتی شما همچنین شامل درمان علائم و عوارض جانبی است که بخش مهمی از مراقبت از سرطان است.

اولین درمانی که فرد، برای سرطان پیشرفته ادراری انجام می‌دهد، درمان خط اول نامیده می‌شود. اگر این درمان موفقیت‌آمیز نباشد، فرد درمان خط دوم را دریافت می‌کند. در برخی شرایط، درمان خط سوم نیز ممکن است در دسترس باشد.

درمان سیستمیک کمکی، درمانی است که پس از اتمام جراحی رادیکال انجام می‌شود. در سرطان مثانه، درمان کمکی، معمولاً شیمی‌درمانی مبتنی بر سیس پلاتین (اگر قبل از جراحی انجام نشود) یا درمان در یک کارآزمایی بالینی است. درمان نئوآدجوانت درمانی است که قبل از جراحی انجام می‌شود، مانند شیمی‌درمانی مبتنی بر سیس پلاتین.

درمان‌هایی که پزشک شما توصیه می‌کند عمدتاً به مرحله سرطان مثانه بستگی دارد. درمان سرطان در لگن کلیه و/یا حالب از همان برنامه‌های درمانی بر اساس مرحله بیماری پیروی می‌کند. با این حال، اندازه و درجه تومور نیز ممکن است روی گزینه‌های درمانی توصیه شده برای شما تأثیر بگذارد. با پزشک خود در مورد خطرات و مزایای همه گزینه‌های درمانی موجود و زمان شروع درمان صحبت کنید. هر طرح درمانی را که انتخاب کنید، مراقبت‌های تسکینی می‌تواند برای تسکین علائم و عوارض جانبی مهم باشد.

درمان براساس نوع و مرحله سرطان مثانه:

سرطان مثانه غیرتهاجمی و غیرتهاجمی عضلانی (مرحله ۰ یا ۰IS و مرحله I)

سرطان مثانه مهاجم عضلانی (مرحله II و مرحله III)

سرطان ادراری متاستاتیک (مرحله چهارم)

سرطان مثانه غیرتهاجمی و غیرتهاجمی عضلانی (مرحله ۰ یا ۰IS و مرحله I)

افراد مبتلا به سرطان مثانه غیرتهاجمی درجه پایین (مرحله ۰ یا ابتدا با برداشتن تومور مثانه از طریق پیشاب‌راه (TURB) درمان می‌شوند. سرطان مثانه غیرتهاجمی درجه پایین به ندرت به بیماری تهاجمی، یا متاستاتیک تبدیل می‌شود، اما بیماران در طول زندگی خود در معرض خطر ابتلا به سرطان‌های درجه پایین‌تر هستند. این نوع از بیماری، نیاز به معاینات طولانی‌مدت، به نام نظارت، با استفاده از سیستم‌های اسکوپ و سیتولوژی ادرار دارد (به تشخیص مراجعه کنید). برای کاهش خطر ابتلا به تومور در آینده، افراد ممکن است پس از TURBT شیمی‌درمانی داخل مثانه دریافت کنند.

معمولاً افراد مبتلا به سرطان مثانه غیرتهاجمی درجه بالا (مرحله Ta، کارسینوم درجا (مرحله TIS) یا غیرتهاجمی عضلانی (مرحله T1) مثانه با TURBT و به دنبال آن باسیلوس کالمت گورین داخل مثانه درمان می‌شوند. (به "ایمونوتراپی" در انواع درمان مراجعه کنید). این ترکیب از درمان‌ها برای کاهش خطر عود سرطان و ایجاد بیماری مهاجم عضلانی انجام می‌شود. قبل از درمان با BCG، بیماران باید TURBT دیگری داشته باشند تا مطمئن شوند که سرطان به عضله سرایت نکرده است. دور اول درمان BCG هر هفته به مدت ۶ هفته انجام می‌شود. پس از آن، پزشک یک سیستم‌اسکوپ و گاهی اوقات بیوپسی مثانه (به تشخیص مراجعه کنید) انجام می‌دهد تا ببیند آیا تمام سرطان از بین رفته است یا خیر. اگر سرطان از بین رفته باشد، بیماران معمولاً تحت درمان نگهدارنده با BCG هستند که ممکن است هر ۳ ماه یک بار در ۶ ماه اول و سپس هر ۶ ماه یک بار پس از آن، به مدت ۱ تا ۳ سال داده شود. سپس این امر با نظارت طولانی‌مدت دنبال خواهد شد.

افراد مبتلا به سرطان مثانه با درجه بالا و غیرتهاجمی عضلانی، در معرض خطر بیشتری برای بازگشت تومور هستند که تومور عودکننده نامیده می‌شود. گاهی اوقات یک تومور در مراحل پیشرفته‌تر عود می‌کند و خطر تبدیل شدن به سرطان متاستاتیک مثانه وجود دارد. برای کمک به جلوگیری از این اتفاق، اورولوژیست ممکن است برداشتن کل مثانه را توصیه کند که به آن سیستکتومی رادیکال می‌گویند (به «جراحی» در انواع درمان مراجعه کنید)، به خصوص اگر فرد جوان است، تومور بزرگ یا تعدادی تومور در زمان تشخیص یا سایر ویژگی‌های تهاجمی، وجود داشته باشد.

افراد مبتلا به سرطان مثانه پرخطر و غیرتهاجمی عضلانی نیز ممکن است با پمبرولیزوماب یا با ژن درمانی، درمان شوند. پمبرولیزوماب یک مهارکننده واریسی ایمنی است که پروتئین PD-1 را هدف قرار می‌دهد. نادوفاراژن *firadenovec* یک ژن درمانی است که با استفاده از کاتتر وارد مثانه می‌شود. هر دو درمان برای سرطانی که توسط درمان BCG متوقف نشده یا به آن پاسخ داده نشده است (که به آن BCG "بدون پاسخ" نیز گفته می‌شود) و سیستکتومی رادیکال برای برداشتن مثانه نمی‌تواند انجام شود، توسط سازمان غذا و داروی ایالات متحده (FDA) برای درمان سرطان مثانه تأیید شده‌اند. (یا به دلایل پزشکی دیگر یا شخص بیمار ترجیح می‌دهد جراحی سیستکتومی رادیکال را انجام ندهد).

سرطان مثانه مهاجم عضلانی (مرحله II و مرحله III)

سرطان مثانه مهاجم عضلانی در لایه عضلانی دیواره مثانه رشد کرده است. جراحی اغلب جزو اولین درمان‌ها است و درمان استاندارد سیستکتومی رادیکال است (به «جراحی» در انواع درمان مراجعه کنید). معمولاً غده لنفاوی نزدیک مثانه نیز برداشته می‌شوند. TURBT ممکن است هنوز انجام شود، اما معمولاً به جای درمان، برای کمک به پزشک در تشخیص وسعت سرطان استفاده می‌شود. برای برخی افراد، ایمونوتراپی با نیولوماب ممکن است پس از سیستکتومی رادیکال با هدف کاهش خطر عود انجام شود.

گاهی اوقات، افراد مبتلا به سرطان مثانه مهاجم عضلانی ابتدا شیمی‌درمانی سیستمیک را قبل از جراحی دریافت می‌کنند. سپس ممکن است سیستکتومی رادیکال و انحراف ادرار انجام دهند یا ترکیبی از شیمی‌درمانی و پرتودرمانی به آنها داده شود. انجام شیمی‌درمانی نئوادجوانت ممکن است تومور را در مثانه کوچک کند، سلول‌های سرطانی میکروسکوپی را که فراتر از مثانه گسترش یافته‌اند از بین ببرد و در نهایت به افراد کمک کند عمر طولانی‌تری داشته باشند. یک کارآزمایی بالینی نشان داد که ترکیب خاصی از شیمی‌درمانی سیستمیک به نام MVAC که قبل از سیستکتومی رادیکال داده می‌شود، به افراد مبتلا به سرطان مثانه مهاجم عضلانی کمک می‌کند عمر طولانی‌تری داشته باشند. این رویکرد اکنون یک درمان استاندارد برای افرادی است که سلامت کلی آنها این امکان را می‌دهد. ترکیب دو داروی شیمی‌درمانی سیس پلاتین و جمسیتابین نیز به عنوان یک رژیم استاندارد برای درمان نئوادجوانت در بیماری‌های تهاجمی عضلانی در نظر گرفته می‌شود.

توجه به این نکته مهم است که شیمی‌درمانی نئوادجوانت باید ترکیبی مبتنی بر سیس پلاتین باشد. افرادی که سطح سلامتی آنها، اجازه دریافت شیمی‌درمانی مبتنی بر سیس پلاتین نئوادجوانت را نمی‌دهد، ممکن است ابتدا جراحی رادیکال دریافت کنند یا در کارآزمایی بالینی ثبت نام کنند. هر فردی که مبتلا به سرطان مثانه مهاجم عضلانی تشخیص داده شده است، باید با یک اورولوژیست، یک پزشک

انکولوژیست و یک انکولوژیست پرتودرمانی در مورد تمام گزینه‌های درمانی خود، از جمله خطرات و مزایای جراحی رادیکال، شیمی‌درمانی، یا پرتودرمانی، صحبت کند.

حفظ مثانه

روشی که در آن از شیمی‌درمانی همراه با پرتودرمانی پس از TURBT استفاده شود، ممکن است مزایایی مشابه با برداشتن مثانه داشته باشد. این روش همچنین به عنوان رویکرد حفظ مثانه یا درمان سه‌گانه شناخته می‌شود. نوع شیمی‌درمانی مورد استفاده برای بیماران تحت پرتودرمانی مثانه می‌تواند شامل سیس پلاتین به تنهایی، جمسیتابین به تنهایی یا ترکیبی از میتوماکسین (موجود به عنوان یک داروی عمومی) و فلوراوراسیل باشد. مهم است که با پزشک خود در مورد تفاوت بین این ۳ برنامه شیمی‌درمانی مختلف صحبت کنید. مطمئن شوید که تفاوت‌های بین روش‌های جراحی و حفظ مثانه و همچنین تمام آزمایش‌های بالینی قابل اجرا را به تفصیل مورد بحث قرار دهید.