

Produktionsproblem gör att tillgången på BCG kommer att vara begränsad. Det är därför viktigt att använda BCG på strikta indikationer och använda alternativa behandlingar där evidens föreligger. Följande punkter kan då användas som stöd:

- Om BCG skall ges prioriteras induktionsbehandling. Dosen kan fördelas på 2-3 patienter (Oddens et al Eur Urol 2013), vilket praktiskt innebär att två eller tre patienter kommer samtidigt till mottagningen och delar på en BCG-ampull.
- Underhållsbehandling mer än 12 månader kan ej försvaras vid BCG-brist. Vidare bör underhållsbehandling för individer som p g a ålder och samsjuklighet ej är aktuella för cystektomi prioriteras.
- För att minska recidivfrekvensen har PDD med Hexvix och postoperativ kemoterapi bevisad effekt på risken av recidiv.
- Patienter med låg risk för progression kan behandlas primärt med intravesikal kemoterapi (Mitomycin C 40 mg eller epirubicin 50 mg). I den nordiska jämförande studien var det bara patienter med inslag av cancer in situ enbart som hade bättre effekt av BCG (Malmström et al J Urol 1999).
- Patienter med högst risk enligt EAU's riskklassificeringen kan rekommenderas primär cystektomi, detta gäller inte minst patienter med T1 tumör som vid sekundär resektion har kvarstående infiltrativ tumör (Tammer et al J Urol 2014 och Ferro et al Urol Oncol 2018).

Regionala processledare för urotelial cancer april 2019