

# Njurcancer

Fastställt av Hälso- och sjukvårdsdirektören (§ 5-2014, dnr RS 581-2014) giltigt till februari 2016  
Utarbetad av vårdprocessgruppen för njurcancer

## Dokumentinformation

Detta är en regional anpassning av det nyligen reviderade nationella vårdprogrammet för njurcancer, (nationellt vårdprogram 2013). Nationella vårdprogrammet <http://www.cancercentrum.se>, beskriver sjukdomen och behandlingen utförligt och är anpassat till EAU (European Association of Urology) <http://www.uroweb.org>, guidelines som är mer omfattande och redovisar nödvändiga referenser till litteraturen och evidensnivå på rekommendationerna. Det regionala vårdprogrammet har utarbetats i samråd med den regionala vårdprogramgruppen på Regionalt cancercentrum väst och avser Västra Götalandsregionen och Halland. Vårdprogrammet avser perioden 2013-2015.

## Huvudbudskap

I vårdprogrammet tydliggörs rekommendationen för partiell nefrektomi för patienter med små njurtumörer. Andel ingrepp som utförs laparoskopiskt bör öka. Detta kräver tydligare nivåstruktur vad gäller kirurgin. Vid metastaserad sjukdom rekommenderas kirurgi för patienter med gott allmäntillstånd. Alla patienter med njurcancer bör ha en kontaktsjuksköterska. Värdet av multidisciplinär regional konferens betonas.

### Utredning

Med njurcancer menas cancer som klassificeras enligt ICD10 med kod C64. Identiteten njurcancer kommer således att innefatta tumörer som diagnostiseras till följd av kliniska symtom eller som upptäckts incidentellt. Makroskopisk hematuri är det vanligaste enskilda symtomet på njurcancer, men ospecifika symtom kan förekomma, till exempel anemi, förhöjt SR, feber, hypertoni, hyperkalcemi, polycytemi, viktminskning, leverdysfunktion och amyloidos. Dessa så kallade paraneoplastiska syndrom kan förekomma vid såväl lokaliserad som metastaserad sjukdom. Cirka 50 % av patienterna diagnostiseras idag incidentellt, det vill säga utan några symtom från njurcancer men där man har funnit en tumör vid bildiagnostik på annan indikation. Cirka 20 % av patienterna har metastaserad sjukdom redan vid tidpunkten för diagnos. Cirka 170 patienter diagnostiseras årligen i Västra Götaland och Norra Halland.

För utredning av primärtumörens utbredning utförs datortomografi med och utan kontrast. Vid nedsatt njurfunktion eller där man önskar mindre stråldos kan magnetkameraundersökning utföras. Punktionsbiopsi för PAD är indicerad vid oklarhet om diagnosen och tveksamhet om kirurgisk åtgärd. Vid minimal invasiva behandlingar som är RFA (radiofrequency ablation) eller kryoterapi rekommenderas biopsi för PAD. Vid njurtumör som planeras för kirurgi har biopsi mindre tydlig indikation. Däremot skall biopsi från primärtumör alternativt metastas göras inför systemiskt terapi om nefrektomi inte planeras vid metastaserad sjukdom. Njurfunktionsundersökning med clearance-bestämning samt renogram bör utföras preoperativt hos patienter med nedsatt njurfunktion.

Preoperativa och postoperativa njurfunktionsundersökningar kan göras som kvalitetskontroll av nefronsparande kirurgi. Metastasutredning med CT-thorax rekommenderas vid primärutredningen och CT-thorax är en kvalitetsindikator med ett målvärde på 90 %. Inom Västra Götalandsregionen utfördes CT-thorax i 79 % (2005-2010) med en spridning mellan sjukhusen.

Screening för skelettmastaser utförs med anamnes samt laboratorieprov (alkaliskt fosfat, serumkalcium). Vid skelettsmärter eller där laboratorieprover tyder på skelettengagemang bör skelettscintigram/slättröntgen utföras vid utredning av njurcancer och kan utföras vid samtliga sjukhus som bedriver urologisk verksamhet. Patienten skall ha en namngiven kontaktsjuksköterska under utredningen.

### Behandling

Behandlingen är kirurgisk eller vid spridd sjukdom onkologisk, eventuellt i kombination med kirurgi.

#### Primärbehandling av icke metastaserad sjukdom

##### Kirurgi

Nefronsparande kirurgi (partiell nefrektomi) rekommenderas idag som förstahandsbehandling vid T1a-tumörer (mindre än eller lika med 4 centimeter) samt i lämpliga fall vid T1b-tumörer (4-7 centimeter). Vid små tumörer hos äldre patienter med komorbiditet kan radiofrekvens-behandling eller (watchful waiting) vara aktuellt. Nefronsparande kirurgi görs idag huvudsakligen som en öppen operation medan radikal nefrektomi kan göras laparoskopiskt om tumören inte är allt för avancerad.

Inom Västra Götaland inklusive Halland utförs årligen cirka 140 kirurgiska ingrepp för njurcancer på idag åtta enheter. Detta innebär små volymer vid flera enheter, vilket motverkar en önskad differentiering av njurcancerkirurgin med bibehållen eller ökad kvalitet. Sålunda utfördes endast 45 % nefronsparande kirurgi vid T1a-tumörer under perioden 2005-2011.

Andelen patienter som erbjöds nefronsparande kirurgi för dessa tumörer varierade med patientens bostadsort från 29 % till 67 %. I jämförelse med andra regioner har utvecklingen av laparoskopisk kirurgi utvecklats långsammare i Västra Götaland. För att utveckla och höja kvaliteten på njurcancerkirurgin bör den bedrivas vid färre enheter med större volymer. Antalet ingrepp är inte större än att de skulle kunna klaras av på en till två specialiserade enheter. En sådan centralisering skulle kräva en större översyn av urologiska kirurgin i regionen och även innebära att patienterna behandlas längre från hemorten. Därför föreslås i ett första steg en mer begränsad förändring.

### **Rökstopp**

Inför operation ska rökande patienter informeras om vikten av rökstopp och patienten skall vid behov erbjudas stöd för att genomföra detta.

### **Förslag till förändring**

Kirurgi för njurcancer i Västra Götaland inklusive Halland skall tillsvidare bedrivas vid Södra Älvsborgs sjukhus Borås, Skaraborgs sjukhus Skövde, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, NU-sjukvården Uddevalla sjukhus samt Hallands sjukhus Varberg. Vid varje sjukhus bör en urolog vara huvudansvarig för njurcancer och kirurgin bör centraliseras till få operatörer. I den mån det finns särskilda skäl att utföra njurcancerkirurgi vid något av regionens övriga sjukhus, till exempel vid tillfällig resursbrist, skall det ske i samarbete/samråd med njurcanceransvarig kirurg vid närmast större sjukhus. Nefronsparande kirurgi vid singelnjure, bilateral tumör eller centrala tumörer bör ske vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. NU-sjukvården och SÅS Borås har idag en väl fungerande konventionell laparoskopisk verksamhet. Utveckling av robotassisterad laparoskopisk njurkirurgi och radiofrekvensbehandling av små tumörer bör ske vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Kontroversiella beslut till exempel nefrektomi av tumör mindre än 4 centimeter måste förankras vid den regionala multidisciplinära njurcancerkonferensen. Lokalt avancerade tumörer såsom överväxt på levern och tumörtromb mer än någon centimeter in i vena cava bör opereras på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

### **Behandling av metastaserad njurcancer**

Ett flertal nya läkemedel har tillkommit, vilket gör det möjligt att behandla patienten i flera linjer, vilket ger förlängd tid till progress samt förlängd överlevnad (se nationellt vårdprogram). Patienter med spridd njurcancer med gott allmäntillstånd och mer än 50 % av tumörbördan i njuren bör genomgå cytoreduktiv nefrektomi. I tveksamma fall med mer spridd sjukdom kan patienten först få onkologisk behandling och nefrektomi utförs endast om patienten svarar på behandlingen.

Alla patienter med spridd tumörsjukdom bör diskuteras vid multidisciplinär konferens alternativt gemensam remissgenomgång med urolog och onkolog. Patienter som hör till Södra Älvsborgs upptagningsområde får onkologisk behandling för njurcancer vid Onkologkliniken i Borås. Övriga patienter får behandling vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Under våren 2013 kommer ett kompetenscentrum för njurcancer att skapas vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset med gemensam mottagning med urologer och onkologer. I samband med detta görs även en översyn av samarbetet med regionen avseende dessa patienter med målsättning att den onkologiska behandlingen i större omfattning skall kunna ges vid hemortssjukhuset. Vid de fall som behandling fortsatt skall ges vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset är det av yttersta vikt att patienten har en kontaktsjuksköterska på hemorten.

### **Uppföljning**

Strukturerad uppföljning sker enligt nationellt vårdprogram. I normalfallet skall uppföljning ske på hemortssjukhuset. Vid operation på annat sjukhus bör ett första återbesök ske vid det opererande sjukhuset och patienten bör då helst få träffa sin operatör. Fortsatta kontroller sker på hemortssjukhuset.

### **Ledtider**

Ledtiden från att remiss skrivs till att patienten blir opererad för sin njurcancer respektive får onkologisk behandling kan indelas enligt följande:

- Tid från remiss till första besök på specialistmottagning
- Tid från första besök till behandlingsbeslut
- Tid från behandlingsbeslut till operation.

Ur patientens synpunkt är den sammanlagda tiden det mest intressanta. Denna tid är endast delvis värdeskapande genom kompletterande utredningar, läkarbesök samt eventuell förbehandling inför operation. Större delen utgörs dock av sjukvårdens planeringstid, det vill säga väntetid för patienten. Vi har kalkylerat med att 80 % av patienterna är så kallade normalpatienter som inte kräver mer omfattande utredningar. I dag är ledtiden från remiss till operation cirka 90 dagar i

Västra Götaland. Det långsiktiga målet är att minska denna ledtid till en månad. Inom de närmaste två åren är målet att minska ledtiden till under 70 dagar för samtliga sjukhus, vilket är den kortaste ledtiden i dag för något sjukhus i regionen.

### **Kontaktsjuksköterskan**

Kontaktsjuksköterskan (KSSK) skall vara en namngiven person som skall fungera som ett stöd för patienter och närstående under utredning, behandling och när patienten befinner sig i palliativt skede. Kontaktsjuksköterskans uppdrag skall definieras i en skriftlig uppdragshandling från verksamhetschefen.

Kontaktsjuksköterskans roll beskrivs i bilaga 1 och 2.

### **Kvalitetsregistrering**

Det är viktigt att kliniker/mottagningar som tar hand njuncancerpatienter har rutiner för ifyllande av uppgifter till nationellt kvalitetsregister njuncancer. Alla nydiagnostiserade njuncancer patienter registreras och en uppföljning sker efter 5 år. Registrering av onkologisk behandling är under uppstart. En frivillig nationell komplikationsregistrering av njuncanceroperationer planeras. De sjukhus som skall operera njuncancer inom regionen skall delta i den registreringen. Registreringen sköts via INCA-plattformen, <http://www.cancercentrum.se/inca>.

## **Arbetsgrupp**

### **Regional processägare**

Sven Lundstam, Öl urolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Karin Braide, Öl uro-onkolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

### **Representanter för Urologi**

Homayon Baqaiy, Öl, NU-sjukvården Uddevalla  
Hans Boman, Öl, SÄS Borås  
Nils Fahl, Öl, SkaS, Skaraborgs Sjukhus Lidköping  
Göran Holmberg, Öl Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Stefan Knutsson, Öl, Hallands Sjukhus Varberg  
Belal Mousa, Öl, SÄS Borås  
Sasan Sayadi, Öl, SkaS, Skaraborgs Sjukhus Skövde  
Hector Torres, Öl, SÄS Borås  
Helen Ahnstedt, sjuksköterska, SÄS Borås  
Lena Gustavsson, sjuksköterska, NU-sjukvården Uddevalla  
Ann Hallberg, sjuksköterska, SÄS Borås  
Eva Lundgren, sjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Maria Nordberg, sjuksköterska, SkaS Skaraborgs Sjukhus Skövde  
Malin Pählsson, sjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Agnes Zetterman, sjuksköterska, Alingsås Lasarett

### **Representanter för Onkologi**

Adel Bader, Öl, SÄS Borås  
Åsa Jellvert, Öl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Ulrika Stierner, Öl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Maria Delin, sjuksköterska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

### **Representanter för radiologi**

Kjell Geterud, Öl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset  
Mikael Hellström, Öl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

### **Representanter för patologi**

Christina Kåbjörn, Öl, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

### **Regionalt cancercentrum väst**

Marie Boëthius, utvecklingssjuksköterska  
Erik Bülow, statistiker