



REGIONALT
CANCERCENTRUM
STOCKHOLM GOTLAND

Cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör

Regional tillämpning av nationellt vårdprogram 2015

Versionshantering

Datum	
2016-01-01	Slutversion

Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland

<http://www.cancercentrum.se/stockholmgotland/>

Regional tillämpning Nationellt vårdprogram för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör 2015

ISBN: 978-91-85947-43-0

Januari 2016

Innehållsförteckning

1. INLEDNING	4
1.1 Vårdprogramgruppen.....	5
1.2 Vårdens kvalitet	6
1.3 Vårdprogrammets förankring	7
1.4 Evidensgradering.....	7
2. EPIDEMIOLOGI	8
3. MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS GÄLLANDE URINBLÅSECANCER	10
4. PRIMÄR BEHANDLING VID MUSKELINVASIV URINBLÅSECANCER	14
4.1 Radikal kirurgi och urinavledning.....	14
5. REHABILITERING vid urinblåsecancer	15
5.1 Onkologisk rehabilitering	15
6. OMVÅRDNADSASPEKTER VID URINBLÅSECANCER	16
7. LITTERATURREFERENSER.....	17

1. INLEDNING

Det nationella vårdprogrammet för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör innehåller principer för handläggning och behandling baserat på bästa möjliga evidens. Vårdprogrammet antogs och publicerades 2015-08-25 efter att det remissgranskats och sedan godkänts i samtliga landsting i landet.

Det nationella vårdprogrammet har godkänts av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ledningsgrupp (HSLG) och finns tillgängligt på Regionalt cancercentrums hemsida, <http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinvagscancer/vardprogram/>

Det föreliggande dokumentet är den regionala tillämpningen av det nationella vårdprogrammet för regionen Stockholm Gotland. Även detta finns tillgängligt enligt ovan.

Den 1 oktober 2015 infördes ett sk standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsa och urinvägar (SVF-blåsa). SVF är en nationell satsning för kortare väntetider i cancersjukvården beslutat av regeringen och SKL. Regionalt cancercentrum för Stockholm-Gotland ansvarar för implementeringen och uppföljningen i vår region. Centrala och regionala medel är tillsatta för att möjliggöra förändringen. Bland annat har koordinatörer anställda för att stödja öppenvården och slutenvården i arbetet med förkortade ledtider. Vårdförloppets första steg har nu påbörjats där fokus ligger på att förkorta tid från remiss med välgrundad misstanke om cancer till TUR-B från dagens snitt om ca 22 dagar till 9-12 dagar (utan eller med antikoagulantia). I ett andra steg kommer fler steg i vårdkedjan från remiss till cystektomi registreras och utvärderas. Beslut om detta kommer att fattas på nationell nivå. Man ser redan nu ett tydligt trendbrott mot kortare ledtider efter SVF's införande i oktober. Ledtiderna för tid från första besök med diagnosen blåscancer till TUR-B uppdateras månadsvis för SLL och de större vårdgivarna och kommer inom kort publiceras på RCC's hemsida.

För mer information om SVF-Blåsa var god se;

<http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinvagscancer/vardforlopp/>

<http://www.viss.nu/>

1.1 Vårdprogramgruppen

ABOLFAZL HOSSEINI ALIABAD, överläkare, Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna (vårdprogramordförande)

GUN DANIELSSON, kontaktsjuksköterska, Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

KARIN FALKMAN, överläkare, Urologiska kliniken, Södersjukhuset

MUDHAR HASAN, överläkare, Kirurg- och urologkliniken, Danderyds Sjukhus

KARIN HOLMSTEN, specialistläkare, Onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset

LARS HÄGGARTH, överläkare, Kirurgkliniken/Urologsektionen, Capio S:t Görans Sjukhus AB

RICHARD IDESTRÖM, överläkare, Kirurgkliniken, Norrtälje sjukhus

MARTIN JONSSON, överläkare, Kirurgkliniken/Urologsektionen, Capio S:t Görans Sjukhus AB

FREDRIK LEVIN, överläkare, Kirurg- och urologkliniken, Danderyds Sjukhus, processledare blåscancer

CLAES LINDH, specialistläkare, Kliniken för Patologi och Cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

ULF NORMING, överläkare, Urologiska kliniken, Södersjukhuset

ANDREA PORSEERUD, specialistsjukgymnast, Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

GUSTAF REHN, överläkare, Kirurgkliniken, Visby lasarett

HELENA THULIN, universitetssjuksköterska, Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

ANDERS ULLÉN, överläkare, Onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

HANS WIJKSTRÖM, överläkare, Urologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge

MIKAEL ÖBERG, överläkare, Röntgenkliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna

Stödteam Regionalt cancercentrum, Stockholm Gotland

ÖRJAN BÄFVER, registeradministratör, Regionalt cancercentrum

ANN-SOFI ODDESTAD, vårdprogramsekreterare

GABRIELLA THORÉN BERGLUND, registeradministratör, Regionalt cancercentrum

BODIL WESTMAN, diagnoskoordinator, Regionalt cancercentrum

1.2 MÅL MED VÅRDPROGRAMMET

Den regionala tillämpningen har som syfte att implementera de nationella riktlinjerna. Det beskriver vårdprocessen samt ger ett underlag för samordning av vårdinsatserna regionalt. Vårdprogrammet har utarbetats av den regionala vårdprogramsgruppen som är en multiprofessionell och multidisciplinär arbetsgrupp. Medlemmarna representerar den enhet som de verkar vid och de skall förankra vårdprogrammet i den lokala organisationen

1.3 Vårdens kvalitet

Urinblåsecancervården i regionen skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig. Detta uppnås genom att vårdprogrammet är baserat på bästa möjliga kunskap och anpassat till de förhållanden som råder i regionen.

Vårdprogrammet kan anpassas till ny kunskap genom uppdatering i den elektroniska versionen som publiceras på Regionalt cancercentrums hemsida <http://www.cancercentrum.se/stockholm-gotland/cancerdiagnoser/urinvagar/urinblase--och-urinvagscancer/vardprogram/>

- Vården ska vara säker vilket uppnås via klinikernas interna kvalitetsarbete och uppföljning av komplikationer etc.
- Vården ska vara patientfokuserad med god information om utredning och behandling samt om vad som är det förväntade tidsförloppet. Kontaktsjuksköterskefunktion ska finnas.
- Vården ska vara effektiv vilket tillförsäkras via kontinuerlig uppföljning av vårdens resultat i vårdprogramarbetet.
- Vården ska vara jämlik vilket tillförsäkras via konsensus kring utredningsgång, behandling och uppföljning i regionen. Detta följs i kvalitetsregistreringen i anslutning till vårdprogrammet, via uppföljning av vårdmönster på olika enheter i regionen.
- Vården ska ges i rimlig tid, vilket följs genom registrering av olika tidsaspekter i det till vårdprogrammet kopplade regionala kvalitetsregistret.

Specifika kvalitetsmått för vårdprogrammet för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör

- Tid från symtom till behandling
- Tid från remiss till behandling
- Jämlikt behandlingsmönster

1.4 Vårdprogrammets förankring

Vårdprogramgruppen för cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör i Stockholm Gotlandregionen.

1.5 Evidensgradering

Enligt SBU:s rekommendationer.

2. EPIDEMIOLOGI

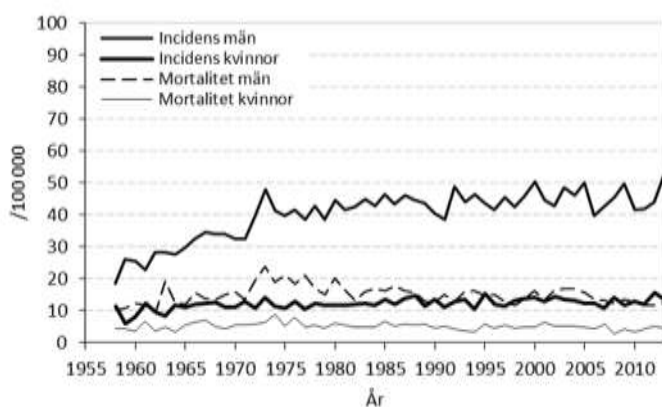
Urinblåsecancer och cancer i övriga urinvägar är totalt den sjunde vanligaste cancerformen i Sverige (Cancer i siffror 2013, Cancerfonden och Socialstyrelsen i samarbete). År 2013 registrerades 2090 nya fall av cancer i urinblåsan hos män och 649 hos kvinnor i landet och år 2013 dog 486 män och 198 kvinnor till följd av cancer i urinblåsan (Socialstyrelsens statistikdatabas). Sedan 1970 har det årliga antalet urinblåsecancerfall i Sverige blivit mer än 2,5 gånger fler.

I Stockholm-Gotlandregionen år 2013 var cirka 4 % av alla nya cancerfall urinblåsecancer. Totalt upptäcktes år 2013, 373 nya fall av cancer i urinblåsan hos män och 120 hos kvinnor. Den 31 december år 2013 levde cirka 4500 individer i regionen som någon gång fått diagnosen urinblåsecancer.

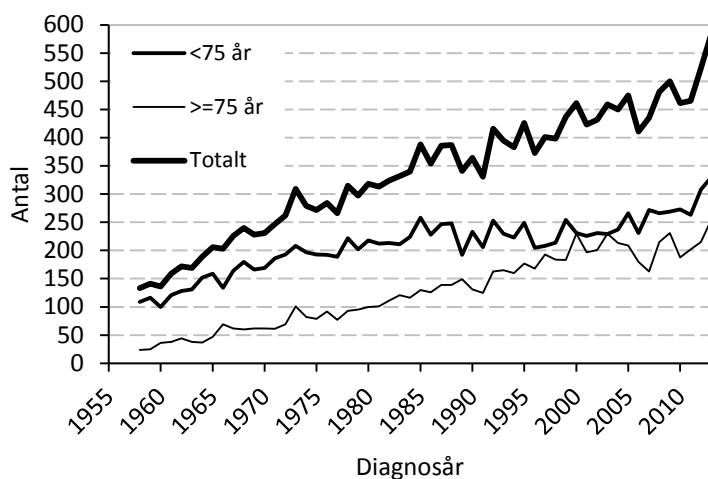
Den åldersstandardiserade incidensen av cancer i urinblåsan och övriga urinvägar hos män har nästan dubblerats i regionen sedan år 1960 men ökningstakten förefaller ha avtagit under det senaste decenniet (figur 1). För kvinnor är den åldersstandardiserade incidensen cirka en tredjedel av den hos män och den årliga ökningen har varit mindre uttalad (figur 1). Den åldersstandardiserade dödligheten i urinblåsecancer har varit relativt konstant genom åren i regionen (figur 1).

Det totala antalet fall med urinblåsecancer *och cancer i övriga urinvägar* har närmast tredubblats under perioden 1958–2013 (figur 2). Cancer i urinblåsan är vanligast hos äldre individer (figur 3). Detta tillsammans med att befolkningen i regionen gradvis blivit äldre är bakgrunden till att antalet nya fall och döda ökar medan de åldersstandardiserade incidenstalen för nya fall och avlidna är mer konstanta. Både den relativa och den observerade överlevnaden är relativt konstant (figur 4).

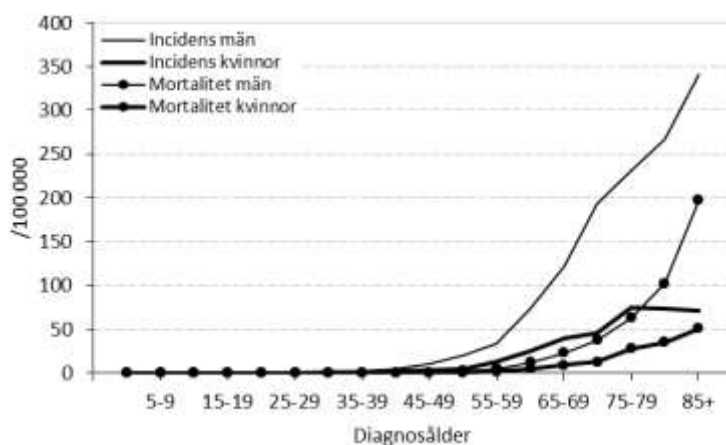
Figur 1. Åldersstandardiserad incidens och mortalitet av cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör i Stockholm-Gotlandregionen 1958–2013.



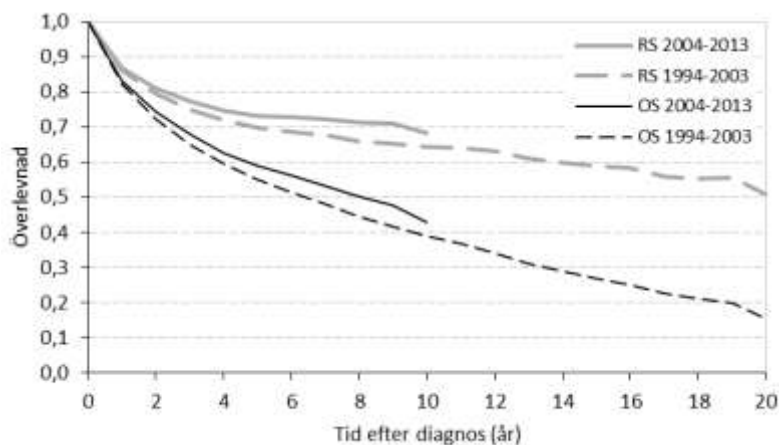
Figur 2. Utveckling av antalet årliga fall av cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör per diagnosår i Stockholm-Gotlandregionen 1958–2013.



Figur 3. Åldersspecifik incidens och mortalitet av cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör i Stockholm-Gotlandregionen 2004–2013.



Figur 4. Utvecklingen av total överlevnad (OS) och överlevnad korrigerad för förväntad dödlighet, så kallad relativ överlevnad (RS) för patienter med cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör diagnostiserade i Stockholm-Gotlandregionen under perioden 1994–2013.



3. MULTIDISCIPLINÄR KONFERENS GÄLLANDE URINBLÅSECANCER

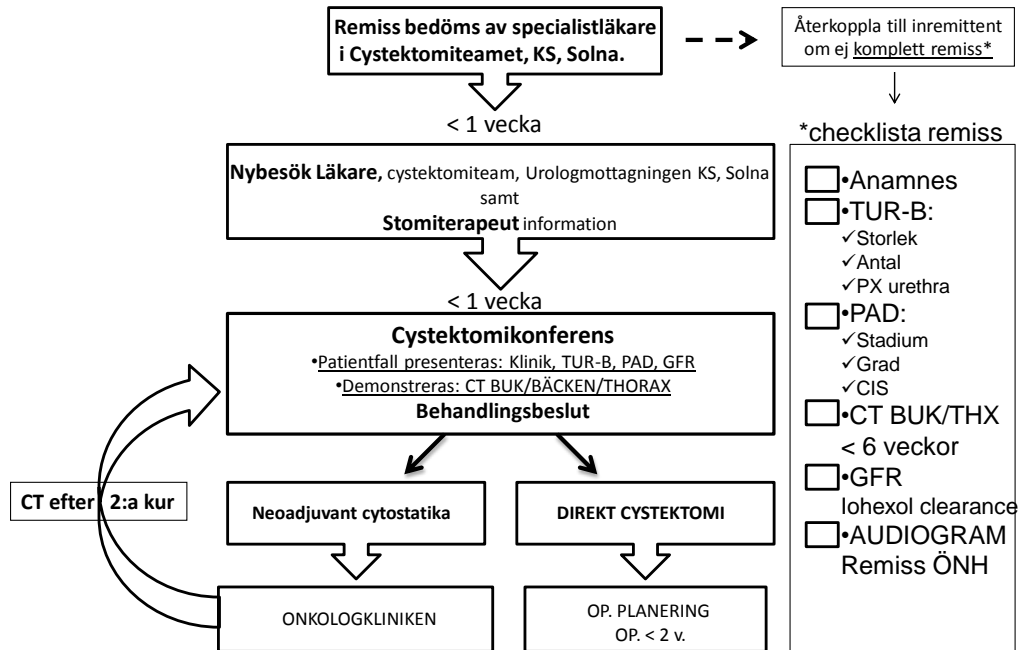
Alla patienter med urinblåsecancer bör till en början handläggas av urolog eller urologiskt kompetent allmänkirurg i nära samarbete med onkolog och patolog. De patienter som är i behov av urologisk specialistvård eller bedömning med tillgång till slutenvårdsbehandling skall också diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK) inför slutgiltigt behandlingsbeslut:

- Nya fall som är muskelinvasiva och/eller tillhör den definierade högriskgruppen.
- Frekvent recidiverande eller utbredd tumör där den transuretrala handläggningen är svår eller intravesikal kemo- eller immunoterapi kan bli aktuell.
- Alla tumörer (nya eller recidiverande) där radikal kirurgi, kurativ eller palliativ kemoterapi eller strålbehandling övervägs.

Alla patienter i regionen diskuteras på MDK enligt ovan. Dessutom finns en multidisciplinär telekommunikationskonferens på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna där alla patienter i regionen med muskelinvasiv urinblåsecancer som bedöms vara aktuella för kurativ behandling diskuteras. Konferensen äger rum varje onsdag mellan klockan 07.45-08.15 (med undantag för sommar- och julhelger). I ett cystektomi-flöde – PM (se nästa sida) som är utarbetat av cystektomiteamet på Karolinska Universitetssjukhuset framgår hur dessa patienter skall utredas innan de skall remitteras för behandlingsdiskussion på konferensen. Till konferensen kan också andra komplicerade blåscancerfall tas upp för diskussion.

Vid den multidisciplinära konferensen deltar urolog, onkolog, patolog, radiolog, kontaktsjuksköterska, uroterapeut, sjukgymnast, eventuellt dietist och koordinator för standardiserade vårdförlopp, samtliga med specialkunskap inom området.

Flöde cystektomi patienter, KS Solna 2016



För patienter med muskelinvasiv cancer (pT2) skall neoadjuvant cytostatika övervägas:

- Biologisk ålder <75 år
- GFR > 50 ml/min
- Ingen hörselnedsättning

Remiss: Av denna skall framgå all nödvändig data för att adekvat bedöma patient.

Samtliga undersökningar måste göras skyndsamt (begär förtur) innan patienten remitteras till cystektomikonferens så inte handläggningstiden till behandling påtagligt förlängs.

Checklista

Tumörbiologi

- **Operationsberättelse TUR-B:** Tumör – antal, storlek, läge, tagna px
- **PAD:** Cancertyp? Grad? Invasionsdjup? CIS? Uretra?
- **CT bäcken/buk + thorax:** Tumörutbredning? Lymfkörtelstatus? fjärrmetastaser?

Punktionscytologi om oklara solida förändringar på CT buk eller thorax!

Kliniska parametrar

- **Njurfunktion:** Iohexolclearance GFR > 50 ml/min för neoadjuvant cytostatika.
- **Nefrostomi** anläggs omedelbart vid radiologisk hydronefros.
- **Rökning, BMI, allergi, läkemedel**
- **Hjärt & lungfunktion:**
 - proBNP
 - EKO kardiografi (alla utom helt friska)
 - kardiologkonsult (optimera hjärtsviktbehandling oavsett genes)
 - spirometri (KOL)
 - lungkonsult (optimera behandling)
- **ASA score**
- **Audiogram** (inför neoadjuvant cytostatika)
- **LAB:**
 - blodstatus
 - elektrolyter
 - leverstatus
 - PK INR
 - APTT
- **Prostata:**
 - Palpation
 - PSA

Inom regionen handläggs urinblåsecancer vid följande kliniker:

Urologiska kliniker:

Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna och Huddinge,
Södersjukhuset

Kirurgiska kliniker:

Capio S:t Göran, Norrtälje sjukhus, Södertälje sjukhus och Visby Lasarett

Onkologiska kliniker:

Onkologiska kliniken, Karolinska Universitetssjukhuset, Solna och Södersjukhuset
Onkologkliniken, Visby lasarett

4. PRIMÄR BEHANDLING VID MUSKELINVASIV URINBLÅSECANCER

4.1 Radikal kirurgi och urinavledning

Radikal kirurgi och urinavledning skall enbart utföras vid enhet med omfattande erfarenhet och tillräckligt patientunderlag för att bibehålla erforderlig kompetens. Enligt landstingsbeslut inom Stockholms läns landsting har denna operationstyp sedan 2005 centraliserats till Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Patienterna skall beredas tid för operation snarast i enlighet med standardiserat vårdförlopp, såvida inte beslut om neoadjuvant kemoterapi har tagits.

På Karolinska Universitetssjukhuset introducerades 2002 robotassisterad kirurgi med Da Vinci-system för behandling av muskelinvasiv blåscancer. Operationen som består av cystektomi, lymfkörtelutrymning och urinavledning görs via tithålskirurgi. Då hela operationen görs med intrakorporeal teknik är Karolinska Universitetssjukhuset känt för sin metod i hela världen. Potentiella fördelar jämfört med öppen cystektomi är mindre perioperativ blödning, analgetikabehov, ärr och kortare vårdtid och konvalescens.

5. REHABILITERING VID URINBLÅSECANCER

5.1 Onkologisk rehabilitering

Efter genomgången större kirurgisk behandling, strålbehandling eller cellgiftsbehandling kan onkologisk rehabilitering vara berättigad. Onkologisk rehabilitering syftar till att förebygga och reducera fysiska, psykiska, sociala och existentiella följder av cancersjukdom och dess behandling.

Ansvarig läkare och kontaktsjuksköterska kan vara behjälplig med remiss för detta som sänds till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (gäller endast patienter folkbokförda i Stockholms läns landsting), som i sin tur bedömer ansökan.

För alla patienter, bosatt i Stockholms läns landsting, som avslutat sin behandling finns möjligheter till onkologisk rehabilitering vilken omfattar 10-12 dagar på sjukhus eller i öppenvård. De enheter som är aktuella och auktoriserade finns redovisade på Vårdgivarguiden, Stockholms Läns Landstings hemsida där också det särskilda remissförfarandet finns beskrivet:

<http://www.vardgivarguiden.se/avtaluppdrag/avtalsinformation/vardval-stockholm/onkologi---specialiserad-rehabilitering/> och patienten kan själv välja någon av dessa rehabiliteringsenheter.

För patienter bosatta på Gotland hänvisas till urologmottagningen Visby lasarett för mer information.

6. OMVÅRDNADSASPEKTER VID URINBLÅSECANCER

Vid fynd av blåstumör ska patienten tilldelas en namngiven kontaktsjuksköterska i samband med block A (i SVF), det vill säga under utredningsfasen när välgrundad misstanke för cancer finns. Det innebär i regionen att kontaktsjuksköterska ska, förutom vid behandlande kliniker, finnas hos de öppenvårdsurologer som sköter utredning för blåscancer.

Aktiv överlämning sker till eventuell ny kontaktsjuksköterska i samband med MDK. Patienten ska få namn och telefonnummer till ny kontaktsjuksköterska.

7. LITTERATURREFERENSER

Riktlinjer för medikamentell anticancerbehandling vid urinblåsecancer i nationella regimbiblioteket

<http://regimbiblioteket.cancercentrum.se/regimregister.html?id=5>

EAU. Guidelines on bladder cancer

http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/?no_cache=1

KVALitets- och STandardiseringsdokument fastställt av Svensk Förening för Patologi i samråd med Svensk Urologisk Förening

<http://svfp.se/node/225>

IARC Globocan år 2012

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Cancerincidens i Sverige 2013, Socialstyrelsen 2014

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-10>

Dödsorsaker 2014, Socialstyrelsen 2015

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-8-1>



Tillämpningsanvisningarna är utarbetade av en regional arbetsgrupp och fastställda av Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland 2016-01-01