

# Handläggning av patienter med möjlig eller känd njurcancer i Region Stockholm under pandemin med Covid-19

**Giltigt från den 20 april tills vidare. Dokumentet kommer att uppdateras beroende på utvecklingen.**

Framtagen av:

Ann-Helen Scherman Plogell , Processledare RCC , SÖS

Mats Bergkvist, KS

Anders Kjellman, KS

Fredrik Levin, DS

Lars Häggarth, St G

Godkänt av:

Lena Sharp, Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland

## SYFTE:

Att minska smittspridning under pågående pandemi genom att minimera ingrepp som innebär risk för komplikationer som kan medföra slutenvård, samt att identifiera de patienter som är i störst behov av snar handläggning.

## ALLMÄNA RIKTLINJER:

Överväg att skjuta upp medicinska åtgärder som inte tydligt påverkar patientens prognos. Rådgör med en överläkare. Personer >70 år är särskilt utsatta för viruset – deras fysiska vårdkontakter ska begränsas till ett minimum.

## RIKTLINJER FÖR NJURCANCER:

1. Alla ny-och återbesök utan absolut behov av fysikalisk undersökning kan ske genom telefonkontakt.
2. Aktiv monitorering och uppföljning efter kirurgi: Överväg planerad uppföljning genom telefonkontakt.
3. Patienter aktuella för kirurgi: Sannolikt kan vi bara prioritera kirurgi där en fördröjning kan förväntas förvärra det medicinska utfallet, dvs stora och/eller symptomgivande njurtumörer. Om särskilda skäl bedöms finnas för operation, diskutera med seniora kollegor eller på MDK och dokumentera.
4. Remissbedömning/diagnostik – Vi utgår från medicinsk prioritering. Pat med större njurtumör (ca 7cm eller mer), eller med lokala eller systemiska symptom jämte de med misstänkt metastasering bör erbjudas snabbt mottagningsbesök. Patienter med mindre, incidentellt diagnosticerade tumörer, T1, kan kontaktas telefonledes.

Eventuellt planeras dessa för operation men bör informeras om att det kan dröja. I första hand kommer vi sannolikt att behöva monitorera dessa patienter med 6 månaders perspektiv.

5. Patientens ålder och comorbiditetsfaktorer bör tas i beaktande på grund av risken risken för postoperativ Covid 19-infektion.
6. Onkologisk systemisk behandling av njurcancer; modifierade guidelines av SFUOs njurcancergrupp med hänsyn till Covid-19 pandemi:

Syftet med nedanstående text är att ge stöd i utformade av regionala riktlinjer under pågående pandemi med Covid-19. Dokumentet kommer att uppdateras beroende på utveckling.

Avsteg från rutiner eller vårdprogram syftar antingen till att minska individens risk för allvarlig Coronainfektion eller att minska vårdbehovet hos denna patientgrupp utifrån risk för bristande sjukvårdsresurser.

#### **Uppföljning:**

Alla onkologkliniker har redan idag olika uppföljningsrutiner och möjligheter utifrån kontaktsk och läkarresurs.

För att undvika besök på sjukhus så mycket som möjligt bör telefonkontakter användas i större utsträckning. Ffa biverkningskontroller men också utvärderingsbesök där det bedöms lämpligt.

Vilka ska ha vilken behandling?

1a linjen

Vid god prognosgrupp

Liksom tidigare tyrosinkinashämmare (TKI) men expektans bör övervägas i större utsträckning.

Vid intermediär/dålig prognosgrupp

Ipilimumab+Nivolumab bör användas med restriktivitet. Både utifrån risk hos enskild patient och risk för vårdkrävande biverkningar.

Patienter bör ha en tydlig indikation samt strikt ECOG 0–1.

Ingen komorbiditet med påverkan:

Hjärta, KOL, diabetes, njurpåverkan. Annan samtidig cancer

Biverkningar vid immunterapi är vanliga med tex luftvägssymtom som är svåra att skilja mot Covid 19 infektion. För att kunna behandla patienten rätt behöver vi trycka på nödvändigheten för testning av Coronavirus av denna patientgrupp vid luftvägssymtom i våra respektive regioner.

Funderingar:

Klarcellig cancer med sarkomatoid differentiering verkar vara en patientgrupp som svarar bra på immunterapi där kombinationsbehandling ändå är önskvärt.

Då vi inte har evidens för Nivolumab monoterapi i första linjen eller kombination Ipilimumab/Nivolumab i andra linjen är det svårt att ge en sådan generell rekommendation. Större frihet för individuell bedömning bör finnas tex att ge Nivolumab i första linjen om kombinationsimmunterapi inte bedöms lämplig just nu och tex kardiell komorbiditet även medför risker med cabozantinib.

Både cabozantinib, pazopanib och sunitinib är rimliga alternativ i första linjen för att minska risker.

## **2: a och senare linjer**

Väg in att vid förväntad liten effekt eller risk för mycket biverkningar kan nytta-risk balansen på individnivå förskjutas av infektionsrisken så att ytterligare behandlingsförsök inte bedöms gagna patienten. Om behandling påbörjas med biverkningar och tveksam effekt, samma resonemang.