

Sundhedsfaglige elementer som grundlag for
pakkeforløb for

KRÆFT I URINVEJENE



Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af arbejdsgruppe i 2008

Godkendt af Kræftstyregruppen, maj 2008

Det faglige grundlag er baseret på kliniske retningslinjer og guidelines fra UroOnkologisk Forum (UOF)

Forord

Regeringen og Danske Regioner indgik den 12. oktober 2007 en aftale om gennemførelse af målsætningen om akut handling og klar besked til kræftpatienter. Af aftalen fremgår, at der inden udgangen af 2008 skal beskrives og indføres pakkeforløb for alle kræftformer. De sundhedsfaglige elementer er det faglige grundlag for pakkeforløbene.

Målet med pakkeforløb er at tilbyde patienterne hurtig udredning og behandling for at forkorte forløbet og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid.

Der skal altid tilrettelægges et forløb, der retter sig mod den individuelle patient - pakkeforløb eller ej. Det vil ikke være alle patienter, der kan gå direkte ind i et pakkeforløb, enten fordi symptomerne ikke peger på en bestemt kræftform, og det derfor ikke er muligt at henvise patienten til et pakkeforløb, eller fordi patienten har andre sygdomme, der skal tages særligt hensyn til. Men kvaliteten af forløbet skal for den individuelle patient være den samme, uanset om patienten kan henvises direkte til et pakkeforløb eller ej. En patient kan henvises til et pakkeforløb gennem flere indgange: Det kan eksempelvis være den praktiserende læge, en praktiserende speciallæge, en afdeling eller andre, der får begrundet mistanke om en bestemt kræftform.

Pakkeforløbene baseres på de til enhver tid senest opdaterede landsdækkende kliniske retningslinjer som formuleret af de Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG'er). DMCG'erne er nationalt fagligt forankrede i de lægevidenskabelige selskaber, forskningsmiljøer/institutioner, organisationer samt andre faglige organiseringer fx sygeplejefaglige, som har tilknytning til den specifikke kræftsygdomsgruppe herunder evt. patientorganisationer. Med udgangspunkt i DMCG'ernes kliniske retningslinjer for hver enkelt kræftform har kliniske arbejdsgrupper i regi af Sundhedsstyrelsen og Kræftstyregruppen udarbejdet sundhedsfaglige elementer som grundlag for pakkeforløb.

De sundhedsfaglige elementer er på mange måder forskellige, og arbejdsgruppernes udfordringer har også været forskellige. Som med kliniske retningslinjer generelt gælder, at de sundhedsfaglige elementer opdateres med jævnlige mellemrum. De sundhedsfaglige elementer beskriver patientforløbet fra kontakten med egen læge til rehabilitering. Samtidig er der udarbejdet en række papirer, der beskriver generelle forhold i relation til fx rehabilitering, palliation, pleje og omsorg samt patientinformation. De sundhedsfaglige elementer er i videst muligt omfang baseret på klar evidens, men hvor en klar evidens ikke findes, baseres disse på den faglige viden og erfaring hos repræsentanterne i arbejdsgrupperne.

Alle kliniske arbejdsgrupper er gået meget positivt ind i opgaven og har klart støttet den. Dertil kommer at arbejdet har givet anledning til meget nyttige og frugtbare diskussioner i de enkelte arbejdsgrupper. Stor tak til alle for den store indsats.

Lone de Neergaard
Sundhedsplanlægning

Pakkeforløb for kræft i urinvejene – blærekræft og nyrekræft

6. juni 2008

Indholdsfortegnelse

1 Arbejdsgruppens sammensætning	5
2 Introduktion til pakkeforløb	8
2.1 Patientkategori	10
2.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer	11
2.3 Det multidisciplinære team	11
3 Præhospitalfase – Blærekræft og nyrekræft	12
3.1 Klinisk indhold	12
3.1.1 Risikogrupper og kriterier for begrundet mistanke	12
3.1.2 Præhospitalsfasen og henvisning til pakkeforløb	13
3.2 Information af patienten	14
3.3 Beslutning	14
3.4 Ansvarlig	15
3.5 Fagligt begrundet forløbstid	15
Blærekræft	16
4A Udredning - Blærekræft	16
4A.1 Klinisk indhold	16
4A.1.1 Undersøgellesprocessen i detaljer	16
4A.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadienddeling	17
4A.2 Information af patienten	17
4A.3 Beslutning	18
4A.4 Ansvarlig	18
4A.5 Fagligt begrundet forløbstid	18
5A Behandling - Blærekræft	20
5A.1 Klinisk indhold	20
5A.1.1 Hovedgrupper af kliniske behandlingsforløb	20
5A.1.2 De hyppigst opståede komplikationer	20
5A.2 Information af patienten	21
5A.3 Beslutning	21
5A.4 Ansvarlig	21
5A.5 Fagligt begrundet forløbstid	21
6A Efterbehandling - Blærekræft	23
6A.1 Klinisk indhold	23
6A.1.1 Behandlings modaliteter	23
6A.1.2 De hyppigst opståede komplikationer	23
6A.2 Information af patienten	23
6A.3 Beslutning	23

6A.4 Ansvarlig	23
6A.5 Fagligt begrundet forløbstid	23
7A Kontrol - Blærekræft	24
7A.1 Klinisk indhold	24
7A.2 Information af patienten	24
7A.3 Beslutning	24
7A.4 Ansvarlig	24
7A.5 Fagligt begrundet forløbstid	24
8A Palliation - Blærekræft	24
8A.1 Klinisk indhold	24
9A Rehabilitering - Blærekræft	25
9A.1 Klinisk indhold	25
10A Forløbsoversigt	26
Nyrekræft	38
4B Udredning - Nyrekræft	38
4B.1 Klinisk indhold	38
4B.1.1 Undersøgelsesprocessen i detaljer	38
4B.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadietopdeling	39
4B.2 Information af patienten	39
4B.3 Beslutning	39
4B.4 Ansvarlig	39
4B.5 Fagligt begrundet forløbstid	40
5B Behandling - Nyrekræft	41
5B.1 Klinisk indhold	41
5B.1.1 Hovedgrupper af kliniske behandlingsforløb	41
5B.1.2 De hyppigst opståede komplikationer	41
5B.2 Information af patienten	41
5B.3 Beslutning	42
5B.4 Ansvarlig	42
5B.5 Fagligt begrundet forløbstid	42
6B Efterbehandling - Nyrekræft	43
6B.1 Klinisk indhold	43
6B.1.1 Behandlings modaliteter	43
6B.1.2 De hyppigst opståede komplikationer	43
6B.2 Information af patienten	44
6B.3 Beslutning	44
6B.3 Ansvarlig	44

6B.4 Fagligt begrundet forløbstid	44
7B Kontrol - Nyrekræft	45
7B.1 Klinisk indhold	45
7B.2 Information af patienten	45
7B.3 Beslutning	45
7B.4 Ansvarlig	45
7B.5 Fagligt begrundet forløbstid	45
8B Palliation - Nyrekræft	46
8B.1 Klinisk indhold	46
9B Rehabilitering - Nyrekræft	46
9B.1 Klinisk indhold	46
10B Forløbsoversigt	47

1 Arbejdsgruppens sammensætning

Overlæge dr.med., Ph.d. Michael Borre (formand). Formand Uro-onkologisk Forum (UoF). Formand DAPROCA. Urinvejskirurgisk afd., Århus Universitetshospital, Skejby.

Overlæge dr.med. Lars Lund, Region Midtjylland. Urologisk afd. Regionshospitalet Viborg.

Overlæge dr. med. Anders Bødker, Region Sjælland. Kirurgisk afd. Sygehus Syd, Region Sjælland.

Ledende overlæge, dr. med., Jesper Rye Andersen, Region Hovedstaden. Urologisk afd. Herlev Hospital.

Overlæge Mette Holm, UoF, DATECA. Urologisk afd. D. Rigshospitalet.

Overlæge dr.med. Gedske Daugaard, Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO). Onkologisk klinik 5073, Rigshospitalet.

Ledende overlæge Ulla Geertsen, Dansk Urologisk Selskab (DUS). Urologisk afd., Odense Universitetshospital.

Overlæge Ph.d. Morten Høyer, UoF, DAPROCA. Onkologisk afd., Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Ledende overlæge Peter Ottosen, UoF, DAPROCA. Patologisk Institut, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Klinisk sygeplejevejleder Malene R. Sejling, Dansk Sygepleje Selskab (DASYS). Onkologisk afd. 5041/42. Rigshospitalet.

Praktiserende læge, professor Flemming Bro, Dansk Selskab for almen medicin (DSAM). Institut for Almen Medicin, Århus Universitet.

Ledende overlæge Birgit Meiniche Nürnberg, UOF, DAPROCA. Patologisk Institut, Regionshospitalet Roskilde.

Overlæge Birgitte Svolgaard, UoF, DARENCA. Radiologisk afd., Odense Universitetshospital.

Overlæge dr.med.Gregers G Hermann, UoF, formand DABLACA, DARENCA. Urologisk Klinik, Frederiksberg Hospital.

Overlæge Henrik Nerstrøm, UoF, formand DAPECA. Urologisk klinik, Rigshospitalet.

Overlæge Erik Højkjær Larsen, UoF, formand DARENCA. Urologisk afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital.

1.reservelæge Jørgen Bjerggaard Jensen, UoF, DABLACA. Urinvejskirurgisk afd., Regionshospitalet, Holstebro.

Underarbejdsgruppe for blærekræft

Arbejdsgruppen består af DaBlaCa (Dansk Blærecancer Gruppe), der er en ren lægefaglig arbejdsgruppe under Den multidisciplinære Cancer Gruppe, UroOnkologisk Forum. DaBlaCa består af:

Jørgen Bjerggaard Jensen, Urinvejskirurgisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby, (tovholder for skriftet)

Overlæge dr.med. Gregers G. Hermann, (formand DaBlaCa), Urologisk klinik, Frederiksberg Hospital

Overlæge dr.med. Kenneth Steven, Urologisk afd., Herlev Hospital

Overlæge dr.med. Klaus Møller-Ernst Jensen, Urinvejskirurgisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby,

Overlæge, MPH Karin Mogensen, Urologisk klinik, Frederiksberg Hospital

Overlæge dr.med. Peter Thind, Urologisk klinik, Rigshospitalet

Ledende overlæge Ph.d. Lisa Sengeløv, Onkologisk afd., Herlev Hospital

Afdelingslæge Mads Agerbæk, Onkologisk afd., Aarhus Sygehus, NBG

Overlæge dr.med. Gedske Daugaard, Onkologisk afd., Rigshospitalet

Ledende overlæge Birgit Nürnberg, Patologisk Institut, Roskilde Sygehus

Overlæge Claus V. Jensen, Radiologisk afd., Rigshospitalet

Professor Flemming Bro, praktiserende læge, Ph.D.

Ph.d.Lars Dyrskjød Andersen, Molekylærdiagnostisk Laboratorium, Klinisk Biokemisk afd., Aarhus Universitetshospital, Skejby

Overlæge Jan Utzon repræsentant fra Østdansk Competence Center

Underarbejdsgruppe for nyrekræft

Arbejdsgruppen har omfattet: medlemmerne af nyrecancergruppen DaRenCa under den multidisciplinære cancer gruppe, Uro onkologisk Forum

Medlemmer af DaRenCa er:

Erik Højkjær Larsen, overlæge, Urologisk afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, Formand for DaRenCa.

Lars Lund, overlæge, dr. med., Urologisk afdeling, Regionshospitalet Viborg.

Frede Donskov, afdelingslæge, dr. med., Onkologisk afdeling, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital.

Birgitte Svolgaard, overlæge, Billeddiagnostisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Astrid Petersen, overlæge, Patologisk Institut, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital.

Flemming Bro, speciallæge i almen medicin, Ph.D., Forskningsenheden for Almen Praksis, Århus Universitet.

Gregers G Hermann, overlæge, dr. med., Urologisk Klinik , Frederiksberg Hospital.

Lars Ulrich Hansen, overlæge, Urologisk afdeling, Odense Universitetshospital.

Mette Nørgaard, overlæge, Ph.D., Klinisk Epidemiologisk afdeling, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital.

Poul Geertsen, overlæge, Ph.D, Onkologisk afdeling, Herlev Hospital.

2 Introduktion til pakkeforløb

Dette er en samlet vejledning til beskrivelse af de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb for udredning og behandling af kræft i blære og nyre.

Formålet med pakkeforløb for patienter med kræft i urinvejene, er at forkorte forløbet af udredning og behandling af kræftsygdommen og derigennem forbedre prognosen, bedre livskvaliteten og mindske utrygheden ved ventetid uden kendt årsag. Kommissoriet for den kliniske arbejdsgruppe har været at beskrive de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb med udelukkende fagligt begrundede forløbstider. Gruppen har ikke skulle beskrive de ressourcemæssige konsekvenser.

Pakkeforløbene baseres på de landsdækkende kliniske retningslinier, som omfatter udredning, behandling og kontrol udarbejdet i et multidisciplinært udvalg under Uro-onkologisk Forum (UoF). De er offentliggjort på UoF's hjemmeside (www.uof.dk). De sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb afviger ikke fra de landsdækkende kliniske retningslinier.

Uro-onkologiske cancere omfatter kræft i nyre, blære, prostata, testis og penis. Deres symptomatologi, biologi og behandlinger er forskellige og kan derfor ikke beskrives som en enkeltstående forløbspakke. Derfor er de fem pakkeforløb samlet i to publikationer, hvoraf den ene omfatter kræft i blære og nyre og den anden omfatter kræft i prostata, penis og testis.

Denne publikation omfatter kræft i urinvejene. Der beskrives en fælles introduktion til kræft i blære og kræft i nyre og herefter beskrives to særskilte pakkeforløb:

Pakkeforløb A – Kræft i blæren

Pakkeforløb B – Kræft i nyren

Pakkeforløbet er beskrevet ud fra Sundhedsstyrelsens skabelon og indholdet er baseret på behandling af nyrecancer ud fra eksisterende referenceprogram, som er udarbejdet på grundlag af en systematisk og opdateret gennemgang af litteraturen mundende ud i detaljerede og evidensgraderede anbefalinger.

Hæmaturi er kardinalsymptom ved såvel blære- som nyrekræft. Overordnet bør patienter med makroskopisk hæmaturi uden anden åbenbar årsag, samt mikroskopisk hæmaturi med ledsagesymptomer ligeledes uden anden åbenbar årsag henvises til urologisk udredning på begrundet mistanke om kræft i urinvejene. Udredningsprogrammet for hæmaturi er derfor koordineret i forløbspakkerne for begge sygdomme.

Til udarbejdelse af forløbspakker for de fem urologiske kræftformer er der nedsat multidisciplinære og tværfaglige arbejdsgrupper med deltagelse fra alle relevante specialer i forbindelse med udredning og behandling af urologisk kræft – herunder UoF, relevante medicinske selskaber, klinikere udpeget af regionerne, Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Sygepleje Selskab.

Udredning af urologiske kræftsygdomme varetages som hovedregel på urologiske afdelinger. Det er imidlertid vigtigt, at det foregår i tæt multidisciplinært samarbejde med andre relevante specialer. Det vil ofte være nødvendigt at diskutere patienterne på tværs af specialerne, hvilket understreger vigtigheden af regelmæssige multidisciplinære konferencer. For enkelte patienters vedkommende kan behandlingsbeslutning ikke foretages uden en sådan forudgående konference, hvilket kan medføre en forlængelse af forløbet på op til fem hverdage.

Regionerne er ansvarlige for selve implementeringen af pakkeforløbene med udpegning af teammedlemmer og ansvarlige, beregning af krav til lokal kapacitet og organisering, herunder lokale arbejdsgange, kommunikation og tovholderfunktioner. Der er som fordret beskrevet de lægefagligt ideelle udrednings- og behandlingsforløb for denne patientgruppe. Der er ikke taget højde for ressourcemæssige konsekvenser og arbejds-

tilrettelæggelsen på afdelinger, der er involveret i udredning og behandling af urologisk kræft. Med de nuværende ressourcer vil det ikke være muligt at gennemføre patientforløb inden for de angivne tidsrammer. En gennemførelse af pakkeforløbene vil kræve tildeling af betydelige økonomiske og personalemæssige ressourcer, til de involverede urologiske-, patologiske-, radiologiske-, nuklearmedicinske- og onkologiske afdelinger.

Pakkeforløbsbeskrivelsen beskriver udrednings- og behandlingsforløbet for den ukomplicerede patient, og der er derfor i det følgende ikke taget højde for:

- U hensigtsmæssige forsinkelser pga. patientfaktorer ("patient's delay")
- Patientønske om afvigelse fra pakkeforløb
- Sproglige problemer med behov for tolkebistand
- Afvigende forløb pga. inkonklusive billeddiagnostiske undersøgelser
- Påvirket nyrefunktion, der nødvendiggør anden billeddiagnostisk fremstilling end standardmodaliteten.
- Afvigende forløb pga. inkonklusive patologiske undersøgelser
- Behov for supplerende patologiske undersøgelser, evt fornyet biopsi fra tumor eller fra mistænkt spredning
- Komplikationer i forbindelse med undersøgelser eller operation
- Postoperative komplikationer
- Uventet påvisning af anden alvorlig lidelse under udredningsforløbet
- Anden kendt konkurrerende lidelse (betydelig komorbiditet), der f.eks kan have betydning for anæstesi (bedøvelse) i forbindelse med operation.

2.1 Patientkategori

Blærekræft

Der diagnosticeres omkring 1.600 nye patienter med blæretumor i Danmark om året. International Unit Against Cancer (UICC) klassificerer blæretumorerne som henholdsvis invasive eller ikke invasive tumorer. Omkring halvdelen af tumorerne er invasive. Den resterende halvdel udgøres af ikke-invasive tumorer, som antages på et senere tidspunkt at blive maligne, såfremt de ikke behandles. Denne skelnen er meget væsentlig udredningsmæssigt, behandlingsmæssigt og kontrolmæssigt.

Alle patienter med blære kræft (100 %) henvises til urologisk afdeling og får her stillet diagnosen i et samarbejde med patologisk afdeling og røntgenafdelingen. 50-75% af patienterne kontrolleres hver 4. måned, 8. måned eller årligt på urologisk afdeling i mange år, ofte mere end 15-20 år. Ca. 15% af patienterne får metastaserende sygdom eller indvækst i omkringliggende organer og vurderes og behandles derfor i en periode på onkologiske afdeling inden de tilbagehenvises til urologisk afdeling mhp videre behandling. Skønsvist 90% af blæretumorpatienters kontakter foregår på urologisk afdeling. Pakkeforløbet vil således have størst konsekvens for de urologiske afdelinger og deres støtteafdelinger.

Det aktuelle pakkeforløb omfatter alle patienter med begrundet mistanke om eller påvist tumor i urinblæren (se pkt 3.1 for definition). Patienterne kan endvidere inddeles i nyhenviste samt patienter i kontrolregime for tidligere blæretumor, hvor der under kontrollen påvises ny blæretumor.

Iht Sundhedsstyrelsens registre blev der i 2005 udført 5.400 TUR-B (dvs Trans Urethral Resektion i Blæren) operationer og 4.600 operationer, hvor der blev udført cystoskopi med biopsi fra blæren under indlæggelse på sengeafdeling, i alt ca 10.000 operationer.

De 5.400 TUR-B operationer blev udgjort af 1.600 nye-henviste patienter, mens de resterende 3.800 operationer blev udført på patienter, der i forvejen går til kontrol for blæretumorsygdom.

Sundhedsøkonomer har i internationale studier beregnet at blærecancersygdommen er den dyreste af de 5 urologiske cancersygdomme og at 65-70% af omkostningerne går til TUR-B operationer og kontrol-cystoskopier.

Ny-henviste patienter til pakkeforløb: Ud fra optællinger på urologisk afdeling Frederiksberg hospital antages det, at der på landsplan årligt henvises ca. 5.000 nye patienter til udredning for makroskopisk hæmaturi. Af disse skønnes 15-20% svarende til 800-1.000 nye patienter at have blæretumor og få udført TUR-B. De resterende 600-800 nye patienter rekrutteres fra skønsvist 14.000 henvisninger, overvejende omfattende mikroskopisk hæmaturi ledsaget af andre urologiske symptomer, der skønnes gennemsnitligt at have ca 5% risiko for at have blæretumor. Gruppen af patienter med udelukkende usynligt blod i urinen og uden ledsagesymptomer skal ikke nødvendigvis gennemgå et pakkeforløb (se senere). Antallet af disse kan ikke estimeres. Dvs at de 1.600 nye patienter pr år er et resultat af at maksimalt 19.000 (5.000 + 14.000) henvisninger.

Patienter der kontrolleres for blæretumorsygdom som indgår i pakkeforløb: De 3.800 TUR-B operationer, der udføres på kendte blæretumorpatienter, skønnes at repræsentere 12.600 pakkeforløb. Der er her forudsat, at der er 30% risiko for tumor hos de patienter, der cystoskoperes i ambulatoriet i forbindelse med kontrol af blæren og derfra henvises til TUR-B forberedt cystoskopi under indlæggelse på grund af mistanke om invasiv blæretumor. Disse patienter har nyopstået invasiv tumor i blæren og er ikke recidivpatienter. De indgår derfor i pakkeforløb som nye tumorer.

Samlede antal pakkeforløb på landsplan pr år: Man må antage at der maksimalt vil være 31.600 (19.000 + 12.600) pakkeforløb i udredning af mistanke om blæretumor pr år på landsplan.

Nyrekraft

Der diagnosticeres ca. 650 nye tilfælde af nyrekraft årligt i Danmark, hvoraf ca. 550 er nyrekraft (renalcellecarcinomer) og ca. 100 nyrebækkenkræft (transitiocellulære carcinomer). Internationalt er incidensen stigende med op til 4-50 %, men i Danmark er incidensen uændret. Metastatisk sygdom er til stede hos 30% af patienterne på diagnostetidspunktet og vil endvidere udvikles hos 30-50% af de patienter, der behandles med initial kurativt intenderet nefrektomi. Samlet set vil således cirka 50% af alle nyrekraftpatienter på et tidspunkt få metastaserende sygdom.

De udarbejdede retningslinier gælder alle typer af nyrecancer. På grund af den stramme tidsplan, og fordi det efter arbejdsgruppens opfattelse er af afgørende betydning at få beskrevet et "skelet", der efterfølgende må udbygges, er emnerne palliation, genoptræning og genhenvisning ikke berørt.

2.2 Landsdækkende kliniske retningslinjer

Pakkeforløbet er baseret på sundhedsstyrelsens vejledning og skabelon for udarbejdelse af sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb.

Indholdet er baseret på landsdækkende kliniske retningslinier:

Blærecancer betænkning 2005, der er udarbejdet af en multidisciplinær arbejdsgruppe under Dansk Urologisk Selskab og som findes på web-adressen <http://www.urologi.dk/rapporter/blæretumor/BC-2005.pdf>

Nyrecancerbetænkningen 2002, der er udarbejdet af en multidisciplinær arbejdsgruppe under Dansk Urologisk Selskab og som findes på web-adressen <http://www.urologi.dk/rapporter/nyrecancer/Nyrecancerbetænkning> samt referenceprogram fra Sammenslutningen af Kræftafdelinger (SKA, referenceprogram 2007): <http://www.skaccd.org>.

De nuværende betænkninger fra Dansk urologisk selskab står foran en revision i indeværende år og vil fremover blive opdateret løbende samt suppleret med pakkeforløbsbeskrivelsen.

2.3 Det multidisciplinære team

I den primære udredning og behandling indgår primærsektoren (almen praksis) som den henvisende instans.

Urologisk afdeling indgår som patientens stamafdeling med ansvar for koordination og varetagelse af udredningsforløbet samt operativ behandling. Der vil i udredningsforløbet blive udført opgaver af såvel billeddiagnostiske og klinisk fysiologiske afdelinger samt patologifdelinger.

Ved påvist kræft i urinblæren vil stamafdelingen (urologisk afdeling) ofte inddrage onkologisk, patologisk samt radiologisk afdeling ved tværfaglig konference (multidisciplinært team – MDT) i de tilfælde, hvor anden behandling end udelukkende kirurgisk kan komme på tale.

Ved påvist kræft i nyren vil patienterne blive konfereret i multidisciplinære teams bestående af urologer, billeddiagnostikere, patologer og onkologer.

3 Præhospitalfase – Blærekræft og nyrekræft

3.1 Klinisk indhold

Hæmaturi er kardinalsymptom ved såvel blære- som nyrekræft. Overordnet bør patienter med makroskopisk hæmaturi uden anden åbenbar årsag, samt mikroskopisk hæmaturi med ledsagesymptomer ligeledes uden anden åbenbar årsag henvises til urologisk udredning på begrundet mistanke om kræft i urinvejene. Udredningsprogrammet for hæmaturi er derfor koordineret i forløbspakker for begge sygdomme.

Et klinisk fund eller symptom giver begrundet mistanke om blæretumor såfremt, der er evidensbaseret dokumentation. Derfor har DaBlaCa besluttet at en begrundet mistanke, der giver mere end 5% sandsynlighed for tilstedeværelsen af en blæretumor, bør udløse et pakkeforløb. Denne definition er kun anvendelig for sammenhængen mellem hæmaturi og blære/nyrekræft og vedrører således kun disse kræftformer. Dette ligger til grund for nærværende rapporters anbefalinger. Er der under 5 % risiko, er der ikke begrundet mistanke for tumor, hvorfor der ikke udløses et pakkeforløb, men muligvis skal patienten alligevel undersøges mhp eventuel urinvejstumor.

3.1.1 Risikogrupper og kriterier for begrundet mistanke

Mistanke om blæretumor eller nyretumor omfatter :

- Patienter over 40 år med mikroskopisk hæmaturi (dvs ikke synlig blod i urinen, men påvist ved undersøgelse med urinstix) uden andre symptomer

Patienterne skal undersøges for tilstedeværelse af tumor i urinvejene og skal henvises til urologisk afdeling mhp udredning, men ikke i et pakkeforløb, da sandsynligheden for tumor ved mikroskopisk hæmaturi uden ledsagesymptomer er under 5 %:

Begrundet mistanke om nyretumor eller blæretumor omfatter (se detaljer nedenfor):

- Patienter med makroskopisk hæmaturi (synligt blod i urinen) uden anden åbenbar årsag
- Gentaget mikroskopisk hæmaturi hos patienter over 40 år ledsaget af smerter i blæreregionen og/eller vandladningsgener (blæretumor) eller flankesmerter og palpabel udfyldning (nyretumor)
- Patienter med billeddiagnostisk påvist nyretumor eller blæretumor (oftest CT-scanning eller ultralydsundersøgelse, endvidere blæretumor påvist ved kikkertundersøgelse af blæren (cystoskopi) f.eks i forbindelse med operation for forstørret prostata eller sten i urinlederen)
- Patienter med tidligere blæretumor, der som del af kontrolregime med cystoskopi får påvist ny blæretumor

Særligt for begrundet mistanke om blærekræft

Anden åbenlys årsag til makroskopisk hæmaturi er eksempelvis katetermanipulation og førstegangs blærebetændelse med positiv dyrkning.

Risiko for at have en blæretumor ved makroskopisk hæmaturi er angivet til at være mellem 10 – 34% afhængigt af alder og ledsagesymptomer. Samtidig er makroskopisk hæmaturi et symptom ved 80 - 90% af alle nyopdagede tilfælde af blæretumor. Der er således begrundet mistanke om kræft i urinblæren ved patienter med synligt blod i urinen.

Mikroskopisk hæmaturi er i forhold til makroskopisk hæmaturi ikke forbundet med samme risiko for blæretumor, idet højst få % af denne patientkategori har sygdom i urinvejene, hvis den mikroskopiske hæmaturi er påvist tilfældigt. Hvis den mikroskopiske hæmaturi derimod er ledsaget af smerter i blæreregionen og/eller vandladningsgener, er risikoen for tumor i urinvejene ca. 10 % hos patienter over 40 år, og der er således begrundet mistanke om blæretumor.

Særligt for begrundet mistanke om nyrekræft

Der vil være en mindre gruppe som er i særlig høj risiko for nyrecancer, især på grund af arvelig disposition (2 %).

3.1.2 Præhospitalsfasen og henvisning til pakkeforløb

Hovedprincippet er, at alle patienter med klinisk begrundet mistanke om kræft i urinvejene skal indgå i et pakkeforløb. Patienter, der henvender sig til privat praktiserende læge med begrundet mistanke henvises umiddelbart mhp pakkeforløb for blæretumor/nyretumor.

Henvisningen fra praktiserende læge ved begrundet mistanke skal som minimum indeholde følgende: Oplysning om at der er fundet begrundet mistanke om kræft i urinvejene, at der henvises til pakkeforløb, relevante symptomer, oplysning om kendt lidelse der kan have relevans for forløbet (komorbiditet), brug af blodfortyndende medicin, behov for tolkebistand, kendt allergisk reaktion på lægemidler eller røntgenkontraststoffer og objektiv undersøgelse (klinisk undersøgelse inkl. abdominal palpation, rektaleksploration samt GU hos kvinder). Resultatet af undersøgelse for urinvejsinfektion. Endvidere angives patientens kontaktoplysninger inkl. telefonnummer. Senest på henvisningstidspunktet foranstalter henvisende instans relevante blodprøver (S-creatinin, hæmoglobin, SR/CRP) samt urin undersøgelse for blod.

Arbejdsgruppen foreslår at ovennævnte oplysninger lægges i afkrydsningsform på sundhed.dk, hvorfra de kan kopieres over i henvisningen. Fremover skal det være *obligatorisk* at henvisningen indeholder disse oplysninger, idet de er afgørende for visitation til korrekt pakkeforløb. Henvisningen fremsendes elektronisk via Edifact eller fax til et (og kun ét) faxnummer på hver afdeling. Modtageren returnerer en kvittering for modtagelsen.

Efterfølgende kontaktes patienten med et tidspunkt for ambulatoriebesøg til svar på CT-urografi og evt. cystoscopi.

Den praktiserende læges opgaver bliver derfor:

- Udfyldelse af henvisning på grundlag af anamnese, objektive fund og laboratorieværdier.
- Fremsendelse af henvisningen via Edifact / fax
- Information af patienten
- Afhængig af regionale forhold evt. henviser til billeddiagnostisk afdeling til CT-urografi

Henvisning fra anden hospitalsafdeling ved begrundet mistanke:

Ved fund af nyretumor eller blæretumor ved billeddiagnostik henviser rekvirenten af undersøgelsen til pakkeforløb på urologisk afdeling. Henvisningen skal ud over ovenstående indeholde oplysninger om: i hvilken anledning patienten fik foretaget undersøgelsen samt beskrivelse af den billeddiagnostiske undersøgelse

Ved fund af blæretumor ved kikkertundersøgelse af blæren som del af kontrol for tidligere blæretumor indstilles patienten til TUR-B af undersøgende læge. Patienten er allerede tilknyttet den kontrollerende urologiske afdeling.

Ved fund af blæretumor ved kikkertundersøgelse af blæren af andre årsager henviser den undersøgende læge til pakkeforløb. Henvisningen skal ud over ovenstående indeholde oplysninger om: i hvilken anledning patienten fik foretaget undersøgelsen, beskrivelse af fund ved undersøgelsen samt evt. fremtidigt planlagt forløb ved henvisende instans.

Henvisning ved mistanke om nyretumor eller blæretumor:

Ved henvisning af patienter med udelukkende mikroskopisk hæmaturi skal henvisningen desuden indeholde oplysninger om årsag til urinundersøgelsen samt specificering af vandladningsgener og relevante øvrige symptomer.

Samme faktorer hvor der ved anden lægelig kontakt med sundhedsvæsenet (eksempelvis undersøgelse på anden sygehusafdeling) fremkommer med oplysninger om blod i urinen.

3.2 Information af patienten

Det påhviler den henvisende instans, hvilket langt oftest vil være den praktiserende læge, at informere patienten om;

- at der er henvist til et pakkeforløb pga. mistanke om tumor i blæren eller nyren, som kan være benign eller malign;
- at en kikkertundersøgelse af blæren samt CT-urografi er de første trin i pakkeforløbet samt,
- at patienten får svar på disse undersøgelser på udredende afdeling umiddelbart efter undersøgelsen er foretaget

Patientinformationsbrochurer om cystoskopi udarbejdes af DUS og lægges på sundhed.dk.

3.3 Beslutning

Når henvisningen er modtaget på urologisk afdeling vurderer urologisk afdeling om patienten skal indgå i pakkeforløbet for blærekræft eller nyrekræft.

3.4 Ansvarlig

Det fremgår af ovenstående, hvem der har ansvaret under henvisningsfasen. Dvs. hyppigst praktiserende læge eller alternativt anden henvisende instans.

3.5 Fagligt begrundet forløbstid

Patienten henvises umiddelbart samme dag som henvisende instans får begrundet mistanke om blærekræft eller nyrekræft. Henvisningen sendes elektronisk eller som fax. Modtagende afdeling sender kvittering for modtagelse. Patienten modtages på urologisk afdeling indenfor 2 hverdage.

Blærekræft

4A Udredning - Blærekræft

4A.1 Klinisk indhold

4A.1.1 Undersøgelserprocessen i detaljer

Undersøgelserprogrammet for hæmaturi, der giver begrundet mistanke om blærecancer eller eventuelt nyrecancer omfatter:

- Cystoskopi (kikkertundersøgelse af blæren i lokalbedøvelse)
- CT-urografi (Skal omfatte hele leveren og bækkenet som kraniele hhv. caudale afgrænsning)
- Urincytologi ved normal cystoskopi

Tabel 4A.1.1

Blok A	Blok B	Blok C
Journaloptagelse incl klinisk undersøgelse	TUR-B under indlæggelse	Rtg af thorax (evt CT af thorax efter lokal beslutning)
Cystoskopi		
CT-Urografi		
Urincytologi		

Ved visitation til pakkeforløbet bookes patienten til såvel cystoskopi i urologisk ambulatorium som til CT-urografi på røntgenafdelingen.

Undersøgelsen i urologisk ambulatorium omfatter journaloptagelse, objektiv undersøgelse, evt. supplerende blodprøver og cystoskopi. I forbindelse med dette besøg tages endvidere urin fra til cytologisk undersøgelse.

Resultatet af den ambulante cystoskopi afgør det videre forløb:.

- Fund af blæretumor: Cystoskopi i bedøvelse med fjernelse/biopsi af blæretumoren (TUR-B) under indlæggelse. Informeret samtykke til TUR-B indhentes. Patienten bookes og klargøres til operationen.

Ved oplagt malign tumor suppleres med billeddiagnostik af lungerne.

Ved inkonklusiv cystoskopi (f.eks. pga manglende overblik pga. blødning) fortsætter forløbet tilsvarende, dvs. patienten opfattes som havende en tumor til det modsatte er bevist.

- o Normal cystoskopi: CT-urografi og urin-cytologi.

Ved abnormt fund som ikke er blæretumor (eksempelvis nyretumor) ved CT-urografi og/eller cystoskopi planlægges videre forløb for den individuelle patient – forløbet af dette ligger uden for dette pakkeforløbs regi.

Patienter, der henvises pga. påvist blæretumor:

Ved visitationen vurderes i hvert enkelt tilfælde, hvorvidt patienten bør gennemgå det normale pakkeforløb eller hvorvidt dele af undersøgelsesprogrammet allerede er gennemført og således kan undlades (f.eks. allerede sufficent gennemført cystoskopi eller CT-skanning med fund af blæretumor).

Patienter med sikker påvisning af tumor i urinblæren (enten i forbindelse med andet indgreb eller ved kontrolcystoskopi i ambulatoriet) bookes allerede ved henvisningen/kontrolcystoskopen til TUR-B under bedøvelse mhp. biopsi/ fjernelse af tumoren. Informeret samtykke indhentes.

Vedr. cystoskopi under bedøvelse ved fund af blæretumor:

Der laves vurdering, biopsi og evt. fjernelse af tumor i forbindelse med cystoskopi under fuld bedøvelse (TUR-B).

4A.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling

Når histologisvar på blæretumoren samt CT-skanning foreligger, planlægges det videre forløb.

Ved ikke-invasiv blæretumor henvises til gældende landsdækkende retningslinier mht. endelig behandling og kontrolforløb heraf.

Ved invasiv blæretumor sikres at der foreligger tilstrækkelig billeddiagnostik. Evt. supplerende undersøgelser bookes. Der foretages stadieinddeling baseret på histologisvaret samt billeddiagnostik.

4A.2 Information af patienten

Patienten informeres om fund ved cystoskopi af urologen umiddelbart efter undersøgelsen er udført.

Patienten informeres om den planlagte TUR-B. Samtykke indhentes.

Svar på CT-urografi gives senest ved indlæggelsen til TUR-B ved patienter med blæretumor.

Svar på CT-urografi gives skriftligt til patienter, der *ikke* har blæretumor, hvis billeddiagnostikken først foreligger efter den fleksible cystoskopi er foretaget jvf. ovenstående.

Under indlæggelsen til TUR-B er aftalt hvorvidt histologisvar samt plan for det videre forløb/behandling, som skal gives skriftligt eller ved fremmøde i urologisk ambulatorium. Tidspunktet for dette svar medgives patienten ved udskrivelsen efter TUR-B.

Patienten oplyses inden udskrivelsen efter TUR-B om mulighed for at blive viderehenvist til anden afdeling til endelig behandling, hvis det skønnes nødvendigt.

4A.3 Beslutning

Ud fra stadietildelingen besluttes om patienten skal henvises til intenderet kurativ terapi på specialiseret afdeling. I den forbindelse vurderes, om patienten skal viderevisiteres til anden urologisk afdeling med ansvar for avanceret blærekræftkirurgi, hvilket for alle praktiske forhold vil sige en afdeling, der udfører cystektomi.

Henviseende afdeling skal med henvisningen sende oplysninger om hidtidige patientforløb, patologi og blodprøve svar og billeddiagnostiske undersøgelser.

På den specialiserede afdeling vurderes det, hvorvidt patientens videre behandling skal drøftes ved tværfaglig MDT konference (se pkt 2.3). Der afholdes som minimum ugentlige konferencer.

Beslutningen om videre behandling tages på MDT konference på baggrund af klinisk undersøgelse af blæren i fuld bedøvelse, kliniske oplysninger og billeddiagnostik.

4A.4 Ansvarlig

I udredningsforløbet er urologen ansvarlig for patientens forløb. Urologen på undersøgende afdeling er endvidere ansvarlig for viderevisitering til anden urologisk afdeling specialiseret i avanceret blærekræftkirurgi i de tilfælde, hvor det er indiceret. Henviseende instans er ansvarlig for at der foreligger en måling af S-creatinin inden CT-skanning med kontrast.

Den specialiserede afdeling er ansvarlig for at vurdere patienten mhp. intenderet kurativ terapi.

4A.5 Fagligt begrundet forløbstid

Efter modtagelsen af henvisning igangsættes undersøgelserne snarest således at udredningen med cystoskopi, CT-urografi og evt. cytologi principielt kan være afsluttet inden for 5 arbejdsdage, idet der tages højde for svartid på CT-urografi (som bør foreligge senest dagen efter skanningen er foretaget) samt svartid på urincytologi (svartid her er 2 hverdage).

Med tilførsel af tilstrækkelige ressourcer kan TUR-B udføres dagen efter fund af en tumor i blæren og ovenstående udredning er afsluttet. Der er dog ikke lægelig dokumentation for, at operation udført efter 5 hverdage er ringere end 1 dag efter diagnosen er stillet. Tværtimod kan det være væsentligt for patienten at "få sjælen med sig" inden operation og flere patienter skal pausere med medicin eksempelvis magnyl inden TUR-B. Derfor skal TUR-B være udført senest 5 hverdage efter tumor er påvist ved cystoskopi.

Patologisvaret foreligger senest 4 dage efter TUR-B jvf. notat af 5. november 2007 om fælles svartider fra Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi.

Størstedelen af patienterne overgår herefter til løbende kontrol, det bemærkes at 50% efterfølgende får recidiv.

En del patienter udredes på urologiske afdelinger, der ikke selv udfører cystektomi og patienter der skal cystektomeres, skal derfor henvises videre til cystektomerende afdeling. Andre patienter skal viderehenvises til onkologisk behandling på onkologisk afdeling.

Således kan patienten informeres om det videre forløb/behandling senest 20 arbejdsdage efter modtagelsen af henvisningen.

5A Behandling - Blærekræft

5A.1 Klinisk indhold

5A.1.1 Hovedgrupper af kliniske behandlingsforløb

I dette afsnit omtales behandlingen af blæretumorer med oprindelse i blærens normale slimhinde (urotheltumorer), der udgør over 95 % af alle tumorerne i blæren.

De ikke-invasive tumorer i urinblæren vil for ca. 50 % vedkommende være færdigbehandlede efter TUR-B med perioperativ mitomycin intravesikalt, og der resterer således for de fleste udelukkende kontrolforløb herefter. Ca. 30-40 % skal have ugentlige skylninger med mitomycin i en periode og de resterende 10-15 % består af CIS (carcinoma in situ – flade kræftforstadier i slimhinden) og Ta grad 3 tumorer, som behandles med intravesikal skylning med BCG (Bacillus Calmette Guerin – tuberkulosevaccine) i en periode.

For en del af de invasive tumorer i urinblæren gør det sig ligeledes gældende, at de kan være færdigbehandlede efter TUR-B og perioperativ mitomycin intravesikalt. Det drejer sig om de tumorer, som kun er overfladisk invasive i bindevævet, og som er tilstrækkeligt behandlede ved den foretagne TUR-B. Der vil i de fleste af disse tilfælde være indiceret at supplere med en gentaget TUR-B (re-TUR-B) efter ca. 3 uger samt skyllebehandling af blæren for at forebygge nye fremtidige tumorer (BCG-skylning).

Det må antages at over 50% af de maligne tumorer i urinblæren (svt. ca. 4-500 patienter pr. år) IKKE er færdigbehandlede efter den primært foretagne TUR-B. Den endelige behandling vil i disse tilfælde være enten fornyet TUR-B eller cystektomi (operativ fjernelse af blæren) eller onkologisk behandling i form af stråleterapi eller kemoterapi. For en del af patienterne vil det ikke være muligt at tilbyde en potentiel kurabel (helbredende) behandling, men udelukkende pallierende (lindrende) tiltag.

Den endoskopiske behandling (TUR-B, Sundhedsstyrelsen) udgør ca. 10.000 operationer pr år og foregår på alle landets urologiske afdelinger (se ovenfor). Den åbne kirurgiske behandling med cystektomi udgør ca. 210 operationer pr år og foregår på de uro-onkologiske centre.

5A.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

TUR-B: Komplikationer til TUR-B er beskedne og omfatter oftest blæreperforation med nødvendighed af kortvarig kateterbehandling efter proceduren eller åben operation med syning af blæren. Endvidere er der risiko for postoperativ blødning, hvor det kan blive nødvendigt med akut fornyet kikkertoperation for at standse denne blødning. Blærebetændelse med nødvendighed af antibiotisk behandling er ligeledes en af de hyppigst forekomne komplikationer.

BCG: Lokale cystit gener i form af dysuri, pollakisuri og hæmaturi og almen sygdomsfølelse, influenzalignende symptomer på behandlingsdagen, med tp. > 38,5 ses hos de fleste efter 2-3 behandlinger. Symptomerne svinder spontant efter et par døgn.

Cystektomi: Komplikationerne i forbindelse med cystektomi er langt hyppigere og mere alvorlige. Mortaliteten (dødeligheden) i forbindelse med indgrebet er under 2 %. Umiddelbart i tilslutning til indgrebet tilstøder der komplikationer for over halvdelen af patienterne. Størstedelen af disse er pga. infektion og kan behandles konservativt. Omkring 10-15% af patienterne må reopereres under indlæggelsen fortrinsvis pga. fascieruptur (defekt i bugvæggen).

Strålebehandling: De mest almindelige bivirkninger i forbindelse med strålebehandling af blærekræft er: svie ved vandladning, hyppig vandladning, smerter i blæren, irritation i endetarmen, diarre, mavesmerter, besvær med at holde på afføringen, rødme af huden og kvalme. Bivirkningerne opstår tidligst 1-2 uger inde i strålebehandlingen og aftager typisk igen 2-4 uger efter, at strålebehandlingen er afsluttet. Som regel kan bivirkningerne behandles tilfredsstillende med medicin.

Kemoterapi: De mest almindelige bivirkninger i forbindelse med kemoterapi er: træthed, nedsat appetit, nedsat immunforsvar, påvirkning af antallet af blodplader, hårtab, påvirkning af føleener samt påvirkning af nyrefunktion. De første dage efter man har fået kemoterapi, er man som regel væsentligt påvirket og belastet af behandlingen. Men i den resterende tid vil en del kunne leve næsten som de plejer.

5A.2 Information af patienten

Inden behandling informerer den behandlende urolog patienten om den påtænkte behandling med eventuelle risici. Der informeres endvidere om andre behandlingsmuligheder, herunder fravalg af behandling og de formodede konsekvenser heraf. Informeret samtykke til den planlagte behandling indhentes fra patienten.

Når histologisvar mv. foreligger efter behandlingen informeres patienten om resultatet samt om en evt. efterbehandling eller kontrolforløb af urolog fra behandlende afdeling.

Information om onkologisk behandling påhviler behandlende onkolog.

5A.3 Beslutning

Beslutning om endelig behandling tages på den udredende urologiske afdeling i samråd med patienten. Beslutningsprocessen kan videregives til anden urologisk afdeling specialiseret i avanceret blærekræft-kirurgi i de tilfælde, hvor det er indiceret. Denne afdeling konfererer evt. behandlingen ved multidisciplinær tværfaglig konference med onkolog og patolog.

5A.4 Ansvarlig

Udredende urolog er ansvarlig for den endelige beslutning om behandling. Ansvaret kan videregives til urolog på anden urologisk afdeling specialiseret i avanceret blærekræft-kirurgi i de tilfælde, hvor der henvises til sidstnævnte.

Ansvarlig for operativ behandling samt Mitomycin og BCG skylninger er urolog.

Ansvarlig for onkologisk behandling er onkolog.

5A.5 Fagligt begrundet forløbstid

Nedenstående skema angiver forløbstid fra information af patienten om histologisvar og behandlingsplan samt informeret samtykke til påbegyndelse af planlagt behandling:

<u>Behandling</u>	<u>Forløbstid fra in- formeret samtykke til behandling</u>	<u>Kommentar</u>
Re-Tur-B efter TUR-B	4-6 uger	Tidligere re-resektion vil gøre patologisk vurdering usikker
BCG-behandling	ca. 4 uger	Tidligere opstart øger risikoen for infektion og bivirkninger til skylningerne betydeligt
Cystektomi	≤ 10 hverdage	Nogle patienter videregives til uro-onkologiske centre og evt. multidisciplinær konference. Cystektomi og medicinsk onkologisk behandling udføres her.
Kemoterapi	≤ 10 hverdage	Patienter skal videregives til onkologisk afdeling til denne behandling og evt. gennem multidisciplinær konference. Optimering af nyrefunktion og evt. supplerende billeddiagnostisk samt nyrefunktionsundersøgelse skal foreligge inden behandlingsopstart
Strålebehandling	≤ 12 hverdage	Patienter skal videregives til onkologisk afdeling til denne behandling og evt. gennem multidisciplinær konference. Opmåling og udregning af strålefelt forlænger arbejdsgangen med to dage i forhold til kemoterapi.

Der henvises endvidere til skematiske pakkeforløb sidst i dette skrift.

6A Efterbehandling - Blærekræft

6A.1 Klinisk indhold

6A.1.1 Behandlings modaliteter

Ved patienter med Ta grad III, T1-tumorer med eller uden CIS kan efterbehandling med intravesikale skylninger med BCG eller Mitomycin være indiceret medmindre cystektomi er indiceret allerede på nuværende tidspunkt. Der henvises til gældende landsdækkende retningslinier mht. dette.

6A.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

BCG: Lokale cystit gener: Dysuri, pollakisuri, hæmaturi og almen sygdomsfølelse, influenzalignende symptomer på behandlingsdagen, temperatur over 38,5 ses hos de fleste efter 2-3 behandlinger. Symptomerne svinder spontant efter et par døgn.

Mitomycin intravesikalt: Hos nogle kan der optræde svie ved vandladning og hyppig vandladning, men det går som regel over i løbet af 1-2 dage. Nogle får desuden udslet i håndfladerne og omkring kønsorganerne.

6A.2 Information af patienten

Patienten informeres om formålet med efterbehandlingen, kendte risici og bivirkninger samt alternativer - herunder mulighed for fravalg af efterbehandling. Informeret samtykke til behandlingen.

6A.3 Beslutning

Indikation for en efterbehandling fremgår af gældende landsdækkende retningslinjer.

6A.4 Ansvarlig

Behandende urolog er ansvarlig for efterbehandlingen med BCG eller Mitomycin – herunder patientinformation, iværksættelse og kontrol af behandlingen.

6A.5 Fagligt begrundet forløbstid

Seks BCG eller Mitomycin skylninger påbegyndes ca. 4 uger efter TUR-B. Tidligere start øger risikoen for infektion og bivirkninger til skylningerne betydeligt.

7A Kontrol - Blærekræft

7A.1 Klinisk indhold

Kontrol efter den endelige behandling afhænger af den endelige behandlings karakter.

Patienter, der er behandlet udelukkende med TUR-B med eller uden efterfølgende Mitomycin/BCG-behandling samt patienter der har fået foretaget cystektomi uden adjuverende kemoterapi kontrolleres i urologisk regi efter gældende landsdækkende retningslinier.

Kontrol efter strålebehandling samt kemoterapi (såvel som eneste behandling som adjuverende) kontrolleres i primært i onkologisk regi og overgår senere til urologisk kontrol.

7A.2 Information af patienten

I forbindelse med histologisvar efter operationen eller efter endt efterbehandling informeres patienten om det efterfølgende kontrolprogram.

7A.3 Beslutning

Karakter og varighed af kontrolprogrammet beslutes ud fra det endelige histologisvar samt billeddiagnostik. Kontrol efter udelukkende urologisk behandling beslutes af urolog i henhold til gældende landsdækkende retningslinier.

Kontrol efter onkologisk beslutes af onkolog i henhold til gældende landsdækkende retningslinier.

7A.4 Ansvarlig

Ansvarlig for kontrolprocessen er enten urolog eller onkolog jvf. pkt. 7.3.

7A.5 Fagligt begrundet forløbstid

Patienten kontrolleres hver 4-12 måned og oftest livslangt. Der henvises i øvrigt til gældende landsdækkende retningslinier mht. hyppighed og varighed af kontrol.

8A Palliation - Blærekræft

8A.1 Klinisk indhold

En del patienter med invasiv sygdom er ikke kandidat til kurativ behandling. Dette kan være pga. patientens tilstand (komorbiditet), sygdommens udbredning og/eller behandlingssvigt (recidiv efter behandling uden mulighed for yderligere kurativ intenderet behandling)

Disse patienter har urologisk afdeling som stamafdeling. Det påhviler urologen i samarbejde med primærsektoren at foranstalte og lave opfølgning på pallierende behandling. Dette kan være koagulation af blødning fra blæren, smertebehandling og kateteranlæggelse.

Relevante patienter kan henvises til smerteklinik eller palliativt team.

Patienterne kan endvidere vurderes til onkologiske ikke-kurative tiltag (f.eks pallierende/livsforlængende kemoterapi eller pallierende strålebehandling af metastaser eller primærtumor). Relevante patienter konferences med – og viderevisiteres til – onkologisk regi mhp dette.

9A Rehabilitering - Blærekræft

9A.1 Klinisk indhold

Der henvises til det generelle notat. Patienter, der har fået foretaget cystectomi, har behov for intensiv støtte og vejledning i netop den procedure, der sikrer deres urinafledning.

10A Forløbsoversigt

Mistænkt for blæretumor (herunder hæmaturi) med fund af blærekræft ved TUR-B

Hændelse/procedure	Ansvarlig
<p>Modtagelse af henvisningen.</p> <p>Afsendelse af kvittering til afsenderen senest førstkommande hverdag.</p> <p>Visitation af henvisningen.</p> <p>Opringning af patienten med tid til forundersøgelse.</p> <p>Henvisning til CT-urografi afsendes.</p>	Urolog
<p>Forundersøgelse i Urologisk Ambulatorium</p> <p>Cystoskopi</p> <p>Information om fund af tumor</p> <p>Information om videre forløb</p> <p>Evt. supplerende blodprøver</p> <p>Informeret samtykke til TUR-B</p>	Urolog
CT-urografi	Radiolog
<p>Indlæggelse til TUR-B</p> <p>Svar på CT skanning</p> <p>TUR-B samme dag eller dagen efter afhængigt af anæstesiologiske forhold</p>	Urolog
<p>Svar på histologi foreligger</p> <p>Beslutning om evt. yderligere behandling og supplerende billeddiagnostik.</p> <p>Beslutning om patienten skal viderevisiteres til uro-onkologisk afdeling samt effektivering af dette</p>	Patolog Urolog
<p>Modtagelse af viderevisitering på uro-onkologisk afdeling</p> <p>Beslutning om patienten skal til multidisciplinær teamkonference</p>	Urolog
<p>Multidisciplinær teamkonference</p> <p>Beslutning om endelig behandling</p>	Urolog, onkolog og patolog

Histologisvar i urologisk ambulatorium Information om stadie og fremtidigt forløb (se 1a-1c) CT-urografi suppleres med billeddiagnostik af thorax	Urolog
---	--------

Blærekræft: Endoskopisk behandling (TUR-B) alene

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Histologisvar i urologisk ambulatorium Information om stadie og fremtidigt forløb Information om og informeret samtykke til evt. yderligere TUR-B Information om og informeret samtykke til evt. efterbehandling med BCG-skylninger Svar på evt. supplerende billeddiagnostik	Urolog
Evt Fornyset TUR-B	Urolog
Evt BCG	Urolog
Kontrol	Urolog

Blærekræft: Cystektomi

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Histologisvar i urologisk ambulatorium Information om stadie og fremtidigt forløb Information om viderevisitering til uroonkologisk afdeling (NB: Kun hvis den primære udredning ikke allerede er foretaget her) Svar på evt. supplerende billeddiagnostik	Urolog
Samtale på uroonkologisk afdeling Information om cystektomi og urinafledning, forventet forløb af denne med risici og kendte komplikationer samt alternativer. Informeret samtykke	Urolog
Indlæggelse til operation	Urolog

Histologisvar foreligger Information af patienten om histologi og fremtidigt forløb. Gives under den postoperative indlæggelse	Urolog
Kontrol	Urolog

Blærekræft: Primær onkologisk behandling - strålebehandling

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Histologisvar i urologisk ambulatorium Information om stadie og fremtidigt forløb Information om viderevisitering til onkologisk behandling.	Urolog
Onkologisk forundersøgelse Informeret samtykke	Onkolog
Opstart af strålebehandling	Onkolog
Kontrol	Onkolog

Blærekræft: Primær onkologisk behandling - kemoterapi

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Histologisvar i urologisk ambulatorium Information om stadie og fremtidigt forløb Information om viderevisitering til onkologisk behandling. Iværksætning af tiltag til optimering af nyrefunktionen Bestille clearance undersøgelse	Urolog
Onkologisk forundersøgelse Informeret samtykke	Onkolog
Opstart af kemoterapi	Onkolog
Kontrol	Onkolog

Mistænkt for blæretumor med fund af ikke-invasiv blæretumor ved TUR-B

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Modtagelse af henvisningen. Afsendelse af kvittering til afsenderen senest førstkommande hverdag. Visitation af henvisningen. Opringning af patienten med tid til forundersøgelse. Henvisning til CT-urografi afsendes.	Urolog
Forundersøgelse i Urologisk Ambulatorium Cystoskopi Information om fund af tumor Information om videre forløb Evt. supplerende blodprøver Informeret samtykke til TUR-B	Urolog
CT-urografi	Radiolog
Indlæggelse til TUR-B Svar på CT skanning TUR-B samme dag eller dagen efter afhængigt af anæstesiologiske forhold Ved oplagt benigne tumorer aftales evt. skriftligt svar	Urolog
Svar på histologi foreligger Beslutning om evt. efterbehandling (f.eks BCG ved samtidig CIS)	Urolog
Histologisvar i urologisk ambulatorium Information om stadie og fremtidigt forløb – evt skriftligt	Urolog
Evt. efterbehandling	Urolog
Kontrol	Urolog

Mistænkt for blærekræft med normal cystoskopi

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Modtagelse af henvisningen. Afsendelse af kvittering til afsenderen senest førstkommende hverdag. Visitation af henvisningen. Opringning af patienten med tid til forundersøgelse. Henvisning til CT-urografi afsendes.	Urolog
Forundersøgelse i Urologisk Ambulatorium Cystoskopi Information om normal undersøgelse Information om videre forløb Evt. supplerende blodprøver Urin-cytologi. Informeres om skriftligt svar	Urolog
CT-urografi	Radiolog
Svar på CT-urografi og urin-cytologi foreligger Stillingtagen til om patienten kan afsluttes pr brev hvilket effektueres i så fald	Urolog

Henvist med påvist blæretumor

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Modtagelse af henvisningen. Afsendelse af kvittering til afsenderen senest førstkommende hverdag. Visitation af henvisningen. Opringning af patienten med tid til indlæggelse. Skriftlig information det videre forløb tilsendes patienten Vurdering af behov for billeddiagnostik og evt. rekvirering af	Urolog

dette	
evt. CT-urografi	Radiolog
Indlæggelse til TUR-B Information om fund af tumor Mundtlig information om forløb, svar på allerede foretagne undersøgelser. Informeret samtykke indhentes. TUR-B samme dag eller dagen efter afhængigt af anæstesiologiske forhold samt behov for røntgenundersøgelser	Urolog

Herefter er forløbet identisk med forløb 1-2 afhængigt af histologisvar efter TUR-B. Forløbet afkortes med 5 dage pga. fund af tumor på dag 0.

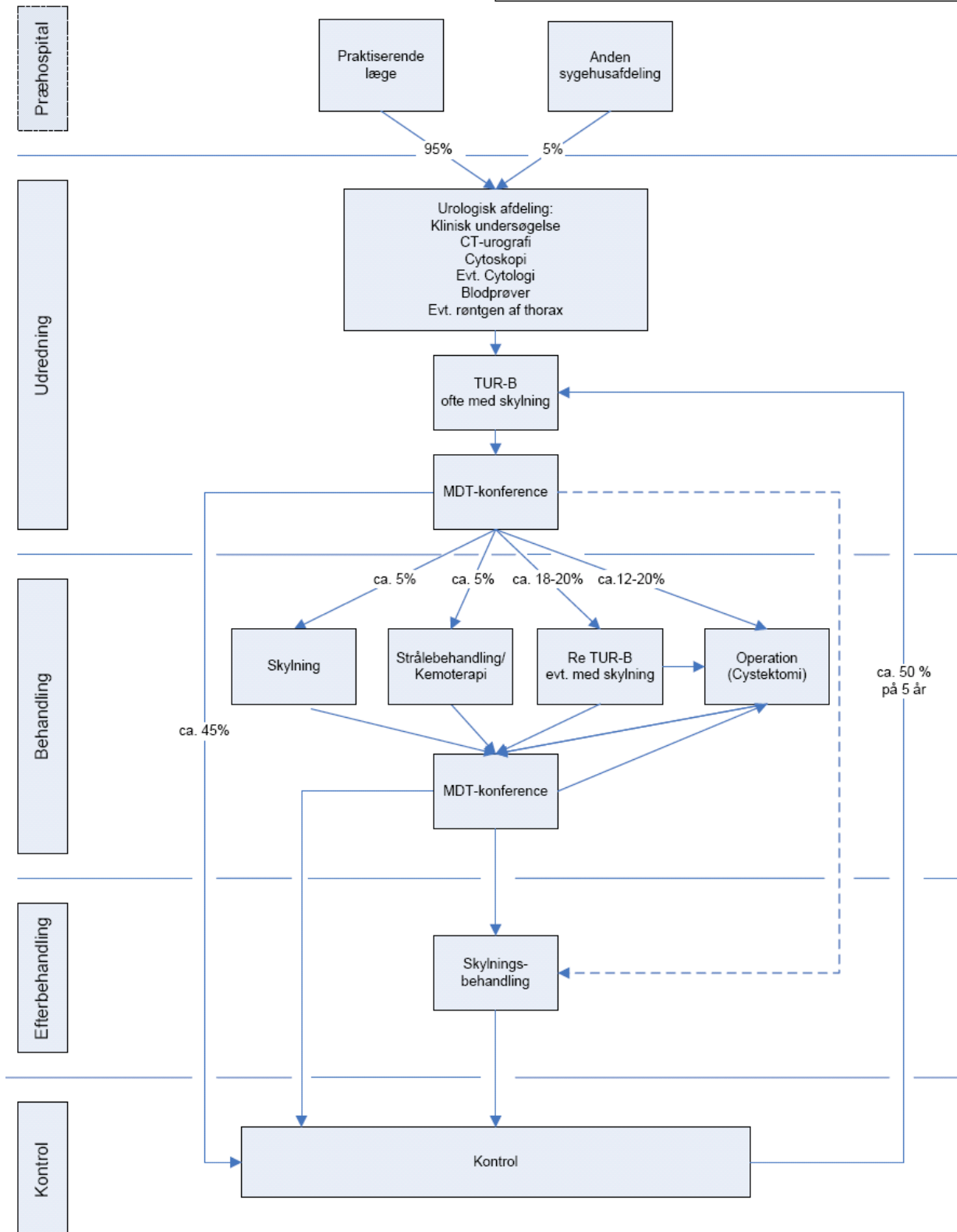
Patient med fund af tumor ved kontrolcystoskopi

Hændelse/procedure	Ansvarlig
Kontrolcystoskopi i Urologisk Ambulatorium Cystoskopi Information om fund af tumor Information om videre forløb inkl tid til TUR-B Evt. supplerende blodprøver Informeret samtykke til TUR-B	Urolog
Indlæggelse til TUR-B TUR-B samme dag eller dagen efter afhængigt af anæstesiologiske forhold	Urolog

Herefter er forløbet identisk med forløb 1-2 afhængigt af histologisvar efter TUR-B. Forløbet afkortes med 5 dage pga. cystoskopi med fund af tumor på dag 0.

Flowchart over pakkeforløb for blærekræft

Flowchartet er en forenklet gengivelse af patientforløbet beskrevet i de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb. Det indebærer bl.a., at en del patienter, ud over de illustrerede begivenheder, vil modtage palliativ behandling. De tværgående streger markerer faserne, som patienten gennemgår.



Oversigtsskema for tilrettelæggelsen af pakkeforløb for blærekræft

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering/Monitorering
Præhospital				
Beslutning: Praktiserende læge finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft	<ul style="list-style-type: none"> Henvisning sendes til urologisk afd. 	<ul style="list-style-type: none"> Udelukkelse af kræft Videre forløb 	Praktiserende læge	
Udredning				
Visitation til pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> Henvisning modtaget Booking: undersøgelses-program 	<ul style="list-style-type: none"> Indkaldelse: undersøgelsesprogram 	Urolog	A: Henvisning modtaget
Undersøglesprogram <ul style="list-style-type: none"> Klinisk undersøgelse Cystoskopi 	<ul style="list-style-type: none"> Booking: TUR-B 	<ul style="list-style-type: none"> Indkaldelse: TUR-B 	Urolog Radiolog	B: Udredning start (første fremmøde)

<ul style="list-style-type: none"> ▪ CT-urografi ▪ Evt. urincytologi ▪ Røntgen af thorax ▪ Blodprøver 				
Indlæggelse til TUR-B			Urolog	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsi af tumor (TUR-B) eller evt. tumorfjernelse og skylning 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forsendelse af materiale til patolog 		Urolog	
Histologisvar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svar sendes til urolog 		Patolog	
<p>Beslutning:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operation (cystektomi) ▪ Onkologisk behandling ▪ Re-/TUR-B ▪ Skylningsbehandlign (BCG) ▪ Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: forundersøgelse i urologisk ambulatorium ▪ Booking: operation, re-/TUR-B, onkologi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: forundersøgelse i urologisk ambulatorium, operation, re-/TUR-B, onkologi 	Multidisciplinære team	<p>C1: Diagnose be- eller afkræftet</p> <hr/> <p>C2: Udredning slut (Klinisk beslutning og behandling foreligger)</p>

Behandling				
<ul style="list-style-type: none"> Forundersøgelse i urologisk ambulatorium 		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb Informeret samtykke 	Urolog	D: Informeret samtykke til behandlingsplan
				E1: Behandling start, organisatorisk (første fremmøde)
Indlæggelse			Urolog	
Re-/TUR-B	<ul style="list-style-type: none"> Afsende materiale 	<ul style="list-style-type: none"> Videreførløb Svarafgivelse 	Urolog	E2: Behandling start, klinisk
Operation (cystektomi)	<ul style="list-style-type: none"> Afsende materiale 	<ul style="list-style-type: none"> Videreførløb Svarafgivelse 		

Kemobehandling		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videreforløb ▪ Svarafgivelse 	Onkolog	
Strålebehandling		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videreforløb ▪ Svarafgivelse 	Onkolog	
Histologisvar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svar sendes til urolog 		Patolog	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Efterbehandling eller ▪ Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: efterbehandling, kontrol ▪ Almen praksis: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: efterbehandling, kontrol 	Multidisciplinære team	Kommende registrering: Primær behandling slut
Efterbehandling				
BCG-skylning og/eller mitomycin intravesikalt		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videre forløb ▪ Svarafgivelse 	Urolog	Kommende registrering: Efterbehandling start
Beslutning:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: kontrol ▪ Almen praksis: 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: kontrol 		Kommende registrering:

▪ Kontrol	epikrise			Behandling slut
Kontrol				
Hver 4.-12. mdr livslangt		▪ Svarafgivelse	Urolog	Kommende registrering: Kontrol start

Nyrekræft

4B Udredning - Nyrekræft

4B.1 Klinisk indhold

Udredningen omfatter den fælles indledende hæmaturiudredning, stillingtagen til supplerende billediagnostiske undersøgelser og kikkertundersøgelser samt evt. metastasescreening forud for beslutning om behandling. Udredningen skal være organiseret således, at den indledende CT-urografi og klinisk undersøgelse incl. evt. cystoscopi og svar på billediagnostik foreligger indenfor 5 arbejdsdage

4B.1.1 Undersøgelsesprocessen i detaljer

Der er flere diagnostiske undersøgelser og alle skal ikke bruges i udredningen, men afhænger af hvilket pakkeforløb patienten skal indgå i.

Tabel 4B.1.1

Blok A	Blok B	Blok C	Blok D
Journaloptagelse incl. klinisk undersøgelse	Renografi	CT scanning af abdomen	Supplerende billediagnostiske undersøgelser ved mistanke om alvorlige komplicerende faktorer
Cystoskopi	Knoglescintigrafi	CT scanning af thorax	
CT-Urografi	Rtg/CT	Ultralydscanning af nyrerne	
Urincytologi			

Indledende udredningsprogram:

Besøget i urologisk ambulatorium omfatter journaloptagelse, objektiv undersøgelse, evt. supplerende blodprøver svar på **CT-urografi** og **evt. cystoskopi**. I forbindelse med dette besøg tages endvidere urin fra til **cytologisk undersøgelse** og undersøgelse **for blod, sukker, infektion**.

I de tilfælde, hvor CT-urografi påviser nyrebækkentumor eller urinledertumor indlægges patienten til **supplerende røntgenundersøgelse og kikkertundersøgelse** af urinleder og nyrebækken med biopsi.

Supplerende udredningsprogram:

Ved påvist nyretumor ved CT-urografi anbefales **CT scanning af abdomen** i 4 faser. Pga. hyppig metastasering til mediastinale lymfeknuder og lunger bør **CT scanning af thorax** også foretages.

Der kan suppleres med **ultralydsskanning af nyrerne udført af radiologer**, idet ultralyd er velegnet til at skelne cyste fra solid tumor og man kan i tvivlstilfælde samtidig foretage en **grovnålsbiopsi** m.h.p væv til histologisk diagnose.

Ved små tumorer, hvor man påtænker nyrebevarende behandling, eller ved inoperable tumorer, hvor der planlægges onkologisk behandling tages grovnålsbiopsi. Er der metastasemistanke bør dette om muligt afklares med grovnålsbiopsi eller finnålsaspiration fra metastase.

Knoglescintigrafi ved stadium T3 eller derover bør foretages pga. hyppig knoglemetastasering. **Renografi / Crom-EDTA clearance** udføres ved tvivl om kontralaterale nyres funktion.

Renografi og skintigrafi udføres på nuklearmedicinsk afdeling.

Supplerende billeddiagnostiske undersøgelser kan gennemføres ved komplicerende metastaserende sygdom:

- **MR angiografi** ved mistanke om cava tumortrombe hos ca. 10 patienter per år (kun forud for evt. kirurgi mhp. kar/thorax kirurgisk assistance).
- **CT-scanning af cerebrum** kun ved påvist metastaserende sygdom, hvor medicinsk behandling planlægges. Hvis der er metastaser til hjernen, kan der ikke gives medicinsk behandling.

4B.1.2 Fastlæggelse af diagnose og stadieinddeling

Der foretages TNM-stadieinddeling baseret på histologisvaret samt billeddiagnostik.

4B.2 Information af patienten

Patienten informeres af urologen om fund i udredningsprogrammet, umiddelbart efter at undersøgelserne er udført. Diagnosen kan med fordel gives til patient og pårørende inden en operation, hvis der er lavet præoperativ ultralydsvejledt biopsi. I andre tilfælde gives histologisvar først når nyretumoren er vurderet af patologen efter operationen.

4B.3 Beslutning

Ved lokaliseret tumor uden mistanke om metastasering beslutter urologen behandling og follow-up. Ved avanceret sygdom besluttet i MultiDisciplinært Team (MDT), hvilken behandling man vil tilråde patienten.

4B.4 Ansvarlig

I udredningsforløbet er urologen ansvarlig for patientens forløb. Urologen på undersøgende afdeling er endvidere ansvarlig for viderevisitering til anden urologisk afdeling med mulighed for minimale ablative behandlinger (varme eller frysebehandlinger) eller onkologisk afdeling, hvis der findes indikation for dette.

4B.5 Fagligt begrundet forløbstid

Fra modtagelsen af henvisning skal patienten være undersøgt med CT-urografi og forundersøgelse i urologisk ambulatorium indenfor 5 hverdage. Det afsættes 7 dage til svar på biopsi og supplerende undersøgelser. Supplerende undersøgelser gennemføres, således at behandlingsbeslutning kan tages indenfor 12 hverdage fra henvisningstidspunktet.

Alle relevante undersøgelser (CT/MR-skanninger, renografi, skintigrafi) skal foreligge inden operationen, som kan foretages åbent, laparoskopisk eller perkutant ved visse ablative procedurer.

5B Behandling - Nyrekræft

5B.1 Klinisk indhold

5B.1.1 Hovedgrupper af kliniske behandlingsforløb

Operativ fjernelse af nyren (nefrektomi) kan udføres både åbent og ved kikkertoperation (laparoskopisk). Nefrektomi udføres oftest i dag laparoskopisk i et accelereret forløb, hvor mange af patienterne udskrives 2. postoperative døgn. Ved tumorer under 7 cm, er det i en del tilfælde muligt at foretage nyrebevarende resektion af tumor. Operationerne kan foretages enten som åben operation eller laparoskopisk. De nyrebevarende ablative procedurer (radio frequency ablation-varmebehandling) og kryobehandling (frysebehandling) kan anvendes til tumorer under 5 cm og finder stigende anvendelse.

Patienter med metastaserende sygdom, som ikke er primært operable, konfereres i MDT mhp. tilbud om onkologisk behandling.

Kirurgi ved lokaliseret tumor

Ved lokaliseret sygdom udføres radikal nefrektomi enten som åben kirurgisk indgreb eller som kikkertoperation, nyrebevarende kirurgi – åben, perkutant eller laparoskopisk - kan anvendes ved solitære, små (< 7cm) og klart lokaliserede tumorer. De minimalt invasive teknikker i form af cryobehandling eller radiofrekvens ablation (RFA) er nye kirurgiske teknikker.

Kirurgi ved metastaserende sygdom:

Debulking nefrektomi ved metastaserende sygdom:

Cirka 30 % af patienterne har metastaserende sygdom på diagnosetidspunktet. Kirurgisk resektion af solitære metastaser efter tidligere nefrektomi er associeret med 5-års overlevelse på 35-50 %. Ved solitære metastaser bør behandlingen derfor være radikal fjernelse af metastasen, når dette er teknisk muligt. Hvis den solitære metastase diagnosticeres simultant med selve nyretumoren skal der foretages både nefrektomi og radikal fjernelse af den solitære metastase, evt. samtidigt hvis det er muligt .

Kirurgisk resektion af restforandringer efter systemisk immunterapi eller tyrosinkinasehæmmerbehandling er et vigtigt behandlingsprincip, som resulterer i langtidsoverlevelse og potentiel helbredelse.

5B.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

Postoperativ blødning, sårinfektion ses hos < 2 % af patienterne derudover er der medicinske komplikationer som årebetændelse, blærebetændelse og lungebetændelse som de hyppigste.

Mortaliteten (dødeligheden) i forbindelse med indgrebet er under 1 %. Komplikationerne afhænger selvfølgelig af indgrebets karakter (åben eller laparoskopisk kirurgi) samt tumors størrelse og evt. udbredning af sygdommen. Der er sjældent behov for intensiv postoperativ behandling.

5B.2 Information af patienten

Inden behandling informerer den behandlende urolog patienten om den påtænkte behandling med eventuelle risici. Der informeres endvidere om andre behandlingsmuligheder, herunder fravalg af behandling og de formodede konsekvenser heraf. Informeret samtykke til den planlagte behandling indhentes fra patienten.

Information om onkologisk behandling påhviler behandlende onkolog.

5B.3 Beslutning

På baggrund af de foreliggende undersøgelser samt helhedsvurdering af patienten afgiver den udredende urologiske afdeling evt. efter konferering i MDT en behandlingsanbefaling. Endelig beslutning tages i samråd med patienten.

5B.4 Ansvarlig

Udredende urolog er ansvarlig for den endelige beslutning om kirurgisk behandling.

Ansvarlig for onkologisk behandling er onkolog eller i nogle tilfælde urolog.

5B.5 Fagligt begrundet forløbstid

Tilbud om nefrektomi skal foreligge indenfor 12 hverdage og operation udføres indenfor 14 hverdage fra modtaget henvisning. Ved metastaserende sygdom med behov for supplerende undersøgelser og konferering i MDT er patienten ikke omfattet af pakkeforløbet.

6B Efterbehandling - Nyrekræft

6B.1 Klinisk indhold

6B.1.1 Behandlings modaliteter

Immunterapi ved metastaserende sygdom

Gennem de sidste 20 år har interferon (IFN) og interleukin-2 (IL-2) baseret immunterapi været det centrale behandlingstilbud ved metastaserende sygdom. IL-2 baseret immunterapi er en behandling, der stimulerer patientens egne immunceller til at angribe og destruere tumor. IL-2 har ingen direkte indvirkning på tumor.

Det ligger nu fast at IL-2 baseret immunterapi – enten alene eller i kombination med kirurgi af resttumor – er potentielt helbredende hos knapt 10 % af patienter med metastaserende sygdom. Behandlingen gives subcutant som hjemmebehandling og administreres af patienten selv.

Tyrosinkinasehæmmerbehandling (TKI):

Tyrosinkinasehæmmere påvirker vækstfaktorer og karnydannelse i tumorer og forårsager derved tumorhenfald. Behandlingen er ny og erfaringerne er indtil nu relativt begrænsede, men resultaterne lovende. Behandlingen anvendes til patienter, hvor immunterapi ikke er indiceret, som ikke tåler immunterapi eller hvor immunterapi ikke virker.

Bifosfonatbehandling ved knoglemetastaser:

Cirka 30 % af patienter med metastaserende renalcellecarcinom udvikler knoglemetastaser. Knoglemetastaser er forbundet med betydelig morbiditet. Bifosfonatbehandling kan overvejes hos patienter med radiologisk verificerede knoglemetastaser.

Stereotaktisk strålebehandling

Stereotaktisk strålebehandling har dokumenteret effekt både ved kranieelle og ekstra-kranieelle metastaser. Patienter med store tumorer (>6 cm) er ikke egnede til denne behandlingsmodalitet. Behandlingen gives på de onkologiske afdelinger.

6B.1.2 De hyppigst opståede komplikationer

Akutte bivirkninger:

Akutte bivirkninger til lavdosis, subkutan IL-2 baseret immunterapi er hyppigst træthed, influenzalignende symptomer (feber, hovedpine og muskelsmerter) og kvalme, appetitløshed og vægttab. . Desuden ses hypotension, væskeakkumulation, diarre, let hårtab og hududslæt. Der kan sjældent ses forvirring (CNS toksisitet) samt depression. Lokal ømhed og hævelse hvor medicinen gives subkutan. Akutte bivirkninger fra tyrosinkinasehæmmer behandling afhænger af det anvendte stof, men består hovedsageligt af hududslæt, hånd-fod hud reaktion, diarre, stomatit, træthed, hypertension og trombocytopeni.

Kroniske bivirkninger:

Immunterapi er ikke ledsaget af kroniske bivirkninger. Dette forventes heller ikke at være tilfældet ved tyrosinkinasehæmmer behandling. Stereotaktisk strålebehandling kan være ledsaget af kroniske bivirkninger såfremt kritisk væv fra naboorganer påvirkes under behandlingen.

Risici:

Ved operation og IL-2 baseret immunterapi er risikoen for behandlingsrelateret død 1-2 %. De nye biologiske præparater har lavere risiko, om end risikoen for behandlingsrelateret død ikke er elimineret.

6B.2 Information af patienten

Patienten informeres om formålet med efterbehandlingen, kendte risici og bivirkninger, samt alternativer - herunder mulighed for fravalg af efterbehandling. Patienten afgiver informeret samtykke til behandlingen.

6B.3 Beslutning

Tilbud om efterbehandling afgives efter konferering i MDT. Indikation for efterbehandling fremgår af gældende landsdækkende retningslinier. Endelig beslutning tages i samråd med patienten.

6B.3 Ansvarlig

Behandelende onkolog/urolog er ansvarlig for efterbehandlingen herunder patientinformation, iværksættelse og kontrol af behandlingen.

6B.4 Fagligt begrundet forløbstid

Patienter med metastaserende sygdom tilbydes konsultation mhp. behandling/efterbehandling indenfor 5 hverdage efter modtaget henvisning.

7B Kontrol - Nyrekræft

7B.1 Klinisk indhold

Anamnese og klinisk undersøgelse

CT af thorax og abdomen

7B.2 Information af patienten

Patienten informeres om kontrolprogram og om formålet med kontrollen.

7B.3 Beslutning

Det er urologen, der tager beslutning om, hvilket kontrolprogram patienten tilbydes.

7B.4 Ansvarlig

Urolog.

7B.5 Fagligt begrundet forløbstid

Hver halve år i de første to år og en gang om året de næste 3 år. Derefter afslutning til egen læge.

8B Palliation - Nyrekræft

8B.1 Klinisk indhold

Strålebehandling ved metastaserende sygdom

Ekstern strålebehandling er en god palliativ behandling ved blødning, smertegivende knoglemetastaser og symptomgivende hjernemetastaser. Endvidere gives strålebehandling ved medullært tværnsnitsyndrom enten postoperativt eller primært, hvis patienten ikke findes egnet til kirurgisk intervention.

9B Rehabilitering - Nyrekræft

9B.1 Klinisk indhold

Der henvises til det generelle notat.

10B Forløbsoversigt

Mistænkt for nyre eller nyrebækkenkræft med fund af hæmaturi

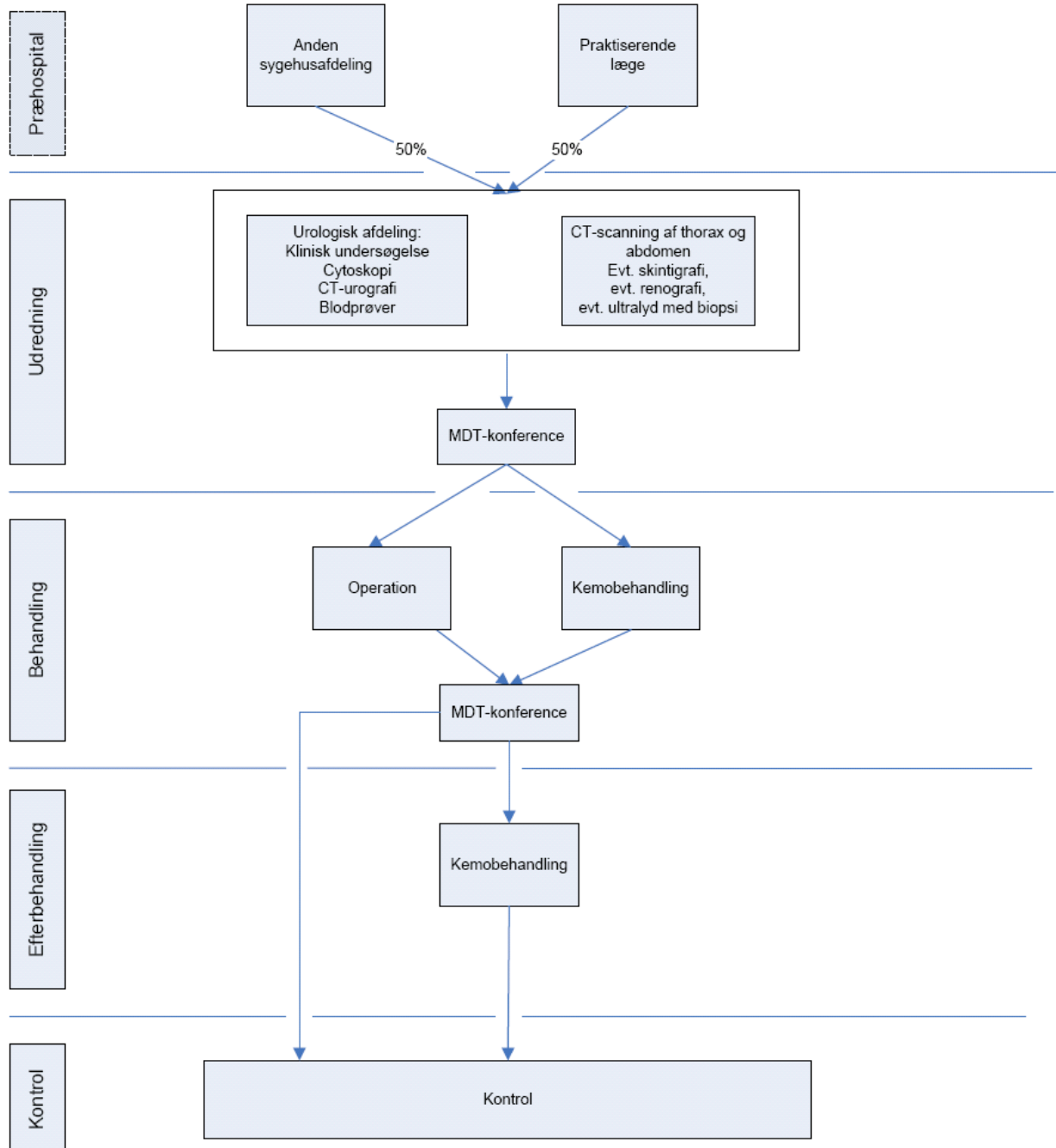
	<p>Modtagelse af henvisninger</p> <p>Afsendelse af kvittering til afsenderen senest førstkommande hverdag.</p> <p>Visitation, sikre billeddiagnostik bestilt.</p> <p>Opringning til patienten om tid til forundersøgelse incl evt cystoscopi.</p> <p>Reservere tid til operation</p>	Urolog
	<p>Forundersøgelse ved speciallæge</p> <p>Svar på CT-urografi, evt. cystoskopi</p> <p>Blodprøver, urinundersøgelse, objektiv undersøgelse</p> <p>Udlevering af plan for pakkeforløb inkl. tider til thoracoabdominal CT skanning, evt. ultralydsvejledt biopsi af nyre, evt. skintigrafi, evt. renografi, evt. indlæggelse til supplerende røntgen og kikkertundersøgelse af øvre urinveje som regel med endoscopisk biopsi.</p>	Urolog
	<p>CT skanning af thorax og abdomen, evt. skintigrafi evt. renografi. Ultralydsvejledt biopsi eller endoskopisk biopsi kræver ekstra svartid på 5 hverdage.</p>	Radiolog Patolog Nuklearmedicinere
	<p>Videreundersøgelse ved speciallæge</p> <p>Information om cancerdiagnose og undersøgelsesresultater. Information om behandling gives mundtligt og skriftligt.</p> <p>Informeret samtykke til behandling.</p> <p>Bookes til operation. Dato for operation udleveres.</p> <p>Præoperativ sygeplejesamtale.</p>	Urolog sygeplejerske
	Indlæggelse	Urolog
	Operation	Urolog
	<p>Histologisvar foreligger</p> <p>Patient informeres. Diagnose og beskrivelse indberettes til patobank.</p> <p>Afsendelse af epikrise til egen læge.</p>	Patolog Urolog

**Mistænkt for nyrekræft med fund af tumor ved CT-urografi/ultral lyd eller klinisk mistanke uden hæ-
maturi**

Modtagelse af henvisninger Afsendelse af kvittering til afsenderen senest førstkomende hverdag. Visitation senest førstkomende hverdag af patienten til CT- skanning af thorax og abdomen inkl. opringning til patienten om tider til under- søgelse	Urolog
Forundersøgelse ved speciallæge. Svar på CT-skanning, evt. cystoscopi Blodprøver, urinundersøgelse, objektiv undersøgelse Udlevering af plan for pakkeforløb inkl. tider til evt. ultral ydsvejledt biopsi af nyre, evt. skintigrafi, evt. renografi.	Urolog
Herefter er forløbet som skitseret for udredning ved hæmaturi	

Flowchart over pakkeforløb for nyrekræft

Flowchartet er en forenklet gengivelse af patientforløbet beskrevet i de sundhedsfaglige elementer til pakkeforløb. Det indebærer bl.a., at en del patienter, ud over de illustrerede begivenheder, vil modtage palliativ behandling. De tværgående streger markerer faserne, som patienten gennemgår.



Oversttsskema for tilrettelæggelsen af pakkeforløb for nyrekræft

Klinisk handling	Logistisk handling	Information til patienten	Speciale	Registrering/Monitorering
Præhospital				
Beslutning: Praktiserende læge finder <i>begrundet mistanke</i> om kræft	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning sendes til urologisk afd. ▪ Evt. henvisning til CT-urografi Radiologisk afd. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Udelukkelse af kræft ▪ Videre forløb 	Praktiserende læge	
Udredning				
Visitation til pakkeforløb	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Henvisning modtaget ▪ Booking: undersøgelses-program ▪ Booking: billeddiagnostik, indlæggelse ▪ Evt. booking af operationstid 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: undersøgelsesprogram 	Urolog	A: Henvisning modtaget

<p>Undersøglesprogram:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Klinisk undersøgelse ▪ Urin- og blodprøver ▪ Cystoskopi ▪ Røntgen af thorax ▪ Blodprøver 		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svarafgivelse ▪ Videre forløb ▪ Indkaldelse: billeddiagnostik, indlæggelse 	<p>Radiolog</p> <p>Urolog</p>	<p>B: Udredning start (første fremmøde)</p>
<p>Billeddiagnostik:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evt. CT-scanning thorax-abdomen ▪ Ultralydscanning med grovnålsbiopsi af primærtumor og finnålaspiration af metastaser (ved indlæggelse) ▪ Skintigrafi ▪ Renografi 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Forsendelse af materiale til patolog 		<p>Radiolog</p>	
<p>Histologisvar</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Svar sendes til urolog 		<p>Patolog</p>	
<p>Beslutning: Valg af behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Operation ▪ Kemobehandling ▪ Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Booking: Forundersøgelse i urologisk ambulatorium, operation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Indkaldelse: forundersøgelse i urologisk ambulatorium, operation 	<p>Multidisciplinære team</p>	<p>C2: Udredning slut</p> <p>(klinisk beslutning om behandling foreligger)</p>

Behandling				
<ul style="list-style-type: none"> Forundersøgelse i urologisk ambulatorium 		<ul style="list-style-type: none"> Videre forløb Informeret samtykke 	Urolog	D: Informeret samtykke, dato E1: Behandling start (organisatorisk første fremmøde)
Indlæggelse			Urolog	E2: Behandling start, klinisk
Operation	<ul style="list-style-type: none"> Operationsmateriale fremsendes 			
Histologisvar	<ul style="list-style-type: none"> Svar sendes til urolog 		Patolog	
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> Kemobehandling Kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> Booking: Forundersøgelse ved onkologisk afdeling 	<ul style="list-style-type: none"> Indkaldelse: forundersøgelse ved onkologisk afdeling, efterbehandling 	Multidisciplinære team	Kommende registrering: Primær behandling slut

	<ul style="list-style-type: none"> Efterbehandling Almen praksis: epikrise 			
Efterbehandling				
Onkologisk forundersøgelse ved onkologisk afdeling		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb 	Urolog	
<ul style="list-style-type: none"> Kemobehandling 		<ul style="list-style-type: none"> Videre forløb 	Onkolog Urolog	Kommende registrering: Efterbehandling start
Beslutning: <ul style="list-style-type: none"> kontrol 	<ul style="list-style-type: none"> Booking: kontrolforløb Almen praksis: epikrise 	<ul style="list-style-type: none"> Indkaldelse: kontrol 	Multidisciplinære team	
Konsultation ved onkolog		<ul style="list-style-type: none"> Svarafgivelse Videre forløb 		Kommende registrering: Behandling slut
Kontrol				

<p>CT af thorax og abdomen, samt anamnese halvårligt i 2 år, derefter én gang årligt i 3 år.</p>		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Videre forløb 	<p>Urolog Radiolog</p>	<p>Kommende registrering: Kontrol start</p>
<p>Beslutning: Kontrol afsluttes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Almen praksis: epikrise 		<p>Urolog</p>	<p>Kommende registrering: Kontrol slut</p>