

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för blåscancer

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2019 - 00585) giltig tom oktober 2021.
Utarbetad av regional vårdprocessgrupp för blåscancer, RCC Väst.

Bakgrund

Baserat på Nationellt vårdprogram (NVP) [cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör](#) 2019-04-10

Regional tillämpning

Utredning av makroskopisk hematuri utanför SVF. (18- 49 års ålder)

Tyst makroskopisk hematuri (utan övriga symptom):

Remiss till urolog för cystoskopi för alla med individuell bedömning av urolog avseende eventuell radiologi. Urotelial tumör i övre urinvägarna är mycket ovanligt i denna åldersgrupp, men njurtumörer är vanligare (se [cancerregistret](#)). Vid beslut om radiologi, är ultraljud eller lågdos-CT urinvägar utan kontrast i första hand rekommenderat.

Utredningen ska vara klar inom 30 dagar.

Makroskopisk hematuri med samtida symptom :

Enstaka episoder: Utredning/ behandling baseras på symptom. Vid misstänkt cystit, ta urinodling i primärvård och ge antibiotika. Vid flanksmärta, beställ lågdos-CT urinvägar utan kontrast.

Persisterande, kvarstående makrohematuri: Remiss till urolog för ställningstagande till utredning enligt ovan (tyst makrohematuri). Utredningen ska vara klar inom 30 dagar.

Vid förnyad makrohematuri ska ny remiss till urolog utfärdas, för bedömning av en eventuell ny utredning. En riktlinje kan vara att ny utredning bör göras om det gått mer än 12 månader, men individuell bedömning ska göras av urolog och längre intervall kan accepteras.

Upprepad makroskopisk hematuri efter tidigare normal SVF-utredning (från 50 års ålder):

Första 12 månaderna remiss till urolog för bedömning om eventuell ny utredning enligt [standardiserat vårdförlopp för cancer i urinblåsan och övre urinvägar](#).

Efter ett år sedvanlig remiss enligt SVF.

Cytologi

Cytologisk analys av blåssköljväska eller kastad urin görs vid uppföljning av G3 /HG eller CIS. Cytologi behöver ej tas vid primär utredning.

Re-resektion

Patienter med nyupptäckt pT1-tumör ska diskuteras på MDK för eftergranskning av PAD innan eventuell re-resektion.

Lynch syndrome (se kapitel 5.1 [NVP cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör](#)).

Märk PAD med att det är en nyupptäckt tumör i övre urinvägarna för att gentest ska göras avseende mutation i MSH2 och 6. UroVysion finns att tillgå på klinisk kemi Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Kontroll efter cystektomi (se kapitel 10.2.4 [NVP cancer i urinblåsa, njurbäcken, urinledare och urinrör](#)).

I den tidiga uppföljningen (de första månaderna), kan den första 4-månaders CT-undersökningen ersätta 6-veckors-renogramet.

De första fem åren ska patienter, som kan vara aktuella för kompletterande systemisk behandling vid recidiv eller metastaserad sjukdom, följas enligt vårdprogrammet. Patienter som uppenbart inte skulle tåla kompletterande behandling med cytostatika eller immunterapi, behöver inte genomgå regelbundna radiologiska kontroller, utan endast vid nytillkomna symptom som kan kräva palliativ behandling. Alla bör dock följas avseende njurfunktion och eventuella metabola rubbningar enligt NVP.

PET-CT

Patient som behöver genomgå PET-CT inför en behandling ska remitteras till detta av den utredande hemmakliniken. PET-CT som led i uppföljning, beställs och betalas av den klinik som gett behandlingen.

Multidisciplinär konferens (MDK)

I remiss till MDK ska följande uppgifter ingå:

- Frågeställning.
- Anamnes inklusive allmäntillstånd (inklusive rökavvänjning) och ECOG.
- Datum för första symptom, diagnos och TURB/px.
- Vid misstanke om muskelinvasiv sjukdom ska CT thorax vara beställd, gärna utförd.
- Aktuell läkemedelslista, framförallt blodförtunnande läkemedel.
- PAD-nummer för de preparat som ska visas (om relevant)

- Datum och plats för aktuell radiologi (som ska visas, om relevant)
- SVF, ja/nej.
- Nedsatt hörsel inför eventuell cytostatika-behandling (främst inför neoadjuvant behandling hos de med gott AT under 75 år) .
- Inför cytostatikabehandling ska anges om chromclearance är beställt eller aktuellt värde.
- Vid frågeställning avseende palliativ, onkologisk behandling, ska det framgå vilka symptom patienten har.

Inremitterande enhet ansvarar för att MDK-anteckning journalförs. Det ska framgå:

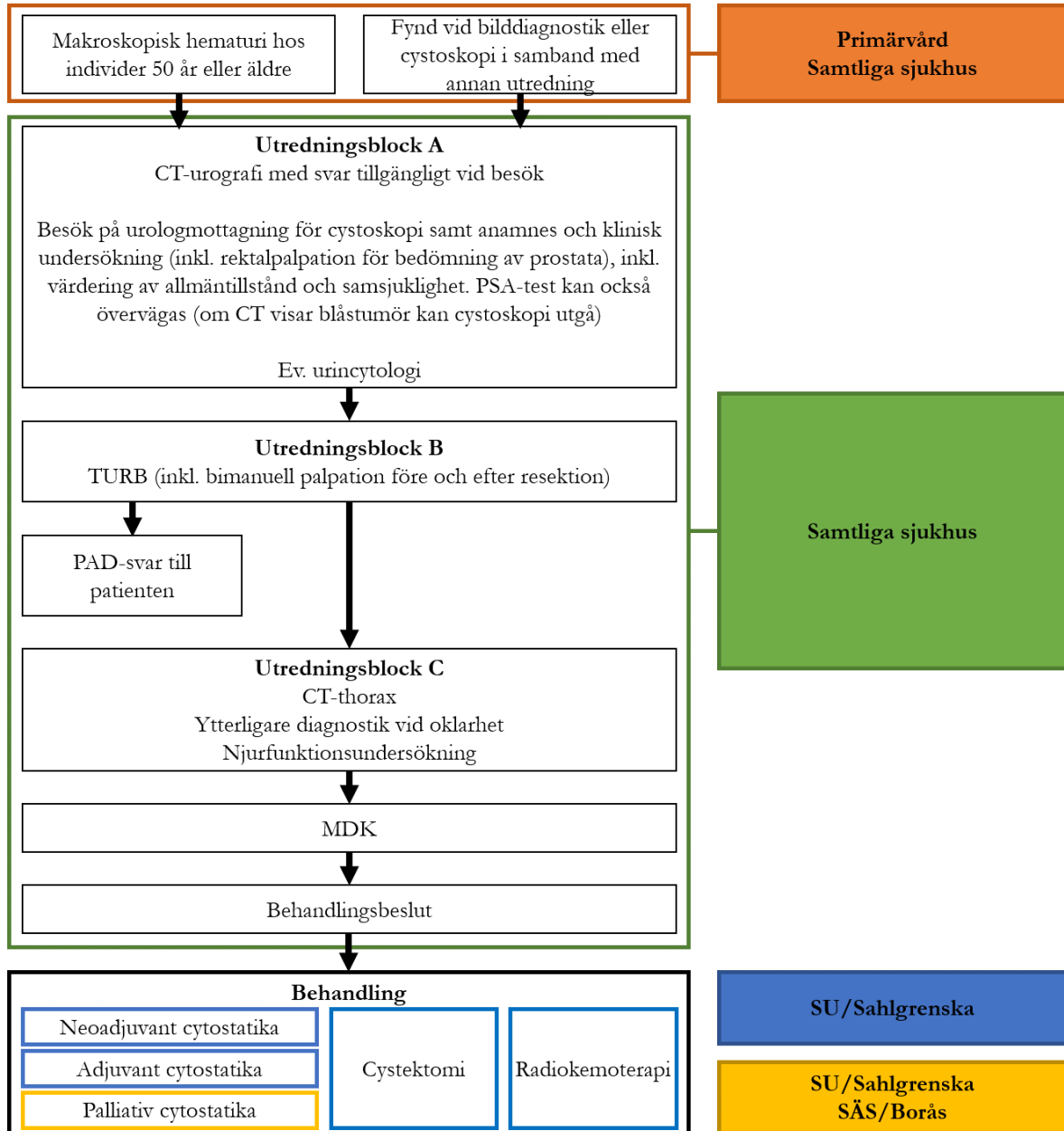
- Vilka personalkategorier som varit närvarande och vilka enheter.
- Om PAD eller röntgen eftergranskats samt eventuella förändringar i bedömningen av dessa.
- Alternativa handläggningar som diskuterats samt MDKs rekommendation avseende dessa.
- Vid rekommendation om byte av behandlande enhet, ska remiss skrivas, utöver MDK-anteckningen.

Uppföljning

Följsamhet till riktlinjer mäts efter registrering av diagnos, behandling och ledtider i nationella kvalitetsregistret och patientadministrativa system (t.ex. Elvis, SVF-INCA etc). Uppföljning av lokal tillämpning av nationellt vårdprogram återkopplas och diskuteras i samband med regionala vårdprocessmöten och regionala dialogmöten i Västra sjukvårdsregionen.

Vårdprocess – vårdnivå – vårdstruktur

För att korta ledtider ska S-krea tas av den som startar SVF-förloppet.



Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala programområden, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.