

SVF

Urologisk cancer

Henrik Kjölhede
Överläkare, med. dr.
Kirurgkliniken, CLV

Fem olika SVF:er

- Prostatacancer (10 000)
- Urotelial cancer (2 500)
- Njurcancer (1 000)
- Testikelcancer (500)
- Peniscancer (150)

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

PROSTATACANCER
Primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp 2017

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

CANCER I URINBLÅSAN OCH ÖVRE URINVÄGARNA
Primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp
Beslutad 2015-12-21

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

NJURCANCER
Primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp 2017

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

TESTIKELCANCER
Primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp 2017

REGIONALA
CANCERCENTRUM
I SAMVERKAN

PENISCANCER
Primärvårdsversion av standardiserat vårdförlopp 2017

PENISCANCER

Följande *kvarstående* symtom från penis ska föranleda *misstanke*

- ett svårtäkt sår
- röda områden
- en förhöjning
- illaluktande flytningar från en trång förhud
- återkommande blödningar
- smärta
- **observera:** ett eller flera av ovanstående symtom i kombination med förstorade lymfkörtlar i ljumskarna ger välgrundad misstanke, se nedan.

Vid misstanke utan annan uppenbar orsak ska patienten remitteras till urolog eller dermatolog (filterfunktion).

Inför remiss till urolog eller dermatolog (filterfunktion), informera om

- att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och därför bör vara tillgänglig på telefon
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.

Ge informationen vid ett fysiskt möte om ni inte har kommit överens om annat. Försäkra dig om att patienten har förstått innehållet i och betydelsen av informationen

Remissen till urolog eller dermatolog (filterfunktion) ska innehålla:

- anamnes, ange särskilt
 - symtom eller fynd som ligger till grund för misstanke
 - företagen utredning
 - inguinalt lymfkörtelstatus
 - tidigare sjukdomar och behandlingar
 - läkemedelsöverkänslighet
 - läkemedel (särskilt tromboocyttjämnare eller antikoagulantia)
 - social situation, eventuella sprekthänder eller funktionsnedsättningar
- fotodokumentation är önskvärd
- kontaktuppgifter för patienten inklusive aktuella telefonnummer
- uppgifter för direktkontakt med inremitterande (direktnummer).

Välgrundad misstanke föreligger vid ett eller flera av följande:

- klinisk misstanke om peniscancer vid bedömning av urolog eller dermatolog
- histopatologiskt fynd talande för invasiv peniscancer
- ett symtom enligt ovan i kombination med förstorade lymfkörtlar i ljumskarna.

Om välgrundad misstanke föreligger ska patienten omedelbart remitteras till utredning enligt standardiserat vårdförlopp. Vart remissen ska skickas beslutas lokalt.

Primärvården (eller egentligen alla)

SVF i allmänhet

- Symtom → misstanke
- Misstanke → undersökning → välgrundad misstanke
- Välgrundad misstanke → standardiserad utredning och behandling

Specialistsjukvård

Prostatacancer

- Symtom hos män över 40 år:
 - Tilltagande skelettsmärter
 - Skelettmetastaser utan känd primärtumör
 - Behandlingskrävande vattenkastningsbesvär (om >10 år förväntad livslängd)
 - Stark ärftlighet
- Undersökning:
 - Prostatapalpation
 - PSA

Om en man vill ta ett PSA?

- > 50 år ålder
 - Ska erbjudas om mannen har läst Socialstyrelsens broschyr.
- 40-50 år
 - Om stark hereditet vid låg ålder
 - Samma som ovan
- Avstå om < 10 år förväntad livslängd i avsaknad av symtom

Prostatacancer (forts.)

- Om PSA
 - <70 år 3,0 ng/ml
 - 70-80 år 5,0 ng/ml
 - >80 år 7,0 ng/ml
- Eller knölig prostata
- SVF-remiss till närmaste Urologienhet (CLV eller LL)

Vad gör vi sen?

- Bedömer vattenkastningsfunktionen och tar nytt PSA
- Transrektalt ultraljud med storleksbestämning
- Biopsier (10-12 st) med besked efter i medeltal 9 dagar

- Om negativa, nya biopsier efter 3-6 månader.
- Om negativa igen och högt PSA, ofta MRT och nya biopsier
- Ibland en 4:e och 5:e omgång
- Till slut släpper vi tillbaka patienten till primärvården för fortsatta kontroller

Prostatacancer (forts.)

Om vi hittar en cancer

- Botande behandling
 - Strålbehandling
 - Prostataktomi
 - Aktiv monitorering

- Bromsande behandling
 - Hormonbehandling
 - Antiandrogen
 - LHRH/GnRH
 - Cytostatika
 - Ofta i flera linjer

När blir det screening?

- Utredning pågår, ska vara klar i sommar
- Sannolikt inte bara med PSA
- Undantag är män med stark hereditet (2-3 förstagrads släktingar med prostatacancer eller BRCA-2-bärare)
 - Rekommenderas PSA från 40 år

STHLM3 då?

- Det är en rad analyser, både gener och proteiner (inkl PSA), som sammanvägs till en score → risk för "signifikant" prostatacancer
- Minskar antalet biopsier med benigna fynd och "insignifikant" cancer.
- Några problem:
 - Bara studerat av gruppen som har patent på metoden
 - Bara studerat vid screening
 - Bara jämfört med ett enstaka PSA utan andra hänsyn
 - Måttligt förbättring
 - Finns en uppsjö andra liknande till motsvarande pris...
Vi vet inte vilken som är bäst

Urotelial cancer

- Symtom:
 - Makroskopisk hematuri hos individ > 40 år
 - Tecken på tumör vid annan undersökning (röntgen/ultraljud)
- Undersökning:
 - Ingen
- (Remiss till DT urinvägar (med kontrast))
- Remiss till Urologienhet

Vad gör vi sen?

- Cystoskopi!
- Då tar vi också urincytologi
- Sen väntar vi på röntgen

- Om vi hittar en cancer:
 - Transuretral resektion av blåstumör (TURB)
 - I praktiken livslång uppföljning med cystoskopier (var 3-6 mån) och nya TURB vid återfall

Vid invasion av blåsmuskeln

- Cystektomi, ofta med Brickeravledning (stomi)
 - Ca 10 / år i Kronoberg – skickas alla till Malmö för operation
- Får ofta först cellgifter (ökar 5-årsöverlevnad med ca 7 %-enh)
- Vid metastaser:
 - Palliativa cellgifter
 - Palliativ omvårdnad

Njurcancer

- Symtom:
 - Makroskopisk hematuri
 - Palpabel resistens i flanken
 - (Varaktig) Smärta i flanken
 - Nydebuterad varicocele som inte tömmer sig i liggande
- Undersökning:
 - DT urinvägar
- (eller om annan undersökning visar njurtumör)
- Remiss till Urologienhet (CLV eller LL)

Vad händer sen?

- Vi metastasutreder (lungorna)
- Expektans med ny röntgen 3-6 månader senare
- Njurresektion (robotassisterat eller öppen op)
- Nefrektomi (laparoskopiskt eller öppen op)
- Vid metastatisk sjukdom:
 - Bromsande behandling med "riktad terapi".
 - Ibland först nefrektomi för att minska tumörbördan

Testikelcancer

- Symtom:
 - Palpabel knöl
 - Smärta eller obehag i testikel utan annan förklaring
 - Ny epididymit som kvarstår efter 3 veckor trots behandling
 - Ny bröstkörtelförstoring utan annan förklaring
- Undersökning:
 - Grundlig palpation av testiklarna
 - Om oklart: ultraljud
- Remiss till Ultraljud (om ej redan gjort)
- Remiss till Urologienhet

Vad gör vi?

- Mottagningsbesök inom några dagar
- Tar då tumörmarkörer
- DT thorax/buk
- Ev fryser spermier (görs i Malmö)
- Inom 1 vecka-10 dagar, radikal orkidektomi och biopsi av andra testikeln.

Peniscancer

- Symtom: Kvarstående besvär med
 - Svårläkt sår
 - Röda områden
 - Förhårdnad
 - Illaluktande flytning från trång förhud
 - Återkommande blödningar
 - Smärta
- Remiss till Urologienhet (CLV eller LL) (eller dermatolog)

Vad gör vi sen?

- Vid oklara fynd tar vi biopsi
- Sen, skickar dem till Malmö... 😊

Sammanfattningsvis

- Skelettsmärter eller vattenkastningsbesvär, palpera och ta PSA
- Om mannen vill ta PSA, broschyr och ta PSA
- Makroskopisk hematuri, remiss DT urinvägar och urolog
- Misstänkt njurcancer på röntgen/ulj, remiss till urolog
- Knöl i testikeln, remiss ulj och urolog
- Sår på penis som inte läker, remiss till urolog

Några gemensamma önskemål

- Vid remiss, förklara för patienten att utredningen gäller en misstanke om cancer
- Ange tydligt i remissen om patienter står på Waran eller NOAK
- Ange om viktig samsjuklighet
- Fråga gärna om rökstopp

- Vid osäkerhet: 8030 (tjänstenummer till Kirurgmott)
- "Röda telefonen": 0372-58 58 58