|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | STANDARDISERT PASIENTFORLØP FOR  BLÆREKREFT |

Forord

Innhold

Forord 1

1 Om standardisert pasientforløp på kreftområdet 5

2 Arbeidsgruppens sammensetning 6

3 Introduksjon til standardisert pasientforløp for blærekreft 7

3.1 Generelt om kreft i blæren 7

3.2 Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av blærekreft 9

~~Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av nyrekreft~~ 9

3.4 Forløpskoordinering 9

3.5 Det multidisiplinære/tverrfaglige team (MDT) 9

3.6 Flytskjema for blærekreft 10

~~Flytskjema for nyrekreft~~ 11

4 Inngang til standardisert pasientforløp for blærekreft og nyrekreft 12

4.1 Risikogrupper 12

4.2 Mistanke 13

4.2.1 Filterfunksjon 13

4.3 Begrunnet mistanke – kriterier for henvisning til standardisert pasientforløp 13

4.4 Henvisning til standardisert pasientforløp 14

4.5 Beslutning om henvisning ved begrunnet mistanke 14

4.6 Informasjon og dialog med pasienten 14

4.7 Ansvarlig for henvisning 14

4.8 Registrering 14

4.9 Forløpstid 15

5 Utredning for blærekreft 16

5.1 Undersøkelsesforløpet 16

5.2 Fastleggelse av diagnose og stadieinndeling 17

5.3 Støttebehandling og pleie 17

5.4 Informasjon og dialog med pasienten 17

5.5 Beslutning om behandling 17

5.6 Ansvarlig 18

5.7 Registrering 18

5.8 Forløpstid 18

6 Initial behandling av blærekreft 20

6.1 Hovedgrupper av behandlingsforløp 20

6.2 De hyppigst oppståtte komplikasjoner 20

6.3 Støttebehandling og pleie 22

6.4 Rehabilitering 22

6.5 Informasjon og dialog med pasienten 22

6.6 Beslutning 22

6.7 Ansvarlig 22

6.8 Registrering 22

6.9 Forløpstid 23

7 Oppfølging/kontroller/etterbehandling for blærekreft 24

7.1 Kontroll 24

7.1.1 Informasjon og dialog med pasienten 24

7.1.2 Ansvarlig 24

7.2 Håndtering av residiv 24

7.2.1 Informasjon og dialog med pasienten 24

7.2.2 Ansvarlig 25

8 Oversiktsskjema - blærekreft 26

9 Forløpstider - blærekreft 27

15 Registrering - Blærekreft 39

15.1 Standardisert pasientforløp start 39

15.2 Utredning start 39

15.3 Beslutning ved initial behandling 39

15.4 Behandling start 39

15.5 Standardisert pasientforløp slutt 39

# Om standardisert pasientforløp på kreftområdet

Skrives av HDir

# Arbeidsgruppens sammensetning

# Introduksjon til standardisert pasientforløp for blærekreft

## Generelt om kreft i blæren

Kreft i blæren omfatter også kreft i urinrør, urinleder og nyrebekken, men ikke i nyrevev (renalcellecancer). Blod i urinen (hematuri) er det vanligste symptomet ved blærekreft. Det kan også forekomme ved nyrekreft, men mye sjeldnere enn ved blærekreft. Derimot er smerter vanlig ved nyrekreft, sjeldnere ved blærekreft.

Utredningsprogrammet for blod i urinen angir derfor at pasienter som kun har makroskopisk hematuri uten andre symptomer, skal henvises til utredning for (pasientforløp for) blærekreft.

Pasienter med smerter tilsvarende nyren henvises til pasientforløp for nyrekreft *uavhengig* av andre symptomer (inkludert hematuri).

Se ellers *veiledning for allmennleger for henvisning til standardiserte pasientforløp*.

**Kreft i blæren**

Det diagnostiseres i Norge omkring 1350 (2012: 1336) nye pasienter med svulster i urinblære, urinleder eller urinrør hvert år, inkludert ca. 80-100 med kreft i nyrebekkenet. Hos majoriteten av disse pasientene (ca. 1260) sitter svulsten i blæren, og så godt som alle disse svulstene er kreft. For blærekreft er forholdstallet mellom mann og kvinne 3,3 : 1 (70% er menn, 30% er kvinner), og dette har vært stabilt de siste 30 årene.

Alle pasienter med svulst i blæren henvises til urologisk avdeling som stiller diagnosen i samarbeid med patologiavdeling og røntgenavdeling. De fleste pasientene har hatt blod i urinen.

Det er to hovedgrupper av blærekreft. Skillet går mellom svulster som ikke vokser inn i blæreveggens muskellag, og de som vokser inn i dette laget. Ikke-muskelinvasive svulster (NMIBC) utgjør ca. 75% av blærekreftpasientene mens de resterende er muskelinvasive (MIBC).

De ikke-muskelinvasive svulstene med lav malignitetsgrad har forholdsvis liten tendens til spredning. Derimot vil opptil 70% av pasienter med slike svulster få en eller flere episoder med residiv (tilbakefall). Denne pasientgruppen lever lenge med sykdommen og bidrar til at ca. 35% av alle blærekreftpasienter lever lenger enn 10 år. Kontroll av tilbakefall, behandling og forebyggelse av blærekreft legger derfor beslag på store ressurser. Pasientene kontrolleres med cystoskopi, først etter 3 måneder og deretter med økende intervall (avhengig av malignitetsgrad) hvis det ikke kommer tilbakefall. Hos pasienter med høyrisikosvulster gjøres det årlig også radiologisk undersøkelse (CT). Pasientgruppen forblir i spesialisthelsetjenesten (urologiske poliklinikker) lenge, noen for resten av sitt liv mens et lite mindretall avslutter kontrollregimet etter 10 år.

Hos 10-15% av pasientene vil tilbakefallene komme som progresjon til mer avansert sykdom (MIBC). Noen høyrisiko ikke-muskelinvasive svulster (T1 høygradig malign) behandles som muskelinvasive svulster allerede fra tidspunktet for primærdiagnosen.

De muskelinvasive svulstene representerer en livstruende sykdom pga. potensialet for lokalavansert vekst og fjernspredning. Pasienter som er i stand til det må derfor snarest gjennomgå en ressurskrevende behandling med kurativ hensikt (radikalbehandling). Man antar at 50% av alle pasienter som diagnostiseres med MIBC har sirkulerende mikrometastaser.

Den initiale behandlingsprosedyren, transurethral reseksjon av svulsten (TURB) er lik for begge grupper av blærekreft. Denne operasjonen vil være terapeutisk hos de fleste pasienter med ikke-muskelinvasiv sykdom dersom alt svulstvev fjernes, mens ved muskelinvasiv sykdom vil TURB gi diagnose og grunnlag for stadiebestemmelse, som igjen bestemmer videre behandling. Ca. 15% av pasientene gjennomgår ytterligere en TURB (re-TURB). Dette betyr at det i Norge utføres anslagsvis 1450-1500 TURB for nyoppdaget blærekreft hvert år. I tillegg kommer et enda større antall TURB hos pasienter med ikke-muskelinvasiv kreft og som får recidiv. Det utføres også et antall TURB som behandling av hematuri hos pasienter med avansert sykdom, og som ikke har fått fjernet blæren.

Pasienter med ikke-muskelinvasiv sykdom etter TURB går så inn i et kontrollforløp (se ovenfor). Noen av disse pasientene (høyrisikosvulster) vil allerede ved første svulst-episode få forebyggende behandling (blæreinstillasjoner) mot residiv/progresjon.

Pasienter med muskelinvasiv sykdom vurderes etter den initiale TURB for radikalbehandling. Førstevalget er radikal cystektomi med ulike alternativer for urinavledning. Pasienter som enten ikke vil opereres eller der operasjon vurderes som for risikofylt, vil være aktuelle for kurativt rettet strålebehandling. Både radikal cystektomi og strålebehandling kan kombineres med cellegiftbehandling (neoadjuvant kjemoterapi) for å øke helbredelsesraten (kurasjon). 5-års overlevelse for muskelinvasiv sykdom har endret seg lite de siste tiår og er ca. 50%, med en 5-7% absolutt forbedring ved tillegg av cellegift. Alle pasienter tåler imidlertid ikke denne tilleggsbehandlingen. Kontroll etter radikalbehandling foregår de 5 første årene hos urolog og deretter hos fastlege.

De fleste pasienter med fjernspredning på diagnosetidspunktet gjennomgår også TURB for å stille diagnosen og evt. lindre lokale plager (hematuri). Radikalbehandling er hos disse ikke aktuelt, men pasientene skal vurderes for palliativ behandling (cellegift eller strålebehandling) i regi av onkologiske avdelinger/poliklinikker.

Ovennevnte opplegg for de ulike gruppene av blærekreftpasienter viser at pasientene har det aller meste av sitt pasientforløp i urologiske avdelinger/poliklinikker. Ved ikke-muskelinvasiv blærekreft har urologene ansvaret for hele pasientforløpet. Ved muskelinvasiv kreft, med eller uten metastaser, tar onkologene betydelig del i selve behandlingen.

## Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av blærekreft

Her må det settes inn henvisning og bakgrunn for Blærekreftprogrammet

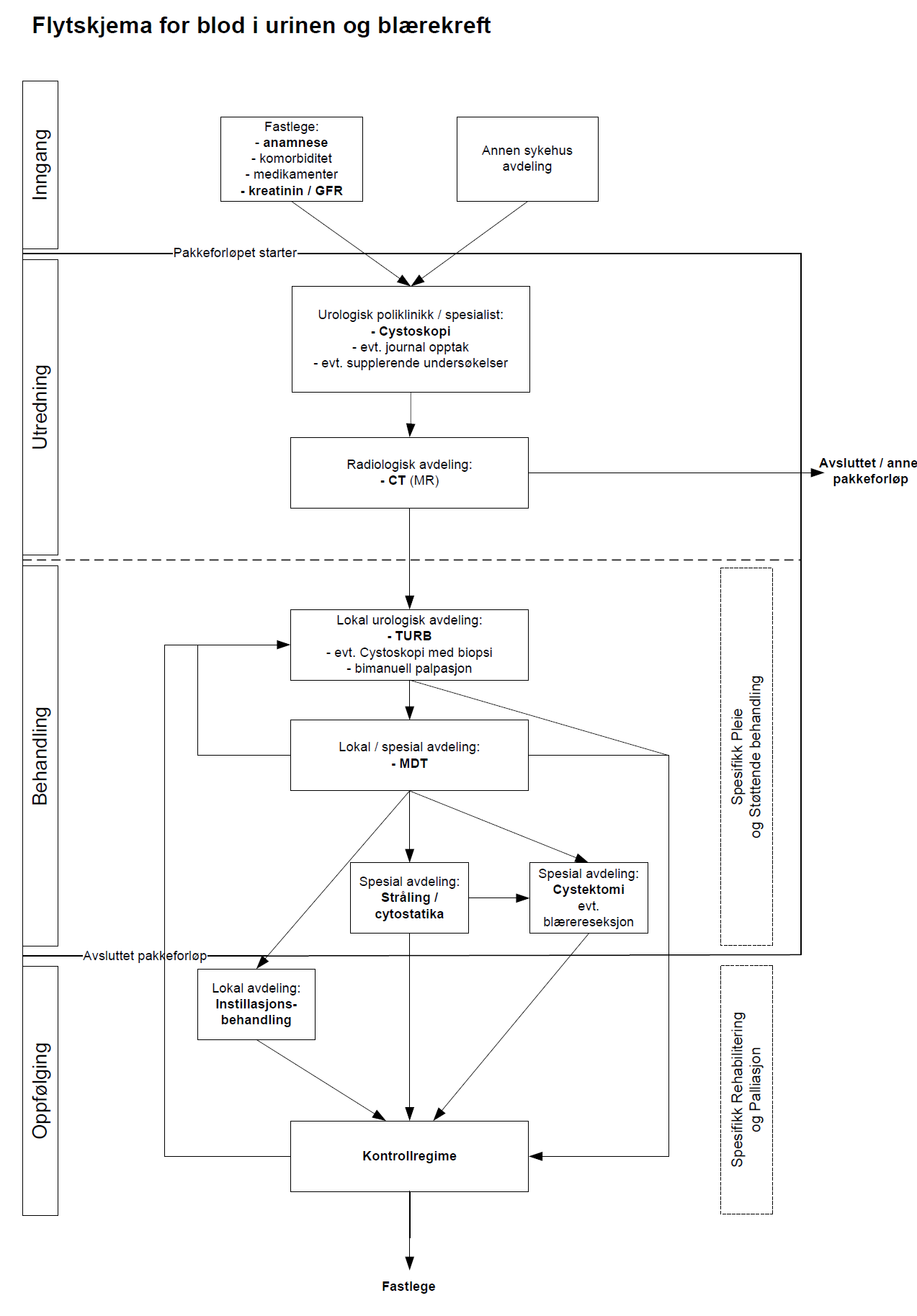
## Forløpskoordinering

Ved vurdering av henvisning skal pasienten få oppnevnt en forløpskoordinator. Forløpskoordinator kontakter pasienten dagen etter at henvisningen er mottatt fra fastlege, og informerer om plan for utredning og videre forløp. Forløpskoordinatoren er kontaktperson for pasienten gjennom det standardiserte pasientforløpet.

## Det multidisiplinære team (MDT)

Pasienter som etter gjennomført TURB er diagnostisert med lavgradig malign, ikke-muskelinvasiv blærekreft (NMIBC) uten positive funn på CT urografi eller andre supplerende undersøkelser, og ingen relevant komorbiditet, ansees som initielt ferdigbehandlet og går over i kontrollregimet. Disse trenger ikke aktiv vurdering i MDT. Pasienter med muskel-invasiv blærekreft (MIBC), med positive eller uklare funn på CT urografi eller uklar eller uvanlig patologi, vurderes i MDT-møte.

## Flytskjema for blærekreft



# Inngang til standardisert pasientforløp for blærekreft

Blod i urinen uten smerter eller andre vannlatingsplager er det aller vanligste symptom ved blærekreft, men forekommer også ved nyrekreft. Det kan derfor hende at pasienter som er henvist til blærekreftforløpet på grunn av makroskopisk hematuri, må overføres til nyrekreftforløpet dersom utredningen tilsier nyrekreft.

Ved makroskopisk hematuri er risikoen for blærekreft 10-34%, avhengig av alder og følgesymptomer. Samtidig er makroskopisk hematuri et symptom ved 80-90% av alle nyoppdagede tilfeller av blærekreft. Det er således begrunnet mistanke om kreft i blæren hos pasienter med makroskopisk hematuri uansett alder.

Mikroskopisk hematuri er (i forhold til makroskopisk hematuri) ikke forbundet med samme risiko for kreft i blæren. Kun få prosent av denne pasientkategorien har kreftsykdom i urinveiene dersom mikroskopisk hematuri er påvist tilfeldig. Hvis mikroskopisk hematuri derimot er ledsaget av smerter i blæreregionen og/eller vannlatingsproblemer, er risikoen for kreft i urinveiene ca. 10 % hos pasienter over 40 år, og det utløses dermed begrunnet mistanke om blærekreft.

## Risikogrupper

**Særlig for kreft i blæren**

Det finnes flere kjente risikofaktorer for utvikling av blæretumores. Av disse er røyking den viktigste. Eksponering for azofargestoffer/aromatiske aminer, benzenderivater, tjære, gummi, petroleumsdamp og ioniserende stråling mot bekkenet, i yrkessammenheng eller på annen måte, er andre kjente risikofaktorer.

Yrkesgrupper hvor blærekreft er overrepresentert finnes blant annet på/i/blant smelteverk, verksteder, tekstilindustri, gummiindustri, grafikere, malingsindustri, frisører (mannlige), sjåfører, fiskere, brannmenn, flyvere, personell i Forsvarets internasjonale operasjoner, feiere, rørleggere, elektrikere, tobakksarbeidere, servitører, m.fl. Blærekreft kan induseres av tidligere kreftbehandling (kjemoterapi/stråling). Langvarig mekanisk irritasjon fra kateter, stein, langtids-residiverende infeksjoner inkl. Schistosomiasis (bilharzia) kan også forårsake blærekreft.

Personer med Lynch syndrom er arvelig predisponert for blærekreft. Andre arvelige faktorer kan finnes da feltet er lite utforsket. Til tross for kjent økt risiko for utvikling av blærekreft er det ikke indikasjon for å tilby screening eller annen utredning for kreftsykdom i blæren til pasienter tilhørende disse risikogruppene med mindre de kommer med relevante symptomer som nevnt ovenfor.

## Mistanke

I standardiserte pasientforløp skilles det mellom mistanke om kreft og begrunnet mistanke om kreft. **Begrunnet mistanke om kreft utløser plikt til å henvise til standardisert pasientforløp.**

Mistanke om blærekreft kan oppstå ved følgende symptomer:

Mikrohematuri uten dysuri (sviende og/eller hyppig vannlating)

Smerter i blæreregionen eller flankene

Palpabel oppfylning i mage eller flanke

Residiverende UVI

### Filterfunksjon (de undersøkelser som kan gjøre mistanken begrunnet)

Ved alle symptomer nevnt i forrige avsnitt vil kreft være årsaken kun hos noen få av pasientene. Før henvisning til standardisert pasientforløp vil det derfor være medisinsk riktig at kreftmistanken begrunnes ut over forekomsten av et enkelt symptom gjennom en filterfunksjon. Uten en slik filterfunksjon vil man risikere at altfor mange vil måtte gjennomgå unødige, plagsomme og potensielt skadelige undersøkelser (f.eks røntgenstråling). Som regel må det foreligge en kombinasjon av symptomer og/eller kjente risikofaktorer for at mistanken om blærekreft er sterkt nok begrunnet til at det utløser standardisert pasientforløp.

Pasienter som oppfyller kriteriene for mistanke om blærekreft (f.eks mikrohematuri uten andre symptomer) jfr. pkt. 4.2, skal utredes utenfor standardiserte pasientforløp, enten via allmennpraksis evt. i samarbeid med billeddiagnostisk avdeling og praktiserende spesialist i urologi, eller på urologisk avdeling med CT-urografi og cystoskopi, da sannsynligheten for kreft hos disse pasientene er så liten (under 5%). Dersom mistanken styrkes etter filteringen, henvises pasienten til det stadnardiserte pasientforløpet.

Filtreringsundersøkelser:

urinstix, dyrkning, mikroskopi (differensialdiagnoser: UVI, stein)

urincytologi x 3

ultralyd (negativ ultralyd utelukker ikke blærekreft)

røykehistorie, risikoyrke eller -bosted, tidligere kreftbehandling

## Begrunnet mistanke – kriterier for henvisning til standardisert pasientforløp

Begrunnet mistanke om blærekreft oppstår ved:

* + Makroskopisk hematuri (synlig blod i urinen) uten annen åpenbar\* forklaring
  + Gjentatte (3 prøver med minst 1 mnd mellom hver) episoder med mikroskopisk hematuri (ikke synlig blod i urinen) påvist ved urinstix eller mikroskopi
    - hos personer over 50 år som røyker, har vært miljøeksponert (yrke, bosted) som nevnt under punkt 4.1 eller har familiær kreftbelastning
    - kombinert med smerter i blæreregionen
  + Billeddiagnostisk påvist malignitetssuspekt lesjon i blære, øvre urinveier eller nyrebekken (som oftest sett ved CT, MR eller ultralyd)
  + Malignitetssuspekte forandringer i blære, øvre urinveier eller nyrebekken tilfeldig påvist ved andre prosedyrer (f.eks svulster i blæren eller urinledere sett under steinbehandling)

\*annen åpenbar forklaring kan f.eks være katetermanipulasjon eller førstegangs urinveisinfeksjon påvist bakteriologisk hos ikke-røykende kvinne under 40 år.

## Henvisning til standardisert pasientforløp

Ved begrunnet mistanke henvises pasienten til standardisert pasientforløp for blærekreft ved relevant urologisk avdeling.

Henvisningen skal inneholde:

generell medisinsk anamnese inkl. tidligere sykdommer, allergier, røykehistorie, eksponering for risikofaktorer

beskrivelse av de kriterier som gir begrunnet mistanke om kreft

komorbiditet

medisinbruk

kreatinin-verdi (nyrefunksjon) mtp. røntgenkontrast

evt kontraindikasjoner mot MR

evt. biopsisvar

evt. ultralydbeskrivelse

## Informasjon og dialog med pasienten

Ved begrunnet mistanke om kreft drøfter legen henvisning til urolog med pasienten og evt. pårørende.

Det skal informeres om at:

Det foreligger begrunnet mistanke om kreft samtidig som det understrekes at det ikke foreligger noen kreftdiagnose på dette tidspunkt

At pasienten på denne bakgrunn henvises til utredning i et standardisert pasientforløp

At cystoskopi og CT av urinveiene med eller uten kontrast er de initiale undersøkelser

Grov oversikt over aktuelle behandlingsforløp dersom det gjennom den forestående utredningen blir konstatert kreft

At informasjon om resultatet av ovennevnte undersøkelser vil bli gitt på utredende avdeling, umiddelbart etter utførelsen

Patientinformasjonsbrosjyrer om cystoskopi utarbeides av de enkelte urologiske avdelinger fra en sentral informasjonsbank som er godkjent av godkjente likemenn for blærekreft.

## Ansvarlig for henvisning

Den lege som i konsultasjon mottar en pasient med symptomer som utløser begrunnet mistanke om blærekreft, har ansvaret i henvisningsfasen. Det påhviler henvisende instans at formalia og krav til henvisningen er i orden.

## Registrering

Settes inn av Hdir

## Forløpstid

Forløpstiden fra henvisning er mottatt til utredning starter er maksimalt 7 kalenderdager.

Henvisninger vurderes på urologisk avdeling samme dag som de mottas (før kl. 15). Urologen som vurderer henvisningene setter opp pasienter med begrunnet mistanke om blærekreft til forløpsstart og bestiller tilhørende undersøkelser, prøver og samtaler innen 7 kalenderdager, samt oppnevner forløpskoordinator. Forløpskoordinatoren ringer pasienten påfølgende dag, informerer kort om sin rolle og opplyser om dag og tid for fremmøte til oppstart av pasientforløpet, om utredningen og det videre forløp.

Ved innkalling til standardisert pasientforløp bookes patienten til poliklinisk konsultasjon med cystoskopi og forberedende undersøkelser, jfr. pkt.5.1.

# Utredning for blærekreft

Ved første konsultasjon skal det vurderes hvorvidt deler av det forhåndsoppsatte undersøkelsesprog-rammet allerede er gennomført og således kan avbestilles.

Pasienter med sikkert påvist tumor i blæren (f.eks ved røntgenundersøkelse) vil ofte settes opp direkte til cystoskopi/TUR-B i anestesi med henblikk på biopsi/fjerning av tumoren. Pasienter som tidligere har gennomgått relevant utredningsforløp med normale funn og henvises til ny utredning, kan inngå i et nytt helt pasientforløp eller avkortet forløp begrenset til kun supplerende relevant utredning.

## Undersøkelsesforløpet med fastsettelse av diagnose og stadieinndeling

**1. besøk:** Forberedende undersøkelser og poliklinisk konsultasjon med cystoskopi

•blodprøver,

•EKG,

•CT urografi evt. CT urinveier,

•poliklinisk konsultasjon:

•journalopptak, gjennomgang/supplering av henvisning inkl. medikament-anamnese, tidligere sykdommer, aktuell komorbiditet, familiær kreftbelastning, eksponering for mulig carcinogene stoffer gjennom yrke/miljø/livsstil,

•klinisk undersøkelse,

•cystoskopi med vurdering av aggressivitetspotensiale av eventuell tumor

•evt. bestilling av supplerende blodprøver

•informasjon av pasient og evt. pårørende/bisitter om foreliggende resultater

•anestesitilsyn

•samtale med sykepleier om forberedelser til TURB, inkl. seponering av blodfortynnende medisin

Dersom cystoskopi, klinisk undersøkelse og CT urografi er negative (uten funn) skrives pasienten ut av forløpet og anestesitilsyn og sykepleiersamtale avbestilles. Ved funn av tumor i blæren eller inkonklusiv cystoscopi (f.eks manglende overblikk på grunn av blødning eller vanskelig tilgjengelige divertikler) planlegges pasienten for innleggelse (settes opp til 2. og 3. besøk).

Stabilisering av evt. komorbiditet skjer mens pasienten midlertidig skrives ut av forløpet.

**2. besøk:** Innleggelse

•evt. supplerende CT- eller MR-undersøkelse av lunger, thorax-abdomen-bekken, andre indre organer med lymfeknuter

•TURB med biopsi/reseksjon av tumor og bimanuell palpasjon av blære

•informasjon av pasient og evt. pårørende/bisitter om resultater av undersøkelser

Etter analyse av biopsi eller resektat hvor diagnose og stadium basert på histologi er angitt:

•MDT-møte med sammenstilling av all informasjon danner grunnlag for fastsettelse av endelig samlet klinisk stadium for infiltrerende svulster og anbefalt videre behandling.

**3. besøk:** Pasienten informeres om resultater av undersøkelser og videre forløp:

•Dersom det ikke foreligger kliniske, patologiske eller radiologiske funn skrives pasienten ut av blærekreftforløpet.

•Ved abnormt funn som ikke er kreft i blæren (eksempelvis kreft i nyre, nyresten, blæresten mv.) avsluttes blærekreftforløpet og pasienten overføres til en av følgende:

•annet standardisert sykdomsforløp,

•annen avdeling (utenom definert pasientforløp),

•videre prosess innen urologisk avdeling (utenom definert pasientforløp).

•Dersom det foreligger funn forenlig med blærekreft påser utredende urolog at ytterligere utredning som er påkrevet er utført eller planlagt, eksempelvis CT thorax-abdomen-bekken for høygradige og infiltrerende svulster, og henviser evt. videre til spesialavdeling. Ved henvisning til spesialavdeling kan stadium og anbefalt behandling bli revidert etter ny vurdering i MDT og evt. nye supplerende undersøkelser.

## Informasjon og dialog med pasienten

Ved 1. besøk gjennomføres en samtale om den planlagte utredningen hvor det også informeres om eventuelt ubehag og risiko ved undersøkelser som foreslås. Pasienten har fått oppnevnt en forløpskoordinator og skal nå få skriftlig informasjon om dennes oppgaver og hvordan han/hun kan kontaktes. Forløpskoordinatoren skal også forsikre seg om at korrekt kontaktadresse, telefon o.l. finnes vedrørende pasienten og pårørende. Utredende urolog eller forløpskoordinator skal føre løpende dialog med pasienten om undersøkelsesresultatene gjennom prosessen.

Ved 3. besøk gis det kompletterende informasjon om undersøkelser og behandling, også skriftlig. Ved klinisk sikker kreftsykdom tilstrebes det at diagnosen meddeles pasienten av utredende urolog. Ved informasjon om diagnose før stadium og histologisk grad foreligger, må betydningen av dette for videre behandling forklares pasienten. Se også pkt. 5.3 og 6.5

Når alle svar på undersøkelser foreligger og disse er vurdert i MDT-møte, skal det ved 3. (eller et 4., når histologisvar foreligger) besøk gjennomføres en samtale med pasienten og evt. pårørende om behandlingsmuligheter og behandlingstilbud. Videre drøftes tidsperspektivet i behandlingstilbudet, *sannsynlig behandlingssuksess (ikke tall og statistikk men realitetsorientering om at f.eks. kjemoterapi nok ikke er så effektiv som mange tror)*, mulige bivirkninger, risiko for komplikasjoner og konsekvenser hvis pasienten ikke ønsker den anbefalte behandlingen. I samtalen avklares pasientens forventninger til forløpet og pasientens livssituasjon, eventuell engstelse, ressurser, behov og ønsker avdekkes. Pasienten oppfordres til å ha en pårørende/ledsager med til samtalen.

Radikal kirurgi ved blærekreft er en omfattende behandling med potensielt store livskvalitetsmessige konsekvenser, bl.a. fare for urinlekkasje, impotens, tarmproblemer, endret kroppsbilde, m.fl. Dette må veies mot risiko for progresjon av sykdommen under konservativ oppfølging og belastningen ved langvarig oppfølging. Grundig informasjon og god dialog med pasienten er derfor vesentlig ved valg av behandling, særlig der det ikke er påvist muskelinfiltrasjon men hvor progresjonsrisiko er klart økt. I dette inngår sannsynlig behandlingseffekt.

Dersom kirurgi er anbefalt behandling, skal pasienten og evt. pårørende informeres om operasjonen, risiko knyttet til inngrepet, den postoperative fase og rehabilitering som foretas på den avdeling som utfører operasjonen. Dersom det er aktuelt med ytterligere behandling med stråleterapi eller medikamentell behandling, skal kirurgen drøfte dette med pasienten før henvisning til onkologisk avdeling.

Ved behov skal pasienten tilbys samtale med onkolog før beslutning om behandling tas. Det informeres om bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og varighet for medikamentell behandling og/eller stråleterapi, etter pasientens ønske og behov.

Pasienten informeres om eller tilbys kontakt med Blærekreftforeningen og deres godkjente likemenn.

Hvis det tilbys palliativ behandling skal pasienten/pårørende informeres om bakgrunnen for dette og gis informasjon om behandlingen, varighet, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og annet som er relevant.

## Støttebehandling og pleie

Ved funn av invasiv eller høygradig malign svulst: Sykepleier forestår forberedelsessamtale i avdelingen m.t.p. planlagt pasientforløp med fokus på ernæring, tidlig mobilisering, smertebehandling, utskrivningssamtale og oppfølging etter utskrivning.

*Skal ikke selve pleien og støttebehandlingen beskrives her?*

## Beslutning om behandling

Ved lavgradig og ikke infiltrerende tumor (<cT1) tas beslutning om behandling av opererende/konsulterende kirurg, evt. etter kollegial konsultasjon.

Ved høygradig og infiltrerende svulst (≥cT1), meldes pasienten til MDT for beslutning om videre behandling. Alle avdelinger eller spesialister som driver utredning av blærekreft skal være tilknyttet et MDT. Der hvor videre behandling krever henvisning til annet sykehus vil denne avdeling ta endelig beslutning etter fornyet vurdering i MDT.

## Ansvarlig

Henvisende lege har ansvar for at henvisningen oppfyller kravene angitt i pkt. 4.4.

Vurderende urolog har ansvar for umiddelbart (samme dag som henvisningen vurderes) å ta kontakt med henvisende lege (pr. telefon eller brev) dersom henvisningen ikke oppfyller kravene og avklare videre prosess.

Utredende urologisk avdeling har ansvar for standardisert pasientforløp helt fram til pasienten er ferdig med rehabilitering og sitt kontrollregime, er overført til fastlege eller av annen grunn har avsluttet pasientforløpet.

Opererende urolog har ansvar for at nødvendig utredning er utført før MDT-møte hvor beslutning tas.

Spesialavdeling har ansvar for beslutning angående kurativ eller omfattende palliativ behandling.

## Registrering

*Det er ønskelig med NCSP-kode for behandling/ beslutning i MDT og det er ønskelig med kode for;*

*- Observasjon av kurerbar sykdom*

*- Kurativ behandling (Har vi vel stort sett koder for )*

*- Observasjon av ikke-kurerbar sykdom/ pasient er for gammel/syk*

*- Palliativ behandling*

## Forløpstid

Forløpstid for utredning i 1. helseforetak er 15 kalenderdager.

Tiden består av 1 dag til:

• Journalopptak, EKG, blodprøver, etc.

• Cystoskopi

• CT-urografi (svar foreligger samme dag eller innen max 3 dager)

• Informasjon av pasient og eventuelt anestesitilsyn (som angitt under pkt. 5.1, 1. besøk)

• TUR-B innen 8. dag

Analyse av resektat/biopsi fra TUR-B (max 5 dager)

• MDT-konferanse innen 14. dag

•Pasienten informeres innen 15. dag

Ved henvisning til avdeling med høyt spesialisert funksjon (2. helseforetak) påbegynnes ny utredningsfase som angitt i pkt. 5.1 med unntak av allerede gjennomførte og kvalitetssikrede prosedyrer og undersøkelser

• neste dag vurderes mottatte henvisningspapirer og aktuelle samtaler og undersøkelser bookes

• innen 7 kalenderdager foretas relevante undersøkelser, samtale med sykepleier, legespesialist, samt rekvisisjon/revisjon av histologisvar og billeddiagnostiske undersøkelser fra henvisende sykehus.

Dersom pasienten ikke henvises til 2. helseforetak bortfaller disse 7 kalenderdagene fra forløpet.

# Initial behandling av blærekreft

## Hovedgrupper av behandlingsforløp

I dette avsnitt omtales behandling av blærekreft med opprinnelse i blærens slimhinne (urotheliale tumores). Disse utgjør ca. 95% av alle blæretumores og retningslinjene er hentet fra Nasjonalt handlingsprogram. Tumores av annen opprinnelse i blæren behandles etter Nasjonalt handlingsprogram. Ved sjeldne former som ikke er omtalt i Nasjonalt handlingsprogram behandles etter beste dokumenterte praksis.

Ca. 85-90% av ikke-invasive blæretumores er initielt behandlet etter TUR-B, og vil deretter gå inn i et kontrollregime med gjentatte cystoskopier og evt. intravesikal skylling med cytostatika for å forebygge tilbakefall.

De resterende 10-15% af pasientene med CIS (carcinoma in situ – flate kreftforstadier i slimhinnen) og/eller Ta høygradig maligne tumores behandles primært med intravesikal skylling med BCG (Bacillus Calmette Guérin – tuberkulosevaksine), og i sjeldne tilfeller kun observasjon.

Også pasienter som kun har overfladisk invasive svulster i bindevevet (cT1) kan være initielt ferdigbehandlet uten radikal kirurgi. Det vil hos disse pasientene som regel være indikasjoner for en ny TUR-B (re-TUR-B) eter ca. 2-6 uker samt intravesikal skylling.

Pasienter som har gennomgått TUR-B påbegynner behandling med mitomycin eller BCG ca. 4 uker etter TUR-B. Tidligere start øker risiko for infeksjon og bivirkninger betydelig.

Det må antas at over 50% av pasientene med blærekreft *IKKE* er ferdigbehandlet etter den initiale TUR-B. Selv om de fleste kun vil trenge fornyet TUR-B på grunn av ikke-infiltrerende tilbakefall (residiv), vil noen pasienter ved behandlingssvikt av BCG og pasienter som utvikler progresjon til muskelinfiltrerende sykdom trenge radikal cystektomi (operativ fjerning av blæren) eller onkologisk behandling i form av stråleterapi eller kjemoterapi.

For en del av pasientene vil det ikke være mulig å tilby kurativt rettet (helbredende) behandling, men utelukkende palliative (lindrende) tiltak.

Mens TURB medfører ca. 10.000 (? -NPR) operasjoner pr år og foregår på alle landets urologiske avdelinger (se ovenfor), er den kirurgiske behandlingen med cystektomi begrenset til ca. 400 (?) operasjoner pr år og sentralisert til noen få sykehus.

## De hyppigst oppståtte komplikasjoner

**Komplikasjoner ved TUR-B**

• Blæreperforasjon hvor det er nødvendig med enten kortvarig kateterbehandling etter prosedyren eller åpen operasjon med sying av blæren.

• Postoperativ blødning hvor det kan bli nødvendig med akutt fornyet kikkertoperasjon (elektrokoagulasjon gjennom resektoskop) for å stanse blødningen.

• Urinveisinfeksjon hvor det er nødvendig med antibiotika-behandling.

**Komplikasjoner ved BCG**

• Lokale cystitt-symptomer i form av sviende eller smertefull vannlating (dysuri), hyppig vannlating (pollakisuri) og blod i urinen (hematuri)

• Allmen sykdomsfølelse

• Influensalignende symptomer på behandlingsdagen

• Temp. > 38,5 ses hos de fleste etter 2-3 behandlinger

Symptomene forsvinner vanligvis av seg selv etter et par døgn, men kan i noen tilfeller nødvendiggjøre innleggelse i sengeavdeling.

**Komplikasjoner ved Mitomycin intravesikalt**

• Svie ved vannlating og hyppig vannlating, som vanligvis går over i løpet av 1-2 dager.

• Utslett i håndflatene og omkring kjønnsorganene.

**Komplikasjoner ved cystektomi**

• Mortaliteten (dødeligheten) i forbindelse med selve inngrepet er under 2 %

De fleste (ca. 70%) av komplikasjonene ved cystektomi er knyttet til urinavledningen.

• Over halvparten av pasientene opplever komplikasjoner, hvorav størstedelen av disse skyldes infeksjon og kan behandles konservativt

• Reoperasjon kan være nødvendig såvel i det umiddelbart postoperative forløp som pga. senfølger og problemer med urinavledningen.

• Senfølger omfatter såvel metabolske som funksjonelle problemer. Reoperasjon under innleggelse er ofte nødvendig ved sistnevnte.

• Komplikasjoner og senfølger avhenger delvis av type urinavledning. Spesifikt for våt stomi er bl.a. risiko for lekkasje, bandasjeringsproblemer, parastomihernie og hudproblemer. Spesifikt for neoblære er bl.a. retensjon, striktur ved urethra-anastomosen og inkontinens.

• Videre opplever størstedelen av pasientene problemer med tretthet, ernæring, seksualfunksjon og endret kroppsbilde i det postoperative forløp.

**Komplikasjoner ved stråleterapi**

• Svie ved vannlating

• Hyppig vannlating

• Smerter i blæren

• Irritasjon i endetarmen

• Diarre

• Magesmerter

• Problemer med å holde på avføringen

• Rødme i huden

• Kvalme

• Tretthet og vekttap

Bivirkningene oppstår tidligst 1-2 uker inn i stråleterapien og avtar typisk igjen 2-4 uker etter at stråleterapien er avsluttet. Som regel kan bivirkningene behandles tilfredsstillende med medisiner.

**Komplikasjoner ved kjemoterapi**

• Tretthet

• Nedsatt appetitt

• Nedsatt immunforsvar

• Påvirkning av antall blodplater

• Hårtap

• Påvirkning av følenerver

• Påvirkning av nyrefunksjon

De første dagene etter at pasienten har fått kjemoterapi er vedkommende som regel vesentlig påvirket og belastet av behandlingen. Men etter denne perioden og i tiden frem til neste behandlingsrunde vil en del pasienter kunne leve nesten som de pleier.

## Støttebehandling og pleie

TUR-kirurgi skal foregå i avdeling hvor det også er pleiekompetanse på postoperativt skyllekateter og instillasjonsbehandling.

Radikal cystektomi med urinavledning er et omfattende kirurgisk inngrep med >60% mindre alvorlige og >15% mer alvorlige komplikasjoner. Inngrepet stiller derfor strenge krav til tverrfaglig pleiekompetanse (kliniske spesialister, uroterapeut, stomisykepleier, fysioterapeut, m.fl) og skriftlige prosedyrer og rutiner. Det vil også tidsvis være behov for samarbeidende medisinske spesialiteter, i bl.a infeksjonsmedisin, intervensjonsradiologi og intensivmedisin.

## Rehabilitering

Etter cystektomi bør pasienten **informeres om og tilbys rehabiliteringsopphold** ved en kompetent institusjon. Deretter foregår videre rehabilitering i all hovedsak i hjemmet og i primærhelsetjenesten.

## Informasjon og dialog med pasienten

Kfr. også pkt. 5.2  
Ved behandlingsstart informerer behandlende lege både pasient og pårørende om den aktuelle behandlingen. Innledningsvis avklares pasientens egne tanker om hva som skal skje, og dette danner grunnlaget for den videre informasjonen som også bør inneholde følgende:

* Ved intravesikal instillasjonsbehandling: skriftlig informasjon om hygiene, forventede bivirkninger og disses varighet, behandlingsmål, monitorering og annet som er relevant
* Ved kirurgi: om operasjonen, den postoperative fase, rehabilitering på den avdeling som utfører operasjonen.
* Ved medikamentell behandling eller stråleterapi: bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og varighet.
* Ved palliativ behandling: bakgrunnen for dette og detaljert informasjon om behandlingen, varighet, bivirkninger, behandlingsmål, monitorering og annet som er relevant.

Bisitter/pårørende tilbys egen samtale med forløpskoordinator.

Ovenstående er ikke tatt inn i flytskjemaet.

Forløpskoordinator holder henvisende lege/fastlege kontinuerlig informert med løpende kopier av journalnotater, spesielt etter MDT-møter.

Før pasienten skrives ut skal det gjennomføres en samtale med pasient og pårørende hvor blant annet

* plan for fremtidige kontroller gjennomgås
* behovet for psykososial støtte, muligheter for fysisk rehabilitering inkl. fysioterapi, sexologisk veiledning, hjelp til å håndtere evt. fatigue etc. avdekkes.
* behov for bistand fra primærhelsetjenesten identifiseres og kommuniseres til denne
* konkret informasjon om fremtidig kontaktperson i spesialisthelsetjenesten (forløpskoordinator eller lege?) gis
* forløpskoordinator sikrer at kontakt er opprettet med fastlegen og evt. primærhelsetjeneste. Kfr. også pkt. 7.1.1

## Beslutning

Beslutning om initial behandling er beskrevet under pkt. 5.4.

Økende dokumentasjon for at tilleggsbehandling har effekt tilsier også at primærresultat fra behandling bør diskuteres i MDT for anbefaling av evt. videre behandling (dette er ikke satt opp på flytskjemaet ennå pga. usikkerhet om hvor det skal inn).

## Ansvarlig

Endelig beslutning om behandling med TURB bør skje i avdeling som har spesialist i urologi og er knyttet til et MDT med nødvendige spesialister (forløpskoordinator, urolog, patolog, radiolog), for å sikre riktig beslutning i tvilstilfeller.

Endelig beslutning om radikal behandling krever at det i MDT også inngår onkolog.

Pasientansvarlig urolog er ansvarlig for at all aktuell informasjon foreligger til MDT-møtet. Pasientansvarlig urolog er ansvarlig for at MDT kommer til en konklusjon og for å følge opp denne.

Før utskrivning er forløpskoordinator ansvarlig for at kontakt er opprettet med fastlegen og evt. primærhelsetjenesten (navn og kontaktinfo til kontaktperson).

## Registrering

## Forløpstid

Fra avslutning av utredningen til start av kurativt rettet behandling: 14 dager for kirurgi og stråling, 7 dager for kjemoterapi

Fra avslutning av utredningen til start av palliativ behandling: 14 dager for stråling, 7 dager for kjemoterapi.

# Oppfølging/kontroller/etterbehandling for blærekreft

## Kontroll

Kontrollregimet for pasienter som kun får utført TURB med eller uten påfølgende instillasjons-behandling (cytostatika- eller BCG-skylling i blæra), avhenger av sykdommens risiko for tilbakefall og progresjon. Denne beregnes etter EORTCs risiko-score.

Kontrollene består av cystoskopi, evt. supplert med cytologi og CT-urografi. Frekvensen for kontrollene for de ulike risikogruppene er beskrevet i nasjonalt handlingsprogram, men alle TURB med positiv histologi følges opp med en cystoskopikontroll etter 3 måneder for å avdekke eventuell resttumor.

Også pasienter som er behandlet med blæresparende kurativt rettet behandling (stråling og/eller kjemoterapi) skal følges med cystoskopier.

Pasienter som er behandlet radikalt følges opp med tanke på tilbakefall i operasjonsområdet, spredning og nye svulster i resterende slimhinne (nyrebekken, urinleder, urinrør).

Oppfølgingen vil i all hovedsak basere seg på klinisk undersøkelse, billeddiagnostikk med CT (evt. MR, PET, m.fl) og cytologi x 3. Blodprøver inngår med blant annet kontroll av nyrefunksjon.

Pasienter som har fått nytt avløp for urin må også følges opp for dette tverrfaglig (forløpskoordinator, urolog, uroterapeut/stomisykepleier, m.fl). Teknisk personale som er i kontakt med radikalt behandlede pasienter gjennom kontroller eller undersøkelser ellers må sikres informasjon/opplæring i hvordan den nye urinavledningen påvirker pasienten og undersøkelsen. Ansvar for dette tilligger urologisk avdeling.

Pasienter i en palliativ situasjon pga. utbredt sykdom eller spredning vil normalt trenge oppfølging av onkolog og forløpskoordinator.

Anbefalt kontrollopplegg for de ulike pasientgruppene fremgår av nasjonalt handlingsprogram.

### Informasjon og dialog med pasienten

Formålet med kontroll etter behandling er å påvise et residiv så tidlig som mulig med et overordnet mål om ny helbredende behandling, alternativt livsforlengende eller lindrende behandling. Ved avslutning av den initiale behandlingen skal det gjennomføres en samtale om forventninger, og pasienten skal være informert om hovedtrekkene i den oppfølgingen som tilbys. Pasient og pårørende skal være informert om bakgrunnen for kontroll og også eventuelle konsekvenser av å ikke møte til avtalte kontroller.

### Ansvarlig

Pasienter som ikke har gjennomgått radikal behandling skal normalt følges opp ved lokal urologisk avdeling, evt. hos praktiserende spesialist.

Behandlende spesialavdeling har ansvar for å legge opp oppfølgingsregime for radikalt behandlede pasienter, evt. med involvering av samarbeidende lokal avdeling. Oppfølgingsregimet vil avhenge noe av risiko for residiv og type urinavledning.

Behandlende spesialavdeling har ansvar for at teknisk personale som er i kontakt med radikalt behandlede pasienter, gjennom kontroller eller undersøkelser ellers, har relevant kunnskap om hvordan den nye urinavledningen/behandlingen påvirker pasienten og undersøkelsen.

## Håndtering av residiv etter radikalbehandling

### Informasjon og dialog med pasienten

Ved mistanke om eller påvist residiv etter radikalbehandling har den behandlingsansvarlige lege en samtale med pasienten og pårørende hvor det informeres om dette og om mulige resultater av utredningsprogrammet og behandlingsmuligheter. Etter MDT-møte informeres pasienten om konklusjonen og behandlingstilbud.

### Ansvarlig

Ved lavgradig og ikke infiltrerende tumor (<cT1) med raskt tilbakevendende lavgradige forandringer som ikke responderer på instillasjonsbehandling eller ved palliative problemstillinger, bør beslutning tas i MDT (ikke av opererende urolog alene). Se også pkt. 5.5.

# Oversiktsskjema - blærekreft

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Helsefaglige tiltak** | **Administrering** | **Kommunikasjon med pasienten** | **Ansvarlig instans/avdeling** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Forløpstider - blærekreft

Tabellen viser de samlede forløpstidene i et standardisert pasientforløp. Forløpstidene er en rettesnor. Fortsatt er det lovmessige grunnlaget pasientrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fra henvisning til første fremmøte på utredende avdeling |  | 7 kalenderdager |
| Fra første fremmøte på utredende avdeling til avslutning av utredningen (t.o.m. TURB, svar på histologi og MDT-møte) |  | 15 kalenderdager  (+7 dager ved henvisning til mer spesialisert avdeling) |
| Fra avslutning av utredningen til start av kurativt rettet behandling  Fra avslutning av utredning til start av palliativ behandling | * Cystektomi (evt. start neo-adjuvant kjemoterapi) * Strålebehandling   Kurativ kjemoterapi?   * Kjemoterapi * Strålebehandling * Annen palliasjon (smertebeh., blødning, urinveisobstruk-sjon) | 14 kalenderdager/7 kal.dager  14 kalenderdager  7 kalenderdager  7 kalenderdager  14 kalenderdager  Individuell vurdering, ofte hastepas., men max. 7 dager |
| Fra henvisning er mottatt til start av kurativt rettet behandling, NMIBC:  MIBC: | * TURB * Cystektomi * strålebehandling | 22 kalenderdager  35 (42) kalenderdager  35 (42) kalenderdager |

# Registrering - Blærekreft

Dette kapitlet skrives av Helsedirektoratet.

Dersom gruppen har kommentarer eller ting man mener det er viktig å formidle til direktoratet som gjelder registrering ber vi om at dere skriver dette her. Takk!

## Standardisert pasientforløp start

## Utredning start

## Beslutning ved initial behandling

## Behandling start

## Standardisert pasientforløp slutt

Blærekreftforeningen ønsker følgende registreringspunkter:

1. første legekontakt med symptomer tilsvarende begrunnet mistanke

2. henvisning sendt urologisk avdeling

3. henvisning mottatt urologisk avdeling

4. henvisning vurdert

5. pasienten kontaktet og gitt tidspunkt for første polikliniske konsultasjon (1. besøk)

6. 1. besøk

7. 2. besøk

8. Beslutning om behandling, MDT-møte eller opererende urolog

9. 3. besøk

10. Start kurativ behandling for MIBC

11. Start rehabilitering etter kurativ behandling for MIBC

12. Standardisert pasientforløp slutt (fullført kontrollregime) inkl. rehabilitering