

# Blåscancer

Inom flödet för urotelialcancer handläggs patienten av urologer i nära samarbete med radiologer, patologer och onkologer (KS).

På CStG utreds patienter med blod i urinen (hematuri) och misstanke om urotelialcancer med cystoskopi och kontrastförstärkt 4-fas datortomografi (Skiktröntgen). Patienterna utreds enligt SVF (standardiserat vårdförlopp). Patienter kan också vara färdigutredda av öppenvårdsurologer i vårt nätverk och remitteras till oss för operation.

Innehållet i denna kvalitetsrapport baseras på de patienter vi behandlat endourologiskt med eventuell tilläggsbehandling

På CStG har 125 patienter fått diagnosen urinblåsecancer under 2021. Detta resulterade i 460 kontakter i form av inskrivningsbesök, operation, återbesök, telefonkontakt, mm

## Beskrivning av patientflödet

När tumör i urinblåsan påvisas, genomgår patienterna TUR-B (transuretral resektion av urinblåsan). Denna operation är dels diagnostisk, men i många fall även botande. Den bortopererade vävnaden granskas av en patolog. Vid utvalda tillfällen (infiltrativ cancer eller oklar diagnos) diskuteras fallen på en behandlingskonferens och i vissa fall på MDK (multidisciplinär konferens) med Karolinska. Under 2021 utfördes 112 TUR-B operationer på CStG. Ca 10 av dessa har fått singeldos Mitomycin.

På CStG handlägger vi även patienter med tumör i övre urinvägar. Under 2021 har 16 patienter fått diagnosen övre urinvägscancer med tillhörande 28 vårdkontakter under året. Dessa patienter behandlas endoskopiskt med laserablation vid lokaliserad lågrisktumör. Vid högrisktumör (tumör i urinledare eller njurbäckenet) sker borttagning av urinledaren och tillhörande njure/njurbäcken (Nefruretärektomi).

I händelse av lågrisktumör i urinblåsan inkluderas



patienterna i kontrollprogram med uppföljande cystoskopier antingen på CStG eller hos inremitterande öppenvårdsurolog enligt de nationella vårdprogrammet. Ytliga tumörer som TaG1-2 följs upp numera via öppenvårdsurologerna med regelbundna cystoskopi kontroller. Övriga tumörer följs upp på CStG så även kontroller av cancer i övre urinvägar.

Patienter med intermediär till hög risk för återfall får adjuvant instillationsbehandling för att reducera risk för återfall med Mitomycin på urologmottagningen CStG. Patienter med intermediär till hög risk för progression (TaG3, T1-tumörer/CIS eller kombination av flera riskfaktorer) får adjuvant instillationsbehandling med BCG (Bacillus Calmette- Guerin) på urologmottagningen. Under 20201 hade vi på urologen 114 patienter som lämpade sig för instillationer. Av dessa har 79 fått BCG och 35 har fått Mito. Detta resulterade i 675 tillhörande kontakter med patienterna (antal besök för instillationer och andra vårdtillfälle).

Vid muskelinvasiv urotelialcancer remitteras patienten till urologkliniken på Karolinska Sjukhuset för ställningstagande till neoadjuvant cellgiftsbehandling och cystektomi (borttagning av hela urinblåsan).



## Kvalitetsindikatorer

Indikator	Typ	Mål 2021	Utfall 2021
Andel som genomgått utredning inom 14 dagar (tid från utfärdande av remiss till urolog/välgrundad misstanke till blåscancerdiagnos dvs datum för diagnostisk TUR/px).	Process	>80%	37/113 (32%) Riket 21%
Andel patienter med urinblåscancer som utreds enligt SVF.	Process	>70%	88% Riket 83%
Andel patienter med blåscancer stadium T1 G2/G3 som får intravesikal flergångsbehandling.	Process	>75%	14/17 (82%)
Andel patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna, T1-sjukdom eller muskelinvasiv sjukdom som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK).	Process	100%	14% Riket 75%
Andel där förekomst av blåsmuskel (detrusor) bekräftas i resektatet/ patologutlåtandet efter TUR/px	Process	100%	83% Riket 75%
Andel där blåstumörstorlek och antal blåstumörer angivits i registreringen	Process	100%	Str 0% Riket 76% Antal 0% Riket 72%
Andel lokalrecidiv inom 5 år för TaG1 och TaG2.	CROM	<25%	
Andel patienter som har namngiven kontaktsjuksköterska	Process	100%	98% Riket 78%

## Analys av resultat

Under 2021 har vi sett över vårt arbetssätt med fokus på journalföring av BCG-installationer. Detta för att tydliggöra tidsintervallerna mellan varje installation för att på så vis minska risken för utebliven behandling. Detta projekt är nu i sin andra fas och under 2022 har vi som mål att ta fram mallar för att förbättra flödet för patienter som genomgår BCG-installationer.

Våra långa ledtider, start av SVF (välgrundad misstanke om blåscancer) till blåscancerdiagnostik är högre jämfört med resten av riket. Ledtiderna påverkas delvis av remissflödet – remiss från primärvården till öppenvårdsurologen som utför cystoskopi som därefter remitterar patienten till CStG. På CStG har vi ett första inskrivningssamtal som utmynnar i en operationsanmälan. Kort tid därefter genomgår patienten operation och får återbesök för PAD besked. Snabbare hantering mellan dessa tre instanser och effektivare flöden på CStG skulle korta ned ledtiderna.

En kvalitetsindikator där vi ligger långt under målgränsen är andelen patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna, T1- sjukdom som diskuteras på multidisciplinär konferens (MDK). På CStG har vi valt att hålla interna urologkonferenser där majoriteten av misstänkta tumörer i övre urinvägar, nydiagnostiserade UTUC (Upper tract urothelial cancer) och T1 urinblåsecancer diskuteras. Här diskuteras varje enskilt patientfall i ett forum bestående av urologer och radiologer. Detta dokumenteras men registreras ej i cancerregistret. Majoriteten av muskelinvasiv sjukdom diskuteras på MDK.

För att förbättra blåscancerflödet kommer vi under 2022 att utöka formen för operationsanteckningar så att det framöver framgår storlek samt antal tumörer vid primär TUR-B.

### Kontaktpersoner

**Emelie Kinbom**, Kvalitetscontroller  
**Sirvan Akrawi**, Flödesägare