

Alltför många inkluderas i vårdförlopp urinblåsecancer

Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL) kom 2015 överens om att införa standardiserade vårdförlopp för cancersjukdomar. Syftet var »att bidra till en jämlik vård, nöjdare patienter och kortare väntetider« [1].

Tiden till diagnos av blåscancer har varit ca 35 dagar under många år, och först i och med standardiserade vårdförlopp har den gått ner till 25 dagar, vilket är mycket positivt [2]. Enkäter visar att patienterna i stort är nöjda med utredningen inom standardiserade vårdförlopp (www.cancercentrum.se). Fram till 2018 har 1,38 miljarder kronor satsats [1].

Fram till oktober 2018 hade 222 483 patienter inkluderats i något av de 31 cancer vårdförloppen, varav flest, 40 518 (18 procent), inom »cancer i urinblåsa och de övre urinvägarna«. Andelen patienter som verkligen hade cancer var 36 procent inom standardiserade vårdförlopp för prostatacancer, 61 procent för njurcancer och i särklass lägst, 12 procent, för urinblåsecancer [1]. Bland kvinnor som ingått i standardiserade vårdförlopp för urinblåsecancer var cancerförekomsten 8,2 procent och bland män 15,5 procent [Johan Ivarsson, Regionalt cancercentrum väst, Göteborg, pers medd; 2019].

Synligt blod i urinen är den helt domi-



Sten Holmång, docent, överläkare, urologmottagningen, Hallands sjukhus, Kungsbacka

● sten.holmang@regionhalland.se



Hans Hedelin, docent, Göteborgs Specialistmottagning urologi



Per-Udo Malmström, professor emeritus, överläkare, institutionen för kirurgiska vetenskaper, urologkirurgi, Uppsala universitet

nerande orsaken till start av standardiserat vårdförlopp, och utredningen innebär cystoskopi och DT-urografi.

Urologer har traditionellt talat om »tyst« hematuri, vilket innebär att den synliga urinblödningen inte åtföljs av trängningar eller flanksmärtor. Vid utredning av tyst hematuri finner man ca 20 procent blåscancer, och konsensus råder om att tyst hematuri ska utredas skyndsamt.

Synlig urinblödning med samtida nytillkomna trängningar talar för infektion (hemorragisk cystit), framför allt om tillståndet går över efter några dagars antibiotikabehandling. Blödning och samtida flanksmärtor talar för njur- eller uretärsten, och då borde en DT-undersökning vara första och ibland enda utredningssteget.

Fram till 2015, då standardiserade vårdförlopp för urinblåsecancer startade, cancerutreddes i regel inte kvinnor med hemorragisk cystit eller patienter med synligt blod i samband med njurstensanfall. Tyvärr inkluderar det standardiserade vårdförloppet även dessa vanliga former av hematuri, vilket bidragit till att ett stort antal patienter nu utreds trots att sannolikheten för cancer är mycket låg.

Standardiserade vårdförlopp för prostata och urinblåsecancer medför allvarliga undanträngningseffekter, vilket gör att patienter med dokumenterad blåscancer får sina kontroller senarelagda och att patienter med godartad prostatasjukdom eller njurstenssjukdom får vänta oacceptabelt länge [3]. Vidare innebär DT-urografi en hög stråldos mot bukhalan, och antalet DT-urografier har ökat kraftigt i och med införandet av standardiserade vårdförlopp, vilket är direkt olämpligt.

I detta nummer av Läkartidningen redovisar Oskar Kulander et al resultatet av utredning enligt standardiserat vårdförlopp för 459 patienter i Kalmar län som sökte för synligt blod i urinen. Huvudbudskapet är att endast 1 patient av de 115 med bakteri-

uri som var under 75 år hade urinvägscancer, och inte en enda av dem hade någon tumör i de övre urinvägarna på DT-urografi. Rapporten överensstämmer väl med en engelsk studie där 1 av 190 patienter som remitterats med bakteriuri och synlig hematuri hade blåscancer [4].

I en västsvensk rapport av standardiserade vårdförlopp fann man 2 blåstumörer hos 273 kvinnor (0,7 procent) med synlig hematuri och samtida symtom från urinvägarna [5]. I andra länder utreds inte kvinnor med obehandlad urinvägsinfektion som har blod i urinen [2].

I Kalmarstudien togs urinodling på imponerande 92 procent av patienterna. Ett problem med urinodling är att den sällan tas när patienten söker akut, och om den tas så kan den vara falskt negativ på grund av kort inkubationstid beroende på täta urinträngningar. Även urinsticka är opålitlig.

Artikeln av Oskar Kulander et al pekar tydligt på att standardiserat vårdförlopp för urinblåsecancer borde revideras så att patientgrupper som kvinnor med infektionssymtom och patienter med sten-smärtor inte bör inkluderas. En möjlighet kunde helt enkelt vara att enbart inkludera alla över 50 år med tyst hematuri. Många andra med hematuri behöver visserligen utredas men inte inom standardiserat vårdförlopp. En individualiserad bedömning av läkare behövs dock alltid. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2019;116: FIEY

HUVUDBUDSKAP

● Hos mindre än 1 procent av dem under 75 år som inkluderats i standardiserat vårdförlopp för urinblåsecancer med makroskopisk hematuri och bakteriuri och/eller symtom som vid urinvägsinfektion diagnostiseras en cancer. Det är därför inte motiverat att de inkluderas i standardiserat vårdförlopp.

● Tyst makroskopisk hematuri är däremot ofta orsakat av blåscancer, och det är angeläget att den utreds, speciellt hos dem som är äldre än 50 år.

REFERENSER

1. Standardiserade vårdförlopp i cancer vården. Lägesrapport 2018. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. Artikelnr 2018-11-10.
2. Malmström PU, Haug ES, Boström PJ, et al. Progress towards a Nordic standard for the investigation of hematuria: 2019. *Scand J Urol*. Epub 14 jan 2019. doi: 10.1080/21681805.2018.1555187.
3. Schelin S. Vem skall ta hand om de sjuka urologpatienterna? *Svensk Urologi*. 2018;(4):13-5.
4. Vasdev N, Thorpe AC. Should the presence of a culture positive urinary tract infection exclude patients from rapid evaluation hematuria protocols? *Urol Oncol*. 2013;31(6):909-13.
5. Holmång S, Hedelin H. Vårdförloppet för blåscancer bör fortfarande omvärderas. *Läkartidningen*. 2018;115:EYXX.