Gäller för: Västra Götalandsregionen
Innehållsansvar: Stefan Lindskog, Docent, Överläkare, avdelningen för endokrin- och sarkomkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Kirurgkliniken, Hallands Sjukhus, Varberg samt regional processägare för buksarkom vid RCC Väst.
Granskad av: Anna Karevi Verdoes, enhetschef för RCC Väst.
Godkänd av: hälso- och sjukvårdsdirektören.

Giltig från: 2022-03-14
Giltig till: 2024-03-14

Regional medicinsk riktlinje

Buksarkom - tillämpning av nationellt vårdprogram

Bakgrund och syfte

Baserat på Nationellt vårdprogram Buksarkom – intraabdominella, retroperitoneala och gynekologiska mjukdelssarkom 2020.

Förändringar sedan föregående version

Dessa riktlinjer utgår från ett nytt vårdprogram som är fastställt av RCC i samverkan 2020-10-06. Vårdprogrammet avser patienter i alla åldrar med misstänkta sarkom i buken och retroperitoneum. Det nationella vårdprogrammet inkluderar urogenitala och gynekologiska sarkom men inte muskuloskelettala och subkutana sarkom i extremiteter och bål, och inte heller intrathorakala eller sarkom i öron-näsa-hals-regionen. Denna riktlinje avviker från det nationella vårprogrammet genom att den inte inkluderar gynekologiska sarkom eftersom den delen av vårdprogrammet är en bilaga som fortfarande är under bearbetning. Denna riktlinje avviker dessutom från det nationella vårdprogrammet genom avsteg vid förbehandling och uppföljningen av GIST enligt nedan.

Regional tillämpning

Ärftlighet

De absolut flesta patienter med sarkom har ingen hereditet för tumörsjukdom men sarkom kan ändå förekomma vid vissa ärftliga syndrom med kända genetiska orsaker. Om klinisk misstanke föreligger eller medfödd mutation påvisats bör patienten remitteras till

Cancergenetiska mottagningen med postadress:
Remissportalen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
413 45 Göteborg

Diagnostik - Start av standardiserat vårdförlopp

Palpabel knöl i buken ska ge misstanke om buksarkom och patienten ska remitteras för bilddiagnostik, i första hand DT alternativt MRT. Välgrundad misstanke om buksarkom uppstår när bilddiagnostik, endoskopi eller vävnadsbunden diagnostik talar för sarkom. Då skall SVF förloppet startas och remiss skrivas och faxas till regionalt sarkomcentrum. Dvs först då det finns tydlig radiologi, endoskopi eller vävnadsdiagnostik som talar för sarkom faxas remissen till:

SVF remissportalen

010-435 75 50

Remissen vidarebefordras därefter till sektionen för endokrin och sarkomkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Alternativt kan remissen faxas direkt till sektionen för endokrin och sarkomkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset Fax nr: 031-772 95 34

Första mottagningsbesök på sarkomcentrum

När remissen är bedömd bokas ett första besök inom en vecka. Det innebär att patienten aktivt överlämnats till sektionen för endokrin och sarkomkirurgi, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Patienten kontaktas så snart som möjligt från mottagningen och informeras om eventuella kompletterande undersökningar samt erhåller uppgifter till koordinator på SU. Kompletterande undersökningar beställs och koordineras från SU.

Inremitterande bör redan ha informerat patienten om telefonnummer till koordinator på SU i samband med att remissen skrevs.

Telefonnummer till koordinator är: 031-342 69 79

Besöket syftar till att dels informera patienten om den kommande planeringen, och dels till att bedöma patientens status vad gäller nutrition, komorbiditet och inställning till den kommande föreslagna behandlingen.

Biopsi

På sarkomcentrum beslutas om det föreligger indikation för biopsi om sådan inte redan finns. Så långt det är möjligt skall man eftersträva att biopsera tumören före behandling. Detta sker med i första hand mellannålsbiopsi. Syftet är att utvärdera om tumören är känslig för förbehandling eller om det är tumör som i första hand inte skall kirurgiskt behandlas. I undantagsfall om tumören bedöms som primärt extirpabel med låg risk för postoperativa komplikationer kan man avstå biopsi. Ultraljuds- eller CT-ledd perkutan biopsi är ofta lämpligt vid retroperitoneala sarkom. Om tumören inte nås från ryggsidan får transabdominell finnålsbiopsi utföras. Denna görs företrädesvis vid Verksamhet Radiologi, buk och kärlradiologi, Sahlgrenska. Alternativt kan endoskopiskt ultraljud,

EUS med finnålsbiopsi utföras via ventrikeln. Detta är nästan alltid att föredra vid misstanke om GIST och sker på endoskopienheten GEA på Sahlgrenska universitetssjukhuset. Man kan via ledning av EUS punktera och utföra provtagning av exempelvis subepiteliala lesioner och retroperitoneala tumörer. Patienter kan i regel undersökas polikliniskt och detta i lätt sedering utan behov av intubationsanestesi. EUS-ledd finnålsbiopsi har en bevisat hög sensitivitet för GIST och andra mesenkymala tumörer i övre delen av buken.

Det är viktigt att i remissen till GEA tydligt ange om man önskar mutationsanalys av biopsimaterialet vid misstanke om GIST. Detta för att undvika tidsfördröjning och onödig kostnad om TKI sannolikt ändå inte kommer bli aktuellt.

Preparathantering

Preparaten fixeras i formalin, vilket inte utgör hinder för vidare analyser.

Multidisciplinär terapikonferens, MDK

Vid MDK skall röntgenundersökningar demonstreras tillsammans med vävnadsmikroskopi. Tumörkonferensen är varje fredag kl. 10.30 i elevhemmets konferenslokal, plan 1, Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Anmälan till tumörkonferens sker när relevanta undersökningar är beställda eller klara. Anmälan kan också göras av läkare på något av sjukhusen i VG Region eller Region Halland på anmälningsblankett enligt bilaga. Faxnummer och sista anmälningsdag framgår av anmälningsblanketten. Det är en fördel att delta via länk eller fysiskt på MDK. Länk för uppkoppling via Cisco meeting står på anmälningsblanketten.

När beslut tas om onkologisk förbehandling måste remiss skrivas till onkologen och diagnosen skrivas på remissen så att den fördelas till rätt team för att inte tappa tempo i den hanteringen.

MDK angående patient hålls under flera steg i processen. Först för behandlingsbeslut och alltid efter operation för beslut om uppföljning. Vidare anmäls patienten vid behov för diskussion om eventuellt byte av behandlingsstrategi.

Förbehandling med Tyrosinkinashämmare av GIST inför operation

Preoperativ behandling med tyrosinkinashämmare (TKI) kan vara indicerad för patienter med primärt icke-resektabel tumör som kan förväntas minska i storlek och därmed bli resektabel. Det gäller även för patienter som kan undvika handikappande kirurgi om tumören minskar i storlek liksom för de patienter där tumörkrympning före kirurgi medför minskad risk för perioperativa komplikationer. Inför behandling är det nödvändigt att känna till tumörens mutationsstatus. Om det är en känd TKI-känslig mutation behöver inte metabol utvärdering med PET-DT utföras före och efter insatt behandling, vilket innebär ett avsteg från det nationella vårdprogrammet. Dock skall tumörresponsen utvärderas med DT efter en

månad och därefter vart tredje månad. Vid osäker TKI känslig mutation skall tumörens metabola respons utvärderas med PET-DT före påbörjad behandling och ånyo efter tre veckor.

Övertag till hemortssjukhus efter operation för fortsatt vård

Övertag kan ske vid överenskommelse till kirurgklinik i VG region eller Region Halland och patienten mottages då tillsammans med slutanteckning. Vid behov kan patient återtas till SU efter tydlig kommunikation med endokrinkirurgkonsult.

Uppföljning efter operation

GIST som vid MDK efter operation bedöms ha låg eller mycket låg risk för återfall bedöms som färdigbehandlade och behöver inte följas kliniskt eller radiologiskt. Detta är ett avsteg från nationella vårdprogrammet som föreslår uppföljning med radiologi var 6:e månad de första fem åren och därefter årligen upp till 10 år efter operation. I den senaste riktlinjen från European Society of Medical Oncology (ESMO) anges att nyttan av rutinmässig uppföljning av lågrisk GIST inte är känd men om så väljes föreslås radiologi årligen upp till 5 år.

Konsult

Vid onkologiska frågor hänvisas till onkologjouren, SU 031-342 10 00 (Sahlgrenska vxl) och vid kirurgiska frågor till endokrinkirurgkonsulten, SU kl. 9-15 telefonnummer: 031-342 10 00 (Sahlgrenska vxl).

Vårdprocess – vårdnivå - vårdstruktur

Ingången i vårdprocessen med antingen radiologisk, endoskopisk eller histopatologisk bild som talar för sarkom räcker för start av SVF. Den initiala utredningen kan ske i primärvård eller via sjukhusvård. Aktivt överlämnande sker vid remiss till sarkomcentrum, SU och all vidare utredning och behandling sker därifrån. Om beslut om enbart fortsatt onkologisk behandling tas på MDK sker aktivt överlämnande via remiss från endokrinkirurgen till onkologen. Om uppföljningen överenskommits att skötas på hemortsklinik sker aktivt övertagande via remiss från endokrinkirurgen. Vid överlämning för fortsatt palliativ vård sker aktivt överlämnande via remiss till respektive palliativa enhet och i förekommande fall till kirurgkliniken vid hemorten som moderklinik. Efter avslutande uppföljning och behov av symtomkontroll av seneffekter efter kirurgi eller behandling eller vid rehabiliteringsbehov sker aktivt överlämnade till primärvården via remiss från endokrinkirurgen.

Uppföljning

Avseende vårdprocessen följer vi ledtiden som registreras från beslut om välgrundad misstanke till start av första behandling, 39 dagar. Kvalitetsindikatorerna som följs är andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsköterska och andel patienter som

diskuteras på MDK. Vidare följer vi 5-årsöverlevnaden, andel lokalrecidiv och täckningsgraden i kvalitetsregister.

Bilagor

Flödesschema buksarkom

Anmälan endokrin tumörkonferens (MDK)