



2011-02-10

Socialstyrelsen  
106 30 Stockholm

**Remiss Inbjudan att lämna synpunkter på vilka frågeställningar som bör belysas i nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancersjukvård (Dnr 5.1-37967/2010)**

---

Svenska Läkaresällskapet tackar för möjligheten att inkomma med synpunkter på planeringen av det kommande riktlinjearbetet. Vi beklagar att svaret fördröjts.

Svenska Läkaresällskapet (SLS) är en politiskt och fackligt obunden organisation som arbetar för förbättrad hälsa och sjukvård.

Efter hörande av SLS sektion för allmänmedicin vill SLS avge följande yttrande samt bifogade tabeller.

SLS anser det positivt att riktlinjerna koncentreras på aktuella och kontroversiella frågeställningar. Vi vill betona vikten av att riktlinjer för olika sjukdomar är kongruenta med varandra, både innehållsmässigt och terminologiskt. Kommande riktlinjer bör tydligt betona att en helhetssyn på patientens totala livssituation alltid måste bedömas, eftersom det inte är säkert att ett optimalt omhändertagande av cancerdiagnosen är ett optimalt omhändertagande av den multisjuka patienten med denna diagnos.

Avgränsningsfrågor kräver noggrann eftertanke. I detta sammanhang kan detta ses i

- avgränsningen mot palliativ vård
- i fråga om biverkningar av behandling, framför allt avgränsningar mot inkontinensvård och impotensvård
- vid antibiotikaprofylax, där man noga måste avväga nyttan av profylax kontra generella anvisningar om antibiotikaanvändning.

Även om det är en generell fråga bör socialstyrelsen överväga frågan om erythropoetin-behandling vid anemi.

Profylaktiska råd till friska människor bör endast undantagsvis utgå från ett isolerat diagnosperspektiv. Nyttan ur individens perspektiv kan inte värderas ens om det finns en väldokumenterad effekt mot cancer, om inte effekten i förhållande till exempelvis patientens risk för hjärt- kärlsjukdomar också är undersökt.

All screeningverksamhet måste noga väga in vinster, alternativ resursanvändning och de kända nackdelar som sådan verksamhet medför.

Svensk förening för allmänmedicin har efterlyst mer konkreta synpunkter på allmänläkarens roll. I dokumenten förefaller allmänläkarens roll vara begränsad till att hantera alla som söker med oro för cancer utan symtom. Men allmänläkaren kan också vara väl lämpad att vara ett fortsatt stöd för sina patienter även efter cancerdiagnos och längs hela sjukdomsförloppet.

För Svenska Läkaresällskapet

Stockholm den 10 februari 2011



*Margareta Troein Töllborn*  
Ordförande

*Nils Conradi*  
Ordförande, Delegationen för  
medicinska riksstämman

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr: F-1-07007/0810

Område	Rad	Hälsotillstånd Åtgärd	Rekom- mendation	Kommentar	Socialstyrelsens kommentar 2010	Socialstyrelsens förslag 2010 [Utgår eller Uppdateras]
Diagnostik	1.1	Befolkning/frisk individ  Råd om fysisk aktivitet	8	Bör rekommenderas varje individ. Prevention även för andra sjukdomstillstånd.	utgår	Utgår
Diagnostik	1.2	Befolkning/frisk individ  Långtidsbehandling med ASA	FoU	Dos oklar. Lång tids intervention krävs. Risk för GI-blödning.	ny studie är publicerad	Uppdateras
Diagnostik	1.3	Asymtomatisk individ med ökad risk (som har haft adenom)  Kemoprevention, NSAID, ASA, kalcium	FoU	Viktigt att ge patienten möjlighet till egen insats.	utgår? ej aktuell i dagsläget	Utgår
Diagnostik	2.1	FAP (Familjär adenomatös polypos)  Gentest samt strukturerad uppföljning med endoskopi med 2-3 års intervall Vid indikation profylaktisk kolektomi	1	Stor berättigad oro för cancerutveckling som kan förhindras med åtgärden.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	2.2	HNPCC (Hereditär nonpolyposis kolorektal cancer)  Gentest och strukturerad uppföljning vartannat år med koloskopi och gynundersökning och kolektomi vid indikation	2	Berättigad oro för cancerutveckling som kan förhindras med åtgärden.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår
Diagnostik	2.3	Non-FAP, non-HNPCC, samt individer med annan genförändring utan känd cancer i släkten  Strukturerad uppföljning med endoskopier med 3 års intervall	F oU	Bedömningen bygger på analogiresonemang med 2.2.  Berättigad oro för cancerutveckling som med åtgärden kan förhindras (dock i mindre) grad jmf med HNPCC.	fortfarande FoU, annika lindblom, KI	Uppdateras
Diagnostik	2.4	Individ med ulcerös colit (UC)  Strukturerad uppföljning med koloskopi vart tredje till vart fjärde år	6	Åtgärd som kan leda till tidig upptäckt cancer eller förstadier som är botbara. Kvantitativa effekter oklara.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår
Diagnostik	2.5	Individ med Crohns kolit (CD)  Strukturerad uppföljning med koloskopi vart tredje till vart fjärde år	7	Åtgärd som kan leda till tidig upptäckt cancer eller förstadier som är botbara. Kvantitativa effekter oklara men risken för cancer lägre jmf med ulcerös colit.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	2.6	Besvärslösa individer i åldersgrupp 55-70 år  Populationsbaserad screening med haemocult (och utredning med koloskopi vid positivt utfall)	FoU	Så kallad vild screening förekommer i en del länder medan t. ex. England, Finland, Danmark och Norge gör program för att undersöka om screening är praktiskt genomförbart och ekonomiskt försvarbart i en definierad population.  Det kan synas motsägelsefullt att ange evidensstyrka 1 för effekt och därefter placera åtgärden i FoU, men det beror på att screening på populationsbas avseende genomförbarhet och kostnad/nytta inte är studerad i de länder där de randomiserade undersökningarna gjorts. Det är också önskvärt att utveckla screeningmetoder med högre sensitivitet än F-Hb.	het fråga	Uppdateras
Diagnostik	2.7	Person med ärftlig risk för kolorektalcancer (familjär cancer, HCRC, TCR eller annan riskgrupp) och med stark oro  Psykosocialt stöd efter genomgång vid onkogenetisk mottagning	8	Stor individuell skillnad i behovet av psykosocialt stöd.  Kvantitativa effektdata saknas.	ej kontroversiellt, finns bättre underlag idag	Uppdateras
Diagnostik	3.1	Patient med allmän oro för kolorektal cancer utan specifika tarmsymtom  Kontakt med primärvården för bedömning utan omfattande utredning	10	Viktigt att utredning utöver vad som kan anses befogat i primärvården inte startas upp. F-blod och rektoskopi kan diskuteras och kan vara svårt att undvika inte minst då f-blod som screeningmetod diskuteras.	Utgår	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 07067/0010

Diagnostik	3.2	Tarmsymtom Klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi	1	Viktig och enkel åtgärd vid första kontakt med läkare vid tarmsymtom som inger misstanke om cancer	Utgår	Utgår
Diagnostik	3.3	Tarmsymtom Bedömning av patientens allmäntillstånd	1	Förutsättning för korrekt ställningstagande till ev palliativ målsättning med insatser. Viktigt med samråd mellan vårdnivåer.	Utgår	Utgår
Diagnostik	3.4	Tarmsymtom och misstanke om blödning, med eller utan anemi Upprepade F-Hb	6	Ger vägledning för ställningstagande till väntetid inför fortsatt utredning.		?
Diagnostik	3.5	Tarmsymtom Blodstatus och leverstatus	Icke-göra	Ej rutinåtgärd, men individuella patientbehov styr provtagningens omfattning.	utmönstrat	Utgår
Diagnostik	3.6	Tarmsymtom Tumörmarkörer i blod	Icke-göra	Tumörmarkörer saknar betydelse vid den primära diagnostiken men kan vara av värde senare i förloppet.	utmönstrat	Utgår
Diagnostik	4.1	Tarmsymtom hos patient som bedömts enligt klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi Kolonröntgen	3	Ej högst prioriterat då koloskopi är förstahandsmetod av kvalitetsskäl. Undersökningen kan vid brist på endoskopiresurser tills vidare ersättas med kolonröntgen kombinerad med rektoskopi eller flexibel sigmoideoskopi. Virtuell koloskopi är patientvänlig och förväntas i första hand ersätta kolonröntgen, men har jmf med koloskopi nackdelen att biopsier ej kan tas.	aktuell	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	4.2	Tarmsymtom hos patient som bedömts enligt klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi  Endast Sigmoidoskopi	10	Tillför inget extra för patient som bedömts enligt 3.2 och som ändå skall koloskoperas. Möjligt komplement för patient som utretts enligt 3.2 och därefter kolonröntgats.	utgår?	Utgår
Diagnostik	4.3	Tarmsymtom hos patient som bedömts enligt klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi  Koloskopi	1	Innebär möjlighet till undersökning av hela tarmen samt biopsi vid fynd. Koloskopi är förstahandsmetod av kvalitetsskäl. Undersökningen kan vid brist på endoskopiresurser tills vidare ersättas med kolonröntgen kombinerad med rektoskopi eller flexibel sigmoidoskopi. Virtuell koloskopi är patientvänlig och förväntas i första hand ersätta kolonröntgen, men har jmf med koloskopi nackdelen att biopsier ej kan tas.		
Diagnostik	4.4	Tarmsymtom  Virtuell koloskopi med CT (CT-kolon) resp med MR (MR-kolon)	5	Koloskopi är förstahandsmetod av kvalitetsskäl. Undersökningen kan vid brist på endoskopiresurser tills vidare ersättas med kolonröntgen kombinerad med rektoskopi eller flexibel sigmoidoskopi. Virtuell koloskopi är patientvänlig och förväntas i första hand ersätta kolonröntgen, men har jmf med koloskopi nackdelen att biopsier ej kan tas.	aktuell	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	5.1	Fokal förändring vid endoskopi  Biopsitagning och histologisk bedömning	1	Förutsättning för adekvat diagnostik och val av terapi.		Utgår
Diagnostik	6.1	Individ med hyperplastisk (metaplastisk) (1-5) polyp i rektum  Kolorektal kartläggning	Icke-göra			Utgår
Diagnostik	6.2	Individ med flera (dvs > 5) hyperplastiska (metaplastiska) polyper i rektum  Kolorektal kartläggning	8	Vaksamhet tillrådes vid hyperplastisk polypos.  Kolorektal kartläggning bör göras och sker troligen idag.	kan vara aktuell	Uppdateras
Diagnostik	6.3	Individ med flera och/eller stora (> 10 mm) hyperplastiska (metaplastiska) polyper i högerkolon  Kolorektala kontroller/kolektomi	FoU		kan vara aktuell	Uppdateras
Diagnostik	6.4	Individ med adenom i rektum $\geq$ 1 cm  Kolorektal kartläggning med koloskopi	3	Hög rangordning är motiverad pga. ökad risk (RR=2,8) för annan potentiellt botbar tarmtumör.	ej kontroversiellt	Utgår
Diagnostik	6.5	Individ med adenom i rektum < 1 cm  Kolorektal kartläggning med koloskopi	7	Lägre rangordning mest pga. lägre cancervisk vid små adenom.	ej kontroversiellt	Utgår
Diagnostik	6.6	Individ med kolorektal polyp  Polypektomi	4	Både diagnostisk och terapeutisk nytta för åtgärd med låg risk för komplikationer.	ej kontroversiellt	Utgår
Diagnostik	6.7	Exstirperad polyp  Histopatologisk bedömning	1	Diagnostik förutsättning för beslut om fortsatt handläggning.	ej kontroversiellt	Utgår



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Diagnostik	7.1	Individ som tidigare haft adenom/cancer i kolon eller rektum  Strukturerad uppföljning vart femte år	7	Inget skäl till tätare koloskopikontroller.	finns i vårdprogrammet	Utgår
	8.2	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer och misstänkta metastaser  Preoperativ klinisk värdering av patientens allmäntillstånd	1	Denna värdering styr fortsatt handläggning.	utgår	Utgår
	8.3	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer  Preoperativ kartläggning med blodstatus och leverstatus	6	Tillsammans med klinisk värdering kan blodprover ge tilläggsinfo inför basal bedömning av patientens allmänna tillstånd.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår
	8.4	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer  Preoperativ kartläggning med tumörmarkörer	9	Kan vid förhöjt värde ha viss prognostisk innebörd och då användas vid uppföljning.	inga nya markörer på väg in	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 0706710010

Diagnostik	8.5	<p>Patient med diagnostiserad kolorektal cancer</p> <p>Preoperativ kartläggning av utbredning, lokalt och generellt med radiologiska metoder</p>	2	<p>Rutinmässig preoperativ kartläggning kan ske med lungröntgen och ultraljud lever, alternativt CT thorax och buk. Det senare är att föredra av kvalitetsskäl då det ger tilläggsinformation om lokala förhållanden kring tumören och i buken och bilder som kan jämföras med senare undersökningar. Ultraljud med kontrast är dock ett viktigt utvecklingssteg. MR är obligat vid rektalcancer för adekvat preoperativ staging (T2-T4-stadier). Endorektalt ultraljud, som dock har låg tillgänglighet, har sin plats vid ställningstagande till lokal excision av tumörer i tidigt stadium (T1).</p> <p>Den preoperativa kartläggningen ska vara individualiserad men tillräcklig för att adekvat och säker behandling ska kunna genomföras.</p>	aktuell, ev brytas på fler åtgärder	Uppdateras
Diagnostik	8.6	<p>Patient med diagnostiserad kolorektal cancer och misstänkta metastaser</p> <p>Rutinmässig biopsi av misstänkta metastaser vid typisk klinisk bild</p>	Icke-göra	<p>Efter klinisk bedömning kan biopsi undantagsvis behöva göras för att ge underlag för kirurgisk eller onkologisk terapi.</p>		Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	9.1	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer  Bedömning av multidisciplinärt team (ev preoperativ onkologisk behandling)	4	Det finns inte underlag för återgång till tidigare praxis med en persons bedömning. Observera dock att slutansvaret för av teamet beslutad åtgärd måste tas av namngiven läkare vid aktuell specialitet.	ojämligheter över landet, preoperativ kolon framförallt	Uppdateras
Kirurgi	9.2	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer  Kirurgisk behandling så snabbt som möjligt efter diagnos och kartläggning av tumörutbredning	7	Det finns inte skäl att pressa ledtiden mycket under fyra veckor. Tiden behövs ofta för preoperativ utredning och andra förberedelser. Den angivna rangordningen avser försök att pressa ner tiden under 4 veckor. Gemensam prioriteringsgrupp föreslår att ta bort rad.	utgår, indikator, finns diskussioner nationellt	Utgår
Kirurgi	9.3	Patient med begränsad metastaserad kolorektal cancer utan specifika tumorsymtom med avsevärd förväntad överlevnad  Förebyggande palliativ resektion av primärtumör	4	Området är i snabb förändring. I många fall kan medicinsk behandling ges primärt med eller utan operation senare. Endoskopisk stent kan vara av värde. Dock kan äldre patienter ha svårt att tåla cytostatika och primär operation kan då föredras, liksom då obstruktion hotar och stent inte är möjlig.	aktuell, studie är precis påbörjad (från Norrköping, Gunnar Arbman), se effekter på subgrupper	Uppdateras
Kirurgi	9.4	Patient med utbredd metastaserad kolorektal cancer med förväntad kort överlevnad utan dominerande symtom från primärtumör  Förebyggande palliativ resektion av primärtumör	9	Generellt lågt rangordnad åtgärd, som pga. tarmsymtom snabbt kan bli mer angelägen enl 9.3	aktuell, studie är precis påbörjad (från Norrköping, Gunnar Arbman), se effekter på subgrupper	Uppdateras

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 07067/0010

	10.1	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Preoperativ bedömning (anamnes, fysikalisk undersökning, laboratorieprover, EKG, röntgen hjärta-lungor)	3	Rutiner för preoperativ bedömning skall vara klart och entydigt formulerade vid opererande klinik		Utgår
Kirurgi	10.2	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Råd om rökstopp inför operation	5	Den planerade operationen starkt incitament för omedelbart rökstopp. Utnyttja ledtiden.	okontroversiellt, hur ser det ut över landet?	Utgår
	10.3	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Allmän preoperativ multidisciplinär information om vårdförloppet	3	Viktig patientinformation som ej behöver ges vid samma tillfälle.	utgår	Utgår
	10.4	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Kontakt med stomiterapeut	3	Viktigt informationssteg inför patientens acceptans av stomi.	finns i vårdprogrammet	Utgår
	10.5	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Preoperativ dusch med antiseptisk tvål	10	Lågt prioriterat pga. att generell användning inte sänker infektionsrisken.	utgår, utmönstrat	Utgår
	10.6	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Preoperativ hårvkortning (ej rakning) i operationsområdet	10	Om det görs skall det genomföras så nära in på operationen som möjligt.	utgår, utmönstrat	Utgår
	10.7	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Preoperativ hårvkortning, rakning	icke-göra		utgår, utmönstrat	Utgår
Kirurgi	11.1	Patient med kolorektal cancer  Accelererad perioperativ vård (Fast track, ERAS)	3		kontroversiellt, aktuell	Uppdateras

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1-07067/0010

Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.2	Patient med näringsbrist vid 10-20% viktförlust  Preoperativt nutritionsstöd (enteralt om möjligt, annars parenteralt) där tiden för behandling är individuellt anpassad	6	Viktigt med screening för ev malnutrition. Nutritionsstöd vid riskgrupper kan minska op- risker ev även mortalitet.	ej kontroversiellt	Utgår
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3	Patient utan näringsbrist  Preoperativ kolhydratladdning (undantag för vissa patientgrupper)	9	Lägre prioritering än vid påvisad näringsbrist pga. lägre evidensstyrka och svårkvantifierad effekt.	ej kontroversiellt	Utgår
	11.4	Patient inför operation  Premedicinering som rutin för sedering/analgesi	Icke-göra	Individuell premedicinering endast vid särskilda skäl.	ej kontroversiellt	Utgår
	11.5	Patient med diagnostiserad koloncancer inför operation  Preoperativ förberedelse - tarmrengöring	Icke-göra	Observera att rekommendationen gäller kolon, ej rektum. Vid planerad peroperativ koloskopi (för diagnos, lokalisering eller terapeutisk åtgärd) är tarmrengöring nödvändig.	utmönstrat	Utgår
	11.6	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Trombosprofylax kort 10 dagar	2	Stor påverkan på risk för potentiellt dödande komplikation.	ej kontroversiellt, görs idag	Utgår
	11.7	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Trombosprofylax förlängd till 30 dagar	FoU		har kommit ny studie 2008-2009?	Uppdateras
	11.8	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Preoperativ förberedelse -infektionsprofylax med peroral antibiotika	2	Preoperativ endosbehandling. Enkel åtgärd med god nytta.	utgår?	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

	11.9	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  Preoperativ förberedelse -infektionsprofylax med intravenös antibiotika	5		utgår?	Utgår
	12.1	Patient som opereras för kolorektal cancer  Epidural anestesi med kortverkande anestesimedel	4	Hög rangordning pga. god kostnadseffektivitet och god evidens för analgetisk effekt med reduktion av sederingsrisk.	?	Uppdateras
	12.2	Patient som opereras för kolorektal cancer  Aktiv perioperativ värmning	4	Relativt hög rangordning pga. låg kostnadseffektivitet och gott ventenskapligt underlag.	?	Uppdateras
	12.3	Patient som opereras för kolorektal cancer  Balanserad vätskebehandling	5	Enkel åtgärd med potential att minska operationskomplikationer.	?	Uppdateras
Kirurgi	13.1	Patient med koloncancer  Typoperationer beroende på lokalisering	1	Högst rangordning pga. stor kurativ potential och tydlig påverkan på lidande.	finns i vårdprogrammet, bryts ner på åtgärder (Hohenberger)?	Uppdateras
Kirurgi	13.2	Patient med koloncancer, elektiv operation  Öppen kirurgi	1	Högst rangordning pga. stor kurativ potential och tydlig påverkan på lidande.	ej kontroversiellt 13.2-13.3 är likvärdiga idag	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Kirurgi	13.3	Patient med koloncancer, elektiv operation hos patienter utan kontraindikation till laparoskopisk kirurgi  Laparoskopisk kirurgi	2	Ingen signifikant skillnad i samhällsekonomisk kostnad mellan öppen och laparoskopisk om produktionsbortfall inkluderas. Den hittills visade väsentliga fördelen med laparoskopisk kirurgi är sannolikt färre komplikationer från bukväggen, infektioner, ärrbräck etc. En nackdel är lång inlärningsstid vilket gör att metoden förutsätter stora volymer.  Laparoskopi innebär avsevärt högre operationskostnader och därmed en större ekonomisk belastning för sjukvården jmf med öppen kirurgi.	ej kontroversiellt 13.2-13.3 är likvärdiga idag	Utgår
Kirurgi	13.4	Patient med koloncancer utan påvisad central lymfkörtelmetastasering där man genomför hög ligatur  No touch-teknik	10	Ingen säkert bevisad effekt. Kan göras. Ingår delvis i nyare koncept för radikal resektion.	utmönstrat	Utgår
Kirurgi	13.5	Patient med koloncancer, elektiv operation  Sentinel node	FoU		praktiseras ej idag, har nog utgått som FoU	Utgår
Kirurgi	13.6	Patient med koloncancer med överväxt på andra organ, elektiv operation  En bloc-resektion	3	Hög rangordning pga. stor kurativ potential och tydlig påverkan på lidande. En bloc-tekniken nödvändig vid överväxt på andra organ.	självklarhet	Utgår

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Kirurgi	13.7	Patient med koloncancer, elektiv operation  Rutinmässig anastomosteknik med stapler	10	Inte bättre än handsydd anastomos men dyrare. Osäkert hur tidsvinsten kan tillgodogöras.	utgår?	Utgår
Kirurgi	13.8	Patient med koloncancer, elektiv operation för patienter i stadium T1 med SM 1 eller 2 och med adekvat patologi  Lokal excision	1	Rangordningen gäller endoskopisk polypektomi för tidig cancer (T1 och gynnsam histologi), där öppen operation med tarmresektion inte är obligat. I praktiken ställs ofta diagnosen i efterhand då ett förmodat benign adenom har borttagits endoskopiskt.	finns i vårdprogrammet	Utgår
Kirurgi	14.1	Patient med rektal cancer ovanför analkanalen  Låg främre resektion	1	Obligat på "rätt" patient. Osäkert hur stor andel som är optimal.	finns i vårdprogrammet	Utgår
Kirurgi	14.2	Patient med rektal cancer operation med låg främre resektion  Avlastande loop-stomi	5	Rangordning medelhög pga. tydliga fördelar, men också nackdelar med rutinmässig avlastande loop-stomi.  Högre rangordning aktuell om ökad risk för anastomosläckage.		Uppdateras
Kirurgi	14.3	Patient med rektal cancer vid svag sfinkterfunktion eller hög morbiditet i andra sjukdomar.  Hartmanns operation	3	Avgränsningen är oklar mellan Hartmanns operation och rektumamputation i de fall där främre resektion med anastomos är möjlig men olämplig pga. inkontinensrisk, komplicerande sjukdom eller hög ålder. Forskning är angelägen. Det finns dock f.n. inte stöd för att Hartmanns operation ska utgöra en stor andel av radikaloperationerna.	finns i vårdprogrammet	Utgår



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Kirurgi	14.4	Patient med cancer i mellersta och övre rektum utan dålig sfinkterfunktion eller riskfaktorer eller hög morbiditet i andra sjukdomar  Hartmanns operation (i kurativt syfte)	FoU		ökad användning, finns i vårdprogram, mer frekvent i Norden än i övriga världen, aktuell	Uppdateras
Kirurgi	14.5	Patient med rektalcancer och icke botbar fjärrmetastasering och/eller icke lokalt radikal operation (R1-R2-resektion)  Hartmanns operation i palliativt syfte.	5		ej kontroversiellt	Utgår
Kirurgi	14.6	Patient med lågt belägen rektal cancer (stadium I-IV)  Rektumamputation	1	Obligat på "rätt" patient. Används fr.a. vid låg cancer med inväxt i sfinktermuskulaturen.	ej aktuell	Utgår
Kirurgi	14.7	Patient med tidig rektal cancer (stadium I )  Lokal excision	2	Enkel åtgärd som är lämplig i strikt selekterade fall.	finns i vårdprogram där det är definierat på TNM	Utgår
Kirurgi	14.8	Patient med lokalt avancerad rektal cancer med utbredd överväxt mot omgivande organ, elektiv operation  Bäckenexcenteration	2	Potentiellt kurativt ingrepp med flera riskfaktorer. Omfattande kirurgisk åtgärd som bör koncentreras till enheter med särskild kompetens.	okontroversiellt, koncentrerat	Utgår
Kirurgi	14.9	Patient med lokalt avancerad rektal cancer  Lateral lymfkörtelutrymning	Icke-göra	Åtgärd med osäker vinst och hög morbiditet.	utmönstrat	Utgår
Kirurgi	15.1	Patient med kolorektal cancer  Metastasförebyggande åtgärd Profylaktisk oophorectomi	Icke-göra	Åtgärden har ej någon dokumenterad vinst för patient.	ej kontroversiellt	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Kirurgi	15.2	Patient med kolorektal cancer som har perforation, blödning eller ileus  Akut kirurgisk behandling	1	Kirurgisk handläggning kan undanröja det akuta livshotet med kraftigt lidande och även vara av god effekt i det längre perspektivet.	aktuell utifrån nivåstrukturerings	Uppdateras
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.1	Postoperativt förlopp hos nyopererad patient  Standardiserad vårdplan	3	Generell för alla diagnoser.	ej kontroversiellt	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.2	Patient opererad för kolorektal cancer  Daglig omläggning av operationssår	Icke-göra		utmönstrat	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.3	Nyopererad patient  V-sond som rutin på alla patienter	Icke-göra	Icke värdeskapande åtgärd.	utmönstrat	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.4	Nyopererad patient  Bukdränage som rutin på alla patienter	Icke-göra	Värdet av bukdränage ej dokumenterat.	utmönstrat	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.5	Nyopererad patient  Tidigt avlägsnande av urinkateter	4	Något längre (ca 2 dagar) kateterisering efter rektalkirurgi.	?	?
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.6	Illamående och kräkningar efter operation för kolorektal cancer  Epiduralanestesi, undvika övervätskning, tidigt födointag, minimera användandet av opioider	3	Relativt hög rangordning pga. stark påverkan på livskvalitet, men ej möjlighet till fullständig lindring.	utgår?	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.7	Paralys av tarmen efter operation för kolorektal cancer  Postoperativ laxering med peroralt magnesiumoxid	FoU		?	?

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1-07067/0810

Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.8	Patient som opererats för kolorektal cancer  Postoperativ epidural analgesi	3	Ger god postoperativ analgesi. 2 dagar vanligen tillräckligt efter kolonresektion. Något längre tid efter rektal kirurgi.  Relativt hög rangordning pga. att smärta tydligt påverkar livskvalitet och rehabilitering, men ej möjlighet till fullständig lindring.	?	?
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.9	Patient som opererats för kolorektal cancer  Postoperativt tidigt födointag	4	Peroral försörjning from första postoperativa dagen kan ges rutinmässigt.	ej kontroversiellt	Utgår
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.10	Patient som opererats för kolorektal cancer  Tidig mobilisering	4	Relativt högt rangordning för ett tydligt schema för postoperativ mobilisering som underlättar rehabilitering.	ej kontroversiellt, koppling fast-track	Utgår
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.11	Patient efter behandling  Utnyttjande av instrument för att identifiera behov av psykosocialt stöd	FoU		ingen ny kunskap, studier pågår bl a dansk	Uppdateras
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.12	Patient efter behandling  Individuellt anpassat psykosocialt stöd	3	Individuella variationer i behov. Gäller alla diagnoser.	ej kontroversiellt	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.13	Patient opererad för kolorektal cancer  Rådgivning för stomiskötsel	3	Viktig information inför träning och acceptans av stomi.	finns i vårdprogram	Utgår
Kirurgi	17.1	Mekanisk ileus efter operation  Operation	1	Snar kirurgi nödvändigt efter konstaterat tarmhinder. Kirurgisk handläggning kan undanröja det akuta livshotet med kraftigt lidande.	ej kontroversiellt	Utgår
Diagnostik	17.2	Patient opererad för kolorektal cancer och med postoperativa symtom tydande på anastomosinsufficiens  Tidig diagnostik och behandling	1	Optimal anastomosteknik bästa preventionen mot denna allvarliga komplikation. Fördröjd diagnostik och behandling vid anastomosinsufficiens ger förhöjd mortalitet.	ej kontroversiellt	Utgår
Kirurgi	17.3	Patient opererad för kolorektal cancer som tidigt efter operation fått stomikomplikationer  Diagnostik och kirurgisk behandling	3	Svårt tillstånd. Ovanligt med stomikomplikation som kräver stomirekonstruktion i det tidiga postoperativa förloppet.	ej kontroversiellt	Utgår
Kirurgi	17.4	Patient opererad för kolorektal cancer som efter operation fått sena stomikomplikationer  Diagnostik och kirurgisk behandling	5	Optimal teknik vid anläggandet av stomi förebygger komplikationer. En dåligt fungerande stomi kan kräva stora och långvariga sjukvårdsinsatser.	studie på Huddinge pågår (stomibräck, sena komplikationer), aktuell fråga	Uppdateras
	18.1	Patient med kolorektal cancer, elektiv operation, olika stadier  Operation vid enhet med låg volym (<12 operationer/år) .	10	Otillräckligt vetenskapligt underlag men common sense att kirurgin ej bör utföras vid enhet med alltför låg volym av dessa ingrepp.	aktuell för nivåstrukturerering inom RCC	Uppdateras
	18.2	Patient med rektal cancer, elektiv operation, olika stadier  Operation av specialiserad kirurg i miljö med möjlighet till multidisciplinär bedömning .	4	Modern rektalcancerkirurgi kräver kirurg specialutbildad i TME-teknik.	ej kontroversiellt	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

	19.1	<p>Operationspreparat</p> <p>Diagnostik, stadieindelning, körteldiagnostik, strukturerad handläggning</p> <p>Strukturerat PAD</p> <p>Rapportering till kvalitetsregister</p>	2	<p>En korrekt karakteristik av operationspreparatet har betydelse för en fortsatt optimal handläggning av patienten</p> <p>Det finns mer moderna referenser som man bör hänvisa till i faktaunderlaget. Redovisa svårighetsgrad och effekt i termer av vad det betyder för morbiditet och mortalitet.</p>	<p>strukturerat PAD fungerar ej i praktiken, övriga delar har blivit bättre och bättre</p>	Uppdateras
Diagnostik	19.2	<p>Operationspreparat</p> <p>Immunhistokemi, molekylära analyser</p>	FoU		fortfarande FoU	Uppdateras
Diagnostik	20.1	<p>Patient med kolorektal cancer</p> <p>Prediktion av behandlingssvar på onkologisk behandling</p>	FoU		fortfarande FoU	Uppdateras
Strålbehandling	20.2	<p>Patient med primärt icke exstirpabel koloncancer där operation bedöms möjlig om tumörtillbakabildning kan nås</p> <p>Kombination av kemoterapi och strålbehandling åtföljd av kirurgi med kurativ intention</p>	5	<p>Kan ingå som led i potentiellt kurativ behandling.</p>	<p>sitter ihop med fler frågeställningar, tveksamt operabel - aktuell fråga!</p>	Uppdateras
Strålbehandling	20.3	<p>Patient med primärt icke exstirpabel rektal cancer</p> <p>Preoperativ radioterapi</p>	5	<p>Rangordningen baseras på acceptabel toxicitet och underlag för god effekt.</p>	ej aktuell	Utgår
Strålbehandling	20.4	<p>Patient med primärt icke exstirpabel rektal cancer</p> <p>Preoperativ radiokemoterapi med 5-FU-baserad behandling utan tillägg av andra cytostatika</p>	3	<p>Högre rangordning pga. bättre effekt vid tillägg av cytostatika än vid enbart radioterapi. Acceptabel toxicitet (framför allt i ljuset av den höga morbiditeten av tillståndet).</p>	<p>preoperativ kemoradioterapi är aktuell fråga</p>	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Strålbehandling	20.5	Patient med primärt icke exstirpabel rektal cancer  Preoperativ radiokemoterapi med kombination av 5-FU alt capecitabin och t.ex. oxaliplatin eller irinotekan	FoU	Ökad toxicitet kan vara acceptabel om bättre lokal tumörkontroll erhålles också efter långtidsuppföljning.	fortfarande fou, studier pågår, nya atnikroppar finns på agendan	Uppdateras
Strålbehandling	20.6	Patient med exstirpabel men lokalt avancerad rektal cancer, cT3-4 eller N+  Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radioterapi med 5 x 5 Gy under 1 vecka)	3	Stark evidens för god nytta utan allvarliga komplikationer. Den neoadjuvanta strålbehandlingen ger få akuta biverkningar men vissa sena biverkningar vilka måste beaktas när beslut om strålbehandling tas i samband med multidisciplinär bedömning. Höga tumörer med MR-stadium cT3a kan troligtvis undantas från strålbehandling om inga andra riskfaktorer finns och kirurgens kompetens hög.	ej kontroversiellt, men vad är lokalt avancerad är en aktuell fråga!	Uppdateras
Strålbehandling	20.7	Patient med exstirpabel men lokalt avancerad (T3-4 (operabel) eller N+) rektal cancer  Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radioterapi under 4-5 veckor (40-50 Gy) utan cytostatika )	8	Låg rangordning (jmf med 5x 5Gy) pga. fler akuta biverkningar och längre tids behandling innan operation utan förbättring av tumörkontrollen. Ingen kunskap om ev sena biverkningar även om många tror risken är lägre. Till denna grupp av patienter används inte lång strålbehandling i Sverige (utom i en randomiserad studie).	aktuell, men vad är lokalt avancerad är en aktuell fråga!	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Strålbehandling	20.8	<p>Patient med exstirpabel men lokalt avancerad (T3-4 (operabel) eller N+) rektal cancer</p> <p>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radio-kemoterapi under 5-6 veckor (46-50 Gy) med 5-FU)</p>	3	<p>Radiokemoterapi är standard i många delar av världen för denna grupp av patienter och inte enbart för de med primärt inextirpabel cancer. I Sverige ges rutinmässigt 5x5 Gy till denna grupp av patienter. Gränsen mellan exstirpabel och inextirpabel är dock flytande. Bedömningen bör göras med MRT (benäms ofta som bad respektive ugly).</p>	<p>aktuell, men vad är lokalt avancerad är en aktuell fråga!</p>	Uppdateras
Strålbehandling	20.9	<p>Patient med exstirpabel men lokalt avancerad (T3-4 (opera-bel) eller N+) rektal cancer</p> <p>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radio-kemoterapi under 5-6 veckor (46-50 Gy) med 5-FU/ capecitabin och oxaliplatin eller irinotecan</p>	FoU	<p>Ökad toxicitet kan vara acceptabel om fler patologiska responser innebär bättre lokal tumörkontroll och överlevnad också efter långtidsuppföljning.</p>	fortfarande fou	Uppdateras

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Strålbehandling	20.10	Patient med exstirpabel icke lokalt avancerad (cT1-2 N0) rektal cancer  Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radioterapi med 5 x 5 Gy under 1 vecka)	4	Patienter med dessa tidiga tumörer har inkluderats i studierna då det tidigare inte gick att exkludera dem. De har minst samma relativa vinst av strålningen som de med lokalt avancerad tumör, däremot är med TME den absoluta vinsten liten och för flertalet patienter inte tillräcklig för att rekommendera preoperativ strålbehandling. Patienter har dock angivit att behandling önskas om risken för lokalrecidiv sänks från 3% till 1%.		?
Strålbehandling	20.11	Primärt avancerad eller lokalt recidiv av rektal cancer  Intraoperativ radioterapi	FoU	Effekt kan finnas men otillräckligt studerat. Relevant i enstaka fall.	frågan är utdöd	Utgår
Diagnostik	21.1	Patient opererad för kolorektal cancer  Postoperativ prognosbedömning (baserat på operationsfynd och PAD)	4	Prognosbedömning ger viktigt underlag för fortsatt handläggning.	finns i vårdprogram	Utgår
Diagnostik	21.2	Patient opererad för kolorektal cancer  Bedömning av behandlingsalternativ av multidisciplinärt team efter PAD	6	Rangordningen är baserad på erfarenhet utan möjlighet till kvalitativ eller kvantitativ bedömning. Gäller alla cancertyper.	görs alltid postop idag, finns i vårdprogram och register (>90%)	Utgår
Läkemedel	21.3	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II utan riskfaktorer  Adjuvant onkologisk behandling (postoperativ cytostatika, 5-FU-behandling intravenös eller peroral))	5	För högriskpatienter stadium II samma prioritet som stadium III.	kontroversiellt, aktuell	Uppdateras



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1\_07067/0010

Läkemedel	21.4	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium III och II med riskfaktorer  Adjuvant onkologisk behandling (postoperativ cytostatika, 5-FU-behandling intravenös eller peroral)	2	God evidens för större chans till bot.	ej kontroversiellt men hör ihop med 21.3	Uppdateras
Läkemedel	21.5	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II utan riskfaktorer  Adjuvant onkologisk behandling, (postoperativ cytostatika, kombination 5-FU/oxaliplatin)	5	Biverkan i form av neurotoxicitet av oxaliplatin tillägget är inte sällan påtaglig och långvarig och kan vara handikappande. Måste vägas in före terapibeslut och värderas under behandlingens gång. För högriskpatienter stadium II samma prioritet som stadium III.	kontroversiellt, aktuell	Uppdateras
Läkemedel	21.6	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium III och stadium II med riskfaktorer.  Adjuvant onkologisk behandling, (postoperativ cytostatika, kombination 5-FU/oxaliplatin)	2	Biverkan i form av neurotoxicitet av oxaliplatin tillägget är inte sällan påtaglig och långvarig och kan vara handikappande. Måste vägas in före terapibeslut och värderas under behandlingens gång. För högriskpatienter stadium II samma prioritet som stadium III.	ej kontroversiellt men hör ihop med 21.3	Uppdateras
Läkemedel	21.7	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II och III  Adjuvant onkologisk behandling (postoperativ cytostatika, kombination 5-FU/irinotekan)	9	Ingen nämnvärd förbättring i QALY pga. biverkningar och liten hälsovinst i övrigt för stadium II.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår
Strålbehandling	21.8	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II och III  Adjuvant strålbehandling	Icke-göra		utmönstrat	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Strålbehandling	21.9	Patient med radikalt exstirperad rektal cancer, stadium II och III om preoperativ strålning inte givits  Adjuvant behandling radiokemoterapi	4	Denna behandling är aktuell när man inte tidigare gjort korrekt preoperativ staging. Rangordnas lägre än när preoperativ radiokemiterapi givits efter korrekt staging.	kontroversiellt, aktuell	Uppdateras
Läkemedel	21.10	Patient med radikalt exstirperad rektal cancer, stadium II och III  Adjuvant behandling (postoperativ cytostatika intravenöst eller peroralt)	FoU		kontroversiellt, aktuell, finns nya studier	Uppdateras
	21.11	Patient med kolorektal cancer  Preoperativ behandling påbörjad inom 4 veckor efter diagnos	7		ingen ny kunskap, kopplat till ledtider och org	Utgår
	21.12	Patient med kolorektal cancer stadium II och III  Adjuvant behandling med start < 6 veckor efter operation	3		ej kontroversiellt, europa riktlinjer säger 6-8 veckor	Utgår
	21.13	Patient med kolorektal cancer  Adjuvant behandling med start > 8 veckor efter operation	Icke-göra		ej kontroversiellt, europa riktlinjer säger 6-8 veckor	Utgår
Läkemedel	22.6	Patient som får cytostatika och strålbehandling/ omvårdnadsinsatser för att lindra och förebygga akuta biverkningar  Behandling med klorhexidin/kamomill	10	Svag evidens men används på vissa kliniker.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår
Läkemedel	22.7	Patient som får cytostatika omvårdnadsinsatser för att lindra och förebygga akuta biverkningar  Munsköljning med allopurinol	9	Begränsad effekt, kan minska risken för svår mucositis.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Läkemedel	22.8	Patient som får cytostatika och strålbehandling/ omvårdnadsinsatser för att lindra och förebygga akuta biverkningar  Kryoterapi	9	Viss evidens för effekt finns, billigt, ofarligt. Värt att prova.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår
Läkemedel	22.9	Patient som får cytostatika och som drabbats av illamående  Farmakologisk behandling/Antiemetika	2	God effekt av profylaktisk behandling enligt nivågruppering för risk för CINV.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	22.10	Patient med risk för och utvecklat behandlingsinducerat illamående/kräkningar  Massage	10	Okvantifierad effekt, men möjliga andra gynnsamma effekter.	ej aktuell	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	22.11	Patient med risk för och utvecklat behandlingsinducerat illamående/kräkningar  Avslappning, psykologiska behandlingsmetoder	9	Evidens för viss effekt. Effektiv farmakologisk behandling bör vara förstahandsalternativ.	ej aktuell	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	22.12	Patient med risk för och utvecklat behandlingsinducerat illamående/kräkningar  Akupressur, akupunktur	9	Farmakologisk behandling har högre rangordning. Det finns en klinisk användning med effekt på individnivå. Moderna studier om varje methods behandlingseffekt, enskilt eller tillsammans med farmaka saknas.	ej aktuell	Utgår
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	23.1	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått tarmfunktionsstörningar (inkontinens, diarré)  Diagnostik och farmakologisk behandling eller bäckenbottenträning	6	Lågt rangordnad pga. oklar effekt på hela patientgruppen.	ej kontroversiell	Utgår

## SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1\_0706710010

Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	23.2	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått tarmfunktionsstörningar (inkontinens, diarré)  Diagnostik och deviation av tarminnehåll med stomi	6	Kirurgisk åtgärd i svåra fall är rimligen effektiv och bör därför få högre rangordning.	ej kontroversiell	Utgår
	23.3	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått sexuella störningar (impotens, dyspareuni, m.m.)  Farmakologisk eller kirurgisk behandling	6	Tillståndet har stor påverkan på livskvalitet och åtgärden ger i vissa fall god effekt. Oklar total effekt för patientgruppen som helhet.	ej kontroversiell	Utgår
	23.4	Patient med rektalcancer  Individuellt anpassad information och sexualrådgivning	8	Litet problem, tveksam effekt.	studie pågår i SLL (Anna Martling)	Uppdateras
	23.5	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått miktionsstörningar (tömningssvårigheter, m.m.)  Omhändertagande och farmakologisk behandling av miktionsstörning	8	Spontanremission, svagt underlag.	finns i vårdprogram, ej kontroversiellt	Utgår
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	24.1	Recidivfri patient utan symtom en tid efter avslutad behandling  Bedömning av hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av standardiserade instrument	FoU	Svårt mäta, tveksam effekt.	fortfarande FoU, diskussion i kval reg	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	24.2	Patienter behandlade kurativt för kolorektal cancer  Uppföljning under maximalt 5 år för att upptäcka behandlingsbara återfall av tumör	4 FoU utöver grundläggande uppföljning	Effekt av uppföljning finns visad men det exakta innehållet i uppföljningsprogrammen återstår att fastställa. Vissa recidiv/metastaser är möjliga att åtgärda med kurativ intention. Effekt av uppföljning under längre tid än 5 år är ej meningsfull eftersom sena recidiv i praktiken sällan förekommer.	kontroversiellt, stor studie genomförd förväntas data ca 2013, oenighet om vad som är grundläggande uppföljning (1,3,5 år? plus innehåll)	Uppdateras
Diagnostik	25.1	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Kartläggning av tumörutbredning	3	Förutsättning för val av terapi mot recidiv. Värdet av radiologiska metoder ej studerat. PET us rimlig om aggressiv kurativ ansats. Std rtg hör dock till rutin och kan knappast tas bort.	ej kontroversiellt	Utgår
Diagnostik	25.2	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Bedömning av behandlingsalternativ av multidisciplinärt team	6	Rangordningen baserad på erfarenhet utan möjlighet till kvalitativ eller kvantitativ bedömning. Gäller alla cancertyper.  Ger mer optimal bedömning givet att området blivit alltmer komplext. Minskar rimligen behovet av second opinion.	självklarhet	Utgår
Kirurgi	26.1	Patient med lokalrecidiv som bedömts möjlig att operera, rektal cancer  Operation av lokalrecidiv	2	Vetenskapligt underlag inte starkt men kirurgi är enda möjligheten till bot.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår
Kirurgi	26.2	Patient med levermetastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  Operation av levermetastaser	3	Kontrollerade studier önskvärda men inte möjliga idag.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1\_07067/0010

Kirurgi	26.3	Patient med lungmetastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  Operation av lungmetastaser	3	Se 26.2. Vid synkron levermet kan resektion av lungmet ej rekommenderas.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår
Kirurgi	26.4	Patient med metastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  Operation av metastaser till peritoneum med intraperitonealt cytostatika	FoU	Svagare stöd än för metastas i lever enbart. Se även 26.2. Kombinerat med IPC. Mycket resurskrävande men relativt lovande resultat. Bör koncentreras till enstaka enhet. Studier önskvärda.	kontroversiell, ny kunskap finns	Uppdateras
Kirurgi	26.5	Patient med hjärnmetastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  Operationer av hjärnmetastaser	9	Rimligt alternativ i vissa fall. Symtomlindrande potential.	ej kontroversiell	Utgår
Kirurgi	26.6	Patient med metastaser av kolorektal cancer i mer än ett organ  Operationer av metastaser i flera organ (lever och lunga)	5	Rangordningen gäller endast vid mycket selekterade fall. Svåröverskådlig dokumentation.	i grunden en självklarhet men det finns detaljer i tillvägagångssättet som kan diskuteras, indikation (antalet metastaser) och metoder	Uppdateras
Kirurgi	26.7	Efter framgångsrik kemoterapi av irresektabel sjukdom  Operation av levermetastaser	3	Ungefär samma effekt som primär operation av levermetastaser men rimligen sämre kostnadseffektivitet.	praktiseras idag men rad om levermetastaser neoadjuvant cyt behöver läggas till	Uppdateras
Kirurgi	26.8	Levermetastaser  Lokal tumördestruerande behandling i levern	FoU	Rimligt att ha som alternativ/komplement till kirurgi i selekterade fall. Studier önskvärda.	fortfarande fou, studier pågår, praktiseras i varierande omfattning	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Läkemedel	27.1	Patient med metastas av kolorektal cancer  Adjuvant behandling med 5-FU/leucovorin efter radikal kirurgi för fjärrmetastaser.	5	Ett flertal små studier som visat minskad risk för recidiv, majoriteten dock inte med statistisk signifikans. En positiv studie rapporterad december 2006. Den relativa vinsten förefaller likvärdig med den efter coloncancer stadium III.	aktuell, hänger ihop med neoadjuvant behandling	Uppdateras
Läkemedel	27.2	Patient med metastas av kolorektal cancer  Adjuvant behandling med 5-FU/leukovorin /oxaliplatin efter radikal kirurgi för fjärrmetastaser.	FoU	Den relativa vinsten av adjuvant cytostatika efter metastaskirurgi förefaller likvärdig med den efter coloncancer stadium III, dvs oxaliplatintillägget kan förväntas minska risken med ytterligare 20-25 % utöver den som 5-FU/leukovorin enbart ger. Ytterligare studiedata kommer under 2007.	aktuell, hänger ihop med neoadjuvant behandling, EPOC kom med resultat 2008	Uppdateras
Läkemedel	28.1	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer där kombinationsbehandling inte bedöms lämplig eller nödvändig primärt  Palliativ behandling med cytostatika (modulerad 5-FU-baserad behandling enbart, 1:a linjen)	4	Stark evidens för god palliativ effekt och god kostnadseffektivitet.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras
Läkemedel	28.2	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer (som ovan)  Palliativ behandling med cytostatika (infusion 5-FU i stället för bolus, 1:a linjen)	4	Stark evidens. Marginellt bättre än bolus, något mer resurskrävande.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1-07067/0010

Läkemedel	28.3	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer (som ovan)  Palliativ behandling med cytostatika (peroral fluoropyrimidinebehandling, 1:a linjen)	4	Likvärdigt med 5-FU parenteralt och färre allvariga biverkningar.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras
Läkemedel	28.4	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer där största möjliga chans till tumörtillbakabildning bedöms lämplig eller nödvändig  Palliativ behandling med cytostatika (modulerad 5-FU-behandling + irinotekan eller oxaliplatin, 1:a linjen)	5	Används selektivt utifrån tolerans och förväntad nytta. Kostnadseffektivitet på marginalen men patienten i ett utsatt läge.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras
Läkemedel	28.5	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med cytostatika (irinotekan enbart 2:a linjen (efter svikt modulerad 5-FU))	6	Selektiv användning rimlig.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras
Läkemedel	28.6	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med cytostatika (modulerad 5-FU + oxaliplatin 2:a linjen (efter svikt irinotekan/5-FU/leucovorin))	6	Vid selektiv användning högre rangordning.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Läkemedel	28.7	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med cytostatika (irinotekan eller oxaliplatin med 5-FU)/leucovorin 3:e linjen (efter svikt modulerad 5-FU och oxaliplatin/5-FU/leucovorin resp irinotekan/5-FU/leucovorin)	6	Selektivt för patienter som haft god tumörrespons på tidigare behandlingar och gott allmäntillstånd. Mycket hög kostnadseffektkvot. Det spelar sannolikt ingen roll i vilken ordning de tre aktiva cytostatika vid kolorektal cancer (5-FU/leucovorin, oxaliplatin, irinotekan) ges och om patienten primärt inte har en snabbt progredierande sjukdom eller är i ett för dåligt allmäntillstånd för att uppnå överlevnadsför längning. Att börja med 5-FU/leucovorin och senare ge tillägg av oxaliplatin eller irinotekan är således likvärdigt avseende total överlevnad som att börja med kombinationsbehandling.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras
Läkemedel	28.8	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med 5-FU och irinotekan med bevacizumab (Avastin) 1:a linjen som tillägg	7	I selekterade fall god effekt men hög kostnad i förhållande till effekt och bara en studie. Gäller endast i kombination med irinotekan.	aktuell, område i stark utveckling	Uppdateras
Läkemedel	28.9	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med 5-FU och oxaliplatin med bevacizumab (Avastin) 2:a linjen som tillägg	8	Mindre effekt än vid behandling i första linjen. Ökar kostnaden. Gäller kombination med oxaliplatin. Ännu ej godkänd indikation.	aktuell, område i stark utveckling	Uppdateras
Läkemedel	28.10	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med kombinationen irinotekan med cetuximab (Erbix) 3:e linjen som tillägg (efter svikt på irinotekan)	8	Liten effekt och mycket hög kostnad i förhållande till effekt.	aktuell, område i stark utveckling	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Kirurgi	29.1	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer med ileus  Palliativ behandling med kirurgi, (operation stent, inre shunt, stomi)	4	Svårt sjukdomstillstånd. Led i palliativt omhändertagande. Kirurgisk åtgärd kan ge god lindring, men med varierande resultat och otillräckligt vetenskapligt underlag.	ej kontroversiellt, palliativ stent är inte kontroversiellt men kurativ stent (bridge to surgery) är aktuell	Uppdateras
Strålbehandling	29.2	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  Palliativ behandling med strålning	2	God chans till lindring och god evidens.	ej kontroversiellt men det finns ojämlikt över landet	Uppdateras

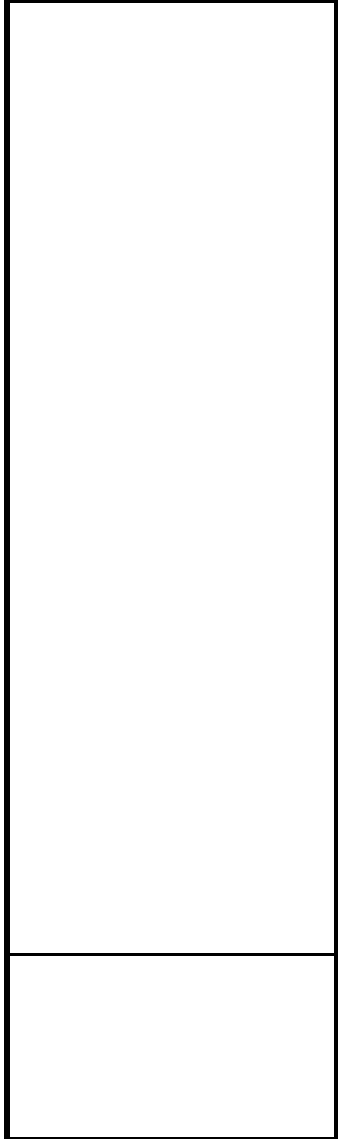
Synpunkter från er?
Varför är denna frågeställning viktig att belysa? Är den etiskt svår, är det höga kostnader, praxisskillnader eller kontroversiell på annat sätt?


All screeningverksamhet  
måste noga vägas mot de  
kända nackdelars som sådan  
verksamhet medför. Ref  
"Skapar vården ohälsa"  
Borodersen mfl













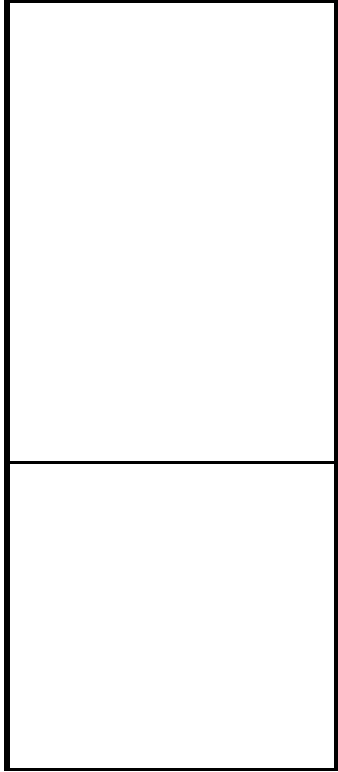






Här bör patientens allmänläkare vara en central person som är väl lämpad för stödjande åtgärder. Men han/hon bör naturligtvis vara en huvudaktör under hela processen från diagnostik till behandling och ev palliativ vård. Dåligt att inte allmänläkarens roll lyfts fram i större utsträckning i detta dokument.









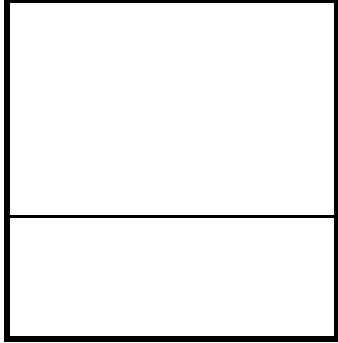








SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007  
skickas till [synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se](mailto:synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se)  
Dnr 5.1- 37967/2010



Förslag på nya frågeställningar  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 - 27067/2010

Område	Tillstånd	Åtgärd
Exempel	Symtomgivande anemi	Erythropoetin (EPO)

Kommentar  Varför är denna frågeställning viktig att belysa? Är den etiskt svår, är det höga kostnader, praxisskillnader eller kontroversiell på annat sätt?	
Praxisskillnader	

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr: S-1-07007/2010

Område	Rad	Hälsotillstånd  Åtgärd	Rekom- mendation	Kommentar	Socialstyrelsens kommentar 2010	Socialstyrelsens förslag 2010 [Utgår eller Uppdateras]
Diagnostik	1.1.1	Frisk man kemoprevention  a. 5-alfa-reduktashämmare b. Antiinflammatoriska läkemedel (ASA)	FoU		a)behöver uppdateras b)Utgår	a)Uppdateras b)Utgår
Diagnostik	1.1.2	Frisk man kostfaktorer och supplementering med spårämnen och vitaminer  a. Antioxidanter b. Lycopener c. fytoöstrogener d. Selen e. Vitamin E f. Vitamin D	FoU		Dålig evidens, behöver kanske inte delas upp i flera undergrupper. kontroversiellt?	?
Diagnostik	1.2.1	Riskgrupp identifierad på basen av PSA-värde eller fynd av höggradig PIN  Preventiva åtgärder: 5α- reduktashämmare, COX2- hämmare	FoU			Utgår
Diagnostik	1.2.2	Riskgrupp identifierad beroende på familjär anhopning av prostatacancer  Preventiva åtgärder: 5α- reduktashämmare, COX2- hämmare	FoU			Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Diagnostik	2.1.1	Friska män, 50-70 år Populationsbaserad screening med PSA-test	FoU		kontroversiellt alla rader om screening måste ses över	Uppdateras
Diagnostik	2.1.2	Friska män, >70 år Populationsbaserad screening med PSA-test	Icke-göra		kontroversiellt alla rader om screening måste ses över	Uppdateras
Diagnostik	2.2.1	Män med enbart far eller bror med prostatacancer Screening med PSA	FoU		kontroversiellt alla rader om screening måste ses över	Uppdateras
Diagnostik	2.2.2	Män med två eller fler förstagsläktingar med prostatacancer Riktad hälsundersökning med PSA	3	Tidigare debutålder och hög risk ger ökad chans att vinna flera levnadsår.		Uppdateras
Diagnostik	2.2.3	Män i släkter med konstaterad mutation i bröstcancer-genen BRCA2 Riktad hälsundersökning med PSA	3	Tidigare debutålder och hög risk ger ökad chans att vinna flera levnadsår. Männens oro pga. släktingars död i PrCa.		Uppdateras
Diagnostik	2.2.1.4	Ärftlig belastning för prostatacancer Genetisk rådgivning med information om risk för att få prostatacancerdiagnos	4	Oro för ärftligt ökad cancerrisk måste bemötas. Riskökning kan avskrivas eller konstateras med möjlighet till sekundärprevention.	okontroversiellt men kan behöva ses över	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Diagnostik	2.3.2	a) Önskemål om riktad hälsokontroll för tidig diagnostik av prostatacancer från man som inte tagit del av strukturerad information om PSA-testning b) Man som önskar ospecificerad hälsokontroll c) Man som söker läkare för besvär som inte bedöms kunna bero på prostatacancer  PSA-testning	lcke-göra			Uppdateras
Diagnostik	2.3.3	Önskemål från 50-75 år gammal man om riktad hälsokontroll för tidig diagnostik av prostatacancer hos symptomfri man som tagit del av strukturerad information om PSA-testning  PSA-testning	6		Så löste vi frågan förra gången, hur skall vi göra nu?	Uppdateras
Diagnostik	3.1	Lätta-måttliga vattenkastningsbesvär som inte är orsak till läkarbesök och inte är behandlingskrävande  PSA + eventuellt DRE + eventuell biopsi	9	Oftare prostatacancer hos de män som inte uppgett vattenkastningsbesvär.	I de flesta fall finns inget uppenbart samband mellan vattenkastningsbesvär och PC. Däremot så ingår ju PSA testning som en del av utredningen av dessa män i normalfallet.	Utgår?

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	3.2	Prostatacancerutredning hos en man med måttliga-svåra vattenkastningsbesvär (dvs. vattenkastningsbesvär som är den primära besöksorsaken och/eller besvär som är behandlingskrävande)  PSA + DRE + eventuell biopsi	4	Ökad risk för prostatacancer men oftast benign prostatahyperplasi.	Snabb symtomutveckling kan tyda på cancer	Uppdateras
Diagnostik	4.1.1	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män  Enbart palpation av prostata	Icke-göra			Utgår?
Diagnostik	4.1.2	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män  Enbart palpation + TRUL	Icke-göra			Utgår?
Diagnostik	4.1.3	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män  Palpation + finnålspunktion för cytologi	Icke-göra	Endast patient som är aktuell för radikalt syftande behandling.		Utgår?
Diagnostik	4.1.4.1.1	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män med benigt palpationsfynd. Förväntad överlevnad < 10-15 år  TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi (8-12 kolvar)	7	Mycket heterogen grupp.		Uppdateras



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	4.1.4.1.2	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män. Förväntad överlevnad >10-15 år  Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi (8-12 kolvar)	2	Hög andel (28 %) cancer – oro hos patient -samt fortfarande relativt god chans till bot. Förväntad längre överlevnad motiverar högre rangordning jmf med om förväntad överlevnad < 10-15 år.		Uppdateras
Diagnostik	4.1.4.1.3	PSA 1-3 µg/l hos symtomfria män. Förväntad överlevnad >10-15 år  Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi	10			Utgår
Diagnostik	4.1.4.2.1	PSA 3-4 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi (8-12 kolvar)	3		t/å behöver formuleras om	Uppdateras
Diagnostik	4.1.4.2.2	PSA 3-4 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  Omtagning av PSA inom ½- 1 år vid palpationsfynd som vid benign hyperplasi	3		t/å behöver formuleras om	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Diagnostik	4.1.4.2.3	PSA 3-10 µg/l hos symtomfri man med förväntad överlevnad >10-15 år och palpationsfynd som vid benign hyperplasi  Analys av kvoten fritt till totalt PSA	3		Vid låg kvot större risk för PC	Uppdateras
Diagnostik	4.1.4.3	PSA 4-10 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi	2		OK	Uppdateras
Diagnostik	4.1.4.4	PSA >10 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi	2	Hög andel cancer – stor oro hos patient – dock minskande chanser till bot. Symtomfri.	OK	
Diagnostik	4.2.1	Klinisk klar misstanke på prostatacancer med symtom  PSA + palpation + finnålspunktion för cytologi	9	Mellannålsbiopsi får högre rangordning – bättre än finnål.  Kan göras beroende på patientens tillstånd.	Ta bort finnålspunktion annat än i speciella fall.	Uppdateras
Diagnostik	4.2.2	Klinisk klar misstanke på prostatacancer med symtom  PSA + palpation + TRUL	Icke-göra	I vissa fall kan enbart klinisk diagnos vara rimlig då den baseras på mycket högt PSA, klar malignitetsmisstanke vid palpation och skelettmetastaser		Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	4.2.3	Klinisk klar misstanke på prostatacancer med symtom  PSA + palpation + TRUL + riktade och/eller systematiska mellannålsbiopsier	1	Bästa diagnostiska metoden. Avgörande för korrekt behandling.	standard	Utgår
Diagnostik	4.4.1	Kompletterande behandling vid mellannålsbiopsering av prostata  Periprostatisk infiltration av lokalbedövning	4	Låg kostnad för god hjälp till måttliga besvär. Låg risk för biverkningar.		
Diagnostik	4.4.2	Kompletterande behandling vid mellannålsbiopsering av prostata  Antibiotikaprofylax med singeldos kinolon givet i samband med biopsin	2	Låg kostnad för god hjälp vid en relativt vanlig biverkan.	standardbehandling	Utgår
Diagnostik	4.5.1	Morfologisk diagnostik  Cytologisk diagnostik	1	Ingår i morfologisk diagnostik.		Utgår
Diagnostik	4.5.2.1	Yngre män med misstänkt prostatacancer vid icke-palpabel tumör  Mellannålsbiopsering för diagnostik av prostatacancer inför kurativt syftande behandling	1	Ingår i morfologisk diagnostik.	standardbehandling	
Diagnostik	4.5.2.2.1	Immunhistokemi med tumörmarkören AMACR (P504S).	FoU			Utgår
Diagnostik	4.5.2.2.2	Kombination av immunhistokemi med basalcellsmarkörer och P504S	FoU			Utgår
Diagnostik	4.6	Histologiskt material  Gleasongradering av prostatacancer	1	Ingår i morfologisk diagnostik.	standardbehandling	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Kirurgi	4.7.1.1	T1-2, Gleason score ≤ 6, PSA < 20 µg/l eller T1-2, Gleason score 7, PSA < 10 µg/l  Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  Kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet (öppen eller laparoskopisk)	icke-göra		Lymfkörteldiagnostik är kontroversiellt, hela området behöver ses över	Uppdateras
Kirurgi	4.7.1.2	T1-2, Gleason score ≤ 6, PSA > 20 µg/l eller T1-2, Gleason score 7, PSA > 10 µg/l eller T3 eller Gleason score 8-10  Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  Öppen kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet	8		SE ovan	Uppdateras
Kirurgi	4.7.1.3	T1-2, Gleason score ≤ 6, PSA > 20 µg/l eller T1-2, Gleason score 7, PSA > 10 µg/l eller T3 eller Gleason score 8-10  Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  Laparoskopisk lymfkörtelutrymning i bäckenet	8		Se ovan	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Kirurgi	4.7.1.4	Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  Kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet med identifiering och analys av portvaktskörtel (sentinel node)	FoU	Ökad kostnad kan uppvägas av minskat obehag för patienten.	Se ovan	Uppdateras
Kirurgi	4.7.2.1	T1-2, Gleason score $\leq$ 6, PSA < 20 $\mu$ g/l eller T1-2, Gleason score 7, PSA < 10 $\mu$ g/l  Lymfkörtelutrymning i bäckenet (fossa obturatorius) i samband med radikal prostatektomi	9	Sällan av värde för patienten, men insatsen är liten.	Se ovan	Uppdateras
Kirurgi	4.7.2.2	T1-2, Gleason score $\leq$ 6, PSA > 20 $\mu$ g/l eller T1-2, Gleason score 7, PSA > 10 $\mu$ g/l eller T3 eller Gleason score 8-10  Lymfkörtelutrymning i bäckenet (fossa obturatorius) i samband med radikal prostatektomi	6	Ibland av värde för patienten, och insatsen är liten.	Se ovan	Uppdateras
Kirurgi	4.7.2.3	Patient som blir föremål för radikal prostatektomi  Utvidgad lymfkörte-utrymning i bäckenet	FoU	I vissa fall viktig klinisk markör för fortsatt behandling.	Se ovan	Uppdateras
Diagnostik	4.8.1	Utredning inför kurativt syftande behandling Vid symtom från skelettet oavsett PSA-värde  Skelettscintigrafi	2	Avgörande för fortsatt behandling. Kan innebära att kurativt syftande behandling undviks.	Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Diagnostik	4.8.2	Symtomfri patient med T1-2, Gleasonsumma ≤ 6 och PSA <20 µg/l  Skelettscintigrafi	Icke-göra		Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras
Diagnostik	4.8.3	Symtomfri patient med T1-2, Gleasonsumma 7 och PSA<10 µg/l  Skelettscintigrafi	Icke-göra		Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras
Diagnostik	4.8.4	Symtomfri patient med T3 eller Gleasonsumma 8-10 oavsett PSA- nivå  Symtomfri patient med T1-2, Gleasonsumma 7 och PSA >10 µg/l  Symtomfri patient med PSA > 20 µg/l oavsett tumörgrad och - stadium  Skelettscintigrafi	2	Avgörande för fortsatt behandling. Kan innebära att kurativt syftande behandling undviks.	Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras
Diagnostik	4.8.5	Oklart fynd vid skelettscintigrafi hos patient som är aktuell för kurativt syftande behandling  MRI	2	Om man väl börjat utreda bör man gå vidare tills man kan ge säker bedömning.	Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras
Diagnostik	4.8.6	Oklart fynd vid skelettscintigrafi hos patient som är aktuell för kurativt syftande behandling  Slätröntgen	4	Betydligt sämre undersökning men enkel och kan någon gång vara av värde.		Uppdateras
Diagnostik	4.8.7.1	Symtomfri patient med liten risk för metastaser som inte ska ha kurativt syftande behandling  Skelettscintigrafi	Icke-göra			Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 07067/0010

Diagnostik	4.8.7.2	Symtomfri patient som har måttlig eller hög risk för metastaser och inte ska ha kurativt syftande behandling  Skelettscintigrafi	7	Diagnostiken kan ibland påverka fortsatt behandling.  Kan ha viss prognostisk betydelse.	OK	Uppdateras
Diagnostik	4.9.1	Patient med lokaliserad prostatacancer  Datortomografi av buk och bäcken	Icke-göra	Hela imaging delen måste revideras.	Hela imaging-delen måste revideras	Uppdateras
Diagnostik	4.9.2	Patient med lokalt avancerad prostatacancer  Datortomografi av buk och bäcken som alternativ till körtelutrymning	8	Se ovan	Se ovan	Uppdateras
Diagnostik	4.10	Utredning av lymfkörtelmetastasering  MRI (rectalprobe)	FoU		Se ovan	Uppdateras
Diagnostik	4.11	Utredning av stadieindelning  CT PET	FoU		Se ovan	Uppdateras
Diagnostik	5.1	Förhöjt PSA-värde efter prostatabiopsering utan säkerställd prostatacancer- diagnos  Monitorering av PSA-utveckling	6	Huvudsakligen patienter som är aktuella för radikalt syftande behandling.		Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Diagnostik	5.2.1	Oförändrat men förhöjt PSA-värde efter en omgång prostatabiopsier utan säkerställd prostatacancer-diagnos  En andra omgång systematiska mellannålsbiopsier av prostata	4	Huvudsakligen patienter som är aktuella för radikalt syftande behandling.		Uppdateras
Diagnostik	5.2.2	Oförändrat men förhöjt PSA-värde (3-10 µg/l) efter två omgångar prostatabiopsier utan säkerställd prostatacancerdiagnos  En tredje eller ytterligare omgångar systematiska mellannålsbiopsier av prostata	Icke-göra	Liten nytta. Mycket få har progredierande cancer. Fortsatt monitorering nödvändig.		Uppdateras
Diagnostik	5.3	Förhöjt PSA-värde utan säkerställd prostatacancer- diagnos  Övriga laborativa åtgärder; hk2, genuttryck, proteinuttryck i blod och urin	FoU		SBU-rapport	Uppdateras
	6.1	Inför behandlingsbeslut  Erbjudande om upprepade läkarbesök	3	Ökar patientens möjligheter till självbestämmande.  Viktigt för närstående.	Utgår	Utgår
	6.4	Akut krisreaktion i samband med diagnos  Möjlighet till kontakt med kurator/psykolog	2	Behovsstyrt.	Utgår	Utgår



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

	6.5	Diagnostiserad prostatacancer Stöd i form av skriftlig information	3		Utgår	Utgår
	7.1.1.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad >10 år Symtomstyrd behandling	5	Patienten kan välja denna behandlingsstrategi.	Detta är en viktig strategi, bör vara kvar i någon form.	Uppdateras
Diagnostik	7.1.1.2.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år Aktiv monitorering inför senare ställningstagande till behandling	3	Om patient senare vill bli aktivt behandlad bör man göra det.	Finns anledning att diskutera Aktiv monitorering och finna grunderna för indelning i olika riskgrupper.	Uppdateras
Diagnostik	7.1.1.2.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år Aktiv monitorering inför senare ställningstagande till behandling	4	Om patient senare vill bli aktivt behandlad bör man göra det.	Se ovan	Uppdateras
	7.1.1.3	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad < 10 år Regelbundna kontroller och symtomstyrd behandling	2	Patientgruppen måste följas upp med avseende på livskvalitetspåverkan.		Uppdateras
Kirurgi	7.1.2.1.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år Öppen retropubisk RPE	4	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras
Kirurgi	7.1.2.1.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad >20 år Öppen retropubisk RPE	3	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 07067/0010

Kirurgi	7.1.2.3.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  Laparoskopisk RPE	4	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras
Kirurgi	7.1.2.3.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad >20 år  Laparoskopisk RPE	3	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras
Kirurgi	7.1.2.4	Lågriskgrupp  Robotassisterad RPE	FoU	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras
Läkemedel	7.1.2.6	Lågriskgrupp  Neoadjuvant hormonbehandling vid radikal prostatektomi	Icke-göra			Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.1.1	Lågriskgrupp. Förväntad överlevn 10-20 år  Lågdosrat brachyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71-73 Gy	5			Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.1.2	Lågrisk grupp Förväntad överlevn > 20 år  Lågdosrat brachyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71-73 Gy	5			Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.2.1	Lågrisk grupp Förväntad överlevnad 10-20 år  Extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot. Dos 70 Gy, "konventionell strålbehandling")	4			Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Strålbehandling	7.1.3.2.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  Extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot. Dos 70 Gy, "konventionell strålbehandling")	4		De olika åtgärderna i strålavsnittet kan säkert läggas ihop till färre åtgärder	Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.3.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  Doseskalerad extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot dos >78 Gy)	4		Se ovan	Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.3.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  Doseskalerad extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot dos >78 Gy)	3		Se ovan	Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.4.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  Extern strålbehandling plus högdosrat brachyterapi (temporär Iridium-192) boost (sammanlagd dos > 100 Gy)	5	Mer resurskrävande. Metoden mindre utvärderad jfr med doseskalerad.	Se ovan	Uppdateras
Strålbehandling	7.1.3.4.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  Extern strålbehandling plus högdosrat brachyterapi (temporär Iridium-192) boost (sammanlagd dos > 100 Gy)	5		Se ovan	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Strålbehandling	7.1.3.5	Lågriskgrupp Strålbehandling Neoadjuvant hormon-behandling	Icke-göra		Flera "Icke-göra" bör ju kunna tas bort, vad är utmönstrat?	Utgår
Strålbehandling	7.1.3.6	Lågriskgrupp Strålbehandling Adjuvant hormonbehandling	Icke-göra		Se ovan	Utgår
Läkemedel	7.1.4.1	Lågriskgrupp Antiandrogener	Icke-göra		Se ovan	Utgår
Läkemedel/Kirurgi	7.1.4.2	Lågriskgrupp Medicinsk/kirurgisk kastration	Icke-göra		Se ovan	Utgår
Diagnostik	7.2.1.1	Intermediär - högriskgrupp Förväntad överlevnad >10 år  Regelbundna kontroller och symtomstyrd behandling	9	Patienten kan välja detta.	Vårdprogram,	Utgår
Diagnostik	7.2.1.2	Intermediär - högriskgrupp Förväntad överlevnad <10 år  Regelbundna kontroller och symtomstyrd behandling	2	För enstaka patienter med högrisktumör kan kurativt syftande behandling övervägas.	Vårdprogram,	Utgår
Kirurgi	7.2.2.1	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Öppen retropubisk eller laparoskopisk RPE	3			Uppdateras
Kirurgi	7.2.2.2	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Öppen retropubisk, RPE	2			Uppdateras
Kirurgi	7.2.2.4	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Laparoskopisk RPE	2			Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Kirurgi	7.2.2.5	Intermediär - högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Robotassisterad RPE	FoU		här är kunskapsläget annorlunda.	Uppdateras
Kirurgi	7.2.2.6	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Nervsparande teknik	4			Uppdateras
Kirurgi	7.2.2.7	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Nervsparande teknik	Icke-göra			Utgår
Kirurgi	7.2.2.8	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Radikal prostatektomi Neoadjuvant hormonbehandling (NAH)	Icke-göra			Utgår
Kirurgi	7.2.2.9	Högriskgrupp Förväntad överlevnad <10 år  Öppen retropubisk eller laparoskopisk RPE	7	För enstaka patienter med högrisktumör kan kurativt syftande behandling övervägas.	Vetenskapligt underlag mycket tunt, användes dock	Uppdateras
Strålbehandlin g	7.2.3.1	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Lågdosrat brachyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71-73 Gy	Icke-göra		Se ovan	Uppdateras
Strålbehandlin g	7.2.3.2	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot. Dos 70 Gy, "konventionell strålbehandling")	Icke-göra		Se ovan	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 07067/0010

Strålbehandling	7.2.3.3	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Doseskalerad strålbehandling till >78 Gy given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brachyterapi	3	Beträffande neoadjuvant, konkomittant och adjuvant hormonbehandling, se 7.2.3.5-7.		Uppdateras
Strålbehandling	7.2.3.4	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Doseskalerad strålbehandling till >78 Gy given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brachyterapi	2	Beträffande neoadjuvant, konkomittant och adjuvant hormonbehandling, se 7.2.3.5-7.		Uppdateras
Strålbehandling	7.2.3.5	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Neoadjuvant hormonbehandling till kurativt syftande strålbehandling	8	Data baseras på studier där relativt låg stråldos utnyttjats. Värdet av neoadjuvant hormonbehandling oklart vid behandling av intermediärrisk sjukdom med totaldos > 78 Gy.		Uppdateras
Strålbehandling	7.2.3.6	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Neoadjuvant hormonbehandling till kurativt syftande strålbehandling	4	Data baseras på studier där relativt låg stråldos utnyttjats. Värdet av neoadjuvant hormonbehandling oklart vid behandling av intermediärrisk sjukdom med totaldos > 78 Gy.		Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Läkemedel	7.2.3.7	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  Fortsatt adjuvant hormonbehandling efter strålbehandling	4	Data baseras på studier där stråldos 70 Gy utnyttjats. Adjuvant hormonbehandling sannolikt viktig även vid totaldos > 78 Gy.		Uppdateras
Strålbehandlin g	7.2.3.8	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år, patienter med patologiskt stadium pT2-3, N0,M0, med minst en av riskfaktorerna kapselperforation, positiv kirurgisk marginal eller inväxt i vesicula seminalis  Adjuvant strålbehandling efter RPE	5		Här finns nya studier,	Uppdateras
Strålbehandlin g	7.2.3.9	Högriskgrupp Förväntad överlevnad <10 år  Doseskalerad strål-behandling till >78 Gy given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat bra- chyterapi.	7	För enstaka patienter med högrisktumör kan kurativt syftande behandling övervägas.		Uppdateras
Läkemedel	7.2.4.1	Intermediär - högriskgrupp  Antiandrogen	lcke-göra	Hos patient med högrisktumör kan hormonbehandling ibland övervägas.		Uppdateras
Läkemedel/Kir urgi	7.2.4.2	Intermediär – högriskgrupp  Medicinsk/kirurgisk kastration	lcke-göra	Hos patient med högrisktumör kan hormonbehandling ibland övervägas.		Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Kirurgi	7.3	Tilläggsbehandling hos högriskgrupper efter operation och strålning låg – högriskgrupp  Övriga kurativt syftande behandlingar: Kryo, HIFU, laser	FoU			Uppdateras
Läkemedel	7.4.1	Behandling av biverkningar Erektill dysfunktion  PDE-5 inhibitorer	6			Uppdateras
Läkemedel	7.4.2	Erektill dysfunktion  Injektionsläkemedel	4			Uppdateras
	7.4.4	Erektill dysfunktion  Psykosocialt stöd, sexolog	FoU	Behovsstyrt för enstaka patienter.		Uppdateras
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	7.4.5	Stressinkontinens  Rehabilitering inkl bäckenbottenträning	7			Uppdateras
Läkemedel	7.4.6	Stressinkontinens  Läkemedel	8			Uppdateras
Kirurgi	7.4.7	Stressinkontinens  Kirurgi (Sfinkterprotes)	5	För patienter med totalinkontinens.  Hög livskvalitetspåverkan. Åtgärden ger god effekt.		Uppdateras
Läkemedel	7.4.8	Trängningsbesvär  Farmaka	5		OK, flera alternativ dock samma grupp	Uppdateras
Kirurgi	7.4.9	Anastomosstriktur efter radikal prostatektomi  Strikturklyvning	2	Hög livskvalitetspåverkan. Åtgärden ger god effekt.		Uppdateras



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0010

Läkemedel	7.4.10	Strålproktit Farmaka	10	Temporär effekt men svårbehandlat tillstånd.		Utgår
Strålbehandling	8.1.1.	Efter total prostatektomi Strålbehandling av prostatabädden vid rimlig chans till enbart lokalrecidiv	5		Detta behöver nog delas upp, dock viktigt, bör vara kvar.	Uppdateras
Läkemedel	8.1.2	Efter total prostatektomi Hormonell behandling vid liten chans till enbart lokalrecidiv	6		Behöver delas upp	Uppdateras
	8.1.3	Efter total prostatektomi Exspektans tills symtomgivande återfall vid sent återfall och långsam stegring av PSA	6			Uppdateras
Kirurgi	8.2.1	Efter strålbehandling Total prostatektomi	FoU			Uppdateras
Kirurgi	8.2.2	Efter strålbehandling Kryoterapi	FoU			Uppdateras
Läkemedel	8.2.3	Efter strålbehandling Hormonell behandling	6	Se 8.1.2.	Detta är nog standard, frågan är timing.	Utgår
	8.2.4	Efter strålbehandling Exspektans tills symtomgivande återfall	6	Se 8.1.3.	standardbehandling	Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Läkemedel	9.1.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-T4, M0, NX), symtomfri patient med förväntad överlevnad > 5 år  Symtomstyrd hormonell behandling vid progress (PSA-utveckling, palpation, symtom).	7		standardbehandling	Uppdateras
Läkemedel	9.1.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-T4, M0, NX), symtomfri patient med förväntad överlevnad < 5 år  Symtomstyrd hormonell behandling först vid symtomgivande progress	2		Se ovan	Uppdateras
Läkemedel	9.2.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx). med förväntad överlevnad > 5 år  Antiandrogen bikalutamid	5	Biverkningar lindriga (bibehållen sexuell funktion).		Uppdateras
Läkemedel	9.2.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx) med förväntad överlevnad > 5 år  Antiandrogen flutamid	7	Biverkningar lindriga (bibehållen sexuell funktion).		Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Läkemedel	9.2.3	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx) med förväntad överlevnad <5 år  Antiandrogen	8		Kan utgå, flutamid användes sällan	Utgår
Kirurgi	9.3.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0), förväntad överlevnad > 5år  Kirurgisk kastration	8	Biverkningar måttliga (nedsatt sexuell funktion och libido). Innebär förlust av kroppsdel. Patientpreferens avgörande.		Uppdateras
Kirurgi	9.3.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0), förväntad överlevnad < 5år  Kirurgisk kastration	5	Biverkningar måttliga (nedsatt sexuell funktion och libido). Innebär förlust av kroppsdel. Patientpreferens avgörande.		Uppdateras
Läkemedel	9.4.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0), förväntad överlevnad > 5 år  Medicinsk kastration med GnRH-analog	8	Biverkningar måttliga men reversibla (nedsatt sexuell funktion och libido). Patientpreferens avgörande.		Uppdateras
Läkemedel	9.4.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0) förväntad överlevnad < 5 år  Medicinsk kastration med GnRH-analog	5	Biverkningar måttliga men reversibla (nedsatt sexuell funktion och libido). Patientpreferens avgörande.		Uppdateras
Strålbehandling	9.5.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1)  Strålterapi	8	Allvarlig sjukdom. Chans för bot.	Här finns nya studier som talar för kombinationsbehandling med strålning och hormoner i denna grupp	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Strålbehandling	9.5.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1)  Strålterapi + hormonell behandling	4		Se ovan, huvudalternativet.	Uppdateras
Kirurgi	9.6	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx)  Kirurgisk behandling med RPE	FoU			Uppdateras
Kirurgi	9.7	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion nedre urinvägarna  Transuretral prostataresektion (TUR-P)	3	Se 11.3.10.4.		Utgår
Kirurgi	9.8	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion nedre urinvägarna  Övriga kurativt syftande behandlingar: Kryo, HIFU, laser	FoU	Övr behandl se 7.3.		Uppdateras
Kirurgi	10.1.1	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Kirurgisk kastration	3			Uppdateras
Läkemedel	10.1.2	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  GnRH-agonister	4			Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Läkemedel	10.1.3.1	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Östrogener (peroral)	Icke-göra			Utgår
Läkemedel	10.1.3.2	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Östrogener (parenteral)	3			Uppdateras
Läkemedel	10.1.4	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Estramustin	Icke-göra			Utgår
Läkemedel	10.1.5	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  GnRH antagonister	FoU		Här finns nya preparat	Uppdateras
Läkemedel	10.1.6	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Antiandrogener	5			Utgår
Läkemedel	10.1.7	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Antiandrogen som tillägg till kastrationsbehandling (total androgenblockad)	10	Oklar betydelse av nedgång i PSA.	Knappast kontroversiellt	Uppdateras
Läkemedel	10.1.8	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Intermittent hormonbehandling	FoU		Finns nya studier	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Läkemedel	10.1.9	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Tidigt insatt hormonell behandling	4			Uppdateras
Läkemedel	10.1.10	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  Kombinationsbehandling med hormonell behandling och cytostatika	FoU		studier pågår.	Uppdateras
Läkemedel	10.2.1	Vasomotorsyndrom efter kastrationsbehandling  Behandling med östrogener, gestagener, steroidala antiandrogener m.m.	4		Flera åtgärder användes, dålig evidens generellt	Utgår
Läkemedel	10.2.2.1	Osteoporos efter kastrationsbehandling  Behandling med bisfosfonater	8		Utgår om den hanteras i NR rörelseorgan	Utgår
Läkemedel	10.2.2.2	Osteoporos efter kastrationsbehandling  Behandling med östrogener	10		Utgår om den hanteras i NR rörelseorgan	Utgår
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	10.2.3	Allvarliga psykiska effekter under kastrationsbehandling  Psykoterapi och antidepressiva Utökat psykosocialt stöd	7			Utgår
Läkemedel	10.2.4	Behandling med LHRH analog  Flareskydd med antiandrogen	3		Bicalutamid är det som användes, ej kontroversiellt	Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Läkemedel	11.1	<p>Patienter utan verifierade metastaser och utan tumorsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron</p> <p>Tillägg av behandling, t ex antiandrogen</p>	FoU			Utgår
Läkemedel	11.2.2.	<p>Patienter med verifierade metastaser utan tumorsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron</p> <p>Tilläggsbehandling med antiandrogen</p>	8		praxis men med dåligt evidensläge.	Utgår
Läkemedel	11.2.3	<p>Patienter med verifierade metastaser utan tumorsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron och pågående behandling med antiandrogen</p> <p>Fortsätta behandlingen med antiandrogen</p>	Icke-göra			Utgår
Läkemedel	11.2.4	<p>Patienter med metastaser utan tumorsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron</p> <p>Cytostatika, mitoxantron</p>	9			Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Läkemedel	11.2.5	Patienter med metastaser utan tumörsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  Cytostatika, docetaxel	6			Uppdateras
Läkemedel	11.2.6	Patienter med metastaser utan tumörsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  Endotelinreceptorantagonist, atrasentan	FoU			Utgår
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.1	Patienter med tumörsymtom  Smärtpalliation	1			Utgår
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.2	Patienter med tumörsymtom Smärta  Palliativ strålbehandling (singeldos) mot metastaser	2		OK, ej kontroversiellt	Uppdateras
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.3	Patienter med tumörsymtom, och smärta  Isotoperapi Isotoper + cytostatika	5  FoU	Endast till selekterade patienter (med migrerande smärta).	flera rader, viktigt	Uppdateras
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.4	Patienter med tumörsymtom  Glukokortikoider	2		OK, ej kontroversiellt. (flera nya mediciner på väg in ganska snart, vi behöver nog lägga till rader här)	Uppdateras



SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.5	Patienter med tumörsymtom  Östrogenbehandling och annan hormonell behandling	9			Utgår
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.6	Patienter med tumörsymtom  Estramustinfosfat	10			Utgår
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.7	Patienter med tumörsymtom  Cytostatika mitoxantron	8			Utgår
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.8	Patienter med tumörsymtom  Cytostatika, docetaxel	5			Uppdateras
Palliativ-Rehab Uppföljning- Omvårdnad	11.3.9	Patienter med tumörsymtom Skelettrelaterade händelser  Zoledronsyra (andra bisfosfonater)	8	Gott vetenskapligt underlag för liten effekt. Dock god effekt vid hypercalcemi.	Kontroversiellt, även nya preparat på väg in, nytt grepp.	Uppdateras
Strålbehandlin g	11.3.10.1	Lokalt avancerad (HRPC) prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med rektal och/eller uretär obstruktion  Extern Strålbehandling	5			Uppdateras
Kirurgi	11.3.10.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med behandlingskrävande (dvs smärtor eller risk för njursvikt) obstruktion övre urinvägarna  Intern splint/nefropyelostomi	1	Alternativet är död. Indikation: smärta, risk för njursvikt och viss förväntad överlevnad.		Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27967/0810

Kirurgi	11.3.10.3	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion övre urinvägarna  Urinavledning/reimplantation av uretär				Utgår
Kirurgi	11.3.10.4	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion övre urinvägarna  Transuretral prostatektomi (TUR-P)	5			Uppdateras
Diagnostik	11.4.1	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg")  MRI	2	Förutsättning för korrekt behandling.		Uppdateras
Läkemedel	11.4.2	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg")  Glukokortikoider	2			Uppdateras
Kirurgi	11.4.3	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg")  Laminektomi/annan ryggkirurgi	2	Mycket god nytta trots risker hos selekterade patienter.	bör nog delas upp i flera rader	Uppdateras
Strålbehandling	11.4.4	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg")  Strålbehandling (30 Gy/10 fraktioner på två veckor) vid spinal smärta i kombination med begränsade medullär bortfallssymtom	3	Selekterade patienter, god nytta där operation ej är möjlig.		Uppdateras

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1 27067/0810

	12.1.1	Patient vars behandling ännu inte definitivt avgjorts  Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov	3			Utgår
	12.1.2	Patienter som först vid progress planeras få hormonell behandling  Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov	7			Utgår
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	12.2.1	Efter kirurgi  Regelbunden uppföljning med PSA (Organisation kan anpassas efter förutsättningarna)	4	Viktig kvalitetsuppföljning, låg kostnad.  Fortfarande möjlighet till kurativ strålbehandling.	Utgår, vårdprogram	Utgår
Palliativ-Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	12.2.2	Efter strålbehandling  Regelbunden uppföljning med PSA	5	Viktig kvalitetsuppföljning, låg kostnad.	Vårdprogram, all form av uppföljning, hur skall det hanteras?	Utgår
	12.3.1	Under hormonell behandling i stadium M0 / Mx  Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov	5	Förutsättning för uppföljning av behandlingsresultet.		Utgår
	12.3.2	Under hormonell behandling i stadium M1  Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov	4			Utgår

SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
skickas till [synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se](mailto:synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se)

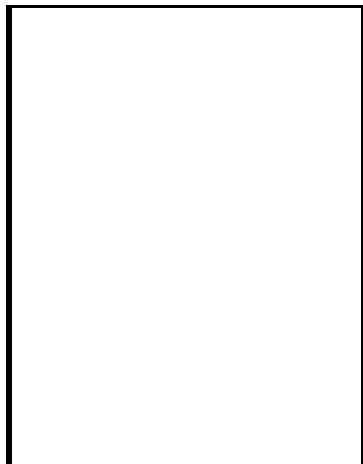
Doc 5.1 07067/0010


Synpunkter från er?

Varför är denna  
frågeställning viktig att  
belysa? Är den etiskt svår, är  
det höga kostnader,  
praxisskillnader eller  
kontroversiell på annat sätt?

Utgå se våra generella  
synpunkter

Utgå se våra generella  
synpunkter

Vore bra med en klar rekommendation att detta ligger utanför den offentligfinansierade sjukvårdens uppdrag. Kommer säkert ändå finnas aktörer som säljer tjänsten

Bör ändras till Icke-göra. I en långsiktig patientläkarrelation diskuteras en rad medicinska bekymmer där det oftast är klokast med en exspekterande hållning från läkarens sida tills problemet nått den nivå att det i sig blir kontaktsak






Måvara att det är standardbehandling. Är den värderad mot långsiktig antibiotikastrategi?
































SFAM-synpunkter Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007  
skickas till [synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se](mailto:synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se)  
Dnr 5.1- 37967/2010


Förslag på nya frågeställningar  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Doc 5.1-27067/2010

Område	Tillstånd	Åtgärd
Exempel	Symtomgivande anemi	Erytropoetin (EPO)

Kommentar  Varför är denna frågeställning viktig att belysa? Är den etiskt svår, är det höga kostnader, praxisskillnader eller kontroversiell på annat sätt?	
Praxisskillnader	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Område	Rad	Hälsotillstånd <i>Åtgärd</i>	Rekom- mendation	Kommentar	Socialstyrelsens kommentar 2010	Socialstyrelsens förslag 2010 [Utgår eller Uppdateras]	Synpunkter från er?  <i>Varför är denna frågeställning viktig att belysa? Är den etiskt svår, är det höga kostnader, praxisskillnader eller kontroversiell på annat sätt?</i>
Diagnostik	1.2	Högriskindivider  <i>Kemoprevention</i>	10		RCT pågår, delas upp på preparat?	Uppdateras	
Diagnostik	2.3	Frisk kvinna <40 år  <i>Populationsbaserad mammografiscreening</i>	Icke-göra		Inga randomiserade studier pågår	Utgår	
Diagnostik	2.3	Frisk kvinna 40-49 år  <i>Populationsbaserad mammografiscreening</i>	3		Tidsintervall för screeningprogram saknas i underlaget.	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	2.3	Frisk kvinna 50-74 år  <i>Populationsbaserad mammografiscreening</i>	2		Tidsintervall för screeningprogram saknas i underlaget.	Uppdateras	
Diagnostik	2.3	Frisk kvinna ≥75 år  <i>Populationsbaserad mammografiscreening</i>	Icke-göra			Uppdateras	
Diagnostik	2.3	Frisk kvinna utan bröstsymtom som vill göra mammografi  <i>Opportunistisk screening</i>	Icke-göra			Uppdateras	
Diagnostik	3.1.1	Familj med misstänkt dominant nedärvningsmönster  <i>Onkogenetisk utredning och vägledning</i>	3		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	



Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	3.1.2 - 3.1.	Familj med dominant nedärvningsmönster efter onkogenetisk utredning (om lämplig individ tillgänglig)  <i>Mutationsscreening BRCA 1 och BRCA 2 samt vid positivt utfall anlagstest</i>	3		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.2.1	Kvinna med behandlad bröstcancer och dominant nedärvningsmönster  <i>Årlig strukturerad uppföljning som nedan (3.3.1) efter avslutade cancerkontroller fem år efter diagnos</i>	6		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.2.2	Kvinna med behandlad bröstcancer och dominant nedärvningsmönster  <i>Profylaktisk kontralateral mastektomi</i>	3	Risk för biverkningar och ofta flera operationer vid rekonstruktion.	Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.3.1	Kvinna med påvisad mutation i BRCA 1 eller BRCA 2  <i>Strukturerad uppföljning inklusive bröstradiologi från 25-30 års ålder</i>	3		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	3.3.2	Frisk kvinna med påvisad mutation i BRCA 1 eller BRCA 2  <i>Profylaktisk mastektomi</i>	3	Risk för biverkningar och ofta flera operationer vid rekonstruktion. En kraftigt minskad bröstcancerincidens kommer med stor sannolikhet att leda till en överlevnadsvinst, modellstudier stödjer detta.	Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.3.3	Kvinna med påvisad mutation i BRCA 1 eller BRCA 2  <i>Bevarande av mammill och areola vid profylaktisk mastektomi</i>	FoU		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.3.4	Kvinna med påvisad mutation i BRCA1 eller BRCA2, (< 35-40 år)  <i>Profylaktisk salpingo-ophorektomi</i>	4		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.4.1	Kvinna med dominant nedärvningsmönster utan påvisad mutation i familjen  <i>Strukturerad uppföljning inklusive bröstradiologi från 5-10 år före det yngsta fallet i familjen</i>	6		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	3.4.2	Kvinna med dominant nedärvningsmönster utan påvisad mutation i familjen  <i>Profylaktisk mastektomi</i>	5		Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	3.5.1	Kvinna med statistiskt förhöjd risk för bröstcancer utan klart dominant mönster  <i>Årlig bröstradiologi inom eller utom ramen för allmän hälsokontroll. Start 5-10 år före yngsta ärftliga fallet</i>	4	Nyttan är beroende på grundrisk.	Hanteras inom vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	5.1	Kvinna med bröstsymtom och kliniskt eller radiologiskt fynd  <i>Trippeldiagnostik (klinisk undersökning, mammografi, cytologi)</i>	1		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	5.1.2	Kvinna utan hereditet med bröstsymtom utan palpabel tumör och utan klinisk misstanke om bröstcancer.  <i>Bröstradiologi</i>	10	Mycket få fall upptäcks, kan tränga undan mer angelägen mammografi.	Utmönstrat?	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	5.1.2.2	Oklart radiologiskt fynd.  <i>Ultraljud som tillägg till trippeldiagnostik</i>	3	Enkel, billig och tillgänglig åtgärd vid oklar trippeldiagnostik.	Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	5.1.2.3	Kvinna med bröstsymtom eller bröstradiologiskt fynd, selekterade fall (oklart fynd, misstänkt multifokalitet, implantat m.m.)  <i>MRT som tillägg till trippeldiagnostik + ultraljud</i>	8	Kan användas i vissa fall vid oklart trippeldiagnostik om kompetens och apparatur finns.		Uppdateras	
Diagnostik	5.1.3.1	Kvinna med radiologiskt eller kliniskt fynd  <i>Finnålspunktion med cytologisk bedömning</i>	1			Uppdateras	
Diagnostik	5.1.3.2	Kvinna med radiologiskt eller kliniskt fynd och ej utförd eller oklar cytologi  <i>Grovnålsbiopsi med histopatologisk bedömning</i>	1			Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	5.1.3.3	Kvinna med oklara mikroförfalkningar vid mammografi  <i>Vakuumbiopsi som alternativ till annan diagnostisk metod</i>	7	Patient med benigna förfalkningar kan friskförklaras.		Uppdateras	
Diagnostik	5.2	Kvinna med säkerställd bröstcancer - inför ställningstagande till neoadjuvant behandling  <i>Analys av preoperativa biopsier: NHG, ER, PR, HER2-uttryck och proliferationsmarkör</i>	3			Uppdateras	
Diagnostik	5.3	Kvinna, misstänkt eller diagnostiserad bröstcancer, vid icke eller tveksamt palpabel förändring  <i>Indikering inför kirurgi.</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	5.4	Kvinna med bröstförändring med kvarstående misstanke om cancer utan konklusiv preoperativ diagnostik  <i>Diagnostisk kirurgi</i>	1		Mycket få patienter	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	7.1 - 7.2	Kvinna med opererad bröstcancer pre- och postoperativt  <i>Multidisciplinär handläggning</i>	4			Uppdateras	
Läkemedel	9.1.2	Kvinna med diagnostiserad bröstcancer T2  <i>Downstaging (neoadjuvant behandling med cytostatika inför bröstbevarande kirurgi (partiell mastektomi och strålbehandling))</i>	2		Praxiskillnader	Uppdateras	
Läkemedel	9.2 - 9.2.1	Kvinna med bröstcancer och indikation för neoadjuvant behandling  <i>Taxan/antracyclinbaserad cytostatika för att möjliggöra modifierad radikal mastektomi</i>	3	För vissa patienter förutsättning för kurativ terapi.  Bröstbevarande kirurgi vid lokalt avancerad bröstcancer är FoU, standard är mastektomi.	Ny kunskap?	?	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	9.3. 1	Kvinna med bröstcancer och indikation för neoadjuvant behandling  <i>Neoadjuvant behandling med tamoxifen</i>	5	Gäller patienter som inte lämpar sig för kemoterapi.	Ny kunskap?	?	
Läkemedel	9.3.2	Kvinna med bröstcancer och indikation för neoadjuvant behandling  <i>Neoadjuvant anastrozol/ letrozol</i>	6		Ny kunskap?	?	
Kirurgi	9.5	Kvinna med lokalt avancerad bröstcancer  <i>Modifierad radikal mastektomi</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	10	Kvinna med bröstcancer stadium I-II  <i>Rutinmässig perioperativ screening av fjärrmetastaser</i>	10		Utmönstrad?	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	10	Kvinna med bröstcancer hög risk för fjärrspridning (större tumörer, omfattande lymfkörtelstatus)  <i>Screening av fjärrmetastaser</i>	3		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	11.1-11.2	Kvinna med operabel körtelnegativ bröstcancer  <i>Bröstkirurgi (effekt av enbart radikal kirurgi jmf med ingen behandling)</i>	1	Kirurgi förutsätts vara gjord på alla patienter efter denna rad och kirurgins effekter på påverkan av sjukdomens naturalförlopp är implicita.	Standardbehandling	Utgår	



Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	11.1-11.2	Kvinna med operabel körtelpositiv bröstcancer.  <i>Bröstkirurgi (effekt av enbart radikal kirurgi jmf med ingen behandling).</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	11.2	Kvinna med invasiv bröstcancer T < 4-5 cm när relationen tumör/bröststorlek tillåter.  <i>Partiell mastektomi + postoperativ strålbehandling av kvarvarande bröst (bröstbevarande kirurgi).</i>	1-2	Prioritet 1 eller 2 beroende på körtelstatus.		Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	11.2	Kvinna med invasiv bröstcancer T < 4-5 cm när relationen tumör/bröststorlek tillåter  <i>Partiell mastektomi utan strålbehandling i lågriskgrupper, alternativt accelererad strålning mot tumörområdet (t.ex. intraoperativ strålning)</i>	FoU	Svensk studie pågår angående lågriskgruppen.		Uppdateras	
Kirurgi	11.3	Kvinna med invasiv bröstcancer, T < 4-5 cm när relationen tumör/bröststorlek ej tillåter partiell mastektomi eller multifokal växt  <i>Mastektomi</i>	1-2	Beroende på körtelstatus.		Uppdateras	
Kirurgi	11.4.1	Kvinna med invasiv bröstcancer, (T < 5 cm) och kliniskt fri axill (N0)  <i>Sentinel node med intraoperativt fryssnitt och vid metastas i sentinel node axillutrymning i samma seans</i>	3		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	11.4.1	Kvinna med invasiv bröstcancer, (T < 5 cm) och kliniskt fri axill (N0)  <i>Sentinel node utan intraoperativt fryssnitt</i>	8		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	11.4.2	Kvinna med invasiv bröstcancer, T < 5 cm med kliniskt fri axill (N0) där sentinel node förfarande är möjligt  <i>Axillutrymning; nivå I- II</i>	10		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	11.4.2	Kvinna med invasiv bröstcancer, T > 5 cm, positiv sentinel node, kliniskt positiv axillstatus (N1) eller multifokal cancer  <i>Axillutrymning, nivå I- II</i>	3		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	12.1	Kvinna med DCIS  <i>Kirurgisk behandling (lokal excision, partiell mastektomi, mastektomi)</i>	2	Kirurgi förutsätts vara gjord på alla patienter efter denna rad och kirurgins effekter på påverkan av sjukdomens naturalförlopp är implicita i bedömningen.		?	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	12.3.1	Kvinna med DCIS i mer än en fjärdedel av bröstet, större än 3-4 cm eller multifokal utbredning. Stor utbredning i förhållande till bröstets storlek  <i>Mastektomi</i>	2			?	
Kirurgi	12.3.2	Kvinna med lokaliserad DCIS i mindre än en fjärdedel av bröstet eller utbredning < 3-4 cm  <i>Partiell mastektomi med strålbehandling</i>	3	Se också 17.4.		?	
	12.3.3	10.1.3 Kvinna med lokaliserad DCIS i mindre än en fjärdedel av bröstet eller utbredning <3-4 cm  <i>Partiell mastektomi utan strålbehandling</i>	Icke-göra			?	
Kirurgi	12.3.3	Kvinna med lokaliserad DCIS med låg risk: utbredning ≤-15mm, kärnatypi grad 1 eller 2, inga nekroser, marginaler > 10mm. Alla ovanstående kriterier ska vara uppfyllda  <i>Partiell mastektomi utan strålbehandling</i>	7	För strålbehandling vid DCIS se kapitel 17.		?	
Kirurgi	12.2.6	Kvinna med DCIS med kärnatypi grad 3  <i>Sentinel node</i>	5			?	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	13.3.1	<p>Kvinna med DCIS eller invasiv cancer, där risk finns för dålig estetik pga. tumörstorlek i relation till bröststorlek och/eller tumörens lokalisering i bröstet</p> <p><i>Mobilisering av körtelvävnad, lokal lambå, sutur, vid partiell mastektomi</i></p>	5			?	
Kirurgi	13.3.2	<p>Kvinna med DCIS eller invasiv cancer där risk finns för dålig estetik pga tumörstorlek i relation till bröststorlek och/eller tumörens lokalisering i bröstet</p> <p><i>Anpassad ipsilateral reduktionsplastik +/- samtidig kontralateral reduktionsplastik</i></p>	7			?	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	13.4.2 - 13	Kvinna med DCIS eller invasiv cancer, (T 3-4 cm, kliniskt N0, ej aktuell för radioterapi) vid mastektomi  <i>Omedelbar rekonstruktion</i>	6			?	
Kirurgi	13.4.5	Kvinna med DCIS eller invasiv cancer, individuellt anpassad tid efter avslutad adjuvant behandling beroende på given behandling och risk för återfall  <i>Sen rekonstruktion</i>	8	Vissa patienter som ej lämpar sig för omedelbar rekonstruktion men dock har ett uppenbart behov av rekonstruktion.		?	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	13.5	Kvinna med opererad DCIS eller invasiv cancer med asymmetri efter bröstcancerkirurgi  <i>Reduktion/pexi av kontralaterala bröstet</i>	7			?	
Kirurgi	13.6	Kvinna med opererad DCIS eller invasiv cancer, med uttalad deformitet efter bröstbevarande kirurgi  <i>Kirurgisk korrektion av ipsilaterala bröstet</i>	7			?	
Läkemedel	14.1.1	Patienter med risk för postoperativ infektion  <i>Antibiotikaprofylax</i>	8	Liten absolut riskreduktion.	Standardbehandling	Utgår	
Läkemedel	14.2.1	Risk för postoperativ trombos  <i>Trombosprofylax</i>	FoU	Kan vara motiverat till högriskpatient.	Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	15.1	Kvinna med opererad bröstcancer och behov av yttre protes  <i>Extern protes</i>	6		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	16.1	Kvinna med oklar förändring, misstänkt eller diagnostiserad bröstcancer. Vid operation av icke tveksamt palpabel förändring och vid all omformningsplastik  <i>Preparatröntgen med markering för patologen och med omedelbar rapport till operatören</i>	1		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	16.3 - 16.5	Operationspreparat  <i>Histopatologisk- och immunhistokemisk handläggning enligt KVAST och faktadokument</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Strålbehandling	17.2.1	Kvinna med opererad bröstcancer, efter partiell mastektomi  <i>Konventionell strålbehandling mot bröstet</i>	3		Ny kunskap?	Uppdateras	
Strålbehandling	17.2.1	Kvinna opererad med partiell mastektomi  <i>Att avstå postoperativ strålbehandling i lågriskgrupper, alternativt accelererad strålning mot tumörområdet (tex intraoperativ strålning)</i>	FoU	Studier pågår angående lågriskgrupp, se rad 11.2.		?	



Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Strålbehandling	17.2.2	Kvinna med opererad bröstcancer < 40 år  <i>Boostdos mot operationssektorn efter konventionell strålbehandling vid partiell mastektomi</i>	5		Standardbehandling	Utgår	
Strålbehandling	17.2.3	Kvinna med opererad bröstcancer  <i>Alternativ fraktionering, konventionell strålbehandling mot bröstet (2 Gy till 50 Gy vs. 2,66 till 42.5 Gy)</i>	FoU		Ny kunskap	Uppdateras	
Strålbehandling	17.3.1	Mastektomerad kvinna vid bröstcancer T > 5 cm  <i>Strålbehandling mot thoraxväggen</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Strålbehandling	17.3.2	Mastektomerad kvinna med 1 - 3 regionala lymfkörtelmetastaser  <i>Lokoregional strålbehandling</i>	FoU	Relationen mellan effekt och biverkningar är oklar och tolkas olika. Studie under initiering.	Ny kunskap	Uppdateras	
Strålbehandling	17.3.3	Kvinna med $\geq 4$ regionala lymfkörtelmetastaser  <i>Lokoregional strålbehandling</i>	4			Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Strålbehandling	17.4	Kvinna med opererad DCIS, partiell mastektomi, ej lågrisk  <i>Konventionell strålbehandling mot bröstet</i>	3			Uppdateras	
Palliativ-Rehab	19.1 - 19.2	Risk för inskränkt rörlighet i axel/skuldra  <i>Profylaktisk information och bedömning samt vid behov styrke- och töjningsbehandling</i>	5		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Rehab	19.4.2.1 - 1	Armsvullnad med pittingödem  <i>Kompressions- eller annan ödembehandling</i>	5		Delas upp, finns data för kompressionsbehandling.	Uppdateras	
Palliativ-Rehab	19.4.3.1	Armsvullnad utan pitting.  <i>Fettsugning kombinerad med livslång kompression</i>	FoU	Riksspecialitet enligt Socialstyrelsen. Står under kontinuerlig utvärdering.	Ny kunskap	Uppdateras	
Kirurgi	19.4.3.2 - 1	Armsvullnad utan pitting  <i>Mikrokirurgi eller excision av hud och subkutan vävnad</i>	Icke-göra		Utmönstrat	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	20.3	Kvinna med adekvat opererad bröstcancer, måttlig till hög risk för återfall  <i>Antracyclinbaserad cytostatika (FEC)</i>	2	Större anledning att ge vid hormonreceptornegativ tumör och yngre patienter. Global risk nytta bedömning väsentlig. Skillnad i resultat vad gäller överlevnad ger gott-visst vetenskapligt underlag.		Uppdateras	
Läkemedel	20.4	Kvinna med adekvat opererad bröstcancer, körtelpositiv, hög risk för återfall  <i>Taxaner i kombination/ sekvens med antracyclin</i>	2	Större anledning att ge vid hormonreceptornegativ tumör och yngre patienter. Global risk nytta bedömning väsentlig. Skillnad i resultat vad gäller överlevnad ger gott-visst vetenskapligt underlag.		Uppdateras	
Läkemedel	20.5	Kvinna med adekvat opererad bröstcancer, körtelpositiva, hög risk för återfall  <i>Dostät kemoterapi (taxan/antracyclin)</i>	FoU		Studie pågår (PANTER)	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	21.1	Kvinna med cytostatikabehandlad N+ eller N-, högrisk bröstcancer HER2- positiv (3+ och/eller FISH+)  <i>Adjuvant trastuzumab upp till 1 år</i>	4		Studie pågår om kortare behandling	Uppdateras	
Läkemedel	22.1 - 22.5	Vid adjuvant cytostatikabehandling (när det är olämpligt/omöjligt att använda perifer ven)  <i>Primär venös access såsom subkutan venport eller PICC- line</i>	4			?	
Läkemedel	23.1	Kvinna med adjuvant cytostatika (ej dosintensiv)  <i>Tillväxtfaktorer som rutinmässig primärprofylax</i>	icke-göra		Utmönstrat?	Utgår	
Läkemedel	23.1	Kvinna med adjuvant cytostatikabehandling, med risk för febril neutropeni > 40 %  <i>Profylax med tillväxtfaktor</i>	4			Utgår	
	23.3.3	Kvinna inför adjuvant cytostatika, risk för håravfall  <i>Peruk</i>	2			Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

	23.3.3	Kvinna inför adjuvant cytostatika, risk för håravfall  <i>Kylmössa</i>	FoU		Aktuell FoU-fråga?	Utgår	
Läkemedel	24.2.1 - 24.	Risk för akut illamående  <i>Kombination av 5HT3- receptorantagonist och betametason</i>	3		Standardbehandling	Utgår	
Läkemedel	24.2.1 - 24.	Akut illamående vid svikt på 5HT3- rec kombination  <i>Kombination av 5HT3-rec. antagonist, betametason och NK1-rec. antagonist</i>	FoU		Ny kunskap	Uppdateras	
Palliativ-Reha	24.2.4	Risk för illamående  <i>Profylaktisk akupunktur</i>	10		Utmönstrat	Utgår	
Palliativ-Reha	24.3.1 + 24.	Fördröjt illamående  <i>Kombination betametason och metoklopramid</i>	3			Uppdateras	
Palliativ-Reha	24.3.1 - 24.	Fördröjt illamående  <i>Kombination betametason och NK1-rec.antagonist</i>	FoU			Uppdateras	
Palliativ-Reha	24.4.1	Betingat illamående  <i>Bensodiazepiner</i>	5			Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Strålbehandling	24.5	Etablerat illamående vid strålbehandling  <i>5HT3-rec. antagonist</i>	5	Ofullständigt studerat.		Uppdateras	
Läkemedel	25.2	Hormonreceptorpositiv tumör där adjuvant behandling är indicerad  <i>Tamoxifen 5 år</i>	1		Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	
Läkemedel	25.3.1	Hormonreceptorpositiv tumör hos postmenopausal kvinna, lågrisk-medelrisk  <i>Anastrozol/letrozol 5 år</i>	8		Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	
Läkemedel	25.3.1	Hormonreceptorpositiv tumör hos postmenopausal kvinna högrisk (N1-3 och HER2 eller N4+)  <i>Anastrozol/letrozol 5 år</i>	3	Effekt av åtgärd baserad på hela patientpopulationen.	Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	25.3.1	Hormonreceptorpositiv tumör hos postmenopausal kvinna, N0 sjukdom och HER2 positiv  <i>Anastrozol/letrozol 5 år</i>	3	Experimentella och retrospektiva kliniska data kan tala för att HER2-överuttryck eventuellt kan prediktera tamoxifenresistens.	Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	
Läkemedel	25.3.2	Hormonreceptorpositiv tumör hos postmenopausal kvinna, intermediärrisk (N1-3 och HER2 neg)  <i>Anastrozole/exemestan efter 2-3 års tamoxifen (switch)</i>	5		Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	
Läkemedel	25.3.3	Hormonreceptorpositiv tumör hos postmenopausal kvinna, recidivfri efter 5 års tamoxifen, högriskgrupp  <i>Letrozol (extended)</i>	8	Letrozol är den enda aromatashämmare som är dokumenterad på denna indikation (extended).	Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	25.4	Hormonreceptorpositiv tumör hos premenopausal kvinna.  <i>Ovariell funktionshämning +/- tamoxifen</i>	3		Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	
Läkemedel	25.4	Hormonreceptorpositiv tumör hos premenopausal kvinna som fortsätter menstruera efter kemoterapi  <i>Ovariell funktionshämning + tamoxifen</i>	FoU		Ny kunskap inom området, såväl tillstånd som åtgärder	Uppdateras	
	26.1.3	Behandlingsinducerad osteoporos  <i>Bentäthetsmätning</i>	5		Hanteras inom NR rörelseorganens sjukdomar	Utgår	
	26.1.3	Behandlingsinducerad osteoporos  <i>Bisfosfonat per oralt</i>	7		Hanteras inom NR rörelseorganens sjukdomar	Utgår	
	26.1.3	Behandlingsinducerad osteoporos  <i>Bisfosfonat intravenös</i>	8		Hanteras inom NR rörelseorganens sjukdomar	Utgår	
Läkemedel	26.2.1	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>Rutinmässig HT</i>	Icke-göra		Utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	26.2.2	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>Clonidin</i>	9		Utmönstrat	Utgår	



Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	26.2.3	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>Belladonna</i>	10		Utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	26.2.4	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>SSRI</i>	7			?	
Läkemedel	26.2.5.1	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>Isoflavoner</i>	Icke-göra		Utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	26.2.5.3	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>Silverax</i>	Icke-göra		Utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	26.2.6	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika  <i>Gabapentin</i>	8			?	
Läkemedel	26.2.7	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika  <i>Vitamin E</i>	10			?	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ-Reha	26.2.8	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika  <i>Avslappning</i>	8			?	
Palliativ-Reha	26.2.10	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika  <i>Akupunktur</i>	8			?	
Läkemedel	26.3.1.1 - 2	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika eller klimakteriella besvär  <i>Lokalbehandling med östrial/östradiol</i>	5		Ny kunskap	Uppdateras	
Läkemedel	26.3.1.2	Kvinna med biverkningar av behandling med aromatashämmare  <i>Lokalt östradiol</i>	FoU		Ny kunskap	Uppdateras	
Läkemedel	26.3.2	Kvinna med biverkningar av antihormonell behandling/cytostatika  <i>Lokalbehandling med hormonfri vaginalgel</i>	6			?	
Diagnostik	26.4	Kvinna med tamoxifenbehandling, symtomfri  <i>Ultraljudsscreening endometrium.</i>	Ikke-göra		Utmönstrat	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ-Reha	28.2	Kvinna med pågående/avslutad primärbehandling, opererad med partiell mastektomi eller mastektomerad  <i>Strukturerad årlig uppföljning inklusive bröstradiologi upp till 5 år</i>	6	Se faktadokument om randomiserade studier angående vårdens organisation. För mastektomerade kvinnor är syftet med bröstradiologi att upptäcka kontralateral bröstcancer vilket mycket väl kan göras via vanlig mammografiscreening.	Praxisfärdigheter	Uppdateras	
	28.3	Kvinna med pågående/avslutad primärbehandling.  <i>Intensivuppföljning med klinik, lab. och röntgen</i>	Icke-göra		Utmönstrat	Utgår	
	30.2	Kvinna med lokalt recidiv, efter partiell mastektomi utan postoperativ strålbehandling.  <i>Partiell mastektomi och postoperativ strålbehandling samt individualiserad adjuvant behandling</i>	2			Utgår	
Kirurgi	30.2	Kvinna med lokalt recidiv, efter partiell mastektomi och postoperativ strålbehandling  <i>Mastektomi samt vid behov individualiserad adjuvant behandling</i>	2		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	30.3	Kvinna med lokalt recidiv på bröstorgsväggen efter tidigare mastektomi utan strålbehandling  <i>Lokal excision och strålbehandling samt vid behov individualiserad adjuvant behandling</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	30.3	Kvinna med lokalt recidiv på bröstorgsväggen efter tidigare mastektomi och strålbehandling  <i>Lokal excision samt vid behov individualiserad adjuvant behandling</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	30.4	Recidiv i axillen efter bröstkirurgi med eller utan SN eller axillutrymning  <i>Axillkirurgi samt vid behov individualiserad adjuvant behandling.</i>	5		Kondensera till vad som är kontroversiella frågeställning	Uppdateras	
Diagnostik	31.3	Lokoregionalt recidiv och/eller första fjärrmetastas  <i>Kartläggning av tumörutbredning samt biopsi (skelettscintigrafi, lungröntgen, ultraljud, DT, MR)</i>	2		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik		Lokoregionala recidiv/metastaserande sjukdom  <i>Biopsi för verifiering av första recidiv och tumörkaraktistika</i>	4		Kondensera till vad som är kontroversiella frågeställning	Uppdateras	
Läkemedel	32.2	Kvinna med fjärrmetastaserad sjukdom  <i>Antracyclinbaserad cytotastika</i>	4	Om adjuvant antracyclinbehandling givits 1-2 år innan metastatiskt återfall bör taxankombination väljas.  Kan användas som första eller andra linjens behandling beroende på tidigare adjuvant behandling.	Standardbehandling	Utgår	
Läkemedel	32.3	Kvinna med fjärrmetastaserad sjukdom  <i>Docetaxel/paclitaxel</i>	5	Kan användas som första eller andra linjens behandling beroende på tidigare adjuvant behandling.  Rangordningen beroende på första och andra linjen.	Kondensera till vad som är kontroversiella frågeställning	Uppdateras	
Läkemedel	32.4	Kvinna med fjärrmetastaserad sjukdom  <i>Docetaxel/paclitaxel som andra linjens behandling</i>	6		Kondensera till vad som är kontroversiella frågeställning	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	32.5	Kvinna med fjärrmetastaserad sjukdom som svarat på tidigare linjers behandling  <i>Capecitabin, vinorelbin m.fl. efter andra linjens behandling</i>	6			Uppdateras	
Läkemedel	32.5	Kvinna med fjärrmetastaserad sjukdom som inte svarat på tidigare linjers behandling  <i>Cytostatika efter andra linjens behandling.</i>	10	Alternativet är palliativa ej tumörspecifika insatser.		Uppdateras	
	Se kapitel 2	Neutropeni  <i>Profylax med tillväxtfaktorer</i>	10	Alternativet är dosreduktion.		Utgår	
	23.3.3	Kvinna med fjärrmetastaserad sjukdom, håravfall vid cytostatikabehandling  <i>Kylmössa</i>	8			Utgår	
	Se kapitel 2	Illamående				Utgår	
Läkemedel	33.1	Kvinna med fjärrmetastaserad HER2-positiv sjukdom  <i>Första linjens monoterapi med trastuzumab</i>	10			Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	33.1	Kvinna med fjärrmetastaserad HER2-positiv sjukdom  <i>Första linjens terapi med paclitaxel/docetaxel + trastuzumab</i>	6			Uppdateras	
Läkemedel	32.1.3	Kvinna med fjärrmetastaserad HER2-positiv sjukdom  <i>Underhållsbehandling med trastuzumab efter avslutad kombinationsbehandling kemoterapi + trastuzumab</i>	FoU			Uppdateras	
Läkemedel	32.1	Kvinna med fjärrmetastaserad HER2-positiv sjukdom  <i>Andra linjens kombinationskemo med trastuzumab efter progress på första linjens kombinationskemo och trastuzumab</i>	FoU			Uppdateras	
Läkemedel	32.1	Kvinna med fjärrmetasta-serad sjukdom HER2-positiv, hormonreceptorpositiv  <i>Endokrin terapi kombinerat med trastuzumab</i>	FoU			Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	34.1	Kvinna med fjärrmetastaserad, hormonreceptorpositiv sjukdom  <i>Tamoxifen första linjen</i>	4			Uppdateras	
Läkemedel	34.2.1	Postmenopausala kvinnor med metastaserande, hormonreceptorpositiv sjukdom  <i>Aromatashämmare första linjen</i>	4	Patientgrupp som ofta tidigare fått tamoxifen.		Uppdateras	
Läkemedel	34.2.2	Postmenopausala kvinnor med metastaserande, hormonreceptorpositiv sjukdom  <i>Aromatashämmare andra linjen</i>	5	Patientgrupp som fått tamoxifen första linjen.		Uppdateras	
Läkemedel	34.2.3	Postmenopausala kvinnor som tidigare svarat på endokrin terapi  <i>Tredje linjens endokrin terapi exemestan</i>	9			Uppdateras	
Läkemedel	34.3	Postmenopausala kvinnor med metastaserande, hormonreceptorpositiv sjukdom  <i>Fulvestrant första och andra linjen</i>	10	Ingår ännu inte i läkemedelsförmånen.	Ny kunskap	Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	34.6	Premenopausal kvinna med metastaserande, hormonreceptorpositiv sjukdom  <i>Kastrationsbehandling +/- tamoxifen första linjen</i>	4			Utgår	
Diagnostik	31.3.1	Kvinna med misstänkta eller kända skelettmetastaser utredning  <i>Skelettscintigrafi som förstahandsmetod</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik		Kvinna med misstänkta eller kända skelettmetastaser  <i>Datortomografi som komplement vid osäker diagnostik</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	31.3.1	Kvinna med misstänkta eller kända skelettmetastaser utredning  <i>MR som komplement vid osäker diagnostik</i>	4		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ-Reha	35.2	Kvinna med kända skelettmastaser  <i>Bisfosfonat</i>	6		Hanteras inom NR rörelseorganens sjukdomar	Utgår	
Palliativ-Reha	35.2	Kvinna med kända skelettmastaser, smärta  <i>Peroralt bisfosfonat</i>	6		Hanteras inom NR rörelseorganens sjukdomar	Utgår	
Palliativ-Reha	35.3	Kvinna med kända skelettmastaser  <i>Palliativ strålbehandling</i>	1	Analogt med annan smärtlindring. <i>127</i>	Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Reha	35.5	Skelettmastaser med frakturnrisk ffa prox femur, humerus  <i>Ortopedisk intervention</i>	2		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	31.3.1	Smärta och neurologiska bortfallssymtom, som kan orsaka tetrapares eller tetraplegi  <i>MR</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Reha	35.6	Misstanke om medullakompression  <i>Behandling med högdossteroider</i>	1		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Reha	35.6.1.1	Misstanke om eller verifierad medullakompression  <i>Dekompression och/eller stabiliserande kirurgi samt strålbehandling hos patienter lämpliga för operation</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Reha	35.6.5	Misstanke om medullakompression  <i>Enbart strålbehandling</i>	3		Standardbehandling	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	31.3.4	Kvinna med misstänkta hjärnmetastaser  <i>DT</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	31.3.4	Kvinna med misstänkta hjärnmetastaser  <i>MR</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Rehab	36.3.1	Kvinna med verifierade hjärnmetastaser  <i>Behandling med högdossteroider</i>	2		Standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	36.3.3	Kvinna med enstaka hjärnmetastaser  <i>Kirurgi</i>	9			Utgår	
Strålbehandling	36.3.4	Kvinna med verifierade hjärnmetastaser  <i>Konventionell strålbehandling</i>	4		Standardbehandling	Utgår	
Strålbehandling	36.3.4.2	Kvinna med enstaka hjärnmetastaser  <i>SRT</i>	4		Ny kunskap	Uppdateras	
Strålbehandling	37.2	Levermetastaser  <i>RF - behandling</i>	FoU		Ny kunskap	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Bröstcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ-Reha	38.1	Pleuravätska <i>Pleurocentes</i>	1		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Reha	38.2	Kvarstående pleuravätska efter upprepad tappning <i>Pleurodes</i>	4			Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning		Pleuravätska <i>Diuretika</i>	Icke-göra		Utmönstrat	Utgår	
Palliativ-Reha	39.1	Kvinna med symtomgivande ascites <i>Ascitestappning</i>	3		Standardbehandling	Utgår	
Palliativ-Reha	39.2	Kvinna med symtomgivande ascites <i>Diuretika</i>	9		Utmönstrat?	Utgår	
		Kvarstående behov av information, stöd och fysisk träning <i>Rehabilitering i strukturerat program</i>	10			Utgår	



Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Område	Rad	Hälsotillstånd  Åtgärd	Rekom- mendation	Kommentar	Socialstyrelsens kommentar 2010	Socialstyrelsens förslag 2010 [Utgår eller Uppdateras]	Synpunkter från er?  <i>Varför är denna frågeställning viktig att belysa? Är den etiskt svår, är det höga kostnader, praxisskillnader eller kontroversiell på annat sätt?</i>
Diagnostik	1.1	Befolkning/frisk individ  <i>Råd om fysisk aktivitet</i>	8	Bör rekommenderas varje individ. Prevention även för andra sjukdomstillstånd.	utgår	Utgår	
Diagnostik	1.2	Befolkning/frisk individ  <i>Långtidsbehandling med ASA</i>	FoU	Dos oklar. Lång tids intervention krävs. Risk för GI-blödning.	ny studie är publicerad	Uppdateras	
Diagnostik	1.3	Asymtomatisk individ med ökad risk (som har haft adenom)  <i>Kemoprevention, NSAID, ASA, kalcium</i>	FoU	Viktigt att ge patienten möjlighet till egen insats.	utgår? ej aktuell i dagsläget	Utgår	
Diagnostik	2.1	FAP (Familjär adenomatös polypos)  <i>Gentest samt strukturerad uppföljning med endoskopi med 2-3 års intervall Vid indikation profylaktisk kolektomi</i>	1	Stor berättigad oro för cancerutveckling som kan förhindras med åtgärden.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	2.2	HNPCC (Hereditär nonpolyposis kolorektal cancer)  <i>Gentest och strukturerad uppföljning vartannat år med koloskopi och gynundersökning och kolektomi vid indikation</i>	2	Berättigad oro för cancerutveckling som kan förhindras med åtgärden.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	2.3	Non-FAP, non-HNPCC, samt individer med annan genförändring utan känd cancer i slakten  <i>Strukturerad uppföljning med endoskopier med 3 års intervall</i>	F oU	Bedömningen bygger på analogiresonemang med 2.2.  Berättigad oro för cancerutveckling som med åtgärden kan förhindras (dock i mindre) grad jmf med HNPCC.	fortfarande FoU, annika lindblom, KI	Uppdateras	
Diagnostik	2.4	Individ med ulcerös colit (UC)  <i>Strukturerad uppföljning med koloskopi vart tredje till vart fjärde år</i>	6	Åtgärd som kan leda till tidig upptäckt cancer eller förstadier som är botbara. Kvantitativa effekter oklara.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	2.5	Individ med Crohns kolit (CD)  <i>Strukturerad uppföljning med koloskopi vart tredje till vart fjärde år</i>	7	Åtgärd som kan leda till tidig upptäckt cancer eller förstadier som är botbara. Kvantitativa effekter oklara men risken för cancer lägre jmf med ulcerös colit.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	



Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	2.6	<p>Besvärslösa individer i åldersgrupp 55-70 år</p> <p><i>Populationsbaserad screening med haemocult (och utredning med koloskopi vid positivt utfall)</i></p>	FoU	<p>Så kallad vild screening förekommer i en del länder medan t. ex. England, Finland, Danmark och Norge gör program för att undersöka om screening är praktiskt genomförbart och ekonomiskt försvarbart i en definierad population.</p> <p>Det kan synas motsägelsefullt att ange evidensstyrka 1 för effekt och därefter placera åtgärden i FoU, men det beror på att screening på populationsbas avseende genomförbarhet och kostnad/nytta inte är studerad i de länder där de randomiserade undersökningarna gjorts. Det är också önskvärt att utveckla screeningmetoder med högre sensitivitet än F-Hb.</p>	het fråga	Uppdateras	
Diagnostik	2.7	<p>Person med ärftlig risk för kolorektalcancer (familjär cancer, HCRC, TCR eller annan riskgrupp) och med stark oro</p> <p><i>Psykosocialt stöd efter genomgång vid onkogenetisk mottagning</i></p>	8	<p>Stor individuell skillnad i behovet av psykosocialt stöd.</p> <p>Kvantitativa effektdata saknas.</p>	ej kontroversiellt, finns bättre underlag idag	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	3.1	Patient med allmän oro för kolorektal cancer utan specifika tarmsymtom  <i>Kontakt med primärvården för bedömning utan omfattande utredning</i>	10	Viktigt att utredning utöver vad som kan anses befogat i primärvården inte startas upp. F-blod och rektoskopi kan diskuteras och kan vara svårt att undvika inte minst då f-blod som screeningmetod diskuteras.	Utgår	Utgår	
Diagnostik	3.2	Tarmsymtom  <i>Klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi</i>	1	Viktig och enkel åtgärd vid första kontakt med läkare vid tarmsymtom som inger misstanke om cancer	Utgår	Utgår	
Diagnostik	3.3	Tarmsymtom  <i>Bedömning av patientens allmäntillstånd</i>	1	Förutsättning för korrekt ställningstagande till ev palliativ målsättning med insatser. Viktigt med samråd mellan vårdnivåer.	Utgår	Utgår	
Diagnostik	3.4	Tarmsymtom och misstanke om blödning, med eller utan anemi  <i>Upprepade F-Hb</i>	6	Ger vägledning för ställningstagande till väntetid inför fortsatt utredning.		?	
Diagnostik	3.5	Tarmsymtom  <i>Blodstatus och leverstatus</i>	Icke-göra	Ej rutinåtgärd, men individuella patientbehov styr provtagningens omfattning.	utmönstrat	Utgår	
Diagnostik	3.6	Tarmsymtom  <i>Tumörmarkörer i blod</i>	Icke-göra	Tumörmarkörer saknar betydelse vid den primära diagnostiken men kan vara av värde senare i förloppet.	utmönstrat	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	4.1	Tarmsymtom hos patient som bedömts enligt klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi  <i>Kolonröntgen</i>	3	Ej högst prioriterat då koloskopi är förstahandsmetod av kvalitetsskäl. Undersökningen kan vid brist på endoskopiresurser tills vidare ersättas med kolonröntgen kombinerad med rektoskopi eller flexibel sigmoideoskopi. Virtuell koloskopi är patientvänlig och förväntas i första hand ersätta kolonröntgen, men har jmf med koloskopi nackdelen att biopsier ej kan tas.	aktuell	Uppdateras	
Diagnostik	4.2	Tarmsymtom hos patient som bedömts enligt klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi  <i>Endast Sigmoideoskopi</i>	10	Tillför inget extra för patient som bedömts enligt 3.2 och som ändå skall koloskoperas. Möjligt komplement för patient som utretts enligt 3.2 och därefter kolonröntgats.	utgår?	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	4.3	Tarmsymtom hos patient som bedömts enligt klinisk undersökning, rektalpalpation och rektoskopi  <i>Koloskopi</i>	1	Innebär möjlighet till undersökning av hela tarmen samt biopsi vid fynd. Koloskopi är förstahandsmetod av kvalitetsskäl. Undersökningen kan vid brist på endoskopiresurser tills vidare ersättas med kolonröntgen kombinerad med rektoskopi eller flexibel sigmoideoskopi. Virtuell koloskopi är patientvänlig och förväntas i första hand ersätta kolonröntgen, men har jmf med koloskopi nackdelen att biopsier ej kan tas.			
Diagnostik	4.4	Tarmsymtom  <i>Virtuell koloskopi med CT (CT-kolon) resp med MR (MR-kolon)</i>	5	Koloskopi är förstahandsmetod av kvalitetsskäl. Undersökningen kan vid brist på endoskopiresurser tills vidare ersättas med kolonröntgen kombinerad med rektoskopi eller flexibel sigmoideoskopi. Virtuell koloskopi är patientvänlig och förväntas i första hand ersätta kolonröntgen, men har jmf med koloskopi nackdelen att biopsier ej kan tas.	aktuell	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	5.1	Fokal förändring vid endoskopi  <i>Biopsitagning och histologisk bedömning</i>	1	Förutsättning för adekvat diagnostik och val av terapi.		Utgår	
Diagnostik	6.1	Individ med hyperplastisk (metaplastisk) (1-5) polyp i rektum  <i>Kolorektal kartläggning</i>	Icke-göra			Utgår	
Diagnostik	6.2	Individ med flera (dvs > 5) hyperplastiska (metaplastiska) polyper i rektum  <i>Kolorektal kartläggning</i>	8	Vaksamhet tillrådes vid hyperplastisk polypos.  Kolorektal kartläggning bör göras och sker troligen idag.	kan vara aktuell	Uppdateras	
Diagnostik	6.3	Individ med flera och/eller stora (> 10 mm) hyperplastiska (metaplastiska) polyper i högerkolon  <i>Kolorektala kontroller/kolektomi</i>	FoU		kan vara aktuell	Uppdateras	
Diagnostik	6.4	Individ med adenom i rektum ≥ 1 cm  <i>Kolorektal kartläggning med koloskopi</i>	3	Hög rangordning är motiverad pga. ökad risk (RR=2,8) för annan potentiellt botbar tarmtumör.	ej kontroversiellt	Utgår	
Diagnostik	6.5	Individ med adenom i rektum < 1 cm  <i>Kolorektal kartläggning med koloskopi</i>	7	Lägre rangordning mest pga. lägre cervisk vid små adenom.	ej kontroversiellt	Utgår	
Diagnostik	6.6	Individ med kolorektal polyp  <i>Polypektomi</i>	4	Både diagnostisk och terapeutisk nytta för åtgärd med låg risk för komplikationer.	ej kontroversiellt	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	6.7	Exstirperad polyp <i>Histopatologisk bedömning</i>	1	Diagnostik förutsättning för beslut om fortsatt handläggning.	ej kontroversiellt	Utgår	
Diagnostik	7.1	Individ som tidigare haft adenom/cancer i kolon eller rektum <i>Strukturerad uppföljning vart femte år</i>	7	Inget skäl till tätare koloskopikontroller.	finns i vårdprogrammet	Utgår	
	8.2	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer och misstänkta metastaser <i>Preoperativ klinisk värdering av patientens allmäntillstånd</i>	1	Denna värdering styr fortsatt handläggning.	utgår	Utgår	
	8.3	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer <i>Preoperativ kartläggning med blodstatus och leverstatus</i>	6	Tillsammans med klinisk värdering kan blodprover ge tilläggsinfo inför basal bedömning av patientens allmänna tillstånd.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	
	8.4	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer <i>Preoperativ kartläggning med tumörmarkörer</i>	9	Kan vid förhöjt värde ha viss prognostisk innebörd och då användas vid uppföljning.	inga nya markörer på väg in	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	8.5	<p>Patient med diagnostiserad kolorektal cancer</p> <p><i>Preoperativ kartläggning av utbredning, lokalt och generellt med radiologiska metoder</i></p>	2	<p>Rutinmässig preoperativ kartläggning kan ske med lungröntgen och ultraljud lever, alternativt CT thorax och buk. Det senare är att föredra av kvalitetsskäl då det ger tilläggsinformation om lokala förhållanden kring tumören och i buken och bilder som kan jämföras med senare undersökningar. Ultraljud med kontrast är dock ett viktigt utvecklingssteg. MR är obligat vid rektalcancer för adekvat preoperativ staging (T2-T4-stadier). Endorektalt ultraljud, som dock har låg tillgänglighet, har sin plats vid ställningstagande till lokal excision av tumörer i tidigt stadium (T1).</p> <p>Den preoperativa kartläggningen ska vara individualiserad men tillräcklig för att adekvat och säker behandling ska kunna genomföras.</p>	aktuell, ev brytas på fler åtgärder	Uppdateras	
Diagnostik	8.6	<p>Patient med diagnostiserad kolorektal cancer och misstänkta metastaser</p> <p><i>Rutinmässig biopsi av misstänkta metastaser vid typisk klinisk bild</i></p>	Icke-göra	<p>Efter klinisk bedömning kan biopsi undantagsvis behöva göras för att ge underlag för kirurgisk eller onkologisk terapi.</p>		Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	9.1	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer  <i>Bedömning av multidisciplinärt team (ev preoperativ onkologisk behandling)</i>	4	Det finns inte underlag för återgång till tidigare praxis med en persons bedömning. Observera dock att slutansvaret för av teamet beslutad åtgärd måste tas av namngiven läkare vid aktuell specialitet.	ojämlikheter över landet, preoperativ kolon framförallt	Uppdateras	
Kirurgi	9.2	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer  <i>Kirurgisk behandling så snabbt som möjligt efter diagnos och kartläggning av tumörutbredning</i>	7	Det finns inte skäl att pressa ledtiden mycket under fyra veckor. Tiden behövs ofta för preoperativ utredning och andra förberedelser. Den angivna rangordningen avser försök att pressa ner tiden under 4 veckor. Gemensam prioriteringsgrupp föreslår att ta bort rad.	utgår, indikator, finns diskussioner nationellt	Utgår	
Kirurgi	9.3	Patient med begränsad metastaserad kolorektal cancer utan specifika tumorsymtom med avsevärd förväntad överlevnad  <i>Förebyggande palliativ resektion av primärtumör</i>	4	Området är i snabb förändring. I många fall kan medicinsk behandling ges primärt med eller utan operation senare. Endoskopisk stent kan vara av värde. Dock kan äldre patienter ha svårt att tåla cytostatika och primär operation kan då föredras, liksom då obstruktion hotar och stent inte är möjlig.	aktuell, studie är precis påbörjad (från Norrköping, Gunnar Arbman), se effekter på subgrupper	Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Kirurgi	9.4	Patient med utbredd metastaserad kolorektal cancer med förväntad kort överlevnad utan dominerande symtom från primärtumör  <i>Förebyggande palliativ resektion av primärtumör</i>	9	Generellt lågt rangordnad åtgärd, som pga. tarmsymtom snabbt kan bli mer angelägen enl 9.3	aktuell, studie är precis påbörjad (från Norrköping, Gunnar Arbman), se effekter på subgrupper	Uppdateras	
	10.1	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Preoperativ bedömning (anamnes, fysikalisk undersökning, laboratorieprover, EKG, röntgen hjärta-lungor)</i>	3	Rutiner för preoperativ bedömning skall vara klart och entydigt formulerade vid opererande klinik		Utgår	
Kirurgi	10.2	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Råd om rökstopp inför operation</i>	5	Den planerade operationen starkt incitament för omedelbart rökstopp. Utnyttja ledtiden.	okontroversiellt, hur ser det ut över landet?	Utgår	
	10.3	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Allmän preoperativ multidisciplinär information om vårdförloppet</i>	3	Viktig patientinformation som ej behöver ges vid samma tillfälle.	utgår	Utgår	
	10.4	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Kontakt med stomiterapeut</i>	3	Viktigt informationssteg inför patientens acceptans av stomi.	finns i vårdprogrammet	Utgår	
	10.5	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Preoperativ dusch med antiseptisk tvål</i>	10	Lågt prioriterat pga. att generell användning inte sänker infektionsrisken.	utgår, utmönstrat	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

	10.6	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Preoperativ hårvkortning (ej rakning) i operationsområdet</i>	10	Om det görs skall det genomföras så nära in på operationen som möjligt.	utgår, utmönstrat	Utgår	
	10.7	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Preoperativ hårvkortning, rakning</i>	Icke-göra		utgår, utmönstrat	Utgår	
Kirurgi	11.1	Patient med kolorektal cancer  <i>Accelererad perioperativ vård (Fast track, ERAS)</i>	3		kontroversiellt, aktuell	Uppdateras	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	11.2	Patient med näringsbrist vid 10-20% vikt förlust  <i>Preoperativt nutritionsstöd (enteralt om möjligt, annars parenteralt) där tiden för behandling är individuellt anpassad</i>	6	Viktigt med screening för ev malnutrition. Nutritionsstöd vid riskgrupper kan minska op-risker ev även mortalitet.	ej kontroversiellt	Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	11.3	Patient utan näringsbrist  <i>Preoperativ kolhydratladdning (undantag för vissa patientgrupper)</i>	9	Lägre prioritering än vid påvisad näringsbrist pga. lägre evidensstyrka och svårkvantifierad effekt.	ej kontroversiellt	Utgår	
	11.4	Patient inför operation  <i>Premedicinering som rutin för sedering/analgesi</i>	Icke-göra	Individuell premedicinering endast vid särskilda skäl.	ej kontroversiellt	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

	11.5	Patient med diagnostiserad koloncancer inför operation  <i>Preoperativ förberedelse - tarmrengöring</i>	Icke-göra	Observera att rekommendationen gäller kolon, ej rektum. Vid planerad peroperativ koloskopi (för diagnos, lokalisering eller terapeutisk åtgärd) är tarmrengöring nödvändig.	utmönstrat	Utgår	
	11.6	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Trombosprofylax kort 10 dagar</i>	2	Stor påverkan på risk för potentiellt dödande komplikation.	ej kontroversiellt, görs idag	Utgår	
	11.7	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Trombosprofylax förlängd till 30 dagar</i>	FoU		har kommit ny studie 2008-2009?	Uppdateras	
	11.8	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Preoperativ förberedelse -infektionsprofylax med peroral antibiotika</i>	2	Preoperativ endosbehandling. Enkel åtgärd med god nytta.	utgår?	Utgår	
	11.9	Patient med diagnostiserad kolorektal cancer inför operation  <i>Preoperativ förberedelse -infektionsprofylax med intravenös antibiotika</i>	5		utgår?	Utgår	
	12.1	Patient som opereras för kolorektal cancer  <i>Epidural anestesi med kortverkande anestesimedel</i>	4	Hög rangordning pga. god kostnadseffektivitet och god evidens för analgetisk effekt med reduktion av sederingsrisk.	?	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

	12.2	Patient som opereras för kolorektal cancer  <i>Aktiv perioperativ värmning</i>	4	Relativt hög rangordning pga. låg kostnadseffektivitet och gott ventenskapligt underlag.	?	Uppdateras	
	12.3	Patient som opereras för kolorektal cancer  <i>Balanserad vätskebehandling</i>	5	Enkel åtgärd med potential att minska operationskomplikationer.	?	Uppdateras	
Kirurgi	13.1	Patient med koloncancer  <i>Typoperationer beroende på lokalisation</i>	1	Högst rangordning pga. stor kurativ potential och tydlig påverkan på lidande.	finns i vårdprogrammet, bryts ner på åtgärder (Hohenberger)?	Uppdateras	
Kirurgi	13.2	Patient med koloncancer, elektiv operation  <i>Öppen kirurgi</i>	1	Högst rangordning pga. stor kurativ potential och tydlig påverkan på lidande.	ej kontroversiellt 13.2-13.3 är likvärdiga idag	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	13.3	Patient med koloncancer, elektiv operation hos patienter utan kontraindikation till laparoskopisk kirurgi  <i>Laparoskopisk kirurgi</i>	2	Ingen signifikant skillnad i samhällsekonomisk kostnad mellan öppen och laparoskopisk om produktionsbortfall inkluderas. Den hittills visade väsentliga fördelen med laparoskopisk kirurgi är sannolikt färre komplikationer från bukväggen, infektioner, ärrbräck etc. En nackdel är lång inlärningsstid vilket gör att metoden förutsätter stora volymer.  Laparoskopi innebär avsevärt högre operationskostnader och därmed en större ekonomisk belastning för sjukvården jmf med öppen kirurgi.	ej kontroversiellt 13.2-13.3 är likvärdiga idag	Utgår	
Kirurgi	13.4	Patient med koloncancer utan påvisad central lymfkörtelmetastasering där man genomför hög ligatur  <i>No touch-teknik</i>	10	Ingen säkert bevisad effekt. Kan göras. Ingår delvis i nyare koncept för radikal resektion.	utmönstrat	Utgår	
Kirurgi	13.5	Patient med koloncancer, elektiv operation  <i>Sentinel node</i>	FoU		praktiseras ej idag, har nog utgått som FoU	Utgår	
Kirurgi	13.6	Patient med koloncancer med överväxt på andra organ, elektiv operation  <i>En bloc-resektion</i>	3	Hög rangordning pga. stor kurativ potential och tydlig påverkan på lidande. En bloc-tekniken nödvändig vid överväxt på andra organ.	självklarhet	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	13.7	Patient med koloncancer, elektiv operation  <i>Rutinmässig anastomosteknik med stapler</i>	10	Inte bättre än handsydd anastomos men dyrare. Osäkert hur tidsvinsten kan tillgodogöras.	utgår?	Utgår	
Kirurgi	13.8	Patient med koloncancer, elektiv operation för patienter i stadium T1 med SM 1 eller 2 och med adekvat patologi  <i>Lokal excision</i>	1	Rangordningen gäller endoskopisk polypektomi för tidig cancer (T1 och gynnsam histologi), där öppen operation med tarmresektion inte är obligat. I praktiken ställs ofta diagnosen i efterhand då ett förmodat benigt adenom har borttagits endoskopiskt.	finns i vårdprogrammet	Utgår	
Kirurgi	14.1	Patient med rektal cancer ovanför analkanalen  <i>Låg främre resektion</i>	1	Obligat på "rätt" patient. Osäkert hur stor andel som är optimal.	finns i vårdprogrammet	Utgår	
Kirurgi	14.2	Patient med rektal cancer operation med låg främre resektion  <i>Avlastande loop-stomi</i>	5	Rangordning medelhög pga. tydliga fördelar, men också nackdelar med rutinmässig avlastande loop-stomi.  Högre rangordning aktuell om ökad risk för anastomosläckage.		Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	14.3	Patient med rektal cancer vid svag sfinkterfunktion eller hög morbiditet i andra sjukdomar.  <i>Hartmanns operation</i>	3	Avgränsningen är oklar mellan Hartmanns operation och rektumamputation i de fall där främre resektion med anastomos är möjlig men olämplig pga. inkontinensrisk, komplicerande sjukdom eller hög ålder. Forskning är angelägen. Det finns dock f.n. inte stöd för att Hartmanns operation ska utgöra en stor andel av radikaloperationerna.	finns i vårdprogrammet	Utgår	
Kirurgi	14.4	Patient med cancer i mellersta och övre rektum utan dålig sfinkterfunktion eller riskfaktorer eller hög morbiditet i andra sjukdomar  <i>Hartmanns operation (i kurativt syfte)</i>	FoU		ökad användning, finns i vårdprogram, mer frekvent i Norden än i övriga världen, aktuell	Uppdateras	
Kirurgi	14.5	Patient med rektalcancer och icke botbar fjärrmetastasering och/eller icke lokalt radikal operation (R1-R2-resektion)  <i>Hartmanns operation i palliativt syfte.</i>	5		ej kontroversiellt	Utgår	
Kirurgi	14.6	Patient med lågt belägen rektal cancer (stadium I-IV)  <i>Rektumamputation</i>	1	Obligat på "rätt" patient. Används fr.a. vid låg cancer med inväxt i sfinktermuskulaturen.	ej aktuell	Utgår	
Kirurgi	14.7	Patient med tidig rektal cancer (stadium I )  <i>Lokal excision</i>	2	Enkel åtgärd som är lämplig i strikt selekterade fall.	finns i vårdprogram där det är definierat på TNM	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	14.8	Patient med lokalt avancerad rektal cancer med utbredd överväxt mot omgivande organ, elektiv operation  <i>Bäckenexcenteration</i>	2	Potentiellt kurativt ingrepp med flera riskfaktorer. Omfattande kirurgisk åtgärd som bör koncentreras till enheter med särskild kompetens.	okontroversiellt, koncentrerat	Utgår	
Kirurgi	14.9	Patient med lokalt avancerad rektal cancer  <i>Lateral lymfkörtelutrymning</i>	Icke-göra	Åtgärd med osäker vinst och hög morbiditet.	utmönstrat	Utgår	
Kirurgi	15.1	Patient med kolorektal cancer  <i>Metastasförebyggande åtgärd Profylaktisk oophorectomi</i>	Icke-göra	Åtgärden har ej någon dokumenterad vinst för patient.	ej kontroversiellt	Utgår	
Kirurgi	15.2	Patient med kolorektal cancer som har perforation, blödning eller ileus  <i>Akut kirurgisk behandling</i>	1	Kirurgisk handläggning kan undanröja det akuta livshotet med kraftigt lidande och även vara av god effekt i det längre perspektivet.	aktuell utifrån nivåstrukturering	Uppdateras	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.1	Postoperativt förlopp hos nyopererad patient  <i>Standardiserad vårdplan</i>	3	Generell för alla diagnoser.	ej kontroversiellt	Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.2	Patient opererad för kolorektal cancer  <i>Daglig omläggning av operationssår</i>	Icke-göra		utmönstrat	Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.3	Nyopererad patient  <i>V-sond som rutin på alla patienter</i>	Icke-göra	Icke värdeskapande åtgärd.	utmönstrat	Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	16.4	Nyopererad patient  <i>Bukdränage som rutin på alla patienter</i>	Icke-göra	Värdet av bukdränage ej dokumenterat.	utmönstrat	Utgår	



Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.5	Nyopererad patient  <i>Tidigt avlägsnande av urinkateter</i>	4	Något längre (ca 2 dagar) kateterisering efter rektalkirurgi.	?	?	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.6	Illamående och kräkningar efter operation för kolorektal cancer  <i>Epiduralanestesi, undvika övervätskning, tidigt födointag, minimera användandet av opioider</i>	3	Relativt hög rangordning pga. stark påverkan på livskvalitet, men ej möjlighet till fullständig lindring.	utgår?	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.7	Paralys av tarmen efter operation för kolorektal cancer  <i>Postoperativ laxering med peroralt magnesiumoxid</i>	FoU		?	?	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.8	Patient som opererats för kolorektal cancer  <i>Postoperativ epidural analgesi</i>	3	Ger god postoperativ analgesi. 2 dagar vanligen tillräckligt efter kolonresektion. Något längre tid efter rektal kirurgi.  Relativt hög rangordning pga. att smärta tydligt påverkar livskvalitet och rehabilitering, men ej möjlighet till fullständig lindring.	?	?	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.9	Patient som opererats för kolorektal cancer  <i>Postoperativt tidigt födointag</i>	4	Peroral försörjning from första postoperativa dagen kan ges rutinemässigt.	ej kontroversiellt	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.10	Patient som opererats för kolorektal cancer  <i>Tidig mobilisering</i>	4	Relativt högt rangordning för ett tydligt schema för postoperativ mobilisering som underlättar rehabilitering.	ej kontroversiellt, kopplinig fast-track	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.11	Patient efter behandling  <i>Utnyttjande av instrument för att identifiera behov av psykosocialt stöd</i>	FoU		ingen ny kunskap, studier pågår bl a dansk	Uppdateras	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.12	Patient efter behandling  <i>Individuellt anpassat psykosocialt stöd</i>	3	Individuella variationer i behov. Gäller alla diagnoser.	ej kontroversiellt	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	16.13	Patient opererad för kolorektal cancer  <i>Rådgivning för stomiskötsel</i>	3	Viktig information inför träning och acceptans av stomi.	finns i vårdprogram	Utgår	
Kirurgi	17.1	Mekanisk ileus efter operation  <i>Operation</i>	1	Snar kirurgi nödvändigt efter konstaterat tarmhinder. Kirurgisk handläggning kan undanröja det akuta livshotet med kraftigt lidande.	ej kontroversiellt	Utgår	
Diagnostik	17.2	Patient opererad för kolorektal cancer och med postoperativa symtom tydande på anastomosinsufficiens  <i>Tidig diagnostik och behandling</i>	1	Optimal anastomosteknik bästa preventionen mot denna allvarliga komplikation. Fördröjd diagnostik och behandling vid anastomosinsufficiens ger förhöjd mortalitet.	ej kontroversiellt	Utgår	
Kirurgi	17.3	Patient opererad för kolorektal cancer som tidigt efter operation fått stomikomplikationer  <i>Diagnostik och kirurgisk behandling</i>	3	Svårt tillstånd. Ovanligt med stomikomplikation som kräver stomirekonstruktion i det tidiga postoperativa förloppet.	ej kontroversiellt	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Kirurgi	17.4	Patient opererad för kolorektal cancer som efter operation fått sena stomikomplikationer  <i>Diagnostik och kirurgisk behandling</i>	5	Optimal teknik vid anläggandet av stomi förebygger komplikationer. En dåligt fungerande stomi kan kräva stora och långvariga sjukvårdsinsatser.	studie på Huddinge pågår (stomibräck, sena komplikationer), aktuell fråga	Uppdateras	
	18.1	Patient med kolorektal cancer, elektiv operation, olika stadier  <i>Operation vid enhet med låg volym (&lt;12 operationer/år) .</i>	10	Otillräckligt vetenskapligt underlag men common sense att kirurgin ej bör utföras vid enhet med alltför låg volym av dessa ingrepp.	aktuell för nivåstrukturerering inom RCC	Uppdateras	
	18.2	Patient med rektal cancer, elektiv operation, olika stadier  <i>Operation av specialiserad kirurg i miljö med möjlighet till multidisciplinär bedömning .</i>	4	Modern rektalcancerkirurgi kräver kirurg specialutbildad i TME-teknik.	ej kontroversiellt	Utgår	
	19.1	Operationspreparat  <i>Diagnostik, stadiindelning, körteldiagnostik, strukturerad handläggning Strukturerat PAD Rapportering till kvalitetsregister</i>	2	En korrekt karakteristik av operationspreparatet har betydelse för en fortsatt optimal handläggning av patienten Det finns mer moderna referenser som man bör hänvisa till i faktaunderlaget. Redovisa svårighetsgrad och effekt i termer av vad det betyder för morbiditet och mortalitet.	strukturerat PAD fungerar ej i praktiken, övriga delar har blivit bättre och bättre	Uppdateras	
Diagnostik	19.2	Operationspreparat  <i>Immunhistokemi, molekylära analyser</i>	FoU		fortfarande FoU	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	20.1	Patient med kolorektal cancer  <i>Prediktion av behandlingssvar på onkologisk behandling</i>	FoU		fortfarande FoU	Uppdateras	
Strålbehandling	20.2	Patient med primärt icke exstirpabel koloncancer där operation bedöms möjlig om tumörtillbakabildning kan nås  <i>Kombination av kemoterapi och strålbehandling åtföljd av kirurgi med kurativ intention</i>	5	Kan ingå som led i potentiellt kurativ behandling.	sitter ihop med fler frågeställningar, tveksamt operabel - aktuell fråga!	Uppdateras	
Strålbehandling	20.3	Patient med primärt icke exstirpabel rektal cancer  <i>Preoperativ radioterapi</i>	5	Rangordningen baseras på acceptabel toxicitet och underlag för god effekt.	ej aktuell	Utgår	
Strålbehandling	20.4	Patient med primärt icke exstirpabel rektal cancer  <i>Preoperativ radiokemoterapi med 5-FU-baserad behandling utan tillägg av andra cytostatika</i>	3	Högre rangordning pga. bättre effekt vid tillägg av cytostatika än vid enbart radioterapi. Acceptabel toxicitet (framför allt i ljuset av den höga morbiditeten av tillståndet).	preoperativ kemoradioterapi är aktuell fråga	Uppdateras	
Strålbehandling	20.5	Patient med primärt icke exstirpabel rektal cancer  <i>Preoperativ radiokemoterapi med kombination av 5-FU alt capecitabin och t.ex. oxaliplatin eller irinotekan</i>	FoU	Ökad toxicitet kan vara acceptabel om bättre lokal tumörkontroll erhålles också efter långtidsuppföljning.	fortfarande fou, studier pågår, nya atnikroppar finns på agendan	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Strålbehandling	20.6	<p>Patient med exstirpabel men lokalt avancerad rektal cancer, cT3-4 eller N+</p> <p><i>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radioterapi med 5 x 5 Gy under 1 vecka)</i></p>	3	<p>Stark evidens för god nytta utan allvarliga komplikationer. Den neoadjuvanta strålbehandlingen ger få akuta biverkningar men vissa sena biverkningar vilka måste beaktas när beslut om strålbehandling tas i samband med multidisciplinär bedömning. Höga tumörer med MR-stadium cT3a kan troligtvis undantas från strålbehandling om inga andra riskfaktorer finns och kirurgens kompetens hög.</p>	ej kontroversiellt, men vad är lokalt avancerad är en aktuell fråga!	Uppdateras	
Strålbehandling	20.7	<p>Patient med exstirpabel men lokalt avancerad (T3-4 (operabel) eller N+) rektal cancer</p> <p><i>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radioterapi under 4-5 veckor (40-50 Gy) utan cytostatika )</i></p>	8	<p>Låg rangordning (jmf med 5x 5Gy) pga. fler akuta biverkningar och längre tids behandling innan operation utan förbättring av tumörkontrollen. Ingen kunskap om ev sena biverkningar även om många tror risken är lägre. Till denna grupp av patienter används inte lång strålbehandling i Sverige (utom i en randomiserad studie).</p>	aktuell, men vad är lokalt avancerad är en aktuell fråga!	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Strålbehandling	20.8	<p>Patient med exstirpabel men lokalt avancerad (T3-4 (operabel) eller N+) rektal cancer</p> <p><i>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radio-kemoterapi under 5-6 veckor (46-50 Gy) med 5-FU)</i></p>	3	<p>Radiokemoterapi är standard i många delar av världen för denna grupp av patienter och inte enbart för de med primärt inextirpabel cancer. I Sverige ges rutinmässigt 5x5 Gy till denna grupp av patienter. Gränsen mellan exstirpabel och inextirpabel är dock flytande. Bedömningen bör göras med MRT (benäms ofta som bad respektive ugly).</p>	<p>aktuell, men vad är lokalt avancerad är en aktuell fråga!</p>	Uppdateras	
Strålbehandling	20.9	<p>Patient med exstirpabel men lokalt avancerad (T3-4 (operabel) eller N+) rektal cancer</p> <p><i>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radio-kemoterapi under 5-6 veckor (46-50 Gy) med 5-FU/ capecitabin och oxaliplatin eller irinotecan)</i></p>	FoU	<p>Ökad toxicitet kan vara acceptabel om fler patologiska responser innebär bättre lokal tumörkontroll och överlevnad också efter långtidsuppföljning.</p>	fortfarande fou	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Strålbehandling	20.10	Patient med exstirpabel icke lokalt avancerad (cT1-2 N0) rektal cancer  <i>Neoadjuvant onkologisk behandling (preoperativ radioterapi med 5 x 5 Gy under 1 vecka)</i>	4	Patienter med dessa tidiga tumörer har inkluderats i studierna då det tidigare inte gick att exkludera dem. De har minst samma relativa vinst av strålningen som de med lokalt avancerad tumör, däremot är med TME den absoluta vinsten liten och för flertalet patienter inte tillräcklig för att rekommendera preoperativ strålbehandling. Patienter har dock angivit att behandling önskas om risken för lokalrecidiv sänks från 3% till 1%.		?	
Strålbehandling	20.11	Primärt avancerad eller lokalt recidiv av rektal cancer  <i>Intraoperativ radioterapi</i>	FoU	Effekt kan finnas men otillräckligt studerat. Relevant i enstaka fall.	frågan är utdöd	Utgår	
Diagnostik	21.1	Patient opererad för kolorektal cancer  <i>Postoperativ prognosbedömning (baserat på operationsfynd och PAD)</i>	4	Prognosbedömning ger viktigt underlag för fortsatt handläggning.	finns i vårdprogram	Utgår	
Diagnostik	21.2	Patient opererad för kolorektal cancer  <i>Bedömning av behandlingsalternativ av multidisciplinärt team efter PAD</i>	6	Rangordningen är baserad på erfarenhet utan möjlighet till kvalitativ eller kvantitativ bedömning. Gäller alla cancertyper.	görs alltid postop idag, finns i vårdprogram och register (>90%)	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	21.3	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II utan riskfaktorer  <i>Adjuvant onkologisk behandling (postoperativ cytostatika, 5-FU-behandling intravenös eller peroral))</i>	5	För högriskpatienter stadium II samma prioritet som stadium III.	kontroversiellt, aktuell	Uppdateras	
Läkemedel	21.4	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium III och II med riskfaktorer  <i>Adjuvant onkologisk behandling (postoperativ cytostatika, 5-FU-behandling intravenös eller peroral)</i>	2	God evidens för större chans till bot_	ej kontroversiellt men hör ihop med 21.3	Uppdateras	
Läkemedel	21.5	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II utan riskfaktorer  <i>Adjuvant onkologisk behandling, (postoperativ cytostatika, kombination 5-FU/oxaliplatin)</i>	5	Biverkan i form av neurotoxicitet av oxaliplatintillägget är inte sällan påtaglig och långvarig och kan vara handikappande. Måste vägas in före terapibeslut och värderas under behandlingens gång. För högriskpatienter stadium II samma prioritet som stadium III.	kontroversiellt, aktuell	Uppdateras	
Läkemedel	21.6	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium III och stadium II med riskfaktorer.  <i>Adjuvant onkologisk behandling, (postoperativ cytostatika, kombination 5-FU/oxaliplatin)</i>	2	Biverkan i form av neurotoxicitet av oxaliplatintillägget är inte sällan påtaglig och långvarig och kan vara handikappande. Måste vägas in före terapibeslut och värderas under behandlingens gång. För högriskpatienter stadium II samma prioritet som stadium III.	ej kontroversiellt men hör ihop med 21.3	Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Läkemedel	21.7	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II och III  <i>Adjuvant onkologisk behandling (postoperativ cytostatika, kombination 5-FU/irinotekan)</i>	9	Ingen nämnvärd förbättring i QALY pga. biverkningar och liten hälsovinst i övrigt för stadium II.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår	
Strålbehandling	21.8	Patient med radikalt exstirperad koloncancer, stadium II och III  <i>Adjuvant strålbehandling</i>	Icke-göra		utmönstrat	Utgår	
Strålbehandling	21.9	Patient med radikalt exstirperad rektal cancer, stadium II och III om preoperativ strålning inte givits  <i>Adjuvant behandling radiokemoterapi</i>	4	Denna behandling är aktuell när man inte tidigare gjort korrekt preoperativ staging. Rangordnas lägre än när preoperativ radiokemoterapi givits efter korrekt staging.	kontroversiellt, aktuell	Uppdateras	
Läkemedel	21.10	Patient med radikalt exstirperad rektal cancer, stadium II och III  <i>Adjuvant behandling (postoperativ cytostatika intravenöst eller peroralt)</i>	FoU		kontroversiellt, aktuell, finns nya studier	Uppdateras	
	21.11	Patient med kolorektal cancer  <i>Preoperativ behandling påbörjad inom 4 veckor efter diagnos</i>	7		ingen ny kunskap, kopplat till ledtider och org	Utgår	
	21.12	Patient med kolorektal cancer stadium II och III  <i>Adjuvant behandling med start &lt; 6 veckor efter operation</i>	3		ej kontroversiellt, europa riktlinjer säger 6-8 veckor	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

	21.13	Patient med kolorektal cancer  <i>Adjuvant behandling med start &gt; 8 veckor efter operation</i>	Icke-göra		ej kontroversiellt, europa riktlinjer säger 6-8 veckor	Utgår	
Läkemedel	22.6	Patient som får cytostatika- och strålbehandling/ omvårdnadsinsatser för att lindra och förebygga akuta biverkningar  <i>Behandling med klorhexidin/kamomill</i>	10	Svag evidens men används på vissa kliniker.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	22.7	Patient som får cytostatika-omvårdnadsinsatser för att lindra och förebygga akuta biverkningar  <i>Munsköljning med allopurinol</i>	9	Begränsad effekt, kan minska risken för svår mucositis.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	22.8	Patient som får cytostatika- och strålbehandling/ omvårdnadsinsatser för att lindra och förebygga akuta biverkningar  <i>Kryoterapi</i>	9	Viss evidens för effekt finns, billigt, ofarligt. Värt att prova.	ej kontroversiellt, utmönstrat	Utgår	
Läkemedel	22.9	Patient som får cytostatika och som drabbats av illamående  <i>Farmakologisk behandling/Antiemetika</i>	2	God effekt av profylaktisk behandling enligt nivågruppering för risk för CINV.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	22.10	Patient med risk för och utvecklat behandlingsinducerat illamående/kräkningar  <i>Massage</i>	10	Okvantifierad effekt, men möjliga andra gynnsamma effekter.	ej aktuell	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	22.11	Patient med risk för och utvecklat behandlingsinducerat illamående/kräkningar  <i>Avslappning, psykologiska behandlingsmetoder</i>	9	Evidens för viss effekt. Effektiv farmakologisk behandling bör vara förstahandsalternativ.	ej aktuell	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	22.12	Patient med risk för och utvecklat behandlingsinducerat illamående/kräkningar  <i>Akupressur, akupunktur</i>	9	Farmakologisk behandling har högre rangordning. Det finns en klinisk användning med effekt på individnivå. Moderna studier om varje metods behandlingseffekt, enskilt eller tillsammans med farmaka saknas.	ej aktuell	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	23.1	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått tarmfunktionsstörningar (inkontinens, diarré)  <i>Diagnostik och farmakologisk behandling eller bäckenbottenträning</i>	6	Lågt rangordnad pga. oklar effekt på hela patientgruppen.	ej kontroversiell	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	23.2	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått tarmfunktionsstörningar (inkontinens, diarré)  <i>Diagnostik och deviation av tarminnehåll med stomi</i>	6	Kirurgisk åtgärd i svåra fall är rimligen effektiv och bör därför få högre rangordning.	ej kontroversiell	Utgår	
	23.3	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått sexuella störningar (impotens, dyspareuni, m.m.)  <i>Farmakologisk eller kirurgisk behandling</i>	6	Tillståndet har stor påverkan på livskvalitet och åtgärden ger i vissa fall god effekt. Oklar total effekt för patientgruppen som helhet.	ej kontroversiell	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

	23.4	Patient med rektalcancer <i>Individuellt anpassad information och sexualrådgivning</i>	8	Litet problem, tveksam effekt.	studie pågår i SLL (Anna Martling)	Uppdateras	
	23.5	Patient med kolorektal cancer som efter behandling fått miktionsstörningar (tömningssvårigheter, m.m.) <i>Omhändertagande och farmakologisk behandling av miktionsstörning</i>	8	Spontanremission, svagt underlag.	finns i vårdprogram, ej kontroversiellt	Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	24.1	Recidivfri patient utan symtom en tid efter avslutad behandling <i>Bedömning av hälsorelaterad livskvalitet med hjälp av standardiserade instrument</i>	FoU	Svårt mäta, tveksam effekt.	fortfarande FoU, diskussion i kval reg	Uppdateras	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	24.2	Patienter behandlade kurativt för kolorektal cancer <i>Uppföljning under maximalt 5 år för att upptäcka behandlingsbara återfall av tumör</i>	4 FoU utöver grundläggande uppföljning	Effekt av uppföljning finns visad men det exakta innehållet i uppföljningsprogrammen återstår att fastställa. Vissa recidiv/metastaser är möjliga att åtgärda med kurativ intention. Effekt av uppföljning under längre tid än 5 år är ej meningsfull eftersom sena recidiv i praktiken sällan förekommer.	kontroversiellt, stor studie genomförd förväntas data ca 2013, oenighet om vad som är grundläggande uppföljning (1,3,5 år? plus innehåll)	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	25.1	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Kartläggning av tumörutbredning</i>	3	Förutsättning för val av terapi mot recidiv. Värdet av radiologiska metoder ej studerat. PET us rimlig om aggressiv kurativ ansats. Std rtg hör dock till rutin och kan knappast tas bort.	ej kontroversiellt	Utgår	
Diagnostik	25.2	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Bedömning av behandlingsalternativ av multidisciplinärt team</i>	6	Rangordningen baserad på erfarenhet utan möjlighet till kvalitativ eller kvantitativ bedömning. Gäller alla cancertyper.  Ger mer optimal bedömning givet att området blivit alltmer komplext. Minskar rimligen behovet av second opinion.	självklarhet	Utgår	
Kirurgi	26.1	Patient med lokalrecidiv som bedömts möjlig att operera, rektal cancer  <i>Operation av lokalrecidiv</i>	2	Vetenskapligt underlag inte starkt men kirurgi är enda möjligheten till bot.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	
Kirurgi	26.2	Patient med levermetastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  <i>Operation av levermetastaser</i>	3	Kontrollerade studier önskvärda men inte möjliga idag.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	
Kirurgi	26.3	Patient med lungmetastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  <i>Operation av lungmetastaser</i>	3	Se 26.2. Vid synkron levermet kan resektion av lungmet ej rekommenderas.	ej kontroversiellt, finns i vårdprogram	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	26.4	Patient med metastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  <i>Operation av metastaser till peritoneum med intraperitonealt cytostatika</i>	FoU	Svagare stöd än för metastas i lever enbart. Se även 26.2. Kombinerat med IPC. Mycket resurskrävande men relativt lovande resultat. Bör koncentreras till enstaka enhet. Studier önskvärda.	kontroversiell, ny kunskap finns	Uppdateras	
Kirurgi	26.5	Patient med hjärnmetastas av kolorektal cancer som bedömts möjlig att operera  <i>Operationer av hjärnmetastaser</i>	9	Rimligt alternativ i vissa fall. Symtomlindrande potential.	ej kontroversiell	Utgår	
Kirurgi	26.6	Patient med metastaser av kolorektal cancer i mer än ett organ  <i>Operationer av metastaser i flera organ (lever och lunga)</i>	5	Rangordningen gäller endast vid mycket selekterade fall. Svåröverskådlig dokumentation.	i grunden en självklarhet men det finns detaljer i tillvägagångssättet som kan diskuteras, indikation (antalet metastaser) och metoder	Uppdateras	
Kirurgi	26.7	Efter framgångsrik kemoterapi av irresektabel sjukdom  <i>Operation av levermetastaser</i>	3	Ungefär samma effekt som primär operation av levermetastaser men rimligen sämre kostnadseffektivitet.	praktiseras idag men rad om levermetastaser neoadjuvant cyt behöver läggas till	Uppdateras	
Kirurgi	26.8	Levermetastaser  <i>Lokal tumördestruerande behandling i levern</i>	FoU	Rimligt att ha som alternativ/komplement till kirurgi i selekterade fall. Studier önskvärda.	fortfarande fou, studier pågår, praktiseras i varierande omfattning	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Läkemedel	27.1	Patient med metastas av kolorektal cancer  <i>Adjuvant behandling med 5-FU/leucovorin efter radikal kirurgi för fjärrmetastaser.</i>	5	Ett flertal små studier som visat minskad risk för recidiv, majoriteten dock inte med statistisk signifikans. En positiv studie rapporterad december 2006. Den relativa vinsten förefaller likvärdig med den efter coloncancer stadium III.	aktuell, hänger ihop med neoadjuvant behandling	Uppdateras	
Läkemedel	27.2	Patient med metastas av kolorektal cancer  <i>Adjuvant behandling med 5-FU/leukovorin /oxaliplatin efter radikal kirurgi för fjärrmetastaser.</i>	FoU	Den relativa vinsten av adjuvant cytostatika efter metastaskirurgi förefaller likvärdig med den efter coloncancer stadium III, dvs oxaliplatintillägget kan förväntas minska risken med ytterligare 20-25 % utöver den som 5-FU/leukovorin enbart ger. Ytterligare studiedata kommer under 2007.	aktuell, hänger ihop med neoadjuvant behandling, EPOC kom med resultat 2008	Uppdateras	
Läkemedel	28.1	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer där kombinationsbehandling inte bedöms lämplig eller nödvändig primärt  <i>Palliativ behandling med cytostatika (modulerad 5-FU-baserad behandling enbart, 1:a linjen)</i>	4	Stark evidens för god palliativ effekt och god kostnadseffektivitet.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras	
Läkemedel	28.2	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer (som ovan)  <i>Palliativ behandling med cytostatika (infusion 5-FU i stället för bolus, 1:a linjen)</i>	4	Stark evidens. Marginellt bättre än bolus, något mer resurskrävande.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	28.3	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer (som ovan)  <i>Palliativ behandling med cytostatika (peroral fluoropyrimidinebehandling, 1:a linjen)</i>	4	Likvärdigt med 5-FU parenteralt och färre allvariga biverkningar.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras	
Läkemedel	28.4	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer där största möjliga chans till tumörtillbakabildning bedöms lämplig eller nödvändig  <i>Palliativ behandling med cytostatika (modulerad 5-FU-behandling + irinotekan eller oxaliplatin, 1:a linjen)</i>	5	Används selektivt utifrån tolerans och förväntad nytta. Kostnadseffektivitet på marginalen men patienten i ett utsatt läge.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras	
Läkemedel	28.5	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Palliativ behandling med cytostatika (irinotekan enbart 2:a linjen (efter svikt modulerad 5-FU))</i>	6	Selektiv användning rimlig.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras	
Läkemedel	28.6	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Palliativ behandling med cytostatika (modulerad 5-FU + oxaliplatin 2:a linjen (efter svikt irinotekan/5-FU/leucovorin))</i>	6	Vid selektiv användning högre rangordning.	palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området	Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	28.7	<p>Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer</p> <p><i>Palliativ behandling med cytotatika (irinotekan eller oxaliplatin med 5-FU)/leucovorin 3:e linjen (efter svikt modulerad 5-FU och oxaliplatin/5-FU/leucovorin resp irinotekan/5-FU/leucovorin)</i></p>	6	<p>Selektivt för patienter som haft god tumörrespons på tidigare behandlingar och gott allmäntillstånd. Mycket hög kostnadseffektkvot. Det spelar sannolikt ingen roll i vilken ordning de tre aktiva cytotatika vid kolorektal cancer (5-FU/leucovorin, oxaliplatin, irinotekan) ges och om patienten primärt inte har en snabbt progredierande sjukdom eller är i ett för dåligt allmäntillstånd för att uppnå överlevnadsförlängning. Att börja med 5-FU/leucovorin och senare ge tillägg av oxaliplatin eller irinotekan är således likvärdigt avseende total överlevnad som att börja med kombinationsbehandling.</p>	<p>palliativ cyt är aktuell och det händer mycket inom området</p>	Uppdateras	
Läkemedel	28.8	<p>Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer</p> <p><i>Palliativ behandling med 5-FU och irinotekan med bevacizumab (Avastin) 1:a linjen som tillägg</i></p>	7	<p>I selekterade fall god effekt men hög kostnad i förhållande till effekt och bara en studie. Gäller endast i kombination med irinotekan.</p>	<p>aktuell, område i stark utveckling</p>	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Kolorektalcancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	28.9	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Palliativ behandling med 5-FU och oxaliplatin med bevacizumab (Avastin) 2:a linjen som tillägg</i>	8	Mindre effekt än vid behandling i första linjen. Ökar kostnaden. Gäller kombination med oxaliplatin. Ännu ej godkänd indikation.	aktuell, område i stark utveckling	Uppdateras	
Läkemedel	28.10	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Palliativ behandling med kombinationen irinotekan med cetuximab (Erbix) 3:e linjen som tillägg (efter svikt på irinotekan)</i>	8	Liten effekt och mycket hög kostnad i förhållande till effekt.	aktuell, område i stark utveckling	Uppdateras	
Kirurgi	29.1	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer med ileus  <i>Palliativ behandling med kirurgi, (operation stent, inre shunt, stomi)</i>	4	Svårt sjukdomstillstånd. Led i palliativt omhändertagande. Kirurgisk åtgärd kan ge god lindring, men med varierande resultat och otillräckligt vetenskapligt underlag.	ej kontroversiellt, palliativ stent är inte kontroversiellt men kurativ stent (bridge to surgery) är aktuell	Uppdateras	
Strålbehandling	29.2	Patient med lokalrecidiv och/eller metastas av kolorektal cancer  <i>Palliativ behandling med strålning</i>	2	God chans till lindring och god evidens.	ej kontroversiellt men det finns ojämnt över landet	Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Område	Rad	Hälsotillstånd  Åtgärd	Rekom- mendation	Kommentar	Socialstyrelsens kommentar 2010	Socialstyrelsens förslag 2010 [Utgår eller Uppdateras]	Synpunkter från er?  Varför är denna frågeställning viktig att belysa? Är den etiskt svår, är det höga kostnader, praxisskillnader eller kontroversiell på annat sätt?
Diagnostik	1.1.1	Frisk man kemoprevention  <i>a. 5-alfa-reduktashämmare b. Antiinflammatoriska läkemedel (ASA)</i>	FoU		a)behöver uppdateras b)Utgår	a)Uppdateras b)Utgår	
Diagnostik	1.1.2	Frisk man kostfaktorer och supplementering med spårämnen och vitaminer  <i>a. Antioxidanter b. Lycopener c. fytoöstrogener d. Selen e. Vitamin E f. Vitamin D</i>	FoU		Dålig evidens, behöver kanske inte delas upp i flera undergrupper. kontroversiellt?	?	
Diagnostik	1.2.1	Riskgrupp identifierad på basen av PSA-värde eller fynd av höggradig PIN  <i>Preventiva åtgärder: 5α- reduktashämmare, COX2- hämmare</i>	FoU			Utgår	
Diagnostik	1.2.2	Riskgrupp identifierad beroende på familjär anhopning av prostatacancer  <i>Preventiva åtgärder: 5α- reduktashämmare, COX2- hämmare</i>	FoU			Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	2.1.1	Friska män, 50-70 år  <i>Populationsbaserad screening med PSA-test</i>	FoU		kontroversiellt alla rader om screening måste ses över	Uppdateras	
Diagnostik	2.1.2	Friska män, >70 år  <i>Populationsbaserad screening med PSA-test</i>	Icke-göra		kontroversiellt alla rader om screening måste ses över	Uppdateras	
Diagnostik	2.2.1	Män med enbart far eller bror med prostatacancer  <i>Screening med PSA</i>	FoU		kontroversiellt alla rader om screening måste ses över	Uppdateras	
Diagnostik	2.2.2	Män med två eller fler förstagsläktingar med prostatacancer  <i>Riktad hälsoundersökning med PSA</i>	3	Tidigare debutålder och hög risk ger ökad chans att vinna flera levnadsår.		Uppdateras	
Diagnostik	2.2.3	Män i släkter med konstaterad mutation i bröstcancer-genen BRCA2  <i>Riktad hälsoundersökning med PSA</i>	3	Tidigare debutålder och hög risk ger ökad chans att vinna flera levnadsår. Männens oro pga. släktingars död i PrCa.		Uppdateras	
Diagnostik	2.2.1.4	Ärftlig belastning för prostatacancer  <i>Genetisk rådgivning med information om risk för att få prostatacancerdiagnos</i>	4	Oro för ärftligt ökad cancer-risk måste bemötas. Riskökning kan avskrivas eller konstateras med möjlighet till sekundär-prevention.	okontroversiellt men kan behöva ses över	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	2.3.2	<p>a) Önskemål om riktad hälsokontroll för tidig diagnostik av prostatacancer från man som inte tagit del av strukturerad information om PSA-testning</p> <p>b) Man som önskar ospecificerad hälsokontroll</p> <p>c) Man som söker läkare för besvär som inte bedöms kunna bero på prostatacancer</p> <p><i>PSA-testning</i></p>	Icke-göra			Uppdateras	
Diagnostik	2.3.3	<p>Önskemål från 50-75 år gammal man om riktad hälsokontroll för tidig diagnostik av prostatacancer hos symptomfri man som tagit del av strukturerad information om PSA-testning</p> <p><i>PSA-testning</i></p>	6		Så löste vi frågan förra gången, hur skall vi göra nu?	Uppdateras	
Diagnostik	3.1	<p>Lätta-måttliga vattenkastningsbesvär som inte är orsak till läkarbesök och inte är behandlingskrävande</p> <p><i>PSA + eventuellt DRE + eventuell biopsi</i></p>	9	Oftare prostatacancer hos de män som inte uppgett vattenkastningsbesvär.	I de flesta fall finns inget uppenbart samband mellan vattenkastningsbesvär och PC. Däremot så ingår ju PSA testning som en del av utredningen av dessa män i normalfallet.	Utgår?	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	3.2	Prostatacancerutredning hos en man med <i>måttliga-svåra</i> vattenkastningsbesvär (dvs. vattenkastningsbesvär som är den primära besöksorsaken och/eller besvär som är behandlingskrävande)  <i>PSA + DRE + eventuell biopsi</i>	4	Ökad risk för prostatacancer men oftast benign prostatahyperplasi.	Snabb symtomutveckling kan tyda på cancer	Uppdateras	
Diagnostik	4.1.1	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män  <i>Enbart palpation av prostata</i>	Icke-göra			Utgår?	
Diagnostik	4.1.2	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män  <i>Enbart palpation + TRUL</i>	Icke-göra			Utgår?	
Diagnostik	4.1.3	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män  <i>Palpation + finnålspunktion för cytologi</i>	Icke-göra	Endast patient som är aktuell för radikalt syftande behandling.		Utgår?	
Diagnostik	4.1.4.1.1	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män med benigt palpationsfynd. Förväntad överlevnad < 10-15 år  <i>TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi (8-12 kolvar)</i>	7	Mycket heterogen grupp.		Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	4.1.4.1.2	PSA-värde över brytpunkt för utredning hos symtomfria män. Förväntad överlevnad >10-15 år  <i>Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi (8-12 kolvar)</i>	2	Hög andel (28 %) cancer – oro hos patient -samt fortfarande relativt god chans till bot. Förväntad längre överlevnad motiverar högre rangordning jmf med om förväntad överlevnad < 10-15 år.		Uppdateras	
Diagnostik	4.1.4.1.3	PSA 1-3 µg/l hos symtomfria män. Förväntad överlevnad >10-15 år  <i>Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi</i>	10			Utgår	
Diagnostik	4.1.4.2.1	PSA 3-4 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  <i>Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi (8-12 kolvar)</i>	3		t/å behöver formuleras om	Uppdateras	
Diagnostik	4.1.4.2.2	PSA 3-4 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  <i>Omtagning av PSA inom ½- 1 år vid palpationsfynd som vid benign hyperplasi</i>	3		t/å behöver formuleras om	Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	4.1.4.2.3	PSA 3-10 µg/l hos symtomfri man med förväntad överlevnad >10-15 år och palpationsfynd som vid benign hyperplasi  <i>Analys av kvoten fritt till totalt PSA</i>	3		Vid låg kvot större risk för PC	Uppdateras	
Diagnostik	4.1.4.3	PSA 4-10 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  <i>Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi</i>	2		OK	Uppdateras	
Diagnostik	4.1.4.4	PSA >10 µg/l hos symtomfria män Förväntad överlevnad >10-15 år  <i>Palpation + TRUL+ ultraljudsledd systematisk mellannålsbiopsi</i>	2	Hög andel cancer – stor oro hos patient – dock minskande chanser till bot. Symtomfri.	OK		
Diagnostik	4.2.1	Klinisk klar misstanke på prostatacancer med symtom  <i>PSA + palpation + finnålspunktion för cytologi</i>	9	Mellannålsbiopsi får högre rangordning – bättre än finnål.  Kan göras beroende på patientens tillstånd.	Ta bort finnålspunktion annat än i speciella fall.	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	4.2.2	Klinisk klar misstanke på prostatacancer med symtom  <i>PSA + palpation + TRUL</i>	Ikke-göra	I vissa fall kan enbart klinisk diagnos vara rimlig då den baseras på mycket högt PSA, klar malignitetsmisstanke vid palpation och skelettmetastaser		Uppdateras	
Diagnostik	4.2.3	Klinisk klar misstanke på prostatacancer med symtom  <i>PSA + palpation + TRUL + riktade och/eller systematiska mellannålsbiopsier</i>	1	Bästa diagnostiska metoden. Avgörande för korrekt behandling.	standard	Utgår	
Diagnostik	4.4.1	Kompletterande behandling vid mellannålsbiopsering av prostata  <i>Periprostatisk infiltration av lokalbedövning</i>	4	Låg kostnad för god hjälp till måttliga besvär. Låg risk för biverkningar.			
Diagnostik	4.4.2	Kompletterande behandling vid mellannålsbiopsering av prostata  <i>Antibiotikaproylax med singeldos kinolon givet i samband med biopsin</i>	2	Låg kostnad för god hjälp vid en relativt vanlig biverkan.	standardbehandling	Utgår	
Diagnostik	4.5.1	Morfologisk diagnostik  <i>Cytologisk diagnostik</i>	1	Ingår i morfologisk diagnostik.		Utgår	
Diagnostik	4.5.2.1	Yngre män med misstänkt prostatacancer vid icke-palpabel tumör  <i>Mellannålsbiopsering för diagnostik av prostatacancer inför kurativt syftande behandling</i>	1	Ingår i morfologisk diagnostik.	standardbehandling		

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	4.5.2.2.1	<i>Immunhistokemi med tumörmarkören AMACR (P504S).</i>	FoU			Utgår	
Diagnostik	4.5.2.2.2	<i>Kombination av immunhistokemi med basalcellsmarkörer och P504S</i>	FoU			Utgår	
Diagnostik	4.6	Histologiskt material  <i>Gleasongradering av prostatacancer</i>	1	Ingår i morfologisk diagnostik.	standardbehandling	Utgår	
Kirurgi	4.7.1.1	T1-2, Gleason score $\leq$ 6, PSA < 20 $\mu$ g/l <i>eller</i> T1-2, Gleason score 7, PSA < 10 $\mu$ g/l  Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  <i>Kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet (öppen eller laparoskopisk)</i>	Icke-göra		Lymfkörteldiagnostik är kontroversiellt, hela området behöver ses över	Uppdateras	
Kirurgi	4.7.1.2	T1-2, Gleason score $\leq$ 6, PSA > 20 $\mu$ g/l <i>eller</i> T1-2, Gleason score 7, PSA > 10 $\mu$ g/l <i>eller</i> T3 <i>eller</i> Gleason score 8-10  Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  <i>Öppen kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet</i>	8		SE ovan	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Kirurgi	4.7.1.3	T1-2, Gleason score ≤ 6, PSA > 20 µg/l <i>eller</i> T1-2, Gleason score 7, PSA > 10 µg/l <i>eller</i> T3 <i>eller</i> Gleason score 8-10  Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  <i>Laparoskopisk lymfkörtelutrymning i bäckenet</i>	8		Se ovan	Uppdateras	
Kirurgi	4.7.1.4	Utredning inför ev kurativt syftande strålbehandling:  <i>Kirurgisk lymfkörtelutrymning i bäckenet med identifiering och analys av portvaktskörtel (sentinel node)</i>	FoU	Ökad kostnad kan uppvägas av minskat obehag för patienten.	Se ovan	Uppdateras	
Kirurgi	4.7.2.1	T1-2, Gleason score ≤ 6, PSA < 20 µg/l <i>eller</i> T1-2, Gleason score 7, PSA < 10 µg/l  <i>Lymfkörtelutrymning i bäckenet (fossa obturatorius) i samband med radikal prostatektomi</i>	9	Sällan av värde för patienten, men insatsen är liten.	Se ovan	Uppdateras	
Kirurgi	4.7.2.2	T1-2, Gleason score ≤ 6, PSA > 20 µg/l <i>eller</i> T1-2, Gleason score 7, PSA > 10 µg/l <i>eller</i> T3 <i>eller</i> Gleason score 8-10  <i>Lymfkörtelutrymning i bäckenet (fossa obturatorius) i samband med radikal prostatektomi</i>	6	Ibland av värde för patienten, och insatsen är liten.	Se ovan	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Kirurgi	4.7.2.3	Patient som blir föremål för radikal prostatektomi  <i>Utvidgad lymfkörte-utrymning i bäckenet</i>	FoU	I vissa fall viktig klinisk markör för fortsatt behandling.	Se ovan	Uppdateras	
Diagnostik	4.8.1	Utredning inför kurativt syftande behandling Vid symtom från skelettet oavsett PSA-värde  <i>Skelettscintigrafi</i>	2	Avgörande för fortsatt behandling. Kan innebära att kurativt syftande behandling undviks.	Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras	
Diagnostik	4.8.2	Symtomfri patient med T1-2, Gleasonsumma $\leq 6$ och PSA $<20 \mu\text{g/l}$  <i>Skelettscintigrafi</i>	Icke-göra		Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras	
Diagnostik	4.8.3	Symtomfri patient med T1-2, Gleasonsumma 7 och PSA $<10 \mu\text{g/l}$  <i>Skelettscintigrafi</i>	Icke-göra		Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras	
Diagnostik	4.8.4	Symtomfri patient med T3 eller Gleasonsumma 8-10 oavsett PSA-nivå  Symtomfri patient med T1-2, Gleasonsumma 7 och PSA $>10 \mu\text{g/l}$  Symtomfri patient med PSA $> 20 \mu\text{g/l}$ oavsett tumörgrad och - stadium  <i>Skelettscintigrafi</i>	2	Avgörande för fortsatt behandling. Kan innebära att kurativt syftande behandling undviks.	Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras	
Diagnostik	4.8.5	Oklart fynd vid skelettscintigrafi hos patient som är aktuell för kurativt syftande behandling  <i>MRI</i>	2	Om man väl börjat utreda bör man gå vidare tills man kan ge säker bedömning.	Hela radiologiska området behöver ses över Uppdateras	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Diagnostik	4.8.6	Oklart fynd vid skelettscintigrafi hos patient som är aktuell för kurativt syftande behandling  <i>Slätröntgen</i>	4	Betydligt sämre undersökning men enkel och kan någon gång vara av värde.		Uppdateras	
Diagnostik	4.8.7.1	Symtomfri patient med liten risk för metastaser som <i>inte</i> ska ha kurativt syftande behandling  <i>Skelettscintigrafi</i>	Icke-göra			Uppdateras	
Diagnostik	4.8.7.2	Symtomfri patient som har måttlig eller hög risk för metastaser och <i>inte</i> ska ha kurativt syftande behandling  <i>Skelettscintigrafi</i>	7	Diagnostiken kan ibland påverka fortsatt behandling.  Kan ha viss prognostisk betydelse.	OK	Uppdateras	
Diagnostik	4.9.1	Patient med lokaliserad prostatacancer  <i>Datortomografi av buk och bäcken</i>	Icke-göra	Hela imaging delen måste revideras.	Hela imaging-delen måste revideras	Uppdateras	
Diagnostik	4.9.2	Patient med lokalt avancerad prostatacancer  <i>Datortomografi av buk och bäcken som alternativ till körtelutrymning</i>	8	Se ovan	Se ovan	Uppdateras	
Diagnostik	4.10	Utredning av lymfkörtelmetastasering  <i>MRI (rectalprobe)</i>	FoU		Se ovan	Uppdateras	
Diagnostik	4.11	Utredning av stadieindelning  <i>CT PET</i>	FoU		Se ovan	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	5.1	Förhöjt PSA-värde efter prostatabiopsier utan säkerställd prostatacancer-diagnos  <i>Monitorering av PSA-utveckling</i>	6	Huvudsakligen patienter som är aktuella för radikalt syftande behandling.		Uppdateras	
Diagnostik	5.2.1	Oförändrat men förhöjt PSA-värde efter en omgång prostatabiopsier utan säkerställd prostatacancer-diagnos  <i>En andra omgång systematiska mellannålsbiopsier av prostata</i>	4	Huvudsakligen patienter som är aktuella för radikalt syftande behandling.		Uppdateras	
Diagnostik	5.2.2	Oförändrat men förhöjt PSA-värde (3-10 µg/l) efter två omgångar prostatabiopsier utan säkerställd prostatacancerdiagnos  <i>En tredje eller ytterligare omgångar systematiska mellannålsbiopsier av prostata</i>	Icke-göra	Liten nytta. Mycket få har progredierande cancer. Fortsatt monitorering nödvändig.		Uppdateras	
Diagnostik	5.3	Förhöjt PSA-värde utan säkerställd prostatacancer-diagnos  <i>Övriga laborativa åtgärder; hk2, genuttryck, proteinuttryck i blod och urin</i>	FoU		SBU-rapport	Uppdateras	
	6.1	Inför behandlingsbeslut  <i>Erbjudande om upprepade läkarbesök</i>	3	Ökar patientens möjligheter till självbestämmande.  Viktigt för närstående.	Utgår	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

	6.4	Akut krisreaktion i samband med diagnos  <i>Möjlighet till kontakt med kurator/psykolog</i>	2	Behovsstyrt.	Utgår	Utgår	
	6.5	Diagnostiserad prostatacancer  <i>Stöd i form av skriftlig information</i>	3		Utgår	Utgår	
	7.1.1.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad >10 år  <i>Symtomstyrd behandling</i>	5	Patienten kan välja denna behandlingsstrategi.	Detta är en viktig strategi, bör vara kvar i någon form.	Uppdateras	
Diagnostik	7.1.1.2.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  <i>Aktiv monitorering inför senare ställningstagande till behandling</i>	3	Om patient senare vill bli aktivt behandlad bör man göra det.	Finns anledning att diskutera Aktiv monitorering och finna grunderna för indelning i olika riskgrupper.	Uppdateras	
Diagnostik	7.1.1.2.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  <i>Aktiv monitorering inför senare ställningstagande till behandling</i>	4	Om patient senare vill bli aktivt behandlad bör man göra det.	Se ovan	Uppdateras	
	7.1.1.3	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad < 10 år  <i>Regelbundna kontroller och symtomstyrd behandling</i>	2	Patientgruppen måste följas upp med avseende på livskvalitetspåverkan.		Uppdateras	
Kirurgi	7.1.2.1.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  <i>Öppen retropubisk RPE</i>	4	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Kirurgi	7.1.2.1.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad >20 år  <i>Öppen retropubisk RPE</i>	3	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras	
Kirurgi	7.1.2.3.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  <i>Laparoskopisk RPE</i>	4	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras	
Kirurgi	7.1.2.3.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad >20 år  <i>Laparoskopisk RPE</i>	3	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras	
Kirurgi	7.1.2.4	Lågriskgrupp  <i>Robotassisterad RPE</i>	FoU	Vid centra där radikal prostatektomi utförs bör nervsparande kirurgi erbjudas		Uppdateras	
Läkemedel	7.1.2.6	Lågriskgrupp  <i>Neoadjuvant hormonbehandling vid radikal prostatektomi</i>	Icke-göra			Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.1.1	Lågriskgrupp. Förväntad överlevn 10-20 år  <i>Lågdosrat brachyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71-73 Gy</i>	5			Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.1.2	Lågrisk grupp Förväntad överlevn > 20 år  <i>Lågdosrat brachyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71-73 Gy</i>	5			Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Strålbehandling	7.1.3.2.1	Lågrisk grupp Förväntad överlevnad 10-20 år  <i>Extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot. Dos 70 Gy, "konventionell strålbehandling")</i>	4			Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.2.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  <i>Extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot. Dos 70 Gy, "konventionell strålbehandling")</i>	4		De olika åtgärderna i strålavsnittet kan säkert läggas ihop till färre åtgärder	Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.3.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  <i>Doseskalerad extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot dos &gt;78 Gy)</i>	4		Se ovan	Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.3.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  <i>Doseskalerad extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot dos &gt;78 Gy)</i>	3		Se ovan	Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.4.1	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad 10-20 år  <i>Extern strålbehandling plus högdosrat brachyterapi (temporär Iridium-192) boost (sammanlagd dos &gt; 100 Gy)</i>	5	Mer resurskrävande. Metoden mindre utvärderad jfr med doseskalerad.	Se ovan	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Strålbehandling	7.1.3.4.2	Lågriskgrupp Förväntad överlevnad > 20 år  <i>Extern strålbehandling plus högdosrat brachyterapi (temporär Iridium-192) boost (sammanlagd dos &gt; 100 Gy)</i>	5		Se ovan	Uppdateras	
Strålbehandling	7.1.3.5	Lågriskgrupp  <i>Strålbehandling Neoadjuvant hormon- behandling</i>	Icke-göra		Flera "Icke-göra" bör ju kunna tas bort, vad är utmönstrat?	Utgår	
Strålbehandling	7.1.3.6	Lågriskgrupp  <i>Strålbehandling Adjuvant hormonbehandling</i>	Icke-göra		Se ovan	Utgår	
Läkemedel	7.1.4.1	Lågriskgrupp  <i>Antiandrogener</i>	Icke-göra		Se ovan	Utgår	
Läkemedel/Kirurgi	7.1.4.2	Lågriskgrupp  <i>Medicinsk/kirurgisk kastration</i>	Icke-göra		Se ovan	Utgår	
Diagnostik	7.2.1.1	Intermediär - högriskgrupp Förväntad överlevnad >10 år  <i>Regelbundna kontroller och symtomstyrd behandling</i>	9	Patienten kan välja detta.	Vårdprogram,	Utgår	
Diagnostik	7.2.1.2	Intermediär - högriskgrupp Förväntad överlevnad <10 år  <i>Regelbundna kontroller och symtomstyrd behandling</i>	2	För enskilda patienter med högrisktumör kan kurativt syftande behandling övervägas.	Vårdprogram,	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Kirurgi	7.2.2.1	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Öppen retropubisk eller laparoskopisk RPE</i>	3			Uppdateras	
Kirurgi	7.2.2.2	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Öppen retropubisk, RPE</i>	2			Uppdateras	
Kirurgi	7.2.2.4	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Laparoskopisk RPE</i>	2			Uppdateras	
Kirurgi	7.2.2.5	Intermediär - högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Robotassisterad RPE</i>	FoU		här är kunskapsläget annorlunda.	Uppdateras	
Kirurgi	7.2.2.6	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Nervsparande teknik</i>	4			Uppdateras	
Kirurgi	7.2.2.7	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Nervsparande teknik</i>	Icke-göra			Utgår	
Kirurgi	7.2.2.8	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Radikal prostatektomi Neoadjuvant hormonbehandling (NAH)</i>	Icke-göra			Utgår	
Kirurgi	7.2.2.9	Högriskgrupp Förväntad överlevnad <10 år  <i>Öppen retropubisk eller laparoskopisk RPE</i>	7	För enskilda patienter med högrisktumör kan kurativt syftande behandling övervägas.	Vetenskapligt underlag mycket tunt, användes dock	Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Strålbehandling	7.2.3.1	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Lågdosrat brachyterapi (permanent Jod-125, Palladium-103 seeds), dos motsvarande 71-73 Gy</i>	Icke-göra		Se ovan	Uppdateras	
Strålbehandling	7.2.3.2	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Extern strålbehandling (1.8-2.0 Gy/fr, tot. Dos 70 Gy, "konventionell strålbehandling")</i>	Icke-göra		Se ovan	Uppdateras	
Strålbehandling	7.2.3.3	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Doseskalerad strålbehandling till &gt;78 Gy given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brachyterapi</i>	3	Beträffande neoadjuvant, konkomittant och adjuvant hormonbehandling, se 7.2.3.5-7.		Uppdateras	
Strålbehandling	7.2.3.4	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Doseskalerad strålbehandling till &gt;78 Gy given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brachyterapi</i>	2	Beträffande neoadjuvant, konkomittant och adjuvant hormonbehandling, se 7.2.3.5-7.		Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Strålbehandling	7.2.3.5	Intermediär riskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Neoadjuvant hormonbehandling till kurativt syftande strålbehandling</i>	8	Data baseras på studier där relativt låg stråldos utnyttjats. Värdet av neoadjuvant hormonbehandling oklart vid behandling av intermediärrisk sjukdom med totaldos > 78 Gy.		Uppdateras	
Strålbehandling	7.2.3.6	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Neoadjuvant hormonbehandling till kurativt syftande strålbehandling</i>	4	Data baseras på studier där relativt låg stråldos utnyttjats. Värdet av neoadjuvant hormonbehandling oklart vid behandling av intermediärrisk sjukdom med totaldos > 78 Gy.		Uppdateras	
Läkemedel	7.2.3.7	Högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år  <i>Fortsatt adjuvant hormonbehandling efter strålbehandling</i>	4	Data baseras på studier där stråldos 70 Gy utnyttjats. Adjuvant hormonbehandling sannolikt viktig även vid totaldos > 78 Gy.		Uppdateras	
Strålbehandling	7.2.3.8	Intermediär – högriskgrupp Förväntad överlevnad > 10 år, patienter med patologiskt stadium pT2-3, N0,M0, med minst en av riskfaktorerna kapselperforation, positiv kirurgisk marginal eller inväxt i vesicula seminalis  <i>Adjuvant strålbehandling efter RPE</i>	5		Här finns nya studier,	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Strålbehandling	7.2.3.9	Högriskgrupp Förväntad överlevnad <10 år  <i>Doseskalerad strål-behandling till &gt;78 Gy given enbart externt eller som kombination av extern strålning och högdosrat brachyterapi.</i>	7	För enstaka patienter med högrisktumör kan kurativt syftande behandling övervägas.		Uppdateras	
Läkemedel	7.2.4.1	Intermediär - högriskgrupp  <i>Antiandrogen</i>	Icke-göra	Hos patient med högrisktumör kan hormonbehandling ibland övervägas.		Uppdateras	
Läkemedel/Kirurgi	7.2.4.2	Intermediär – högriskgrupp  <i>Medicinsk/kirurgisk kastration</i>	Icke-göra	Hos patient med högrisktumör kan hormonbehandling ibland övervägas.		Utgår	
Kirurgi	7.3	Tilläggsbehandling hos högriskgrupper efter operation och strålning låg – högriskgrupp  <i>Övriga kurativt syftande behandlingar: Kryo, HIFU, laser</i>	FoU			Uppdateras	
Läkemedel	7.4.1	Behandling av biverkningar Erektile dysfunktion  <i>PDE-5 inhibitorer</i>	6			Uppdateras	
Läkemedel	7.4.2	Erektile dysfunktion  <i>Injektionsläkemedel</i>	4			Uppdateras	
	7.4.4	Erektile dysfunktion  <i>Psykosocialt stöd, sexolog</i>	FoU	Behovsstyrt för enstaka patienter.		Uppdateras	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	7.4.5	Stressinkontinens  <i>Rehabilitering inkl bäckenbottenträning</i>	7			Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	7.4.6	Stressinkontinens <i>Läkemedel</i>	8			Uppdateras	
Kirurgi	7.4.7	Stressinkontinens <i>Kirurgi (Sfinkterprotes)</i>	5	För patienter med totalinkontinens.  Hög livskvalitetspåverkan. Åtgärden ger god effekt.		Uppdateras	
Läkemedel	7.4.8	Trängningsbesvär <i>Farmaka</i>	5		OK, flera alternativ dock samma grupp	Uppdateras	
Kirurgi	7.4.9	Anastomosstriktur efter radikal prostatektomi <i>Strikturklyvning</i>	2	Hög livskvalitetspåverkan. Åtgärden ger god effekt.		Uppdateras	
Läkemedel	7.4.10	Strålproktit <i>Farmaka</i>	10	Temporär effekt men svårbehandlat tillstånd.		Utgår	
Strålbehandling	8.1.1.	Efter total prostatektomi <i>Strålbehandling av prostatabädden vid rimlig chans till enbart lokalrecidiv</i>	5		Detta behöver nog delas upp, dock viktigt, bör vara kvar.	Uppdateras	
Läkemedel	8.1.2	Efter total prostatektomi <i>Hormonell behandling vid liten chans till enbart lokalrecidiv</i>	6		Behöver delas upp	Uppdateras	
	8.1.3	Efter total prostatektomi <i>Expektans tills symtomgivande återfall vid sent återfall och långsam stegring av PSA</i>	6			Uppdateras	
Kirurgi	8.2.1	Efter strålbehandling <i>Total prostatektomi</i>	FoU			Uppdateras	



**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	8.2.2	Efter strålbehandling <i>Kryoterapi</i>	FoU			Uppdateras	
Läkemedel	8.2.3	Efter strålbehandling <i>Hormonell behandling</i>	6	Se 8.1.2.	Detta är nog standard, frågan är timing.	Utgår	
	8.2.4	Efter strålbehandling <i>Expektans tills symtomgivande återfall</i>	6	Se 8.1.3.	standardbehandling	Utgår	
Läkemedel	9.1.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-T4, M0, NX), symtomfri patient med förväntad överlevnad > 5 år  <i>Symtomstyrd hormonell behandling vid progress (PSA-utveckling, palpation, symtom).</i>	7		standardbehandling	Uppdateras	
Läkemedel	9.1.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-T4, M0, NX), symtomfri patient med förväntad överlevnad < 5 år  <i>Symtomstyrd hormonell behandling först vid symtomgivande progress</i>	2		Se ovan	Uppdateras	
Läkemedel	9.2.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx). med förväntad överlevnad > 5 år  <i>Antiandrogen bicalutamid</i>	5	Biverkningar lindriga (bibehållen sexuell funktion).		Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	9.2.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx) med förväntad överlevnad > 5 år  <i>Antiandrogen flutamid</i>	7	Biverkningar lindriga (bibehållen sexuell funktion).		Uppdateras	
Läkemedel	9.2.3	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx) med förväntad överlevnad <5 år  <i>Antiandrogen</i>	8		Kan utgå, flutamid användes sällan	Utgår	
Kirurgi	9.3.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0), förväntad överlevnad > 5år  <i>Kirurgisk kastration</i>	8	Biverkningar måttliga (nedsatt sexuell funktion och libido). Innebär förlust av kroppsdel. Patientpreferens avgörande.		Uppdateras	
Kirurgi	9.3.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0), förväntad överlevnad < 5år  <i>Kirurgisk kastration</i>	5	Biverkningar måttliga (nedsatt sexuell funktion och libido). Innebär förlust av kroppsdel. Patientpreferens avgörande.		Uppdateras	
Läkemedel	9.4.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0), förväntad överlevnad > 5 år  <i>Medicinsk kastration med GnRH-analog</i>	8	Biverkningar måttliga men reversibla (nedsatt sexuell funktion och libido). Patientpreferens avgörande.		Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	9.4.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, Nx/N0, M0) förväntad överlevnad < 5 år  <i>Medicinsk kastration med GnRH-analog</i>	5	Biverkningar måttliga men reversibla (nedsatt sexuell funktion och libido). Patientpreferens avgörande.		Uppdateras	
Strålbehandling	9.5.1	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1)  <i>Strålterapi</i>	8	Allvarlig sjukdom. Chans för bot.	Här finns nya studier som talar för kombinationsbehandling med strålning och hormoner i denna grupp	Uppdateras	
Strålbehandling	9.5.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1)  <i>Strålterapi + hormonell behandling</i>	4		Se ovan, huvudalternativet.	Uppdateras	
Kirurgi	9.6	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx)  <i>Kirurgisk behandling med RPE</i>	FoU			Uppdateras	
Kirurgi	9.7	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion nedre urinvägarna  <i>Transuretral prostataresektion (TUR-P)</i>	3	Se 11.3.10.4.		Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Kirurgi	9.8	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion nedre urinvägarna  <i>Övriga kurativt syftande behandlingar: Kryo, HIFU, laser</i>	FoU	Övr behandl se 7.3.		Uppdateras	
Kirurgi	10.1.1	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Kirurgisk kastration</i>	3			Uppdateras	
Läkemedel	10.1.2	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>GnRH-agonister</i>	4			Uppdateras	
Läkemedel	10.1.3.1	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Östrogener (peroral)</i>	Icke-göra			Utgår	
Läkemedel	10.1.3.2	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Östrogener (parenteral)</i>	3			Uppdateras	
Läkemedel	10.1.4	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Estramustin</i>	Icke-göra			Utgår	
Läkemedel	10.1.5	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>GnRH antagonister</i>	FoU		Här finns nya preparat	Uppdateras	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	10.1.6	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Antiandrogener</i>	5			Utgår	
Läkemedel	10.1.7	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Antiandrogen som tillägg till kastrationsbehandling (total androgenblockad)</i>	10	Oklar betydelse av nedgång i PSA.	Knappast kontroversiellt	Uppdateras	
Läkemedel	10.1.8	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Intermittent hormonbehandling</i>	FoU		Finns nya studier	Uppdateras	
Läkemedel	10.1.9	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Tidigt insatt hormonell behandling</i>	4			Uppdateras	
Läkemedel	10.1.10	Fjärrmetastaser utan tidigare hormonell behandling  <i>Kombinationsbehandling med hormonell behandling och cytostatika</i>	FoU		studier pågår.	Uppdateras	
Läkemedel	10.2.1	Vasomotorsyndrom efter kastrationsbehandling  <i>Behandling med östrogener, gestagener, steroidala antiandrogener m.m.</i>	4		Flera åtgärder användes, dålig evidens generellt	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	10.2.2.1	Osteoporos efter kastrationsbehandling  <i>Behandling med bisfosfonater</i>	8		Utgår om den hanteras i NR rörelseorgan	Utgår	
Läkemedel	10.2.2.2	Osteoporos efter kastrationsbehandling  <i>Behandling med östrogener</i>	10		Utgår om den hanteras i NR rörelseorgan	Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	10.2.3	Allvarliga psykiska effekter under kastrationsbehandling  <i>Psykoterapi och antidepressiva Utökat psykosocialt stöd</i>	7			Utgår	
Läkemedel	10.2.4	Behandling med LHRH analog  <i>Flareskydd med antiandrogen</i>	3		Bicalutamid är det som användes, ej kontroversiellt	Uppdateras	
Läkemedel	11.1	Patienter utan verifierade metastaser och utan tumorsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  <i>Tillägg av behandling, t ex antiandrogen</i>	FoU			Utgår	
Läkemedel	11.2.2.	Patienter med verifierade metastaser utan tumorsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  <i>Tilläggsbehandling med antiandrogen</i>	8		praxis men med dåligt evidensläge.	Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
 skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Läkemedel	11.2.3	Patienter med verifierade metastaser utan tumörsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron och pågående behandling med antiandrogen  <i>Fortsätta behandlingen med antiandrogener</i>	Icke-göra			Utgår	
Läkemedel	11.2.4	Patienter med metastaser utan tumörsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  <i>Cytostatika, mitoxantron</i>	9			Utgår	
Läkemedel	11.2.5	Patienter med metastaser utan tumörsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  <i>Cytostatika, docetaxel</i>	6			Uppdateras	
Läkemedel	11.2.6	Patienter med metastaser utan tumörsymtom, men med stigande PSA trots kastrationsnivåer av testosteron  <i>Endotelinreceptorantagonist, atrasentan</i>	FoU			Utgår	

**Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter**  
skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Dnr 5.1- 37967/2010

Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.1	Patienter med tumörsymtom  <i>Smärtpalliation</i>	1			Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.2	Patienter med tumörsymtom Smärta  <i>Palliativ strålbehandling (singeldos) mot metastaser</i>	2		OK, ej kontroversiellt	Uppdateras	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.3	Patienter med tumörsymtom, och smärta  <i>Isotoperapi Isotoper + cytostatika</i>	5  FoU	Endast till selekterade patienter (med migrerande smärta).	flera rader, viktigt	Uppdateras	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.4	Patienter med tumörsymtom  <i>Glukokortikoider</i>	2		OK, ej kontroversiellt. (flera nya mediciner på väg in ganska snart, vi behöver nog lägga till rader här)	Uppdateras	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.5	Patienter med tumörsymtom  <i>Östrogenbehandling och annan hormonell behandling</i>	9			Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.6	Patienter med tumörsymtom  <i>Estramustinfosfat</i>	10			Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.7	Patienter med tumörsymtom  <i>Cytostatika mitoxantron</i>	8			Utgår	
Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.8	Patienter med tumörsymtom  <i>Cytostatika, docetaxel</i>	5			Uppdateras	



Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	11.3.9	Patienter med tumorsymtom Skelettrelaterade händelser  <i>Zoledronsyra (andra bifosfonater)</i>	8	Gott vetenskapligt underlag för liten effekt. Dock god effekt vid hypercalcemi.	Kontroversiellt, även nya preparat på väg in, nytt grepp.	Uppdateras	
Strålbehandli ng	11.3.10.1	Lokalt avancerad (HRPC) prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med rektal och/eller uretär obstruktion  <i>Extern Strålbehandling</i>	5			Uppdateras	
Kirurgi	11.3.10.2	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med behandlingskrävande (dvs smärta eller risk för njursvikt) obstruktion övre urinvägarna  <i>Intern splint/nefropyelostomi</i>	1	Alternativet är död. Indikation: smärta, risk för njursvikt och viss förväntad överlevnad.		Utgår	
Kirurgi	11.3.10.3	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion övre urinvägarna  <i>Urinavledning/reimplantation av uretär</i>				Utgår	
Kirurgi	11.3.10.4	Lokalt avancerad prostatacancer (T3-4, M0, Nx/N1) med obstruktion övre urinvägarna  <i>Transuretral prostatektomi (TUR- P)</i>	5			Uppdateras	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Diagnostik	11.4.1	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg") <i>MRI</i>	2	Förutsättning för korrekt behandling.		Uppdateras	
Läkemedel	11.4.2	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg") <i>Glukokortikoider</i>	2			Uppdateras	
Kirurgi	11.4.3	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg") <i>Laminektomi/annan ryggkirurgi</i>	2	Mycket god nytta trots risker hos selekterade patienter.	bör nog delas upp i flera rader	Uppdateras	
Strålbehandling	11.4.4	Hotande tvärsnittlesion ("akut rygg") <i>Strålbehandling (30 Gy/10 fraktioner på två veckor) vid spinal smärta i kombination med begränsade medullär bortfallssymtom</i>	3	Selekterade patienter, god nytta där operation ej är möjlig.		Uppdateras	
	12.1.1	Patient vars behandling ännu inte definitivt avgjorts <i>Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov</i>	3			Utgår	
	12.1.2	Patienter som först vid progress planeras få hormonell behandling <i>Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov</i>	7			Utgår	
Palliativ-Rehab-Uppföljning-Omvårdnad	12.2.1	Efter kirurgi <i>Regelbunden uppföljning med PSA (Organisation kan anpassas efter förutsättningarna)</i>	4	Viktig kvalitetsuppföljning, låg kostnad.  Fortfarande möjlighet till kurativ strålbehandling.	Utgår, vårdprogram	Utgår	

Tillstånds- och åtgärdslista Prostatacancer 2007 synpunkter

Dnr 5.1- 37967/2010

skickas till synpunkter.cancer@socialstyrelsen.se

Palliativ- Rehab- Uppföljning- Omvårdnad	12.2.2	Efter strålbehandling  <i>Regelbunden uppföljning med PSA</i>	5	Viktig kvalitetsuppföljning, låg kostnad.	Vårdprogram, all form av uppföljning, hur skall det hanteras?	Utgår	
	12.3.1	Under hormonell behandling i stadium M0 / Mx  <i>Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov</i>	5	Förutsättning för uppföljning av behandlingsresultet.		Utgår	
	12.3.2	Under hormonell behandling i stadium M1  <i>Regelbunden kontroll med anamnes, status, blodprov</i>	4			Utgår	

