

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Jenny Magnusson, (jenma18), Specialistläkare

Granskad av: Jenny Magnusson, (jenma18), Specialistläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Giltig från: 2025-03-17

Giltig till: 2027-03-17

Regional medicinsk riktlinje

Peniscancer - Regional tillämpning av Nationellt vårdprogram

Innehållsförteckning

Syfte.....	2
Bakgrund.....	2
Vårdnivå och samverkan	2
Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet.....	5
Klinisk uppföljning	5
Förändringar sedan föregående version	6
Remissrutiner	7
Kvalitetsuppföljning	7
Referenser	7

Syfte

Riktlinjerna baseras på nationellt vårdprogram (NVP) för peniscancer och har som syfte att säkerställa jämlik vård med hög kvalitet för patienter med peniscancer i Västra sjukvårdsregionen.

Bakgrund

Peniscancer är en ovanlig cancerform där tidig upptäckt kan förbättra prognosen avsevärt. Incidensen varierar globalt och är i Sverige 2 fall per 100 000 män och år. Årligen diagnosticeras cirka 100 nya fall av invasiv peniscancer och därutöver diagnosticeras cirka 70 patienter med förstadium till peniscancer, även kallat PeIN (penil intraepitelial neoplasia). De allra flesta fall av peniscancer utgörs av skivepitelcancer och uppstår på ollonet eller förhuden. Utöver dessa, gäller NVP och denna regionala medicinska riktlinje (RMR) även för de mycket få patienter som diagnosticeras med skivepitelcancer i distala uretra.

Riskfaktorer för att utveckla peniscancer är infektion med onkogen humant papillomvirus, fimosis, kronisk inflammation som exempelvis lichen sclerosus, tidigare psoralen- och UVA-ljusbehandling (PUVA) för psoriasis, tidigare organtransplantation samt rökning. Däremot finns det inte någon känd ärftlighet för peniscancer.

Prognosen är beroende av eventuell förekomst av lymfkörtelmetastasering, vilket förekommer hos 14% vid diagnos. Behandlingen syftar till att uppnå gott onkologiskt resultat men att samtidigt vara organbevarande. I vissa fall kan patienten erbjudas rekonstruktionskirurgi som tillägg till kurativ cancerkirurgi för att förbättra det funktionella och kosmetiska resultatet

Vårdnivå och samverkan

[Flödesschema Peniscancer](#)

Misstanke (oftast i primärvården)

Misstanke om peniscancer fattas vid följande **kvarstående** symptom (2-4 veckor) från penis:

- Svårläkt sår
- Rodnat område som kvarstår efter 2-4 veckors behandling med lokal grupp III-steroid
- Förhårdnad
- Illaluktande flytning från trång förhud
- Återkommande blödningar
- Smärta

Detta gäller under förutsättning att ingen annan uppenbar orsak till symptomen finns, som exempelvis Peyronies sjukdom. Ett observandum är att patienter som har något av ovan listade symtom i kombination med förstörade inguinala lymfkörtlar ska remitteras direkt till regionala enheten, VO Urologi, SU/SS enligt välgrundad misstanke.

Remiss till filterfunktion, urolog eller dermatolog, skall särskilt innehålla:

- Utförlig beskrivning av lokalstatus (finns synlig hudförändring eller endast palpationsfynd? Exakt lokalisation, dvs var på penis? Tumörstorlek?)
- Symptomduration
- Inguinalt lymfkörtelstatus
- Tidigare/nuvarande sjukdomar och läkemedel (särskilt antikoagulantia)
- Aktuellt telefonnummer till patienten
- Fotodokumentation, i första hand i Picsara. Det kan avstås när det inte är möjligt, exempelvis beroende på att enheten inte använder Picsara. Bifoga då istället utskrivna bild.

Filterfunktion (urolog eller dermatolog på hemsjukhuset). Block A.

Filterfunktionen bedömer om *välgrundad misstanke* föreligger efter biopsi eller utan biopsi, om den kliniska misstanken är stark. Observera att minst ett symptom enligt misstanke om peniscancer, kombinerat med förstörade inguinala lymfkörtlar, direkt föranleder välgrundad misstanke. Om välgrundad misstanke föreligger startas SVF.

Filterfunktionen beställer CT thorax/buk/bäcken med iv kontrast om det finns välgrundad misstanke om invasiv cancer samt ultraljud ljumskar med eventuell fin nålpunktion vid misstänkt eller histologiskt verifierad \geq T1G2-tumör alternativt vid klinisk metastasmisstanke i inguinala lymfkörtlar. Vid PeIN utförs ingen radiologisk utredning.

Patienten får kontaktsjuksköterska antingen hos filterfunktion eller på regionala enheten.

Vid välgrundad misstanke skrivs *SVF-remiss till regionala enheten, VO Urologi, SU/SS* innehållande:

- Utförlig beskrivning av lokalstatus (tumörlokalisering och storlek, T-stadium)
- Symptombeskrivning
- Inguinalt lymfkörtelstatus (Lymfkörtelförstoring? Fixerade lymfkörtlar?)
- Tidigare/nuvarande sjukdomar och läkemedel (särskilt antikoagulantia)
- funktionsstatus enligt ECOG
- Sexuell funktion. Sexuellt aktiv?
- Eventuell förekomst av blåstömningssvårigheter / kateterbehov
- Aktuellt telefonnummer till patienten
- Fotodokumentation, i första hand i Picsara. Det kan avstås när det inte är möjligt, exempelvis beroende på att enheten inte använder Picsara. Bifoga då istället utskrivna bilder
- PAD-svar och PAD-nummer
- Radiologisk planerad eller utförd utredning

Regionala enheten (VO Urologi, SU/SS). Block B/C.

Ansvarar för följande:

- Bedömer om ett besök på regionala enheten är nödvändigt
- Bedömer behov av och remitterar i så fall för PET-CT (vid misstänkt lymfkörtelmetastasering)
- Anmäler till nationell MDK. Vid nationell MDK ges behandlingsrekommendation och beroende på detta remitteras eventuellt patienten till nationell enhet (Malmö eller Örebro) för kirurgi eller till VO Onkologi, SU/SS, för onkologisk behandling. Ibland blir rekommendationen istället mer begränsad eller palliativ kirurgi på hemsjukhuset eller regionala enheten. Efter MDK får patienten återkoppling om behandlingsrekommendationerna vid fysiskt besök eller telefontid, antingen via regionala enheten eller filterfunktionen. Vid endast påvisad PeIN sker information, behandling och uppföljning via dermatolog.
- Förser patienten med regional kontaktsjuksköterska. Undantagsfall är de patienter vars utredning eller uppföljning inte kommer att ske på regionala enheten.

Regional tillämpning av det nationella vårdprogrammet

NVP gäller med tillägg av förtydligande av regionala remisskriterier och vårdnivå.

Klinisk uppföljning

Alla patienter med peniscancer och PeIN skall följas upp i 5 år enligt kapitel [14 i NVP](#).

Patienter med PeIN skall följas upp hos dermatolog och patienter med peniscancer skall följas upp hos urolog. Uppföljning av patienter med peniscancer individanpassas och urolog vid regionala enheten bedömer om uppföljning ska ske på regionala enheten eller på hemsjukhuset. Den mest förekommande bedömningen är att den initiala uppföljningen efter behandling vid nationella enheten sker på

regionala enheten och varefter recidivrisken minskar så görs en individuell bedömning om återremittering till hemsjukhuset för kontroller enligt vårdprogrammet.

Utöver kliniska kontroller ska uppföljningen i vissa fall omfatta radiologi. Vid fynd av benigna lymfkörtlar vid sentinel node skall uppföljningen inkludera ultraljud av inguinala lymfkörtlar var 6:e månad under år 1-2 och årligen år 3-5. Patienter med lymfkörtelmetastaser som har genomgått kurativt syftande behandling ska följas upp med CT bäcken/buk/thorax med iv kontrast var 3-6:e månad i 2 år och därefter årligen år 3-5.

Förändringar sedan föregående version

- SVF omfattar sedan 2021 inte diagnos D07.4 (PeIN). För att tillgodose multidisciplinär kompetens och jämlik bedömning ska PeIN fortsatt föredras på nationell MDK. Således skall alla nya fall av PeIN remitteras till regionala enheten, VO Urologi, SU/SS, som anmäler till nationell MDK.
- Förtydligande om misstanke: ”röda områden som kvarstår efter 2–4 veckors behandling med lokal grupp III-steroid”. Peyronies är tillagt som exempel på annan uppenbar orsak som inte föranleder remiss till filterfunktion.
- Förtydliganden kring remissinnehåll vid misstanke respektive välgrundad misstanke om peniscancer.
- Remiss ska innehålla fotodokumentation med undantag om det inte är möjligt.
- Förtydligande om att CT thorax/buk/bäcken med iv kontrast ska beställas av filterfunktion om det finns välgrundad misstanke om invasiv peniscancer och inte enbart vid palpabla inguinala lymfkörtlar.
- Tillägg att ultraljud ljumskar med eventuell fin nålspunktion ska beställas av filterfunktion vid misstänkt eller verifierad \geq T1G2-tumör alternativt vid metastasmisstänkta inguinala lymfkörtlar.
- PET-CT rekommenderas vid utredning hos patienter med kliniskt misstänkt eller patologiskt verifierad

lymfkörtelmetastaserad peniscancer. Enligt tidigare version av vårdprogrammet kunde detta övervägas.

- Den regionala enheten bedömer om ett besök är nödvändigt på regionala enheten efter mottagen SVF-remiss.
- Tillägg att patienten kan erbjudas kontaktsjuksköterska antingen hos filterfunktion eller på regionala enheten.
- Tydligare specificerad uppföljning beträffande vilka radiologiska undersökningar som ska genomföras i uppföljningen.
- Ledtider för nationell uppföljning: Samtliga ledtider i flödesschemat är förlängda med sju dagar.

Remissrutiner

Se [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård.](#)

Kvalitetsuppföljning

Ledtider och kvalitetsindikatorer enligt NVP ska registreras i Nationella peniscancerregistret (NPECR).

Referenser

Nationellt vårdprogram Peniscancer [NVP](#)

Standardiserat vårdförlopp Peniscancer [SVF](#)

[Flödesschema Peniscancer](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Jenny Magnusson, (jenma18), Specialistläkare

Granskad av: Jenny Magnusson, (jenma18), Specialistläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-176

Version: 1.0

Giltig från: 2025-03-17

Giltig till: 2027-03-17