**Uppföljning av njurcancer**

Uppföljning är motiverad dels för att identifiera postoperativa komplikationer, kontrollera

Kvarvarande njurfunktion, tidigt upptäcka tumörrecidiv eller metastaser så att invalidiserande

komplikationer (såsom fraktur, paraplegi etc) kan undvikas eller reduceras i omfattning, dels för att ge den drabbade tillfälle till samtal om sin sjukdom (prognos etc). I 80–85 % av fallen upptäcks metastaserna inom 3 år och 93 % inom 5 år efter partiell eller radikal nefrektomi.

Patienten skall informeras om hur uppföljningen är tänkt.

Sannolikheten att med idag tillgängliga behandlingsformer bota en metastaserande njurcancer måste rubriceras som utomordentligt små. De nyligen introducerade TK-hämmarna innebär dock nya behandlingsmöjligheter. Det är viktigt att vid uppträdande av metastaserande sjukdom kontakta urolog och onkolog för eventuell metastaskirurgi samt insättande av systemisk behandling.

**Uppföljningsprogrammet** skall alltså uppfattas som **en rekommendation** från vilken avsteg kan göras när så är befogat. Kontrollerna är i första hand indicerade hos patienter där behandling av upptäckta recidiv/metastaser kommer att övervägas. För att skatta risken för metastasering efter kirurgisk behandling kan patienterna delas in i riskgrupper enligt Mayo Scoring.

***Tabell 5. Mayo Scoring System***

**Riskgrupper**

Låg risk 0–2 poäng

Intermediär risk 3–5 poäng

Hög risk 6 poäng

**Primär tumör / T-stadium Poäng**

pT1a 0

pT1b 2

pT2 3

pT3-pT4 4

**Tumörstorlek**

<10cm 0

>10cm 1

**Regionalt lymfkörtelstadium**

pNx/pN0 0

pN1-pN2 2

**Kärnatypi grad (Fuhrman)**

Grad 1–2 0

Grad 3 1

Grad 4 3

**Tumörnekros**

Ingen nekros 0

Nekros 1

Då vi i Sverige generellt för närvarande inte kan tillämpa tidigare nämnd riskgruppering i avsaknad av information om tumörnekros föreslås tills vidare en förenklad indelning i riskgrupper baserat enbart på TNM stadieindelning och histopatologisk gradering enligt Fuhrman.

Vid längre tids uppföljning av yngre patienter bör, av strålhygieniska skäl MRT övervägas att ersätta CT-buk-thorax alternativt UL buk samt lungröntgen. Med tanke på risken för lokalrecidiv bör patienter opererade med njurresektion följas enligt separat uppföljningsprogram (se tabell 6) med utökat antal undersökningar riktade mot kvarvarande njurparenkym.

***Uppföljningsprogram***

*Tidpunkt för kontroll av* **Tumör behandlad med nefrektomi**

**Undersökning**

**T1-T2, N0, M0, Fuhrman <3**

Post-op 1:a uppföljningsbesöket A, B

6 mån A, B, C

12 mån A, B, C

24 mån A, B, C

36 mån A, B, C

48 mån A, B, C

60 mån A, B, C

**T3-T4, och/eller N+, och/eller Fuhrman >=3**

Post-op 1:a uppföljningsbesöket A, B

6 mån A, B, D

12 mån A, B, C

18 mån A, B, D

24 mån A, B, C

36 mån A, B, D

48 mån A, B, C

60 mån A, B, D

**Eventuellt längre uppföljning hos yngre patienter**

*Tidpunkt för kontroll av* **Tumör behandlad med njurresektion**

**Undersökning**

Post-op 1:a uppföljningsbesöket A, B

3-6 mån A, B, D

12 mån A, B, D

Årligen i 5 år,

eventuellt längre hos yngre patienter A, B, D

**Undersökningarna omfattar:**

**A.** Allmänundersökning

**B**. Provtagning (B-Hb, B-SR, s-krea, s-ALP)

**C.** CT-thorax alternativt ev lungröntgen

**D.** CT-buk-thorax