# Palliation ved fremskredent renalcellecarcinom

Version 1.0

**GODKENDT**
**Faglig godkendelse**
1. november 2022 (DaRenCa)
**Administrativ godkendelse**
15. november 2022 (Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet)

**REVISION**
Planlagt:31. januar 2024
**INDEKSERING**
DaRenCa, Renalcellecarcinom, Palliation

# Indholdsfortegnelse

1. Anbefalinger (Quick guide) ..... 2
Den palliative indsats ..... 2
Lindrende symptombehandling / palliativ intervention ..... 2
Patient og pårørendeinddragelse ..... 2
2. Introduktion ..... 3
3. Grundlag ..... 4
Den palliative indsats ..... 4
Lindrende symptombehandling / palliativ intervention ..... 5
Patient og pårørendeinddragelse ..... 6
4. Referencer ..... 7
5. Metode ..... 9
7. Bilag ..... 11
8. Om denne kliniske retningslinje ..... 17

# 1. Anbefalinger (Quick guide)

## Den palliative indsats

1. **Der bør på alle sygehuse, som udreder og behandler renalcellecarcinom, være en samarbejdsaftale eller tilknyttet et specialiseret palliativt team, som kan konsulteres af den primært behandlende afdeling (D)**

2. **Den palliative indsats bør iværksættes så tidligt som muligt, da en tidlig indsats kan påvirke patientens livskvalitet i en positiv retning (A)**

## Lindrende symptombehandling / palliativ intervention

3. **Patienter med symptomgivende metastaser kan vurderes med henblik på palliativ strålebehandling (B)**

4. **Palliativ nefrektomi anbefales ikke som symptomlindring (D)**

5. **Ved livstruende makroskopisk hæmaturi kan man anvende akut embolisering (D).**

## Patient og pårørendeinddragelse

6. **Patient og pårørende bør inddrages i den palliative behandling, i det omfang de ønsker og har ressourcer til (D)**

# 2. Introduktion

Der diagnosticeres årligt omkring 1000 patienter i Danmark med renalcellecarcinom (RCC), heraf har 20% metastaser på diagnosetidspunktet og yderligere 20-50% vil udvikle metastatisk sygdom på et senere tidspunkt på trods af kirurgisk behandling (1, 2). I Danmark dør der årligt 284 patienter af RCC (gennemsnit fra 2015-2019), og disse kan i terminalfasen have behov for en palliativ indsats (3).

## Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet på tværs af Danmark til patienter med RCC.

I Danmark anvendes WHO's definition af palliation. "Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art" (4, 5).

Palliativ behandling er ifølge WHO's definition ikke kun tilsigtet døende patienter men også patienter med livstruende sygdom og et komplekst symptombillede (4).

## Patientgruppe

Patienter, der er diagnosticeret med fremskreden RCC, hvor helbredende behandling ikke er muligt.

## Målgruppe for brug af retningslinjen

Denne retningslinje skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet, hvorfor den primære målgruppe er klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen.

# 3. Grundlag

## Den palliative indsats

1. **Der bør på alle sygehuse, som udreder og behandler RCC, være en samarbejdsaftale eller tilknyttet et specialiseret palliativt team, som kan konsulteres af den primært behandlende afdeling (D)**

2. **Den palliative indsats bør iværksættes så tidligt som muligt, da en tidlig indsats kan påvirke patientens livskvalitet i en positiv retning (A)**

### Litteratur og evidensgennemgang

I England har der siden 2004 eksisteret evidensbaserede retningslinjer for den palliative indsats ved avanceret cancersygdom, initieret af the National Institute for Clinical Excellence (NICE) (6) [1a]. I Tyskland blev der i 2021 udgivet en artikel af Johannsen et al. omhandlende støttende og alternativ behandling af avanceret RCC som supplement til den tyske tværfaglige retningslinje, hvor palliative tiltag eksplicit adresseres (7) [4]
.
En del af initiativerne i Kræftplan IV er en værdig og god palliativ indsats, hvorfor Sundhedsstyrelsens publikation "Anbefalinger for den palliative indsats" blev revideret i 2017 (5, 8) [5].

Den palliative indsats inddeles i den basale palliative indsats, målrettet patienter med få og afgrænsede problemstillinger, og den specialiserede palliative indsats, målrettet patienter med komplekse og flere sammenhængende problemstillinger (5). Den basale palliative indsats til patienter med fremskreden RCC bør kunne ydes af fagpersoner i alle dele af sundhedsvæsenet, som ikke har palliation som deres hovedopgave (kirurgisk afdeling, praktiserende læge, hjemmesygeplejen). Derimod ydes den specialiserede palliative indsats af fagpersoner med palliation som hovedopgave (palliative teams, palliative sygehusafdelinger og hospices). Det er den individuelle patients behov, som afgør niveauet af indsatsen, som er et tværfagligt og teambaseret samarbejde (5).

En palliativ indsats iværksat tidligt i en terminalfase af en livstruende sygdom (en tidlig palliativ indsats) defineres som en palliativ indsats iværksat indenfor otte uger efter diagnosticering af en avanceret cancersygdom. Et systematisk Cochrane review indikerer at en tidlig palliativ indsats har en positiv effekt på livskvaliteten hos patienter i terminalfasen sammenlignet med de patienter som alene modtager en standard cancerbehandling (9) [1a]. Ovenstående Cochrane review inkluderede syv artikler, med 1614 patienter med forskellige avancerede cancersygdomme.

### Patientværdier og – præferencer

En stor andel af de nydiagnosticerede patienter med RCC vil kunne tilbydes helbredende behandling. Den andel af patienter, der udvikler uhelbredelig RCC, vurderes at kunne have gavn af en tidlig palliativ indsats på lige fod med andre cancersygdomme.

# Lindrende symptombehandling / palliativ intervention

3. **Patienter med symptomgivende metastaser kan vurderes med henblik på palliativ strålebehandling (B)**

4. **Palliativ nefrektomi anbefales ikke som symptomlindring (D)**

5. **Ved livstruende makroskopisk hæmaturi kan man anvende akut embolisering.**

## Litteratur og evidensgennemgang

Det har ikke været muligt at finde opgørelser vedrørende udbredelsen af palliativ intervention for metastatisk RCC i Danmark. En nylig publiceret artikel af Patel et al. viste en minimal stigning i palliative interventioner fra 17% til 20% fra 2004 til 2014 baseret på data fra 42.014 patienter med RCC stadium IV fra USA (10) [2b]. Patel et al. viste at initial behandlingstype, socioøkonomiske, demografiske og geografiske faktorer var associeret med sandsynligheden for anvendelsen af palliative interventioner, defineret som supplerende kirurgi, systemisk behandling, strålebehandling, smertebehandling i kombination med intervention eller smertebehandling alene (10). Tilsvarende fandt Lec et al. at høj alder og bedre overlevelsesprognose var associeret med lavere odds for at modtage en palliativ intervention (11) [2b].

Følgende sygdomsspecifikke symptomer relateret til avanceret RCC, kan hvis klinisk relevant, behandles med palliativ intervention.

**Hæmaturi og flankesmerter**

Svær hæmaturi, forårsaget af RCC, som ikke kan håndteres med konservativ behandling, kan i nogle tilfælde behandles med embolisering. Baggrunden herfor er dels erfaringsbaseret og dels på baggrund af to retrospektive studier, som begge har vist effektiv lindring af lokale symptomer, som svær hæmaturi og flankesmerter, forårsaget af inoperabel RCC (12, 13) [4]. Andre studier undersøgende palliativ embolisering har været svære at vurdere grundet embolisering på forskellige indikationer og heterogent rapporteret outcome (14, 15).

Palliativ nefrektomi anbefales som udgangspunkt ikke, da patienterne ofte ikke er kandidater til kirurgi grundet komorbiditet. Hos ganske få selekterede patienter kan det dog være indiceret, men bør være en konferencebeslutning. Rationalet er, at den systemiske effekt og patientens symptomer kan være forårsaget af metastaser og ikke primærtumor, hvorfor patienten ofte ikke vil opleve den intenderede lindring af symptomer ved palliativ nefrektomi (15, 16) [4].

**Knoglemetastaser**

Metastaser til knoglerne kan i mange tilfælde resultere i knoglesmerter (17). Konventionel strålebehandling kan anvendes til behandling af smerter fra knoglemetastaser (18). For yderligere information omkring strålebehandling som smertelindring af knoglemetastaser fra RCC henvises til DaRenCas kliniske retningslinje ” Renalcellecarcinomer – Onkologisk behandling” (19).

I case serier og mindre retrospektive studier har perkutan cryoablation af knoglemetastaser været undersøgt som palliativ smertebehandling (20-22). Grundet stor heterogenitet i primær tumors histologi har det ikke været muligt at fremhæve resultater fra RCC alene. Det største retrospektive studie inkluderede 56 patienter med 92

metastaser, heraf 6.5% fra RCC (22) [2b]. Studiet af Wallace et al. rapporterede en signifikant reduktion i smerter ved follow-up efter 1 dag, 1 uge, 1 måned og 3 måneder (22). Et studie af Tomasian et al. inkluderede 23 patienter med 59 ossøse knoglemetastaser (alle fra primær RCC) behandlet med perkutan ablation på smerteindikation (cryoablation n=16, radiofrekvensablation n=43) og fandt en signifikant smertereduktion efter 1 uge, 1, 3 og 6 måneder (23) [2b]. Alle patienterne i studiet af Tomasian et al. havde kontraindikationer for strålebehandling.

For medicinsk smertebehandling henvises til Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL) kliniske retningslinje ” Smertebehandling med stærke opioider - til voksne cancerpatienter i palliativt forløb” (24).

### Rationale

Knoglemetastaser ses hos 30-50% af patienter med metastaserede RCC, og heraf vil omkring 70% opleve smerter i relation til disse. Palliativ strålebehandling kan anvendes som smertelindrende behandling af knoglemetastaser, når det er teknisk muligt. Valg af metode og dosis vurderes for den enkelte patient baseret på metastasens størrelse og placering.

## Patient og pårørendeinddragelse

**6. Patient og pårørende bør inddrages i den palliative behandling, i det omfang de ønsker og har ressourcer til (D)**

### Litteratur og evidensgennemgang

Når patienter og pårørende har indflydelse på beslutninger om og planlægning af deres eget behandlingsforløb, skabes et potentiale for forbedring af behandlingskvaliteten og patienttilfredsheden (25) Der er forskel på patienter og pårørendes behov for inddragelse. Det er derfor vigtigt at få afklaret i fællesskab med patienten og de pårørende, hvem der skal inkluderes og i hvilket omfang. Dette er en løbende proces (5) [5]. Pårørende kan inddrages i forhold til patientens forløb men pårørendeinddragelse kan også være i forhold til de pårørendes egne behov (25) [5]. For støtte til voksne pårørende til kræftpatienter i palliative forløb henvises til Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL) kliniske retningslinje ”Interventioner, der støtter voksne pårørende til kræftpatienter i palliativt forløb” (26).

### Patientværdier og – præferencer

Pårørende til patienter med fremskreden RCC er ofte en vigtig støtte for patienten i sygdomsforløbet. Inddragelse af både patienten og pårørende tilsigtes igennem hele behandlingsforløbet for RCC, herunder også den palliative fase.

### Rationale

Patient og pårørendeinddragelse er et fokusområde i hele det danske sundhedsvæsen. I et palliativt forløb, hvor hovedfokus er lindring og opretholdelse af en så god livskvalitets som muligt, vurderes det af særlig høj prioritet at patient og pårørende inddrages.

# 4. Referencer


1. Dansk Urologisk Cancer Gruppe. Årsrapport 2020. 2021.
2. Padala SA, Barsouk A, Thandra KC, Saginala K, Mohammed A, Vakiti A, et al. Epidemiology of Renal Cell Carcinoma. World J Oncol. 2020;11(3):79-87.
3. Kræftens Bekæmpelse. Statistik om nyrekræft 2021.
4. Organization. WH. National cancer control programmes : policies and managerial guidelines 2002.
5. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats 2017.
6. Excellence NIfC. Guidance on Cancer Services. Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual 2004.
7. Johannsen M, Stoll C, Raida M, van Oorschot B, Florcken A. Supportive therapy and complementary medicine in renal cell carcinoma. World J Urol. 2022;40(10):2359-71.
8. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan IV 2021.
9. Haun MW, Estel S, Rucker G, Friederich HC, Villalobos M, Thomas M, et al. Early palliative care for adults with advanced cancer. Cochrane Database Syst Rev. 2017;6:CD011129.
10. Patel HV, Kim S, Srivastava A, Shinder BM, Sterling J, Saraiya B, et al. Factors Associated With Palliative Intervention Utilization for Metastatic Renal Cell Carcinoma. Clin Genitourin Cancer. 2022;20(3):296- e9.
11. Lec PM LA, Brisbane W, Sharma V, Golla V, Gollapudi K, et al. Trends in palliative care interventions among patients with advanced bladder, prostate, or kidney cancer: A retrospective cohort study. Urol Oncol. 2020.
12. Maxwell NJ, Saleem Amer N, Rogers E, Kiely D, Sweeney P, Brady AP. Renal artery embolisation in the palliative treatment of renal carcinoma. Br J Radiol. 2007;80(950):96-102.
13. Mukund A, Gamanagatti S. Ethanol ablation of renal cell carcinoma for palliation of symptoms in advanced disease. J Palliat Med. 2010;13(2):117-20.
14. Jaganjac S SL. Palliative embolization of renal tumors. Vojnosanitetski pregled. Vojnosanitetski pregled Military-medical and pharmaceutical review. 2015.
15. Ljungberg B. AL, Bedke J., A. Bex A., Capitanio U., Giles R.H., et al. EAU Guidelines on Renal Cell Carcinoma. 2022.
16. Bhat S. Role of surgery in advanced/metastatic renal cell carcinoma. Indian J Urol. 2010;26(2):167-76.
17. Woodward E, Jagdev S, McParland L, Clark K, Gregory W, Newsham A, et al. Skeletal complications and survival in renal cancer patients with bone metastases. Bone. 2011;48(1):160-6.
18. Wei Q, He H, Lv L, Xu X, Sun W. The promising role of radiotherapy in the treatment of advanced or metastatic renal cell carcinoma: a narrative review. Transl Androl Urol. 2020;9(6):2821-30.
19. Gruppe DRC. Renalcellecarcinomer - onkologisk behandling 2021 2022.
20. McArthur TA, Narducci CA, Lander PH, Lopez-Ben R. Percutane Image-Guided Cryoablation of Painful Osseous Metastases: A Retrospective Single-Center Review. Curr Probl Diagn Radiol. 2017;46(4):282-7.
21. Prologo JD, Passalacqua M, Patel I, Bohnert N, Corn DJ. Image-guided cryoablation for the treatment of painful musculoskeletal metastatic disease: a single-center experience. Skeletal Radiol. 2014;43(11):1551-9.

22. Wallace AN, McWilliams SR, Connolly SE, Symanski JS, Vaswani D, Tomasian A, et al. Percutaneous Image-Guided Cryoablation of Musculoskeletal Metastases: Pain Palliation and Local Tumor Control. J Vasc Interv Radiol. 2016;27(12):1788-96.
23. Tomasian A, Madaelil TP, Wallace AN, Wiesner E, Jennings JW. Percutaneous thermal ablation alone or in combination with cementoplasty for renal cell carcinoma osseous metastases: Pain palliation and local tumour control. J Med Imaging Radiat Oncol. 2020;64(1):96-103.
24. Indsats DMCGfP. Smertebehandling med stærke opioider - til voksne cancerpatienter i palliativt forløb. 2015.
25. VfBi. S. Kriterier for inddragelse 2017.
26. Indsats DMCGfP. Interventioner, der støtter voksne pårørende til kræftpatienter i palliativt forløb 2013.

# 5. Metode

Anbefalingerne i denne retningslinje er udarbejdet af DaRenCas medlemmer samt retningslinjekoordinatoren, hvorefter tilpasning til denne skabelon samt supplerende søgninger er udarbejdet af retningslinjekoordinatoren.

## Litteratursøgning

Anbefalingerne tager udgangspunkt i en bred litteratursøgning foretaget i følgende videnskabelige database: Medline, Embase, Cinahl og Cochrane Library. Litteratursøgningen har været afgrænset til perioden 1992-2022, og kun engelsksproget litteratur er inkluderet. Der er derudover ikke anvendt specifikke in- og eksklusionskriterier. Herudover er referencelisterne fra inkluderede og relevante artikler manuelt gennemgået for supplerende litteratur på området. Derudover tager anbefalingerne udgangspunkt i eksisterende kliniske retningslinjer fra Dansk Multidisciplinær Cancer gruppe for Palliativ Indsats (DMCG-PAL), den internationale retningslinje fra European Association of Urology (EAU) samt internationale og danske anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedrørende den palliative indsats.

## Litteraturgennemgang

Fundne artikler er først gennemgået på titel- og abstractniveau af retningslinjekoordinatoren, hvorefter relevante fuldtekstartikler er delt i DaRenCa og inkluderet i anbefalingerne efter relevans. Der er hovedsageligt lagt vægt på reviews. Derudover er der inddraget anbefalinger fra toneangivende offentlige instanser, som NICE, Sundhedsstyrelsen og Videncenter for brugerinddragelse. Evidensen er hovedsageligt blevet vurderet af retningslinjekoordinatoren.

## Formulering af anbefalinger

Anbefalingerne er formuleret af DaRenCa samt retningslinjekoordinatoren på baggrund af uformel konsensus blandt kliniske eksperter i retningslinjegruppen.

## Interessentinvolvering

Denne retningslinje er udarbejdet uden patientinvolvering og uden direkte involvering fra andre end DaRenCas medlemmer. Ingen af de involverede har interessekonflikter.

## Høring og godkendelse

Retningslinjen er kommenteret og godkendt af alle medlemmer af DaRenCa. Input og kommentarer er gennemgået af retningslinjekoordinatoren og er herefter indarbejdet i teksten, hvor det blev vurderet relevant.

## Anbefalinger, der udløser betydelig merudgift

Ingen af de nævnte anbefalinger vurderes at udløse betydelige merudgifter

## Forfattere og habilitet

- Lars Lund, professor, overlæge, dr.med., Urinvejskirurgisk Afdeling L, Odense Universitetshospital

- Theresa Junker, Forskningsassistent, ph.d., Urinvejskirurgisk afdeling L, Odense Universitetshospital
- Nessn Azawi, overlæge, ph.d., Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
- Morten Jønler, overlæge, ph.d., Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
- Ulla Møldrup, overlæge, Urinvejskirurgisk Afdeling K, Aarhus Universitetshospital
- Mette L. Holm, overlæge, Urologisk Klinik, Rigshospitalet
- Anne Kirstine H. Møller, overlæge, ph.d., Onkologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Niels Viggo Jensen, overlæge, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
- Niels Fristrup, afdelingslæge, ph.d., Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital
- Astrid Petersen, overlæge, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital
- Anette P. Pilt, overlæge, Patologiafdelingen, Sjællands Universitetshospital, Roskilde
- Claus V. Jensen, overlæge, Radiologisk Klinik, Rigshospitalet
- Helle W. Hendel, overlæge, ph.d., Nuklearmedicinsk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Mette Nørgaard, professor, overlæge, ph.d., Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Malene Lundsgaard, afdelingslæge, Klinisk Genetisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital

Ingen af forfatterne har interessekonflikter.

For detaljerede samarbejdsrelationer henvises til deklaration via Lægemiddelstyrelsens hjemmeside: https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/godkendelse/sundhedspersoners-tilknytning-til-virksomheder/lister-over-tilknytning-til-virksomheder/apotekere,-laeger,-sygeplejersker-og-tandlaeger

## Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 9.2.1 af skabelonen.

# 7. Bilag

## Bilag 1 – Søgestrategi

| Søgning | Blok 1 | Blok 2 |
|---|---|---|
| | Renal cancer<br>Renal cell carcinoma<br>exp Carcinoma, Renal Cell<br>Kidney Neoplasm<br>exp Kidney Neoplasms<br>metastatic renal cell carcinoma<br>Advanced renal cell carcinoma | Palliative Care<br>Palliative treatment<br>End-of life care.mp<br>Terminal care |

## Bilag 2 – Søgeprotokol

| | |
|---|---|
| **Titel (på retningslinje)** | *Palliation ved fremskreden renalcellekarcinom* |
| **DMCG** | *DARENCA* |
| **Kontakt med metodespecialist** | *Nej* |
| **Senest udfyldt** | *26/01/2022* |

| Afgrænsning af emne | |
|---|---|
| **Baggrund** | *Beskrivelse af den palliative indsats ved fremskreden renalcellekarcinom.* |
| **Inklusions- og eksklusionskriterier** | Publikationsdato (periode): 1992-2022<br>*Sprog: Engelsk og Dansk*<br><br>*Publikationstype(-r): Alle typer* |

| **Emneord** | Populationen[1] | Intervention[1] | Sammenlignings intervention[1] | Outcomes[1] |
|---|---|---|---|---|
| Søgning 1 | Renal cancer<br>Kidney or renal adj3 cancer* or carcinoma* or neoplasm* or tumo?r*<br>Renal cell carcinoma<br>exp Carcinoma, Renal Cell<br>Kidney Neoplasm<br>exp Kidney Neoplasms<br>metastatic renal cell carcinoma<br>Advanced renal cell carcinoma | Palliative Care<br>Palliative treatment<br>End-of life care.mp<br>Terminal care | *NA* | NA |
| Søgning 2 | Renal cancer<br>Renal cell carcinoma<br>exp Carcinoma, Renal Cell<br>Kidney Neoplasm<br>exp Kidney Neoplasms<br>metastatic renal cell carcinoma<br>Advanced renal cell carcinoma | Palliative Care<br>Palliative treatment<br>End-of life care.mp<br>Terminal care | *NA* | NA |

[1] Se vejledning for Valg af tema for yderligere eksempler og beskrivelse af 'Population', 'Intervention', 'Sammenlignings intervention' og 'Outcome'.

Inspiration til søgeord kan findes i andre studier på samme område som man har kendskab til. Man søger *ikke* efter outcomes.

## Søgning efter guidelines

| **Databaser (Guidelines)** | **Dato for søgning** | **Ansvarlig for søgningen** |
|---|---|---|
| G-I-N International http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library | **(15/02/2022)** | Theresa Junker |
| NICE (UK) https://www.nice.org.uk/guidance/published?type=apg,csg,cg,mpg,ph,sg,sc | **(15/02/2022)** | Theresa Junker |
| Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html | **(15/02/2022)** | Theresa Junker |
| European Association of Urology https://uroweb.org/ | **(15/02/2022)** | Theresa Junker |

## Søgning efter systematiske reviews og primær litteratur

| **Databaser** | *Dato for søgning* | *Ansvarlig for søgningen* |
|---|---|---|
| Medline | **(27/1/2022)** | Theresa Junker |
| EMBASE | **(31/1/2022)** | Theresa Junker |
| CINAHL | **(15/02/2022)** | Theresa Junker |
| Cochrane Library | **(15/02/2022)** | Theresa Junker |

## Søgestrategier (kopieret ind)

For hver database der søges i, kopieres selve søgningen ind herunder.

| # | Searches MEDLINE | Results |
|---|---|---|
| 1 | Renal Cell Carcinoma.mp. or Carcinoma, Renal Cell/ | 50806 |
| 2 | renal cancer.mp. | 6755 |
| 3 | (((Kidney or renal) adj3 cancer*) or carcinoma* or neoplasm* or tumo?r*).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub- | 4094940 |

| | | |
|---|---|---|
| | heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms] | |
| 4 | Kidney Neoplasm.mp. or Kidney Neoplasms/ | 75899 |
| 5 | metastatic renal cell carcinoma.mp. | 6769 |
| 6 | advanced renal cell carcinoma.mp. | 1975 |
| 7 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 | 4094940 |
| 8 | Palliative Care/ or palliative care.mp. | 74088 |
| 9 | end-of life care.mp. or Terminal Care/ | 36174 |
| 10 | palliative treatment.mp. | 7263 |
| 11 | 8 or 9 or 10 | 100855 |
| 12 | 7 and 11 | 40636 |
| 13 | 1 or 2 or 4 or 5 or 6 | 90217 |
| 14 | 11 and 13 | 604 |

Medline: 604: TiAb=69

| # | Searches EMBASE | Results |
|---|---|---|
| 1 | Renal Cell Carcinoma.mp. or Carcinoma, Renal Cell/ | 69362 |
| 2 | renal cancer.mp. | 10599 |
| 3 | (((Kidney or renal) adj3 cancer*) or carcinoma* or neoplasm* or tumo?r*).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word] | 4721183 |
| 4 | Kidney Neoplasm.mp. or Kidney Neoplasms/ | 16421 |
| 5 | metastatic renal cell carcinoma.mp. | 10781 |
| 6 | advanced renal cell carcinoma.mp. | 3263 |
| 7 | 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 | 4721183 |

| | | |
|---|---|---|
| 8 | Palliative Care/ or palliative care.mp. | 109346 |
| 9 | end-of life care.mp. or Terminal Care/ | 44945 |
| 10 | palliative treatment.mp. | 11800 |
| 11 | 8 or 9 or 10 | 143520 |
| 12 | 7 and 11 | 39462 |
| 13 | 1 or 2 or 4 or 5 or 6 | 87571 |
| 14 | 11 and 13 | 610 |

EMBASE: 610: TiAb = 53

Cinahl

| # | Query | Limiters/Expanders | Last Run Via | Results |
|---|---|---|---|---|
| S7 | S3 AND S6 | Limiters - Published Date: 19920101-20221231; Peer Reviewed<br>Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 443 |
| S6 | S4 OR S5 | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 71,509 |
| S5 | palliative treatment | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 29,925 |
| S4 | palliative care or end of life care or terminal care | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 70,315 |
| S3 | S1 OR S2 | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 24,779 |
| S2 | (Kidney OR renal) n2 (cancer* OR carcinoma* OR neoplasm* OR tumo?r*) | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 24,395 |
| S1 | (MH "Kidney Neoplasms+") | Expanders - Apply equivalent subjects<br>Search modes - Boolean/Phrase | Interface - EBSCOhost Research Databases<br>Search Screen - Advanced Search<br>Database - CINAHL | 12,059 |

Cinahl: 443: TiAb=19

| **Cochrane Library** | | |
|---|---|---|
| ID | Search | Hits |
| #1 | ("renal cell carcinoma"):ti,ab,kw (Word variations have been searched) | 2618 |
| #2 | renal cancer | 8206 |
| #3 | Kidney Neoplasm | 1360 |
| #4 | metastatic renal cell carcinoma | 1878 |
| #5 | Advanced renal cell carcinoma | 1647 |
| #6 | palliative care | 6625 |
| #7 | Palliative treatment | 6335 |
| #8 | End-of life care | 9177 |
| #9 | Terminal care | 2365 |
| #10 | #1 or #2 or #3 or #4 or #5 | 9769 |
| #11 | #6 or #7 or #8 or #9 | 18308 |
| #12 | #10 and #11 | 656 |
| Cochrane Reviews | | 360 |

Cochrane: Reviews: 360: TiAb =28,

**G-I-N International:**
Renal cell carcinoma (English) – 5 hits

**NICE:**
Renal Cell Carcinoma – 13 (alle på onkologisk medicinsk behandling)
Palliative care - Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer (2004)

**SIGN:**
Renal Cell carcinoma - 0

**Sundhedsstyrelsen:**
Kræftplan IV (2016)
Anbefalinger for den palliative indsats (2017)

# 8. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG.dk) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Indsatsen med retningslinjer er forstærket i forbindelse med Kræftplan IV og har til formål at understøtte en evidensbaseret kræftindsats af høj og ensartet kvalitet i Danmark. Det faglige indhold er udformet og godkendt af den for sygdommen relevante DMCG. Sekretariatet for Kliniske Retningslinjer på Kræftområdet har foretaget en administrativ godkendelse af indholdet. Yderligere information om kliniske retningslinjer på kræftområdet kan findes på: www.dmcg.dk/kliniske-retningslinjer

Retningslinjen er målrettet klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer på kræftområdet har karakter af faglig rådgivning. Retningslinjerne er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse. Der er ingen garanti for et succesfuldt behandlingsresultat, selvom sundhedspersoner følger anbefalingerne. I visse tilfælde kan en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til patientens situation.

Retningslinjen indeholder, udover de centrale anbefalinger (kapitel 1), en beskrivelse af grundlaget for anbefalingerne – herunder den tilgrundliggende evidens (kapitel 3+4). Anbefalinger mærket A er stærkest, Anbefalinger mærket D er svagest. Yderligere information om styrke- og evidensvurderingen, der er udarbejdet efter "Oxford Centre for Evidence-Based Medicine Levels of Evidence and Grades of Recommendations", findes her: http://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/oxford-levels-of-evidence-2009_dansk.pdf
Generelle oplysninger om bl.a. patientpopulationen (kapitel 2) og retningslinjens tilblivelse (kapitel 5) er også beskrevet i retningslinjen. Se indholdsfortegnelsen for sidehenvisning til de ønskede kapitler.

For information om Sundhedsstyrelsens kræftpakker – beskrivelse af hele standardpatientforløbet med angivelse af krav til tidspunkter og indhold – se for det relevante sygdomsområde: https://www.sst.dk/

Denne retningslinje er udarbejdet med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen (Kræftplan IV) og RKKP.