Upprättare: Eva Karin B Molinder

Fastställare: Elisabeth Wicklén

Urologiska diagnoser, utredning och behandling innan patient remitteras till urologspecialist VO Kirurgi

Innehåll

1. Syfte och omfattning 1
2. Beskrivning 1
2.1. Hydrocele (vattenbråck i pungen)....1
2.2. Hydrocele hos barn 2
2.3. Makroskopisk hematuri....2
2.4. Mikroskopisk hematuri....3
2.5. LUTS 3
2.6. Skrotal smärta/Resistenser i skrotum....4
2.7. Fimosis 5
2.8. Varikocele (pungåderbråck) 6
2.9. Urinstämma 6
2.10. Njurstensanfall....7
2.11. Erektil dysfunktion 8
2.12. PSA 9
2.13. Prematur ejakulation....10
2.14. Förvärvad peniskurvatur/Peyronies sjukdom 10
2.15. Vasektomi....11
2.16. Testosteronsubstitution 11
2.17. Recidiverande cystit 12
2.18. Inkontinens hos kvinnor....12
3. Referenser 12
4. Dokumentinformation....13

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

1. Syfte och omfattning

Riktlinjer för primärvården gällande urologiska åkommor, utredning och åtgärder som skall göras i primärvården och vilka patienter som skall remitteras vidare till urologspecialist inom VO Kirurgi.

2. Beskrivning

2.1. Hydrocele (vattenbråck i pungen)

Vätska kring testikel och/eller upp längs funikeln. Primärt bildat alternativt reaktivt till infektion. Ofta asymtomatiskt men kan vid större volym ge tyngdkänsla, bli skrymmande samt ge svårigheter med miktion och rengöring. Små symtomlösa hydrocelen lämnas utan åtgärd. Information och besked om

den benigna naturen lämnas till patienten. För diagnos lys igenom skrotum med lampa. Uteslut annat skrotalinnehåll, tex ljumskbråck innehållande tarm.

Åtgärd:

Vid större symtomgivande hydrocelen är operation indicerad. Operation görs i narkos alternativt lokalbedövning och sker via ett hudsnitt i skrotum. Operationen görs på vår dagkirurgiska avdelning och kräver inte inneliggande vård. Sjukskrivning: 0-1 vecka beroende på sysselsättning. Även efter operation är recidivfrekvensen upp emot 15 %.

Alternativ åtgärd:

Tappning och sklerosering.

1. Hydrocelet tappas med nål (grov venflon) och spruta (20 ml) på klar halmgul vätska. Var noggrann med att tappa så mkt av vätskan som möjligt. Dokumentera hur mycket vätska som tappats.
2. Behåll tappningsnålen på plats och injicera därefter en ampull á 2 ml Aethoxysklerol 30 mg/ml.
3. Palpera alltid testikeln efter tappning, malignitetsmisstanke med reaktivt hydrocele?
4. Informera att recidivfrekvensen efter tappning och sklerosering är ca 25-50%. Vid recidiv kan ytterligare tappning och sklerosering försökas men vid upprepad procedur är recidivfrekvensen ännu högre. Vid små symtomlösa recidiv är ytterligare åtgärd inte aktuell. Vid stora/symtomgivande recidiv är operation indicerad. Operation görs enligt ovan.

2.2. Hydrocele hos barn

Operation på små pojkar skall undvikas då deras hydrocele ofta går i regress spontant. Opereras annars i 4-5 års ålder dvs innan skolåldern (retad i duschen på skolgymnastiken). Operation i tidigare ålder om mycket stort hydrocele, t ex blöjbarn med hönsäggstort hydrocele. Observera fluktuerande ”hydrocelen” (tömmer sig i liggande) är kommunicerande ljumskbråck och skall opereras. Remiss till kirurgmottagningen då operation är indicerad, annars ingen åtgärd.

2.3. Makroskopisk hematuri

Utredning enligt SVF Makrohematuri version 2018. Makroskopisk hematuri hos personer över 50 år; remitteras för CT urografi + cystoskopi. V. g se länk.

https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/varje-dag-raknas/vardforlopp/kortversioner/pdf/kortversion-svf-cancer-urinblasan-ovre-urinvagarna.pdf

Kopians giltighetsgaranteras endast utskriftsdatumet

Ifrågasättas kan dock utredningen av symtomatisk makroskopisk hematuri. Dvs hematuri i samband med UVI. Här visar svenska retrospektiva studier väldigt få/näst intill inga cancrar. I framtiden kommer vi troligen utreda makrohematuri efter en mer avancerad algoritm där ålder, symtom, rökanamnes etc ingår.

Ett alternativt handläggande i nuläget kan vara att vid symtomatisk makrohematuri (=hematuri i samband med UVI) hos person över 50 år remittera patienten för undersökning men inte enligt SVF. Detta förfarande används redan på vissa håll i Sverige.

Personer <50år med tyst/asymtomatisk makrohematuri (=avsaknad av samtidiga UVI symtom) remitteras för samma undersökningar men utanför SVF-förloppet. Extra viktigt är att ta rök-anamnes och vid långvarig sådan remittera för skyndsam utredning.

Makroskopisk hematuri med tydlig korrelation till UVI hos unga tjejer utreds inte.

2.4. Mikroskopisk hematuri

Asymtomatisk mikroskopisk hematuri har mycket få signifikanta fynd vid utredning. Således skall detta inte utredas på rutin. Däremot skall patienter med symtomatisk mikroskopisk hematuri utredas utifrån aktuell symtomatologi. T.ex. patienter med trängningar eller smärta vid miktion.
För att dessa remisser skall kunna prioriteras adekvat skall följande information finnas med i remissen:

1. Vid mikroskopisk hematuri - vilka symtom? Bedöm LUTS-grad/IPSS/vätske och miktionslista om lämpligt (vg se nedan).
2. Hur uttalad hematurin har varit (hur många positiva stickor, med vilken grad av mikroskopisk hematuri, över vilken tid)
3. Aktuellt B-Hb, S-kreatinin och urinodlingsfynd.
4. Är patienten rökare eller icke-rökare?

2.5. LUTS

LUTS (lower urinary tract symtoms) är en samling symtom med många olika bakomliggande orsaker.

BPH (benign prostatahyperplasi=godartad prostataförstoring) är ett vanligt tillstånd som med stigande ålder drabbar de flesta män. En del av dessa män får urineringsproblem, där avflödeshinder är en del av problematiken.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Många av männen med lindriga besvär behandlas med läkemedel eller behöver ingen behandling alls medan cirka 4 500 män opereras varje år i Sverige för en förstorad prostata/avflödeshinder.
Vårdprogram för utredning av BPH (Uppsala) finns från 2005 men informationen kring utredningsgång är fortfarande aktuell. Vg se länk nedan.

Som alternativ till TUR-P (hyvling av prostata) finns bland annat TUMT (värmebehandling av prostata) och PAE (prostata artär embolisering). TUR-P är standardbehandling i Sverige idag och har högst lyckandefrekvens. I utvalda fall kan TUMT eller PAE vara aktuellt. Dessa behandlingar sker på annan ort.
https://www.akademiska.se/contentassets/14e7333461884 93bba9bc148801eae1f/vardprogram-prostatahyperplasi.pdf

Överaktiv urinblåsa med täta trängningar är en annan sida av LUTS-problematiken. Där kan bland annat neurologisk sjukdom, diabetes och avflödeshinder ligga bakom.

Nokturi (upprepade blåstömningar nattetid) kan orsakas av BPH, överaktiv blåsa, hjärtsvikt, diuretika, sömnapnésyndrom, polydipsi (för högt vätskeintag) eller nattlig polyuri.

Nattlig polyuri definieras som nattlig diures >30% av dygnets totala urinproduktion.

Utredning via HC:

- Vätske/miktionslista – registrerat över två dygn.
- Tidsmiktion (för män) – tid det tar att tömma första decilitern urin
- IPSS
- Resurin

Behandling via HC:

- Alfuzosin
- Finasterid
- Antikolinergika
- RIK
- Blåsträning
- Optimering av hjärtsviktsbehandling
- Desmopression (Minirin/Nocdurna/Nocutil)

2.6. Skrotal smärta/Resistenser i skrotum

Vanliga differentialdiagnoser vid smärta i skrotum: testistorsion, torkverad Morgagnis hydatid, epididymit och trauma.

1. Vid misstanke om testistorsion akutremiss till kirurgakuten.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

2. Torkverad Morgagnis hydatid kräver oftast ingen behandling annat än smärtlindring. Dock en relativt svår diagnos att ställa kliniskt.
3. Vid misstanke om epididymit tas urinodling och STI-test. Antibiotikabehandling och kontroll med ompalpation av skrotum 4-6 v senare via HC. Om oklart palpationsfynd föreligger, dvs. resistens med möjligt ursprung i testikel, skall UL skrotum göras för att utesluta testikeltumör. Resistenser i bitestiklarna utgörs i princip alltid av benigna cystor/spermatocele.
4. Trubbigt trauma mot skrotum kan klämma testikel mot bäckenbenet så att kapseln som omsluter testikelvävnaden ruptrerar. Detta åtgärdas operativt med sutur av kapseln och eventuell excision av protruberande testikelvävnad för att förhindra framtida testikelatrofi. Tecken på ruptur är massivt hematom i skrotum efter trauma. Vid misstanke på ruptur skall UL skrotum beställas innan patienten remitteras till kirurgakuten. Frågeställning på UL remiss: Ruptur av tunica albuginea? Intratestikulärt hematom? Avvikande parenkymeko?

2.7. Fimosis

98 % av alla nyfödda pojkar har fysiologisk fimosis, dvs. förhuden kan inte dras tillbaka över ollonet. Vid 3 års ålder har ca 50 % kvar sin fimosis och efter puberteten har nästan alla fall av fysiologisk fimosis växt bort. Detta betyder att man skall avvakta med operation på unga pojkar men kvarstår fimosis vid pubertet är operation indicerat. Operation kan bli aktuell i yngre ålder om pojken har problem med upprepade balaniter trots konservativ behandling. Ballonering är helt ofarligt. Det hjälper till och med till att göra rent under den trånga förhuden.

Konservativ behandling:

1. Balaniter läker i regel på tvätt med ljummet vatten 2-3 ggr per dag. Här kan det vara av värde att ha en liten spruta för att möjliggöra spolning med ljummet vatten under förhuden.
2. Pojkar med mycket besvär på grund av fysiologisk fimosis innan genomgången pubertet behandlas med stark kortisonsalva, grupp 4 steroid t ex Dermovat morgon och kväll. 4-8 veckor är normal behandlingstid. Det är viktigt att salvan smörjs på det trånga partiet på förhuden och inte generellt på förhudens yttre blad. Det vill säga förhuden skall dras tillbaka så pass att det trånga området visualiseras innan salvan appliceras.

Total cirkumcision ger oftare ett mer bestående resultat än en partiell resektion av förhuden. Vid lindrigare fimosis kan en förhudsplastik utföras (3st klipp/vidgningar av förhuden). Efter en operation av förhuden kan penis/operationsområdet vara rejält svullet i flera veckor.

Kopia: Giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

2.8. Varikocele (pungåderbråck)

Varikös förändring av testikelns venösa avflöde anses orsakat av medfödd lokal klaffinsufficiens. Prevalensen är 10-15 % men 30-40 % bland män med infertilitets-problematik. Behandling av varikocele innebär inte alltid att fertiliteten förbättras vilket har lett till att sambandet mellan varikocele och infertilitet har ifrågasatts. Förekommer normalt bara på vänster sida där v spermatica mynnar i v renalis, jämfört med höger sida där v spermatica mynnar i v cava. Ett benignt varikocele ska alltid tömma sig i liggande.

1. Varikocele på hö sida ska utredas med frågeställningen retroperitoneal tumör/ njurtumör med trombos i vena renalis (CT buk med iv kontrast besvarar frågan). Remiss till urolog vid patologiskt fynd.
2. Vid **hastig** debut av varicocele på vä sida ska retroperitoneal tumör/ njurtumör med trombos i vena renalis uteslutas. Utredning och remittering likt ovan.
3. Varikocele behandlas om patienten har kraftiga lokala symtom eller infertilitetsproblem och påverkan på spermiogrammet, alternativt om den ipsilaterala testikeln har minskad volym och ändrad konsistens. Remiss skrivs då till urolog.

Behandling sker med operation eller radiologisk embolisering av de varikösa venerna. Bilaterala och högersidiga varikocele opereras då failure rate är hög för embolisering på höger sida. Vänster sida kan opereras eller emboliseras med jämförbar success rate. Operation sker oftast via ljumsksnitt.

2.9. Urinstämma

Vanliga orsaker: BPH, alkohol, läkemedel, akut sjukdom, förstoppning, UVI, neurologisk påverkan, operation och narkos.

Komplikationer: Hematuri, njurpåverkan, allmänpåverkan, infektion eller kronisk urinretention med atonisk urinblåsa.

Undersökning: Bladderscan/tappning för bedömning av retentionsvolymens storlek, **viktigt att denna dokumenteras**, rektalpalpation för bedömning av prostatan.

Labb: krea och U-sticka.
Vid bedömning av lämplig åtgärd är det viktigt att fundera kring orsaken till själva urinstämman. En övergående påverkan på kroppen, tex stort etylintag, gör att en större volym kan accepteras för enbart tappning.

Många studier har försökt klargöra optimal katetertid efter urinstämma. Något tydligt svar finns inte. Förutsatt behandling med alfa-1-blockerare (t ex Alfuzosin 10mg t.n.) kan omkring 50% bli av med sin kateter vid första dragningstillfället och ca 70% blir kateterfria efter ytterligare ett försök. Det finns inga studier som

Kopians giltighet garanteras endast på utskriftsdatumet

talar för att katetertid över 3 dagar ger större chans till lyckad avveckling. Längre katetertid ger dock ökad morbiditet.

< 500 ml utan komplikation
Patienten tappas med tappningskateter och går dagen efter till hälsocentralen för resurin-kontroll.

>500 ml utan komplikation
14 Ch KAD. Öppen, kopplad till påse. Alfa 1-blockerare (tex Alfuzosin 10 mg t.n.) sätts in om ingen kontraindikation föreligger. Första kateterdragningsförsöket efter 3 dagar via distriktssköterska med resurinkontroll samma dag. Andra försöket efter ytterligare 3-7 dagar. Om KAD inte kan avvecklas eller om patienten får upprepade urinstämmor skrivs remiss till urologen. Om möjlighet på HC finns: erbjud patienten att lära sig RIK(ren intermittent katetrisering) i väntan på urologbedömning. Annars kateter kopplad till kran med tömningsintervall 3-4 dl. Om KAD kan avvecklas styr LUTS/BPH-utredning enligt kapitel 2.4 om eventuell remiss ställs till urologen.

Riskfaktorer för att kateteravveckling inte kommer att lyckas: >1000 ml urinstämma, patient >70 år, prostata >50 ml.

Akutremiss till kirurgakuten om samtidig:
- Feber/urosepsis
- Makroskopisk hematuri
- Akut njursvikt (krea >200)
- Andra alarmsymtom/allmänpåverkan

Obs. Det är mycket osannolikt att en patient med normalt krea ska hamna i en polyurisk fas, oavsett hur mycket urin som stått i blåsan.

2.10. Njurstensanfall

1. Smärtlindring:
   - Paracetamol 1g.
   - Lixidol (ketorolac/Toradol) 30 mg/ml 30 mg im.
   - Vid kontraindikation ketorolac ge morfinanalgetika.

   Ändrade rekommendationer 2020 pg. a upphörd produktion av Spasmofen, samt miljöpåverkan av Voltaren/Diklofenak.
2. Beställ S-krea, S-kalcium och S-urat
3. Om smärtfri patient därefter: uppföljande CT urinvägsöversikt inom 2-3 v.
   Fråga efter konkrement, konkrementläge, konkrementstorlek, samt tecken på avflödeshinder.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

4. Då smärtlindring enligt ovan ger gott resultat kan patienten gå hem med recept på T. Alvedon 500mg och T. Naproxen 500mg att ta i första hand, supp Diklofenak 50mg i andra hand (vid kräkning under tidigare smärtepisod).
5. Alfuzosin 10 mg t. n. kan underlätta stenpassage vid sten i nedre delen av uretären och kan ges tills kontrollröntgen visar stenfrihet om stensjukdom är påvisad eller mkt trolig. (Cave vid systoliskt blodtryck under 110 mmHg /ortostatism).
6. Viktigt att patienten vid hemgång informeras om att dricka sparsamt under ett pågående njurstensanfall. Detta för att minska trycket bakom stenen och på så sätt minska smärtan. Däremot bör njurstenspatienter ha ett gott till ökat vätskeintag då de är stenfria.
7. Om uppföljande CT urinvägar efter 2-3 v visar konkrement i urinvägarna skrivs remiss till urolog. Upp till 90% av alla symtomgivande uretärstenar avgår spontant och i princip alla stenar <4 mm. Om patienten är symtomfri och har en liten sten kan ytterligare uppföljande CT göras efter 2-3 månader och först då skrivs remiss till urologen om stenen är kvar.
8. Om patienten inte blir smärtfri, alternativt har feber, skrivs akutremiss till kirurgakuten. Akut radiologi/inläggning/avlastning kan bli nödvändig.
9. Hos personer med singelnjure skall alltid CT urinvägar utan kontrast utföras akut i samband med ett njurstensanfall.

2.11. Erektil dysfunktion

Erektil dysfunktion indelas i fyra huvudgrupper:
1. Endokrin orsak (testosteronbrist)
2. Neurologisk orsak (ryggmärgsskada, MS, juvenil diabetes)
3. Vaskulär insufficiens (arterioskleros, diabetes, rökare)
4. Psykogen orsak (tex prestationsångest)

Läkemedel (hjärt/kärl, antidepressiva och neuroleptika) kan också orsaka potenspåverkan.

Anamnes: hjärt/kärl-sjukdom, hypertoniläkemedel, diabetes, rökning, bäckenkirurgi, antidepressiva läkemedel, psykiska besvär, nyinsatta läkemedel.

Sexualanamnes: relationsstatus, befintlig lust, bevarad morgon/natterektion, varierande eller stationär potenspåverkan, tidigare använda hjälpmedel/läkemedel mot ED, funktion vid masturbation.

Undersökning: Allmän undersökning beroende på ålder och samsjuklighet, palpation PR (atrofi prostata vid androgenbrist), tecken på hypogonadism, kardiovaskulärt status, perifera artärpulsar, sensibilitet fötter och BT.

Kontrollera giltighet innan tas i bruk. Utskriftsdatumet

Frågeformulär vid ED:
http://www.lakarhuset.com/docs/Viagra_formur_blad.pdf

Labb: Blodglukos och lipidstatus.
S-testosteron, FSH och LH om samtidig libidostörning och avsaknad av spontan/nattlig erektion.

Behandling via HC: Perorala fosfodiesteras typ 5-hämmare. Skriv från början recept på både kort- och långverkande läkemedel. Be patienten testa hemma, minst 10 ggr innan effekten utvärderas. Samt att patienten testar själv utan ev. partner.

- Sildenafil (Viagra)
- Tadalafil (Cialis)
- Avanafil (Spedra)

Remiss skrivs till uroterapeut på urologmottagningen om peroral behandling inte fungerar.

Övrig behandling: intrakavernös injektionsbehandling, intrauretral behandling, sexologisk terapi, pubisring och vakuumerektionspump och kirurgisk behandling med penisimplantat.

2.12. PSA

Handläggning enligt Nationella vårdprogrammet för prostatacancer 2020. Nytt för 2020 är att i princip alla män ska genomgå MR prostata innan biopsering.

För kortversion av vårdprogrammet, riktat till allmänläkare, v. g se länk.
https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/prostatacancer/vardprogram/nationellt-vardprogram-kortversion-allmanlakare-prostatacancer.pdf

Alla patienter som planeras för PSA-testning skall informeras både muntligen och skriftligen om PSA-testets nackdelar respektive fördelar innan provet tas (om de inte har symtom eller fynd som talar för prostatacancer). Informationsbroschyr ska finnas på alla hälsocentraler.
https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2014-8-4.pdf

Kom ihåg!

- Febril UVI hos män engagerar vanligtvis prostatakörteln. Detta kan ge mycket höga PSA-värden med låg PSA-kvot. (enstaka gånger 3-siffrigt PSA) Det kan ta upp till 12 månader innan PSA är tillbaka på normal nivå, PSA skall därför inte mätas i samband med febril UVI. Har PSA ändå tagits, kontrollera om värdet 1månad efter avslutad antibiotikabehandling. Är värdet fortfarande

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

stegrat följ det varannan månad till det normaliserats eller planar ut över åtgärdsgränsen (då remiss till urolog).

- Vid urinstämma kan PSA stiga rejält, över 20, enstaka gånger upp mot 40-50. Vänta minst en vecka innan provtagning.
- PR undersökning påverkar inte PSA-värdet.
- Ejakulation påverkar inte PSA-värdet hos yngre män. Äldre män skall undvika ejakulation 48 timmar före provtagning.
- Behandling med 5-alfa-reduktashämmare halverar PSA-värdet inom ett år vid godartad prostataförstoring.
- PSA-kvoten är mest validerad för PSA mellan 3-10. Vid värden över 20 saknar PSA-kvoten helt relevans.
- Palpera prostata! Bedöm: storlek, konsistens och eventuella resistenser/ojämnheter.
- Följ åldersstandardiserade referensintervall.
- Män med hypogonadism (testosteron <8) kan ha avancerad prostatacancer trots lågt PSA.

Ärftlighet för prostatacancer innebär ≥2 fall i den nära släkten (far, bror, farbror) eller mutation i BRCA 2 genen (ansamling av bröstcancer i ung ålder hos kvinnor i släkten)
De flesta män överskattar sin risk/hereditet. Tabellen nedan är användbar!

	Risk vid 65åå	**Risk vid 75åå**	**Risk högrisk PC vid 75åå**
Normalpopulation	5 %	13 %	5 %
Bror med PC	15 %	30 %	9 %
Far + bror med PC	30 %	48 %	14 %
Far + 2 bröder med PC	44 %	64 %	21 %

2.13. Prematur ejakulation

Sedan 2009 finns läkemedelsbehandling (Priligy) mot prematur ejakulation. Läkemedlet tas vid behov 1-3 timmar före sexuell aktivitet. Det är inte subventionerat.

2.14. Förvärvad peniskurvatur/Peyronies sjukdom

Orsakas av keloidbildning, etiologin är oklar. Keloidplack kan palperas längs penisskaftet och vid erektion blir själva kurvaturen synlig. Behandling är aktuell

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

då kurveringen är så pass uttalad att den utgör ett hinder för sexuell aktivitet. Operation (upprätningsplastik) utförs i narkos, som dagkirurgiskt ingrepp. Själva upprätningsplastiken medför en viss förkortning av penis.

2.15. Vasektomi

För män >25år med steriliseringsönskan erbjuds vasektomi. I lokalbedövning lokaliseras vas deferens i vardera skrotalhalva och en kortare bit recesseras. Detta är den näst säkraste preventivmetod som finns tillgänglig idag, endast P-stav är något säkrare. Efter operationen kan sterilitet inte garanteras förrän ett negativt spermaprov har analyserats, provet tas 3 månader efter operationen. Det vill säga, preventivmedel måste användas fram till dess. Innan remiss skrivs till urologen ska mannen ha tagit del av informationen i §5 Steriliseringslagen samt skrivit under denna. Patienten skall ha fått information kring alternativa preventivmetoder och tydlig information om att vasektomi är en permanent kirurgisk lösning. Vi återställer inte kontinuiteten av vas deferens om mannen ångrar sitt beslut.

2.16. Testosteronsubstitution

Testosteronnivåerna hos män är normalt 10-30 nmol/L. Testosteronnivåerna varierar pga olika känslighet för hormonet mellan olika individer. Provet tas fastande på morgonen mellan kl 07-10 efter en normal nattsömn. Om testosteron är lågt bör det verifieras med en ny kontroll.

Testosteronkoncentration	**Tolkning**
>12 nmol/L	Sannolikt normalt
8-12 nmol/L	Gråzon
<8 nmol/L	Sannolik brist. Skäl att överväga behandling vid symtom.

Vid klinisk misstanke om testosteronbrist tas: S-testosteron, S-HBG, S-LH, Hb, PSA. Behandling sker med transdermal gel eller depotinjektion. Målsättning med behandlingen är att uppnå nivåer i mitten av referensintervallet (10-30 nmol/L) och normalisering av testosteronberoende funktioner.
Vid frågor kontaktas endokrinolog.

Det finns **inga belägg för att testosteronsubstitution ökar risken för att utveckla prostatacancer** eller försämrar prognosen under eller efter behandling! Substitution ger en normalisering av mannens testosteronnivå, inte en patologisk ökning. Därför kan testosteronsubstitution fortgå under både utredning, behandling och uppföljning av prostatacancer. Ett självklart undantag är patienter som kastrationsbehandlas för sin prostatacancer!

Kontrollerad utskrift gäller endast utskriftsdatumet

2.17. Recidiverande cystit

Minst 2 infektioner senaste halvåret eller minst 3 infektioner senaste året. Mkt sällan finns någon kirurgisk behandling mot recidiverande cystit eller behov av urologisk utredning. Viktigt är att kontrollera resurin, då stor sådan kan ge upprepade infektioner. Om stor resurin föreligger kan RIK påbörjas (1x2) och LUTS-utredning startas.
Vissa kvinnor får ofta UVI. Tillräckligt vätskeintag (minst 2 l dygnsurin) och råd kring regelbunden och fullständig blåstömning är steg ett i behandlingen. Lokalt östrogen ges till kvinnor kring/efter menopaus. Vid upprepade UVI ska alltid urinodling tas innan antibiotikabehandling påbörjas. Undvik att behandla med samma antibiotika 2 ggr i rad. Längre kurer än 3-5 dagar (kvinnor) medför varken bättre resultat eller minskar risken för återfall.

Långtidsprofylax 6 månader med Nitrofurantoin 50 mg eller Trimetoprim 100 mg t.n. efter blåstömning kan testas. Alternativt en dos efter samlag om de upprepade infektionerna korrelerar till detta.

Rutinmässig utredning med cystoskopi/CT/UL är inte nödvändig då kvinnor med upprepade cystiter vanligen har normala urinvägar. Vid upprepade fynd av stenbildande bakterier i urinodling (t. ex proteus) bör CT urinvägar beställas för att utesluta sten i urinblåsa/övre urinvägar. Därefter kan remiss till urolog bli aktuell.

Det finns ingen evidens för att Hiprex har någon plats i behandlingsarsenalen.

2.18. Inkontinens hos kvinnor

Primär utredning via HC. Därefter remiss till kvinnokliniken vb.

3. Referenser

Dokumentnamn	
Nationellt Vårdprogram för prostatacancer, RCC 2020	
Nationellt vårdprogram cancer i urinblåsa, RCC 2019	
Behandlingsprogram Urologiska Kliniken SÖS, 2014	
Antikonception – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket 2014;25(2):14–28.	
Akut Kirurgi och Urologi, Behandlingsprogram Stockholms läns landsting, 2013	
Urology, Campbell- Walsh 2012	
Urologi Jan-Erik Damber och Ralph Peeker, 2012	
Godartad prostataförstoring med avflödeshinder. En systematisk litteraturöversikt, SBU september 2011	
EAU guidelines 2020	
Acute urinary retention, S. Choong and M. Emberton, BJU International	

Kontrollerad giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Jan 2000.	
Aspiration and sclerotherapy versus hydrocelectomy for treatment of hydroceles, Beiko et al 2013.	
Urologikompendium SUS Malmö, 2013.	
Varicocele surgery or embolization: Wich is better? D Cassidy and K Jarvi, Canadian Urol Assoc J, 2012.	
UpTo Date.com “Acute urinary retention”, juli 2016.	

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

4. Dokumentinformation

Upprättare Helena Olsson, specialistläkare. Granskare Dan-Olle Westergren överläkare urologi, Tommy Lundmark överläkare primärvården, HVK Lars Wirdby överläkare. Slutgranskare Eva-Karin Molinder kvalitetssamordnare. Fastställare Elisabeth Wicklén verksamhetschef VO Kirurgi.