

# Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och urologi i handläggningen av LUTS

Fastställd efter remissomgång av hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2017 - 00186). Giltig till och med april 2019  
Utarbetad av: Sektorsråden allmänmedicin och urologi

LUTS (lower urinary tract symptoms suggestive of BPH) hos män indelas i lagringssymtom (täta och tvingande trängningar) och tömningssymtom (svag stråle, svårigheter att starta urineringen känsla av ofullständig tömd blåsa). Den vanligaste orsaken är godartad prostataförstoring förkortat BPH (benign prostatic hyperplasia).

## Bakgrund

De flesta män drabbas av BPH med stigande ålder. Sambandet mellan graden av förstoring och symtom är svag. Det finns en rad andra orsaker till LUTS, det saknas en specifik metod för att avgöra grundorsaken. Syftet med behandling är främst att reducera symtom men behandlingen kan i vissa fall vara protektiv, eftersom en kraftig retention riskerar att försämra njurfunktionen. BPH är den vanligaste orsaken till akut urinretention.

## Utredning i primärvården

1. Överväg risken för allvarliga orsaker, så som blås- och prostatacancer.
2. Ta ställning till om BPH är den rimliga orsaken till patientens LUTS. Överväg andra tänkbara orsaker (till exempel hög urinproduktion eller en överaktiv blåsmuskel).
3. Identifiera de patienter som ska specialistbedömas (residualurin > 200 ml eller >100 ml tillsammans med njurfunktionspåverkan(stigande eller förhöjt kreatinin), upprepade urinvägsinfektioner och åldersstandardiserat förhöjt PSA där remittering ska ske enligt SVF(Standardiserat vårdförlopp) för prostatacancer.
4. Identifiera de patienter med svåra symtom och/eller lång tidsmiktion (>20 sekunder) som har så svåra besvär att de är motiverade att genomgå operation.

## Utredningen ska inkludera:

- Anamnes
- Urinsticka och urinodling
- Miktionslistor (registrering av all blåstömning, tid och volym under två dygn)
- Tidsmiktion (tid för att kasta den första deciliteren urin)
- Symtomskala (till exempel IPSS, International Prostate Symptom Score)
  - S-kreatinin
- Palpation av prostata per rektum
- Residualurin (residualurinsbestämning bör genomföras med ultraljud, tappning bör undvikas).

### Eventuell provtagning

I samråd med patienten kan även S-PSA kontrolleras efter information om för- och nackdelar med detta test. Socialstyrelsen broschyr "Om PSA-prov" rekommenderas.

## Viktigt att beakta

1. Om S-PSA är förhöjt eller om prostata palperas malignitetssuspekt handläggning enligt SVF-föreskrifter.
2. Om residualurin >300 ml görs RIK (ren intermitterent självkateterisering). Om RIK inte är möjligt kan kvarkateter användas. I så fall görs kateterdragningsförsök efter 1–2 veckor.

3. Om miktionslista visar:

- a. Höga dygnsurinmängder >2,5–3 liter, speciellt om tidsmiktion <10 sekunder, och mikterade volymer >2–3 dl. Föreligger detta är ett högt vätskeintag den rimliga bakomliggande orsaken.
- b. Natlig urinproduktion >1/3 av dygnsmängden, som kvarstår efter initierad vätskekarens några timmar före sänggående, överväg om orsaken kan vara hjärtsvikt eller sömnapné. Överväg behandling med desmopressin.
- c. Frekventa miktioner med små volymer och tidsmiktion <10 sekunder kan tyda på en överaktiv blåsa och antikolinerga läkemedel kan provas.

### Behandlingsalternativ

- IPSS  $\leq 7$  (lätta symtom) information och rådgivning.
- IPSS  $\geq 8 - \leq 20$  (medelsvåra symtom) farmakologisk terapi ska övervägas.
- Om IPSS >20 (svåra symtom) remiss till specialist om patienten är motiverad att genomgå operation.

Alfareceptor blockerare som alfuzosin kan provas oavsett prostatastorlek. Det föreligger stora interindividuella skillnader i behandlingsresultat, varför terapeutisk effekt bör värderas efter 4 veckor. Vid utebliven symtomlindring bör medicineringsen avslutas och specialistremiss övervägas.

5-alfa reduktashämmare (finasterid) kan minska symtomen något men preparatet är mindre effektivt om prostata inte är mer påtagligt förstorad, det vill säga <35 ml (serum - PSA <1 talar för att prostata inte är det). Finasterid reducerar prostatas storlek med omkring 25 % och behandlingen minskar på sikt risken för urinretention och symtomprogress. Observera att 3–6 månaders behandling reducerar PSA med cirka 50 %. Om PSA inte minskar till hälften på 12 månader eller om det ökar med 0,5 µg/l från lägsta värde på ett år ska patienten remitteras till urolog. Utvärdering bör ske efter 6–12 månader, om otillfredsställande terapeutiskt resultat och/eller fortsatta symtom remiss till urologspecialist.

Blåsdämpande (antikolinergika) preparat kan vid behov kombineras med ovanstående behandlingsalternativ.

### Utredning hos specialist

Patienter med absoluta indikationer för urologbedömning (se IPSS ovan), vid mer uttalade symtom och/eller dåligt flöde (tidsmiktion >20 sekunder) remitteras till specialist för en värdering inför eventuell kirurgisk behandling. En remiss är också indicerad när en specialists kunskap och utrustning krävs för kompletterande diagnostik och utredning.

För att verifiera eller avfärda diagnosen symptomgivande BPH görs hos urologspecialist följande:

- PSA, om tillgängliga prover är för gamla eller saknas
- Miktionslistor och IPSS (om de saknas, är ofullständiga eller gamla)
- Flödesundersökning
- Residualurinsbestämning med ultraljud
- Prostatapalpation per rektum
- Prostatavolymsbestämning med transrektalt ultraljud
- Utredningen kan kompletteras med tryckflödes undersökning för att klargöra om en obstruktion föreligger vilket stärker indikationen för en invasiv (kirurgisk) behandling.

Om utredningen verifierar att det föreligger en symtomgivande BPH och/eller hög residualurin, njurfunktionspåverkan, upprepade urinvägsinfektioner och hematurieepisoder orsakade av prostataförstoringen ska kirurgisk behandling övervägas.

De två metoder som används mer allmänt och för vilka det finns god evidens är TUR-P (transuretral resektion av prostata) och öppen prostataoperation (adenomenukleation).

TUR-P ger en påtaglig symtomlindring (fler än nio av tio patienter upplever detta) och en kraftig ökning av urinflödet, ingreppet sker i slutenvård med en vårdtid på 2–3 dagar. Effekten är evidensgrundad och oftast bestående (omoperation hos <3 %).

Öppen operation lindrar också symtomen påtagligt och ökar flödet kraftigt, vårdtiden är några dagar längre än för TUR-P. Ingreppet utförs vid påtaglig prostataförstoring (>100 ml).

TUMT transuretral mikrovågsterapi är ett mindre invasivt alternativ som ges i dagkirurgi men undanröjer avflödeshinder något mindre effektivt än TUR-P. Eftersom långtidsresultaten inte är lika goda används metoden inte i någon större utsträckning i Västra Götalandsregionen.

TUNA, transuretral needle ablation, en minimalinvasiv behandlingsmetod, som kan utföras i lokalbedövning finns vid ett av regionens sjukhus.

Om den kirurgiska behandlingen inte kan återställa en tillfredställande blåstömning (till exempel på grund av svag blåsmuskel) hänvisas patienten till RIK eller får, som en sista utväg, kvarkateter.

### **Återremittering från specialist till primärvården**

Specialistmottagningen ansvarar för patienterna i väntan på behandling eller under utvärdering av denna. De patienter som efter bedömning i specialistvården inte bedöms lämpliga för behandling, inte önskar genomgå detta eller de för vilka inga ytterligare behandlingsalternativ återstår kan återremitteras till primärvården med anvisningar.

Bilagor;  
Rutinbeskrivning för RIK  
IPSS- score dokument