

Urologiska sjukdomar, vårdriktlinjer

Innehåll

Förord.....	4
Nedre urinvägssymptom hos män och benign prostatahyperplasi	5
I primärvård	5
Epidemiologi	5
Symptom.....	5
Utredning i primärvård	5
Differentialdiagnoser.....	6
Behandling av BPH.....	6
Uppföljning.....	7
Kateterbehandling.....	7
Kronisk bäckenbottensmärta (prostatit)	7
I primärvård	7
Symptom.....	7
Utredning i primärvård	7
Differentialdiagnoser.....	8
Behandling	8
Uppföljning.....	8
Prostatacancer	8
I primärvård	8
Epidemiologi	9
Symptom.....	9
Utredning i primärvård	9
Differentialdiagnoser.....	10
Behandling	10
Palliativ behandling i form av.....	10
Uppföljning i primärvård.....	10
Makroskopisk hematuri – synligt blod i urinen	10

I primärvård	10
Differentialdiagnoser.....	11
Uppföljning.....	11
Njur- och uretärsten.....	11
I primärvård	11
Epidemiologi	12
Symptom.....	12
Utredning i primärvård	12
Behandling i primärvård	12
Uppföljning.....	12
Njurcancer	13
I primärvård	13
Epidemiologi	13
Symptom.....	13
Utredning i primärvård	13
Behandling	13
Uppföljning.....	14
Urinvägsinfektioner hos män.....	14
I primärvård	14
Symptom.....	14
Utredning i primärvården	14
Differentialdiagnoser.....	14
Behandling	14
Uppföljning.....	14
Epididymit.....	14
I primärvård	14
Symptom och statusfynd	14
Utredning	15
Differentialdiagnoser.....	15
Behandling	15
Uppföljning.....	15
Hydrocele, spermatocele och varicocele	15
I primärvård	15
Symptom.....	15
Utredning	16

Differentialdiagnoser.....	16
Behandling	16
Uppföljning.....	16
Testistorsion	16
Symptom.....	16
Utredning.....	16
Differentialdiagnoser.....	16
Behandling	16
Testiscancer	17
I primärvård	17
Epidemiologi	17
Symptom.....	17
Utredning	17
Differentialdiagnoser.....	17
Behandling	17
Uppföljning.....	17
Impotens.....	18
I primärvård	18
Epidemiologi	18
Symptom.....	18
Utredning	18
Prover	18
Genes.....	18
Behandling	19
Uppföljning.....	19
Peniscancer	19
Bilaga 1- Urinmätninglista.....	20
Vägledning till urinmätningstapan.....	22
Bilaga 2 - IPSS – Symtomskattning vid prostatabesvär	23

Förord

I Uppsala läns landsting saknades tidigare riktlinjer för vårdnivå, utredning och behandling av de vanligaste tillstånden inom urologin.

Representanter från primärvård och urologiklinik har nu gemensamt tagit fram riktlinjer och överenskommelser för lämplig vårdnivå och remittering av dessa tillstånd.

Dokumentet är baserat på vårdriktlinjer från Stockholms läns landsting och har granskats av ett erfaret urologkollegium samt skickats till berörda personer inom primärvård, slutenvård samt läkemedelskommitté.

I den senaste uppdateringen har vårdprogrammet anpassats till standardiserade vårdförlopp.

Tanken är att dokumentet skall fungera som ett stöd för läkare i primärvården i sitt dagliga arbete. Vid frågor som inte besvaras här finns givetvis urologens bakjour tillgänglig via Akademiska sjukhusets telefonväxel.

Uppsala 2016-10-13

Nedre urinvägssymptom hos män och benign prostatahyperplasi

(LUTS, Lower Urinary Tract Symptoms)

Avser utredning och behandling av nedre urinvägssymptom och benign prostatahyperplasi hos män.

LUTS hos kvinnor remitteras till och behandlas i första hand av kvinnokliniken.

I primärvård

- Primär utredning och ställningstagande till fortsatt handläggning (exspektans, läkemedelsbehandling eller remiss till urolog).
- Initiering av läkemedelsbehandling.

Remittera till urolog vid

- Urinretention
- Tidigare prostatakirurgi (strikturmisstanke)
- Upprepade urinvägsinfektioner
- Förhöjt s-kreatinin
- Uttalade symptom
- Cancermisstanke

Epidemiologi

Symptom från nedre urinvägarna är vanliga. Benign prostatahyperplasi drabbar 30% av svenska män under en livstid.

Symptom

- Lagringssymptom (irritativa besvär) – påverkar livskvaliteten
 - Trängningar
 - Täta miktionser
 - Nattnliga miktionser
 - Urininkontinens
- Tömningssymptom (obstruktiva)– framför allt viktiga differentialdiagnostiskt
 - Startsvårigheter
 - Svag stråle
 - Avbrott i strålen
 - Ofullständig tömning

Utredning i primärvård

- Anamnes inklusive aktuella mediciner
- Status (prostatapalpation)
- Miktionslista/tidsmiktionser, vg se bifogat blad
- IPSS (International Prostate Symptom Score), vg se bifogat blad
- Provtagning (PSA, krea, urinsticka)
- Residualurin om misstanke finns (Pollakisuri, nattlig inkontinens, återkommande infektioner), i första hand med bladderscan, annars med tappning. Residualurin >300 ml bedöms signifikant.

Vid urologisk klinik kompletteras utredningen med transrektalt ultraljud (TRUL) samt miktometri och residualurinmätning. Eventuellt cystoskopi om isolerade trängningar alternativt makroskopisk hematuri i anamnesen.

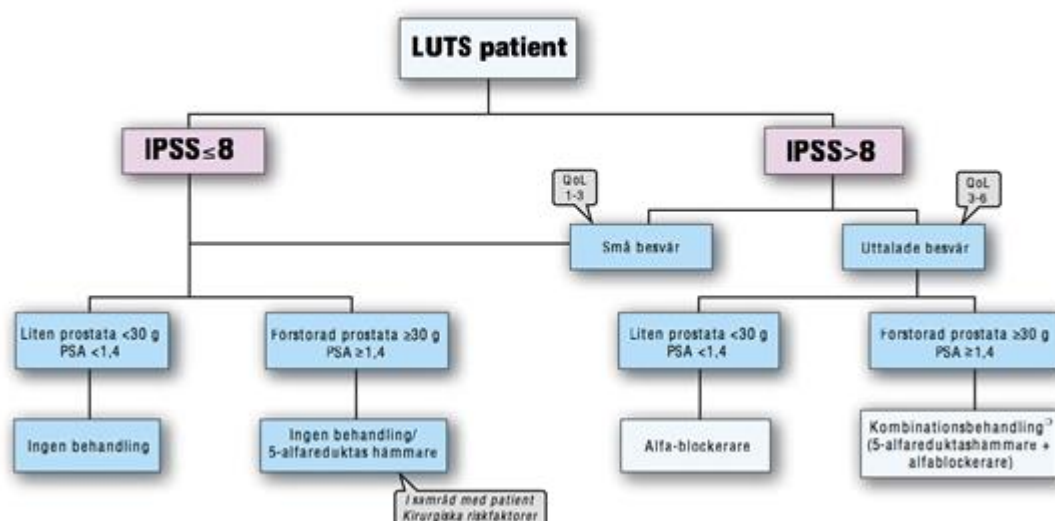
Differentialdiagnoser

- BPH (benign prostatahyperplasi)
- Prostatacancer
- Striktur i uretra
- Urinblåscancer
- UVI
- Neurogen blåsrubbning inklusive åldersbetingad brist på central hämning av blåskontraktiliteten
- Distal uretärsten

Behandling av BPH

(För behandling av övriga differentialdiagnoser var god se respektive kapitel.)

Medikamentell behandling av BPH-relaterade vattenkastningsbesvär



- Expektans och information till patienter med lätta symptom utan alarmsymptom så som urinretention, kreatininstegring, upprepade urinretentioner eller misstanke om malignitet.
- Läkemedelsbehandling
 - Alfa-adrenoceptor-blockerare (ex Alfuzosin) relaxerar muskulatur i nedre urinvägarna. Ges till män med besvär, särskilt där lagringssymptom dominerar. Behandlingseffekt bör ses inom 6 veckor.
 - 5-alfa-reduktashämmare (Finasterid) hämmar testosteronets effekt på prostatatillväxt och krymper därför prostatakörteln. Ges till patienter med symptom och samtidig prostataförstoring. Långsamt insättande behandlingseffekt på 3-6 månader. Efter insättande av 5-alfa-reduktashämmare förväntas en halvering av PSA. Observera att om PSA stiger trots behandling med finasterid är det ett observandum och kan göra att prostatacancerutredning är indicerad.
 - Antikolinergika (ex Tolterodin) kan övervägas till patienter med övervägande trängningsbesvär. Försiktighet vid administrering till äldre patienter på grund av risken för biverkningar.

Kombination av ovanstående preparat är möjlig.

- Kirurgisk behandling kan övervägas vid symptom trots adekvat läkemedelsbehandling
 - TUI-P (transuretral insicision i prostata), TUR-P (transuretral resektion av prostata), TUMT (transuretral mikrovågsterapi) alternativt öppen adenomenukleation beroende på prostatas storlek.

Uppföljning

- Patienten informeras om att höra av sig vid kraftig försämring avseende urinvägssymptomen.
- Vid insättande av läkemedelsbehandling bör uppföljning ske efter 6 månader.

Kateterbehandling

Kateter sätts vid stor resturin, vanligen >400 ml. Större mängd resturin kan accepteras om patienten är symptomfri, dvs inte lider av överflyllnadsinkontinens, återkommande urinvägsinfektioner eller påverkad njurfunktion.

- KAD: Förslagsvis regim med stängd kateter dagtid som öppnas var 3-4:e timme för tömning och är kopplad till påse nattetid. Vid akut urinretention bör katetern vara öppen första veckan. Om problem med grumlig urin alternativt stopp kan sköljningar med koksalt utföras. Så kallad "blåsträning" där patienten tömmer blåsan via kateter vid behov ska inte användas.
- RIK: Ren intermitterent kateterisering. Alternativ till KAD hos patient med tillräcklig finmotorik. Initieras på urologklinik av uroterapeut.

Kronisk bäckenbottensmärta (prostatit)

I primärvård

Utredning och behandling av patienter med förstagångsbesvär eller med recidiv av redan utredd sjukdom.

Remiss till urolog vid

- långvariga återkommande besvär.

Symptom

Komplex symptombild

- Smärta/obehag i bäckenbotten som huvudsymptom.
- Smärtan kan stråla ned mot blåsa, skrotum eller penis.
- Vanligen en variation i intensitet av symptomen över tid.
- Avkylning ger ofta ökade besvär.

Utredning i primärvård

- Anamnes
- Status (prostatapalpation)
- CRP, PSA
- Urinodling
- Miktionslista/tidsmiktion

Differentialdiagnoser

- BPH (benign prostatahyperplasi)
- Prostatacancer
- Striktur i uretra
- UVI
- Urinblåscancer

Behandling

- Kombinationsbehandling med NSAID samt Alfuzosin i 4 veckor om inte kontraindikation föreligger.
- Om fortsatt dålig effekt remiss till sjukgymnast för ex avslappningsövningar och TENS.

Det finns en tradition kring att behandla prostatit med antibiotika men ingen evidens finns som stödjer denna behandling.

Uppföljning

Vid kronisk bäckenbottensmärta krävs ingen uppföljning.

Prostatacancer

I primärvård

- Primär utredning (anamnes, PSA samt prostatapalpation).
- Kontroll av patienter i stabilt läge (patient som inte är aktuell för kurativt syftande terapi och som har stabilt PSA).
- Uppföljning av patienter med PSA över gränsvärde där urolog inte påvisat någon cancer.

Remiss till urolog vid

- Misstänkt palpationsfynd alternativt avvikande PSA/PSA-kvot.
- Misstanke om spridd prostatacancer.
- Symptomprogress hos patient som följs i primärvård avseende prostatacancer.
- OBS! Patienter med välgrundad misstanke om prostatacancer remitteras samma dag enligt standardiserat vårdförlopp.

Misstanke prostatacancer

- Ärftlighet
- Tilltagande skelettsmärta
- Skelettsmärter utan känd primärtumör
- Behandlingskrävande vattenkastningsbesvär hos män med förväntad överlevnad >10 år

Välgrundad misstanke föreligger vid

- PSA över gränsvärde.
- Malignitetsmisstänkt palpationsfynd.

PSA – åtgärdsgränser	
<70 år	≥ 3,0
70-80 år	≥ 5,0
> 80 år	≥ 7,0

Mer information om standardiserat vårdförlopp på

<http://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/>

Epidemiologi

Vanligaste cancerformen hos män med knappt 10 000 nya fall per år, livstidsrisken att utveckla klinisk prostatacancer är 15-20%. Kraftigt ökad risk ses vid hereditet.

Symptom

Lokala symptom

- Nedre urinvägssymptom (LUTS)
- Smärta/obehag i perineum

Fjärrsymptom

- Allmänna cancersymptom så som trötthet eller aptitlöshet
- Skelettsmärta
- Lymfödem ben/genitalier på grund av metastasering till lymfkörtlar i bäckenet
- Neurologiska symptom vid metastaser som komprimerar nerver i rygg

Lokaliserad prostatacancer ger som regel inga symptom.

Utredning i primärvård

(Om inte välgrundad misstanke om prostatacancer föreligger då patienten ska remitteras samma dag).

- Anamnes
- Status (prostatapalpation)
- Miktionslista/IPSS om patienten har miktionsymptom
- Hb, s-kreatinin
- PSA, PSA-kvot

Innan PSA-provtagning hos symptomfri patient utan hereditet bör patienten informeras om innebörden av provtagningen, lämpligen med Socialstyrelsens informationsbroschyr som man hittar på nätet. Observera att PSA inte ska tas på äldre, asymptomatiska personer med kortare förväntad överlevnad än 10 år.

PSA-kvot på < 0,18 är patologiskt.

PSA bör kontrolleras vid två tillfällen innan remiss till urolog skickas om inte välgrundad misstanke om prostatacancer föreligger, vg se definitionen ovan.

Observera att 5-alfa-reduktashämmare (Finasterid) ska ge en halvering av PSA.

Differentialdiagnoser

- BPH
- Blåscancer
- Uretrastriktur
- UVI
- Kronisk bäckenbottensmärta

Behandling

All behandling av prostatacancer sker via urologkliniken/onkologkliniken, så även receptförnyelser avseende dessa preparat.

Kurativt syftande behandling till patient med lokaliserad sjukdom

- Radikal prostatektomi, öppet eller laparoskopiskt (sker ofta robotassisterat)
- Strålbehandling

Aktiv monitorering är ett alternativ för patienter med lågrisktumör vilket innebär att man följer sjukdomen och behandlar vid progress.

Vid avancerad prostatacancer ges i första hand hormonbehandling.

Palliativ behandling i form av

- Smärtlindring
- Kortison - kan ge smärtlindring samt öka aptit och välbefinnande
- Strålbehandling - mot smärtande skelettmetastaser
- Cellgifter - kan ges vid kastrationsresistent sjukdom
- Nya preparat/behandlingsmetoder på gång för behandling av kastrationsresistent sjukdom

Uppföljning i primärvård

Patienter med PSA över gränsvärde där urolog inte påvisat någon cancer följs vanligen årligen med PSA i 3-5 år. Urologen ska ange vilket PSA-värde som ska föranleda ny remiss samt hur länge uppföljningen ska pågå.

Patienter med prostatacancer i stabilt läge, som inte är aktuella för kurativt syftande åtgärd kan kontrolleras i primärvård efter tydlig remiss från urolog där uppföljning av den individuella patienten tydligt ska beskrivas, liksom kriterier för återremiss. Uppföljning görs ofta halvårsvis med Hb, ALP, s-kreatinin och PSA samt årligen med klinisk kontroll innefattande prostatapalpation. Återremitteras till urolog vid tecken till progress.

Makroskopisk hematuri – synligt blod i urinen

I primärvård

- Initial utredning
- Remiss för DT njurar/urinvägar

Remiss till urolog

- Remitteras för cystoskopi och vidare handläggning
- OBS! Vid välgrundad misstanke om urinblåsecancer remitteras patienten samma dag enligt standardiserat vårdförlopp.

Välgrundad misstanke föreligger vid

- Misstanke om urinblåsecancer vid bildiagnostik eller cystoskopi i samband med annan utredning
- Makroskopisk hematuri hos individer
 - äldre än 40 år
 - yngre än 40 år med riskfaktorer för urinblåsecancer i anamnesen så som rökning mer än cirka 20 år

Mer information om standardiserat vårdförlopp på

<http://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/>

Differentialdiagnoser

- Cancer i urinvägarna
- UVI
- Benign prostatahyperplasi
- Konkrement inom urinvägarna
- Iatrogena orsaker, ex katetersättning

Utredningen får inte fördröjas. Stor risk för malignitet (20-30%) inom urinvägarna vid tyst makroskopisk hematuri.

Remiss till urolog för vidare utredning avstås endast om man hos patient, yngre än 40 år, utan riskfaktorer har en alternativ förklaring som med all rimlig säkerhet utesluter cancer i urinvägarna.

Uppföljning

Patienter som genomgått fullständig utredning för makroskopisk hematuri bör genomgå förnyad utredning om patienten åter igen får makroskopisk hematuri.

Hematuri som upptäcks via akutmottagning ska **inte** remitteras till primärvården för utredning och uppföljning.

Njur- och uretärsten

I primärvård

- Smärtlindring och utredning av patienter med akut njurstensanfall, ev remiss till akutmottagning eller urologklinik enligt nedan.
- Uppföljning av patienter med akut njurstensanfall där kliniken är typisk och adekvat smärtlindring uppnås.

Remiss till akutmottagning vid

- Njurstensanfall med samtidig misstanke om avstängd pyelit
- Inadekvat effekt av smärtlindring
- Misstanke om njurstensanfall hos gravid patient

Remiss till urologklinik vid

- Sten >6 mm
- Uretärsten <6 mm som inte passerat spontant inom 4 veckor

Epidemiologi

Njursten är en mycket vanlig sjukdom och drabbar ca 10-20% av män och 3-5% av kvinnor under en livstid. Den vanligaste stentypen i Sverige är kalciumoxalatstenar som står för ca 80% av alla stenar.

Symptom

- Akut påkomna flanksmärtor
- Vid mera distala stenar smärta ned mot ljumsken/testikeln samt eventuellt urinträngningar
- I typfallet ses en patient som ogärna ligger still utan rör sig i rummet
- Buken palperas mjuk, dunköm över flank

Utredning i primärvård

- Anamnes, tidigare njurstensanfall?
- Status
- Prover (CRP, s-kreatinin, urinodling, s-calcium om detta inte tidigare är taget)
- DT njurar/urinvägar – inte i det akuta skedet om patienten blir smärtfri på adekvat smärtlindring
- **OBS!** Om förstagångsanfall hos patient >60 år, tänk rupturerad aorta! Remiss till akutmottagningen för bedömning och DT.

Behandling i primärvård

Åtgärder vid akut njurstensanfall

- Smärtlindra med Diklofenak 75 mg i m alternativt suppositorium (kan upprepas om otillräcklig effekt till en maxdos om 150 mg).
- Om otillräcklig effekt av Diklofenak alternativt kontraindikation mot läkemedlet kan Spasmofen suppositorium ges.
- Om otillräcklig effekt remiss till akutmottagningen för ställningstagande till DT, inläggning och eventuell avlastning av njuren.
- Vid samtidig misstanke om avstängd pyelit så som feber och/eller positiv urinsticka i samband med uretärstensanfall skickas remiss till akutmottagning för inläggning, skyndsamt intravenös antibiotika samt avlastning av njuren.
- Patienter som fått smärtlindring och svarat väl skickas hem med recept på Diklofenak suppositorium 50mg vb. Beställ uppföljande röntgenkontroll om 4-6 veckor.

Fortsatt behandling

- Majoriteten av uretärstenar är ≤5mm och passerar då som regel ut spontant. Stenar ≥6mm avgår oftast inte spontant och bör därför remitteras till urologklinik.

Kirurgisk behandling innefattar bland annat ESWL (stöt vågsbehandling), uretärolithotripsi samt percutan stenextraktion.

Uppföljning

- Röntgenkontroll 4-6 veckor efter njurstensanfall för att kontrollera eventuell stenpassage.
- Om patienten är stenfri behövs ingen ytterligare utredning såvida patienten inte har recidiverande stensjukdom alternativt är yngre än 25 år.
- Om kvarkonkrement i uretären alternativt konkrement i njuren > 6mm skickas remiss till urologklinik för bedömning.

Stenar inom urinvägarna som upptäcks via akutmottagning ska **inte** remitteras till primärvården för uppföljning.

Njurcancer

I primärvård

- Initial utredning
- Information om preliminär diagnos

Misstanke njurcancer

- Incidentellt bilddiagnostiskt fynd
- Makroskopisk hematuri
- Palpabel resistens i flanken
- Smärta i flanken
- Nydebuterat varicocele som ej tömmer sig i liggande

Välgrundad misstanke: Remiss till urolog

- Solid tumör eller komplex cysta, vid radiologiskt benign cysta ges lugnande besked

Mer information om standardiserat vårdförlopp på

<http://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/>

Epidemiologi

Cirka 1500 nya patientfall per år i Sverige varav hälften är accidentellt upptäckta tumörer.

Symptom

- Klassisk symptomtriad med buksmärta/flanksmärta, hematuri samt palpabel resistens (ovanligt idag pga tillgång till DT).
- Paramaligna fenomen så som sjukdomskänsla, feber, hypertoni, SR-stegring och hyperkalcemi.

Utredning i primärvård

- Anamnes inklusive allmäntillstånd, smärtanamnes, hematuri samt eventuella läkemedel.
- Blodprover (Hb, SR, s-kreatinin, s-ALP)
- I första hand DT njurar/urinvägar

Behandling

All behandling av njurcancer sker via urologkliniken/onkologkliniken.

Njurcancer utan metastaser

- Nefrektomi, öppen eller laparoskopisk.
- Njurresektion vid mindre tumörer, öppen eller laparoskopisk.
- Värmedablation, ex radiofrekvensablation via perkutan nål/nålar av mindre tumörer.
- Exspektans hos äldre/sjuka patienter med liten tumörbörda.

Njurcancer med metastaser

- Vid enstaka, lokala lymfkörtelmetastaser görs nefrektomi med borttagande av körtlar. I vissa fall med enstaka fjärrmetastas kan kurativ behandling med nefrektomi samt borttagande av metastas ges.
- Vid större tumörbörda ges palliativ behandling.

Nyare, målriktade läkemedel som hämmar cellproliferation finns för behandling av njurcancer.

Uppföljning

Uppföljning enligt nationellt vårdprogram via urologkliniken. Innefattar regelbundna kontroller med allmän undersökning, DT samt provtagning.

Urinvägsinfektioner hos män

Recidiverande urinvägsinfektioner hos kvinnor remitteras till och behandlas av urogynmottagningen, kvinnokliniken.

I primärvård

- Utredning och behandling

Remiss till urolog vid

- recidiverande urinvägsinfektioner hos män

Symptom

Sveda och trängningar till miktion. Eventuellt palpationsöm urinblåsa. Riskfaktorer innefattar diabetes, konkrement inom urinvägarna, avflödes hinder så som vid BPH.

Utredning i primärvården

- Anamnes inklusive antalet tidigare infektioner, KAD, urinläckage samt övriga mediciner
- Urinodling
- Genomförda/pågående behandlingar
- Eventuell miktionslista

På urologmottagning genomförs miktometri, residualurinmätning samt TRUL (transrektalt ultraljud).

Differentialdiagnoser

- Sexuellt överförbara sjukdomar
- Prostatit

Behandling

Var god se aktuella riktlinjer från [STRAMA](#) angående antibiotikaval vid urinvägsinfektioner hos män.

Uppföljning

- Ingen kontrollodling behövs. Information om att söka vid symptom.

Epididymit

I primärvård

- Utredning, behandling och uppföljning

Remiss till urolog vid

- Terapisvikt

Symptom och statusfynd

- Smärtande och svullen bitestikel

- Eventuellt ses rodnad av skrotum
- Eventuell feber

Utredning

- Anamnes inklusive miktionsbesvär samt sexualanamnes
- Status
- Urinodling samt klamydiaprov och odling för gonorré om misstanke finns

Vid avvikande palpationsfynd/osäkerhet kring diagnos skickas remiss för skrotalt ultraljud.

Differentialdiagnoser

- Testiscancer
- Testistorsion
- Spermatocele
- Hydrocele

Behandling

För närvarande gäller:

- Ciprofloxacin 500 mg 1x2, 2-3 veckor alternativt trimetoprim/sulfametoxazol (Bactrim, Eusaprim) 160 mg + 800 mg x 2 p.o. i 2-3 v.

Vid misstanke om klamydiainfektion ges

- Doxycyklin 100 mg, 2x1 första dygnet, sedan 1x1 i 2-3 veckor

Ge även antiflogistika, exempelvis Diklofenak 50 mg, 1x3 i 10 dagar. Suspensoar kan ge symptomlindring.

Uppföljning

Uppföljning med klinisk kontroll.

Hydrocele, spermatocele och varicocele

I primärvård

- Utredning
- Ställningstagande till fortsatt handläggning (expektans alternativt remiss till urolog för behandling).

Remiss till urolog

- Vid symptomatisk sjukdom där patienten önskar åtgärd.

Symptom

Hydrocele och spermatocele

- Extratestikulär resistens
- Genomlysningbar

Varicocele

- Supratestikulärt, venöst kylse (påse med maskar)
- Accentueras i stående

Utredning

- Anamnes
- Skrotalpalpation

Vid avvikande palpationsfynd skickas remiss för skrotalt ultraljud.

Differentialdiagnoser

- Testiscancer
- Ljumskbråck

Behandling

All behandling sker via urologkliniken.

Behandlas endast vid symptomgivande sjukdom.

Hydrocele och Spermatocele

- Kirurgisk behandling

Varicocele

- Embolisering eller ligering av v testicularis

Uppföljning

Kräver ingen planerad uppföljning utan patienten hör av sig vid förvärrade symptom.

Testistorsion

Omedelbart till akutmottagning för bedömning, diagnostik och eventuell operation!

Symptom

- Vanligast mellan 13-15 år
- Plötslig och svår, unilateral testikulär smärta
- Eventuellt rodnad, svullnad och ömhet

Utredning

- Noggrann anamnes inklusive smärtanamnes
- Status
- Omedelbart ultraljud med doppler (ställningstagande samt remiss från akutmottagningen)

Differentialdiagnoser

- Akut epididymit/orkit
- Torsion av Morgagnishydatid (Appendix testis)

Behandling

Akut exploration med detorkivering och pexering av testiklar.

Testiscancer

I primärvård

- Initial utredning med anamnes och status

Remiss till urolog vid välgrundad misstanke

- Palpabel knöl i testikeln
- Testikeltumör påvisad vid bilddiagnostik
- OBS! Vid välgrundad misstanke om testiscancer remitteras patienten samma dag (akut kontakt), enligt standardiserat vårdförlopp.

Misstanke testiscancer

- Palpabel knöl i testikeln
- Förändring av storlek eller konsistens på testikel
- Smärta, obehag eller tyngdkänsla i testikel utan annan uppenbar förklaring
- Misstänkt bitestikelinflammation där symptomen kvarstår efter tre veckor trots behandling
- Nyttillkommen bröstkörtelförstoring utan annan uppenbar förklaring

Mer information om standardiserat vårdförlopp på

<http://www.cancercentrum.se/uppsala-orebro/vara-uppdrag/kunskapsstyrning/kortare-vantetider/>

Epidemiologi

Vanligaste cancerformen hos unga män, i Sverige rapporteras 250-300 nya fall varje år.

Symptom

- Palpabel resistens i testikeln
- Tyngdkänsla
- Ömhet
- Obehag

Utredning

- Anamnes
- Status
- Skyndsamt ultraljud av skrotum samt telefonkontakt med urologbakjour och remiss till urologen vid avvikande palpationsfynd.

Differentialdiagnoser

- Epididymit
- Spermatocele
- Hydrocele

Behandling

- Orchidektomi, det vill säga avlägsnande av testikeln i ljumsksnitt.
- Eventuellt tillägg av cytostatika beroende på PAD-svar, svar på DT-thorax/buk samt tumörmarkörer.
- I senare skede kan strålning samt retroperitoneal lymfkörtelutrymning bli aktuell.

Uppföljning

Uppföljning enligt nationella riktlinjer på onkologkliniken (Swenoteca - svenska testikelcancerregistret).

Impotens

I primärvård

- Utredning av bakomliggande orsak, behandling samt uppföljning.

Remiss till urolog för

- Intracavernös behandling i de fall då perorala samt transuretrala alternativ inte haft tillräcklig effekt.
- Vidare utredning samt andra behandlingsalternativ i vissa fall.

Epidemiologi

Erektile dysfunktion ses hos ca 40% av 40-åringar och 70% av 70-åringar.

Symptom

Definieras som oförmåga att erhålla och bibehålla erektion tillräcklig för samlag på ett för bägge parter tillfredställande sätt.

Utredning

Anamnes

- Aktuella besvär?
- Hur fungerade samlivet innan besvären började?
- När och hur startade besvären? Utveckling?
- Morgonerektion?
- Lust?
- Förekommer ejakulation?
- Socialt?
- Övriga sjukdomar?
- Mediciner?
- Rökning? Alkohol?
- Miktionsbesvär?

Status inklusive allmäntillstånd, hjärta/lungor, genitalia (testisstorlek, fimosis, induration i svällkropp, sensibilitet), per rektum.

Prover

- B-glukos
- Om misstanke på endokrin rubbning finns tages testosteron (fastevärde på morgonen), SHBG, LH, prolaktin och TSH.

Genes

- Diabetes
- Hjärt-kärlsjukdom
- Antihypertensiv behandling
- Endokrin sjukdom
- Neurogen orsak inklusive kirurgi i lilla bäckenet
- Psykogen orsak

Behandling

Peroral behandling

- Fosfodiesterashämmare (exempelvis Viagra, Cialis samt Levitra), förlänger och förstärker avslappning av glatt muskulatur i penis svällkroppar.

Transuretral behandling

- Prostaglandin E1, Alprostadil (Bondil), uretrastift.

Intracavernös (Ordineras på urologklinik/mottagning)

- Prostaglandin E1, Alprostadil (Caverject), injektionsspruta.

Penisimplantat som sista alternativ.

Uppföljning

Uppföljning av insatt behandling.

Peniscancer

Misstanke peniscancer

Följande **kvarstående** symptom från penis ska föranleda misstanke:

- Ett svårläkt sår
- Röda områden
- En förhårdnad
- Illaluktande flytningar från en trång förhud
- Återkommande blödning
- Smärta

Remiss till urolog/dermatolog vid misstanke, enligt Standardiserade vårdförlopp

Bilaga 1- Urinmätninglista

Dygn 1

Namn

Personnummer

Datum

Arbete Ledig

Återspeglar listan ditt normala vätskeintag och antal toalettbesök Ja Nej

Klockslag	Vätskemängd (dl)	Blåstömning (dl)	Trängning (Skala 1-3)	Läckagemängd (kryssa x, xx eller xxx)	Aktivitet

Jag gick upp kl:	Jag gick och lade mig kl:
------------------	---------------------------

Dygn 1

Arbete Ledig

Återspeglar listan ditt normala vätskeintag och antal toalettbesök

Ja

Nej

Klockslag	Vätskemängd (dl)	Blåstömning (dl)	Trängning (Skala 1-3)	Läckagemängd (kryssa x, xx eller xxx)	Aktivitet

Jag gick upp kl:

Jag gick och lade mig kl:

Vägledning till urinmättningslistan

Varför ska du fylla i blanketten?

För att kunna ge dig rätt vägledning och rätt behandling är det viktigt att kartlägga orsaken till dina problem med blåsan. Genom att fylla i tabellen kan din läkare, uroterapeut eller sjuksköterska få överblick över dina vanor.

Hur ska du fylla i blanketten?

Din läkare, uroterapeut eller sjuksköterska ger dig informationen om hur och hur länge du ska föra dagbok. Vanligen behöver man samla information under två dagar för att få en bild över hur din blåsa fungerar. Det är viktigt att du anger informationen under hela dygnet, dvs även de toalettbesök som du eventuellt behöver göra under natten.

Vad ska skrivas i tabellen?

Klockslag

I första kolumnen anger du klockslaget för varje händelse.

Vätskemängd

Ibland är det viktigt att veta hur stort ditt vätskeintag är under dagen. Fyll i vad samt hur mycket du dricker (i deciliter). Tänk på att viss mat också kan innehålla mycket vätska.

Blåstömning

Kissa i ett urinmått och ange urinmängden (i deciliter).

Trängning

Gradera hur starkt behovet av att tömma blåsan var enligt följande skala:

1. Lätt trängning – Jag kan kontrollera blåsan och själv bestämma när jag vill gå på toaletten.
2. Måttlig trängning – Jag har ett starkt behov av att tömma blåsan, men har kontroll och kan undvika läckage.
3. Kraftig trängning – Jag har ett kraftigt behov av att tömma blåsan som gör att jag omedelbart måste uppsöka toalett för att ej råka ut för läckage.

Läckagemängd

Ange om du råkar ut för läckage: x = några droppar, xx = fuktigt, xxx= vått.

Aktivitet

Ange om läckagen uppstod i samband med att du gjorde någon viss typ av aktivitet, till exempel sprang, hostade, lyfte etc.

Bilaga 2 - IPSS – Symtomskattning vid prostatabesvär

Namn:

Personnummer:

Fyll i och ta mer till läkarbesöket!

Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur Du upplevt din situation under den senaste månaden.	Inte alls	Mindre än 1 gång av 5	Mindre än hälften av gångerna	Hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
1. Hur ofta har Du haft en känsla av att blåsan inte har tömts helt och hållet vid vattenkastningen?						
2. Hur ofta har Du varit tvungen att kasta vatten oftare än varannan timme						
3. Hur ofta har Du haft ett avbrott i urinflödet, dvs urinflödet satte igång, stannade upp och satte igång igen?						
4. Hur ofta har Du haft svårt att vänta med att kasta vatten efter det att Du känt behov av att göra det?						
5. Hur ofta har Du tyckt (upplevt) att strålen varit svag?						
6. Hur ofta har Du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång med att urinera?						
	Aldrig	1 gång per natt	2 gånger per natt	3 gånger per natt	4 gånger per natt	5 gånger eller fler
7. Hur ofta har Du vanligtvis behövt gå upp för att kasta vatten från det att Du lagt dig på kvällen till dess att Du stigit upp på morgonen?						
Totalpoäng summa frågor 1-7						
	Mycket nöjd	Nöjd	Ganska nöjd	Blandade känslor	Ganska missbelåten	Fruktansvärt
8. Om dina vattenkastningsbesvär skulle vara oförändrade under resten av ditt liv, hur skulle Du uppleva det?						