Ansvarsfördelning mellan allmänmedicin och urologi i handläggningen av LUTS

Fastställd efter remissomgång av hälso-och sjukvårdsdirektören (HS 2017–00186). Giltig till och med maj 2021
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 decilitern 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 intermittent självkateterisering). Om RIK inte är möjligt kan kvarkateter användas så fall görs kateterdragningsförsök efter 1–2 veckor.

3. 3Om miktionslista visar:
    a. Höga dygnsurinmängder >2,5–3 liter, speciellt om tidsmiktion <10 sekunder, och mikterade volymer >2-3 dlFöreligger detta är ett högt vätskeintag den rimliga bakomliggande orsaken
    b. Nattlig urinproduktion >1/3 av dygnsmängden, som kvarstår efter initierad vätskekarens några timmar före sänggående, överväg om orsaken kan vara hjärtsvikt eller sömnapnéÖverväg behandling med desmopressin
    c. cFrekventa miktioner med små volymer och tidsmiktion <10 sekunder kan tyda på en överaktiv blåsa och ntikolinerga läkemedel kan provas

Behandlingsalternativ

- IPSS <7 (lätta symtom) information och rådgivning
- IPSS >8 - <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 prostatastorlekDet föreligger stora interindividuellaskillnader i behandlingsresultat, varför terapeutisk effekt bör värderas efter 4 veckorVid utebliven symtomlindring bör medicineringen 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 förurinretention och symtomprogressObservera 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 urologUtvärdering bör ske efter 6-12 månader, om otillfredsställande terapeutisktresultat 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/ellerdåligt flöde (tidsmiktion >20 sekunder) remitteras till specialist för en värdering inför eventuell kirurgisk behandlingEn 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 hematuriepisoder 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 dagarEffekten är evidensgrundad och oftastbestående (omoperation hos <3 %).

Öppen operation lindrar också symtomen påtagligt och ökar flödet kraftigt, vårdtiden är några dagar längre än för TUR-PIngreppet 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-PEftersom 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.

Se nedan bilagor

Bilaga 1. IPSS- score dokument

SYMTOMBEDÖMNING VID PROSTATABEVÄR (I-PSS)

Namn:……Pers nr:……Datum:……..

Ringa in ett lämpligt alternativ

OBS! Frågorna avser hur vattenkastningen varit sista månaden.	Inte alls	Mindre än var 5:e gång	Mindre än varannan gång	Ungefär hälften av gångerna	Mer än hälften av gångerna	Nästan alltid
Hur ofta har Du haft en känsla av att ej kunna tömma blåsan?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta har Du varit tvungen att kasta vatten inom två timmar efter föregående toalettbesök?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta kommer urinen i flera portioner vid vattenkastning?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta har Du svårt att hålla Dig när Du blir kissnödig?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta har Du svag urinstråle?	0	1	2	3	4	5
Hur ofta måste Du trycka på för att få fram urinen?	0	1	2	3	4	5
	Aldrig	1 gång	2 gånger	3 gånger	4 gånger	5 gånger eller flera
Hur ofta behöver Du vanligtvis kasta vatten varje natt?	0	1	2	3	4	5
					Summa poäng	

	Mycket bra	Bra	Accep-tabelt	Varken bra eller dåligt	Ganska dåligt	Mycket dåligt	Fruktans-värt
Om Du var tvungen att leva med vatten-kastningen som den är idag, hur skulle det kännas?	0	1	2	3	4	5	6

Primärvården, Örebro läns landsting

Bilaga 2. Rutinbeskrivning för RIK

Bakgrund

Det pågår för närvarande en del diskussioner angående kostnader för material till patienter som tillämpar ren intermittent kateterisering (RIK) men också vem som ska ansvara för förskrivningarna.

RIK

Vid intermittent kateterisering töms urinblåsan regelbundet flera gånger per dygn med en kateter som kastas efter användandet. Att använda sig av RIK minskar risken för urinvägsinfektioner, vilket inte är fallet med kvarliggande kateter. Patienten kan i högre utsträckning också bevara sitt oberoende och upprätthålla normala aktiviteter. Inneliggande kvarkateter (KAD) kräver ofta insatser från primärvården i form av spolningar och byten av katetern. KAD relaterande komplikationer kan inte så sällan kräva sjukhusvård.
Det vanliga är 4–6 kateteriseringar per dygn. För att minska risken för symtomgivande urinvägsinfektion bör inte mängden i blåsan överskrida 400 ml och tiden mellan tömningarna inte vara mer än fyra timmar. På natten accepteras längre intervall och med en större volym vid morgontappningen. Det är viktigt att frekvensen planeras individuellt med hänsyn till behandlingens orsak, patientens sjukdomshistoria samt patientens behov. För att säkerställa compliance till ordinationen är det viktigt att patienten får pröva sig fram till vilken kateter som fungerar bäst. I de allra flesta fall går det utmärkt med en vanlig hydrofil kateter, men en del patienter har arbeten där det är svårt med tillgång på vatten varför en kateter med vätska i kan underlätta. Det samma gäller vid exempelvis resor

RIK ordineras av läkare. Uppstart och inlärning av RIK ska utföras av uroterapeut/ specialutbildad sjuksköterska. Specialistenheter utreder, behandlar och följer upp grundorsaken till blåsstörningen. De förskriver också förbrukningsartiklar tills patienten överförs via remiss eller samordnad vårdplanering till annan vårdgivare för fortsatt förskrivning och uppföljning. Ansvarig läkare föreslår när patienten kan överföras till annan vårdgivare. Överföringen ska ske efter överenskommelse mellan överförande och mottagande enhet. När hälso- och sjukvårdsansvaret övergår till annan vårdgivare tar också mottagande enhet över förskrivar- och uppföljningsansvaret. Specialistenheterna finns tillgängliga för råd och stöd.