

Gäller för: Verksamhet Urologi

Innehållsansvar: Ola Bratt, (olabr5), Överläkare/Professor

Granskad av: Ola Bratt, (olabr5), Överläkare/Professor

Godkänd av: Ali Khatami, (alikh), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-11-27

Giltig till: 2026-11-27

Rehabilitering vid radikal prostatektomi

Bakgrund/Syfte

Såväl psykisk påverkan som kroppsliga problem efter operationen kan påverka patients sociala situation, yrkesverksamhet och livskvalitet. Detta dokument handlar specifikt om rehabilitering av urinkontinens och sexuell funktion. Psykosociala aspekter och allmän fysisk aktivitet ska också beaktas.

Rehabilitering av urinkontinens

Nästan alla läcker urin de första dagarna eller veckorna efter operationen, men de flesta återfår kontinensen inom några månader. Bestående inkontinens är vanligare hos äldre, kraftigt överviktiga och för dem med funktionsrubbnings i de nedre urinvägarna. Aktiv rehabilitering med preoperativt påbörjad bäckenbottenträning minskar läckaget efter operationen och risken för bestående inkontinens.

Sexuell rehabilitering

Radikal prostatektomi påverkar sexlivet på flera sätt. Även ensamstående män kan lida mycket av detta. God sexuell rehabilitering kräver kompetens, engagemang, aktiv uppföljning och individualisering.

De allra flesta får erektionssvikt (ED), men erektionen kan återhämta sig successivt under något år efter operationen. Chansen är god att erektionsförmågan ska återkomma hos män med god preoperativ förmåga om båda nerv-kärlbuntarna kan bevaras vid operationen. Chansen är närmast obefintlig om operationen är ”icke nervsparande” och för män med preoperativ svår erektionssvikt. För de flesta män är chansen mellan dessa ytterligheter. Det är viktigt av både fysiologiska

och psykiska skäl att rehabiliteringen påbörjas tidigt så att mannen kan få erektioner, med eller utan hjälpmedel.

Insatser före operationen

Allmän information i samband med beslutet om operation

Alla patienter ska få muntlig och skriftlig information (inkl digital Min vårdplan) om hur urinkontinens och sexualiteten förväntas påverkas, tillgängliga behandlingar och vikten av en aktiv, tidig rehabilitering.

Den skriftliga omfattar:

- PCC:s patientinformation ”Operation för prostatacancer”
- Patientinformationen om sexuella problem efter behandling för prostatacancer (NVP)
- Rökare får broschyr om preoperativ rökavvänjning
- Män med barn under 18 år: broschyren ”Vad säger jag till barnen?”, om de inte redan fått den.

Specifik information om ED och urinläckage

Operatören ska i samråd med patienten besluta graden av nervsparande och göra en realistisk bedömning av sannolikheten att erektionsförmågan ska återhämta sig så pass att tablettbehandling kan räcka. Operatören ska också ge en individualiserad bedömning av risken för bestående urinläckage. Den specifika informationen bör dokumenteras i journalen.

Kontaktsjuksköterska

Samtliga patienter ska träffa en kontaktsjuksköterska vid PCC. En rehabiliteringsplan upprättas/kompletteras. Patienter med barn under 18 år ska aktivt erbjudas kontakt med kurator.

Start av bäckenbottenträning

Kontaktsjuksköterskan ger en basal instruktion om bäckenbottenträning och rekommenderar träning 3 gånger dagligen fram till operationen, med återstart efter kateteravvecklingen. Patienterna bör få information om att de kan använda appen Tät.

Insatser i samband med inskrivningen

Patienten får träffa en fysioterapeut, som följer upp och kompletterar den tidigare givna instruktionen om bäckenbottenträning.

Insatser efter operationen

Vid utskrivning från vårdavdelningen

Operatören ska ge besked till läkaren på avdelningen om patienten ska erbjudas recept på Sildenafil, om recept inte redan är skrivet. Patienten får informationsbladet ”Råd till patienter efter radikal prostatektomi”.

Vid kateteravvecklingen:

Kontaktsjuksköterskan diskuterar bäckenbottenträningen, som nu ska återupptas, och erbjuder en telefontid till PCC:s sexolog efter 3–4 veckor. Behov av kuratorskontakt värderas. Fysisk aktivitet diskuteras och rekommenderas.

Telefonkontakt med sexolog:

Om intrakavernösa injektioner planeras ska om möjligt ett besök hos sexologen planeras in samma dag som återbesöket till operatören.

Vid första återbesöket till operatören:

Läkaren frågar om läckage och erektionsförmåga (med och utan Sildenafil, om patienten har provat detta) och dokumenterar detta i journalen. Om Sildenafil haft god effekt bör receptet förnyas och patienten erbjudas möjlighet att prova Tadalafil vid behov och som daglig dos. Patienter som har minimal spontan volymökning av svällkropparna får sällan tillräcklig erektion av PDE5-hämmare. Om de önskar behandling för sin ED bör de därför i första hand rekommenderas intrakavernösa injektioner (Caverject® eller Invicorp®), Bondil®, Vitaros® eller vakuumpump. Män med svår ED som vill avvakta spontan förbättring kan rekommenderas vakuumpump 10 minuter dagligen att motverka penisförkortning och fibros i svällkropparna.

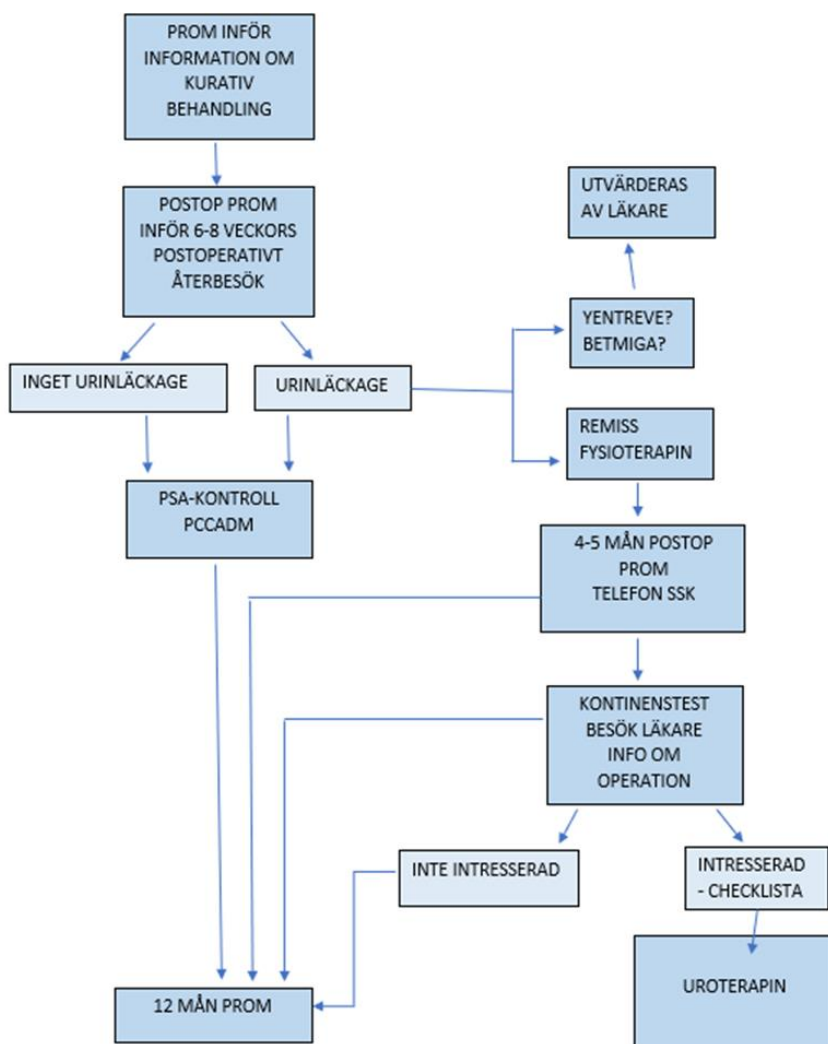
Behandling med intrakavernösa injektioner:

Patienter som fortsättningsvis ska följas upp vid SU och önskar intrakavernös behandling, bör få en bokad tid till PCCs sexolog inom 2 veckor för instruktion. För de som återremitteras för uppföljning vid annan enhet kan instruktionen lämpligen ske där. Den sexuella rehabiliteringen individualiseras därefter.

Rehabilitering av urininkontinens:

Alla patienter som läcker så mycket att de byter 3 eller fler våta skydd per dag ska aktivt erbjudas remiss till fysioterapeut vid SU eller på hemkliniken. De som läcker mindre än så ska också erbjudas detta, om de så önskar. Därefter individualiseras uppföljningen. Patienter med trängningsinslag bör få prova antikolinergika. Yentreve® kan prövas vid stort ansträngningsläckage. Effekten är ofta blygsam och risken för biverkningar tämligen stor; patienten bör därför få en telefontid efter en månads behandling. Yentreve® bör endast användas medan läckaget avtar; patienter med oförändrat besvärande läckage bör erbjudas kirurgisk behandling. Den läkare som sätter in farmakologisk behandling ansvarar för hur effekt/biverkningar ska följas upp.

Se separat PM: [Rehabilitering vid urininkontinens efter RALP](#) och flödesschemat nedan:



Uppföljning

- Män som planeras för eller har uppföljning hos sexolog: individualiserad, aktiv uppföljning. Om mannen inte har aktiv uppföljning hos fysioterapeut/uroterapeut, bör sexologen fråga om problem med urinläckage och vid behov förmedla kontakt med fysioterapeut.
- Män som planeras för eller har uppföljning hos fysioterapeut/uroterapeut: individualiserad, aktiv uppföljning. Om mannen inte har pågående uppföljning hos sexolog, bör patienten aktivt tillfrågas om sexuella problem och vid behov få kontakt förmedlad med sexolog (t ex med visitkort).
- Övriga män får telefontid till sin kontaktsjuksköterska (på hemkliniken om de återremitteras) 1–2 månader efter det första besöket till operatören.

Återkoppling till operatören ska ske via Meliors bevakningskorg efter varje rehabiliteringskontakt.

Implantatkirurgi mot inkontinens är aktuell efter 6–12 månaders optimal uroterapi hos fysioterapeut/uroterapeut. Samtliga män som efter 1 år fortfarande har ett läckage som minskar livskvaliteten ska aktivt erbjudas utredning inför kontinenskirurgi (oftast sfinkterprotes). Om läckaget är mycket stort efter 6 månader och någon förbättring inte skett den senaste månaden, bör utredningen initieras redan då. Fysioterapeuten tar kontakt med operatören, som diskuterar möjligheten till kontinenskirurgi. Om patienten är intresserad initieras följande utredning via uroterapin på Urologimottagningen: Urodynamik med uretratrickprofil, blöjvägningstest och miktionslistor under minst två dygn med olika grader av fysisk aktivitet och besök hos sfinkterproteskirurg för cystoskopi och bedömning.

Patienter som remitterats från andra vårdgivare:

Återremitteras vanligen, men de som önskar fortsatt uppföljning vid SU ska få detta, t ex hos sexolog.

Arbetsgrupp

Denna plan för rehabilitering har tagits fram i samarbete mellan de urologer som utför radikal prostatektomi, kontaktsjuksköterskor, sexolog, uroterapeuter, och kurator vid Prostatacancercentrum, Sahlgrenska universitetssjukhuset, samt fysioterapeuter och representanter för patientföreningen ProLiv Väst.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Urologi

Innehållsansvar: Ola Bratt, (olabr5), Överläkare/Professor

Granskad av: Ola Bratt, (olabr5), Överläkare/Professor

Godkänd av: Ali Khatami, (alikh), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9803-2137832294-122

Version: 7.0

Giltig från: 2024-11-27

Giltig till: 2026-11-27