

Nedre urinvägssymtom (LUTS)

Bakgrund

Definition

LUTS (Lower Urinary Tract Symptom) är ett samlingsnamn för miktionsbesvär hos både kvinnor och män, som innefattar både lagringsbesvär och tömningsbesvär. Det finns flera orsaker till LUTS, men för män över 40 års ålder är godartad prostataförstoring den överlägset vanligaste orsaken. Andra orsaker är t.ex. urologiska maligniteter, överaktiv blåsa, neurogena blåsrubbningar, bakteriella- och icke-bakteriella cystiter, prostatit/chronic pelvic pain syndrome, strikturer i uretra, distala uretärstenar och nattlig polyuri.

Vårdnivå och remiss

Primärvården

Primärvården utreder enligt nedan och kan erbjuda medicinering vid lätta till måttliga besvär. Även vid svåra besvär kan medikamentell behandling påbörjas innan remiss.

Urologen

Remiss till urologen vid:

- Uttalade LUTS-besvär (IPSS > 20), eller måttliga besvär med utebliven behandlingseffekt och/eller uttryckligt patientönskemål om operativ åtgärd.
- Vid misstanke om prostatacancer på grund av PSA-förhöjning eller palpationsfynd skrivs SVF-remiss Prostatacancer, efter diskussion med patienten.
- Allvarliga svårbehandlade eller recidiverande urinvägsinfektioner.
- Vid makroskopisk hematuri skrivs remiss SVF-remiss Makrohematuri, efter diskussion med patienten.
- Kronisk urinretention med stor residualurin (mer än 200–300 ml) efter upprepade mätningar. Hos män med kort förväntad kvarvarande livstid utan symtom kan något större resurinvolym accepteras utan åtgärd.
- Avvikande symtom/objektiva fynd, exempelvis LUTS utan uppenbar prostataförstoring.
- Nyttillkommen postrenal obstruktion med uremi.

Checklista inför remiss

För att kunna bedöma behovet av utredning inom specialistvården behöver remissen innefatta:

1. Anamnes
 - Symtom och debut, samt uteslutande av alarmsymtom. Vid ischuria paradoxa (överflyllnadsinkontinens) ska handläggning ske skyndsamt och resurin måste uteslutas för att undvika njurskada.
 - Tidigare urologisk sjukdomar eller operationer.
 - Andra sjukdomar som påverkar miktionen. Vanliga sjukdomar som kan påverka miktionen är: obstipation, OSAS, förmaksflimmer, hjärtsvikt, diabetes, stroke, polyneuropati, Parkinsons sjukdom och MS.
 - Läkemedel som påverkar miktionen. Vanliga läkemedel som påverkar miktionen är: SSRI/SNRI/TCA, neuroleptika, opiater, vätskedrivande, blåsdämpande läkemedel, KOL-läkemedel.
2. Status inklusive + rektalpalpation (obligat)
3. Blodprover: Blodstatus, elstatus och PSA
4. Urinprover: Urinsticka alternativt U-odling
5. Residualurinmätning
6. Bedömningsformulär (kan med fördel scannas in i Cosmic)
 - Miktionslista (dygnsfrekvens < 10 normalt).
 - Tidsmiktion – hur lång tid tar det att kissa 1 dl (av helst 2 dl), normalt < 12 sekunder. Patologiskt om > 16 sekunder.
 - IPSS (International Prostate Symptom Score) är en skattning av patientens upplevda besvär: Maxpoäng 35. Lindrig 0-9 poäng. Måttlig 10-19 poäng. Svår > 20 poäng.

Behandling

Vid lindriga besvär (IPSS < 10): Ingen medicinsk/kirurgisk behandling rekommenderas. Livsstilsråd om dubbelmiktion, minskat vätskeintag under eftermiddagar/kväll och behandling av obstipation rekommenderas.

Vid måttliga besvär (IPSS 10-20) erbjud medikamentell behandling utöver ovanstående.

Om resurin > 400 ml rekommenderas RIK som förstahandsval. Om detta inte fungerar, sätt KAD som temporär behandling.

Läs mer i Infektionsverktyget - vägledning för att förebygga, SKR.

Läs mer i Kvarsittande kateter i urinblåsan (KAD), vårdhygieniska riktlinjer.

Läs mer i Kateter bara när det behövs (se rubriken Riktlinjer)

Medicinering

Medicinering av LUTS-besvär kan i många fall ge tillräcklig symtomlindring, men är inte en botande. Man kan kombinera flera behandlingar. Man ska enbart

behandla vid besvärande symtom och det är viktigt att följa upp behandlingen och seponera medicin som inte har uttrycklig effekt. Vid klassiska LUTS-symtom orsakat av godartad prostataförstoring är Alfuzocin och Finasterid förstahandsval.

Alfa1-receptorblockerare (T. Alfuzocin 1 x 1)

Underlättar vattenkastningen genom relaxation av blåshals och prostatiska uretra men krymper inte körteln. Ger symptomlindring inom 2–3 veckor, men har ingen dokumenterad långtidseffekt. Vanligaste biverkan är ortostatism varav tabletten tas till kvällen.

5-alfareduktashämmare (T. Finasterid 5 mg 1 x 1)

Minskar prostatas ursprungsvolym med 25–30 %, vid god effekt livslång behandling. Tar cirka 3-6 månader innan effekten kan utvärderas. 5-alfareduktashämmare har dålig effekt vid liten prostatakörtel, som substitut kan PSA ge en indikation på prostatastorlek och vid PSA < 1,5 fungerar sällan 5-alfareduktashämmare. OBS: PSA-värdet halveras av 5-alfareduktashämmare! Vid behandling med 5-alfareduktashämmare som pågått 6 månader eller mera ska uppmätt PSA-värde multipliceras med 2 för att ge ett "rättvisande" värde. Vanligast biverkan är minskad libido (inte minskad erektionsförmåga).

Anticholinergikum (T. Tolterodin 1-2 mg 1x 1, T. Solifenacin 5-10 mg 1 x 1, T. Fesoterodin 4-8 mg x 1 x)

Minskar blåsans kontraktioner vid blåsöveraktivitet och trängningsinkontinens. Inte rekommenderat vid misstanke om avflödes hinder och samtidig urinretention. Ger mycket biverkningar (muntorrhet, obstipation, yrsel) framförallt hos äldre och ska användas med försiktighet. Glaukom är en kontraindikation.

Beta3-blockerare (T. Mirabegron 50 mg 1 x 1)

Minskar känsligheten i urinblåsans vid blåsöveraktivitet och trängningsinkontinens. Kan användas i kombination med andra behandlingar. Ger mindre biverkningar än anticholinergikum men kan hypertoni.

Kirurgisk behandling

Kirurgisk behandling vid LUTS-besvär orsakade av godartad prostataförstoring.

Sjukskrivning

Försäkringsmedicinskt beslutsstöd saknas för närvarande. Se patientinformation.

Uppföljning

Vid singelbehandling med Alfuzocin, utvärdering med IPSS efter 6 veckor. Om ingen upplevd effekt, sätt ut behandlingen.

Vid singelbehandling med Finasterid, utvärdering med IPSS efter 6 månader. Om ingen upplevd effekt, sätt ut behandlingen. Finasterid minskar risken för urinretention och om indikationen är resurin så kan behandlingen fortgå.

Om kombinationsbehandling med både Alfuzocin och Finasterid påbörjas bör utsättningsförsök av Alfuzocin göras efter 6 månader, då effekten av Finasterid då har uppnåtts. Om försämring vid utsättning kan Alfuzocin återstartas.

Vid behandling med anticholinergikum eller mirabegron bör utvärdering ske efter 4 veckor, lämpligen med ny miktionslista. Om avsaknad av behandlingseffekt avsluta behandlingen.