

## Urologiska sjukdomar

### Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>BENIGN PROSTATAHYPERPLASI (BPH), se 1177 för vårdpersonal .....</b>	<b>3</b>
1.1	Vårdnivå och samverkan .....	3
1.2	Remissrutiner.....	3
<b>2</b>	<b>BÄCKENBOTTENSMÄRTSYNDROM HOS MAN, KRONISKT se 1177 för vårdpersonal .....</b>	<b>3</b>
<b>3</b>	<b>EPIDIDYMIT, se Kunskapsstöd för vårdgivare, Region Stockholm.....</b>	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>FIMOSIS, se 1177 för vårdpersonal .....</b>	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>HEMATOSPERMI .....</b>	<b>3</b>
5.1	Vårdnivå, samverkan och remissrutiner.....	3
<b>6</b>	<b>HYDROCELE, SPERMATOCELE OCH VARIKOCELE, se 1177 för vårdpersonal .....</b>	<b>4</b>
6.1	Vårdnivå och samverkan .....	4
6.2	Remissrutiner.....	4
<b>7</b>	<b>IMPOTENS.....</b>	<b>4</b>
7.1	Vårdnivå, samverkan och remissrutiner.....	4
7.2	Behandling.....	4
<b>8</b>	<b>INFERTILITET HOS MÄN.....</b>	<b>4</b>
8.1	Vårdnivå, samverkan och remissrutiner.....	4
<b>9</b>	<b>INKONTINENS, se PM Blåsdysfunktion .....</b>	<b>5</b>
9.1	Vårdnivå, samverkan och remissrutiner.....	5
<b>10</b>	<b>MAKROSKOPISK HEMATURI se Standardiserat vårdförlopp.....</b>	<b>5</b>
<b>11</b>	<b>NJURCANCER se Standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>5</b>
<b>12</b>	<b>NJURCYSTOR.....</b>	<b>5</b>
12.1	Vårdnivå, samverkan och remissrutiner.....	5
<b>13</b>	<b>NJURSTEN se 1177 för vårdpersonal.....</b>	<b>5</b>
13.1	Remissrutiner.....	5
<b>14</b>	<b>PROSTATACANCER se Standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>6</b>
<b>15</b>	<b>PROSTATIT, se 1177 för vårdpersonal.....</b>	<b>6</b>
15.1	Remissrutiner.....	6
<b>16</b>	<b>PSA, se 1177 för vårdpersonal.....</b>	<b>6</b>



<b>17</b>	<b>TESTIKELCANCER, se Standardiserat vårdförlopp.....</b>	<b>6</b>
<b>18</b>	<b>TESTISTORSION se PM akut skrotum.....</b>	<b>6</b>
	18.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner.....	6
<b>19</b>	<b>URINBLÅSECANCER se Standardiserat vårdförlopp .....</b>	<b>6</b>
<b>20</b>	<b>URINVÄGSINFEKTION HOS KVINNOR se 1177 för vårdpersonal .....</b>	<b>6</b>
	20.1 Remissrutiner.....	6
<b>21</b>	<b>URINVÄGSINFEKTION HOS MÄN se 1177 för vårdpersonal .....</b>	<b>6</b>
	21.1 Remissrutiner.....	6
<b>22</b>	<b>Blanketter, formulär och enkäter • VÅRDPRAXIS .....</b>	<b>7</b>
<b>23</b>	<b>DOKUMENTFAKTA.....</b>	<b>7</b>



## 1 BENIGN PROSTATAHYPERPLASI (BPH), [se 1177 för vårdpersonal](#)

### 1.1 Vårdnivå och samverkan

Patient med måttliga urineringsbesvär kan utredas och behandlas i primärvården. Specialistvårdsremiss till VO urologi vid:

- Urinretention- överväg akutremiss
- Oklar diagnos
- Tidigare genomgången prostatakirurgi eller annan kirurgi i lilla bäckenet
- IPSS>19 och otillräcklig effekt av läkemedelsbehandling
- Kroniskt avflödeshinder eller misstanke om komplikation

### 1.2 Remissrutiner

Ange på remissen:

- Anamnes och status (särskilt prostatapalpation), residualurin
- Eventuella provsvar
- Mätning av dryck och urinmängd
- Tidsmiktionslista
- Symtomskattning prostatabesvär, IPSS

Remittera endast behandlingskrävande fall

## 2 BÄCKENBOTTENSMÄRTSYNDROM HOS MAN, KRONISKT [se 1177 för vårdpersonal](#)

## 3 EPIDIDYMIT, [se Kunskapsstöd för vårdgivare, Region Stockholm](#)

## 4 FIMOSIS, [se 1177 för vårdpersonal](#)

## 5 HEMATOSPERMI

### 5.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Vid långdragna besvär specialistvårdsremiss till VO urologi.



## 6 HYDROCELE, SPERMATOCELE OCH VARIKOCELE, [se 1177 för vårdpersonal](#)

### 6.1 Vårdnivå och samverkan

Behöver ej remitteras om patienten är besvärsfri (undantag barn). Vid osäkert palpationsfynd är naturligtvis en remiss välkommen. Var observant på gruppen unga män med snabbt uppkommet hydrocele. Här kan det dölja sig en bakomliggande testiscancer.

### 6.2 Remissrutiner

Specialistremissindikation:

- Åtgärdskrävande symtomgivande hydrocele, spermatocele och varikocele

Remissinnehåll:

- Symtom, anamnes och undersökningsfynd

## 7 IMPOTENS

### 7.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Patienter med misstänkta hormonella rubbningar skall remitteras till endokrinolog. Patienter som ej svarar på peroral eller intracavernös behandling, där det kan vara aktuellt med mer invasiva åtgärder, bör remitteras till urolog för bedömning. Efter urologisk utredning och tillfredsställande insatt behandling kan patienten remitteras till Primärvården och distriktsläkaren kan fortsätta medicinförskrivning.

### 7.2 Behandling

I och med att Sildenafil (Viagra) och Tadalafil (Cialis) införts i behandlingsarsenalen har våra möjligheter att hjälpa patienterna ökat påtagligt. Fungerar hos ca 80 % av impotenta män. Detta är naturligtvis också ett förstahandsalternativ och den enda absoluta kontraindikationen till är samtidig behandling med nitroglycerinpreparat. Var dock försiktig vid grav hjärtsjukdom och ge inte medicinen inom 6 månader efter en infarkt. Biverkan vid denna behandling är mild huvudvärk i 15 % av fallen och mild flushing hos 10 %. Om tabletterad behandling är olämplig eller inte fungerar kan intraurethral behandling med Prostaglandin E<sub>1</sub> (Bondil) eller intracavernös behandling (Caverject eller Invicorp) provas.

## 8 INFERTILITET HOS MÄN

### 8.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Utredning sköts av fertilitetsmottagning.

## 9 INKONTINENS, [se PM Blåsdysfunktion](#)

### 9.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

**Behandling av manlig inkontinens** initieras och sköts i första hand av **urologen** då genesen vanligen är sekundär till urologiska ingrepp.

**Kvinnor** med ansträngningsinkontinens och/eller blandinkontinens samt kvinnor med urininkontinens i kombination med prolaps remitteras och behandlas i första hand av **kvinnokliniken**.

**Kvinnor** med svår trängningsinkontinens ofta i kombination med neurologisk sjukdom sköts av **urologen**.

## 10 MAKROSKOPISK HEMATURI se [Standardiserat vårdförlopp](#)

## 11 NJURCANCER se [Standardiserat vårdförlopp](#)

## 12 NJURCYSTOR

### 12.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Cystor i njurarna är vanligt. De allra flesta är enkla vattenblåsor, som inte behöver följas upp eller kontrolleras ytterligare (klassificeras som Bosniak I och II). Komplexa cystor kan behöva uppföljning, vilket kan föranleda remiss till VO urologi (Bosniak II F). Bosniak III och IV går enligt SVF njurtumör.

Patienter som inte är aktuella för operativ åtgärd pga. tex samsjuklighet eller skörhet behöver inte remitteras.

## 13 NJURSTEN [se 1177 för vårdpersonal](#)

### 13.1 Remissrutiner

Innan remiss bör följande prover vara tagna:

- Hb, Na, K, Krea
- Ca, om förhöjt även PTH
- Urat
- Urinsticka, urinodling

Metabolisk njurstensutredning utförs på njursektionen, VO medicin USÖ och remiss ska i dessa fall gå direkt dit. Patienter med bestående njurfunktionspåverkan till följd av stensjukdom ska också remitteras dit (v.g. se NVP kronisk njursjukdom).



## 14 PROSTATACANCER se [Standardiserat vårdförlopp](#)

## 15 PROSTATIT, [se 1177 för vårdpersonal](#)

### 15.1 Remissrutiner

Specialistvårdsremiss till VO urologi vid:

- Feber, allmänpåverkan
- Täta recidiv (>2-3/år)
- Vid mycket stora besvär initialt

## 16 PSA, [se 1177 för vårdpersonal](#)

## 17 TESTIKELCANCER, se [Standardiserat vårdförlopp](#)

## 18 TESTISTORSION se [PM akut skrotum](#)

### 18.1 Vårdnivå, samverkan och remissrutiner

Vid misstanke om testistorsion skall patienten **omedelbart** remitteras för urologisk bedömning.

## 19 URINBLÅSECANCER se [Standardiserat vårdförlopp](#)

## 20 URINVÄGSINFEKTION HOS KVINNOR [se 1177 för vårdpersonal](#)

### 20.1 Remissrutiner

Specialistvårdsremiss till VO urologi för cystoskopi vid upprepade infektioner med sekundärpatogener, det vill säga andra bakterier än Escherichia coli och Staphylococcus saprophyticus, vid misstanke om konkrement i urinblåsa eller urinvägsobstruktion samt ökad residualurin eller blåsdysfunktion.

## 21 URINVÄGSINFEKTION HOS MÄN [se 1177 för vårdpersonal](#)

### 21.1 Remissrutiner

Två veckor efter avslutad behandling rekommenderas kontakt för att höra om patienten har blivit symtomfri. Kontrollodling om kvarstående symtom eller fynd av stenbildande bakterier som Proteus, Morganella morganii, Providencia, Klebsiella och Pseudomonas. Vid utebliven klinisk förbättring bör patienten behandlas och utredas vidare inom specialiserad vård.

Vid symtomgivande recidiv eller upprepade fynd i urinodling av stenbildande bakterier rekommenderas utredning:

- Mätning av IPSS, tidsmiktion och residualurin
- CT njurar/urinvägar
- Remiss till urolog för eventuell cystoskopi

## 22 [Blanketter, formulär och enkäter • VÅRDPRAXIS](#)

## 23 DOKUMENTFAKTA

Reviderad 2023 av Pernilla Sundqvist verksamhetschef VO urologi, Björn Strandell och Erik Längström, medicinska rådgivare Hälsovalsenheten.