

# Urologi

## Läkemedel vid urininkontinens

För information om utredning, se ”Blåsdysfunktion – kliniska riktlinjer” som finns på *intranätet sök ”blåsdysfunktion”*.

### Huvudtyper av urininkontinens är:

- Trängningsinkontinens.
- Ansträngningsinkontinens.
- Blandinkontinens.

## Trängningsinkontinens och överaktiv blåsa

Patienter med täta trängningar eller trängningsinkontinens kan behandlas farmakologiskt efter att livsstilsförändringar (adekvat vätskeintag, regelbunden motion, viktnedgång, rökstopp, förebyggande av obstipation) samt blåsträning och bäckenbottenträning prövats.

Postmenopausala kvinnor har ofta atrofiska slemhinnor, vilket kan leda till ökad infektionsbenägenhet eller irritation i blåsa och uretra och därmed utlösa trängningsbesvär. Dessa kvinnor bör behandlas med lågpotenta östrogener, i första hand lokalt administrerade se kapitel gynekologi och obstetrik, avsnitt Urogenital atrofi.

Antikolinergika (muskarinreceptorblockerare) är förstahandsval vid överaktiv blåsa med täta trängningar och/eller täta miktationer och/eller trängningsinkontinens. Dessa medel minskar symtomen genom att relaxera detrusormuskeln. De kan användas som korttids- eller underhållsbehandling.

Effekten är relativt måttlig och farmakologisk behandling bör kombineras med andra åtgärder, t ex blåsträning. Effekten bör utvärderas objektivt, t ex med miktionslista före 4 veckor efter insatt behandling.

Solifenacin\*



**Solifenacin**  
tabl 5; 10 mg

Tolterodin\*



**Tolterodin**  
depotkaps 2; 4 mg

Risken för antikolinerga biverkningar (muntorrhet, förstoppning, ackommodationsstörningar och urinretention) måste beaktas och dosen individualiseras. Vid nyinsättning är det därför lämpligt att skriva ut en liten förpackning. Hos

\* Se bilaga Äldre och läkemedel i slutet av boken.

patienter med känd prostatahyperplasi bör risken för urinretention med dessa medel beaktas (enklast genom resurinmätning).

Biverkningsprofilen förefaller vara bättre för **Solifenacin\*** och **Tolterodin\*** än för Oxybutynin, ett av de tidigaste preparaten i denna grupp. **Solifenacin\*** och **Tolterodin\*** rekommenderas på grund av priset som likvärdiga första-handspreparat.

Fesoterodin (Toviaz)\* och darifenacin (Emselex)\* är preparat av ”slow release”-typ, med likvärdig behandlingseffekt som de ovan nämnda preparaten.

Om behandlingen inte ger önskad effekt, överväg dosökning, byte till annat antikolinergt preparat, byte till eller tillägg av mirabegron (*Betmiga*). Mirabegron (*Betmiga*) är en beta-3-receptoragonist som liksom noradrenalin stimulerar beta-receptorer i detrusormuskeln och åstadkommer en avslappning.

Mirabegron har visat sig förlänga miktionsintervallet med ungefär samma effekt som ovanstående antikolinerga läkemedel, men med annan biverkningsprofil. Biverkningar av mirabegron är bl a huvudvärk och hypertoni (kontraindicerat till patienter med systoliskt blodtryck  $\geq 180$  mmHg och/eller diastoliskt blodtryck  $\geq 110$  mmHg). Blodtrycket bör mätas vid behandlingsstart och kontrolleras regelbundet, särskilt hos patienter med hypertoni.

Kombinationsbehandling med mirabegron och antikolinergikum är associerad med statistiskt signifikanta förbättringar avseende behandlingseffekt och livskvalitet relaterad till hälsa jämfört med monoterapi med antikolinergikum. Mirabegron (*Betmiga*) kan också vara ett alternativ till patienter som inte tolererar antikolinerga läkemedel.

I vissa fall bör man överväga förnyad utredning beträffande bakomliggande sjukdom.

Hos patienter där tablettbehandling inte är tillräcklig kan behandling med botulinumtoxin (Botox) bli aktuell. Botulinumtoxin (Botox) injiceras i detrusormuskeln i lokalanestesi.

Kvinnor med idiopatisk överaktiv urinblåsa behandlas med fördel på Kvinnokliniken. Riktlinjer finns på intranätet *”Botoxinjektioner mot idiopatisk överaktiv urinblåsa”*.

Män med idiopatisk överaktiv urinblåsa samt alla patienter med neurogen överaktiv urinblåsa behandlas på Urologiska kliniken.

I vissa fall kan elstimulering av nervus tibialis posterior övervägas. Remiss skickas till Kvinnokliniken.

\* Se bilaga Äldre och läkemedel i slutet av boken.

## Ansträngningsinkontinens

I första hand prövas icke-farmakologisk behandling, se under rubriken Trängningsinkontinens.

Duloxetin (Duloxetin/Yentreve) har en begränsad effekt vid ansträngningsinkontinens och många patienter avbryter behandlingen på grund av biverkningar, framför allt illamående och sömnstörningar. Observera att behandlingen ska kombineras med bäckenbottenträning för att uppnå bästa möjliga effekt.

Hos patienter där konservativ behandling inte är tillräcklig kan injektionsbehandling med bulkamid eller slyngplastik (TVT, Tension Free Vaginal Tape) bli aktuell.

## Läkemedel mot godartad prostataförstoring

### Alfa-1-receptorblockerare

Alfuzosin

**Alfuzosin**

depottabl 10 mg

### Testosteron 5 alfa-reduktashämmare

Finasterid

**Finasterid**

tabl 5 mg

Vid besvärande lower urinary tract symptoms (LUTS) är livsstilsförändringar förstahandsval. Därefter kommer läkemedelsbehandling. Farmakologisk behandling av godartad prostataförstoring innebär behandling med selektiva alfa-1-receptorblockerare och/eller 5 alfa-reduktashämmare.

Långtidsstudier har visat att endast patienter med större grad av prostataförstoring ( $> 40$  g) lämpar sig för behandling med 5 alfa-reduktashämmare. PSA  $> 1,6$  är en god indikator för betydande prostataförstoring och kan användas för att bedöma förväntad behandlingseffekt av 5 alfa-reduktashämmare om volymsmätning av prostata ej är tillgängligt. Behandlingseffekten kan utvärderas tidigast efter 3–6 månader. Vid mycket uttalade besvär kan tilläggsbehandling med alfa-1-receptorblockerare under en kortare period övervägas, då de senare har en snabbt insättande behandlingseffekt. Dessa kan ofta sättas ut efter 6–12 månader, men patienter med svåra symtom (IPSS  $> 20$ ) vid starten kan dra nytta av längre kombinationsbehandling. Alfa-1-blockerare kan minska både lagrings- och tömningsbesvär vid LUTS. Storleken av prostatakörteln påverkar inte alfa-1-blockerarnas effektivitet i studier med uppföljningsperioder på mindre än ett år. Alfa-1-blockerare verkar dock vara mer

effektiva hos patienter med mindre prostatavolym (< 40 mL) i längre studier. Selektiva alfa-1-receptorblockerare förbättrar tömningssymtomen hos ca 75 % av patienterna och urinflödet hos 30–50 %. I regel påverkas inte blodtrycket hos normotensiva patienter, medan en sänkning av systoliskt blodtryck med 10–15 mmHg kan förväntas hos patienter med hypertoni. Upp till 20 % av patienterna som sätts på denna typ av behandling upphör med den på grund av besvärande biverkningar, främst ortostatisk yrsel och trötthet och tabletten tas därför med fördel till kvällen. Dosen av blodtryckssänkande läkemedel kan behöva justeras. Behandlingseffekten utvärderas efter en månad med t ex IPSS-enkät (International Prostatic Symptom Score). Rekommenderat preparat är **Alfuzosin depottablett** som kan ges i endosförfarande utan dostitrering.

5 alfa-reduktashämmaren **Finasterid** hämmar omvandlingen (reduktion) av testosteron till den betydligt mer aktiva metaboliten dihydrotestosteron (DHT). Denna process sker intracellulärt i målvävnaderna, t ex prostata, sädesblåsor, bitestiklar och i huden. Den kliniska behandlingseffekten av 5 alfa-reduktashämmare är väldokumenterad vad gäller den krympande effekten på prostatavolymen (25–30 %), förbättring av urinflöde och symtomscore. Man har också kunnat se en minskad risk för akut urinretention och behov av BPH-relaterad kirurgi. Biverkningarna är relativt få och i första hand relaterade till sexuell dysfunktion: minskad libido (5 %), ejakulationsstörning (1 %) och impotens (7–10 %) samt gynekomasti (1 %). Noteras bör att behandlingen med 5 alfa-reduktashämmare normalt leder till en halvering av PSA-värdet. Detta måste tas i beaktande då PSA-värdet kontrolleras. Om PSA-värdet inte halveras inom ett år bör remiss skickas till urolog.

## Medel mot erektil dysfunktion

### Fosfodiesteras typ 5 hämmare (PDE-5-hämmare)

Sildenafil

**Viagra, Sildenafil**  
tabl 25; 50; 100 mg

Tadalafil

**Cialis, Tadalafil**  
tabl 5; 10; 20 mg

Vardenafil

**Vardenafil**  
tabl 5; 10; 20 mg

Avanafil

**Spedra**  
tabl 100; 200 mg

Sildenafil (**Viagra, Sildenafil**), tadalafil (**Cialis, Tadalafil**), vardenafil (**Vardenafil**) och avanafil (**Spedra**) är selektiva hämmare av fosfodiesteras typ 5 (PDE-5-hämmare). Hämmningen leder till högre nivåer av cykliskt GMP i penis

glatta muskulatur vilket ger en relaxation av glatt muskulatur och därigenom ökat arteriellt blodflöde. Preparaten i sig framkallar inte erektion, men vid sexuell stimulering anger ca 80 % förbättrad erektion. **Tadalafil** har en betydligt längre halveringstid än de övriga preparaten vilket medför att effekten kvarstår mer än 24 timmar och detta upplevs av somliga patienter som en stor fördel. Man kan låta patienten pröva olika preparat för att se vilket som passar bäst. Inga av dessa preparat är förmånsberättigade och fri prissättning gör att kostnaden kan variera betydligt mellan olika fabriker och apotek. **Används centrala receptmallar finns det på receptet en text att apoteket får byta till annat generika enligt Läkemedelsverkets lista, om patienten önskar.**

|            | Rekommenderad startdos* | Ska intas inför sexuell aktivitet | Effekten varar i | Effekten kan påverkas negativt av fet mat |
|------------|-------------------------|-----------------------------------|------------------|-------------------------------------------|
| Sildenafil | 50 mg                   | 1 timme före                      | 3–5 timmar       | Ja                                        |
| Tadalafil  | 10 mg                   | 30 min före                       | 36 timmar        | Nej                                       |
| Vardenafil | 10 mg                   | 25–60 min före                    | 4–5 timmar       | Ja                                        |
| Avanafil   | 100 mg                  | 15–30 min före                    | 6–17 timmar      | Ja                                        |

\* Doseringen kan ökas/sänkas beroende på effekten. Tabletter får intas endast en gång om dagen.

Tadalafil (*Cialis*, *Tadalafil*) 5 mg dagligen är godkänt för behandling av vattenkastningsbesvär hos patienter som också har erektil dysfunktion. Observera att inte heller på denna indikation är läkemedlet förmånsberättigat.

OBS! PDE-5-hämmare i kombination med nitrater kan leda till blodtrycksfall. Om man överväger denna kombination bör detta stämmas av med kardiolog. Man bör även vara försiktig med att förskriva PDE-5-hämmare till män för vilka sexuell aktivitet inte är tillräddig, såsom patienter med svår kardiovaskulär sjukdom t ex instabil angina, nyligen genomgången hjärtinfarkt eller stroke eller vid svår hjärtsvikt.

Vid terapivikt bör man i första hand försäkra sig om att patienten intar medicinen enligt rekommendationer (avseende intervall mellan intag och sexuell aktivitet, matintag, behov av stimuli). Man kan även öka dos eller byta preparat.

Om tablettbehandling är olämplig eller inte fungerar kan behandling med (*Invicorp*) prövas. Invicorp för intrakavernös injektion innehåller aviptadil samt fentolamin och har i en jämförande studie visat likvärdig effekt med Caverject Dual. Preparatet har visat färre biverkningar, främst smärta, jämfört med Caverject. Preparatet ingår i läkemedelsförmånen. Invicorp bör endast förskrivas av urolog. Patienterna får lära sig att injicera hos uroterapeut.

Andra behandlingsalternativ är prostaglandin E1, intrakavernöst (*Caverject*), intrauretralt (*Bondil*) eller kräm som appliceras på glans och meatus

(Vitaros). Preparaten ingår i läkemedelsförmånen, förutom Caverject Dual 10 mikrogram.

## Kateterinsättning

Lidokain

**Xylocain**

gel 2 %, tub  
gel 2 %, steril spruta  
(utan konserveringsmedel)

Klorhexidin

**Klorhexidin**

kutan lösning 2 mg/ml  
(alternativ till klorhexidintvål)

## Medel mot prostatacancer (skrivs vanligen ut på Urologiska kliniken)

### Antiandrogener

Bicalutamid 50 mg (i kombination med ablatio eller GnRH-analog)

Bicalutamid 150 mg som monoterapi

Abirateronacetat (Zytiga) tabl 1000 mg +  
Prednisolon tabl 5–10 mg

Enzalutamid (Xtandi) tabl 40 mg

Apalutamid (Erleada) tabl 60 mg

Darolutamid (Nubeqa) tabl 300 mg

### GnRH-analog

Här finns flera alternativ t ex Suprefact, Zoladex, Procren, Enanton och Pamorelin. I Region Örebro län är det upphandlade preparatet Leuprorelin Sandoz 5 mg som ges av distriktssköterska som en depotinjektion var tredje månad. Det finns en rutin med ett speciellt remissförfarande. Preparatet beställs på rekvisition och levereras till vårdcentral/distriktssköterskemottagning.