

# Studiebrev Godartad prostataförstoring med avflödeshinder. (SBU-rapport 2011:209)

Hösten 2011 kom SBU:s rapport med ovanstående rubrik och presenterades på Läkarsamlingen i Älvsjö. Detta studiebrev bygger på denna rapport.

Brevet inleds med två fallbeskrivningar, och fortsätter med en närmare genomgång av de olika utredningsmetoderna som kan användas i primärvård. Därefter kommer ett avsnitt om behandling. I samband med texterna finns rutor med frågeställningar att diskutera helst i grupp. Om deltagarna tar med sig egna fall, så delas brevet lämpligen upp på 2-4 mötestillfällen.

LUTS ("lower urinary tract symptoms") beroende på BPO ("benign prostatic obstruction") är den vetenskapliga terminologin för detta tillstånd. BPH (benign prostatic hyperplasia) är ett vanligt tillstånd som i princip drabbar alla män, men som inte behöver ge symtom. Vid BPO utvecklas symtomen gradvis under flera år. Täta och så småningom tvingande trängningar, speciellt störande på natten. Tömningssymtom med svagare stråle, startsvårigheter, det tar längre tid och det kan bli avbrott i strålen. Patienten måste börja krysta och en känsla av att blåsan inte töms tillkommer. Över 100 000 män medicinerar årligen för dessa symtom (LUTS/BPO), men hälften avslutar behandlingen inom 1 år. Denna förskrivningsnivå tolkas ibland som en överförskrivning, och kostar samhället totalt ca 120 miljoner kronor per år. Operationsfrekvensen har gått ner från ca 12 000 operationer år 1987, till knappt 5 000 år 2009. Operationsfrekvensen varierar kraftigt mellan de olika landstingen, och man funderar på om vården är orättvis och ojämlik. Det samma gäller läkemedelsförskrivningen mätt som DDD/1000 män >50 år. Skjuter en okontrollerad medicinering upp den mer effektiva operationen, med förlängt lidande och ökade kostnader som följd?

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Vilka kan förklaringarna vara till dessa skillnader? Hur ser det ut i er verklighet? Hur hög är förskrivningen av läkemedel i jämförelse med riksgenomsnittet, och är andelen opererade rimligt korrekt? Vilka typer av operativa ingrepp förekommer, och vilka är era erfarenheter av dessas effekt och biverkningar? |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## ***Albin – en typisk primärvårdspatient.***

Albin är en 80-årig ensamstående man som arbetat på bruket tills ryggen sa stopp och han fick förtidspension. Därefter kom kärlkrampen och han blev kranskärlsopererad, medicinerad och tillsagd att banta och motionera. Rygg- och benvärken beror nog numera på en blandning av spinal stenosis, artros, gikt och den misstänkta diabetesneuropatin. Dessutom besvärades han av tungandning och hosta – hade fått diagnosen KOL efter en lunginflammation några år tidigare. Med sin stora mage, så hade han förstås ett metabolt syndrom sedan länge med manifest diabetes åtminstone de senaste 5 åren. Tobaks- och alkoholbruk var nogsamt negerat i journalen.

Nu kommer han på återbesök efter att ha fått antikolinergikum av den senaste stafettläkaren. Du upptäcker att de 100 tabletter han fått med dosering 1x1 räckt i 6 månader. Albin är nöjd och vill fortsätta.

### **Antikolinergikum mot urineringsbesvär**

Denna läkemedelsgrupp har begränsad effekt. Några signifikanta skillnader mellan tillgängliga preparat finns inte dokumenterade, men biverkningsprofilen kan variera. Vid SBU:s genomgång konstaterades att det saknades studier som uppfyllde kriterierna för inklusion i denna genomgång. Därför ingår inte denna preparatgrupp i SBU:s rapport.

Den förväntade effekten av antikolinergika är blygsam (Bilaga 1).

Antikolinergikum används mot det som benämns ”Överaktiv blåsa”. Det teoretiska underlaget för diagnosen är omtvistat, men definitionen beskrivs i bilaga (Bilaga 2)

Är det rimligt att tro att Albin har haft nytta av medicinen? Eftersom Albin inte använt medicinen regelbundet kan man kanske utgå från att den effekt han upplever är av placebokaraktär. Man bör resonera med Albin om att pröva utan, förslagsvis med löfte om en uppföljande kontakt. Nog kan det vara skönt att spara in en tablett? Eller ska man fortsätta ett vinnande koncept?

### **Differentialdiagnoser**

LUTS orsakad av BPO är i praxis en sannolikhetsdiagnos av benign karaktär, även om en kronisk urinretention kan ge njurpåverkan. För att ställa diagnosen måste ett antal differentialdiagnoser uteslutas i ett första steg, främst:

Diabetes

Urinvägsinfektion

Blåscancer

Prostatacancer (Bilaga 3).

Neurogen blåsrubbning (nervskador efter stroke, trauma, andra neurologiska sjukdomar mm)

I Albins fall kan man tänka sig ett flertal. Fundera över de vanligaste.

## ***Albins primärvårdsutredning***

Vid närmare eftertanke så håller Albin med om att tabletterna nog inte gjort någon nämnvärd nytta. Han tycker sig fortfarande ha ganska stora besvär, och det stör honom mycket.

Hur hanterar du dessa uppgifter?

### **IPSS**

För att värdera hans situation närmare finns det standardiserade frågeformulär. Enligt detta har han ”måttliga” symtom och hans livskvalitet störs i hög grad. Frågeformuläret (Bilaga 4) värderar dels lagringsproblem (fråga a-b) och dels flödesproblem (fråga c-d). Flödesproblem går inte att skilja från symtom orsakade av svag blåsmuskulatur. Sista frågan berör nycturi, som kan vara ett centralt problem. Inkontinens finns inte med i IPSS, utan måste efterfrågas särskilt. Detta upplevs ofta som skambelagt och framkommer inte alltid spontant. Det finns avslutningsvis en fråga om livskvalitet, eftersom patienter upplever sina symtom väldigt olika. Små objektiva störningar kan av vissa upplevas som ett kraftigt livskvalitetsproblem, när andra kan tolerera stora besvär utan att plågas nämnvärt. Patienter med depressiva besvär upplever ofta kroppsliga symtom kraftigare, och en somatisk intervention upplevs då också som mindre effektiv. Låga livskvalitetspoäng kan därför behöva följas upp på annat sätt, och kan t.ex. värderas med Geriatric Depression Scale (Bilaga 4).

Albin hade 18 poäng på IPSS och 6 på livskvalitetsfrågan. Hur tolkar du detta?

Livskvalitetsfrågan ger i Albins fall maximalt dåligt utfall. Om Albin upplever just detta hälsoproblem så allvarligt, kan man fundera på om han upplever sina andra sjukdomssymtom lika allvarligt, och om det går att avgränsa enstaka symtom från den totala livssituationen. GDS ger då lätt ett högre utfall tydande på misstänkt depression. ( Ex. fråga 13: Känner du dej full av energi? Fråga 20: Oroar du dej ofta för att du har en kroppslig sjukdom?)

Hur hanterar du denna potentiella depression?

Albin kvarstod på denna mycket låga dos antikolinergika, och en uppföljande kontakt 3 månader senare visade fortfarande 18 poäng, men livskvalitetsfrågan gav nu 2 poäng, dvs Albin var ganska nöjd.

Hur värderar du denna information -vilka slutsatser kan man dra?

Att bli tagen på allvar, att träffa en läkare som lyssnar och bryr sig kan ge subjektiv symtomlindring, och påverka upplevda hälsoproblem ("illness"). IPSS på 18 poäng motsvarar ganska uttalade besvär, där operation kan komma ifråga – man kan förvänta kliniskt signifikant effekt av en operation (TURP). Albins besvär var förvånansvärt stabila, den slumpmässiga variationen för en och samma individ är stor (3-5 poäng), men hans livskvalitet i detta avseende visade på kraftig förbättring.

## Prostatastorlek

Både stafettläkaren och du själv beskriver Albins prostata som "förstorad, utslätad mittfåra, benign konsistens". Vilka slutsatser kan man dra av detta, och vilka fortsatta åtgärder kan detta motivera?

## Miktionslista

En enkel metod att beskriva urineringsfunktionen är miktionslistan. (Bilaga 6) Patienten skriver upp klockslag och volym vid varje urinering under minst två dygn, vilket ger en tillförlitligare bild än anamnesen. Den slumpmässiga variationen är stor för varje individ. Erfarenheten talar för att man har nytta av att mäta dygnsurinmängden, antal miktationer och volymen på dessa. Att dela upp urinmängden på dag- respektive nattvolym tillför ytterligare underlag för åtgärdsförslag. Det är osäkert om det tillför något att mäta fler än två dygn.

Albin klarade att mäta sin urinering under två dygn. Han urinerade 8-10 ggr per dygn, varav 2-3 på natten och medelvolymer per gång var 1,6 dl. Största volymen var 2,5 dl, och minsta 0,7 dl. Hur tolkar du dessa fynd?

## Tidsmiktation

Detta är en enklare form av flödesmätning (Bilaga 7). Hur lång tid tar det att tömma 1 dl? Det krävs ett graderat kärl och en klocka med sekundvisare och patienten kan göra det själv. Metoden är bristfälligt vetenskapligt validerad, men det går enkelt att sammanväga en mängd mätvärden – normalt bör man registrera 10-15 värden. Det går inte att avgöra hur stor den individuella variationen är. Även om det saknas evidens för metoden, så talar erfarenhet och teoretiska argument för att man får värdefull information om flödet med denna enkla metod. Om flödesbegränsningen beror på svag blåsmuskulatur eller på en obstruktion av uretra går inte att avgöra.

Arvid har svårt att klara både klocka och mätkärl, men har försökt och de flesta mätvärdena ligger på ca 16 sekunder, men det finns flera starkt avvikande värden. Hur tolkar du denna information? Ska du be honom mäta ytterligare dygn?

## ***Olle – med sin diabetes***

Olle är en gammal diabetiker boende på ett servicehus. Han har haft både hjärtinfarkt och stroke med en kvarstående hemiplegi. Han vill absolut inte ha insulin och hans hjärtsvikt behandlas med ACE-hämmare och diuretika. HbA1C ligger på 87 och krea 114. Han genomgick en TURP för 20-talet år sedan och blev väldigt nöjd. Nu får han springa stup i kvarten och är mycket störd. Han vill ha en remiss till urologen för en ny operation. För sin depression tar han Tryptizol 75 mg tn sedan många år med mycket gott resultat.

Hur kan man lägga upp en poliklinisk värdering av Olles besvär? Vilka faktorer bör man ta hänsyn till?

## ***Olles primärvårdsutredning***

Att registrera en miktionslista uppdelad på dag och natt klarade Olle att genomföra och den visade på urinvolymer på 1,5 under dagen, respektive 2,1 liter på natten. Under natten (kl. 20.00 – 07.00) urinerade Olle 5 gånger och under dagen 6 gånger. Tidsmiktionsklarade Olle inte av, och han ville inte ha hjälp av hemtjänsten med detta. Att flödet var lågt medgav han glatt, ”inte är strålen som den varit”. IPSS visade 16 poäng, QoL 3 poäng. Olle hade vid undersökningstillfället en resturin på 300 ml, prostata var lätt förstorad och benen antytt svållda.

Hur skulle du vilja värdera de olika mätvärdena som Olle registrerat, och vilka konsekvenser – åtgärder - kan det ge, komma ifråga?

### **Miktionslista**

Med en hemiplegi blir det inte lätt att utföra en tidsmiktionsklarade. En bristfälligt inställd diabetiker med diuretika kan förväntas ha stora urinmängder. Olles urinmängd är rätt stor och det mesta kommer på natten, även om tiden mellan 20.00 och 24.00 kanske mer ska räknas som ”kväll”. Fysiologiskt ska det vara tvärt om. Vätskerestriktion för att normalisera urinmängden är en bra åtgärd. Bidrar diuretikabehandlingen till rubbad vätskebalans? Mobiliseringen av hans benödem nattetid bidrar till den stora natturinen och detta kan åtgärdas. Antidiuretiskt hormon (Minirin) kan användas försiktigt om den hormonella balansen är störd (kontrollera Na, K, efter några dagar).

### **Urinretention**

Antikolinerga biverkningar på Tryptizol, om än i moderat dosering, kan förväntas innebära urinretention. Bladderscan (ultraljudsutrustning) är numera vanligt på vårdcentraler, men tappning med ren teknik (RIK) är helt acceptabelt för att avslöja residualurin om ultraljud inte finns tillgänglig. Framförallt är metoden av värde för att hitta den lilla gruppen patienter med mycket stor resturin och blåsinkompensation. Kliniskt kan man hos dessa patienter ofta finna

utspänd stor (öm?) buk och tendens till inkontinens ( täta trängningar ?), och det kan lätt förväxlas med överaktiv blåsa om inte residualurin kontrolleras.

Olles resturin är ett gränsvärde. Hans miktionsfrekvens är ganska hög, vilket kan ge misstanke om överfylld liten blåsa, men hans grundsjukdom kan ha gett neurologiska komplikationer (blåsatoni) som i kombination med en stor urinvolym kan indikera stor blåskapacitet.

## ***Utredning i primärvården***

### **IPSS - exempel**

International Prostatic Symptome Score är den internationellt vedertagna skattningsskalan för prostatabesvär. Den har fått kritik för att den inte inkluderar inkontinens och för att den sjunde livskvalitetsfrågan lades till efteråt. Symtomformuläret ska gå att fylla i på egen hand, och ger då en mer objektiv beskrivning av symtomen än en muntlig sammanfattning. Risken med en sådan skala är att man frestas fatta beslut om behandling mer på symtom än på besvär. Höga poäng beror inte nödvändigtvis på BPO och orsakar nödvändigtvis inte stora besvär. Alla symtom förutsätts ha samma ”vikt” trots att t.ex. nycturi ( fråga 6) kan vara ett centralt problem för patienten. ( Normalt kissar män i mogen ålder 1-3 ggr per natt. ) Om man definierar förbättring av behandling som en kraftig sänkning av poäng, så kan förstås bara de med höga poäng få en kraftig sänkning. För att patienten ska kunna uppleva en förändring, verkar det krävas en ändring på minst 3 poäng. Den slumpmässiga variationen för registrering för en och samma patient är stor ( +/- 5,5 p) och förmågan att diagnostisera avflödeshinder är obetydlig. Förmågan att diagnostisera lågt flöde och stor prostata är bara obetydligt bättre. Symtomen ger bara information om att besvären berör de nedre urinvägarna, och poängen kan i viss mån följa symtomen över tid.

Med ett gränsvärde på 19 poäng kan man med viss förmåga förutsäga resultatet av TURP.

### **Prostatastorlek – exempel**

Känns prostata stor, så är den stor. Om patienten samtidigt har besvärande symtom som tyder på avflödeshinder, kan man förvänta effekt av operativ behandling. I så fall är det lämpligt med en remiss till urolog som med hjälp av ultraljud mer exakt kan värdera storleken av prostata och planera för eventuell operativ åtgärd.

Prostatas storlek värderas enklast med **rektalpalpation**. Utslättad mittfåra och konsistens (fast, slät) är relativt enkelt att skatta. Storleken är svårare att avgöra och det finns skillnad mellan olika bedömare. Vid en bredd på 4 cm är prostata klart förstorad. Övre polen nås inte alltid. Rektalpalpation för att bedöma storleken av prostata har låg sensitivitet och hög specificitet för att bedöma volymer över 50 ml (förstorad prostata), men variationerna mellan bedömare är stor. Metoden är enkel och kan användas av alla läkare om man tar hänsyn till ovanstående.

**PSA** kan också användas för att bedöma storleken, men uppvisar stor individuell variation, som det inte finns vetenskapligt underlag för att bedöma. Det går inte heller att bedöma om PSA kan diagnostisera avflödeshinder eller lågt flöde – eller att förutsäga behandlingsresultat.

Med ett gränsvärde på 1,6 - 1,8 mikrog/l kan man avgränsa stora och små prostatakörtlar ( ca 40 ml), men det krävs upprepade mätningar för att med säkerhet avgöra detta. Det är osäkert om PSA tillför något utöver förmågan att misstänka cancer.

Ofta härrör de upplevda symtomens allvarlighetsgrad från en outtalad rädsla för prostatacancer, varför en kommentar om palpationsfyndet i detta avseende bör göras. Säkrast utförs palpation i stående.

## Miktionslista – exempel

Det är relativt enkelt att registrera klockslag och volym för alla miktionser under minst 2 dygn. Det passar bra att också notera eventuellt läckage i samband med detta. Den individuella variationen är stor och även upplevelsen av besvär. Blåskapaciteten varierar fysiologiskt mellan individer och styr miktionsfrekvensen.

| <b>Albin</b> | <b>Olle</b> | <b>Sven</b> | <b>Ivan</b> |
|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 600          | 700         | 40          | 70          |
| 450          | 650         | 20          | 500         |
| 400          | 750         | 150         | 60          |
| 375          | 800         | 200         | 150         |
| 300          | 550         | 170         | 200         |
| 300          | 70          | 140         | 50          |
| 125          | 150         | 180         | 150         |
| 100          |             | 150         | 130         |
| 350          |             | 140         |             |
| <b>3000</b>  | <b>3670</b> | <b>1200</b> | <b>1310</b> |

Tabell: Normala volymer (ml) per tillfälle och per dygn.

Det viktigaste att värdera är totalvolymen, diuresen. Om totalvolymen är över ca 1500 ml kan det vara lämpligt med viss vätskekarens, och stor andel nattlig diures kan också behöva omfördelas. Den största uppmätta volymen vid något tillfälle är också viktig att beakta om besvär. Volymer över ca 700 ml bör undvikas. Med en största volym på under ca 200 ml kan man förvänta sig måttliga till stora besvär och farmakologisk behandling om BPH föreligger kan vara aktuell. Med maxvolym på under 150 ml är besvären sannolikt uttalade. Dryckesmätning tillför inget, men kan ge underlag för rådgivning angående beteendeförändringar om besvär föreligger.

## Tidsmiktions – exempel

Man registrerar antal sekunder för att tömma 100 ml urin. Det bör ske minst 10 gånger. Helst bör man föra in mätkärl i strålen efter en liten stund och mäta ”bästa” flödet, men enklast är att mäta tiden det tar att tömma de första 100 ml. En långsam tömning kan bero på antingen obstruktion eller en svaghet i blåsan. Med stigande ålder kan det förstås vara en kombination.

Metoden är bristfälligt utvärderad, men den är billig och utan komplikationer och bidrar med viktig information till den samlade bilden.

Normalvärdet är under 9 sekunder för yngre män och under 17 sekunder för äldre män. Tidsmiktions under 11-12 sekunder talar starkt emot avflödeshinder. Den slumpmässiga variationen för registrering hos en och samma individ är stor (  $\pm$  4 s hos yngre,  $\pm$  7 sek hos äldre) och därför används helst median- eller medelvärden vid sammanställning.

## Resturin – exempel

Resturin är den urin som är kvar efter urinerings. Njurfunktionen kan bli påverkad av detta när volymen närmar sig den maximala blåsvolymen, eftersom trycket då kan bli så högt att njurarna inte kan filtrera primärurinen. Det är alltså angeläget att registrera resturinen i procent av den maximala volymen ( eller den föregående miktionsportionen).

Resturinmätningar har begränsad förmåga att diagnostisera avflödeshinder, lågt flöde och är inte heller bra på att förutsäga behandlingsresultat. Eftersom den slumpmässiga variationen för mätning hos en individ är stor, bör flera mätningar ske. Det angelägna är att hitta de individer som har en stor restvolym (  $>300$ - $400$  ml), eftersom de förmodas ha större risk för att få besvär eller njurfunktionsinskränkning. Om man endast har tillgång till katetermetoden (RIK) så bör man koncentrera undersökningen till individer med lågt flöde och som saknar små urinportioner, eller till patienter som behandlas med antikolinergt aktiva läkemedel. (Ischuria paradoxa kan lätt förväxlas med hyperaktiv blåsa). ”Bladder-scan” har dålig precision ( pga anatomiska variationer) men är enkel och riskfri.

|       | Min (ml) | Max (ml) |
|-------|----------|----------|
| Pat 1 | 10       | 45       |
| Pat 2 | 0        | 220      |
| Pat 3 | 145      | 800      |

Tabell: Resturin vid BPH – exempel ( Bruskevitz et al. Urology 20:602)

## Behandling

### Blåsträning

Täta urineringsar och små portioner är ofta en del av problematiken. Rädslan för att kissa på sig, medför en ”reflex” att kissa extra för säkerhets skull. På så vis ökar miktionsfrekvensen mer än vad som är egentligen nödvändigt. Beteendeterapi kan ha stor framgång. (Bilaga 7) Det är patienten och inte hans blåsa som ska bestämma. Med hjälp av en miktionsdagbok ( skriv upp klockslag för miktions) och med ett medvetet beslut att i stället vänta extra länge varje gång, går det att dämpa miktionsreflexen. Blåskapaciteten kan på så vis successivt utökas. Träning tar tid och effekten kan utläsas i form av färre miktionsstillfällen och större urinportioner. En förutsättning är att blåsan kan tömmas helt.

## Läkemedel

Det finns ett flertal naturläkemedel som används på denna indikation. De bäst studerade är *Serenoa repens* (amerikansk dvärgpalm) och växtsterolen beta-sitosterol som finns i en mängd växter. De flesta studierna är relativt små och av lägre kvalitet. Preparatens "renhet" eller koncentration är varierande och dessutom blandas ofta ämnena. När verkningsmekanismerna dessutom till stor del är okända är utvärderingen svår. Medlen kan med dessa reservationer ge en påtaglig effekt och är bättre än placebo, men säkerhet och biverkningsprofiler går inte att bedöma.

## Antikolinergika

Antikolinerga medel används också på denna indikation, ensamma eller i kombination med övriga medel, men inga tillgängliga studier uppfyllde de kriterier för inklusion som uppsatts i denna granskning. Därför ingår de inte i underlaget. Biverkningar i form av urinretention, ischuria paradoxa, och förvirring och fallrisk för äldre ökar kraven på uppföljning och komplicerar värderingen av hälsoekonomiska aspekter på en behandling.

## Alfablockerare

Det finns ett antal alfablockerare tillgängliga på marknaden. De relaxerar glatt muskulatur i uretra och/eller prostata och förbättrar på så vis det maximala urinflödet. Effekten kommer tämligen snabbt. Biverkningar finns och domineras av yrsel, huvudvärk, asteni och erektil dysfunktion. På gruppnivå minskar alfablockerare symtomen med 2 poäng (IPSS) och ökar det maximala flödet med 1 ml/s, vilket är lite mer än placebo.

## 5-alfareduktas inhibitorer (5-ARI)

Det finns två medel tillgängliga (finasterid och dutasterid), och de reducerar den passiva komponenten i obstruktionen, dvs reducerar prostatavolymen. För att detta ska ha klinisk relevans måste prostatastorleken vara större än ca 35 ml (PSA ca 1,6) och efter 6 månader kan man räkna med en reduktion på 20-30%. Detta reducerar också nivån av PSA med ca 50%, vilket måste beaktas vid cancerscreening. För patienten är effekten lite större än placebo. IPSS minskar med 1-2 poäng, urinflödet ökar med 1-2ml/sek och biverkningarna är ganska få. Erektil dysfunktion, minskad libido och ejakulationsproblem dominerar.

Man har även prövat kombinationsbehandling i olika sammansättningar, som generellt ger ca 1 poäng IPSS i symptomreduktion och ökat urinflöde med 1-4 ml/s. Det vetenskapliga underlaget för att rekommendera detta är svagt och då biverkningarna är vanligare och då man inte kunnat påvisa effekt på sjukdomsprogress över längre tid, så är en kombinationsbehandling svårvärderad.

## Läkemedel sammanfattning

Placeboeffekten vid farmakologisk behandling är tydlig, och aktiva medel kan ge en ytterligare förbättring, som på gruppnivå handlar om ett ökat flöde på 1-2 ml/s och ett utfall på IPSS-skalan om 1-2 poäng. Förbättringarna är alltså små för en majoritet av patienterna, vilket kan vara en del av förklaringen till att 72% avslutar behandling med alfablockare och 42 % med 5-ARI inom tre år. Vi kan inte i förväg avgöra vilka som har glädje av behandlingen utan en noggrann strukturerad uppföljning är enda metoden att undvika att utsätta en stor grupp patienter för onödig behandling.

## Remiss till urologen

Tillgång på urologisk kompetens varierar över landet. Eftersom besvär av denna typ blir allt vanligare i en åldrande befolkning, och då de initiala utredningarna inte kräver speciell utrustning eller urologkompetens, bör det första omhändertagandet ske i primärvården. För att optimalt utnyttja den urologiska kompetensen finns det på de flesta håll överenskommelser om när det är lämpligt att skicka remiss till nästa vårdnivå. Objektiva positiva effekter av olika operationer kräver uttalade symtom. Ett vanligt ”gränsvärde” är ca 18 poäng på IPSS-skalan.

Hur ser remissöverenskommelsen ut i ditt område? Hur är era erfarenheter av remittering och samarbete med urologiska kliniken? Vad fungerar bra, vad kan förbättras? En vanlig orsak till att patienterna vill till urologen är en outtalad oro för prostatacancer. Hur tar man bäst upp detta med patienten som söker för att få remiss till urologen?

## Sammanfattning

Godartad prostataförstoring är ett vanligt tillstånd som med stigande ålder drabbar i princip alla män. Det är bara en mindre andel av dessa som får behandlingskrävande problem, men avflödes hinder kan ge allvarlig urinretention och en urinstämma kan vara livshotande. Det finns ingen enskild diagnostisk metod som kan fastställa att en patient har en förstorad prostata som skapar avflödes hinder. Den genomsnittliga effekten av aktuella läkemedel är blygsam, även om enskilda patienter kan ha nytta av dem. Det blir då betydelsefullt att noggrant och strukturerat följa upp effekterna av påbörjad behandling för att inte i onödan utsätta många patienter för behandling. Läkemedlen ska också användas till patienter med måttliga besvär och en uppföljning kan också i tid identifiera dem som bör remitteras vidare för kompletterande utredning eller ställningstagande till operativ åtgärd.

EMA/188962/2011  
EMA/H/C/000723

## **Sammanfattning av EPAR för allmänheten**

---

# **Toviaz**

## fesoterodin

Detta är en sammanfattning av det offentliga europeiska utredningsprotokollet (EPAR) för Toviaz. Det förklarar hur Kommittén för humanläkemedel (CHMP) bedömt läkemedlet och hur den kommit fram till sitt yttrande om att bevilja godkännande för försäljning och sina rekommendationer om hur läkemedlet ska användas.

### **Vad är Toviaz?**

Toviaz är ett läkemedel som innehåller den aktiva substansen fesoterodin. Det finns som ovala depottabletter 4 mg (ljusblå) och 8 mg (blå). Depottablett är tablett där fesoterodin frisätts långsamt från tablettens under några timmar.

### **Vad används Toviaz för?**

Toviaz ges till patienter med överaktiv blåsa för att behandla följande sjukdomssymtom: ökad blåstömningssfrekvens (behov av att urinera ofta), trängningar (plötsligt behov av att urinera) och trängningsinkontinens (brist på kontroll över urinering).

Läkemedlet är receptbelagt.

### **Hur används Toviaz?**

Den rekommenderade startdosen av Toviaz är 4 mg en gång dagligen. Tabletterna sväljs hela med ett glas vatten och får inte tuggas. Patienten uppnår normalt full effekt av behandlingen efter två till åtta veckor. Beroende på patientens svar kan dosen ökas till 8 mg en gång dagligen.

Dosen Toviaz ska justeras för eller inte ges till patienter som har problem med njurar eller lever, beroende på om de samtidigt får CYP 3A4-hämmare, en grupp läkemedel som kan påverka hur Toviaz bryts ned i kroppen. Fullständig information finns i produktresumén (ingår också i EPAR).

## Hur verkar Toviaz?

Den aktiva substansen i Toviaz, fesoterodin, är ett antikolinergikum. Det blockerar receptorer i kroppen som kallas muskarinreceptorer. Det gör att de muskler som pressar ut urin ur blåsan slappnar av, vilket leder till en ökning av blåsans kapacitet och till förändringar av hur blåsans muskler dras samman när blåsan fylls på. På så sätt förebyggs oönskad urinering.

## Hur har Toviaz effekt undersökts?

I de två huvudstudierna, som omfattade 1 964 patienter med överaktiv blåsa, jämfördes Toviaz (4 eller 8 mg dagligen) med placebo (overksam behandling). I en av studierna jämfördes också Toviaz med tolterodin (ett annat läkemedel som används vid överaktiv blåsa). Det viktigaste effektmåttet var förändringen av antalet gånger patienterna behövde urinera under en 24-timmarsperiod efter 12 veckors behandling.

## Vilken nytta har Toviaz visat vid studierna?

Toviaz var effektivare än placebo och lika effektivt som tolterodin när det gällde att minska antalet gånger patienterna urinerade under en 24-timmarsperiod. Före behandling behövde patienterna urinera omkring 12 gånger på 24 timmar. Denna siffra minskade med 1,74 och 1,86 med 4 mg-dosen Toviaz och med 1,94 med 8 mg-dosen. Minskningen hos patienter som fick placebo och tolterodin var 1,02 respektive 1,69.

## Vilka är riskerna med Toviaz?

Den vanligaste biverkningen (uppträder hos fler än 1 av 10 patienter) var muntorrhet. Förteckningen över samtliga biverkningar som rapporterats för Toviaz finns i bipacksedeln.

Toviaz ska inte ges till personer som kan vara överkänsliga (allergiska) mot fesoterodin, något annat innehållsämne, jordnötter eller soja. Toviaz ska inte heller ges till personer med

- urinretention (svårighet att tömma blåsan),
- ventrikelretention (när magen inte töms ordentligt),
- okontrollerat trångvinkelglaukom (förhöjt tryck i ögat även med behandling),
- myasthenia gravis (en nervsjukdom som orsakar muskelsvaghet),
- svårt nedsatt leverfunktion (allvarlig leversjukdom),
- svår ulcerös kolit (allvarlig inflammation i tjocktarmen som orsakar sår och blödningar),
- toxisk megakolon (en mycket allvarlig komplikation av kolit).

Toviaz ska inte ges till patienter med måttlig leversjukdom eller måttlig till svår njursjukdom samtidigt med starka CYP3A4-hämmare. Dessa läkemedel är bl. a. ketokonazol och itraconazol (används för att behandla svampinfektioner), atazanavir, indinavir, nelfinavir, ritonavir och saquinavir (läkemedel som ges till hivpositiva patienter), klaritromycin och telitromycin (antibiotika) och nefazodon (används för att behandla depression).

## Varför har Toviaz godkänts?

CHMP fann att fördelarna med Toviaz är större än riskerna och rekommenderade att Toviaz skulle godkännas för försäljning.

## Mer information om Toviaz

Den 20 april 2007 beviljade Europeiska kommissionen ett godkännande för försäljning av Toviaz som gäller i hela Europeiska unionen. Godkännandet för försäljning gäller i fem år och kan sedan förlängas. Innehavaren av godkännandet för försäljning är Pfizer Limited.

Det offentliga europeiska utredningsprotokollet (EPAR) finns i sin helhet på EMA:s webbplats [ema.europa.eu/Find\\_medicine/Human\\_medicines/European\\_Public\\_Assessment\\_Reports](http://ema.europa.eu/Find_medicine/Human_medicines/European_Public_Assessment_Reports). Mer information om behandling med Toviaz finns i bipacksedeln (ingår också i EPAR). Du kan också kontakta din läkare eller ditt apotek.

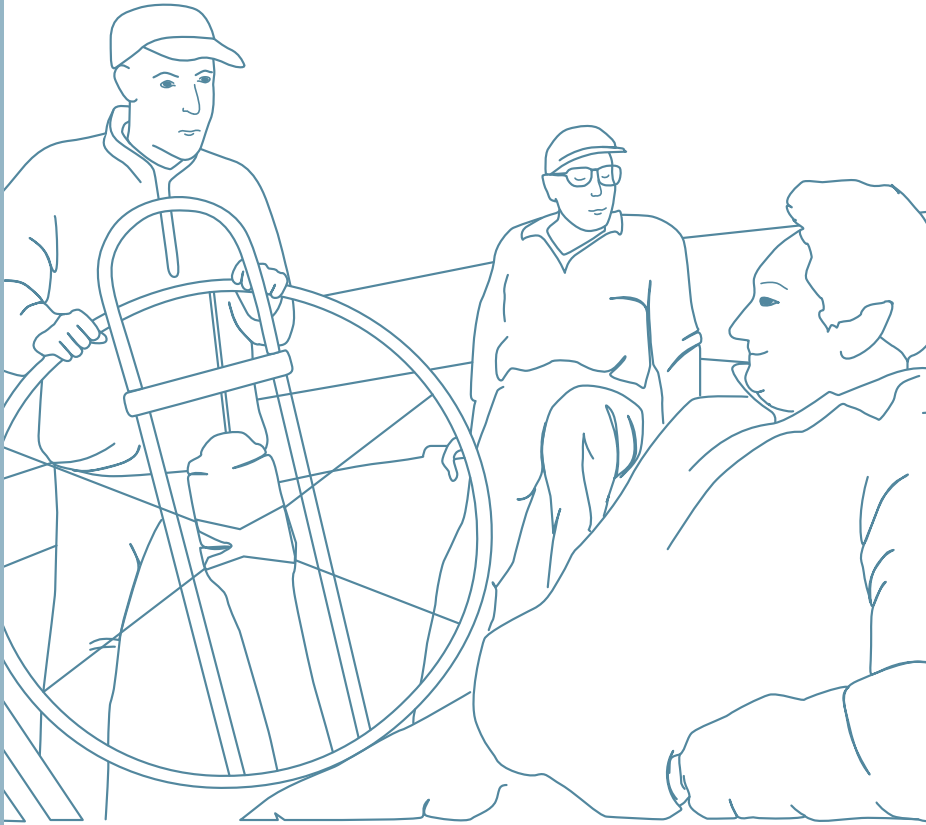
Denna sammanfattning aktualiserades senast 03-2011.

## **Bilaga 2.**

### **Överaktiv blåsa – till skillnad mot ansträngningsinkontinens**

- Läcker inte vid fysisk aktivitet ( hosta mm)
- Stort urinläckage
- Hinner inte till toa i tid
- Trängning
- Nattlig urinerings >1 ggr/natt vanligt
- Tåta urintömningar med trängningar (>8ggr/dygn)

Abrams P, Wein A J. Den överaktiva blåsan. Pharmacia&Upjohn 1998.



## Om PSA-prov

för att kunna upptäcka  
prostatacancer i ett tidigt skede  
– fördelar och nackdelar

## **Information från Socialstyrelsen:**

April 2010. Detta är en uppdaterad version av den broschyr som utkom 2007.

## **Uppdateringen har skett i samverkan med:**

Svensk Urologisk Förening

Svensk Onkologisk Förening

Svensk Förening för Allmänmedicin

Svenska Företagsläkarföreningen

Prostatacancerförbundet

Artikelnummer 2010-4-10

Layout: Jupiter Reklam AB

Tryck: Andra upplagan, första tryckningen Edita Västra Aros, Västerås, april 2010

Illustration: Kari C. Toverud CMI (certifierad medicinsk illustratör)

# Ska man låta kontrollera sin prostatakörtel?

Vid de flesta cancerformer är det bättre ju tidigare en tumör upptäcks och behandlas. Därför erbjuds kontrollundersökningar till exempel för att upptäcka tidiga former av bröstcancer och livmoderhalscancer.

När det gäller cancer i prostatakörteln är det däremot inte alltid en fördel med tidig upptäckt. För en del män kan tidig upptäckt av prostatacancer till och med vara mer till nackdel än till fördel. Prostatakontroller erbjuds därför inte rutinmässigt. Istället får män själva avgöra om de vill göra en prostatakontroll, men det bör ske först efter en diskussion med en läkare om fördelar och nackdelar. Denna skrift kan ligga till grund för en sådan diskussion.

## **De viktigaste fördelarna och nackdelarna med PSA-prov**

Den viktigaste fördelen med PSA-prov är att tidig upptäckt och behandling av prostatacancer minskar risken för allvarlig prostatacancer i framtiden. En europeisk vetenskaplig undersökning visade år 2009 att regelbundna PSA-prov kan leda till en minskning av risken att dö av sjukdomen med omkring en tredjedel på nio års sikt. I undersökningen behövde 1 000 män göra PSA-prov för att ett dödsfall i prostatacancer skulle förebyggas.

Den viktigaste nackdelen är att många som PSA-testas får cancerdiagnos och behandling i onödan, eftersom deras prostatacancer aldrig skulle ha utvecklats till någon allvarlig sjukdom. Det är betydligt fler män som behandlas i onödan efter PSA-prov, än som botas från en livshotande cancer.

## **Män får själva ta ställning till om de vill testa sig**

Eftersom det är svårt att veta om nyttan med prostatakontroller överväger de negativa effekterna, finns det ingen allmän rekommendation om att alla män ska testas. Män kan värdera tänkbara fördelar och nackdelar på olika vis. Därför får de själva ta ställning till om de vill låta testa sig eller inte.

Något som talar för regelbundna PSA-prov är om man har flera släktingar som drabbats av prostatacancer, eftersom risken då är större att man själv ska få sjukdomen.

Känns det viktigt att undvika upprepade undersökningar och biverkningar av behandlingar, kan det tala emot PSA-prov. Om man har någon annan sjukdom som kan bli allvarlig inom de närmaste åren är risken mycket liten för att en tidigt upptäckt prostatacancer ska hinna utvecklas till någon allvarlig sjukdom, eftersom detta vanligtvis tar många år.

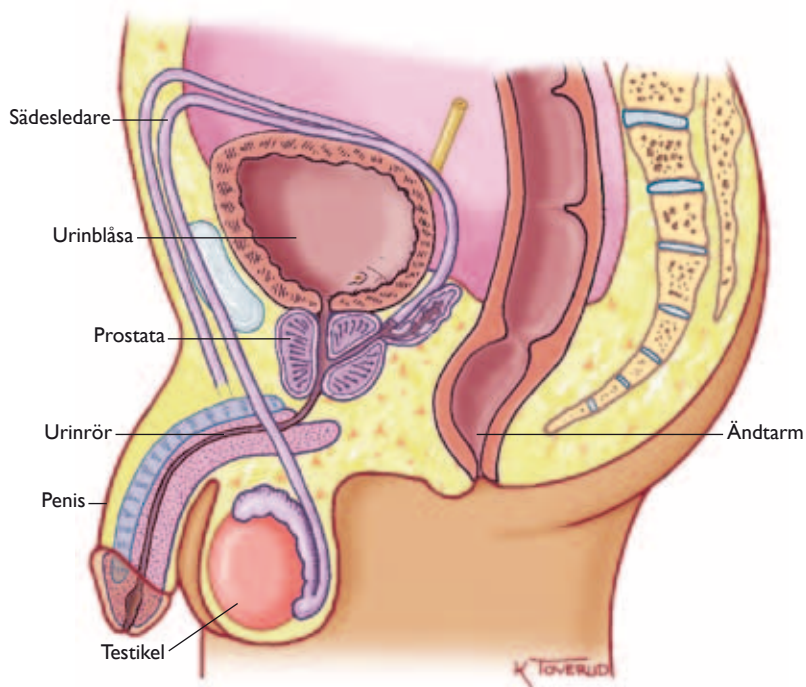
PSA-prov är ingen garanti för att en allvarlig prostatacancer upptäcks medan den fortfarande kan botas.

## Vad är prostatakörteln?

Prostatakörteln omsluter urinröret just nedanför urinblåsan. Från medelåldern växer prostatakörteln hos de flesta män, så kallad godartad prostataförstoring. Elakartade cancertumörer i prostatakörteln blir dock vanligare med stigande ålder, men det finns inget samband mellan godartad förstoring och cancer i prostatakörteln. Både godartad prostataförstoring och prostatacancer kan medföra att urinstrålen blir svagare och att man kan få gå och kissa oftare. Lindriga besvär som utvecklas under flera år beror vanligen på godartad prostataförstoring och inte på prostatacancer.

## Prostatacancer

Prostatacancer är den vanligaste cancersjukdomen hos svenska män. Vattenkastningsbesvär och smärtor är vanliga symtom. Risken att drabbas är ökad om man har nära släktingar som har haft sjukdomen. Prostatacancer är sällsynt före 50 års ålder. Tre fjärdedelar av dem som får symtom av prostatacancer är över 70 år. Sjukdomen kan då sällan botas, men symtomen kan lindras och sjukdomen bromsas med hormonell behandling. Var tjugonde svensk man dör av prostatacancer, hälften är då över 80 år.



## Cancerceller gör inte alltid att man blir sjuk

Det kan bildas cancerceller i kroppen utan att man blir sjuk. Prostatakörteln är troligen det organ där det är vanligast att det bildas cancerceller. De flesta av dessa härdar av cancerceller är små och växer mycket långsamt. En tredjedel av alla män mellan 50 och 75 år har cancerceller i prostatakörteln, men bara en av tio män utvecklar en prostatacancer som behöver behandlas.

# Hälsokontroll med PSA-prov för prostatacancer

I en prostatakontroll ingår ett blodprov som kallas PSA. PSA är en förkortning av prostataspecifikt antigen. Det är ett ämne som produceras i prostatakörteln och utsöndras i sädsvätskan. Alla sjukdomar i prostatakörteln kan leda till att halten av PSA i blodet ökar. Ett förhöjt PSA-värde i ett blodprov behöver alltså inte betyda att man har cancer.

## **I vilka åldrar kan PSA-prov vara aktuellt?**

Botbar prostatacancer som måste behandlas för att inte bli livshotande förekommer nästan bara hos män mellan 50 och 75 års ålder. Därför är det i dessa åldrar som det kan vara aktuellt att ta PSA-prov, även om man inte har några symtom som tyder på prostatacancer.

## **De flesta män har ett lågt PSA-värde**

De allra flesta har låga halter av PSA i blodet, men värdet ökar med åldern. Ett lågt PSA-värde i kombination med en normal prostataundersökning (med ett finger via ändtarmen) innebär att det är mycket liten risk för behandlingskrävande prostatacancer. Om undersökningarna är normala kan de upprepas efter något eller några år, beroende på nivån av PSA-provet.

## **Vad innebär ett förhöjt PSA-värde?**

Var tionde medelålders man har förhöjt PSA-värde, men bara hos en tredjedel av dem hittar man cancer i prostatakörteln. Vid upprepad testning under många år kommer omkring var fjärde man att ha ett värde som motiverar ytterligare utredning. Hos män med PSA-värde över en viss nivå brukar man göra en undersökning med ultraljud och vävnadsprov för att ta reda på om det finns cancer i prostatakörteln. Undersökningen och provtagningen görs via ändtarmen och kan upplevas som obehagliga, men är vanligen inte smärtsamma.

Har man bara en liten ökning av PSA i blodet beror det oftare på en godartad prostataförstoring än på prostatacancer. Det är svårt att vara säker på

att det inte finns någon prostatacancer hos en man med förhöjt PSA-värde. Därför är det vanligt att man får göra upprepade vävnadsprov om man har förhöjt PSA, fast man egentligen är frisk. För män med förhöjda PSA-värden kan osäkerheten om man har cancer eller inte vara oroande.

### **De som visar sig ha cancer har sällan några besvär**

Två eller tre av hundra män som PSA-testas vid ett enstaka tillfälle visar sig ha prostatacancer. Sjukdomen upptäcks då vanligen 5–15 år innan den ger symtom. Ibland upptäcks små cancerhärdar som aldrig skulle ha lett till någon sjukdom. Det är ofta svårt att veta om en liten prostatacancer kommer att utveckla sig till en allvarlig sjukdom. Ju äldre mannen är, desto mindre är risken.

### **Behandling av tidig prostatacancer**

Prostatacancer som upptäcks efter en hälsokontroll med PSA-prov kan vanligen botas med antingen operation eller strålbehandling. Behandling av prostatacancer leder ofta till försämrad erektionsförmåga (svårt att få stand). Strålbehandling ger ibland ändtarmsbesvär och tätare urinträngningar, medan operation i enstaka fall kan medföra besvärande urinläckage.

När cancern verkar vara liten och växa mycket långsamt, väljer man ofta att följa utvecklingen med regelbundna kontroller istället för att behandla direkt.

## **Hur får man veta mer?**

Att fatta beslut är inget som brådskar. Du kan läsa mer detaljerad information på [www.sjukvardsradgivningen.se](http://www.sjukvardsradgivningen.se). Du kan också få hjälp av din allmänläkare att väga för- och nackdelar mot varandra.

## **Hur gör man om man vill testa sig?**

Efter att ha diskuterat med din läkare har du möjlighet att göra en prostatakontroll med PSA-prov. Den läkare som har ordinerat provet ger dig sedan besked om resultatet och om vad det innebär.

Denna broschyr innehåller information för män som funderar på att göra en hälsokontroll med PSA-test för att minska sin risk att drabbas av allvarlig prostatacancer. Broschyren beskriver både för- och nackdelar med sådana hälsokontroller. Den ger underlag för en diskussion med läkare om en prostatakontroll ska genomföras eller inte.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer från 2007 bör symtomfria män inte genomgå en hälsokontroll med inriktning på prostatakörteln utan att de först har tagit del av informationen i denna broschyr. Detta är en uppdatering av den broschyr som skrevs år 2007.

Vill du veta mer om prostatacancer och om de nationella riktlinjerna kan du beställa en version för patienter och närstående på Socialstyrelsens webbplats: [www.socialstyrelsen.se/riktlinjer](http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer).

**Om PSA-prov  
för att kunna upptäcka prostatacancer i ett tidigt skede  
– fördelar och nackdelar**

(artikelnr 2010-4-10) kan beställas från  
Socialstyrelsens beställningsservice, 120 88 Stockholm  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer)  
E-post: [socialstyrelsen@strd.se](mailto:socialstyrelsen@strd.se)  
Fax: 08-779 96 67

Publikationen kan också laddas ner/beställas på [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

# I-PSS - Symtomskattning vid prostatabesvär

Patbricka:

| Ringa in det svarsalternativ som bäst stämmer överens med hur Du upplevt din situation under den senaste månaden.                             | inte alls   | mindre än 1 gång av 5 | mindre än hälften av gångerna | hälften av gångerna | mer än hälften av gångerna | nästan alltid       |              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|--------------|
| 1. Hur ofta har Du haft en känsla av att blåsan inte har tömts helt och hållet vid vattenkastningen?                                          | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
| 2. Hur ofta har Du varit tvungen att kasta vatten oftare än varannan timme?                                                                   | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
| 3. Hur ofta har Du haft ett avbrott i urinflödet, dvs urinflödet satte igång, stannade upp och satte igång igen?                              | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
| 4. Hur ofta har Du haft svårt att vänta med att kasta vatten efter det att Du känt behov av att göra det?                                     | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
| 5. Hur ofta har Du tyckt (upplevt) att strålen varit svag?                                                                                    | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
| 6. Hur ofta har Du haft behov av att krysta eller ta i för att komma igång med att urinera?                                                   | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
|                                                                                                                                               | aldrig      | 1 gång per natt       | 2 gånger per natt             | 3 gånger per natt   | 4 gånger per natt          | 5 gånger eller fler |              |
| 7. Hur ofta har Du vanligtvis behövt gå upp för att kasta vatten från det att Du lagt dig på kvällen till dess att Du stigit upp på morgonen? | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   |              |
| <b>Total poängsumma frågorna 1-7:</b>                                                                                                         |             |                       |                               |                     |                            |                     |              |
|                                                                                                                                               | mycket nöjd | nöjd                  | ganska nöjd                   | blandade känslor    | ganska missbelåten         | olycklig            | fruktansvärt |
| 8. Om dina vattenskastningsbesvär skulle vara oförändrade under resten av ditt liv, hur skulle Du uppleva det?                                | 0           | 1                     | 2                             | 3                   | 4                          | 5                   | 6            |

**GERIATRIC DEPRESSION SCALE****GDS-20-skalan****GDS**

|    |                                                                       |    |     |
|----|-----------------------------------------------------------------------|----|-----|
| 1  | Är du i grund och botten nöjd med ditt liv ?                          | ja | nej |
| 2  | Har du gett upp många aktiviteter och intressen ?                     | ja | nej |
| 3  | Tycker du att ditt liv är tomt ?                                      | ja | nej |
| 4  | Blir du ofta uttråkad ?                                               | ja | nej |
| 5  | Är du oftast på gott humör ?                                          | ja | nej |
| 6  | Är du rädd att något skall hända dig ?                                | ja | nej |
| 7  | Känner du dig oftast glad och nöjd ?                                  | ja | nej |
| 8  | Känner du dig ofta hjälplös ?                                         | ja | nej |
| 9  | Vill du hellre stanna hemma än gå ut och prova nya sysselsättningar ? | ja | nej |
| 10 | Tycker du att du har fler problem med ditt minne än de flesta andra ? | ja | nej |
| 11 | Tycker du att det känns bra att leva ?                                | ja | nej |
| 12 | Känner du dig tämligen värdelös som du är nu ?                        | ja | nej |
| 13 | Känner du dig full av energi ?                                        | ja | nej |
| 14 | Tycker du att din situation är hopplös ?                              | ja | nej |
| 15 | Tycker du att de flesta andra har det bättre än du ?                  | ja | nej |
| 16 | Har du svårt att somna och/eller vaknar du tidigt på morgonen ?       | ja | nej |
| 17 | Är du ofta orolig och ängslig ?                                       | ja | nej |
| 18 | Kan du ibland känna så kraftig oro att det känns outhärdligt ?        | ja | nej |
| 19 | Har du ofta smärtor och/eller värk i kroppen ?                        | ja | nej |
| 20 | Oroar du dig ofta för att du har en kroppslig sjukdom ?               | ja | nej |

Ge 1 poäng för varje svar med bogstäver i grått fält

Summa poäng

Tolkning:

0-5 poäng: Depression osannolik.

6-20 poäng: Misstanke om depression

GDS-skalan modifierad av CG Gottfries och I Karlsson, Psykiatriska kliniken, Mölndals sjukhus, Göteborgs universitet 1995

## Miktionslista

En miktionslista är till för att hjälpa Dig som har besvär med att hålla tätt, har trängningar eller måste gå och kissa väldigt många gånger per dygn.

1. Fyll i miktionslistan natt och dag under minst 2 dygn, så att både arbetsdag och ledig dag ingår.
2. Fyll i klockslag och ange mängden (dl) för varje gång Du kissat t ex i ett hushållsmått.
3. Ange de tidpunkter Du noterat läckage och registrera läckagets storlek t ex + droppar, ++ fuktig, +++ våt.

| Datum:        /        20 |            |         |
|---------------------------|------------|---------|
| Tidpunkt (kl)             | Mängd (dl) | Läckage |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |

|               |     |
|---------------|-----|
| Totalvolym    | dl  |
| Frekvens      | ggr |
| Medelvolym    | dl  |
| Maximal volym | dl  |

| Datum:        /        20 |            |         |
|---------------------------|------------|---------|
| Tidpunkt (kl)             | Mängd (dl) | Läckage |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |
|                           |            |         |

|               |     |
|---------------|-----|
| Totalvolym    | dl  |
| Frekvens      | ggr |
| Medelvolym    | dl  |
| Maximal volym | dl  |

# Blås- och bäckenbottenträning

*för män*



# Fakta om inkontinens

Inkontinens är vanligare än du tror. Cirka 5 % av alla män har någon form av inkontinensbesvär. Inkontinens drabbar inte bara äldre män men risken stiger med åldern. När man blir äldre blir musklerna i bäckenbotten svagare och prostatakörteln växer.

Svaga bäckenbottenmuskler gör det svårt att hålla inne urin, gas och avföring. Som tur är går det att avhjälpa. Genom att träna bäckenbotten kan du helt eller delvis bli av med inkontinensbesvärerna.

En förstorad prostata kan trycka på urinröret så att strålen blir svag. Blåsan töms inte helt vid vattenkastningen och mängden urin i blåsan blir för stor. Detta kan också leda till inkontinens. Du kan alltid be din läkare undersöka om din prostata är förstorad.

## Innehåll

|                                                           |    |
|-----------------------------------------------------------|----|
| Olika former av inkontinens.....                          | 3  |
| Hur är bäckenbotten uppbyggd? .....                       | 3  |
| Hur kniper man? .....                                     | 4  |
| Övningar för blodcirkulationen i underlivet .....         | 5  |
| Bäckenbottenövningar för dig som är nybörjare .....       | 7  |
| Bäckenbottenövningar för dig som tidigare tränat ...      | 8  |
| Funktionsträning .....                                    | 9  |
| Blåsträning .....                                         | 10 |
| Erektile dysfunktion (total eller partiell impotens)..... | 12 |

# Olika former av inkontinens

De vanligaste formerna av inkontinens är efterdropp, ansträngningsinkontinens, trängningsinkontinens och överrinningsinkontinens.

**Efterdropp** är ett par droppar urin som sipprar fram efter vattenkastningen. Det beror på att det stannar kvar lite urin i urinröret som inte kommer ut när du kissar. Du kan få ut den sista urinen genom att knipa kraftigt med bäckenbotten två-tre gånger när du kissat färdigt.

**Ansträngningsinkontinens** eller stressinkontinens uppkommer vid fysisk ansträngning, t.ex. när du hostar, nyser, springer m.m. Denna form av inkontinens kan uppstå på grund av försvagade bäckenbottenmuskler eller efter prostataoperation. Problemet är störst för de män som opererats för cancer i prostatakörteln. Genom att träna upp bäckenbotten kan du i båda fallen helt eller delvis bli av med inkontinensbesvären. Det är bra om du börjar med bäckenbottenträning redan före en operation för prostatacancer.

**Trängningsinkontinens** innebär att du får kraftiga trängningar som är svåra att kontrollera. Orsaken är en överaktiv urinblåsa. Det är ofta svårt att hitta orsaken till denna överaktivitet. Trängningen kan vara så kraftig att den inte kan undertryckas och blåsan tömmer sig. Blåsträning och eventuellt också medicinering med läkemedel som lugnar blåsan är de viktigaste behandlingarna. I blåsträningen ingår kontroll av bäckenbotten.

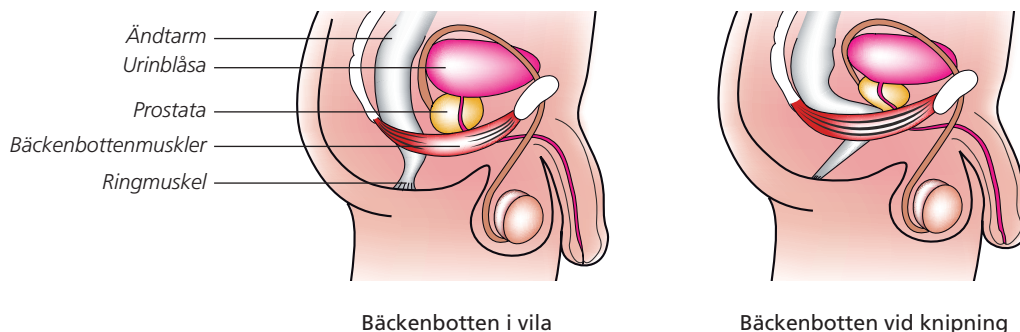
**Överflyllnadsinkontinens** eller överrinningsinkontinens orsakas av att mängden urin i blåsan är för stor. Urinen riskerar att rinna över vid minsta ansträngning. Om du har en förstorad prostata som gör att du inte kan tömma blåsan helt kan den bli överfull. Du känner hela tiden ett behov av att tömma blåsan. Din läkare kan undersöka om prostatan är förstorad. Om du dricker för mycket vätska eller går för sällan på toaletten kan du också känna av en överfull blåsa. Goda dryckesvanor, dvs. 1,5 till 2 liter vätska fördelat över hela dagen, och vattenkastning var 3:e timme på dagen och en gång på natten kan hjälpa till att förhindra att blåsan blir överfull. Bäckenbotten kan vara i god kondition även om du har överflyllnadsinkontinens.

# Hur är bäckenbotten uppbyggd?

Bäckenbotten är de muskler som stänger till bäckenet nedåt. Bäckenbotten hjälper till att hålla blåsa och tarmar på plats och ser till att urinrör och ändtarmsöppning hålls slutna. Bäckenbotten består av små, tunna muskler, och en sammandragning av bäckenbotten är därför aldrig stor och kraftig. Man kan jämföra det med att stänga munnen – fast i andra änden. Bäckenbotten svarar för att stänga till urinrör och ändtarm. Bäckenbotten har en viktig funktion genom att den hämmar trängningen att kissa när du kniper. Genom att knipa samman bäckenbotten kan du få trängningen att försvinna.

## Hur kniper man?

Området kring ändtarmen är ett bra riktmärke när du ska göra knipövningar. Här är bäckenbotten som tjockast och därför känns knipövningen som om du stänger till ändtarmen. Du märker att pungen och penis lyfts upp lite grann när du kniper. Du ska bara hålla knipet så länge att du kan känna när du slappnar av igen. En del kan hålla kvar knipet i 2 sekunder, andra i 8–10 sekunder. Knipet ska inte kännas i magen eller skinkorna. Du ska kunna andas normalt när du gör knipövningarna. Att knipa känns lika mjukt som att "stänga munnen", fast i den andra änden. Pauserna är viktiga. Det är då musklerna vilar sig och gör sig redo igen.



# Övningar för blodcirkulationen

**För dig som är nyopererad för prostatacancer:**

Om du gör venpumpsövningar före bäckenbottenträningen är det lättare att knipa. Det är särskilt bra med venpumpsövningar för dig som är nyopererad och/eller känner dig tung i underlivet.

- 1 Ligg på rygg med böjda ben. Andas in djupt (med magen) 5 gånger.



- 2 Ligg som i övning 1. Lyft upp stussen och skaka på den i 5 sekunder. Sänk ner igen. Upprepa 5 gånger.



- 3 Ligg som i övning 1. Lyft upp ena benet, vicka med foten 20 gånger. Upprepa med det andra benet.



# Övningar för blodcirkulationen

- 4 Ligg som i övning 1. Lyft upp båda benen, skaka på dem i 20 sekunder.



- 5 Ligg som i övning 1. Lyft upp ena benet och fatta tag med händerna i knävecket. Böj och sträck i knäet 10 gånger. Upprepa med det andra benet.



- 6 Ligg på knän och armbågar. Ligg kvar så i 1 minut. Andas djupt 5 gånger.



Efter efter dessa övningar börjar du med bäckenbottenövningarna.

# Bäckenbottenövningar för dig som är nybörjare

- 1 Ligg på rygg med böjda ben och fötterna mot golvet. Knip ihop runt ändtarmen och känn hur du stänger till lätt, som om du håller inne en "prutt". Håll kvar knipet i 2 sekunder. Slappna av. Vila i 2 sekunder. Upprepa övningen 20 gånger.

- 2 Ligg på rygg med böjda ben och fötterna mot golvet. Knip ihop runt ändtarmen och håll kvar knipet med kraft i 5 sekunder. Vila i 5–10 sekunder. Upprepa övningen 10–20 gånger eller tills du är trött i bäckenbottenmusklerna. Kom ihåg att du ska känna när du slutar knipa. Gör du inte det är musklerna trötta och du måste avbryta träningen.

- 3 Du kan också göra dessa övningar liggande på sidan med benen böjda. Kom ihåg att skifta mellan höger och vänster sida. Du ska utföra dessa övningar 2 gånger om dagen.

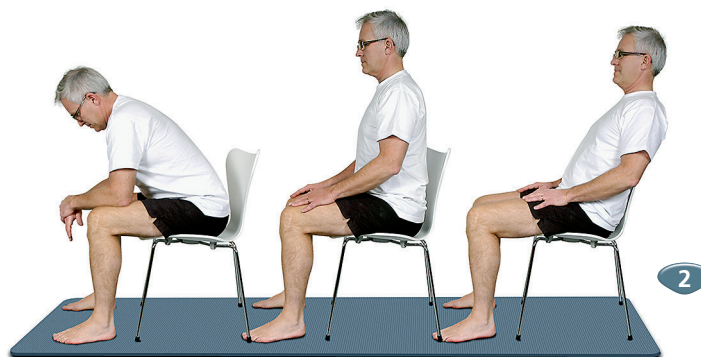


# Bäckenbottenövningar för dig som tidigare tränat

- 1 Stå med benen lätt isär. Knip ihop och håll kvar knipet i 5–10 sekunder. Vila i 5–10 sekunder. Upprepa övningen 10–20 gånger. Knipningen och vilan ska vara lika långa. Ju starkare bäckenbotten är desto längre kan du knipa, men dock högst 10 sekunder. Du ska utföra dessa övningar 2 gånger om dagen. Sluta träna när du blivit trött i bäckenbotten.



- 2 Sätt dig på en stol. Knip ihop vid ändtarmen och håll kvar knipet i 5–10 sekunder. Vila i 5–10 sekunder. Kom ihåg att du ska känna när du slutar knipa. Kan du inte det har du hållit knipet för länge. Upprepa övningen 10–20 gånger. Du kan sitta tillbakalutad på stolen, rakt upp eller framåtlutad när du tränar. Kom ihåg att skifta mellan dessa tre sittställningar.



Prova att spänna bäckenbotten med halva din maximala styrka när du promenerar.

# Funktionsträning

- 1 Sätt dig på en stol. Knip ihop i bäckenbotten. Res dig upp. Knip ihop igen och sätt dig ner. Upprepa övningen 5 gånger.

Funktionsträning innebär att du ska lära dig att knipa innan din bäckenbotten utsätts för en påfrestning. Varje gång du spänner magmuskulerna ökar trycket på bäckenbotten och därför ska du knipa samtidigt

Det vill säga, du ska knipa när du:

- hostar och nyser
- lyfter
- tränar magmuskulerna
- reser dig upp

## Vad är målet med träningen?

Att din bäckenbotten ska kunna hålla ett kraftigt knip i 8–10 sekunder och att du kan upprepa detta 8–10 gånger.

Att du kommer ihåg att knipa innan du hostar och nyser, lyfter, reser dig från en stol eller bil, samt när du känner trängningar till vattenkastning.



# Blåsträning

Blåsträning hjälper dig att få kontroll över din blåsa så att mängden urin som blåsan kan rymma ökar efter hand. En förutsättning för ett bra resultat är att du tränar din bäckenbotten samtidigt.

En annan förutsättning för att lyckas är att du kan tömma blåsan helt varje gång du kissar. Det får inte finnas någon urin kvar i blåsan när du har kissat. Om din prostata är förstorad kan det finnas urin kvar efter vattenkastningen. Din läkare kan undersöka om din prostata är förstorad.

## Normalvärden för urinblåsan är:

- 5–7 vattenkastningar på dagen.
- 0–1 vattenkastning på natten.
- 5–6 dl urin i blåsan på morgonen.
- 2–3 dl urin per vattenkastning resten av dagen.

Vi rekommenderar att du dricker 1,5 liter vätska om dagen, kaffe och te inräknat. Drink det mesta på dagen och håll igen på kvällen.

## Vad är syftet med blåsträningen?

- Att det räcker att du går på toaletten med 2–3 timmars mellanrum.
- Att du behöver gå upp och kissa högst en gång på natten.
- Att du behöver kissa högst 7 gånger om dagen.
- Att du inte läcker urin på väg till toaletten.

Du ska veta att blåsträning kräver tid och tålamod. För de flesta tar det upp till 3 månader innan det märks någon skillnad.

## Du har en överaktiv blåsa om:

- Du får kraftiga trängningar som är svåra att kontrollera.
- Du ofta går på toaletten.
- Du vet var alla toaletter finns.
- Du kissar små mängder.

## Vad ska jag göra när det tränger på?

- Stå stilla.
- Dämpa trängningen genom att knipa ihop bäckenbotten.
- Håll knipet i 20–30 sekunder. Då slappnar blåsmuskulaturen av och trängningen försvinner.

- Tänk på något annat än vattenkastning och din önskan om att gå på toaletten.

På det här sättet kan du få trängningen att försvinna. Det krävs stark vilja för att vinna kampen över blåsan. Du har ju länge lyssnat till dess signaler och sprungit på toaletten varenda gång blåsan har sagt till. Men nu ska det bli annorlunda. Det ska vara du som bestämmer när du går på toaletten. Även när du precis har kommit hem och har satt nyckeln i dörren!

**Altså:** stå stilla, knip ihop och tänk på något annat.

- Börja med att skjuta upp toalettbesöket i 5 minuter, sedan 10 minuter osv. tills du är uppe i cirka 3 timmar mellan vattenkastningarna.

### Vattenkastning

- Det är viktigt att du tömmer blåsan helt varje gång du kissar.
- Det går bra att stå upp om du kan slappna av när du kissar, annars ska du sätta dig ner på toaletten och ha bra stöd under låren.

- Ta god tid på dig.
- Undvik att trycka på när du kissar. Låt urinen rinna i sin egen takt.
- När det inte kommer mer urin reser du dig upp, går eventuellt runt lite och provar sedan att kissa igen. Upprepa detta tills blåsan är tom.
- Avsluta med 3 mycket kraftiga knipningar för att tömma urinröret och slippa efterdropp.

### På det här sättet får du:

- Bättre blåstömning.
- Mindre risk för urinvägsinfektion.
- Längre tid innan du behöver kissa nästa gång.

# Erekttil dysfunktion (total eller partiell impotens)

Nyare forskning har visat att män med erekttil dysfunktion har stor nytta av att träna upp bäckenbotten.

Man räknar med att 40–50 % av alla 50-åriga män lider av erekttil dysfunktion. Problemet ökar med åldern.

Orsaken kan vara livsstilssjukdomar, t.ex. diabetes 2, högt blodtryck och fetma. Läkemedel och alkoholmissbruk kan också orsaka erekttil dysfunktion.



Träningsprogram för erekttil dysfunktion:

- Knip ihop 3 gånger med full kraft i liggande ställning.
- Knip därefter 3 gånger med full kraft i sittande ställning.
- Gör till sist likadant i stående ställning.

Börja knipa vid ändtarmen och gör det så kraftigt som möjligt, utan att hålla andan eller klämma ihop låren eller skinkorna.

När du promenerar ska du också träna genom att spänna bäckenbotten med halv styrka. Gör dessa övningar 2 gånger dagligen i tre månader.

Vid samlag ska du arbeta rytmiskt med bäckenbotten. Genom dessa övningar blir du starkare i bäckenbotten och kan bättre hålla kvar blodet i penis svällkroppar under samlag.



Broschyren är framtagen av Astellas Pharma  
i samarbete med sjukgymnast och uroterapeut  
Hanne Ryttergaard, kontinenskliniken i Roskilde.

