

Urologiske tema

Agenda under praksisbesøk av overlege/urolog Marius Dalin våren 2021.

Lengre tema:

RIK i allmennpraksis

- Hvorfor?
 - Bevare blærefunksjon - normal fylling og normal tømning
 - Forebygge komplikasjoner til resturin (Infeksjon, nyresvikt, tap av blærefunksjon)
 - Selvstendighet, friere liv, seksualliv
- indikasjon
 - Måle resturin
 - Blæreparese
 - Infeksjoner
 - Nyresvikt
 - Bevare/bedre blærefunksjon for de som evt kan få rettet obstruksjon
- praktiske tips
 - Teknikk menn
 - Snakk gjerne med uroterapeut!
 - Det er få som sier de kan klare det, men mange som får det til om de prøver!
 - Pårørende og assistenter kan enkelt læres opp - dette er ikke en oppgave forbeholdt pasient og helsepersonell!

LUTS

Vurdering:

- Klin bedømmning av resturin (Perkusjon, palpasjon, spørre etter blærespreng - skilles fra sviende trang)
- RIK
- Miksjonsliste
- IPSS
- PSA, kreatinin
- (Palpasjon)

Behandling/oppfølging - momenter:

- Forverring av LUTS - avgjørende å tømme seg! - normal syklus
- Behandling i allmennpraksis
 - Konservativ: Triple voiding, normal fylling, sjekk miksjonsvolum,
 - Medikamentell: Duodart, Omnic, Betmiga
 - TUR P eller medikamentell behandling? Henvise til operasjonsvurdering ved pasientønske om operasjon, komplikasjoner, bivirkninger av medikamenter
- Betydning av PSA for sannsynlighetsvurdering av årsak
- PSA og infeksjon
- PSA og palpasjon

Overaktiv blære

Følelse av mangl tømning tross at RIK viser tom blære (RIK kan med fordel tas samtidig med GU som ofte er ønskelig uansett)
Hyppig vannlating (Miksjonsliste!)

Volum som hovedregel under 2,5 dl (ikke morgen!)

Normale volum kvinner 2,5-4 dl dagtid, noe mer morgen. Menn opp til 4,5 dl.

Forsøke å utsette 5 min.

Inkontinens? Betmiga aktuelt? Rp inkontinensbind. Evt henv til uroterapeut for veil. Uridom -

Helst bare deler av døgnet når det er mest problematisk. (Obs UVI)

IKKE permanent kateter!!!

Blæretrening, Betmiga, Botox. Evt TNS, sakral nervestimulering, større kirurgi.

Prostatakreft

Tidligdiagnostikk og behandling

Som tidligere: PSA hos informerte menn (men også ved LUTS-utredning)

Kost/nytteforhold fortsatt ikke det beste - et valg mellom livskvalitet og livslengde for de fleste

Oppfølging av radikalbehandlede

- Strålebehandling: 2 over nadir er PSA-residiv
- RALP: over 0,2 er residiv
- Trolig nyttig salvage:
 - Strålebehandling ved sterk indikasjon på manglende lokal ktrl uten mistanke om metastaser (men antakelig ganske marginal nytte - og betydelig fare for plager! Ingen randomiserte studier)
 - Salvage RALP etter stråling: På meget sterkt selekterte, unge, friske - trolig max 2 i året på Vestlandet!
- Usikker nytte: HIFU, salvage strålebehandling etter lang tid (over 2 år) eller etter tidligere strålebehandling
- Hormonbehandling ved PSA-residiv uten symptomer???
- PSA, kreatinin, (ALP, Hb) hver 3. mnd i starten, avtrappende til årlig så lenge pas er rimelig frisk og oppegående.

Utredning og behandling ved mer langtkommet sykdom

Oppfølging av ikke-radikalbehandlede

Nyrestein

- Hematuri - når utrede?
- Ukomplisert anfall: Sile urin, UL eller CT om 3-4 uker. IKKE HENVISE!
- Betydelige sm over flere dager: Legge inn
- Infeksjon med systemiske symptom: Legge inn (hovedregel)

Korte tema:

Hematuriutredning - hvem, når, hvordan (

- Stixhematuri
- Makrohematuri - CT urografi! Ny utredning. Hvem trenger ikke?

Fimose hos barn:

Behandlingsindikasjon: Vesentlig balanitt

Vedvarende: Behandles før skolestart? Før pubertet? Etter pubertet?

Fysiologisk, de aller fleste løser seg. Kan løse seg helt fram til etter puberteten. (om lag halvparten skal angivelig løse seg fra like før til like etter puberteten, men usikre data) Ingen klare kriterier for hvilke som vil løse seg og hvilke som ikke vil.

Fimose hos voksne: Forklar litt om behandlingen og alternativene (Plastikk, circumcisio)
Forklar at dette gjøres i lokal. Vurder om pas vil takle det greit. Ved klare funn og pas som er innstilt på op kan han henvises direkte til kirurgi. Det må gå klart fram av henv at pas vurderes å kunne klare op i lokal og er bestemt på operativ behandling. Valg av metode kan gjøres ved oppmøte og er opp til pas, langt på vei.

Prostatitt?? Interstitiell cystitt??

Oppfylning i skrotum

Testiskanser: Knudrete overflate på sideflater eller framflate eller testikkel som har vokst. (Større enn tidligere like stor testikkel, evt atrofisk testikkel som nå er like stor som den andre (siste er spesielt suspekt!))

Spermatocoele: Glatt, tilsynelatende fast (men er øm) og glatt overflate. Lugger mot testikkelen, men kjennes å være helt eller i all hovedsak utenpå testikkelen - fra øvre pol til nedre pol langs bakflata, del av bitestikkelen

Kan ikke kjenne testiskanser der epididymis er!

Kanser i bitestikkel ekstremt sjelden!

Hydrocoele og spermatocoele

Varicocele

Skrotalsmerter

Skrotalsm uten funn kan vi ikke gjøre noe med

NB! Strålende sm (nevrogen, rygg, evt bekkenpatologi) Nesten alltid sm i abdomen, flanke, perineum eller rygg om en spør!

Nyrecyster

Beskrevet som atypiske: Henvises. Hvis kun beskrevet som cyster, ingen henvisning. Om uklart beskrevet: Skriv henvisning til radiologisk avd for avklaring om det er atypi eller ikke!