

ES



Lower Urinary Tract Symptoms

Nedre vandladningsproblemer hos mænd

En vejledning



LUTS-projekt Fyn er et initiativ, der tilsigter efteruddannelse, kvalitetsforbedring, bedre samarbejde "shared care" omkring en gruppe patienter, der er almindelige i almen praksis. De er sjældent kritisk syge af deres lidelser, som ikke har nogen høj status i sygdomshierakiet, men kan medføre betydelige tab af livskvalitet for den enkelte.

LUTS-projekt Fyn er også et projekt, der skal søge at belyse, om det senere kan spores i vor daglige håndtering og samarbejde at initiere en intensiv efteruddannelse. Målgruppen er de alment praktiserende læger, sygehusafdelingerne der tager sig af LUTS-patienter og ikke mindst samarbejdet imellem os. Projektet foregår i samarbejde mellem almen praksis (Praksiskonsulentordningen, KAF-udvalget og Forskningsenheden), CAST (Center for Anvendt Sundhedstjenesteforskning og Teknologivurdering), Syddansk Universitet, de urologiske afdelinger på OUH og Sygehus Fyn og de klinisk kemiske afdelinger samt Det Danske Råd for Prostata sygdomme.

LUTS-projekt Fyn har modtaget økonomisk støtte fra KAF-udvalget, Statens MTV-institut, Sygehus Fyn samt Pfizer.

Forord

Vejledningen er udarbejdet til brug på kurserne, der indgår i LUTS-projekt Fyn, der vil løbe af stabelen i 2001. Den vil blive uddelt til alle praktiserende læger i Fyns Amt samt lægerne på de urologiske afdelinger.

Basis for bogens anbefalinger er Dansk Urologisk Selskabs rekommandationer fra 1999, som de er udsendt af Det Danske Råd for Prostata sygdomme, hvori DSAM også er repræsenteret. Rekommandationerne er udarbejdet på basis af en række WHO støttede: "International Consultation on Benign Prostatic Hyperplasia", hvoraf den femte fandt sted i sommeren 2000 i Paris. Formålet med disse kongresser har bl. a. været at udarbejde anbefalinger til tilstrækkelig og forsvarlig håndtering af BPH uden unødigt brug af ressourcer samt udarbejdelse af algoritmer til styring af "shared treatment".

Der blev ikke besluttet væsentlige ændringer i 2000, og vejledningen støtter sig til den sidst udkomne "Proceedings" (1998) som refererede det fjerde møde i 1997. Fra disse proceedings stammer også de to illustrationer.

En vejledning som denne rummer mange kompromiser, og valget mellem dem er mit ansvar, men mange har hjulpet med råd, specielt har professor, overlæge, dr. med. Steen Walter og formanden for Det Danske Råd for Prostata sygdomme, professor, overlæge, dr. med. Jørgen Nordling kritisk og grundigt gennemgået hæftet.

Sygehus Fyn har bekostet trykningen

Gorm Jensen

Indholdsfortegnelse

Demografi	4
Anatomi, fysiologi	4
Funktionsforstyrrelser	5
Symptomscoreskemaer	5
Væske/vandladningsskemaer	6
Medikamina med virkning på vandladning	6
Objektiv undersøgelse	6
Residualurin	6
Opmærksomhedskrævende funktionsforstyrrelser og tilstande	7
Indikation for akut behandling	7
Behandling af BPH i almen praksis	7
Kateterbehandling	8
Undersøgelse og behandling på specialafdeling	9
Cancer prostatae	9
Rektal eksploration	10
PSA	10
Forløbsforslag	11
Flow chart	12

Demografi

Med øget alder optræder hos begge køn stadig hyppigere urinvejsgener. Hos mænd tilskrives generne især prostata, som også ofte - men langt fra altid - er årsagen. Tidligere benyttedes betegnelsen "prostatisme" for symptomgivende vandladningsbesvær, men betegnelsen LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms) vinder stadig mere frem som en samlet betegnelse for symptomgivende dysfunktion i de nedre urinveje hos begge køn. Hos manden ydermere for at pege på, at ikke alle vandladningsproblemer er synonyme med prostatalidelser:

Men prostatalidelserne er almindelige, hvad enten det drejer sig om benign prostatahyperplasi (BPH) eller canceren, som bliver stadig hyppigere. Det er kendt, at prostata vokser med alderen, og i autopsimaterialer er der påvist BPH hos 20% af mænd i fyrre års alderen til 80% i halvfjerdsene.

Symptomgivende hyperplasi (hyperplasi, symptomer og ændret urinflow) udgør kun det halve af disse procenttal, men i absolutte tal drejer det sig om mange mænd.

60+ årige mænd udgør ca. 10 % af befolkningen. Hver praktiserende læge har ca. 150 i sin praksis. Omkring 40 % af de 60+ årige har LUTS-symptomer. Altså ca. 60 pr. praksis.

På landsplan er der ca. 200.000 mænd med LUTS-symptomer. Der er ca. 300.000 mænd og kvinder med urininkontinens, hvoraf ca. en fjerdedel er mænd. Der er ca. 135.000 personer med iskæmisk hjertesygdom.

Anatomi, fysiologi

Mandens nedre urinveje består af **blæren** med reservoirstfunktion samt urinrøret med afløbsfunktion. Blærevæggen dannes for en stor del af m. detrusor vesicae, hvis kontraktion søger at tømme blæren. Den normale blære kendetegnes ved at kunne fylde til sædvanlig kapacitet uden vandladningstrang. Den første del af det ca. 16 cm lange urinrør passerer igennem prostata. Lukkemusklens, m. sfincter urethrae, er beliggende lige under prostata. Lige under bækkenbunden udvider uretra sig i pars bulbosa,

hvor årsagen til nogle mænds efterdryp kan findes. Af behandlingsmæssig interesse er også, at muskulaturen i blærebunden, den øverste del af uretra og prostata er forsynet med mange alfaadrenerge receptorer

I øvrigt er de nedre urinveje innerverede af både motoriske og sensoriske nerver. Det autonome nervesystem er dominerende, men reflekserne kan både hæmmes og fremmes voluntært.

Blæretømning indledes ved at lukkemusklen afslappes bevidst, samtidig med en parasympatisk stimulation får blæren (m. detrusor vesicae) til at trække sig sammen, hvorved urinen drives ud gennem urinrøret.

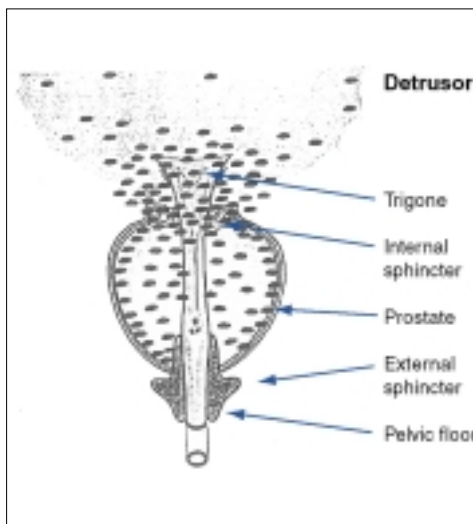


Figure 1. Distribution of α_1 -adrenoceptors in the lower urinary tract.

Funktionsforstyrrelserne afspejles i nogen grad i de **vandladningssymptomer**, som mændene kommer til os med: Pollakisuri, nykturi, urge, urgeinkontinens, stranguri, brug af bugpresse og (følelse af) ufuldstændig blæretømning.

Det er disse symptomer, som optrædende hos manden har været opfattet som synonym med BPH.

Det har vist sig, at korrelationen mellem vandladningssymptomer og BPH er ringe, da symptomerne også i høj grad relaterer sig til den irritative blære (optræder således også hos kvinder) , og ligeledes er korrelationen mellem vandladningssymptomer og infra-vesical obstruktion heller ikke god.

Ny viden er opnået bl.a. ved hjælp af de symptomscoreskemaer, som er udviklede og har været i brug gennem de sidste 10 år.

Symptomscoreskemaer

Det Internationale Prostata SymptomScore (IPSS) består af 7 spørgsmål om forskellige symptomer, hvor svarene gradueres, samt et "globalt" spørgsmål til graduering af den subjektive accept af tilstanden. - se bilag.

Det danske: DANPSS vinder frem: Det består af 12 symptomspørgsmål, som alle 12 efterfølges af spørgsmålet, om dette symptom er til nogen gene. De to besvarelser, (symptom og gene), som hver kan score fra 0 til 3 skal multipliceres med hinanden, og det betyder, at hvis et spørgsmål enten om symptom eller gene besvares med et nul, så tæller dette punkt ikke til scoren totalt. - Se bilag.

Netop denne udformning har været med til at klargøre konsekvenserne af symptomer, obstruktion og hyperplasi, men desværre er der heller ikke korrelation mellem IPSS og urodynamiske undersøgelser og kun i nogen grad for sygdommens sværhedsgrad. IPSS kan ikke bruges som diagnostisk kriterium

DANPSS er velegnet til at følge udviklingen hos den enkelte patient, især i længerevarende medicinsk behandling.

Tage Hald har foreslået vedlagte diagram til at illustrere "ingredienserne" i klinisk BPH, som også understreger det disperse i LUTS.

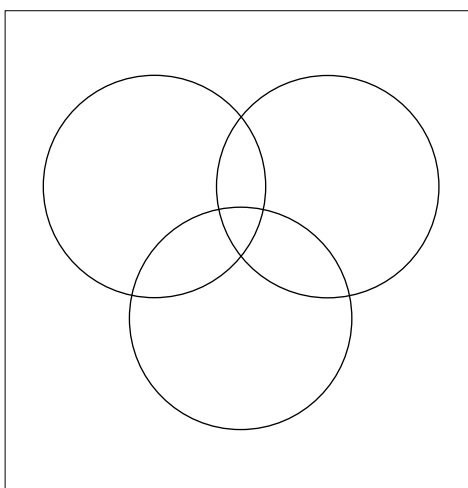


Figure 2. The diagram shows the three basic features of clinical BPH: Symptoms, hyperplasia and obstructions. These overlap but are independent variables determining the nature of the clinical situation (1).

Væske/vandladningsskema

Vandladningsskemaer er nu om dage uomgængelige til at objektivisere nogle af symptomerne. Vandladningsskemaerne skal udfyldes af patienterne, og langt de fleste gør det gerne med stor omhu.

Enkelte patienter løser selv deres problem under registrering af væske/vandladningsskema. De erkender uhensigtsmæssige drikkevaner eller -tider. For andre fremgår det, at de tømmer deres ødemer om natten (evt. er der tale om manglende nattestigning af det antidiuretiske hypofysehormon), og det er årsagen til deres nycturi. Disse patienter kan hjælpes med en lille diuretikumdosis (20 mg furosemid) 4 til 6 timer før sengetid.

Men for de fleste bekræfter skemaet deres historie, og det udfyldte skema er en mulighed for at få mændene til dels at se realistisk på deres sygdom, dels danne basis for en drikke- og vandladningssamtale.

Det er normalt at lade vandet op til 2 gange om natten og op til 7 gange om dagen.

Ved **operation eller traumer** mod bækkenregionen, kan der være sket skader på de nervebaner, der leder impulser til og fra blæren og uretra, lige som alle svære medullarskader også medfører vandladningsforstyrrelser.

Diabetes mellitus forårsager jævnligt neurologiske blærefunktionsforstyrrelser.

Mange **medikamina**, især sådanne med virkning på de autonome nervesystem, kan medføre vandladningsforstyrrelser: Det drejer sig om de kendte alfablokkere, som også er effektive antihypertensive midler (og derfor kan give hypotension i begyndelsen af en behandling for prostatasygdom). Mange gastrit- og mavesårsmidler har en antikolinerg effekt og kan derved forårsage besværet vandladning. Tricykliske antidepressiva har udtalt antikolinerg og let alfablokadevirkning. Tolterodin har antikolinerg virkning. Vasopressin og diuretika har virkning på urinproduktionen. Baclofen og andre muskelrelaxantia, bl.a. benzodiazepiner påvirker sfincter. Finasterid og en række hormonelle midler påvirker prostatas størrelse.

Objektive undersøgelser

Objektive undersøgelser i primærsektoren er som standard meget enkel:
Palpation af abdomen med henblik på blæredæmpning/udfyldning over symfyen.
Rektaleksploration: Prostatas størrelse, konsistens, ømhed, kan kanternes nås ?

Urin: for blod, sukker og infektion

Blodprøve: se-kreatinin, evt. hgb.

PSA efter forudgående aftale med patienten.

Der er normalt **ikke** indikation for urografi eller andre røntgenundersøgelser.

Der er sædvanligvis heller ikke indikation for **residualurinbestemmelser**: Residualurinmængden varierer meget, og der skal gentagne bestemmelser (ultralyd) til for at skønne en værdi. Det betyder ikke så meget, at der står en vis portion resturin i blæren, blot den ikke bliver inficeret.

Funktionsforstyrrelser og tilstande, der kræver særlig opmærksomhed

Hæmaturi

Simpel BPH foranlediger sjældent hæmaturi. Hæmaturi kan være tegn på sten, tumor, eller infektion

Recidiverende urinvejsinfektioner

Mænd med normale urinveje får sædvanligvis ikke UVI. Er som regel tegn på sten eller mangelfuld tømning

Alder < 50

Selvom prostata vokser fra 30-års alderen, vil der sjældent være symptomer før efter 50 år

Neurologiske lidelser

Kan forårsage mange LUTS-problemer afhængig af grundlidelse, f. eks. mangelfuld tømning, involuntære tømninger

Diabetes mellitus: Nok den hyppigste "neurogene blære".

Tidligere operative indgreb eller traumer i regionen

Tidligere behandlingssvigt

Medikamina med indvirkning på blæretømningsfunktionen

Cancer prostatae eller mistanke herom.

Hastig symptomudvikling

Suprapubiske smerter

Misforhold mellem anamnese, symptomscore og obj. fund

Indikation for akut behandling

Urinretention

Forhøjet serumkreatinin

BPH er en benign sygdom. Den udvikler sig langsomt – over år – som en spontant meget varierende lidelse/tilstand.

Behandling i almen praksis af BPH

Watchful waiting: Vigtig og god. Der er betydelige spontane svingninger, og det vil ofte blive patientens subjektive symptomer, der bestemmer, hvornår der skal udredes yderligere. BPH er en benign sygdom/lidelse og uanset hvilket behandling, man iværksætter, vil der være en placeboeffekt på omkring 30 %.

Medikamentel: Der er to grupper med dokumenteret god effekt på symptomerne: Alfa-blokkerne og 5-alfa-reduktasehæmmer:

Alfa-blokkerne virker symptomatisk ved at blokere de mange alfa-receptorer, der er lokaliseret i blærebunden og øverste del af uretra . Det er vist, at omkring 50% af det totale uretrale tryk i BPH patienten skyldes alfa-adrenoceptorpåvirket muskeltonus. Midlerne er ikke urinvejsspecifikke, og derfor skal man være opmærksom på bivirkninger specielt hypotension. Indikationen er symptomatisk behandling af gener før operation. Virkningen indtræder ret hurtigt, og i det praktiske liv kan disse midler også bruges til mænd, der ikke har ønske om ændring i deres hverdag, men kan se fordel i afhjælpning af vandladningsgener for kortere tid, eksempelvis før længere busrejser.

5-alfa-reduktasehæmmer: Finasterid: Hæmmer reduktionen af testosteron til det kraftigere virkende dihydrotestosteron, som stimulerer prostatavævet til vækst. Hos patienter med BPH og prostatastørrelse over 40 g er der vist vedvarende effekt (5 år) på vandladningsgenerne . Endvidere reduceres prostatas størrelse med op til 1/3. Bedringen forsvinder, når medicineringen ophører. Effekten indtræder langsomt: Helt op til 6 måneder. Der kan ikke forventes effekt på ikke-forstørrede prostatae. Hos patienter, der ikke har cancer prostatae, er der særdeles god korrelation mellem PSA og prostatas størrelse, så det er ikke relevant at give finasterid til personer med PSA-værdi under 1,5. Omkring 5% rapporterer om impotens. Indikationen er benign prostatahyperplasi.

En række hormonalt afledte medikamina har også effekt på BPH, men deres bivirkningsprofil eller pris så ubehagelig, at de ikke er aktuelle, men nogle bruges i cancer prostataebehandlingen.

”Naturmedicin”: Der er i en række andre europæiske lande (Tyskland, Frankrig, Spanien, Polen) en lang tradition for at bruge diverse planteekstrakter. Således er der alene i Tyskland indregistreret over 50 forskellige præparater, som der gives sygesikringstilskud til, og over 60 % af medicinsk initial-behandling af BPH i Tyskland og Frankrig ordineres som planteekstrakter på basis af tradition og positive evalueringer af subjektive og objektive parametre i åbne, ikke kontrollerede studier. Der er nu kontrollerede studier på vej.

Kateterbehandling: Som akutbehandling ved akut retention, men også som dage til uger varende behandling forud for operation, hvis der er blæretømningsbesvær med nyrepåvirkning.

Kateter a'demeure: (KAD) bør iøvrigt videst muligt undgås, da behandlingen altid giver infektion, evt. en pinefuld skrumpeblære. Om nødvendigt er suprapubisk kateter at foretrække frem for transuretralt.

Vedvarende kateterbehandling kan med fordel udføres som intermitterende (selv)kateterisation:

RIK: Ren intermitterende kateterisation. Især mange personer med neurologiske lidelser lærer let at kateterisere sig selv, og for dem er det en befrielse selv at bestemme over vandladningen og undgå bleer eller KAD. Behandlingen er temmelig dyr. Ifølge § 97 i lov om social service yder kommunen støtte til disse hjælpemidler.

Henvisning til specialafdeling og videre undersøgelser

Undersøgelser i speciallæge, specialafdelings regi:

- Urinflow
- Cystometri
- Tryk-flow
- Ultralydsscanninger
- Residualurinbestemmelser
- Cysto- og ureterocystoscopy
- m. fl.

Behandlinger i specialafdelings regi:

- Watchful waiting
- Medikamentel
- RIKke eller anden kateterbehandling

samt

Diverse kirurgiske indgreb:

- TURP (Transuretral resektion)
- Transvesical prostatektomi
- TUMT (termoterapi med mikrobølgeenergi)
- TUNA ((Transuretral needle ablation) (varmen meddeles nålene med radiobølge)
- Laser prostatektomi med enten koagulations- eller vaporationseffekt eller begge.

Cancer prostatae

Prostatacanceren har udviklet sig til at blive den tredjehyppigste mandlige cancersygdom. Der konstateres ca. 1500 tilfælde om året i Danmark, og der dør omkring 950 af sygdommen, men mange flere har lidelsen. Således findes canceren i autopsimateriale hos 44 % af 70-årige. Men for den enkelte mand er livsrisikoen for at udvikle canceren 9%, d.v.s. mange prostatacancerer forbliver stumme. Blandt de, der udvikler en symptomgivende cancer, vil 60% dø af lidelsen.

Hidtil har man i Danmark haft en ret afventende holdning til aktiv behandling og ventet på symptomer, før man har grebet ind med mere palliative behandling, fordi man har fundet, at den radikale behandling har haft mange alvorlige følger, og fordi det endnu ikke med sikkerhed er vist, at den radikale behandling er livsforlængende. Hyppigheden af canceren i udbrud er imidlertid tredoblet og samtidig har forbedret undersøgelsesteknik gjort det muligt at finde de små tumores, ligesom forbedret operationsteknik har mindsket komplikationerne, som især har været hyppig og socialt belastende inkontinens samt impotens.

Dansk Urologisk Selskab har derfor i sine sidste rekommandationer fra 1999 vedtaget, at intenderet kurativ behandling kan forsøges, når der er en anslået overlevelsestid på 10 til 15 år og tumor er lokaliseret til prostatakirtlen.

Prostatacancer kan have forskellig grad af differentiering med de lavt differentierede som de mest maligne. Vurderes i en Gleason score 2–10, hvor 10 er de lavest differentierede.

Diagnosen stilles i almen praksis ved rektaleksploration, kombineret med en blodprøve: Prostata Specifik Antigen (PSA). På specialafdelingen suppleres med rektal ultralydsscanning med biopsitagning

Rektaleksplorationen er fortsat vigtig: Man bedømmer størrelsen (usikker), konsistensen, som skal være ensartet elastisk (som viskelæder). Kirtlen skal være velafgrænset og uømt. Canceren føles som et større eller helst mindre, hårdt område. En lille cancer føles som knoen på en hånd. Mistanken skal også vækkes ved manglende afgrænsning til (en af) siderne eller opad. Ømhed er derimod et infektionstegn. En meget stor prostata kan lige så vel skyldes BPH.

PSA (ProstataSpecifik Antigen): Er en blodprøve, der viser, hvor meget af dette organspecifikke enzym, der er løbet over i blodbanen. At det er organspecifikt betyder, at det kun dannes i prostatakirtelvæv, uanset hvor dette findes. Vi måler kun overløbet i blodbanen. Resultatet afhænger derfor af mængden af prostatavæv, og/eller om der er en tilstand, hvor ekstra meget siver over, hvilket er tilfældet ved infektioner i regionen og instrumentering af urinveje.

PSA er således ikke specifik for cancer prostatae og er derfor ikke ideel til screening. Den er velegnet til at følge forløbet af en behandling for cancer prostatae. Den er en del af undersøgelsesinstrumentariet, hvis der er LUTSsymptomer med mistanke om cancer.

At benytte prøven her udover bør medføre etiske overvejelser i samme retning, som vi har kendt dem ved brug af HIV-testen. Altså skal man drøfte med patienten, om dette er en nødvendig viden, og om han ønsker at få prøven taget, med hvad det kan indebære.

Der er korrelation mellem PSA-værdi og stigende alder og som anført med prostatas størrelse, og hvis cancer prostatae kan udelukkes, kan prostatas størrelse beregnes ud fra PSA-værdien.

Det må erindres, at behandling med finasterid halverer PSA-værdierne.

Som anført stiger PSA-værdierne ved infektion i de nedre urinveje eller efter instrumentering, f. eks. kateterisation. Man skal vente mindst 3 uger, før en nødvendig PSA igen kan tages. En rektaleksploration medfører ikke ændrede PSA-værdier.

Ved rektaleksploration med fund af knude er den prædiktive værdi for cancer 25%

Ved rektaleksploration med knude og forhøjet PSA er risikoen for en cancer 50%

Ved normal rektaleksploration og PSA < 4 ng/ml er risikoen for prostatacancer < 1%.

Behandling af lokaliseret prostatacancer kan være kirurgisk i form af total prostatektomi.

Med den forbedrede teknik og omhyggelig udvælgelse af patienter er komplikationerne reduceret til: Mortalitet ca. 1%. Inkontinens ca. 20% - og den kan der trænes med. Impotens ca. 80%, som i nogen grad kan afhjælpes med Caverject eller Muse, kun i mindre grad med Viagra.

Der opereres nu omkring 150 om året herhjemme.

10 års overlevelse (udlandet) : ca. 85%.

Radikal strålebehandling: I fremgang? - I form af intraprostatisk seeds.

De ikke operationsegne tilbydes diverse former for hormonbehandling. Princippet er at undgå, at prostatavæv udsættes for testosteronpåvirkning. Måske er man ved at være mere aktiv med henblik på at gå ind for at tilbyde behandling, inden der kommer symptomer på cancerens spredning

Fra gammel tid er orchiektomien kendt. Den er selvfølgelig irreversibel.

Ved brug af gonadotropin releasing hormon analoger (GnRH) tømmes hypofysen for LH og hindres i videre produktion, hvorved stimulationen af testes' produktion af testosteron ophører: Kemisk kastraktion. Effekten er reversibel – en tid.

Antiandrogener: Kan kombineres med ovennævnte. Virker også som kemisk kastraktion, er reversibel, også kun en tid.

De medicinske behandlinger er meget dyre og har en del bivirkninger. Foreløbigt er de næsten udelukkende i brug på sygehusafdelinger (måske også fordi behandlingen der endnu er gratis for patienten).

Der skal sikres effektiv smertebehandling, når der optræder knoglemetastaser.

Forløbsforslag

Første konsultation

Anamnese med henblik på varighed, tidligere urinvejs sygdomme, traumer eller operation i bækkenregionen, neurologiske sygdomme, diabetes og medicinering.

Urinflow, hyppighed, retention og eventuelle smerter ved vandladning.

Obj. us: Almen tilstand.

Abdomen: Om der kan føles en blære over symfyen. Cikatricer

Rektal eksploration: Prostata størrelse, konsistens, ensartethed, afgrænselighed. (Tumor i rectum).

Urinus: For blod, sukker og infektion

Blodprøve: Se-kreatinin + hgb.

PSA, afhængig af anamnese og obj. fund og efter aftale med patienten.

Udlevering af væske/vandladningsskemaer til eksempelvis 3 dage samt skema til DANPSS

På nogle ganske få patienter skal der reageres akut: Det er de få med (akut) retention og/eller nyrepåvirkning, men generelt har det ingen hast med behandling, og man vil let kunne vente til næste konsultation efter en til to uger, hvor alle undersøgelsesresultater foreligger.

Anden konsultation

Diskutere væske/vandladningsskema, symptom score og resultat af blodprøverne.

Diskutere behandlingsmuligheder og træffe en beslutning (i fællesskab) om

- Behandling i praksis eller
- Henvisning

Tredje konsultation

Efter ca. 6 måneder med nyt scoreskema som kontrol ved medicinsk behandling.

Træffe afgørelse om

- Fortsat behandling i praksis eller
- Henvisning

Resumé af standardhåndtering af LUTS hos mænd

Første konsultation

Anamnese

Med henblik på især tidl. urinvejslidelser, operationer og medicin.

Objektiv undersøgelse, incl.

Rektal eksploration og
Palpation af abdomen

Urin

for blod, sukker, infektion

Blodprøver

Se-kreatinin,
Evt. PSA - afhængig af eksploration og alder.
Og diskussion om konsekvens.

Ved:

Hæmaturi
Alder < 50 år
Tidligere behandlingssvigt
Diabetes mellitus
Neurologiske sygdomme
Operationer eller traumer i regionen
Medicamina med indvirkning på blære/uretra
Hastig symptomudvikling
Suprapubiske smerter
Cancer prostatae.
Misforhold mellem anamnese, score og obj. fund

Overvej henvisning til urolog eller specialafdeling

Udlevering af

Symptomskema
væske-vandladningsskema til tre døgn
"Den blå mand"

Ved

Retention eller
Påvirket nyrefunktion er der
Akut behandlingsindikation

Anden konsultation

Gennemgang af skemaer.
Drikke og vandladningspædagogik

Diskutere

Watchful waiting (observation)
Medicinsk behandling
Kirurgisk behandling
Kateterbehandling herunder RIKke

herunder henvisning

Opfølgning: 6 mdr.:

Nyt Symptomskema:

Diskutere

Watchful waiting (observation)
Medicinsk behandling
Kirurgisk behandling

evt. henvisning

Patientnavn:**DOB:****ID:****Dato:****INTERNATIONAL PROSTATATA SYMPTOM SCORE (I-PSS)**

	Aldrig	Mindre end 1 ud af 5 gange	Mindre end halvdelen af gangene	Ca. halvdelen af gangene	Mere end halvdelen af gangene	Næsten altid	
1. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned, haft fornemmelsen af, at blæren ikke blev tømt ordentligt efter endt vandladning?	0	1	2	3	4	5	
2. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned, måttet lade vandet med mindre end 2 timers mellemrum?	0	1	2	3	4	5	
3. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned oplevet, at vandladningen foregår afbrudt over flere omgange?	0	1	2	3	4	5	
4. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned følt en bydende stærk vandladningstrang som gjorde, at De straks måtte lade vandet?	0	1	2	3	4	5	
5. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned oplevet en svag strålekraft?	0	1	2	3	4	5	
6. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned måttet presse for at vandladningen kunne komme igang?	0	1	2	3	4	5	
	Ingen	1 gang	2 gange	3 gange	4 gange	5 eller flere	
7. Hvor mange gange har De gennem den sidste måned gennemsnitlig måttet stå op om natten for at lade vandet?	0	1	2	3	4	5	

Total I-PSS Score Sum =**LIVSKVALITET PASSENDE TIL URINVEJSSYMTOMER**

	Henrykt	Tilfreds	Overvejende tilfreds	Blandet tilfreds/ utilfreds	Overvejende utilfreds	Ulykkelig	Desperat
1. Hvis De skulle leve resten af livet med Deres vandladning som den foregår nu, ville De så være	0	1	2	3	4	5	6

Livskvalitet index =

Prostataspørgeskema - DAN PSS 1

(Lægevejledning)

Skemaet omhandler 12 spørgsmål

Spm 1-4 vedr. obstruktive vandladningsgener: **Igangsætningsbesvær**
Slap stråle
Blæretømning
Brug af bugpresse

Spm 5-8 vedr. irritative vandladningsgener: **Hyppeghed af vandladning om dagen**
Natlig vandladning
Vandladningstrang
Ufrivillig vandladning ved trang

Spm 9-12 vedr. andre vandladningsgener: **Smerter eller svien ved vandladning**
Efterdryp
Ufrivillig vandladning uden trang (gælder ikke efterdryp)
Ufrivillig vandladning uden trang og uden fysisk anstrengelse

Ved behandling af disse patienter skal der endvidere gøres opmærksom på de minimumsdiagnostiske kriterier for BPH:

Grundig anamnese, inkl. symptomscoringsskema og vandladningsskema
Objektiv undersøgelse inkl. rektaleksploration
Urinundersøgelse for blod og infektion
Måling af hæmoglobin og serumkreatinin

Endvidere bør følgende forhold foranledige supplerende undersøgelser:

Alder under 50 år
Diabetes mellitus
Symptomer på neurologisk lidelse
Tidligere indgreb/traumer i det lille bækken eller genitalia
Medicinsk behandling med kendt påvirkning af detrusor/sphincter
Suspekt rektaleksploration
Urinvejsinfektion, hæmaturi, sten, urinretention, blæresmerter
Forhøjet se-kreatinin
Hastig symptomudvikling
Nykturi med store natdiureser
Misforhold mellem anamnese, symptomscore og objektive fund

Patientidentifikation:

Dato:

200

Eksempel på besvarelse og pointberegning:

Igangsætningsbesvær (1)

(A) Skal de vente på at vandladningen kommer i gang? (B) Hvor meget er dette til gene for Dem?

Nej	<input type="checkbox"/>	0	Intet problem	<input type="checkbox"/>	0
Sjældent	<input type="checkbox"/>	1	lille problem	<input type="checkbox"/>	1
Dagligt	<input checked="" type="checkbox"/>	2	Moderat problem	<input checked="" type="checkbox"/>	2
Hver gang	<input type="checkbox"/>	3	Stort problem	<input type="checkbox"/>	3

Pointene for denne besvarelse af spm. 1 er således: Symptom score (A): **2**
Bother score (B): **2**
Total score (AxB): **2 × 2 = 4**

Indfør patientens score fra de 12 spørgsmål i det udleverede skema og beregn den samlede total score (summen af total scoren fra de 12 spørgsmål):

Score	Symptom (A)	Bother (B)	Total (AxB)
Spm. 1			
Spm. 2			
Spm. 3			
Spm. 4			
Spm. 5			
Spm. 6			
Spm. 7			
Spm. 8			
Spm. 9			
Spm. 10			
Spm. 11			
Spm. 12			
Samlet total score (summen af spm. 1 - spm. 12):			

REF: T. HALD ET AL.: A PATIENT WEIGHTED SYMPTOM SCORE SYSTEM IN THE EVALUATION OF UNCOMPLICATED BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA. SCAND J UROL NEPHROL SUPPL 138: 59-62 1991

“Referenceværdier”

Den totale score er først og fremmest et semiobjektivt udtryk for patientens vandladningsproblem. Den har været et værdifuldt redskab i vurderingen af tilstandens sværhedsgrad eller af et forløb f.eks. effekt af medicinsk behandling. I et patientmateriale fra KAS Herlev blev der ikke opereret patienter med en total score på 5 eller derunder. Medianværdien hos patienter, der blev opereret var 18 med en spredning fra 6 til 43.

Kilde: Det Danske Råd for Prostatasygdomme. Postboks 18. 2730 Herlev

Patientidentifikation:

Dato: 200

Patientskema

Prostatapørgeskema (DAN PSS 1)

Igangsætningsbesvær

1A Skal De vente på at vandladningen kommer i gang?

- Nej
Sjældent
Dagligt
Hver gang

1B Hvor meget er dette til gene for Dem?

- Intet problem
Lille problem
Moderat problem
Stort problem

Slap stråle

2A Synes De urinstrålen er

- Normal
Lidt slap
Meget slap
Dryppende

2B Hvor meget er dette til gene for Dem?

- Intet problem
Lille problem
Moderat problem
Stort problem

Blæretømning

3A Føler De, at De får tømt blæren helt?

- Ja, altid
Lejlighedsvis
Sjældent
Tømmes aldrig helt

3B Hvor meget er dette til gene for Dem?

- Intet problem
Lille problem
Moderat problem
Stort problem

Brug af bugpresse

4A Skal De presse for at starte vandladningen og/eller holde den igangt?

- Nej
Sjældent
Dagligt
Hver gang

4B Hvor meget er dette til gene for Dem?

- Intet problem
Lille problem
Moderat problem
Stort problem

Hyppeghed af vandladning om dagen

5A Hvor lang tid går der højst mellem hver enkelt vandladning, fra De vågner til De går i seng?

- Mere end 3 timer
2 - 3 timer
1 - 2 timer
Mindre end 1 time

5B Hvor meget er dette til gene for Dem?

- Intet problem
Lille problem
Moderat problem
Stort problem

Natlig vandladning

6A Hvor mange gange skal de lade vandet om natten?

- 0 gange
1 - 2 gange
3 - 4 gange
5 gange eller mere

6B Hvor meget er dette til gene for Dem?

- Intet problem
Lille problem
Moderat problem
Stort problem

Vandladningstrang

- 7A Oplever De en bydende (stærk) vandladningstrang?
- Nej
- Sjældent
- Dagligt
- Hver gang

- 7B Hvor meget er dette til gene for Dem?
- Intet problem
- Lille problem
- Moderat problem
- Stort problem
-

Ufrivillig vandladning ved trang

- 8A Er vandladningstrangen så kraftig, at De ikke kan holde på vandet, indtil De når toilettet?
- Nej
- Sjældent
- Dagligt
- Hver gang

- 8B Hvor meget er dette til gene for Dem?
- Intet problem
- Lille problem
- Moderat problem
- Stort problem
-

Smerter eller svien ved vandladning

- 9A Gør det ondt eller svier, når De lader vandet
- Nej
- Sjældent
- Dagligt
- Hver gang

- 9B Hvor meget er dette til gene for Dem?
- Intet problem
- Lille problem
- Moderat problem
- Stort problem
-

Efterdryp

- 10A Drypper der urin, når De tror vandladningen er færdig?
- Nej
- I toilettet
- Lidt i bukserne
- Meget i bukserne

- 10B Hvor meget er dette til gene for Dem?
- Intet problem
- Lille problem
- Moderat problem
- Stort problem
-

Ufrivillig vandladning uden trang

(spørgsmålene gælder ikke efterdryp)

- 11A Har De ufrivillig vandladning ved fysisk anstrengelse (fx hoste, nys, løft)?
- Nej
- Sjældent
- Dagligt
- Hver gang

- 11B Hvor meget er dette til gene for Dem?
- Intet problem
- Lille problem
- Moderat problem
- Stort problem
-

Ufrivillig vandladning uden trang og uden fysisk anstrengelse

(spørgsmålene gælder ikke efterdryp)

- 12A Har De ufrivillig vandladning uden fysisk anstrengelse og uden trang (siven)?
- Nej
- Sjældent
- Dagligt
- Hver gang

- 12B Hvor meget er dette til gene for Dem?
- Intet problem
- Lille problem
- Moderat problem
- Stort problem

Væske-vandladningsskema

Dato:

Navn:

Kl.	Drukket ml	Vandladning ml	Utæt for urin (kryds af)	Bemærkninger Bl. a. aktivitet
07.00				
08.00				
09.00				
10.00				
11.00				
12.00				
13.00				
14.00				
15.00				
16.00				
17.00				
18.00				
19.00				
20.00				
21.00				
22.00				
23.00				
24.00				
01.00				
02.00				
03.00				
04.00				
05.00				
06.00				
Ialt				

Var det et typisk døgn?

ja nej

Nedre vandladningsproblemer hos mænd

Sygehus Fyn 2001

Tekst: Alment praktiserende læge Gorm Jensen
Layout og illustration: A B Grafisk Design
Tryk: Fyns Amts Trykkeri

Yderligere eksemplarer kan fås hos
Praksiskonsulentordningen, GS-Gangen
Odense Universitetshospital, 5000 Odense C
Tlf. 6541 1622
Fax 6611 9343