



# **Samverkansdokument Primärvård och Urologi Region Dalarna**

# Innehållsförteckning

<i>Inledning</i>	<i>sid 4</i>
<i>Allmänt gällande remisskrivning till urologen</i>	<i>sid 4</i>
<i>Allmänt gällande remiss från urologen till primärvården</i>	<i>sid 4</i>
<b><i>Cancer i urinvägarna</i></b>	<b><i>sid 5</i></b>
<i>Urotelial cancer</i>	<i>sid 5</i>
<i>Njurcancer</i>	<i>sid 5</i>
<i>Njurcystor</i>	<i>sid 5</i>
<i>Prostatacancer/PSA-provtagning</i>	<i>sid 6</i>
<i>Peniscancer</i>	<i>sid 7</i>
<i>Testikelcancer</i>	<i>sid 7</i>
<b><i>Miktionsrubbningsar</i></b>	<b><i>sid 8</i></b>
<i>Trängningsbesvär/irritativa besvär/överaktiv blåsa</i>	<i>sid 8</i>
<i>Miktionsrubbningsar hos män</i>	<i>sid 9</i>
<i>BPH</i>	<i>sid 9</i>
<i>Akut urinretention</i>	<i>sid 9</i>
<i>Kronisk urinretention</i>	<i>sid 10</i>
<i>Hematuri</i>	<i>sid 10</i>
<i>Hematospermi</i>	<i>sid 10</i>
<b><i>Sten i urinvägarna</i></b>	<b><i>sid 11</i></b>
<i>Uretärsten</i>	<i>sid 11</i>
<i>Njursten</i>	<i>sid 11</i>
<i>Blåsten</i>	<i>sid 12</i>
<b><i>Infektioner</i></b>	<b><i>sid 13</i></b>
<i>Epididymit</i>	<i>sid 13</i>
<i>Recidiverande cystit hos kvinnor</i>	<i>sid 13</i>
<i>Pyelonefrit</i>	<i>sid 13</i>
<i>Avstängd pyelit</i>	<i>sid 14</i>
<i>Infektion efter prostatabiopsi</i>	<i>sid 14</i>

# Innehållsförteckning

<b><u>Penila åkommor</u></b>	<b><u>sid 15</u></b>
<u>Hudförändringar på penis/förhud/glans</u>	<u>sid 15</u>
<u>Fimosis</u>	<u>sid 15</u>
<u>Parafimosis</u>	<u>sid 16</u>
<u>Erekttil dysfunktion</u>	<u>sid 16</u>
<b><u>Andrologi</u></b>	<b><u>sid 16</u></b>
<b><u>Skrotala åkommor</u></b>	<b><u>sid 17</u></b>
<u>Testistorsion</u>	<u>sid 17</u>
<u>Hydrocele</u>	<u>sid 17</u>
<u>Varicocele</u>	<u>sid 18</u>
<u>Spermatocele</u>	<u>sid 18</u>
<u>Skrotala smärtor</u>	<u>sid 18</u>

# Inledning

Detta dokument är framtaget gemensamt mellan representanter för primärvården och urologin i Dalarna och utgör riktlinjer för samarbetet kring patienter med urologiska sjukdomar och diagnoser. Här framgår vilka utredningar och åtgärder som ska göras i primärvården och vilka patienter som ska remitteras vidare för bedömning på urologmottagning. Dokumentet gör inte anspråk på att täcka in alla urologiska patienter, utan ska vara ett stöd för primärt handläggande vid nya symtom eller nyupptäckt sjukdom. Här framgår också vad som gäller vid remittering av urologpatienter till primärvården för fortsatt uppföljning.

Dokumentet ska fungera som ett stöd för läkare i primärvården och även för remissbedömare på urologen i Falun.

Remisser där bedömningen landar i att patienten inte behöver träffa en urolog kommer besvaras skriftligt till inremitterande, alternativt att urolog tar kontakt med patienten per telefon.

På dagtid (måndag till fredag) finns alltid en urologkonsult i Falun, den nås via växeln eller jourlistan. Urologkonsulten söks i första hand för frågor som behöver svar samma dag. Mindre skyndsamma frågor kan hanteras remissvägen.

Urologbakjour finns i Falun måndag till torsdag, kl 16:30 till 07:45. Övriga tider är kirurgklinikens primär- och bakjour ansvarig även för urologin.

## Allmänt gällande remisskrivning till urologen

Alla remisser ska innehålla relevant anamnes, övriga sjukdomar, status, aktuella symtom, utredningsfynd och lab.

För många av de patienter som remitteras till urologen är det avgörande för bedömningen om patienten är operabel. Denna bedömning görs av bedömande urolog, men underlättas om det finns någon beskrivning av patientens funktionsnivå i remissen. Lämpligen social situation och aktivitetsnivå t ex "ensamboende i hus, promenerar 3 km dagligen" eller "hemtjänst x 4, vilar långa stunder på dagarna".

## Allmänt gällande remiss från urologen till primärvården

I remissen ska tydligt framgå vilken urologisk diagnos patienten har behandlats för och vad som är gjort.

Det ska framgå vilken typ av uppföljning som ska göras i primärvården och hur ofta, samt i vilket läge patienten ska remitteras tillbaka till urologen.

Vid remiss av cancerpatienter till primärvården skall remissen "Cancer, aktiv överlämning" användas.

# Handläggning av urologiska sjukdomstillstånd

## Cancer i urinvägarna

### Urotelial cancer

Cancer i njurbäcken, uretär och urinblåsa. Rökning är den viktigaste riskfaktorn för urotelial cancer.

### Handläggning

- Misstanke om urotelial cancer handläggs enligt gällande [SVF förlopp](#)
- Makroskopisk hematuri hos individer 50 år eller äldre, samt fynd vid bilddiagnostik utgör välgrundad misstanke för urotelial cancer.

### Njurcancer

Njurcancer upptäcks oftast som ett bifynd på DT-undersökning. Sjukdomen är oftast asymtomatisk. Symtom på njurcancer kan vara hematuri, palpabel resistens i flanken, varicocele som inte tömmer sig i liggande.

Vid röntgenfynd starkt talande för njurcancer:

### Handläggning

- Patienter remitteras till urologen enligt gällande [SVF-förlopp](#).

### *Njurcystor*

Njurcystor förekommer hos 50 % av alla individer över 50 år och är således ett vanligt förekommande bifynd på DT-undersökningar. Majoriteten av dessa är benigna. Cystor klassificeras enligt Bosniaks klassifikation (I - IV). Om en cista i röntgensvar klassas som benign/enkel/Bosniak I/Bosniak II så är den benign och kräver varken remiss eller uppföljning.

För cystor som inte säkert radiologiskt kan klassas som benigna, enligt ovan, skrivs remiss till urologen för bedömning. Det gäller Bosniak IIF, Bosniak III och andra oklara cystor.

### Handläggning

- Remiss till urolog för bedömning och ställningstagande till uppföljning
- Vid remissbedömning och granskning av röntgenbilder fattas beslut om uppföljning eller behandling
- Om ingen uppföljning/behandling krävs skickas standardsvar till patient och inremitterande
- Om DT-uppföljning planeras får patienten ofta besked via telefon eller brev
- Om cystan bedöms vara en tumör och således kräver behandling så kallas patienten till mottagningen.

## Prostatacancer/PSA-provtagning

PSA har normalt en viss fluktuation hos alla patienter. Vissa tillstånd såsom urinretention, urinvägsinfektion, katetersättning eller annat ingrepp i urinvägarna kan ge en kraftig påverkan av PSA utan att det innebär cancermisstanke.

- PSA bör ej kontrolleras i samband med de akuta tillstånd, om prov ändå tagits, skall det kontrolleras om efter 4 veckor, innan ställningstagande till remiss. Kontakta urologkonsulten vid eventuell osäkerhet inför att avvakta
- Vid palpabel knöl i prostata så ska PSA kontrolleras och remiss skrivas enligt SVF, då detta inger välgrundad misstanke om prostatacancer oavsett PSA.

## Utredning av misstänkt prostatacancer

Riktlinjer för PSA-provtagning samt utredning av patienter med misstänkt prostatacancer framgår i [vårdprogrammets kortversion för allmänläkare](#).

## Handläggning

- Patienter remitteras till urologen enligt gällande [SVF-förlopp](#)
- Vid bedömning hos urolog fattas beslut om indikation för MRT-undersökning. Remiss för MRT-prostata skall inte skrivas från primärvården.

## Uppföljning i primärvården

Patienter med PSA över gränsvärde, där utredning på urologmottagningen inte påvisat någon cancer, följs vanligen med årligt PSA i 3 - 5 år. Urologen ska i remiss/remissvar till primärvården ange vilket PSA-värde som ska föranleda ny remiss till urologmottagningen samt hur länge uppföljningen ska pågå.

Patienter med prostatacancer i stabilt läge (efter tidigare genomgången behandling eller i expektans), som inte är aktuella för kurativt syftande åtgärd kan kontrolleras i primärvården. Remissen "Cancer, aktiv överlämning" ska användas.

## Handläggning

Tydlig remiss från urolog:

- Hur ofta ska PSA kontrolleras, hur länge? Andra prover?
- Eventuella kliniska kontroller? Prostatapalpation, hur ofta?
- Kriterier för återremiss till urologen.
- Vad har patienten för cancer, eventuell behandling.

## Peniscancer

Ovanlig, men allvarlig, ofta aggressiv tumörform. Ofta patients delay. Papillära, vårtliknande förändringar eller svårläkta sår på penis, oftast på glans eller förhud. Peniscancer är nivåstrukturerat till Universitetssjukhuset i Örebro, vilket innebär att patienter som kräver större kirurgi remitteras vidare dit efter initial bedömning i Dalarna.

### Handläggning

- Patienter remitteras till urologen enligt gällande [SVF-förlopp](#)
- Remissen ska innehålla noggrann beskrivning av den misstänkta tumören, gärna med bild i Picsara
- Vid remissbedömning hos urologen beslutas om biopsi och radiologisk utredning.

## Testikelcancer

Kan debutera i alla åldrar, men ofta i unga vuxenlivet. Testikelcancer skall handläggas mycket skyndsamt då det i vissa ovanliga fall kan progrediera från lokaliserad till generaliserad sjukdom på några veckor.

### Handläggning

- Palpabel knöl i testikeln utgör välgrundad misstanke om testikelcancer
- Vid misstanke om testikelcancer skickas remiss till röntgen för ultraljud av testiklarna, samt till urologmottagningen enligt gällande SVF-förlopp ([SVF testikelcancer](#))
- Vid tumörmisstanke skall radiolog som utfört ultraljudet kontakta urologkonsult som tar över handläggningen. Patienten får inte svar vid undersökningen, men får ett snabbt återbesök till urologmottagningen
- Vid benigt svar på ultraljudsundersökningen får inremitterande gärna hantera detta och dra tillbaka remissen
- Vid bedömning hos urologen tas beslut om operation, samt kompletterande prover och radiologi
- Vid oklarheter eller om något verkar dra ut på tiden, kontakta urolog-konsulten.

## Miktionsrubbingar

Miktionsrubbingar är vanligt hos både kvinnor och män och besvären tilltar ofta med åldern för alla människor oavsett kön.

Det finns ett omfattande [Länsgemensamt vårdprogram för urininkontinens och/eller blåsrubbingar](#). Där framgår utredningsgång, remisskriterier, uppföljning och bra bakgrundsinformation. Detta samverkansdokument kan ses som komplement till det vårdprogrammet.

Nedan följer förslag till handläggning för de symptom som patienter oftast remitteras till urologen för:

### Trängningsbesvär/irritativa besvär/överaktiv blåsa

Kan ha många orsaker där infektion och retention är vanliga. Kan också bero på blåsten, tumör, kroniskt cystit mm. Ofta finner man ingen orsak till besvären.

#### Handläggning

- Utred och behandla eventuell infektion och urinretention
- Vid kvarstående besvär där infektion och urinretention uteslutits så kan läkemedelsbehandling inledas och utvärderas i primärvården. Utvärderas inom en månad
  - Antikolinergika (ex Tolterodin) kan övervägas till patienter med övervägande trängningsbesvär. Försiktighet vid administrering till äldre patienter på grund av risken för biverkningar. Försiktighet vid tendens till resurin. Ökar ej risk för akut urinretention, men kan ge ökad mängd resurin över tid. Vid resurin >300 så bör behandlingen avslutas
  - Mirabegron (Betmiga) kan ges till patienter med trängningsbesvär där antikolinergika är olämpligt på grund av ålder eller biverkningar.
- Remiss till urologen om otillräcklig effekt av läkemedelsbehandling efter en månad. Indikationen för cystoskopi är vid.



## Miktionsrubbingar hos män

LUTS (Lower urinary tract symptoms) kan bero på BPH (benign prostatahyperplasi), men kan ha många andra orsaker. Ofta är symtombilden komplex.

### Handläggning

- Utredning i primärvård
  - Anamnestagandet bör fokuseras för att förstå om patienten har i huvudsak lagrings- eller tömningssymtom
  - IPSS, miktionslista och tidsmiktion (tid till första dl) är viktiga verktyg
  - Prostatapalpation
  - Bladderscan för resurin
  - Provtagning: Urinsticka, eventuell odling, PSA vid UVI tas PSA tidigast 4 veckor efter avslutad behandling), krea.
- Remiss till urologen vid
  - Tidigare prostatakirurgi (strikturmisstanke)
  - Cancermisstanke, se övriga avsnitt
  - Förhöjt s-kreatinin
  - Uttalade symtom (IPSS  $\geq$  18)
  - Tömningssymtom hos yngre patient (<40år).

## *BPH*

Förstorad prostata kan ge obstruktion (tömningssymtom) som sekundärt kan ge irritativa besvär (lagringssymtom). Vid klinik talande för symptomgivande BPH:

### Handläggning

- Läkemedelsbehandling inleds och utvärderas i primärvården:
  - Alfa-adrenoceptor-blockerare (ex Alfuzosin) relaxerar muskulatur i nedre urinvägarna. Ges där lagringssymtom dominerar. Behandlingseffekt bör ses inom 6 veckor.
  - 5-alfa-reduktashämmare (Finasterid) hämmar testosteronets effekt på prostatatillväxt, krymper prostatakörteln. Ges vid symptom och samtidig prostataförstoring. Långsamt insättande behandlingseffekt på 3 - 6 månader. (OBS! En halvering av PSA förväntas. Stigande PSA under Finasterid-behandling motiverar remiss till urolog.)
- **Remiss till urolog vid otillräcklig effekt av läkemedelsbehandling.** Använd standardremiss i TC för LUTS. Alla fält ska vara ifyllda och aktuell IPSS, miktionslista och tidsmiktion skall finnas.

## *Akut urinretention*

Handläggs enligt särskild vårdrutin för [Akut urinretention](#).

### *Kronisk urinretention*

En mindre mängd resurin hos män utan symtom eller komplicerande faktorer behöver inte behandlas.

Komplicerande faktorer: upprepade infektioner, kreatininstegring, stenbildning.

#### Handläggning

- Kateteravlastning om resurin >300ml. Överväg behandling enligt avsnittet om BPH. Gör kateterdragningsförsök
- Remiss till urologen om kateter ej kan avvecklas.
- Remiss till urologen vid resurin (avsett mängd) och komplicerande faktorer:
  - Upprepade infektioner
  - Stenbildning
  - Kreatininstegring

### Hematuri

#### Handläggning

- Makroskopisk hematuri handläggs enligt SVF, se avsnittet om urotelial cancer
- Enstaka episod av makroskopisk hematuri i samband med infektion hos patient under 50 år, behöver inte remitteras. Vid upprepade hematuriepisoder skall remiss skickas (ej SVF)
- Mikroskopisk hematuri utreds ej om inte patienten har andra symtom som föranleder utredning
- Screening för mikroskopisk hematuri rekommenderas ej.

### Hematospermi

Är oftast ofarligt.

#### Handläggning

- PSA och palpation av prostata och testiklar. Vid tumörmisstanke handläggning enligt SVF prostatacancer, annars avvakta
- Remiss till urologen om fortsatt hematospermi efter 2 månader.

## Sten i urinvägarna

Patienter med njur- eller uretärsten blir av resursskäl sällan kallade till urologmottagning. Med en bra remiss och aktuella röntgenbilder så kan dessa patienter oftast handläggas av urologen via telefonsamtal med patienten då man planerar för åtgärd eller kontroll.

### Uretärsten

Uretärstenar  $\leq 5$  mm avgår ofta spontant, större stenar avgår sällan spontant.

Majoriteten av uretärstenar opereras med endoluminal laserlitotripsi. Operationen görs i Falun eller Mora. Via urinröret förs ett ureteroskop in och vidare upp i urinledaren. Med laser behandlas stenen till små smulor. Operationen görs i narkos.

### Handläggning:

- Akut uretärstensanfall kan handläggas i primärvården med smärtlindring (NSAID im) och DT-kontroll efter 2 – 3 veckor. Vid misstanke om avstängd pyelit skall patient remitteras utan dröjsmål till akutmottagningen.
- S-Ca och S-urat skall kontrolleras på alla patienter med njur- eller uretärsten.
- Uretärsten utan akuta symtom, eller vid uppföljning 2 – 3 veckor efter akut anfall.
  - Sten  $\leq 5$  mm och samtliga:
  - ingen hydronefros
  - smärtfri patient
  - normalt kreatinin,

kan följas upp med en ny sten-DT om 3 månader. Tablett Alfuzosin 10 mg till natten underlättar avgång av distal sten och kan sättas in om inte kontraindikationer föreligger. Remiss till urologen om sten inte avgått vid kontroll.

- Sten  $\leq 5$  mm remitteras vid hydronefros, uttalade symtom eller kreatininpåverkan, som inte har annan orsak.
- Sten  $> 5$  mm i uretären remitteras till urologen.

### Njursten

Behandling av njurstenar innefattar ESWL (stötvågsbehandling) och perkutan stenextraktion (operation av njursten) som för närvarande görs på urologen i Örebro. En del njurstenar opereras med laserlitotropsi, som görs i Falun, oftast dagkirurgiskt.

### Handläggning

- Njursten upptäcks ofta vid röntgen på annan indikation
  - Enstaka sten  $\leq 5$  mm kräver ingen åtgärd eller kontroll
  - Sten  $> 5$  mm eller multipla stenar remitteras till urologen, för ställningstagande till åtgärd eller kontroller.
- S-Ca och S-urat skall kontrolleras på alla patienter med njur- eller uretärsten.

## Blåssten

Blåssten bildas vid ofullständig tömning av urinblåsan, som i sin tur kan bero på bl.a. avflödeshinder eller neurogen blåsrubbning. Blåssten kan även bildas på grund av kvarliggande kateter och orsakar ibland kuffruptur. Patienter med sten i blåsan har i allmänhet bakteriuri och sten kan vara orsak till recidiverande urinvägsinfektioner. Patienterna kan ha trängningsbesvär eller uppleva att de måste sitta/stå i ett speciellt läge för att kunna tömma blåsan.

Blåssten kan hittas som ett bifynd på röntgenundersökning och kan ses vid cystoskopi.

Blåssten opereras vanligen med transuretral cystolitektomi. Detta görs oftast dagkirurgi och patienten är sövd eller i ryggbedövning. Om indikation föreligger kan TURP göras i samma seans.

Stora blåsstenar >3cm opereras öppet via ett lågt medellinjesnitt.

### Handläggning:

- Patienter med misstänkt eller konstaterad blåssten skall i allmänhet remitteras till urologen.

## Infektioner

Handläggs enligt Region Dalarnas terapirekommendationer utgivna av Läkemedelskommittén ([Terapirekommendationer](#)).

Många olika typer av besvär tolkas ibland av både patient och läkare som UVI. Differentialdiagnostiken är tyvärr inte alltid enkel. Patienter med långdragna besvär, negativa odlingar och utebliven förbättring av antibiotika har sannolikt annan diagnos. Se avsnittet om miktionsrubbingar.

### Epididymit

Epididymit karaktäriseras av smärta i skrotum i kombination med infektionstecken; rodnad, svullnad, värmeökning, palpationsömheter, feber etc. Bakteriell epididymit är vanligast hos äldre patienter. Motsvarande symtom hos barn eller unga kan vara tecken till testistorsion.

För handläggning av patienter som inte har några infektionstecken, se avsnittet om skrotala smärtor.

Vid klinisk misstanke om epididymit:

#### Handläggning

- Allmänpåverkad patient remitteras till akuten
- Patient utan allmänpåverkan kan handläggas i primärvården:
  - Anamnes inkl miktionsbesvär och sexualanamnes.
  - Statusundersökning
  - Urinodling
  - Klamydia- och gonorréprov
  - Behandling:
    - Ciprofloxacin 500mg 1 x 2 i 2 – 3 veckor, alternativt Trimetoprim/sulfametoxazol (Bactrim, Eusaprim) 160 mg/800 mg, 1 x 2 i 2 – 3 veckor
    - Vid misstanke om klamydia: se terapirekommendationer.

### Recidiverande cystit hos kvinnor

Recidiverande cystit definieras som minst två antibiotika- behandlade episoder av akut cystit det senaste halvåret eller minst tre under det senaste året. Kontrollera urinodlingar och utvärdera effekt av insatt antibiotika, så att diagnosen är korrekt, se ovan. Recidiverande cystit är inte i sig en indikation för cystoskopi.

Handläggs enligt [Region Dalarnas terapirekommendationer](#) utgivna av Läkemedelskommittén.

### Pyelonefrit

Pyelonefrit handläggs inte på urologen. För information hänvisas till [Region Dalarnas terapirekommendationer](#) och till infektionskliniken.

### Avstängd pyelit

Avstängd pyelit är ett potentiellt livshotande tillstånd.

#### Handläggning:

- Vid misstanke om avstängd pyelit skall patienten remitteras till akutmottagningen utan dröjsmål.

### Infektion efter prostatabiopsi

Trots adekvat antibiotikaproylax så drabbar febrila komplikationer upp till 2 % av de patienter som genomgår transrektal prostatabiopsiering. En del av dessa utvecklar urosepsis, vilket kan utvecklas mycket snabbt.

Patienter informeras vid biopsitillfället om att söka akuten i vid feber efter biopsitagning.

#### Handläggning:

- Patienter som drabbas av feber inom 2 dygn efter prostatabiopsiering skall hänvisas direkt till akutmottagning.

## Penila åkommor

### Hudförändringar på penis/förhud/glans

Vid misstanke om peniscancer så skall remiss till urologen skrivas enligt SVF, se rubrik Peniscancer.

Övriga hudförändringar som inte svarat på behandling enligt allmänmedicinska principer remitteras till hudkliniken. Även patienter med begynnande fimosis, där det föreligger någon form av hudförändring som genes, kan remitteras primärt till hudkliniken.

### Fimosis

En förträngning av främre delen av förhuden som gör att förhuden inte kan dras tillbaka över ollonet.

Vid äkta fimosis är förhuden stel och fibrotisk och vitnar vid försök till retrahering. Vid fysiologisk fimosis är förhuden mjuk och blir strutformad vid retrahering.

Fysiologisk fimosis hos små barn är symtomfri och löser sig innan tonåren. Ballonering och sned stråle vid fysiologisk fimosis är inte indikation för behandling hos små pojkar.

Barn med fimosis handläggs av kirurgerna på bröst-/endokrinteamet på kirurgkliniken i Falun. Vid behov av bedömning skall remiss skrivas dit. Vuxna remitteras till urologen. (Alla remisser påtittas och sorteras rätt oavsett vilken enhet de skickas till.)

### Handläggning:

- Behandling bör ske vid:
  - Äkta fimosis och lindriga symtom
  - Återkommande balaniter vid fysiologisk fimosis
  - Om kvarvarande fysiologisk fimosis vid puberteten.

#### Behandling:

- Initial behandling med stark kortisonsalva, Dermovat morgon och kväll i 4 veckor: Förhuden dras tillbaka så långt det går och sedan stryks ett tunt lager på det trånga partiet utan att det kommer i kontakt med glans. Om viss men otillräcklig effekt görs behandlingsuppehåll 2 veckor och sedan ny behandlingsperiod på 4 veckor.

#### Remiss till kirurg/urolog vid:

- Utebliven effekt av kortisonbehandling (4 veckor + 4 veckor enligt ovan)
- Krystmiktion eller svag stråle
- Upprepade infektioner

#### *På remissen:*

- Uppge äkta eller fysiologisk fimosis
- Graden av besvär
- Effekten av kortisonbehandling

### Parafimosis

Akut tillstånd då förhud med lätt fimosis drags tillbaka över glans och sedan inte kan reponeras fram igen. Kraftig svullnad av den retraherade förhuden proximalt om glans och så småningom också av glans.

#### Handläggning:

- Snabb reponering på grund av risk för ischemi av förhuden eller glans. Lagg rikligt med Xylocain-gel och krama kring ödemet i glans och den retraherade förhuden. När ödemet minskat reponeras glans in genom fimosis-ringen (använd tummarna och ett samtidigt drag av förhuden med båda pek- och långfingrar)
- Om ej framgångsrik behandling akutremiss till kirurgakuten för nytt försök eller där ställningstagande till dorsalklipp
- Om framgångsrik reponering remiss till urologen för uppföljning och ställningstagande till elektiv åtgärd
- Informera patienten att inte lämna förhuden retraherad.

### Erektildysfunktion

ED förekommer hos 40 % av 40-åringar och 70 % av 70-åringar. Det är starkt kopplat till metabola syndromet, men kan också ha endokrina, neurogena och psykogena orsaker.

#### Handläggning

- Utredning av bakomliggande orsaker, samt behandlingsoptimering av dessa sker i primärvården
- Behandling med PDE-5-hämmare per os inleds och utvärderas i primärvården
- Behandling med Alprostadil topikalt (Bondil, Vitaros) kan inledas och utvärderas i primärvården
- Vid otillräcklig effekt av ovanstående remiss till urologen för ställningstagande till intracavernös behandling.

### Andrologi

Vid frågeställningar gällande misstänkt eller manifest hypogonadism skall remiss skrivas till endokrinmottagningen.



## Skrotala åkommor

Vid misstanke om tumör i testikel så skall remiss för ultraljud och remiss till urologen skrivas enligt SVF, se rubrik Testikelcancer.

Vid skrotala besvär där det inte finns tumörmisstanke eller misstanke om testistorsion bör remiss för ultraljud skrivas av distriktsläkare som inväntar svar innan remiss skrivs till urologen. Handläggning utifrån diagnos enligt nedan. Skrotala besvär är förknippat med mycket oro för patienten och det är därför en relativt vanlig sökorsak jourtid på akutmottagningen. Ultraljud testis är en bra undersökning som ofta kan utesluta farlig diagnos. Var liberal med ultraljudsremiss från primärvården.

### Testistorsion

Testistorsion kan vara en svår diagnos att ställa. Den typiska patienten är en gosse i tidig pubertet med hastigt insättande smärtor i ena testikeln, men det kan yttra sig på många olika sätt och differentialdiagnostiken kan vara svår. Det är relativt ovanligt med testikeltorsion hos vuxna, men det förekommer. För att rädda testikeln bör patienten opereras inom 6 timmar från symtomdebut.

#### Handläggning

- Barn och unga vuxna skall remitteras omgående till akutmottagningen vid misstanke
- Vuxna och äldre patienter: Ta gärna kontakt med urologkonsult/ kirurg-primärjour per telefon innan patienten skickas till akutmottagningen.

### Hydrocele

Vätskeansamling i tunica vaginalis i scrotum. Vanligt och ofarligt men kan vara besvärande. Diagnos ställs genom att sätta en lysande ficklampa mot den scrotala svullnaden. I ett mörkt rum lyser då hydrocelet upp som en klarröd lampa.

Behandlingsalternativen är operation (i narkos/ryggbedövning) eller skleroserande behandling (i lokalbedövning på mottagningen).

#### Handläggning

- Ultraljud beställs från primärvården vid osäker diagnos
- Hydrocele utan symtom behöver inte behandlas eller bedömas av urolog
- Remiss till urologen vid besvär på grund av storlek eller besvärande tyngdkänsla för ställningstagande till åtgärd.

## Varicocele

Åderbräck i pungen i nätverket av kärl som dränerar testiklarna, vanligast på vänster sida, på grund av vena testicularis sinister är längre än dexter. Viss koppling kan finnas mellan varicocele och infertilitet. Varicocele behandlas med endovaskulär coiling vilket görs på röntgenkliniken.

### Handläggning

- Ultraljud beställs från primärvården vid osäker diagnos
- Varicocele utan symtom behöver inte behandlas eller bedömas av urolog
- Hastigt debuterande eller progredierande varicocele eller uttalat högersidigt varicocele kan vara tecken på intraabdominell process som påverkar det venösa avflödet från skrotum. Palpera ljumskar och överväg DT buk
- Remiss till urolog vid besvär på grund av storlek eller besvärande tyngdkänsla för ställningstagande till åtgärd.

## Spermatocele

Cysta i epididymis. Vanligt bifynd vid ultraljud. Ofarligt.

Behandlingsalternativen är operation (i narkos/ryggbedövning) eller skleroserande behandling (i lokalbedövning på mottagningen).

### Handläggning

- Ultraljud beställs från primärvården vid osäker diagnos
- Spermatocele utan symtom behöver inte behandlas, följas upp eller bedömas av urolog
- Remiss till urolog vid besvär på grund av storlek eller tyngdkänsla för ställningstagande till åtgärd.

## Skrotala smärtor

Många patienter söker för smärta i testikeln utan några egentliga infektionstecken, men eventuellt viss palpationsömhet över bitestikeln. Dessa patienter bör inte få diagnosen epididymit och ej heller behandlas med antibiotika. Ibland kan det vara del av en bäckenbottenproblematik. Ofta går besvären över och det finns ofta en stor oroskomponent som gör att patienterna söker akut på jourtid. Vid tydligt intervallartade smärtor i pungen kan det vara referred pain från ett uretärkonkrement.

### Handläggning

- Vid misstanke om testikeltorsion, se ovan
- Vid patologiskt palpationsfynd handläggning enligt SVF testikelcancer, annars enligt nedan:
  - Anamnes inklusive miktionsbesvär och sexualanamnes
  - Statusundersökning, eventuell palpation av bäckenbottenmuskulatur
  - Urinodling
  - Klamydia- och gonorréprov
- Utredning:
  - Ultraljud polikliniskt
  - Överväg DT-njursten
- Behandling: paracetamol och NSAID stående i upp till 7 dagar.