

# AKUT UROLOGI

Lathund för handläggning på  
kirurgakuterna i Region Örebro Län



Region Örebro län



**Avstängd pyelit** Pyelonefrit med samtidigt avflödeshinder. Uretärsten vanligast men andra orsaker till avflödeshinder förekommer. Bör alltid övervägas vid flanksmärtor med samtidig hög feber. DT utan kontrast ger diagnosen, vid behov ges kontrast. Om diagnosen avstängd pyelit föreligger skall CRP, kreatinin, elektrolyter, hematologi, PK och blodgrupperingssvar finnas tillgängligt. Blod och urinodling är obligatorisk. Patienten skall ha intravenös antibiotika och avlastas med nefropyelostomi akut om septisk. Antibiotika skall vara givet innan avlastning. Ge Garamycin 4-5 mg/kg intravenöst. som stöddos vid septisk chock samt Tazocin 4 g x 3 eller Cefotaxim 1g x 2-3 (kan behövas högre dos ibland).

**OBS! Bakjouren på urologen skall alltid konsulteras vid denna diagnos!**

**Akut Njur-  
Uretärstens-  
anfall**  
*N20.0/N20.1*

Smärtlindring i 1:a hand med NSAID-injektion, ex Voltaren 75 mg intramuskulärt alternativt centralverkande analgetika. För att säkerställa diagnosen görs akut DT-urinvägar (ej kontrast). Efter kl. 22.00 skjuts röntgen upp till tidig förmiddag nästa dag. Om patientens klinik kräver en akut undersökning skall den naturligtvis utföras även efter kl. 22.00. Temp. skall alltid kontrolleras! Lab skall inkludera P-Krea, P-Ca, P-Urat och urinodling. Vid samtidig hög feber misstänk avstängd pyelit.

Vid hemgång: Ge patienten ett recept på NSAID-stolpiller samt 1 st informations-broschyr, finns på sjuk-sköterskeexpedition. Skriv remiss för fortsatt uppföljning av urolog.

**Beställ ej uppföljande röntgen, det gör urologen!**

**Epididymit**  
N45.9

Vid förstagångsinsjuknande finns indikation för antibiotika, yngre män behandling med tetracykliner (t.ex. Doxycyklin 100 mg standarddos) lång behandlingstid 3 veckor alternativt Ciproxin 500 mg x 2. Urinodling samt Klamydia i urin PCR-test. Överväg alltid testistorsion som diff. diagnos. Vid recidiv bör endast antibiotika användas vid tydliga infektionstecken, t.ex. feber och uttalad CRP-stegring. Eventuellt remiss till Urologiska kliniken för uppföljning.

Uppföljningen är till för att utesluta testikelcancer och behövs inte om patienten genomgått ultraljud eller om man kunnat genomföra en ordentlig palpation av testiklarna, den behövs inte heller hos äldre då det framför allt är män under 40 års ålder som drabbas av testikelcancer. Hos äldre kontrollera resurin och behandla som UVI med behandlingstid 3-4 veckor.

**Inneliggande uretärkateter (J-coil)** Inneliggande kateter mellan njurbäcken och urinblåsa. Oftast efter endoskopisk operation i övre urinvägarna. Om katetern luxerar ned förbi slutmuskeln kan den orsaka totalinkontinens. Katetern ger ofta trängningsbesvär. Vid uttalade besvär (och kateter försedd med tråd) eller om katetern glidit ned kan den avlägsnas i gelanestesi.

**Kontrollera dock alltid först med op-jour/urologbakjour att det är OK att avlägsna katetern.**

Trängningar kan symtomlindras med antikolinergika preparat ex. Detrusitol eller NSAID-preparat ex. Diklofenak.

**Kateterstopp**  
*T83.0/Z46.6* Byt KAD. Har alltid bakteriuri. Antibiotika endast vid feber eller smärtor. Om patienten är nyopererad med radikal prostatektomi ska KAD inte bytas, eventuell dragning diskuteras med urologbakjour.

**Makroskopisk hematuri**  
R31.9

Ska alltid utredas (cystoskopi + DT urografi) vid ålder över 40 år. Ge råd om vila och mycket dryck samt skicka urinodling. Remiss enligt Standardiserat vårdförlopp till Urologiska kliniken som då ordnar remiss för DT och kallar för cystoskopi. Se länk nedan för instruktioner. Vid massiv hematuri, med urinstämna, inläggning med en trevägskateter och spoldropp.

**Op-jour konsulteras innan inläggning!**

<http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vardriktlinjer-och-rutiner/cancervard/urologisk-cancer/standardiserade-vardforlopp---urologisk-cancer/>

Eller sök på SVF urotelial på intranätet.

**Nefro-pyelostomi**

Kontroll av läge (antegrad pyelografi) och byte görs av röntgen. Om bekymmer nattetid, skriv remiss till röntgen för kontroll av läge och ev. korrigerig eller byte.

Om katetern åker ut skall patienten snarast skickas till röntgen för att om möjligt få en ny kateter via den gamla kanalen. **Det är bråttom!! Kanalen sluter sig snabbt och patienten skall även till sjukhuset mitt i natten – ej vänta till morgonen.**

**Prostata-  
cancer**  
C61.9

Patienten söker ibland akut på grund av allmän avtackling och smärtor. Många gånger behövs inläggning för inställning av smärtmedicinering. Var uppmärksam på att kotpelarmetastaser kan ge ryggmärgspåverkan och pareser. Detta skall i så fall bedömas och ev. åtgärdas akut. MR samt ortopedkonsultation. **Kontakta sjukvården!**

<http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vardriktlinjer-och-rutiner/cancervard/prostatacancer/standardiserade-vardforlopp.-prostatacancer/>

Eller sök på SVF prostatacancer på intranätet

**Prostatit  
akut/kronisk**  
N41.0/N41.1

**Akut:** Perineal smärta, vattenkastningsbesvär och hög feber ev. retention. Kraftigt ömmande svullen prostata. Behandling med Ciproxin i hög dos under 3-4 veckor. Alvedon och NSAID som smärtlindring. Kan ev. behöva suprapubisk kateter samt läggas in. Sällsynta fall.

**Kronisk:** Kronisk smärtproblematik från prostata/perineum. Alvedon och NSAID som regelbunden medicinering. Antibiotika endast vid förstagångsinsjuknande eller vid tecken på bakteriell infektion. Urinodling samt klamydia i urin PCR-test. Vanliga fall.

<b>Pyelonefrit</b> <i>N10.9</i>	Överväg avstängd pyelit. Tag urinodling ev. blododling. Tag infektionsblodprover. Behandling med Ciproxin 500 mg x 2 alternativt Eusaprim forte 1 x 2 i 2 veckor. Följ upp patienten på vårdcentralen. Inläggningsfall med allmänpåverkan placeras i regel på Infektionskliniken, ej i första hand på Urologiska kliniken.
<b>Parafimosis</b> <i>N47.9C</i>	<p><b>Tänk på avstängd pyelit!</b></p> <p>Fimosis med förhud som fastnat tillbakadragen. Ödem i förhud och glans hindrar framdragning av förhuden. Lägga kompression över ödemet, ofta är det bäst att krama hårt med handen och samtidigt försöka reponera in glans genom fimosisringen. Om det behövs lägga penisblockad. Barn kan behöva reponeras i narkos. Operation behövs sällan akut – i så fall kontaktas <b>op-jour</b>. Dessa patienter skall följas upp hos urolog (de kan elektivt behöva fimosisopereras). Skriv remiss till Urologiska kliniken för uppföljning.</p>
<b>Priapism</b> <i>N48.3</i>	Smärtsam erektion som inte ger sig spontant. Smärtlindring kan behövas. Kontakta <b>op-jour</b> som i sin tur vid behov kontaktar <b>urologbakjour</b> .
<b>Suprapubisk Kateter</b>	Ofta permanent lösning vid avflödes hinder eller neurologisk sjukdom. Vid stopp, spola först, går det ej byt kateter. Om katetern åker ut skall man snabbt stoppa in en ny i den gamla



kanalen till blåsan. **Patienten skall omedelbart komma till sjukhuset även på natten och ej vänta till nästa dag. Det är bråttom, kanalen sluter sig snabbt!** Gela ordentligt, för in katetern och kuffa. Läget är rätt om vatten lätt går att spola in och lätt kommer tillbaka.

**Testikeltumör** Hård oregelbundenhet i testikeln, ofta yngre män (seminom 30-40 år, icke seminom 20-30 år). Skriv remiss till Urologiska kliniken.  
*D40.1*

**Snabb handläggning, enligt SVF**  
<http://intra.orebroll.se/riktlinjer--rutiner/vardriktlinjer-och-rutiner/cancervard/urologisk-cancer/njurcancer2/>

Patienten kallas inom några dagar. Söker patienten akut på kvällen kan man be honom återkomma dagen därpå för att träffa urolog på AKM.

**Testistorsion** Prioriteras för snabb bedömning. Kardinalsymtom är snabbt insättande smärta, ömhet, svullnad och rodnad av ena skrotalhalvan. Kan vara mer diffust. Vanligast mellan 10-24 års ålder. Ofta kan torsion inte uteslutas utan operation. Ultraljudsundersökning kan man ej lita på. Vid misstanke, snabb handläggning. Helst operation inom 6 timmar från debut.  
*N44.9*

Vanligaste diff.diagnos epididymit och torkverad Morgagnis hydatid.

**Konsultera op-jouren!**

**Urinavledning** Urinavledning, ofta efter cystectomi. Asymtomatisk bakteriuri föreligger ofta. UVI hos dessa patienter kan ge diffusa buksmärtor och feber. Infektionsblodprover samt urinodling ev. blododling. **Var frikostig med att kontakta urologbakjour via op-jouren!**

**Urinretention**  
*R33.9* Vid urinstämma sätt KAD. Vid resurin under 700 ml kan patienten ha katetern proppad dagtid. Skicka med tömbara påsar och propp samt meddelande till distriktssköterska om kateterdragningsförsök efter 3 dagar, ev längre om större retentioner. Remiss till Urologiska kliniken eller primärvården för uppföljning. Kontrollera alltid kreatinin.

Patienter med stor mängd resurin och kreatininpåverkan kan vid katetersättning hamna i en polyurisk fas. Dessa patienter kan behöva läggas in med intravenös väsketillförsel.

**Urinvägsinfektion**  
*N30.0* **Cystit hos män:** Prostatan är ofta engagerad varför längre behandlingstider än för kvinnor i regel behövs. Ta alltid urinodling! Kinoloner och Trim-Sulfa är förstahandsval, speciellt vid feber. Vid avsaknad av feber kan Selexid/Furadantin övervägas.

**KAD-bärare:** Alltid koloniserade med bakterier. Vid feber och/eller smärta där annan orsak är utesluten ge antibiotika, första tabletten på AKM. Byt katetern!

**Cystit hos kvinnor:** Se Infektionsklinikens riktlinjer: UVI.

**Övre UVI:** Se pyelonefrit.

**Urosepsis**  
A41.9

Septiskt påverkad patient där *urinvägarna misstänks vara infektionsfokus*. Inläggningsfall, i första hand på Infektionskliniken.

Behandlas initialt, efter säkrad blod- och urinodling, med injektion Tazocin 4 g x 3 eller Cefotaxim 1g x 2-3 (kan behövas högre dos ibland) och Garamycin 4-5 mg/kg intravenöst som stötdos. Gärna kontakt med infektionsjour ex om osäkerhet om antibiotikaval eller patient med tidigare ESBL-producerande bakterier.

**Tänk på septisk chock, dessa patienter skall ha snabb IVA-vård - kontakta MIG-gruppen via op-jouren!**

**Örebro 2019-02-27**  
**Urologiska kliniken, USÖ**



**Region Örebro län**