

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

plasma, Ureaplasma, Chlamydia eller *Trichomonas* kan dog ikke udelukkes [5].

Den symptomatiske behandling omfatter dels langtidsbehandling med bredspektrede antibiotika mod formodede mikroorganismer som nævnt ovenfor, dels alfaadrenerge stoffer mod en formodet blærehalsdysfunktion. Undertiden kan prostatamassage, nonsteroid antiinflammatoriske stoffer (NSAID) eller psykosedativa, f.eks. benzodiazepiner være lindrende. Der ses ofte kortvarig effekt af denne symptomatiske behandling, men symptomerne recidiverer. Behandlingerne kan da gentages. Symptomvarigheden af denne kroniske tilstand kan være adskillige år, fra et år til >40 år, gennemsnitlig syv år [4]. Derfor er det vigtigt at informere patienten om det kroniske sygdomsforløb, som ofte kan lindres eller elimineres ved en ændring i arbejds- og hverdagslivet. Hvis der er påvist funktionel/mekanisk obstruktion på blærehalsniveau, og patienten accepterer 15-20%'s risiko for retrograd ejakulation, er blærehalsincision en mere vedvarende behandlingsmulighed [6].

Korrespondance: *Cai Frimodt-Møller*, Erichsen's Privathospital, Trunnevangen 4B, 2920 Charlottenlund. E-mail: cfm@erichsens.dk

Antaget: 21. december 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Nickel JC. Prostatitis. Lessons from the 20.th century. *BJU Int* 2000;85:179-85.
2. Litwin McNaughton-Collins M, Fowler FJ, Nickel JC et al. The NIC Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPP): development and validation of a new outcome measure. *J Urol* 1999;162:369-75.
3. Larsen EH. Prostatitis. I: Stadil F, Lund B, Nordling J. Kirurgisk Kompendium. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2003:1384-90
4. Probert KJ, McNaughton-Collin M, Leiby BE et al. A prospective study of symptoms and quality of life in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: The National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study. *J Urol* 2006;175:619-23.
5. Siroky MB, Oates RD, Babayan RK. Handbook of Urology. Diagnosis and therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2004:223-31.
6. Gonzalez RR, Te AE. Is there a role for urodynamics in chronic nonbacterial prostatitis? *Curr Urol Rep* 2006;7:335-8.

Udredning af mænd med nedre urinvejssymptomer i almen praksis og på sygehuset

Afdelingslæge Bettina Nørby & overlæge Torben Dørflinger

Fredericia og Kolding Sygehuse, Urologisk Afdeling, og Aalborg Sygehus Nord, Urologisk Afdeling

Nedre urinvejssymptomer, såkaldt *lower urinary tract symptoms* (LUTS) hos ældre mænd blev i en årrække betragtet som synonymt med benign prostatahyperplasi (BPH). I dag ved man, at symptomerne er uspecifikke [1, 2] og kan forårsages af sygdomme og tilstande, der spænder fra et uhensigtsmæssigt væskeindtag til alvorlige cancersygdomme i prostata eller blære (**Figur 1**). BPH er dog fortsat den mest sandsynlige diagnose hos mænd, der er over 50 år og har LUTS. De eksisterende retningslinjer for udredning er baseret sig på denne antagelse, men inkluderer dog undersøgelser, der har til formål at udelukke eller påvise de mest almindelige differentialdiagnoser.

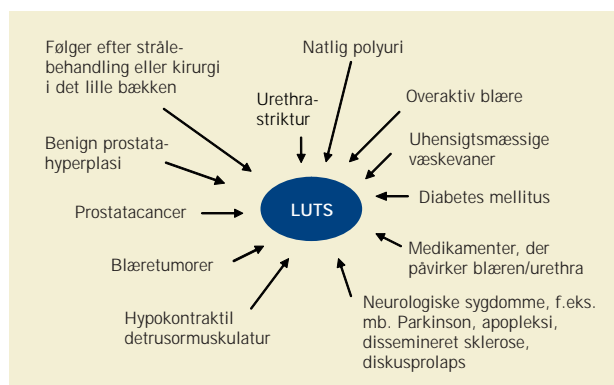
Det Danske Råd for Prostata sygdomme – en arbejdsgruppe under Dansk Urologisk Selskab med repræsentanter fra Dansk selskab for almen medicin og Dansk Geriatrisk Selskab – har udarbejdet rekommandationer for udredning af mænd, der er over 50 år og har LUTS [3].

Diagnostisk standardevaluering hos en speciallæge i almen medicin eller en urologisk speciallæge

Evalueringen bør gennemføres hos alle mænd med vandladningssymptomer, medmindre der foreligger en absolut behandlingsindikation (**Tabel 1**) eller forhold, som primært kræver udredning på en urologisk specialafdeling (**Tabel 2**).

En grundig adækvat anamnese er essentiel med henblik på vurdering af vandladningsgenerne og afsløring af tilstande, der er nævnt i Tabel 1 og Tabel 2. Anamnesen anbefales suppleret med følgende:

- Symptomscoringsskema til evaluering af symptomerne sværhedsgrad. Det anbefales at anvende Dansk Prostata Symptom Scoringsskema (DAN-PSS)-1 [4].
- Væske-vandladnings-skema, der bibringer en række værdifulde oplysninger om bl.a. drikke og vandladningsvaner, funktionel blærekapacitet og evt. tilstedeværelse af natlig polyuri.
- Fokuseret objektiv undersøgelse, inkl. rektaleksploration.
- Urinundersøgelse for blod, leukocytter og nitrit, idet mænd med samtidig hæmaturi bør gennemgå en egentlig hæmaturiudredning, og mænd med infektion, specielt recidiverende, bør udredes hos en urologisk speciallæge, da



Figur 1. De hyppigste årsager til lower urinary tract symptoms (LUTS) hos mænd. Symptomerne ved benign prostatahyperplasi er uspecifikke og ses ved en række sygdomme og tilstande.

infektioner kan være tegn på, at der foreligger en sværere grad af mangelfuld blæretømning evt. sekundært til BPH.

- Serumkreatinbestemmelse anbefales for at afsløre kompliceret BPH med påvirkning af de øvre urinveje. Størstedelen af mænd med LUTS og forhøjet serumkreatinin har ledsagesygdomme som diabetes mellitus og hypertension, hvilket i sig selv ofte fører til nyrefunktionsnedsættelse.
- Serum-prostata-specifikt antigen (PSA), da prostatacancer er en differentialdiagnose hos mænd med LUTS. Baggrunden for at måle PSA og mulige konsekvenser af målingen bør drøftes med patienten. En PSA på 4 ng/ml betragtes fortsat som den øvre normalgrænse, men det skal understreges, at en PSA < 4 ng/ml ikke udelukker klinisk signifikant cancer. Midlertidig forhøjet PSA ses bl.a. ved infektion og urinretention, ved kateter à demeure og efter instrumentering af nedre urinveje. PSA bør derfor tidligst måles 3-4 uger efter velbehandlet urinvejsinfektion og instrumentering af de nedre urinveje. En forhøjet PSA kan ligeledes ses ved stort prostatavolumen hos BPH-patienter, og PSA kan bruges som en grov markør for prostatas volumen, såfremt cancer er udelukket [5]. PSA reduceres med ca. 50% hos patienter, der er i behandling med 5-alfa-reduktasehæmmere.

Standardevalueringen bør munde ud i, at der tages stilling til, om urinvejssymptomerne kræver yderligere udredning - oftest ved en urologisk speciallæge - eller om årsagen til symptomerne synes at være så oplagt, at der kan iværksættes behandling direkte, såfremt der foreligger et behandlingsbehov hos patienten.

Udvidet udredning på en urologisk specialafdeling

Hos visse patientgrupper er der brug for udredning ud over standardevalueringen (Tabel 2). Hos de fleste af disse er der behov for at undersøge vandladningsfunktionen med henblik på at afklare årsagen til symptomerne, og det anbefales, at pa-

tienterne som minimum får foretaget uroflowmetri og måling af residualurin. Udvidet urodynamisk evaluering i form af trykflowundersøgelse anbefales, såfremt det er af betydning for behandlingsvalget at dokumentere, at der foreligger infra-vesikal obstruktion, f.eks. hvis kirurgisk behandling påtænkes. En urodynamisk undersøgelse er også af værdi pga. de oplysninger, der ved cystometrien tilvejebringes om blærens tilstand under fyldning dels i diagnostisk sammenhæng, dels da det bl.a. vides, at risikoen for et dårligere resultat efter transuretral prostataresektion er forøget hos mænd, der samtidig har infra-vesikal obstruktion og overaktiv blære.

Ud over undersøgelser af vandladningsfunktionen kan der anvendes en række billeddannende undersøgelser ved behov, f.eks. transrektal ultralydskanning, som bruges i stigende grad til volumenbestemmelse af prostata eller til biopsivejledning ved mistanke om prostatacancer. Billeddannelse af øvre urinveje og endoskopi af nedre urinveje anbefales ikke foretaget rutinemæssigt.

Status internationalt

Ved en sammenligning af kliniske retningslinjer om LUTS/BPH fandt man stor variation i otte undersøgte nationale og supranationale (f.eks. europæiske) retningslinjer omkring udredning. Således var der kun »enighed« om, at der som standard skulle foretages anamnese, fokuseret objektiv undersø-

Tabel 1. Absolutte behandlingsindikationer hos patienter med benign prostatahyperplasi.

Urinretention (eventuelt efter et forsøg på kateterfjernelse)
Dilaterede øvre urinveje
Nyrefunktionsnedsættelse
Recidiverende svær hæmaturi

Tabel 2. Tilstande som kræver supplerende udredning på urologisk speciallægeniveau.

Alder < 50 år
Tidligere behandlingssvigt (medicinsk eller kirurgisk)
Insulinkrævende diabetes mellitus
Neurologiske sygdomme
Tidligere operative indgreb eller traumer i regionen
Behandling med medikamenter, der har indvirkning på blære/urethrafunktionen
Prostatacancer eller begrundet mistanke herom
Hastig symptomudvikling
Suprapubiske smerter
Misforhold mellem anamnese, symptomscore og objektive fund
Tilstedeværelsen af absolutte behandlingsindikationer
Hæmaturi

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

gelse og anvendes et symptomscoringsskema [6]. Spændvidden for antallet af anbefalede standardundersøgelser var 2-7. Syv af otte anbefalede urinstiks og samme antal, men ikke samme retningslinjer anbefalede måling af serumkreatinin. Seks af otte anbefalede rutinemæssigt uroflowmetri og residualurinmåling, mens kun to inkluderede væske-vandladnings-skema. Ifølge forfatterne afspejlede forskellene primært den metodologiske kvalitet af de undersøgte kliniske retningslinjer, idet mere omfattende kliniske retningslinjer anbefalede færre rutineundersøgelser og rubricerede flere undersøgelser som *optional*. Forskelle i landenes opbygning af sundhedsvæsnet kunne også tænkes at spille en rolle, idet det f.eks. kunne tænkes, at man i lande, hvor patienten primært møder en urolog, hyppigere anbefaler rutinemæssig brug af uroflowmetri og residualurinmåling, da apparaturet er let tilgængeligt.

I de seneste retningslinjer fra European Association of Urology fra 2004 anbefaler man ud over alle undersøgelser inkluderet i den danske standardevaluering yderligere rutinemæssig brug af uroflowmetri og residualurinmåling [7].

Konklusion

Et stort antal mænd over 50 år får generende LUTS. Det er derfor vigtigt at udredning og behandling primært foregår i almen praksis. Med det skitserede udredningsprogram får man et godt grundlag til at træffe et behandlingsvalg eller henvise til en urologisk specialafdeling. Udredningen i almen praksis kan endvidere videreføres på en specialafdeling, så forløbet derved afkortes til fordel for patient såvel som specialafdeling.

Korrespondance: Bettina Nørby, Engvej 13, DK-5230 Odense M.
E-mail: b-noerby@dadlnet.dk

Antaget: 16. januar 2007
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Andersson KE. Storage and voiding symptoms: pathophysiologic aspects. *Urology* 2003;62:3-10.
- Lepor H. Pathophysiology of lower urinary tract symptoms in the aging male population. *Rev Urol* 2005;7:3-11.
- www.ddrp.dk /okt 2006.
- Hansen BJ, Flyger H, Brasso K et al. Validation of the self-administered Danish Prostatic Symptom Score (DAN-PSS-1) system for use in benign prostatic hyperplasia. *Br J Urol* 1995;76:451-8.
- Irani J, Brown CT, van der Meulen J et al. A review of guidelines on benign prostatic hyperplasia and lower urinary tract symptoms: are all guidelines the same? *BJU Int* 2003;92:937-42.
- Roehrborn CG, Boyle P, Gould AL et al. Serum prostate-specific antigen as a predictor of prostate volume in men with benign prostatic hyperplasia. *Urology* 1999;53:581-9.
- www.uroweb.nl/files/uploaded_files/guidelines/11%20BPH.pdf /okt 2006.

Klaringsrapport – resume

Retningslinjer for udredning for penicillinallergi

Rapport fra arbejdsgruppe nedsat af
Allerginetværket i Danmark

Holger F. Mosbech, Carsten Bindslev-Jensen, Per Grinsted, Susanne Halken, Lars Hansen, Lars Peter Nielsen, Peter P. Plaschke og Frederik M. Zeuthen.

Lægemedeloverfølsomhed er hyppigt forekommende. Reaktionen på antibiotika og ikke mindst penicilliner dominerer i antal, og for disse er der rapporteret om kumulerede prævalenser på op til 10% alt efter population og undersøgelsesteknik. I selekterede materialer i Danmark har mistanken om overfølsomhedsreaktioner dog kunnet afkræftes hos mere end 85%.

Allerginetværket, hvis medlemmer er udpeget af de videnskabelige selskaber med relation til allergiske sygdomme, har følt det relevant at få udarbejdet nationale retningslinjer på området. Håbet er at få sikret en relevant diagnostik og nedbragt antallet af patienter, der er udnævnt til penicillinallergikere uden at være det. Rapporten og de medfølgende skemaer vil kunne bruges af læger, der beskæftiger sig med lægemiddeloverfølsomhed, men også af andre, der vil orientere sig om muligheder for diagnostik og konsekvenser heraf.

I rapporten konkluderes det, at der ved en hudreaktion, opstået under penicillinbehandling, i de fleste tilfælde efterfølgende bør måles specifikt IgE mod det relevante penicillinpræparat. Kan specifikt IgE påvises, opfattes patienten som allergisk både for dette og for andre penicilliner, og der er sædvanligvis ikke grund til yderligere undersøgelser. Kan specifikt IgE ikke påvises, må patienten henvises til undersøgelse i et regi, hvor der er mulighed for lægemiddelprovokation. Ideelt skal IgE for penicillin måles fra en måned til et år efter en reaktion, idet analysen ellers kan være falsk negativ. Ved påvist specifikt IgE for et penicillin kan det hos nogle være relevant at få undersøgt, om en allergi er begrænset til dette præparat eller gælder for hele gruppen af penicilliner.

Hvis ikke der er speciel mistanke om type 1-allergi – eller alvorlige reaktioner med almenpåvirkning – vil penicillinbehandling kunne fortsættes, og den mistænkte bivirkning observeres. Ved progression afsluttes behandlingen. Ved bedring trods fortsat behandling er der ikke tale om overfølsomhed. Det samme gælder ved klassiske virale udslæt eller makulopapuløse udslæt med debut flere dage efter afsluttet behandling.

Rapporten kan læses på:
www.ugeskriftet.dk → Kliniske redskaber → Klaringsrapporter
→ Retningslinjer for udredning for penicillinallergi.pdf