

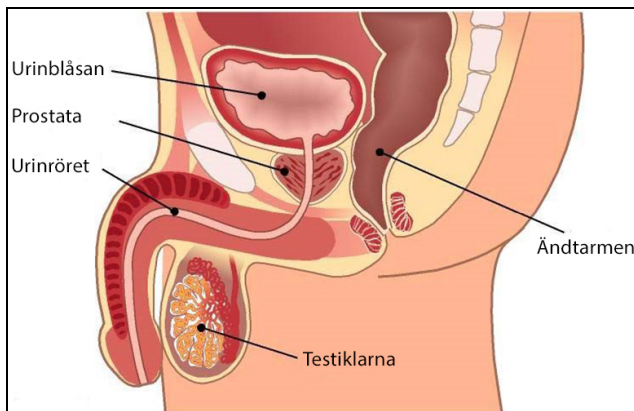


Godartad prostataförstoring blir vanligare med åldern

Uppdaterad 6.3.2019

Urineringsbesvär? Urinstrålen är svag, blåsan töms inte ordentligt och du måste gå på toaletten ofta framför allt på natten? Om du är en man i mogen ålder kan det vara fråga om godartad prostataförstoring. Cirka 40 procent av män över 60 år har symtom på godartad prostataförstoring.

Godartad prostataförstoring innebär att prostatakörteln, som sitter under urinblåsan, växer och trycker på urinblåsan och på urinröret som går igenom prostatan (se figuren). Besväret blir vanligare med åldern.



Prostatan. Tvärsnittsbild av det manliga bäckenet, där man ser prostatan som finns kring urinrörets övre del samt andra organ i dess omgivning. Källa: figurerna i Läkärkirja Duodecim (ldk00113)

Riskfaktorer och symtom

De enda kända riskfaktorerna för godartad prostataförstoring är åldern och normal produktion av manligt könshormon. Ärftliga faktorer kan dock också ha en betydelse.

Tillståndet kan ge olika symtom men det kan också vara symtomfritt.

Symtomen är rätt lätta att känna igen: det blir svårare att börja urinera, man måste gå på wc ofta, upp till flera gånger per natt, urinstrålen kommer inte mera utan ansträngning och det känns som om blåsan inte skulle tömmas ordentligt.

Hos en del kan det läcka urin om man inte snabbt kommer på wc (trängningsinkontinens), man kan ha kraftigt urineringsbehov som inte nödvändigtvis leder till urinering (urinträngningar) eller blåsan kan till och med vara full men urineringen lyckas inte (urinstopp).

Undersökningar

Till att börja med ber läkaren patienten fylla i frågeformulär om symtomen och en urineringslista. De här ger en god uppfattning om symtomen.

Om symtomen misstänks bero på godartad prostataförstoring görs basundersökningar. Under undersökningen går läkaren igenom övriga sjukdomar, känner på nedre buken och prostata samt ger remiss till nödvändiga laboratorieundersökningar (till exempel urinprov, PSA-värde och kreatinin.) Läkaren känner på prostatan via ändtarmen.

Prostatans storlek och mängden urin som blir kvar i blåsan efter tömningen (residual) kan fastställas med ultraljudsundersökning genom bukväggen, och residualen kan vid behov också mätas med katetrering.

Efter basundersökningarna beslutar läkaren om att bara följa upp situationen, om att sätta in läkemedelsbehandling eller om att remittera patienten till en specialistläkare (urolog).



Behandling

Uppföljning

Om symtomen inte just är till förfång för patientens dagliga liv kan behandlingen inledas med enbart uppföljning, så att de nämnda undersökningarna görs till exempel med ett till två års intervall eller om symtomen förändras.

Det är bra att informera patienten om att prostatan vanligen fortsätter att växa till sig, vilket gör att symtomen kan förvärras med tiden.

Läkemedelsbehandling

Om symtomen är måttliga och patienten upplever dem som besvärande kan man inleda läkemedelsbehandling. Med läkemedelsbehandling minskar patientens symtom ofta betydligt och han kan till och med bli symtomfri.

Mot symtom som orsakas av prostataförstoring använder man två typer av läkemedel:

- 5-alfareduktashämmare, som gör prostatan mindre
- alfablockerare, som inverkar avslappnande på prostatan och blåshalsen.

5-alfareduktashämmarna (finasterid och dutasterid) verkar långsamt, så att man ser full effekt först efter tre till sex månaders användning. Medicineringen minskar prostatans storlek med i medeltal 20 procent på ett halvt år och minskar också PSA-värdet. 5-alfareduktashämmarna är vanligen väl tolererade. Biverkningar är närmast minskad sexuell lust och störningar i erektion eller ejakulation.

Alfablockerarna (alfuzosin och tamsulosin, silodosin med specialtillstånd) lindrar symtomen snabbt: urinstrålen blir bättre och residualmängden minskar. Som biverkningar till läkemedlet kan det förekomma svindel, svaghet och speciellt för tamsulosin förhindrad ejakulation.

Dessa läkemedel finns också som kombinationspreparat, som är effektivare än någotdera medlet ensamt.

Annan läkemedelsbehandling – och hur är det med naturpreparaten?

Också läkemedlet tadalafil (fosfodiesteras 5-hämmare) som används för behandling av erektionsstörningar lindrar i betydande grad urineringsymtom och förbättrar erektionen, om patienten samtidigt har problem både med urineringen och erektionen. Läkemedlet inverkar dock inte på urinstrålens styrka eller på blåstömningen.

Om problemet är att det blir residualurin i blåsan, kan urologen ordinera också andra läkemedel.

Forskningsrön visar att växtbaserade naturprodukter, till exempel produkter gjorda på sågpalmetto eller pumpfrön, inte just är till någon nytta. Därför rekommenderar vi dem inte (se rekommendationen [Avstå klokt](#), på finska).

Invasiv behandling

Laserbehandling är trygg och effektiv, eftersom det blöder bara litet trots att lasern avlägsnar vävnad. Grön laser anses numera vara ett alternativ till hyvling eller öppen operation vid behandling av prostataförstoring.



Operativ behandling

Operativ behandling kommer på fråga om patienten ofta har urinstopp eller upprepade urinvägsinfektioner, om det blir rikligt med residualurin, om det finns blod i urinen eller om läkemedelsbehandling inte har hjälpt tillräckligt bra.

Behandlingsresultatet vid operation är bra och patienterna är i allmänhet nöjda.

I huvudsak används fortfarande prostatahyvling som görs via urinröret. Ingreppet gör att symtomen lindras effektivt, urinstrålen blir bättre och residualmängden minskar. Som biverkningar kan förekomma ejakulationsstörningar eller trängningsinkontinens, så att man inte kan kontrollera blåsan och det läcker urin för tidigt. För en del av patienterna är det nödvändigt med en ny hyvling inom loppet av de följande tio åren.

För vissa patienter rekommenderar man en operation där prostatan klyvs. Man kan behandla prostataförstoring också genom att delar av prostatan förångas via urinröret. Om prostatan är synnerligen stor är förstahandsalternativet en öppen operation där den förstörade delen avlägsnas (enukleation).

Om patientens problem är urinstopp, kan man före operationen tillfälligt lindra tillståndet med katetrisering. Alternativen är bestående kateter eller upprepade katetriseringar, eller en kateter som insätts genom huden ovanför blygdbenet om det inte går att katetrisera via urinröret.

Uppföljning

Om symtomen är lindriga kan man börja behandlingen med enbart uppföljning. Då gör man basundersökningarna till exempel med ett till två års intervall eller då symtomen förändras.

Efter påbörjad läkemedelsbehandling görs det första uppföljningsbesöket om 1–3 månader om man använder alfablockare eller kombinationsbehandling, och om 6 månader om behandlingen är enbart 5-alfareduktas-hämmare. Senare räcker det vanligen med uppföljningsbesök med 1–2 års intervall. Då görs basundersökningarna (se punkt [Undersökningar](#)).

Särskild uppföljning efter en operation behövs inte om behandlingsresultatet är gott.

Författare

Patientversionen är uppdaterad utifrån Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**.

Texten har granskats av medlemmen i arbetsgruppen som uppgjort God praxis-rekommendationen, avdelningsöverläkare **Kimmo Taari** från HNS urologiska klinik och specialistläkaren i hälso- och sjukvård, redaktionschefen för God Praxis **Raija Sipilä** från Finska Läkarföreningen Duodecim.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis- och Avstå klokt-rekommendationerna är sammandrag gjorda av experter gällande diagnostik och behandling av bestämda sjukdomar. De ersätter inte läkarens eller annan hälsovårdspersonals egen bedömning av vilken diagnostik, behandling och rehabilitering som är bäst för den enskilda patienten då behandlingsbeslut fattas.