

SVENSK Urologi

Nr 3 • 2019

Urologidagarna
i Västerås
2-4 oktober
2019

Årets tema: AI
**ARTIFICIAL
INTELLIGENCE**

- Urologidagarna i Västerås: Program och Abstrakt
- Reseberättelse från USA • UTF-kongressen 2019
- NUF-mötet 2019 • Bokrecension • Urologihistoria



Svensk
Urologisk
Förening



Svensk
Andrologisk
Förening



Antibiotikafritt infektionsprofylax

Hiprex[®] är ett antibiotikafritt alternativ vid långtidsprofylax av recidiverande cystiter. Hiprex[®] är ett kliniskt välbeprövat läkemedel som har använts sedan 1970-talet i Sverige.

- Ingen känd resistensproblematik¹.
- Inga kända risker vid graviditet och amning².
- Hiprex[®] är verksamt mot de mikroorganismer som vanligtvis förorsakar urinvägsinfektion, exempelvis E.coli².
- Godkänd för barn från 6 år².

Läs mer om Hiprex[®] på www.infektionsguiden.se

Referenser: 1) Lo TS et al. (2014) Expert Review of Anti-infective Therapy, 12:5, 549-554. 2) SPC.

Hiprex[®] (metenaminhippurat), ATC-kod J01XX05 (Rx, F). **Indikation:** Långtidsprofylax efter en initial sanering med lämpligt kemoterapeutikum vid recidiverande urinvägsinfektioner. Korttidsprofylax vid korttidskateterisering och instrumentella ingrepp i urinvägarna. Underhållsterapi vid asymtomatisk bakterieuri hos långvårdspatienter orsakade av kateter, uridom etc. **Beredningsform och förpackningar:** Oralt pulver i dospåse 1 g, 100 st. Tablett 1 g 20 st, 100 st. För fullständig information om produkten och aktuella priser se www.fass.se. Produktresumé senast uppdaterad 2017-06-05.

Meda AB, Box 906, 170 09 Solna. Telefon 08-630 19 00 • www.medasverige.se • www.infektionsguiden.se



Urologi

SVENSK

Tidskrift för Svensk Urologisk Förening,
Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi,
Uroterapeutisk Förening och Svensk Andrologisk
Förening, utkommer med fyra nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE

Lars Henningsohn
Urologiska kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
141 86 Huddinge
Tel: 08-585 800 00 vx
lars.henningsohn@ki.se

REDAKTÖR SUF och SAF

Lars Henningsohn
Urologiska kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
141 86 Huddinge
Tel: 08-585 800 00 vx
lars.henningsohn@ki.se

REDAKTÖR RSU och UTF

Marie-Louise Larsson
Urologmottagningen
Sahlgrenska US
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 10 00 vx
marie-louise.e.larsson@vgregion.se

PRODUKTION

Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 C
415 02 Göteborg
Tel: 031-707 19 30
www.mediahuset.se

REDAKTION/ANNONSER

Jean Lycke
jean@mediahuset.se

LAYOUT

Annika Cederlund
annika@mediahuset.se

TRYCK

Exakta Print, Malmö
www.exakta.se



Omslagsfoto: Adobe Stock – kollage

Distribueras som post- och webbtidning
ISSN 2001-6794 (Print)
ISSN 2001-8142 (Online)

UTGIVNINGSPLAN 2019

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 1	4 februari	19 mars
Nr. 2	29 april	12 juni
Nr. 3	5 augusti	17 september
Nr. 4	21 oktober	3 december

Innehåll

nr. 3-2019

REDAKTÖRERNA FÖR SUF/SAF & RSU/UTF HAR ORDET	5
SUFs ORDFÖRANDE HAR ORDET	6
RSUs ORDFÖRANDE HAR ORDET	7
UTFs ORDFÖRANDE HAR ORDET	8
SAFs ORDFÖRANDE HAR ORDET	11
BUS-BASENS RADER	12
SPUF HAR ORDET	12
RESEBERÄTTELSE FRÅN USA	13
UROLOGIDAGARNA:	
• PROGRAM	18
• PLANSKISS: UTSTÄLLARE – MONTERPLATSER	22
• PLANSKISS: ÖVRIGA LOKALER	24
• ABSTRAKT NR 1–45	
Behandling av BPH	27
Prostatacancer	30
Njur-, penis- och testikelcancer	38
Blåscancer och benign urologi	40
Benign urologi, metodutveckling	46
Blåscancer	51
REFERAT RSU-STIPENDIUM	59
NUF-MÖTE I REYKJAVIK	63
UTF-KONGRESSEN, STOCKHOLM 2019	69
BOKRECENSION: KAMPEN OM KAROLINSKA – KONSULTERNA	74
FORSKNINGSANSÖKAN: PERCY FALKS STIFTELSE	75
BOKANMELDELSE: BLOD, SVETTE OG TRESS-IS	76
UTF-NYHET	76
PRAKTISK KURS I ENDOUROLOGI	77
UROLOGIHISTORIA	78
SUFs & RSUs STYRELSE	80
BUS, UTFs & SAFs STYRELSE	81
KALENDARIUM	82



Svensk
Urologisk
Förening



RSU Riksföreningen för
Sjuksköterskor inom Urologi



Svensk
Andrologisk
Förening

www.urologi.org • www.rsu.se • www.utfnordic.org • www.svenskandrologi.se

Tostrex® (testosteron) Gel 2% i doseringspump:

- För behandling av manlig hypogonadism¹
- Appliceras en gång per dag¹
- Antal pumptryck reglerar mängden gel som dispenserar och appliceras¹

Varje tryck ger
0,5 gram gel (10 mg
testosteron) och gelen
torkar snabbt när den
gnids in i huden¹



Tostrex® (testosteron) Gel 2%, Androgen. Klar, färglös till svagt gul gel. G03B A03 F Rx **Indikation:** Substitutionsbehandling med testosteron mot manlig hypogonadism när testosteronbrist har bekräftats av kliniska symtom och laboratorieanalyser. **Innehåll:** Ett gram gel innehåller 20 mg testosteron. **Dosering:** För kutant bruk. Vuxna och äldre män: Rekommenderad startdos av Tostrex® är 3 g gel (60 mg testosteron) som appliceras en gång per dag vid ungefär samma tidpunkt varje morgon. **Kontraindikationer:** Känd eller misstänkt bröst- eller prostatakarcinom, överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne. **Varningar och försiktighet:** Testosteroninsufficiens ska klart ha påvisats genom kliniska fynd och bekräftats genom två separata blodtestosteronmätningar. Produkten bör användas med försiktighet hos patienter med hypertoni, ischemisk hjärtsjukdom, epilepsi, migrän eller benmetastaser. Tostrex är endast avsett att användas av män; ej gravida eller ammande kvinnor. Gravida kvinnor ska undvika all kontakt med hud behandlad med Tostrex. **Interaktioner:** Patienter som får orala antikoagulanter behöver monitoreras noga, i synnerhet när androgenbehandlingen börjar, slutar eller då dosen av Tostrex ändras. **Biverkningar:** De vanligaste rapporterade är reaktioner på appliceringsstället (application site reactions, ASR) inklusive; parestesi, xeros, pruritus, utslag och erytem. De flesta av dessa reaktioner var lindriga eller måttliga och minskade eller försvann, trots fortsatt applicering.

Förpackning: Gel 2 %, 1 x 60 g flerdosbehållare med en doseringspump med fast volym. Rev. 201901. För mer information och pris se www.fass.se. Ref 1: Tostrex SPC senast uppdaterad 201901.

Blå himmel hela tiden

Arade urologiskt och andrologiskt intresserade kollegor. Jag finner mig just nu och hela denna termin i Los Angeles på ett fantastiskt "teaching sabbatical" stipendium från stiftelsen STINT. Läs mer om denna upplevelse i detta nummer. Jag har nu varit här i nästan en månad och det har ännu inte visat sig ett endaste moln på himlen. Morgondis är det dock nästan varje dag men det försvinner ganska snart på förmiddagarna och lämnar en fantastisk himmel. Funderar på om detta är bra eller inte för produkti-

viteten. Mitt svar på denna undran är nog att det inte påverkar alls. Men man blir ju väldigt glad över att ständigt ha fint väder och sommarklädda människor omkring sig. Särskilt trevligt är det med den blåa himlen, grönskan runt omkring och det förgyllande djurlivet med kolibrier i buskarna där man tar sin fika, hjortar i trädgården bakom huset, delfiner i badvattnet vid stranden och små fina ekorrar i träden. Jag lovar att hålla er uppdaterade om denna upplevelse i detta och kommande nummer av vår fina tidning Svensk Urologi.



LARS HENNINGSOHN
Redaktör för SUF och SAF
lars.henningsohn@ki.se

Ute och cyklar...?

Att ta cykeln till jobbet är rätt skönt! När p-tillståndet tog slut två veckor innan semestern bestämde jag mig för att cykla. Dottern har dessutom tagit körkort vilket gjorde att det fanns ett visst intresse av att jag lämnade bilen hemma.

Fågelkvitter och vacker dimma vid Härlanda tjärn (ett skogsparti jag cyklar igenom) kan vara nog för att ladda batterierna inför dagen. Vissa dagar blåser det. Förhoppningsvis har jag medvind. Men lövens sus har nästan samma effekt som fågelkvittret. Varje morgon möter jag samma man joggandes. Den gröna mössan är på och han kämpar framåt lutad. Han är säkert närmre 80 år. Tänk att det är en del förunnat att kunna jogga vid den åldern. Hoppas man blir sådan.

I staden är det lite mer larm. Medan jag kämpar upp för Viktor Rydbergsgatan kommer en mustaschprydd man i full fart nedför. Hunden sitter i lådan fram på "Christiania-cykeln". Öronen fladdrar. Han vädrar och tar in alla intryck. Han kanske också laddar för en ny dag.

Och ladda behöver vi! Köer, köer, köer.

Känns som det är det enda jag säger hela dagarna "ja jag vet att det är 2-3 månaders väntetid för att få pad-svar, jag förstår att du är orolig", "ja tyvärr har vi inte nog med personal för att hålla telefonen öppen, det är svårt att komma fram, jag vet", "har du en benign diagnos, ja tyvärr har vi årslånga köer"...

Jag förstår och jag förstår. Men jag är trött på att vara förstående!! Jag vill att det skall fungera!! Så många samtal jag sluppit om allt fungerade. Hur har det blivit så här? Jag får höra av patienter och anhöriga att det fungerar bättre i andra delar av landet eller andra delar av världen. Vad gör de som inte vi gör?

Jag har precis varit i Köpenhamn. Där cyklas det. För fullt. Alla större gator har en cykelbana i kanten där det cyklas i samma färdriktning som trafiken. Man följer trafikreglerna och stannar vid rött, åker vid grönt. Snabbt går det och gud nåde dig om du som gångtrafikanter går på cykelbanan. Det inser man snabbt att man skall passa sig för. Göteborgs cykelnät fungerar inte så bra. Kanske har vi något att lära av danskarna (även om de borde göra som vi och sätta på sig hjälm)? Kanske behöver vi även lära av andra för att



få den sjuka sjukvården att bli frisk igen.

Jag hoppas att jag i framtiden får jobba i en organisation utan väntetider. En utopi? Kanske, men jag måste tro att det går. Tills vidare fortsätter jag att ladda kraft på mina cykelturer för att klara vara förstående ännu en dag...



MARIE-LOUISE LARSSON
Redaktör för RSU och UTF
marie-louise.e.larsson@vgregion.se

SVF ger hopp för benigna sjukdomar

Sommaren börjar gå mot sitt slut och jag tillbringar min sista lediga dag i en ishall som lägerförälder på dotterns konståkningsläger. Det är kallt och sommarkänslan är som bortblåst. Jag fryser, sitter på en kall bänk och känner kylan sakta krypa på mig. Sittunderlaget ligger hemma i hallen. Helt oanat går mina tankar till män med "kronisk prostatit" en del av den stora gruppen patienter med "chronic pelvic pain syndrome". Det är inte ovanligt att smärttillståndet försämras av kyla.

Inom den här gruppen finns det en stor mängd patienter med en utmanande problematik. Smärtan är multifaktoriell och ofta missförstådd, inte lätt att behandla och problemen försvinner sällan helt. Mina tankar vandrar vidare till andra patientgrupper inom urologin, och andra specialiteter, som har uttalade besvär, tilldelas få resurser, saknar vårdprogram och patientförening och som ständigt trängs undan av cancer i vår allt mer pressade vårdapparat.

När resurserna inte räcker till måste vården prioritera sina resurser till de som behöver dem mest, behovs- och solidaritetsprincipen, en del av den etiska plattform som svensk sjukvård följer. Men hur avgör man vem som har de största behoven, de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten?

Under sommaren hårdnar prioriteringarna, på de flesta håll i landet går det enbart att genomföra cancerkirurgi och en liten mängd imperativ benign kirurgi. Hit räknas inte våra patienter med exempelvis infravesikal obstruktion. Detta trots att många av dem har uttalade besvär och i många fall en mycket dålig livskvalitet. Störd nattsömn, Kronisk KAD i månader i väntan på kirurgi, återkommande urinvägsinfektioner, blåssten, sepsis, njursvikt. Listan kan göras lång.

Det finns dock ljuspunkter på himlen. Problemet har uppmärksamats på flera håll och implementeringen av SVF även för benigna sjukdomar är på väg att införas. Regeringen och SKL har sett att SVF inom cancer vården har lett till ökad tillgänglighet och ökad jämlikhet i vården av dessa patienter och man har därför ingått en ny överenskommelse om standardiserade vårdförlopp inom flera benigna sjukdomar så som t.ex. diabetes, hjärtsvikt, reumatisk sjukdom och KOL. Arbetet kommer att ledas av de nationella programområdena, där vi tillhör NPO Njur- och urinvägssjukdomar, och för urologins del verkar njursten kunna bli aktuellt för detta.

Att införa SVF även för benigna sjukdomar låter ju bra men jag hoppas att våra styrande har förstått att en av orsakerna till att tillgängligheten för våra cancerpatienter har ökat beror på en



omfördelning av våra resurser dit, vilket också lett till en sämre tillgänglighet och ökade köer inom andra områden. Följaktligen behöver mer resurser skjutas till för att kunna hålla anständiga SVF-tider för både maligna och benigna diagnoser. Vi behöver bli fler urologer, urologisjuksköterskor, uroterapeuter, undersköterskor och sekreterare inom urologin.

Nu blev jag på riktigt kall rakt igenom – bäst att gå ut i solen istället och tanka lite mer D-vitamin och styrka inför hösten och alla dess utmaningar. Också bra att ställa in siktet mot årets Urologidagar i Västerås, höstens urologiska höjdpunkt. Det är en tanke som värmer och stärker.

Hoppas vi ses där!.



LOTTA RENSTRÖM KOSKELA

Ordförande

Svensk Urologisk Förening

lotta.renstrom-koskela@sll.se



Vatten

Finns det något mer fascinerande än vatten? Det är verkligen njutbart att sitta på en brygga eller berghäll och blicka ut över vattnet. Jag hoppas ni alla haft en bra sommar och kunna njuta det som vattnet erbjuder oss. Jag hade själv förmånen att glida fram i kajak en solig dag med inte allt för mycket vind. Det var en fantastisk dag och underbart att kunna göra något ihop med familjen.



Vilken styrka vatten har. Tänk att stora fartyg med all dess last kan åka på vattnet. Jag kan idag inte låta bli att dra vissa liknelser med oss sjukvårdspersonal. Vilken styrka och kraft vi har! Tillsammans får vi det att fungera trots att våra förutsättningar inte alltid är de bästa. Lika underbart som vatten kan vara, kan det även vara obehagligt och oönskat. Det kan vara förrädisk och orsaka både översvämningar och drunkningar.

Har i sommar lyssnat på boken *Konsulterna – kampen om Karolinska* och vill uppmäna er alla att lyssna eller läsa denna. Drar även här liknelser med vatten hur det kan storma och hur vattendroppar kan tränga in i alla möjliga hålrum utan att man förstår hur det går till. Små vattendroppar bildar tillsammans nya sjöar och hav där man minst anar. Läs gärna recensionen om boken, som finns på sidan 74.

Kanske svårt för oss att med vattnets hjälp ta oss till Västerås, men jag hoppas att vi, så många som möjligt, kan synas där!

GUN DANIELSSON

Ordförande

Riksföreningen för
Sjuksköterskor inom Urologi
gun.danielsson@sll.se



Sensommerhilsen fra Norge

Det er med glede og stolthet jeg har overtatt ordførervervet i UTF. Tusen takk til Eva som har gjort en svært god jobb før meg. Jeg hadde dessverre ikke mulighet til å delta på vårens kongress i Stockholm, fordi jeg også har ansvar for uroterapistudentene som tar utdanningen i Bergen nå. Vi hadde samlingsuke for studentene, og jeg kunne ikke overlate dem til seg selv.

I skrivende stund har jeg fortsatt sommerferie og er ikke helt klar for å tenke at hverdagen snart skal begynne igjen. For mange av våre kolleger er ferien over for mange uker siden og de er godt i gang med jobben. Slik vil det alltid være i helsevesenet. Kompetansen må fordeles slik at det alltid er noen på jobb med de ulike spesialitetene.



Jeg er i en alder der jeg ikke trenger å ta meg av egne barn i ferien. De er voksne og planlegger sine egne aktiviteter. Det er naturligvis veldig hyggelig når de ønsker å tilbringe noe av ferien sammen med oss, og det har vi hatt glede av også i år. Nytt av året er at jeg nå til en viss grad må ta meg av den eldre generasjon i ferien. Mine foreldre er ikke like spreke som de var og har mindre tiltak til å dra av gårde på egen hånd, men de blir gjerne med når noen andre inviterer. Denne sommeren har vi tatt dem på fjellturer og på tur til Ilse of Wight, rett sør for Portsmouth i Storbritannia. Der har de noen gamle venner som de gjerne ville besøke. Det har vært fine turer for oss, også, og jeg kan anbefale Ilse of Wight som feriemål. En annen ting jeg setter pris på å gjøre i ferien er å plukke ville bær. Villbringe bær kunne jeg plukke på vei til og fra jobb, og nå har jeg akkurat kommet hjem fra en fjelltur med multeplukking. På Ilse of Wight var det masse bjørnebær, men de var dessverre ikke modne da vi var der.

Denne våren har mye av fokuset i styret i UTF vært hvordan vi kan presentere foreningen på ICS (International Continence Society) som arrangeres i Göteborg i september. Nå blir det en egen sesjon i Nurses Forum der Uroterapeutisk forening skal presentere seg og sin historie. I tillegg skal blir det presentasjon av uroterapiutdanningene i Göteborg, Bergen og Bremen. Det blir en unik mulighet for å vise spesialister fra hele verden hva vi har fått til i Norden. Ettersom språket på ICS er engelsk har vi også fått oversatt vår folder om uroterapi til engelsk.

For arrangørgruppen til neste års kongress i Østersund betyr høsten at mange brikker må på plass. Å arrangere kongress er spennende, morsomt og til dels arbeidskrevende. Det er flott at det er grupper av uroterapeuter rundt omkring i Sverige, Danmark og Norge som har lyst og overskudd til å ta på seg et slikt arrangement.



Multer / hjortron.

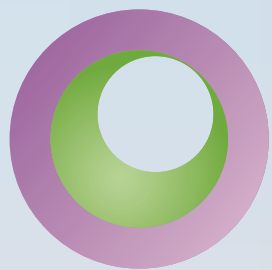
Det nye styret i UTF skal ha arbeidsdager i Uppsala i slutten av september. Som alltid er det hyggelig og nyttig å møtes ansikt til ansikt en gang i blant.

Jeg håper dere alle har fått ladet batteriene i løpet av sommeren og kan fortsette året med fornyet energi!



ANNE TORINE LITHERLAND

Ordförande
Uroterapeutisk Förening



ialuril® Prefill

Intravesikal instillation

hyaluronsyra och kondroitinsulfat
i kombination

För att återställa GAG-barriären med symtomlindring som resultat.

ialuril® förbättrar urinblåsans
funktion och symtom⁽¹⁾ med
dokumenterad effekt vid

- IC/BPS⁽²⁾
- Strålcystit⁽³⁾
- Återkommande
urinvägsinfektioner^(4, 5, 6)



ialuadapter® finns
nu med i ialuril-
förpackningarna.



IBSA

Caring Innovation

ibsanordic.com

Kontakta oss på info@ibsanordic.com

⁽¹⁾Cervigni et al., Int Urogynecol J. 2012; 23(9):1187-92.

⁽²⁾Costantini et al., Urol Int. 2013;91(1):81-8.

⁽³⁾Gacci et al., Clinical Urogenitary Cancer. 2016; 14(5):444-449.

⁽⁴⁾Damiano et al., Eur Urol. 2011; 59(4):645-51.

⁽⁵⁾Ciani et al., BMJ Open. 2016; 6(3):e009669.

⁽⁶⁾Cicione et al., Can Urol Assoc J. 2014 Sep;8(9-10):E721-7.

— Chemotherapy for mCRPC —

ACT NOW

BEFORE IT'S

ALL OVER



Use of chemotherapy in a planned treatment sequence can help improve tumor response and overall survival in metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC)¹⁻³

Don't wait for what develops

References:

1. Tannock IF, et al. *N Engl J Med* 2004;351:1502-1512.
2. de Bono JS, et al. *Lancet* 2010;376:1147-1154.
3. Maines F, et al. *Crit Rev Oncol Hematol* 2015;96:498-506.



Även om jag fortfarande befinner mig i något slags semesterlunk när detta skrivs så har tankarna på hösten och vad som ligger framåt börjat smyga sig på. En del saker som väntar känns som rena barnleken, annat som lite mer krävande och en och annan sak som rena sisufosarbetet. Så är det att driva en förening och SAF är inget undantag. Jag har dock stora förhoppningar om att det kommande året ska medföra flera mycket betydelsefulla händelser för föreningen och för svensk andrologi. Här kommer något av det jag ser fram emot.

Först och främst har Svensk Andrologisk Förening fått en ny styrelse. Katarina Link sitter kvar fram till jul men sedan lämnar hon styrelsearbetet. Hon kommer att bli mycket saknad med sitt långvariga och djupa engagemang, sin kunskap och inte minst sin humor. Nu var det dock dags för henne att pröva lite nya saker och vi hoppas förstås att hon återvänder så småningom. Vi återkommer också snart med nya fallbeskrivningar.

Med den nya styrelsen har vi ytterligare breddat vår allmänmedicinska kompetens. Vi har länge sökt sätt att nå ut till våra allmänmedicinska kollegor med utbildningar och vi hoppas att den förstärkning vi fått på den sidan ska underlätta det arbetet.

Det är dags att presentera vår nya hemsida. Äntligen! Den är i princip klar och kommer att släppas vilken dag som helst. Vi har arbetat i flera år med att försöka modernisera och uppdatera hemsidan och nu tycker vi att den blivit tillräckligt bra för att kunna publiceras. Det finns gott om information på nätet om t.ex. manlig sexuell dysfunktion, infertilitet och testosteronbrist. Tyvärr är en stor del av den information som finns tillgänglig inte speciellt tillförlitlig så därför har vi strävat efter att skapa en hemsida som

ska kunna tillhandahålla pålitlig information både för patienter och för sjukvårdspersonal.

Det är dags att återuppta arbetet med Androlog-certifiering. På vår väg mot vårt långsiktiga mål att få Andrologi godkänd som en egen specialitet av Socialstyrelsen så planerar vi att skapa en Androlog-certifiering. Dessa tankar har funnits under många år men vi har nu mer kunskap kring frågan än någonsin tidigare. Både Polen och Tyskland har sedan ganska länge Androlog-certifieringar och i samband med vårt årliga vetenskapliga möte i maj fick vi besök av Piotr Jędrzejczak från Polen som redogjorde för hur man gick till väga i Polen då de skapade sin certifiering. Vi hoppas att den kunskapen ska underlätta vårt arbete.

Det är dags att börja planera årets kursverksamhet. Vårt mål är att delta i årligt återkommande kurser för Urologer, Endokrinologer, Reproduktionsmedicinare och Allmänläkare och vi är bra på gång. Kurser för Urologer och Reproduktionsmedicinare är redan planerade och de andra ska vi börja planera under hösten. Glädjande är också att två androloger var inbjudna som talare till Svensk Endokrinologisk Förenings årliga möte.

Så äntligen är det höst!

MATS HOLMBERG

Ordförande
Svensk Andrologisk Förening



Hur har det gått?

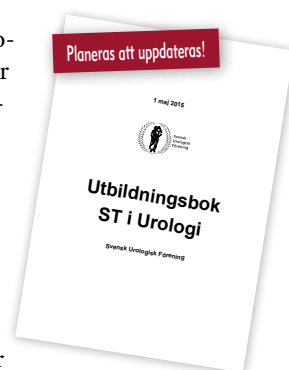
Tack för senast vi, som sågs i Göteborg på BUS vårmöte i maj. En solig tillställning. Till vår styrelse tackar vi av tre kollegor: Johan Rubenson, Andreas Kerckik och Emelie Abrahamsson, och välkomnar tre nya ledamöter: Denis Mesinovic, Gabriella Holmqvist och Sigrid Ljunggren (se styrelseidan 81). Jag som skriver idag heter Jacob Gillner och är sedan vårmötet ordförande för BUS. Nedan följer kort information om BUS kommande verksamhet.



Nästa BUS-möte är planerat till Urologidagarna i Västerås, förmiddagen den 2:a oktober. Temat är "Operationskomplikationer och hur de skall hanteras, fokus på ST-läkaroperationer". Information och anmälningsformulär finns på hemsidan under BUS-fliken. Det kommer finnas plats för alla men föransmälan förenklar livet för oss. Två erfarna kollegor kommer för att utbyta och dela med sig av sina tips och erfarenheter. Ta gärna med egna funderingar och frågor till föreläsarna. Varmt välkomna!

Det har nu gått fyra år sedan ST-reformen 2015 då Urologin åter blev en egen grundspecialitet. Hur har det gått? Inom de

närmsta åren kommer utbildningsboken uppdateras. Vi bör utvärdera de år som gått sedan reformen 2015. Feedback från er nyblivna specialister och nuvarande ST-läkare bör påverka framtidens utbildningsbok. Ett par BUSar snickrar på en enkät som kommer ut senare i höst alternativt under 2020. Även direkt feedback till bus@urologi.org kan förmedlas vidare till SUFs utbildningsutskott där BUS är representerat.



Finns det någon viktig fråga som BUS inte arbetar med i nuläget? Det gör det säkert. Gör oss gärna uppmärksamma på detta!

BUS styrelse genom

JACOB GILLNER

Ordförande, BUS

jacob.gillner@vgregion.se



SPUF har ordet

SPUF hälsar det kommande året välkommen med nya spännande utmaningar! Vår eminenta ordförande Bo Sjögren har klivit tillbaka efter mycket hårt och värdefullt arbete. Styrelsen hälsar även nya medlemmar välkomna och vi kommer snart att utse en ny ordförande. Vi hoppas alla läsare har fått ett välförtjänt sommaruppehåll och önskar återkomma med mer utförliga inlägg från oss och framför allt från vår nya ordförande framöver i kommande nummer.

Hälsningar SPUF-styrelsen

Ledamöter Katarina Hallén Grufman, Rafael Lantz, Bo Sjögren, Björn Wullt, Fred Helgessen, Mauritz Walldén och sekr Caroline Elmér

Teaching sabbatical från STINT – kanske världens finaste stipendium

En annorlunda reseberättelse

Det finns många förmåner med att vara universitetslärare. En av dessa blev jag varse om först för två år sedan trots att jag arbetat med undervisning i nu 18 år. STINT's teaching sabbatical stipendium. STINT betyder Stiftelsen för internationalisering av högre utbildning och forskning och STINT vill bidra till att förnya högre utbildning samt skapa internationella nätverk. Det gör man genom att bland annat dela ut ett antal stipendier till forskare och lärare som brinner för undervisning och undervisningsfrågor. Stipendiaterna får då den fantastiska förmånen att vistas på ett av STINT's partneruniversitet under en hel termin i fem månader. Partneruniversiteten finns i Japan, Hongkong, Singapore och USA. Under vistelsen förväntas man undervisa antingen genom att ge egna kurser alternativt vara co-teacher med ordinarie universitetslärare på mottagande universitet. I ansökan ska man motivera varför man vill göra detta och har man tur går ansökan från hemuniversitetet till STINT. Har man tur blir man sedan kallad till en web-baserad intervju. Sedan påbörjas en lätt nervös väntan på besked.

Gissa om glädjen var enorm då STINT's brev med godkännande och antagning kom precis dagarna innan julen 2018. Det var ju helt gallet. Vilken julklass! Man kan väl inte lämna hus och hem och alla sina uppgifter på sitt arbete och bara sticka iväg på en



Familjen med flyttbagaget på LAX.

sådan här sak! Och jag som dessutom just hade blivit utnämnd till vice ordförande i kommittén för utbildning på Karolinska Institutet. Hur skulle detta gå att ordna?

Samtidigt kan man ju inte tacka nej till ett erbjudande som detta. Det är ju inte säkert man får göra något sådant mer i detta liv. Nej, det fick bli JA, TACK! Och sedan ordna till allt som måste fixas.

Efter en kort tid kom ett väldigt fint brev från professor Mark Litwin som är chef för Department of Urology här på UCLA där jag blev utnämnd till Visiting Associate Professor vid kliniken. Nu gällde det att dels förbereda allt pappersarbete inför höstens vistelse och dessutom boka en planeringsresa någon gång under våren 2019 för att närmare planera hösten inklusive boende. Det mesta får man fixa själv även om man alltid får tips och råd från den som kan mest om det man efterfrågar.

Pappersarbetet är enormt inför en vis-

telse av denna typ i USA. I egenskap av personal på universitetet skulle jag skaffa ett så kallat J1-visum. Min hustru och 12-åriga son är så kallade "dependants" till mig så de skulle skaffa J2-visum. Min nyligen blivna 21 åriga son föll utanför detta eftersom man då blivit "vuxen" och inte längre får vara dependant till någon förälder. Han måste skaffa ett eget visum och eftersom det vanliga ESTA-visumet som alla svenskar kan få bara varar i upp till 90 dagar fick det bli det så kallade "extended tourist" visumet B2. Alla måste också intervjuas på amerikanska ambassaden för att få detta visum. För att få boka tid på ambassaden behövdes ett dokument från UCLA kallat DS-2019. Detta kom oss tillhanda först 3 veckor innan vi skulle resa och väntetiden för intervju var cirka 15 dagar. Vid intervjun tar ambassaden hand om passet för att stämpla och klistra in dokumenten för VISA som därefter skickas



STINT

Stiftelsen för internationalisering av
högre utbildning och forskning

The Swedish Foundation for International
Cooperation in Research and Higher Education



Vårt hus i Bel Air och medföljande familjemedlemmar.

hem med PostNord. Gissa om vi var nervösa och oroliga dessa sista dagar på sommaren. Fem dagar innan resedatumet var dock passen i våra händer igen med godkänt VISA och nu kände vi oss lite lugnare igen. Men det hade ju inte gjort något om vi hade kunnat få reselugn tidigare.

Efter formulären DS-2019, DS-160, J1, J2 och B2, SEVIS I-901, I-9, I-94, AR-11, GLACIER, HIPAA, INP-150 var vi nu redo. Amerikaner verkar älska formulär men å andra sidan kanske de måste fylla i lika många om de kommer till oss.

Med elva väskor och en golfbag blev det nu SAS som fick äran att transportera oss till LAX. SAS stora fina plan, fina service och goda mat och underhållning, gjorde att resan blev bekväm och trevlig. När vi kom fram var det tur att vi hade hyrt en jättestor SUV för den fylldes från golv till tak med vårt bagage för transport till vårt boende/huset.

Vårt boende skulle nu bli väldigt speciellt. Vi hade hittat ett hus i Bel Air. Det område där väldigt många kändisar bor och har bostad. Eftersom det är rejält brant i området bygger man gärna på höjden, om man inte har oändligt med pengar förstås. Vårt hus har fyra våningar och en uteplats. Och detta mitt i ett område fyllt med fantastiska fastigheter, trädgårdar, grönska och blommor. Några kändisar som bostad i området är bland annat Frank Sinatra, Ronald Reagan, Elizabeth Taylor, Burt Bacharach, Barbara Streisand, Alfred Hitchcock m.fl. Om någon är intresserad av att köpa ett hus här är det många lediga. Bara två kvarter bort finns exempelvis ett hus som de anger som USAs dyraste priva-



Överallt ser man reklam om att UCLA rankas högt.

ta egendom till salu just nu, The Chartwell Estate, för 245 miljoner dollar. Förutom en magnifik trädgård och ett 40-bilsgarage kan man här få plats med sina tolv tusen flaskor vin i vinkällaren.

Något som vi finner märkligt är dock att det helt saknas trottoarer i området. Vi drar slutsatsen att man sällan promenerar i detta område. Man tar bilen till ALLT! Men man kan ju ta bilen till något av alla andra fantastiska områden runt omkring här, t.ex. Beverly Hills, Westwood, Brentwood, Palisades och där brukar det finnas trottoarer. Bilisterna kör väldigt fort här, trots trånga gator, så det gäller att se upp.

Som ni hör är det fantastiskt för oss att få äran att vara med om någonting liknande.

UCLA och David Geffen School of Medicine

University of California Los Angeles fick som universitet helt nyligen utmärkelsen "No 1 in California and No 6 in the US"! Man är inte blyg av sig då det gäller detta så detta skrivs på nästan varenda buss samt att man flaggar med detta utefter varenda



Otroliga villor i området Bel Air. OBS! inga trottoarer.

gata. Det går helt enkelt inte att missa. Vad är det då man mäter kan man undra? Det är lite svårt att förstå hur man hittar mätbara variabler på hur bra ett universitet är framför allt avseende undervisningen som ju ändå är en av grundpelarna på ett universitet. Att se på impaktfaktorer av publicerade artiklar, att få siffror på hur mycket ekonomiska medel forskarna erhåller i konkurrens, hur många artiklar som publiceras m.m. är förståeligt, men blir studenterna bättre här än på andra universitet? Det är åtminstone för mig mycket svårare att mäta. Några kliniker står ut extra bra i rankningen, t.ex. så rankas urologen som den tionde bästa urologikliniken i hela USA, och förstås då också som nummer ett i Kalifornien.

UCLA fyller i år 100 år och detta kommer att firas på många sätt under hösten. 1919 blev Los Angeles State Normal School ett så kallat University of California och flyttade ifrån centrum i LA där det initialt låg. 1929 öppnar man portarna för studenter i området Westwood som man erhållit från en donerande privatperson. UCLA har hunnit med mycket sedan dess, härbärgerat två stycken Olympiska spel 1932 och 1984 (och man kommer åter att göra detta 2029) och erhållit Nobelpris i samtliga kategorier, sex sammanlagt.

UCLA är inte ett privat universitet utan ett så kallat "public" universitet. Men man är ändå helt beroende av avgifter, donationer och anslag. Etthundratjugotusen studenter söker till universitetet varje år och cirka 45 tusen studenter antas varje år. Detta gör universitetet till det mest eftersökta i hela USA. Totalt erbjuder universitetet 337 olika undergraduate och graduate program inom alla möjliga discipliner. School of Nursing öppnade 1949 och School of Medicine 1951. 1955 öppnade UCLA Medical Center men efter den stora jordbävningen här i trakten 1994 fick byggnaden så pass stora skador att man beslutade bygga ett nytt sjukhus. Det tio våningar höga Ronald Reagan UCLA Medical Center öppnade dörrarna till patienter 2008. Denna gång hade man byggt sjukhuset på ett stort betongfundament som först gjutits under jorden. Vid en jordbävning är tanken att fundamentet inte ska kunna brytas sönder och på så sätt



Jag framför entrén på Ronald Reagan UCLA Medical Center.

minskas risken för skador samtidigt som sjukvården kan fortsätta att arbeta.

Westwood är alltså området där UCLA ligger och det är bra precis mitt emellan Los Angeles centrum och Santa Monicas sandstränder. Området är väldigt rent och fint fyllt med studenter och universitetsanställda. Man har inget emot att vandra runt i staden i sina arbetskläder ("scrubs"). Husen är två våningar och hela centrum är fyllt med små fina affärer, restauranger och enklare matställen. Man känner sig riktigt hemma här och får småstadskänslor. De eventuella uteliggare som finns verkar inte vara här i alla fall. Man ser många fler nere på stranden.

Läkarnas "School of Medicine" döptes

2002 om till David Geffen School of Medicine (DGSOM) efter att David Geffen skänkt 200 miljoner dollar till ett nytt hus för bara läkarprogrammet. Man byggde då den nya fina byggnaden som ståtligt paraderar framför det "gamla" sjukhuset. Här finns helt nya fina föreläsningssalar med all ny utrustning man kan tänka sig för aktiva undervisningssessioner, grupprum med monitorer för studenternas arbeten samt "Active Learning Classrooms" (ALCs) för stora studentgrupper. 2012 skänkte han ytterligare 100 miljoner dollar för att ungdomar som inte har tillräckligt med pengar för att studera medicin skulle kunna göra det. David Geffen var en sann filantropist och är känd inom framför allt musikindustrin för

sina skivbolag Asylum och Geffen records.

Hela 175 nya studenter antas varje höst till det fyraåriga läkarprogrammet (the MD program). För att komma i fråga för antagning måste man dels ha läst sina undergraduate studier på fyra år och dels klara de tester som finns. Alla studenter intervjuas innan studierna.

Att studera medicin på UCLA kostar för en Kalifornien invånare cirka 700.000 SEK/75 tusen dollar per år inkluderande både studerandeavgift (cirka 400.000 SEK), böcker, resande och boende på campus. Bor man hemma kan man dra av cirka 150.000 SEK på kostnaden och om man är från annan stat eller annat land kostar det cirka 120.000 SEK mer.

De över 100 nya studenterna som antagits till studier påbörjade sin första vecka första veckan i augusti vilken avslutades med den stora "White Coat Ceremony" då alla studenter får axla sin första vita rock under pompa och ståt i sina respektive familjers närvaro. Alla lärarna sitter på scenen i sina fina vita rockar varefter varje student ropas upp individuellt och får sin rock och en bok om kloka ord från Dr William Osler, "den moderna medicinens fader". Efter att ha avlagt den Hippokratiska eden tågar man ut för fotografering och därefter ett gigantiskt "garden-party" med musik. Alla studenter påminns här om att de är mycket speciellt utvalda till att studera medicin och bli läkare.

Utav de som till slut tar examen blir cirka 60 procent primärvårdsläkare vilket inkluderar internmedicin, allmänmedicin, pediatrik och obstetrik/gynekologi. Cirka 15 procent får specialistutbildning inom kirurgiska specialiteter, nästan lika stor andel blir psykiatrer följt av akutläkare, anestesiläkare och hudläkare.

LARS HENNINGSOHN

Redaktör för SUF och SAF
lars.henningsohn@ki.se

In nästa nummer av Svensk Urologi fortsätter jag min berättelse om hur mitt tillfälliga liv i USA ter sig.



White Coat Ceremony hösten 2019. Stolta nya läkarstudenter med sina nya vita rockar.



Los Angeles från 1 730 meters höjd. Bild tagen från Mount Wilson.



Grästofflor ger sommarkänsla på jobbet året runt.



Santa Monica Beach.

Nationellt Vårdprogram Prostatacancer NU UPPDATERAT!

I version 4.0 rekommenderas Zytiga® (abirateronacetat) vid såväl metastaserad nydiagnosticerad hormon känslig som metastaserad kastrationsresistent prostatacancer.¹

ZYTIGA® – FROM THE MOMENT OF METASTASES²

Nationellt Vårdprogram Prostatacancer Version 4.0 Information gällande Zytiga®

NYTT:

Primär behandling av fjärrmetastaser (sektion sektion 12.5.3):

”Tillägg av abirateron vid start av kastrationsbehandling kan erbjudas patienter med nydiagnosticerad sk högrisk fjärrmetastaserad prostatacancer när docetaxel inte är lämpligt ... **De som inte bedöms lämpliga ska värderas för abirateron.**”¹

ZYTIGA® (abirateronacetat)

Filmdragerade tabletter 500 mg. ATC-kod: L02BX03. Rx. ZYTIGA ingår i läkemedelsförmånen för nydiagnosticerad högrisk metastaserad hormon känslig prostatacancer (mHSPC) när docetaxel inte är lämpligt samt för metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (mCRPC). Den rekommenderade dosen är 1000 mg (två tabletter på 500 mg) dagligen som en engångsdos, som inte får intas tillsammans med mat. **Indikation:** ZYTIGA är en endokrin terapi som tillsammans med prednison eller prednisolon är indicerat för: • behandling av nydiagnosticerad högrisk metastaserad hormon känslig prostatacancer (mHSPC) hos vuxna män i kombination med androgen deprivationsterapi (ADT) • behandling av metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (mCRPC) hos vuxna män som är asymtomatiska eller har milda symtom efter svikt av androgen deprivationsterapi hos vilka kemoterapi ännu inte är indicerad • behandling av mCRPC hos vuxna män vars sjukdom har progredierat under eller efter en docetaxelbaserad kemoterapiregim. **Kontraindikation:** Överkänslighet. Gravt nedsatt leverfunktion. Kontraindicerat i kombination med Ra-223. För varningar

Zytiga® är rekommenderat som tidigare vid mCRPC som första linjens och andra linjens behandling.¹

och försiktighet samt rekommenderad övervakning under behandling var god se fullständig produktinformation. **Biverkningar:** I fas 3-studier med ZYTIGA var de biverkningar som observerades hos ≥ 10% av patienterna perifert ödem, hypokalemi, hypertoni, urinvägsinfektion och förhöjt alaninaminotransferas och/eller förhöjt aspartataminotransferas. Andra viktiga biverkningar innefattar hjärtsjukdom, levertoxicitet, frakturer och allergisk alveolit. Datum för senaste översyn av produktresumé 02/2019. För fullständig produktinformation och aktuellt pris, se www.fass.se Janssen-Cilag AB Box 4042, SE-169 04 Solna Tel 08-626 50 00, Fax 08-626 51 00, www.janssen.com/Sweden

References:

1. Nationellt Vårdprogram Prostatacancer, Version 4.0
2. ZYTIGA® (abirateronacetat) Produktresumé, feb 2019, www.fass.se

PROGRAM – UROLOGIDAGARNA I VÄSTERÅS 2019

Stora kongresshallen	Hörsalen	Konferensrum 301	Konferensrum 302	Konferensrum 204	Misteln
----------------------	----------	------------------	------------------	------------------	---------

Program Urologidagarna – onsdag 2 oktober

8 40	08.00-17.00 Registrering					
50	08.00-17.00 Utställning					
9 00		09.00-11.30 Nätverksträff för enhets- och avdel- ningschefer inom sluten- och öppen- vård Anna Bohman	09.00-12.00 BUS-möte	09.00-12.00 Studierektorsmöte	09.00-11.30 Specialitetsrådet Uppsala-Örebro Pernilla Sundqvist	10.00-12.00 Infektionsurologiskt nätverk 10.05 Kunskapsluckor inom forskning Charlotta Edlund, Folkhälsomyndigheten 10.25 Patogener inför stenkirurgi / profylax-PM Martin Sundqvist, mikrobiolog, Örebro 10.50 Den nya nålen - en ren väg framåt? Andreas Forsvall, urolog, Helsingborg 11.10 Antibiotika vid TRUL-biopsi Karl-Johan Lundström, urolog, Östersund, Magnus Grabe. urolog, Malmö/Lund. Björn Wullt, Urolog, Kärnan, Helsingborg
10 00	10.00-11.00 Stadsvandring Västerås eller Guidad museitur					
10 10						
11 00						
11 10						
12 00	12.00-13.00 Sittande lunch med kaffe i utställningslokalen					
13 00	13.00-13.30 Mötet öppnas och forskningsöversikt Sari Stenius, verksamhetschef urologen Västerås, Lotta Renström Koskela, ordförande SUF, Gun Danielsson, ordförande RSU, Helena Thulin, vetenskaplig sekreterare RSU, Johan Styrke, vetenskaplig sekreterare SUF					
14 00	13.30-14.30 Gästföreläsning - Artificiell intelligens & Hälsorobotik Heinrich von Busch, PhD, Product Owner Artificial Intelligence for Oncology Imaging at Siemens Healthineers, Siemens Healthcare. AI in prostate imaging and pathology - the industry vision, Adam Hagman, affärsutvecklare hälsorobotik, Robotdalen. Hälsorobotik nu och i framtiden					
15 00	14.30-15.00 Kafferast med besök hos utställarna					
16 00	15.00-16.15 Programpunkt - Debatt, Makrohematuri – Vad har vi lärt oss av SYF? Moderator: Lisa Kirsebom Deltagare: Fredrik Liedberg, professor, urolog. Kenneth Östberg, regionråd (S), Region Västmanland. Anette Jonsson, kontaktsjuksköterska. Sten Holmäng, docent, urolog. Helena Brändström, samordnare nationella vårdprogram, SKL. Gunilla Malm, med.dr. familjeläkare					
17 00	16.15-16.25 Bensträckare					
18 00	16.25-17.10 Guldsporsorn Astellas - Men with advanced prostate cancer & bone endocrine-metabolic aspects. Moderator: Olof Akre, professor, urolog Föreläsare: Bertrand Tombal, professor, urolog, president EORCT. Bryssel, Belgien					
19 00	17.15-17.45 Silversponsor Janssen – High-lights från APCCC, Advanced Prostate Cancer Consensus Conference 2019 Anders Bjartell, professor, urolog					
20 00	17.45-18.15 Bronssponsor Cernelle – Bäckebottensmärta – något nytt? Per-Anders Abrahamsson, professor, urolog. Magnus Grabe, docent, urolog. Florian Wagenlehner, professor, urolog. Giessen, Tyskland				17.30-19.00 Allmänhetens före- läsning – Prostata- cancer & robot- kirurgi Dzmitry Zhurauliou, urolog & Vasilis Souv- leros, urolog	
21 00	18.15-18.45 Generiska patientöversikter Maria Sörby, projektledare RCC & Magnus Thörnblom, med dr. urolog				17.55-18.45 Abstraktsession 1 Behandling av BPH Abstrakt 1-7	
22 00	18.50– Middag med mingel – Restaurang Ovalen					

PROGRAM – UROLOGIDAGARNA I VÄSTERÅS 2019

Stora kongresshallen	Lilla kongresshallen	Hörsalen	Konferensrum 301	Konferensrum 302	Konferensrum 109
----------------------	----------------------	----------	------------------	------------------	------------------

Program Urologidagarna – torsdag 3 oktober

7:40	07.40-08.20 Frukostföreläsning Ferring – Time for morning T – seminarium om testosteron. Stefan Arver, docent, endokrinolog		07.40-08.20 Frukostföreläsning PharmaPrim – Lit-Control®: New advances in the medical treatment of Kidney Stones. Rosendo Garganta, Devicare, Spanien		07.40-08.20 Frukostföreläsning Sobi – Råta ut dina frågetecken kring Peyronies sjukdom. Ulf Håkansson, urolog
8:00					
8:30	08.30-09.45 Kost, motion och cancer 1. David Stenholtz, onkolog. Kost och cancer 2. Maria Hedelin, med. dr. nutritionist. Kostråd vid prostatacancer 3. Jan Haak, direktör, inspiratör och cancerpatient. Motivation för motion vid cancer		08.30-09.45 Tema Njursten 1. Mudhar Hasan, urolog. Att behandla njurstenar ur flygbranschens perspektiv 2. Oliver Wiseman, urolog, Cambridge UK. The UK renal registry 3. Elisabeth Nelson, med dr. urolog. Arbetet med njursten inom Nationella Programområden (NPO)		08.30-09.45 Abstraktsession 2 Prostatacancer Abstrakt 8-17
9:00					
9:30					
10:00	09.45-10.25 Kafferast med besök hos utställarna				
10:30	10.25-11.25 SUF Hedersföreläsningar Lars Karlberg, fd. verksamhetschef, urolog Striden om urologin Börje Ljungberg, professor, urolog En vandring tillsammans med njurcancerpatienter		10.25-11.25 För administratörer: Farliga diktat Ulf Fröberg, chefsjurist, IMR	10.25-11.25 För undersköterskor: Urologcertifikat (Rum 301 och 302) Ayse Balci, undersköterska Mikaela Lill-Smeds, undersköterska, Lena Ström, kontaktsjuksköterska, Christina Landén, sjuksköterska Fawzia Aliyali, uroterapeut	
11:00					
11:30	11.30-12.00 ACTA föreläsning Florian Wagenlehner, professor, urolog. Giessen, Tyskland – Urological infections		11.30-12.00 RSU Hedersföreläsning Karin Stenzelius, med dr. sjuksköterska. – Sjuksköterska med ambition att göra skillnad		
12:00	12.00-13.10 Sittande lunch med kaffe i utställningslokalen				
13:00	13.10-14.30 Årsmöte SUF	13.10-14.30 Årsmöte RSU 30 år!	13.10-14.30 Administratörmöte – Klassificering av sjukdomar och hälsotillstånd. Ann-Sofi Andersson, medicinsk sekreterare	13.10-14.30 USIUS – Möte för undersköterskor	13.10-14.30 Urosex nätverksgrupp
14:00					
14:30	14.30-15.00 Kafferast med besök hos utställarna				
15:00					
15:30	15.05-15.35 Bronssponsor ProstaLund Framtidens BPH-vård Fredrik Stenmark, urolog. Erik Sagen, urolog		15.05-15.35 Prostatacancerskolan Lena Ström, kontakt-ssk. Fawzia Aliyali, uroterapeut. Ulrika Wetter, kurator/sexolog. Anette Jonsson kontakt-ssk. Daniel Sjöström, op-koord		15.05-15.35 Patientkommunikation via 1177 Maria Berglund, verksamhetsutvecklare 1177
16:00	15.40-16.40 Att arbeta med olika kulturer Riyadh Al-Baldawi, psykiatriker, Orienthälsan Stockholm		15.40-16.40 Abstraktsession 3a Njur-, penis- och testikelcancer Abstrakt 18-22		15.40-16.40 Abstraktsession 3b Blåscancer och benign urologi Abstrakt 23-30
16:30	16.15-16.25 Bensträckare				
17:00	16.50-17.20 Bronssponsor Ipsen Testosteronets betydelse för behandling av avancerad prostatacancer, Jan-Erik Damber, professor, urolog		16.50-17.50 Grön laser – förevisning av tekniken Botan Hawas, urolog.		16.50-17.50 Abstraktsession 4 Benign urologi, metodutveckling Abstrakt 31-36
17:30	17.20-17.50 Organiserad Prostatacancertestning – var befinner vi oss? Ola Bratt, professor, urolog				
18:00					
19:30	19.30 Middag – Konserthuset (RSU 30 år – firande under middagen)				

PROGRAM – UROLOGIDAGARNA I VÄSTERÅS 2019

Stora kongresshallen	Hörsalen	Konferensrum 301	Konferensrum 302
----------------------	----------	------------------	------------------

Program Urologidagarna – fredag 4 oktober

8:30	08.30-09.40 Cancerrehabilitering & sexualitet Anneli Klöpper, sjuksköterska, Anette Jonsson, kontaktsjuksköterska, Carina Danemalm Jägervall, sexualrådgivare, Ola Bratt, professor, urolog	08.30-09.40 Nanoterapi/nanomedicin (Engelsspråkig) Georgios Sotiriou, docent, nanobioteknologi & biomaterialteknologi, Karolinska Institutet	08.30-09.40 Abstraktssession 5 Blåscancer Abstrakt 37-45
9:00	09.40-10.15 Kafferast med besök hos utställarna		
10:00	10.15-11.00 Vetenskaplig session – Kliniska studier inom kvalitetsregister Verena Sengpiel, doc. gynekolog. Helena Thulin, med dr. univ.-ssk. Börje Ljungberg, prof. urolog. Pär Stattin, prof. urolog. Truls Gårdmark, med dr. urolog	10.15-11.00 PEP – patientens egen provhantering Anna Hägglund, samordnande kontaktsjuksköterska, Lennart Rehnström, ProLiv	
11:00	11.05-12.00 Sammanfattning och prisutdelning Sari Stenius, verksamhetschef urologen Västerås, Lotta Renström Koskela, ordförande SUF, Gun Danielsson, ordförande RSU, Helena Thulin, vetenskaplig sekreterare RSU, Johan Styrke, vetenskaplig sekreterare SUF		
12:00	12-13 Hämtlunch	12.10-13.00 Konstituerande möte RSU:s styrelse	12.10-13.00 Konstituerande möte SUF:s styrelse
13:00			

Anteckningar

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.



PAUS. IGEN.

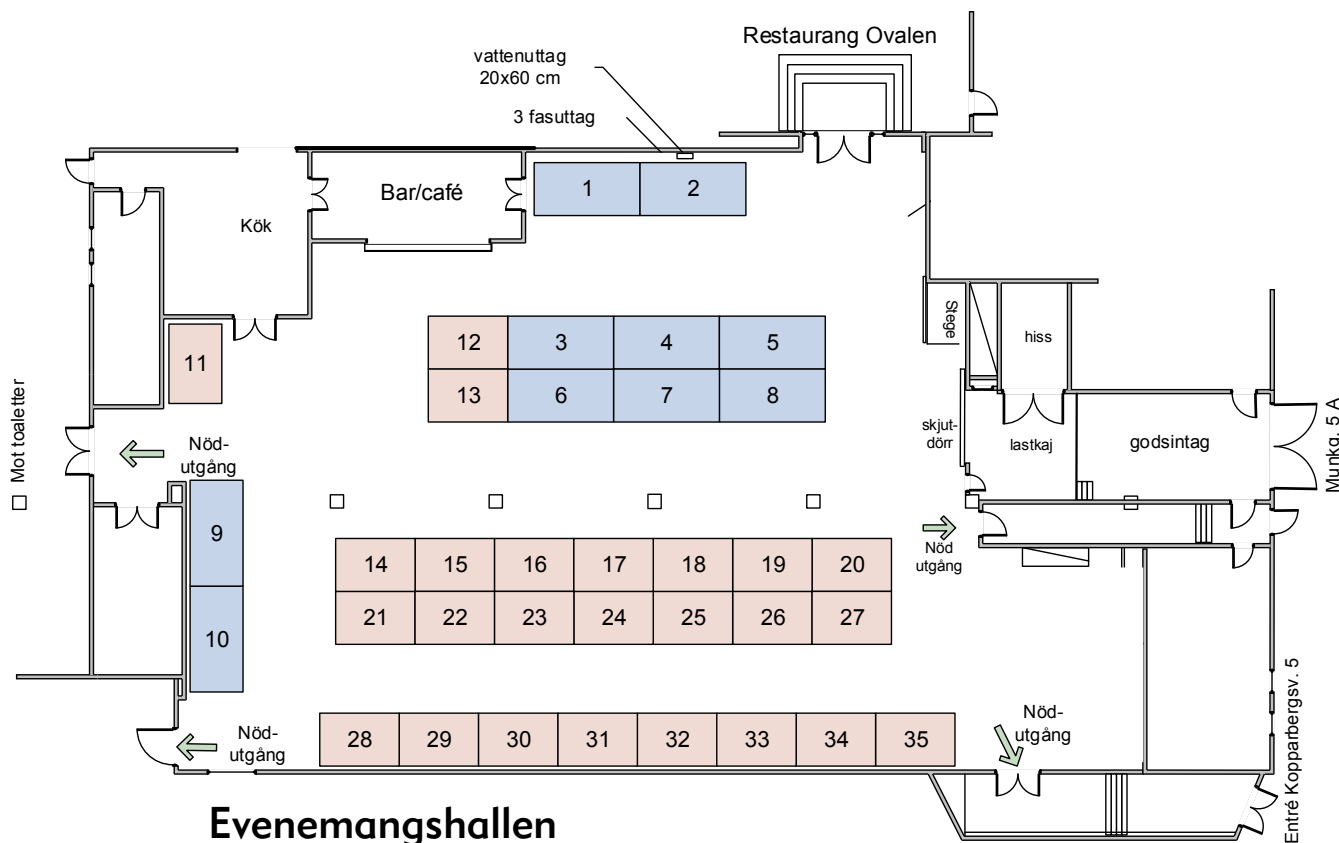
Några säger att godartad prostataförstoring är en naturlig del av åldrandet, vi säger tvärtom – det går att bli vän med sin prostata. Cernitol Novum kan göra blåstömningen lättare och minska de ofrivilliga kisspauserna. Läs mer på www.cernitol.se

Cernitol Novum är ett växtbaserat läkemedel för behandling av godartade prostatabesvär. Läs bipacksedeln noga före användning. För mer information, se fass.se. Kontakta läkare innan behandling för att inte missa eventuell bakomliggande allvarlig sjukdom (prostata- eller urinblåsecancer). Om besvärerna förvärras eller kvarstår i mer än 6 månader ska läkare kontaktas för förnyad bedömning. AB Cernelle, telefon 042-69 230.



**BLI VÄN MED
DIN PROSTATA**
www.cernitol.se

Utställare – monterplatser – entréplan



MONTER

Monterplats 1
Monterplats 2
Monterplats 3
Monterplats 4
Monterplats 5
Monterplats 6
Monterplats 7
Monterplats 8
Monterplats 9
Monterplats 10
Monterplats 11
Monterplats 12
Monterplats 13
Monterplats 14
Monterplats 15
Monterplats 16
Monterplats 17
Monterplats 18

FÖRETAG

Olympus Sverige AB
Ferring Läkemedel AB
Coloplast AB
Sanofi Genzyme AB
Allytec AB
Sandoz
Wellspect HealthCare
adCare AB
Kungshusen Medicinska AB
BK Medical
Bayer AB
Photocure ASA
Medac
Evolan Pharma
IDL Biotech AB
Coloplast AB
Chundsell Medicals AB
IBSA Nordic

MONTER

Monterplats 19
Monterplats 20
Monterplats 21
Monterplats 22
Monterplats 23
Monterplats 24
Monterplats 25
Monterplats 26
Monterplats 27
Monterplats 28
Monterplats 29
Monterplats 30
Monterplats 31
Monterplats 32
Monterplats 33
Monterplats 34
Monterplats 35

FÖRETAG

Dolema AB
Karl Storz Endoskop Sverige AB
SynMed Medicinteknik AB
Boston Scientific Nordic AB
COOK Sweden AB
Merit Medical
Immedica Pharma AB
Astellas Pharma AB
Mediq Sverige
Apsu Medical AB
Mediplast
Kyowa Kirin AB
B. Braun Medical AB
Mikronmed AB
UpViser AB
Besins Healthcare Nordics AB
Pharmanovia

Huvudsponsorer – monterplatser – plan 2

Guldspansor

Monterplats 1 Astellas Pharma AB



Silversponsor

Monterplats 3 Janssen AB



Bronssponsor

Monterplats 4 Ipsen AB

Monterplats 5 ProstaLund AB

Monterplats 6 AB Cernelle

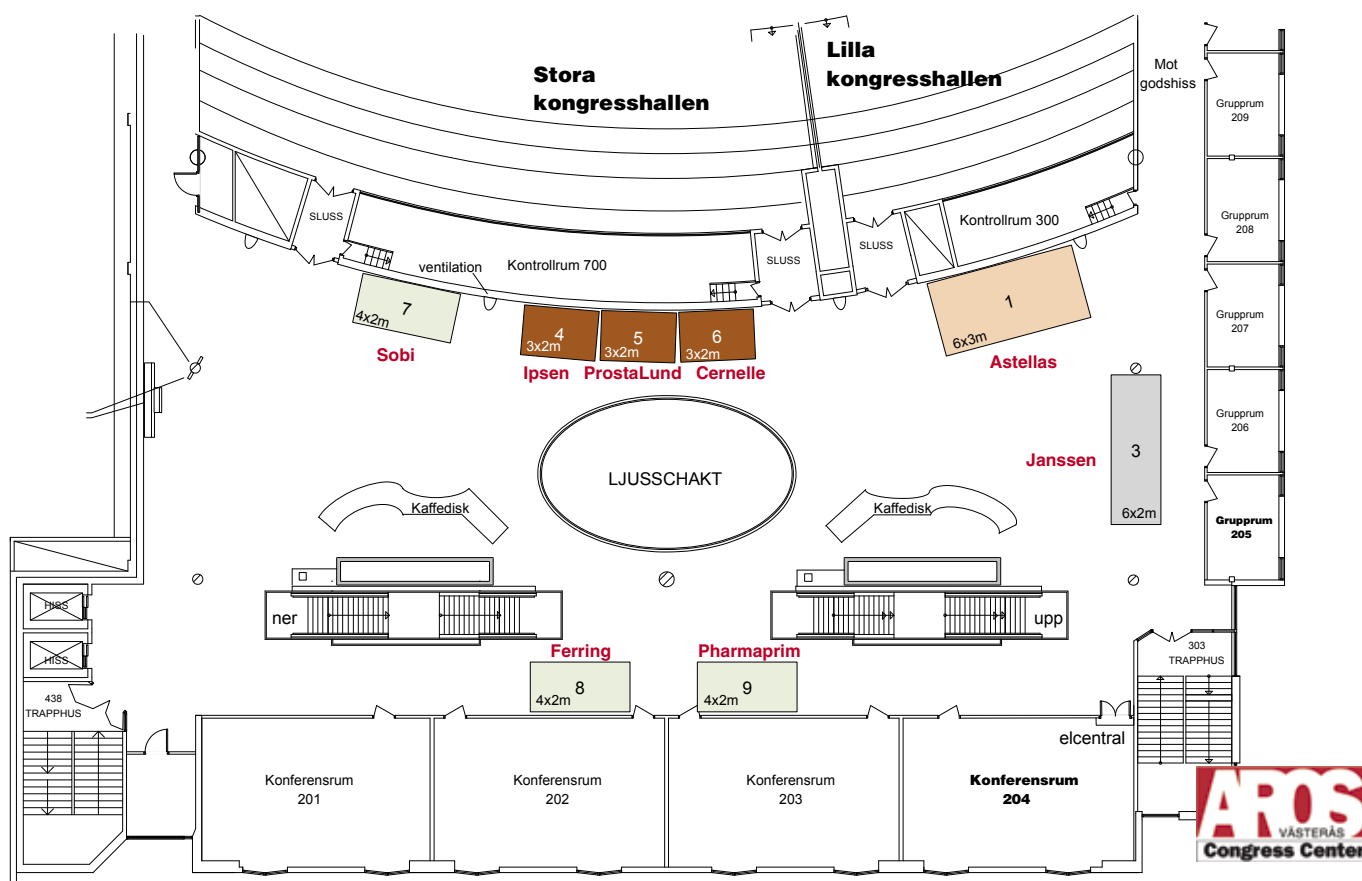


Frukostspansor

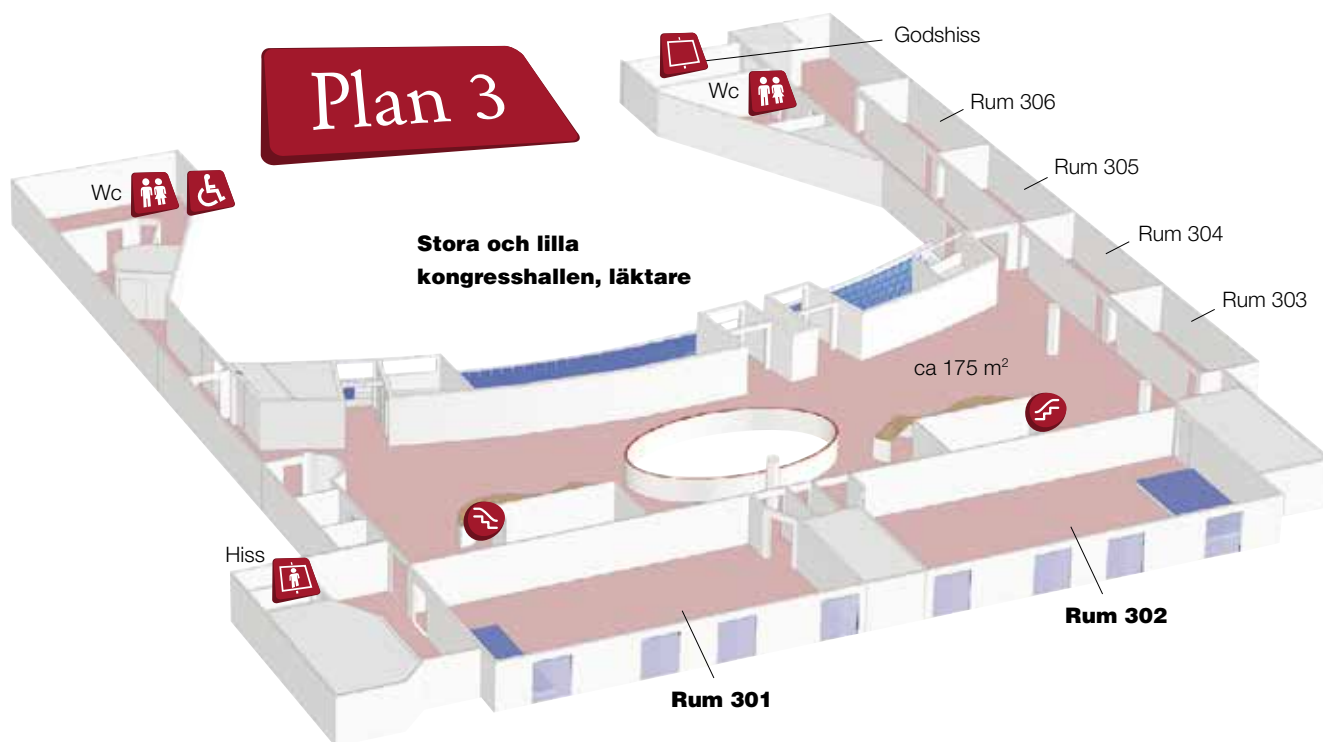
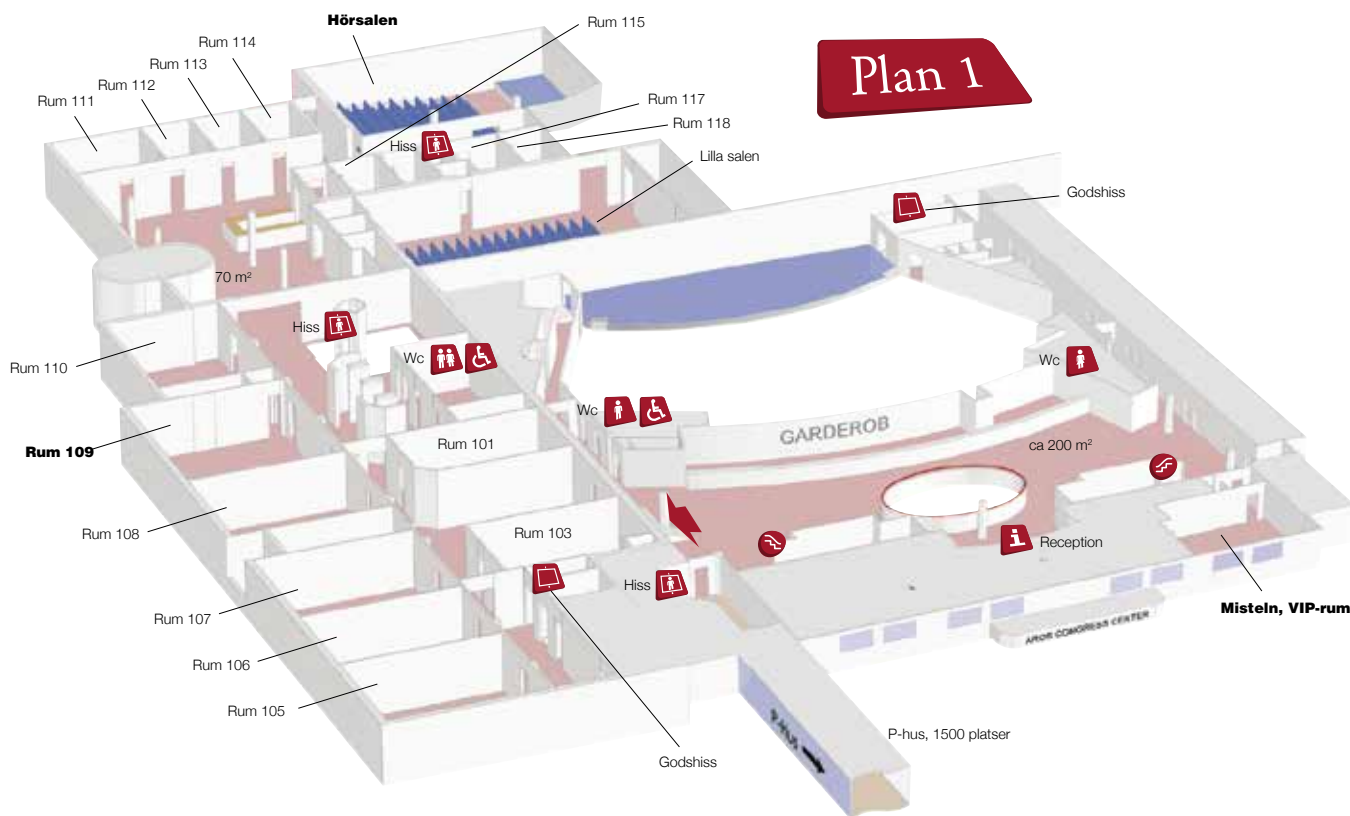
Monterplats 7 Sobi

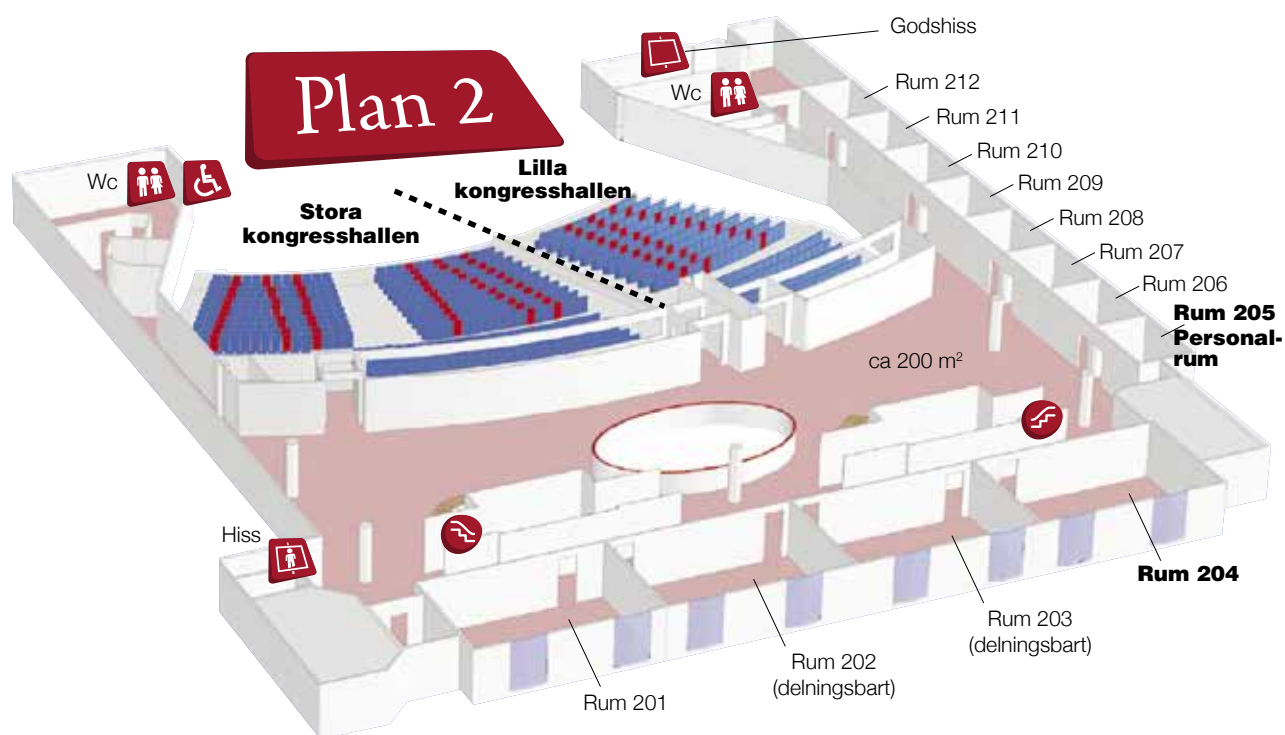
Monterplats 8 Ferring Läkemedel AB

Monterplats 9 PharmaPrim AB



Konferensrum 109, 301, 302, Hörsalen & Misteln





Anteckningar

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Pris Tillslagstid Halveringstid Biverkningar

FÅR DU KOMPROMISSA?

Vid valet av PDE5-hämmare vid erektil dysfunktion har flera faktorer betydelse.¹

Låt dina ED-patienter prova Spedra (avanafil):

- Lägre tablettpris med nya och större förpackningar*
- Mycket hög selektivitet för PDE5^{2,3}
- Snabbt tillslag^{4,5} och en halveringstid mellan 6-17 timmar¹

Nu även i
förpackningar
om 12 st

*Spedra tablettpris i nya 12-pack varierar mellan 46,92 och 48,30 SEK för 100 mg samt mellan 63,92 och 64,83 SEK för 200 mg. Priserna varierar mellan apotekskedjor och avser 20 aug 2019.⁶



Referenser: **1)** Strömberg P, Hedelin H, Ljunggren C. Behandling av erektil dysfunktion med PDE5-hämmare. Läkartidningen 2006;14:1107-1111. **2)** Spedra produktresumé april 2018 **3)** Wang R et al. Selectivity of avanafil, a PDE5 inhibitor for the treatment of erectile dysfunction: Implications for clinical safety and improved tolerability. **4)** Goldstein I et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled Evaluation of the safety and efficacy of avanafil in subjects with erectile dysfunction. J Sex Med 2012;9:1122-1133. **5)** Hellstrom W et al. Efficacy of avanafil 15 minutes after dosing in men with erectile dysfunction: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J of Urol. 2015;Vol 194:485-492. **6)** Priser hämtade från tre apotekskedjors hemsidor 20 augusti. 2019: Apoteket AB, Apotek Hjärtat och Kronans Apotek.

Spedra (avanafil) tabletter (blekgula, ovala). **Rx**, ATC-kod: **G04BE10**, läkemedel vid erektil dysfunktion (fosfodiesterashämmare). Ingår ej i läkemedelsförmånen. **Indikationer:** Behandling av erektil dysfunktion hos vuxna män. För att Spedra ska vara effektivt krävs sexuell stimulering. **Dosering:** Den rekommenderade dosen är 100 mg som tas efter behov ungefär 15-30 minuter före sexuell aktivitet. Baserad på individuell effekt och tolerabilitet kan dosen ökas till maximalt 200 mg eller minskas till 50 mg. Maximal rekommenderad doseringsfrekvens är en gång per dag. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot avanafil eller hjälpämne. Patienter som använder någon form av organiskt nitrat eller kväveoxidator. Samtidig administrering av fosfodiesteras typ 5-hämmare, inklusive avanafil, med guanylatcyklas-stimulerare, såsom riociguat, är kontraindicerad eftersom det kan leda till symtomatisk hypotension. För patienter med tidigare förekommande kardiovaskulär sjukdom ska den potentiella hjärtrisken övervägas vid sexuell aktivitet. Användning av avanafil är kontraindicerad för: patienter som har haft hjärtinfarkt, stroke eller livshotande arytmi inom de 6 senaste månaderna; patienter med hypotension i vila eller hypertension; patienter med instabil angina, angina vid sexuellt umgänge, eller hjärtsvikt NYHA klass 2 eller högre. Gravt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh C). Gravt nedsatt njurfunktion (kreatininclearance < 30 ml/min). Patienter som har förlorat synen på ett öga på grund av icke-arteriell främre ischemisk optikusneuropati (NAION). Patienter med känd hereditär degenerativ retinasjukdom. Patienter som använder potenta CYP3A4-hämmare. **Varningar och försiktighet:** Anamnes och läkarundersökning bör ske för att diagnosticera erektil dysfunktion och fastställa eventuella underliggande orsaker innan farmakologisk behandling övervägs. **Innehavare av godkännande för försäljning:** Menarini International. Svensk representant: Pharmaprim AB. **Förpackningar och pris:** Blister om 4 st tabletter i styrkorna 100 mg (ca 200-209 SEK AUP) och 200 mg (ca 288-299 SEK AUP). Blister om 12 st tabletter i 100 mg (ca 563-580 SEK AUP) och 200 mg (ca 767-790 SEK). **Senaste översyn av produktresumé:** april 2018. Se vidare på www.fass.se

Abstrakt

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

Behandling av BPH

Session 1 – onsdag 2 oktober kl. 17.55–18.45

Lokal: Konferensrum 301

Abstrakt 1:**Robotassisterad prostataadenomenukleation – framgångsrikt, säkert och effektivt**Gustaf Starlander¹
och Issa Issa¹¹Urologkliniken, Region Jönköpings län

Bakgrund: Sedan 2018 har urologkliniken i Region Jönköpings län utfört robotassisterade prostataadenomenukleationer (Robot-Assisted Simple Prostatectomy – RASP) istället för öppna adenomenukleationer. Målet med studien var att jämföra operationsresultaten från robotassisterade adenomenukleationer genomförda 2018–2019 med öppna adenomenukleationer genomförda 2016–2017.

Design: Retrospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: Journaluppgifter för patienter opererade med robotassisterad adenomenukleation och öppen adenomenukleation i Jönköping 2016–2019 granskades retrospektivt. De patienter som genomgick robotoperation 2018 följdes dessutom upp efter >3 månader postoperativt avseende IPSS, flödesmätning och resurin.

Resultat: 19 öppna operationer (2016–2017) och 24 robotoperationer (2018–juni 2019) inkluderades och jämfördes. För samtliga patienter var genomsnittsåldern 71 år, medianvolym på prostata var 117 cc och 84 g extirperades. Genomsnittlig operationstid var 111 min vid robotoperation (varav 85 min i konsol) vs 129 min vid öppen operation. Ingen statistisk signifikant skillnad sågs mellan grupperna avseende ovanstående variabler. Vid robotoperation

var genomsnittlig uppskattad blödning signifikant lägre (172 ml vs 1 086 ml; $p < 0,001$) liksom skillnad mellan pre- och postoperativt Hb (21,3 g/l vs 37,9 g/L; $p < 0,001$). Vårdtiden var i median kortare (2 dygn vs 4 dygn postoperativt; $p < 0,001$) och färre patienter drabbades av komplikationer (3 patienter (13%) vs 12 patienter (63%) med minst en komplikation $\geq$ Clavien-Dindo grad II; $p < 0,001$). Den totala kostnaden för vårdtiden var i genomsnitt 7 500 SEK vid robotoperation vs 69 600 SEK vid öppen operation ($p = 0,26$). Efter robotoperation hade patienterna i median IPSS 1,5+0, maxflöde på 24 ml/s och 47 ml resurin.

Slutsats: Robotassisterad prostataadenomenukleation ger ett fullgott funktionellt resultat, men avsevärt mindre peroperativ blödning, färre komplikationer och kortare vårdtid jämfört med öppen adenomenukleation, till en jämförbar kostnad.

Abstrakt 2:**Robotassisterad prostataadenomenukleation – Operationsteknik med video**Gustaf Starlander¹
och Issa Issa¹¹Urologkliniken, Region Jönköpings län

Operationsmetod: Robotassisterad prostataadenomenukleation (Robot Assisted Simple Prostatectomy-RASP) har i region Jönköpings län genomförts enligt följande procedur:

1. Det initiala förfarandet är identiskt med robotassisterad laparoskopisk radikal prostatektomi; fyra robotportar och två assistentportar sätts, patienten lutas och da Vinci-robot dockas. Peritoneum incideras och urinblåsan faller ner, varpå gränsen mellan urinblåsa och prostata identifieras.
2. Blåsan öppnas i medellinjen sagittellt över blåshalsen och basen av prostata. Blåshalsen incideras därefter cirkulärt inifrån blåsan varpå adenomet identifieras.
3. Adenomet enukleeras omväxlande trubbigt och skarpt ner till kollikel, och blödningar diatermeras successivt.

4. Blåsslemhinnan sys sedan ner mot uretraslemhinnan, i blodstillande syfte, varefter patienten erhåller KAD och prostatakapsel och blåsa sutureras fortlöpande och blåsan trycktestas.
5. Roboten avlägsnas, varefter patienten planas, portar avlägsnas, adenomet tas ut via kameraporthålet och fascia sutureras.
6. Patienten går hem dagen efter operationen. Agrafer och KAD avlägsnas av distriktssjuksköterska efter ca 7–10 dagar.

Operationstekniken demonstreras med video.

Abstrakt 3:

TUR-P som dagkirurgiskt ingrepp i regional bäckenplexusblockad

Henrik Zetterquist¹

¹Uropraxis AB

Bakgrund: Det uppskattade kliniska behovet av TUR-P-operationer ligger på ca >15 000 operationer/år. TUR-P-operationen bör därför i görligaste mån polikliniseras.

Design: Studien är en retrospektiv kohort, av 110 konsekutivt opererade patienter.

Material & metod: Under jan 2017–nov 2018 har vi opererat 110 patienter med TUR-P, TUIP och blåshalsincision. Vi använder TURis och anesthesi uppnås genom regional bäckenplexusblockad (RPB) av framförallt plexus iliohypogastricus/S2-S4 utföres med 80 ml Xylocain 1%/Marcain 0,25% i 50/50 blandning som depone-ras vid vesiculi topparna samt in bakom vesicula och blåsvägg. Vi använder en 20 cm 22 G nål och injektionerna utföres TRUL-gui-dat. Premedicinering utgörs av 5mg Stesolid supp., Iprel 400 mg, Alvedon 1 000 mg och Ciprofloxacin 500 mg.

Resultat: Nästan alla 110 patienter opererades i RPB med gott anestetiskt och funktionellt resultat. Av dessa 110 patienter har 90 förklarat sig mycket nöjda med ingreppet, 17 nöjda, och 3 inte nöjda. Medelförbättring av IPSS för 63 patienter med tillgängliga preop. och postop. IPSS, var 12,2 p. (20,2 p.- 8,0 p.). Av de 21 patienter där både preop och postop flöde förelåg, förbättrades flödet från 7,2 ml/s till medeltal 15,9 ml/s. 6 patienter med komplett KAD/RIKx4 krävande retention har blivit av med sin kroniska KAD-beh. Alla patienter behandlades postoperativt med KAD av spol-typ, 0–10 timmar men endast 1 patient behövde spolning över natt ineliggande. 109/110 patienter gick hem samma dag. 2 patienter genomgick postoperativ blodtransfusion, varav 1 patient 38 timmar efter kirurgi, och en patient 3 veckor efter kirurgi.

Slutsats: TUR-P kan utföras säkert i RPB med fullgod aneste-

tisk effekt, på välinformerade patienter med prostator mindre än 40 cc. Lämpliga patienter är ASA 1–2 patienter med höga tera-piresistenta IPSS och tredjelob, och sist men inte minst, utvalda ASA 3 patienter med små prostator, kontraindikation mot stan-dard anestesiformer och komplett urinretention.

Abstrakt 4:

Introduktion av prostataartärembolisering (PAE) i Västerås

Emir Majbar¹

Jakob Swanberg², Johan Lindberg² och Farhood Alamdari¹

¹Urologiska kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

²Röntgenkliniken Västmanlands sjukhus, Västerås

Bakgrund: Intresset för PAE behandling av patienter med LUTS vid BPH har under de senaste åren ökat i många europeiska län-der. Syftet med denna pilotstudie är att utvärdera preliminära behandlingsresultat, praktisk genomförbarhet och att etablera rutiner för vidare studier.

Design: Prospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: Mellan januari 2018 och februari 2019 erbjöds PAE till 15 patienter med prostatavolym >50 cc som uppfyllde kriterier för TUR-P eller adenomanukleation, medianålder var 73 år (70–78). Preoperativ DT-angiografi utfördes och 13 patienter bedömdes lämpliga för PAE men behandlingen kunde inte fullföl-jas i 3 fall. På alla patienter registrerades prostatavolym (TRUL), IPSS-score, QoL, Qmax och medelflöde preoperativt samt 3 eller 6 månader postoperativt. Åtta patienter av 10 var behandlade med Finasterid och Alfuzosin i minst 6 månader innan och avslutades vid PAE.

Resultat: Vid 3-månaderskontroll observerades i median 19% volymsreduktion (TRUL); IPSS-score -8,5 poäng; QoL -2 po-äng; Qmax + 6,1 ml/s; medelflöde + 5,9 ml/s; resurin -120 ml och 8/10 patienter blev kateterfria. Patienterna kunde åka hem 3 timmar efter behandlingen. Inga komplikationer observerades, 3 patienter fick 5 dagars kortisonkur (postemboliseringssyndrom).

Slutsats: Patienter med arterioskleros, slingriga bäckenkärl och/eller stenoser/okklusioner har sämre förutsättningar för att PAE ska lyckas. PAE är en relativt ny avancerad interventionsradiologisk, minimalinvasiv dagkirurgisk behandlingsmetod för patienter med LUTS vid BPH som kan utföras på Västmanlands sjukhus, Västerås, med goda preliminära behandlingsresultat och hög patientnöjdhet. Sedan februari 2019 har ytterligare c: a 20 patienter behandlats med PAE med teknisk framgång och uppföljning fortsätter.

Abstrakt 5:

Patients' perspective on Prostate Artery Embolization

Alexander Holm¹

Hans Lindgren^{2,3}, Mats Bläckberg⁴, Marika Augutis⁵,
Peter Jakobsson⁶, Mattias Tell⁷, Jonas Wallinder⁷, Karl-Johan
Lundström¹ och Johan Styrke¹

¹Dep. of Surgical and Perioperative Sciences, Urology and
Andrology, Umeå University

²Dep. of Clinical Sciences, Faculty of Medicine, Lund University

³Dep. of Interventional Radiology and Surgery, Helsingborg
Hospital

⁴Dep. of Urology, Helsingborg Hospital

⁵Dep. of Research and Development, Sundsvall Hospital

⁶Dep. of Radiology, Östersund Hospital

⁷Dep. of Surgery, Sundsvall Hospital

Background: Prostate Artery Embolization (PAE) has developed as an alternative for the treatment of Benign Prostate Hyperplasia (BPH). The procedure was first introduced in Sweden in 2015. The objective was to describe the patients' experience of undergoing PAE.

Design: Qualitative study.

Materials and methods: Interviews were conducted with 15 of the first patients who had undergone PAE at two medium sized hospitals in Sweden. Data were collected through individual, semi-structured telephone interviews 1–12 months after treatment and analyzed using qualitative content analysis.

Results: Four categories with sub-categories were formulated to describe the results: A diverse experience; Ability to control the situation; Resumption of everyday activities; Range of opinions regarding efficacy of outcomes. Overall the patients described the procedure as painless, easy and interesting. Limitations on access to reliable information before, during and after the procedure were highlighted as a major issue. Practical ideas for improving patient comfort during the procedure were suggested. Improved communications between treatment staff and patients were also highlighted. Self-enrolment to the treatment may have influenced the results.

Conclusion: From the patients' perspective, PAE is a well-tolerated method for treating BPH. Participants reported that while the procedure can be stressful, a calm atmosphere contributed to achieving a good experience. Comfort and the provided care during treatment might be further improved. Information prior to treatment could easily be standardized, preferable, in form of video clips easily accessible online. The follow-up should be thorough and standardized.

Abstrakt 6:

Laservaporisering av prostata i dagkirurgi

Botan Hawas¹

och Emir Majbar¹

¹Urologiska kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

Bakgrund: Vaporisering av prostata vid avflödes hinder med grön laser (PVP) har vi använt i många år på ineliggande patienter. Sedan april 2018 har vi använt PVP för patienter med LUTS/RIK i dagkirurgi. Patienterna är väl informerade muntligt och skriftligt om PVP sker i dagkirurgi.

Design: Prospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: Under april 2018–april 2019 opererade vi 59 patienter med PVP i dagkirurgi i Köping. Alla patienter opererades i narkos. ASA 1–3. Medianålder var 72 (59–88). Av 59 patienter hade 36 (61%) LUTS och 23 (39%) patienter var RIK eller kateterbärare. Prostatavolym 31–90 cm³ och kvarvarande detrusorfunktion på minst 20 cm H₂O vid tryck-flödesundersökning. Tryck-flödesundersökning gjort på alla patienter med påvisat avflödes hinder eller bevarad detrusoraktivitet. Tre patienter planerades för inläggning en natt efter operation av sociala skäl. Kateteravvecklingen skedde på urologmottagningen dagen därpå eller senare.

Resultat: Den planerade operationen genomfördes hos alla 59 patienter med PVP. Enbart en patient konverterades till TURP. Totalt 54 (92%) patienter opererades dagkirurgisk och 5 (8%) patienter blev inlagda över natten efter operation. Patienterna gick hem med kateter efter några timmar observation på dagkirurgivdelningen. Mediankatetertid var 1 (1–8) dag. En av 59 patienter hade detrusorunderaktivitet fortsatte med RIK. Resten av patienterna blev kateterfria. Sju patienter blev inlagda med komplikationer 2–39 dagar postoperativt, såsom UVI, hematuri, pneumoni och urinretention. Vårdtiden för postoperativa komplikationer var mellan 2–9 dagar. En patient behövde blodtransfusion.

Slutsats: PVP görs i dagkirurgi i Västmanland med engagerat team. Det blir kortare katetertid och sjukvårdsvistelse. Information till patienterna om ingreppet och dagkirurgi är viktigt.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Abstrakt 7:

The CoreTherm Concept: ett alternativ till operation av patienter med måttliga till svåra obstruktiva vattenkastningsbesvär orsakade av godartad prostataförstoring

Vedran Azinovic¹
och Fredrik Stenmark¹

¹Urologienheten, Länssjukhuset i Kalmar

Bakgrund: Godartad prostataförstoring är vanligt förekommande bland män och prevalensen ökar med stigande ålder. Många av dessa män har en förstörd prostatakörtel som obstruerar urinflödet, vilket leder till vattenkastningsbesvär. De patienter som har måttliga till svåra vattenkastningsbesvär och obstruktion kan botas med operation eller transuretral mikrovågsbehandling (TUMT). The CoreTherm Concept är avancerad och vidareutvecklad TUMT, med både hög energi samt feedbackteknik. Dessutom innebär konceptet att man använder sig av intraprostatiska injektioner med mepivakain och adrenalin. Behandlingen är evidensbaserad samt rekommenderad i riktlinjer från SBU, EAU och AUA. Vi avser med denna studie beskriva resultaten för behandlingskonceptet under en period på ett år.

Design: Retrospektiv studie av behandlingsdata vid en urologisk öppenvårdsklinik.

Material & metod: Totalt 197 män med godartad prostataförstoring och obstruktiva vattenkastningsbesvär behandlades under 2018. Totalt 140 patienter hade måttliga till svåra vattenkastningsbesvär efter symptomutvärdering och 55 av dessa patienter utvärderades med cystometri. Av övriga patienter var 40 kateterbärare, 15 patienter använde sig av RIK för att tömma urinblåsan och 2 hade suprapubiskateter.

Resultat: Vid uppföljningen tre månader efter behandlingen bedömdes 127 patienter (91%) vara responders enligt deWildt-kriterierna. Av övriga 57 patienter blev 44 kateterbefriade, vilket innebär en responderrate på 77%.

Slutsats: The CoreTherm Concept är en evidensbaserad metod som leder till mycket goda resultat och få biverkningar. Metoden bedöms vara ett alternativ till både transuretral resektion av prostata (TURP) och adenomenukleation. Behandlingen utförs på en urologisk öppenvårdsmottagning och kräver varken inläggande vård eller resurser på en operationsavdelning. Metoden kan med fördel användas på både patienter med måttliga till svåra obstruktiva vattenkastningsbesvär och kateterbärare.

Prostatacancer

Session 2 – torsdag 3 oktober kl. 08.30–09.45

Lokal: Konferensrum 301

Abstrakt 8:

Strålinducerad hemorragisk cystit; ett behandlingsförsök med Intravesikal instillation av natrium kondroitinsulfat (2%), Pilotstudie

Emir Majbar¹
Fawzia Aliyali¹ och Farhood Alamdari¹

¹Urologiska kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

Bakgrund: Strålningsinducerad hemorragisk cystit är sällsynt (5%). Tillståndet innebär försämrad livskvalitet och även en stor utmaning för sjukvården att hjälpa dessa patienter. Det finns ingen etablerad och väldokumenterad behandlingsregim. Vi ville undersöka om instillationen av natrium kondroitinsulfat 2% (etablerad behandling vid kronisk interstitiell cystit) kan ha effekt även på blödande strålcystit.

Design: Interventionsstudie.

Material & metod: Mellan mars 2017 och december 2018, behandlades 9 patienter. Cystoskopi samt blåssköljvätskeanalys utfördes på de flesta patienter för att utesluta annan genes till makrohematurin. En instillation i urinblåsan (20ml) varje vecka under sex veckor därefter en instillation varje månad under fyra månader. Det primära effektmåttet var makrohematurifrihet. Andra faktorer som inverkan på antikoagulantia, blodtransfusionsbehov och antal behandlingar analyserades.

Resultat: Absolut makrohematurifrihet uppnåddes efter 2–6 behandlingar hos 8 av 9 patienter. Före behandlingsstart var hälften i behov av blodtransfusioner, 5/9 hade ingen blodförtunnande medicin. En patient tackade nej till cystoskopi diagnostiserades med blödande prostatacancerrecidiv efter 13 instillationsseanser. Patienterna upplevde även en förbättring av deras LUTS besvär men detta har vi inte följt upp objektivt. Inga anmärkningsvärda biverkningar och komplikationer observerades.

Slutsats: Tillståndet är relativt ovanligt och drabbar få patienter med kraftig försämrad livskvalitet som resultat. Vår erfarenhet från Västerås visar lovande resultat av intravesikal instillation av natrium kondroitinsulfat (2%) för behandling av strålinducerad hemorragisk cystit. Cystoskopi samt blåssköljvätskeanalys före behandlingsstart är ett obligat.

Abstrakt 9:

A retrospective study assessing the accuracy of 18F-choline PET/CT for primary staging of lymph node metastases in intermediate and high-risk prostate cancer patients undergoing robotic-assisted laparoscopic prostatectomy with lymph node dissection

Christopher Puterman¹

Mimmi Bjöersdorff², Jennifer Amidi¹, Wolfgang Soller¹,
Thomas Jiborn¹, Göran Ahlgren¹, Henrik Kjölhede³,
Elin Trägårdh⁴ and Anders Bjartell¹

¹Dep. of Urology, Skåne University Hospital, Malmö

²Dep. of Clinical Physiology and Nuclear Medicine, Skåne University and Lund University, Malmö

³Dep. of Urology, Sahlgrenska University Hospital, Region Västra Götaland, Göteborg and Department of Urology, Institute of Clinical Science

⁴Sahlgrenska Academy University of Gothenburg, Göteborg
Dep. of Clinical Physiology and Nuclear Medicine, Skåne University and Lund University, Malmö

Background: Previous studies have investigated 18F-choline positron emission tomography with computed tomography (PET/CT) in primary staging of men with high or intermediate risk prostate cancer. A meta-analysis have shown sensitivity and specificity of choline PET/CT for pelvic lymph node metastases at 62% and 92%, respectively. Choline PET/CT is not recommended for primary staging of metastases in European guidelines. However, it is an option in Swedish recommendations. Our aim was to assess PET/CT for primary staging of lymph node metastases with pathology reporting after robotic-assisted laparoscopic prostatectomy with lymph node dissection (RALP+LND). The study was approved by the Regional Ethical Committee (Dnr 2018/690).

Design: Diagnostic study.

Method: We identified all men undergoing 18F-choline PET/CT for initial staging and RALP+LND at Skåne University Hospital 2015–2018. Patients underwent bilateral extended lymph node dissection from the bifurcation of the common iliac artery, along the external iliac vessels, in the obturator fossa, but no presacral dissection. For each individual, the result from PET/CT scan was compared with pathology report as the reference method for calculation of sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV).

Results: In total, 304 prostate cancer patients underwent RALP+LND with prior PET/CT for primary staging. Only 32 of 91 patients with PET/CT positive regional lymph nodes had pathology proven metastasis. The sensitivity was 58% (95% CI

44.11% to 71.35%) and the specificity 55% (95% CI 45.65% to 63.36%) for PET/CT to predict lymph node metastases. PPV was 35% and NPV was 76%.

Conclusion: Our study emphasizes poor performance of F18-choline PET/CT to predict lymph node metastasis in prostate cancer and should be compared with results from PMSA-PET/CT, once available.

Abstrakt 10:

Prostatype förbättrar prognostik av metastasering och död i prostatacancer

Arni Saemundsson¹

Göran Ahlgren¹, Florian Meisgen² och Rong Cao²

¹Urologkliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

²Chundsell Medicals AB

Bakgrund: Överdiagnostik och behandling av prostatacancer (PCa) är väl känt och bidrar till att screening av sjukdomen ännu inte är i bruk. Prostatype är en algoritm som bygger på ISUP-grad, PSA, T-stadium, ålder och uttrycket av tre gener analyserade från biopsi-material. Risken anges i en p-score 0–2.

Design: Att retrospektivt validera Prostatype algoritmens förmåga att förutsäga risken för metastasering och död i PCa.

Material & metod: Biopsier från samtliga 778 patienter diagnostiserade med PCa 2008–2010 vid Skånes Universitetssjukhus utan påvisbara metastaser inkluderades. Data insamlades retrospektivt från journaler 8–10 år efter diagnos. Utfallet av Prostatype testet jämfördes med D'Amico och CAPRA score.

Resultat: Av 316 evaluerbara patienter utan metastaser vid diagnos hade 47 utvecklat metastaser och 33 avlidit av PCa. Prostatype var signifikant bättre än både D'Amico ($p < 0,0001$) och CAPRA score ($p < 0,0001$) att prediktera metastasering och död i prostatacancer. Samtliga patienter som metastaserade eller dog hade en p-score på 1–2. P-score ändrade riskgrupp för 38/92 patienter i intermediär riskgruppen enligt D'Amico.

Slutsats: Prostatype förbättrar prognostiken vid icke metastaserad prostatacancer.

Abstrakt 11:

Val av nålguide vid TRUL-biopsi kan påverka infektionsfrekvensen - ST-projekt vid urologkliniken i Västerås

Ali Zangana¹
och Farhood Alamdari¹

¹Urologiska kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

Bakgrund: Vid ett tidigare ST-projekt (abstract nr 20 i Urologidagarna 2013) konstaterades att 3,3% av patienten vårdade inneliggande pga. infektioner efter TRUL-biopsi. Syftet var att undersöka huruvida nålguiden är en riskfaktor eller inte? Beslut togs 2017-10-01 att i Västmanland gå över från återanvändbar nålguide till engångsstyrd nålguide med oförändrad val av antibiotikaproylax Ciprofloxacin 750 mg engångsdos.

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Prospektiv dokumentation av slutenvårdskrävande behandling för infektioner efter TRUL-biopsi av 415 antal biopsi, enligt rapport från patologiska kliniken register som genomgick prostatabiopsi med engångsstyrd nålguide under 2018 i Västmanland. Datainsamlingen var dels prospektiv dokumentation och dels retrospektiv journalgenomgång för korrelation mellan åtgärds-koden TKE 00 och vårdtillfällen. Granskning av uppgifter om urin och blododlingar samt förekomst av IVA-vård utfördes.

Resultat: Totalt 12 patienter (2,8%) var i behov av inneliggande vård. Lokal infektion i prostata med negativ blod- och urinodling konstaterades hos 7 patienter och 5 patienter hade symptomgivande febril UVI och bakteriemi med positiv blod- och urinodling. 3 patienter hade växt av E coli både i urin- och blododling, en patient hade växt av streptokock B i både blod- och urinodling, en patient hade växt av klebsiella pneumoniae i både blod- och urinodling. Ingen av dessa patienter hade sepsis (enligt SOFA-kriterier). Det förekom ingen IVA-vård.

Slutsats: Användning av engångsstyrd nålguide med oförändrad antibiotikaproylax gav 15% färre allvarliga infektioner efter TRUL-biopsi av prostata. Engångsstyrd nålguide används nu som standard nålguide för prostatabiopsier i Västmanland.

Abstrakt 12:

Transscrotal eller Transperineal Teknik för Artificiell Urinfinkter vid Urininkontinens efter Prostataktomi: en Retrospektiv Kohortstudie

Izabelle Brattås¹
Christine Reus^{2,3}, Filip Sydén⁴, Daniela Volz³,
Katarina Hallén Grufman² och Lotta Renström-Koskela^{2,3}

¹Karolinska Institutet, Stockholm

²Institutionen för Molekylär Medicin och Kirurgi, Sektion för Urologi, Karolinska Institutet, Stockholm

³Patientområde Bäckencancer, Karolinska US, Stockholm

⁴Kirurgkliniken, Sektionen för Urologi, Capio S:t Görans sjukhus

Bakgrund: "Gold standard" för kirurgisk behandling av post-prostatektomi urininkontinens (PPUI) är implantation av en artificiell urinrörssfinkter (AUS). I Sverige görs implantationen antingen via den mer utbredda perineala tekniken eller via ett transkrotalt tillvägagångssätt. Det finns få retrospektiva studier som jämför dessa två skilda tekniker. Syftet med vår studie är att jämföra effektivitet och säkerhet på lång sikt hos patienter med AUS implanterade med perineal och transskrotal teknik.

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Studiekohorten utgjordes av samtliga patienter som genomgått primärimplantation med AUS för PPUI mellan åren 2005–2018 på Karolinska Universitetssjukhuset. Data rörande bland annat operationsteknik, pre- och postoperativa parametrar som 24 h blöjvägningstest, livskvalitet (internationella validerade formulär, IQoL och ICIQ-SF), tillägg av salvage strålbehandling preoperativt samt eventuella komplikationer registrerades.

Resultat: Totalt ingick 182 män i studien. Perineal teknik användes hos 53 patienter och transskrotal hos 129. Vi fann en signifikant minskning av läckaget efter operation från i medeltal 552 g till 44 g ($p < 0,001$). Ingen skillnad noterades mellan de två grupperna ($p = 0,39$). Livskvaliteten hos patienterna förbättrades i medeltal med 74% ($p > 0,001$) men ingen skillnad sågs mellan de båda grupperna ($p = 0,67$). Det fanns en fem gånger ökad risk för postoperativ infektion hos patienter opererade med perineal teknik $p = 0,035$ och en fyra gånger ökad risk för mekaniskt fel hos patienter opererade med perineal teknik ($p < 0,001$). Risken för erosion var densamma i de båda grupperna trots att det var en högre andel patienter som erhållit salvagestrålbehandling i den transskrotala gruppen.

Slutsats: Sammanfattningsvis fann vi ingen skillnad i minskning av urinläckage eller förbättring i livskvalitet beroende på operationsteknik i vår kohort. Däremot fann vi en högre risk för komplikationer hos de patienter som opererats med perineal teknik.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

PAMORELIN® för patienter med spridd prostatacancer genom hela behandlingsresan

FINNS I
1, 3 & 6
MÅNADERS
BEREDNING

- Pamorelin® är indicerat för behandling av lokalt avancerad eller metastaserande hormonberoende prostatacancer
- Pamorelin® ger bibehållen sänkt testosteronnivå under 20 ng/dl hos >90% av patienterna oavsett beredning.

Pamorelin (triptorelin) 3,75, 11,25 och 22,5 mg, pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension är en gonadotropinfrisättande hormonanalog (ATC-kod: L02AE04). Indikation: Pamorelin är indicerat för behandling av lokalt avancerad eller metastaserad hormonberoende prostatacancer. Pamorelin är även indicerat för behandling av lokaliserad högrisk- eller lokalt avancerad hormonberoende prostatacancer i kombination med strålbehandling. Pamorelin 3,75 är indicerat för adjuvant behandling i kombination med tamoxifen eller aromatashämmare vid hormonreceptorpositiv bröstcancer i tidigt stadium, hos kvinnor med hög risk för återfall som är konstaterat premenopausala efter avslutad kemoterapi. Pamorelin 3,75 mg är också indicerat för behandling av central pubertats praecox (CPP) för flickor före 8 års ålder och för pojkar före 10 års ålder samt vid symtomlindring vid endometrios. Pamorelin 22,5 mg är indicerat för behandling av central pubertats praecox (CPP) hos barn från 2 års ålder med en debut av CPP före 8 års ålder hos flickor och före 10 års ålder hos pojkar. Varningar: Försiktighet är nödvändig hos patienter med ytterligare riskfaktorer för osteoporos då användning av GnRH-agonister kan leda till minskad benmineraldensitet. Hos kvinnor bör graviditet uteslutas innan behandlingen påbörjas. I sällsynta fall kan sjukdomssymtomen tillfälligt förvärras p.g.a. en övergående ökning av serumtestosteronnivåerna. Noggrann övervakning bör ske under de första behandlingsveckorna särskilt hos patienter med metastaser i ryggkotor, risk för medullärkompression och urinvägsobstruktion. Långvarig androgen deprivation är förknippad med en ökad risk för förlust av benmassa och kan leda till bensår och en ökad risk för frakturer. För patienter med QT-förlängning i anamnesen eller med riskfaktorer för QT-förlängning samt för patienter som samtidigt behandlas med andra läkemedel som kan förlänga QT-intervallet,

bör förskrivare bedöma nytta/risk-balansen inklusive risken för torsade de pointes, innan behandling med Pamorelin påbörjas. Försiktighet bör iaktas vid intramuskulär injektion hos patienter som behandlas med antikoagulantia. Patienter med en ökad risk för metabola eller kardiovaskulära sjukdomar ska utredas noggrant innan behandling påbörjas och följas upp under behandlingen. Bröstcancer: För att uppnå adekvat ovariell funktionshämning hos premenopausala kvinnor, bör behandling med triptorelin ges under minst 6-8 veckor före insättandet av en aromatashämmare. Patienter som avbrutit sin triptorelinbehandling bör också avbryta sin behandling med aromatashämmare inom en månad efter den sista triptorelininjektionen. Hyperglykemi och diabetes rapporterades som vanliga biverkningar för både triptorelin i kombination med exemestan och i kombination med tamoxifen. Det finns risk för muskuloskeletal påverkan (inklusive ledsmärta eller muskuloskeletal smärta) när triptorelin används i kombination med aromatashämmare eller tamoxifen. Central pubertats praecox: Vid behandling av barn med progressiv hjärntumör bör en noggrann och individuell bedömning göras av risker och fördelar. Pseudo pubertats praecox (gonadal eller adrenal tumör eller hyperplasi) och gonadotropin-oberoende pubertats praecox (testikeltoxikos, familjär Leydig cell hyperplasi) bör uteslutas. Glidning av femurepifys kan förekomma efter avslutad GnRH-behandling. Pamorelin är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen. Texten är baserad på produktresuméer daterade 2018-09-21 (3,75 mg) och 2018-07-10 (11,25 mg och 22,5 mg). För ytterligare information och prisuppgift se www.fass.se. Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB, Färögatan 33, 164 51 Kista.

Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB, Tel. +46 8 451 60 00
Färögatan 33, S-164 51 Kista, SWEDEN

TRI-SE-000075



Instruktionsfilm för dig som ger Pamorelin®

Se instruktionsfilmen för beredning av Pamorelin®.

<https://www.medicininstruktioner.se/hcp/ipsen/>



Scanna koden med din smartphonekamera.

Pamorelin (triptorelin) 3,75, 11,25 och 22,5 mg, pulver och vätska till injektionsvätska, depotsuspension är en gonadotropinfrisättande hormonanalog (ATC-kod: L02AE04). *Indikation:* Pamorelin är indicerat för behandling av lokalt avancerad eller metastaserad hormonberoende prostatacancer. Pamorelin är även indicerat för behandling av lokaliserad högrisk- eller lokalt avancerad hormonberoende prostatacancer i kombination med strålbehandling. Pamorelin 3,75 är indicerat för adjuvant behandling i kombination med tamoxifen eller aromatashämmare vid hormonreceptorpositiv bröstcancer i tidigt stadium, hos kvinnor med hög risk för återfall som är konstaterat premenopausala efter avslutad kemoterapi. Pamorelin 3,75 mg är också indicerat för behandling av central pubertas praecox för flickor före 8 års ålder och för pojkar före 10 års ålder samt vid symtomlindring vid endometrios. Pamorelin 22,5 mg är indicerat för behandling av central pubertas praecox (CPP) hos barn från 2 års ålder med en debut av CPP före 8 års ålder hos flickor och före 10 års ålder hos pojkar. *Varningar:* Försiktighet är nödvändig hos patienter med ytterligare riskfaktorer för osteoporos då användning av GnRH-agonister kan leda till minskad benmineraldensitet. Hos kvinnor bör graviditet uteslutas innan behandlingen påbörjas. I sållsynfall kan behandling med GnRH-agonister leda till avslöjande av tidigare oupptäckt gonadotrop hypofysadenom. Det finns ökad risk för depression vid behandling med GnRH-agonister, patienter med känd depression bör övervakas noggrant. Prostatacancer: I enstaka fall kan sjukdomssymtomen tillfälligt förvärras p.g.a. en övergående ökning av serumtestosteronnivåerna. Noggrann övervakning bör ske under de första behandlingsveckorna särskilt hos patienter med metastaser i ryggkotor, risk för medullakompression och urinvägsobstruktion. Långvarig androgen deprivation är förknippad med en ökad risk för förlust av benmassa och kan leda till benskörhet och en ökad risk för frakturer. För patienter med QT-förlängning i anamnesen eller med riskfaktorer för QT-förlängning samt för patienter som samtidigt behandlas med andra läkemedel som kan förlänga QT-intervall, bör förskrivare bedöma nytta/risk-balansen inklusive risken för torsade de pointes, innan behandling med Pamorelin påbörjas. Försiktighet bör iaktas vid intramuskulär injektion hos patienter som behandlas med antikoagulantia. Patienter med en ökad risk för metabola eller kardiovaskulära sjukdomar ska utredas noggrant innan behandling påbörjas och följas upp under behandlingen. Bröstcancer: För att uppnå adekvat ovariell funktionshämning hos premenopausala kvinnor, bör behandling med triptorelin ges under minst 6-8 veckor före insättandet av en aromatashämmare. Patienter som avbrutit sin triptorelinbehandling bör också avbryta sin behandling med aromatashämmare inom en månad efter den sista triptorelininjektionen. Hyperglykemi och diabetes rapporterades som vanliga biverkningar för både triptorelin i kombination med exemestan och i kombination med tamoxifen. Det finns risk för muskuloskeletal påverkan (inklusive ledsmärta eller muskuloskeletal smärta) när triptorelin används i kombination med aromatashämmare eller tamoxifen. Central pubertas praecox: Vid behandling av barn med progressiv hjärntumör bör en noggrann och individuell bedömning göras av risker och fördelar. Pseudo pubertas praecox (gonadal eller adrenal tumör eller hyperplasi) och gonadotropin-oberoende pubertas praecox (testikeltoxikos, familjär Leydig cell hyperplasi) bör uteslutas. Glidning av femurepifys kan förekomma efter avslutad GnRH-behandling. Pamorelin är receptbelagt och ingår i läkemedelsförmånen. Texten är baserad på produktresuméer daterade 2018-09-21 (3,75 mg) och 2018-07-10 (11,25 mg och 22,5 mg).

För ytterligare information och prisuppgift se www.fass.se.
Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB, Färögatan 33, 164 51 Kista.

 **IPSEN**
Innovation for patient care

TRI-SE-000068

Abstrakt 13:

Förändringar i behandling och mortalitet bland män med lokalt avancerad prostatacancer. Riksomfattande, befolkningsbaserad studie i Sverige 2000–2016

Andri Wilberg Orrason¹

Marcus Westerberg², Hans Garmo¹, Ingela F. Lissbrant³,
David Robinson⁴ och Pär Stattin^{1,5}

¹Inst. Kirurgiska vetenskaper, Uppsala universitet

²Matematiska inst., Uppsala universitet

³Onkologkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

⁴Urologkliniken, Region Jönköpings län

⁵Urologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Bakgrund: Varje år diagnostiseras mer än 1 000 män med lokalt avancerad prostatacancer (PCa) i Sverige. Allt fler av dessa män erhåller radikalterapi. Syftet var att undersöka förändringar i behandling och mortalitet bland män med lokalt avancerad PCa.

Design: Populationsbaserad registerstudie.

Material & metod: 20 350 män registrerades med lokalt avancerad PCa mellan 2000–2016 i Nationella prostatacancerregistret (NPCR). Lokalt avancerad PCa definierades som kliniskt lokalt stadium T3 / T4, M0, Mx och PSA <100 ng / ml. Data från andra sjukvårdsregister och demografiska databaser erhöles i PCBaSe. PCa-mortalitet undersöktes under fyra tidsperioder med hjälp av competing riskanalys av alla män med lokalt avancerad prostatacancer, inklusive män som inte genomgick radikalterapi. Cox-regressionsanalys användes för att studera PCa-död och totaldödlighet justerat för ålder, PSA, T och M status, komorbiditet, socioekonomisk status och radikalterapi. Begränsningar inkluderade en kort uppföljningstid under den senaste tidsperioden.

Resultat: Andelen män behandlade med primär radikal strålterapi (n = 4 174) eller prostatektomi (n = 1 210) ökade från 15% 2000–2003, 25% 2004–2007, 33% 2008–2011 till 43% 2012–2016. Andelen radikalbehandlade män över 80 år var mycket liten under hela studieperioden (<1%). Femårs PCa-mortalitet minskade under samma tidsperioder från 19%, 18%, 17% till 15%. Den största minskningen av PCa-mortalitet observerades bland män 65–74 år gamla vid diagnos, från 16% till 8%. I multivariatanalysen var risken för PCa-död hos män under 80 väsentligt lägre under den senaste perioden, hazard ratio 0,65 (95% CI 0,56–0,76).

Slutsats: Den tredubbla ökningen av radikalbehandling av män med lokalt avancerad PCa åtföljdes av en blygsam minskning av PCa-mortalitet bland alla män med lokalt avancerad PCa. Bland män i de åldrar där ökningen av radikalterapi var störst minskade PCa-dödligheten med 50%. Dessa resultat visar att radikalbehandling av lokalt avancerad prostatacancer används alltmer

i Sverige och att detta påverkar prostatacancermortaliteten på populationsbasis.

Abstrakt 14:

Ökar immunsuppression efter njurtransplantation risken för allvarlig prostatacancer?

Ola Bratt¹

Linda Drevin², Karl-Göran Prütz³, Stefan Carlsson⁴,

Lars Wennberg⁵ och Pär Stattin⁶

¹Avdelning urologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Sahlgrenska Akademien, Göteborgs universitet

²Regionalt cancercentrum, Uppsala-Örebro

³Svenskt Njurregister, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

⁴Avdelning urologi, Institutionen för molekylär medicin och kirurgi, Karolinska Institutet, Stockholm

⁵Enheten för njur-, pankreas och hjärttransplantation, Karolinska Institutet, Stockholm

⁶Avdelning urologi, Institutionen för kliniska vetenskaper, Uppsala universitet

Bakgrund: Utredning av män inför njurtransplantation omfattar oftast PSA-testning. Om en lokaliserad prostatacancer (PC) diagnostiseras, avstår man ofta från transplantation tills cancer är behandlad och mannen varit recidivfri flera år, även vid lågriskcancer. Orsaken är farhågor om att immunsuppression skulle orsaka spridning av cancer. Såväl PSA-testningen och kravet på behandling av lågriskcancer kan ifrågasättas – inte minst eftersom lång tid i dialys inverkar negativt på livskvalitet och utfall efter njurtransplantation.

Design: Fall-kontrollstudie.

Material & metod: Vi använde Svenskt Njurregister (SNR) och PCBaSe för att undersöka om njurtransplantation innebär ökad risk för PC och om PC efter en transplantation är av mer allvarlig typ. Risken för PC hos män som genomgått njurtransplantation undersöktes i en fall-kontrollstudie, där andelarna med tidigare transplantation jämfördes mellan 185 728 män diagnostiserade med PC 1998–2016 och 923 221 åldersmatchade kontroller utan PC. Kliniska karaktäristika vid diagnos och överlevnad jämfördes mellan 133 män som njurtransplanterats och 665 män med PC som inte njurtransplanterats före sin PC-diagnos.

Resultat: Män som genomgått njurtransplantation hade 16% lägre risk att diagnostiseras med PC (oddskvot 0,84, 95% konfidensintervall 0,70 till 0,99). Deras risk var inte ökad för lokalt avancerad eller metastaserad PC. Risken ökade inte med tiden från transplantation. Män med PC som tidigare som genomgått njurtrans-

plantation hade samma fördelning av kliniskt stadium, grad och PSA-värde vid diagnos och samma cancerspecifika överlevnad som män med PC utan tidigare njurtransplantation.

Slutsats: Immunsuppression efter njurtransplantation ökar inte risken för progression av subklinisk eller klinisk PC. Det är inte nödvändigt att PSA-testa män inför njurtransplantation, om de inte har kliniska tecken på PC. Män med lågrisk PC som planeras för eller har genomgått njurtransplantation bör erbjudas aktiv monitorering enligt samma principer som andra män med PC.

Abstrakt 15:

Cirkulerande inflammationsmarkörer och prostatacancer

Henrik Ugge¹

Mary K. Downer², Jessica Carlsson¹, Michaela Bowden³,
Sabina Davidsson¹, Lorelei A. Mucci², Katja Fall⁴,
Sven-Olof Andersson¹ och Ove Andréén¹

¹Urologiska kliniken/Institutionen för Medicinska vetenskaper, Universitetssjukhuset Örebro/Örebro Universitet, Örebro

²Department of Epidemiology, Harvard T. H. Chan School of Public Health, Boston, United States

³Department of Medical Oncology, Dana-Farber Cancer Institute, Boston, United States

⁴Clinical Epidemiology and Biostatistics, School of Medical Sciences, Örebro University, Örebro

Bakgrund: Mycket talar för att kronisk inflammation påverkar risken att utveckla prostatacancer. Att identifiera inflammatoriska signalvägar av betydelse för utveckling av prostatacancer skulle kunna bana väg för nya diagnostiska och terapeutiska strategier. Målet med den här explorativa studien var att utvärdera sambandet mellan 52 cirkulerande inflammationsmarkörer och prostatacancer.

Design: Populationsbaserad fall-kontrollstudie.

Material & metod: Studiepopulationen omfattade 235 män som diagnostiserats med prostatacancer i Örebro län 1989–1991, samt 198 populationsbaserade åldersmatchade kontroller. Med hjälp av multiplex immunanalys (Bio-Plex, Bio-Rad Laboratories, USA) analyserade vi serumprover från diagnostillfället, för att fastställa koncentrationen av 52 cirkulerande inflammationsmarkörer. Vi använde logistisk regression för att beräkna associationen mellan nivåerna av respektive markör (fjärde kvartilen mot första kvartilen) och prostatacancer, enskilt och justerat för övriga markörer. I vidare analyser uteslöt vi män med inflammationsrelaterade sjukdomar, samt avancerad och metastaserad prostatacancer, för

att beakta systemisk inflammation till följd av dessa sjukdomar.

Resultat: I individuella analyser identifierade vi 21 markörer associerade med prostatacancer ($p < 0,05$). Efter justering för övriga markörer reducerades detta antal till sju. Uteslutande av män med tillstånd kopplade till systemisk inflammation resulterade i bestående associationer ($p < 0,05$) mellan prostatacancer och C-X3-C motif chemokine ligand 1 (CX3CL1), platelet-derived growth factor subunit B homodimer (PDGF-BB), interleukin 10 (IL10), C-C motif chemokine ligand (CCL) 21 och CCL11.

Slutsats: I den här explorativa studien identifierade vi fem cirkulerande inflammationsmarkörer av möjlig patofysiologisk betydelse för prostatacancer. Vidare utvärdering av dessa bör ske i prospektiva studier.

Abstrakt 16:

Overall survival and treatment duration in metastatic castration resistant prostate cancer patients treated with enzalutamide – an additional analysis

Experience from a university healthcare unit in Sweden

Mohammed Alghazali¹

Annica Löfgren¹, Newton Cheng², Karin Fagerlund³
and Anders Bjartell¹

¹VO Urologi, Skånes Universitetssjukhus, Malmö

²IQVIA Solutions, Köpenhamn, Danmark

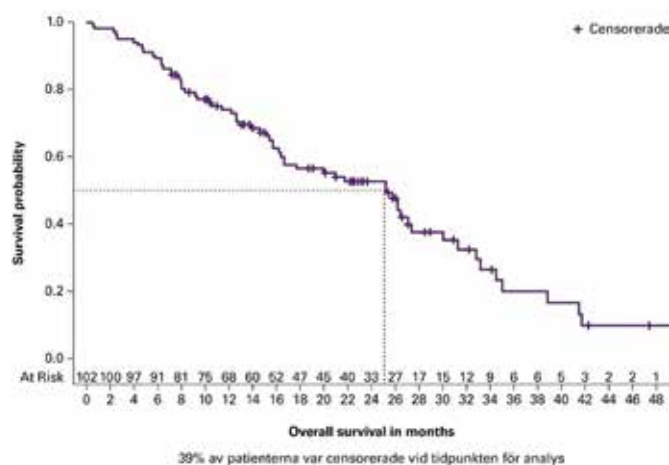
³Astellas Pharma a/s, Köpenhamn, Danmark

Background: In a register-based study at Skåne University Hospital (SUS), Department of Urology, 200 patients with metastatic castration-resistant prostate cancer (mCRPC) treated with enzalutamide were analyzed in 2018. Treatment duration in patients not receiving chemotherapy (FASpre) was 13.8 months (95% CI: 11.4, 20.2) and in patients after chemotherapy (FASpost) 7.6 months, (95% CI: 6.3, 10.2) (submitted to Scand J of Urology). Median overall survival from initiation of enzalutamide was 14.3 months (95% CI: 11, 18.2) for the FASpost population. Overall survival has now been analysed for the 102 patients not treated with chemotherapy prior to enzalutamide (ERB approval; Dnr 2017/710).

Method: One hundred and two FASpre patients who initiated treatment with enzalutamide without previous chemotherapy between December 2013 and June 2017 were followed until May 2019 and analysed for overall survival and treatment duration. Median values with 95% confidence interval (CI) were estimated using the Kaplan-Meier method.

Results: The median age of the 102 FASpre patients was 77 years; (range 56–95). Plasma PSA upon initiation of enzalutamide varied widely; 2.4 – 4822ng/ml (median 53). A subset of patients had ECOG >2 (14.7%) and 39% had Gleason score >9 at initiation of enzalutamide. Forty-one patients (40%) had cardiovascular disease upon enzalutamide initiation. The treatment length was median 13.8 months (95% CI: 10.1, 17.7). Median overall survival from initiation of enzalutamide was 25.2 months (95% CI: 16.7, 27.4) for the FASpre patients [Figure 1].

Figur 1: Totalöverlevnad, enzalutamid pre kemoterapi (FASpre)



Figur 1: aFAS_{PRE}, Full Analysis Set Pre-Chemotherapy; FAS_{POST}, Full Analysis Set Post Chemotherapy.

Conclusion: In this real world mCRPC cohort with poor overall ECOG performance score and less healthy status, enzalutamide has in the pre-chemotherapy real-life setting shown effectiveness in terms of treatment duration and overall survival.

Abstrakt 17:

Homosexuella mäns upplevelser av sexuella förändringar efter behandling för prostatacancer

Carina Danemalm Jägervall¹
Jelmer Brüggemann² och Erica Johnson²

¹Kirurgkliniken, Centrallasarettet Växjö

²Tema Teknik och social förändring, Linköpings universitet

Bakgrund: Kunskap kring sexuella förändringar vid behandling av prostatacancer bygger på generella erfarenheter av män som oftast är heterosexuella. Det finns anledning att tro att icke-heterosexuella män kan ha specifika erfarenheter som är viktiga att

belysa. Vår studie är den första i Sverige som belyser homosexuella mäns upplevelser av sexuella förändringar vid behandling av prostatacancer.

Design: Kvalitativ studie.

Material & metod: Studien har en kvalitativ ansats och är baserad på elva semi-strukturerade intervjuer med homosexuella män, 58–81 år, som behandlats för prostatacancer (7 operation, 3 strålning, 1 båda). Informanterna rekryterades via annonser och snöbollsmetoden. Intervjuerna kodades och analyserades enligt tematisk analys.

Resultat: Analys av intervjumaterialet visade att männen var upptagna av sexuella förändringar i relation till kroppen, identitet och relationer. Förändringar i erektion och ejakulation upplevdes mer problematiska i tillfälliga förhållanden än i fasta förhållanden. Erektionsproblem och ejakulationsförlust hade också större betydelse för homosexuella män jämfört med heterosexuella män. I vår studie berättade en del att de oroades över svårigheter vid anal stimulering inför cancerbehandlingen. Vissa pratade om fortsatt njutning av anal penetrering och var då osäkra på prostatans roll i njutningen, vilket väcker frågor kring företeelsen ”prostataorgasm”.

Slutsats: Forskning kring sexualitet och prostatacancer bör innehålla frågor om sexuell läggning. Vid frågeställningar om penetrering bör frågor om mer än enbart vaginal penetrering inkluderas för att kunna belysa en mångfald av sexuella praktiker. Studiens resultat kan användas vid sexuell rehabilitering för att synliggöra hur sexuella förändringar kliniskt kan framstå som identiska men kan ha olika betydelser i mäns liv.



Foto: Adobe Stock

Njur-, penis- och testikelcancer

Session 3a – torsdag 3 oktober kl. 15.40–16.40

Lokal: Konferensrum 301

Abstrakt 18:

**Perkutan kryoablation av njurtumörer i Uppsala-
utvärdering av en nystartad verksamhet**

Mats S. Ahlberg¹

Pär Dahlman², Maria Lönnemark² och Anders Magnusson²

¹VO Urologi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

²BFC, röntgen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Bakgrund: Nefronsparande kirurgi är den rekommenderade behandlingen av små njurtumörer. Perkutana ablationstekniker är i utvalda fall väldokumenterade alternativ. Kryoablation möjliggör behandling av större tumörer än andra ablationstekniker, samt med ineliggande JJ-stent även behandling av tumörer nära njurbäckenet, pelvoureträra övergången och proximala ureträren. Syftet var att utvärdera de första två årens kryoablationsverksamhet med avseende på patientpopulationen, tumörkaraktistika, användning av JJ-stent, vårdtid, komplikationer, tekniska problem, njurfunktionspåverkan och radiologiskt resultat.

Design: Retrospektiv kohortstudie.

Material & metod: Genomgång av journalhandlingar och röntgenundersökningar för samtliga patienter som genomgått perkutan DT-vägledad kryoablation vid Akademiska sjukhuset maj 2017 till maj 2019.

Resultat: Totalt 37 patienter (medianålder 71 år, 38% kvinnor) med 44 tumörer behandlades. 68% hade Charlson Comorbidity Index >2. Åtta (22%) patienter hade bilaterala/multipla tumörer, sex (16%) hade singelnjure, fem (14%) hade von Hippel Lindau, två (5%) hade tumör i njurtransplantat. Modifierad R.E.N.A.L nephrometry score var i median 9. PAD visade i 62% klarcellig cancer, 16% papillärr cancer, 8% onkocytom, 8% icke konklusivt resultat, 3% ospecificerad cancer. JJ-stent användes hos 81%. 86% hade vårdtid på ett dygn eller kortare. Sex (16%) fick komplikation grad 2–3 enligt Clavien-Dindo. En tidigare receserad patient kunde inte behandlas på grund av adherent tarm och en patient med två tumörer orkade bara med behandling av den ena. Tre patienter (9%) fick en permanent njurfunktionsförsämring efter behandlingen. 25 patienter med 31 tumörer hade gjort en första radiologisk kontrollundersökning och 26 (84%) av tumörerna var fullständigt abladerade. Två av fyra resttumörer hade framgångsrikt reabladerats. Samtliga patienter som behandlats med JJ-stent hade normal kontrastmedelsutsöndring och fritt avflöde.

Slutsats: Trots betydande komorbiditet och komplicerade tumörer var vårdtiden kort, komplikationsfrekvensen låg och de tekniska problemen få. Nästan alla hade bibehållen njurfunktion efter behandling. Mer än 90% av tumörerna var fullständigt abladerade efter två ablationsomgångar. Den nystartade kryoablationsverksamheten är framgångsrik.

Abstrakt 19:

**Patienters ”quality of life” efter öppen njurcancerkirurgi i
en randomiserad studie jämförande hög spinal analgesi med
klonidin och epidural analgesi**

Britt-Inger Kröger Dahlin¹

Mascha Thurm², Ola Winsö² och Börje Ljungberg¹

¹Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för urologi och andrologi, Umeå universitet

²Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för anesthesiologi och intensivvård, Umeå universitet

Bakgrund: Syftet var att utvärdera patienters upplevelser före och en månad efter öppen kirurgi för njurcancer. Kan olika typer av analgesi under och efter operation förbättra livskvaliteten för patienterna postoperativt?

Design: RCT.

Material & metod: Totalt 135 patienter inkluderades under perioden 2012–2015. De randomiserades till antingen spinal analgesi med klonidin, eller kontinuerlig epidural analgesi som komplement till den generella anestesi. Patienterna stratifierades efter operationsteknik (nephrectomi/partiell njurresektion). Inklusionskriterier: >18 år, ASA III eller mindre, inga kognitiva problem, inga kroniska smärtor, vikt >45 kg och <120 kg. ”Quality of life” (QoL) enkät fylldes i av patienterna före operationen och en månad efter. ECORT QLQ-C30 användes som enkät, ett validerat formulär för patienter med cancer.

Resultat: 86% av patienterna besvarade enkäten. Både patienter behandlade med partiell resektion eller nephrectomi hade signifikant försämrad fysisk och social situation postoperativt jämfört med preoperativt. Båda dessa grupper rapporterade också försämrad ekonomi postoperativt. Liknande resultat framkom även vid jämförande av analgesimetoder. Epiduralgruppen upplevde försämrad social situation, men rapporterade trots detta en förbättrad total hälsa jämfört med före operationen. Vid jämförelse av operationstekniker fanns ingen signifikant skillnad i QoL parametrarna. I analgesigrupperna, kunde man påvisa en signifikant bättre social och fysisk situation i spinalgruppen, medan de patienter som fått epidural analgesi rapporterade bättre total hälsa.

Slutsats: Patienter behandlade med spinal analgesi med klonidin upplevde bättre fysisk och social hälsa jämfört med patienter som erhållit traditionell epidural i samband öppen kirurgi för njurcancer.

Abstrakt 20:

M2 macrophages and regulatory T cells as prognostic markers in renal cell carcinoma

Sabina Davidsson¹

Ann Erlandsson¹, Jessica Carlsson¹ and Pernilla Sundqvist¹

¹Department of Urology, Örebro University Hospital

Background: The clinical outcome for renal cell carcinoma (RCC) patients varies significantly and the tools used in the clinic today cannot satisfactory predict prognosis. Therefore, additional prognostic markers are needed. It is well known that the immune system is able to eliminate malignant cells but emerging evidence suggests that specific immune cells including M2 macrophages and Tregs promotes tumor progression. Here we investigate the prognostic value of M2 macrophages and Tregs in tumor and tumor adjacent normal tissue from RCC patients.

Design: Observational study.

Methods: The infiltration of M2 macrophages and Tregs were identified using IHC on tissue from 346 patients diagnosed with RCC.

Results: Patients with M2 macrophages had significantly more Tregs in both tumor tissue and tumor adjacent benign tissue. Infiltration of M2 macrophages tumor adjacent benign tissue was associated with higher T-stage, AJCC-stage and recurrence. Infiltration of Tregs in tumor adjacent benign tissue was associated with higher nuclear grade. According to the survival analyses, patients with high infiltration of M2 macrophages in tumor or adjacent benign tissue has shorter time to recurrence. The data also reveal shorter time to recurrence in patients with concurrent infiltration of high number of M2 macrophages and Tregs compare to patients with only high number of M2 macrophages. It further indicates that both M2 macrophages and Tregs contributes to a worse prognosis in RCC since patients with concurrent infiltration of high number of M2 macrophages and Tregs have shorter time to recurrence than patients with high number of M2 macrophages without infiltration of Tregs.

Conclusion: High infiltration of M2 macrophages has strong potential as prognostic marker for RCC patients. The results also indicate that a tumor microenvironment with concurrent infiltra-

tion of M2 macrophages and Tregs contributes to an even worse prognosis for patients suffering from RCC.

Abstrakt 21:

Treatment of patients with metastatic penile cancer -Chemotherapy and radiotherapy, patterns of care in Sweden 2000-2015

Emma Ulvskog¹

Linda Drevin², Peter Kirrander³ and Johan Ahlgren²

¹Onkologiska kliniken USÖ and Örebro Universitet, Örebro

²RCC Uppsala-Örebro, Uppsala

³Urologiska kliniken USÖ and Örebro Universitet, Örebro

Background: Penile cancer is a rare disease. Evidence to guide recommendations on oncological treatment is scarce. Our objective in this study was to investigate how men with penile cancer and metastases have been treated with chemotherapy and radiotherapy and how survival varies with N-stage and given treatment.

Design: Population-based register study.

Material and methods: In this population-based study men in Sweden diagnosed with penile cancer and metastases to lymph nodes or distant metastases 2000–2015 were identified through the Swedish National Penile Cancer Register. After reading of medical records 325 men were confirmed N1-N3 or M1 and included in the study cohort. Information on treatment was collected. Causes of death were retrieved from the Cause of Death Register with a minimum follow-up of almost 3 years from diagnosis. Standard descriptive statistics were used. The Kaplan Meier method was used to estimate survival.

Results: Oncological treatment in any setting were given to 172 (53%) men. Ninety-three (29%) men were treated in the curative setting, the majority staged N2-N3. Survival varied with N-stage, M-stage, N3 subgroups and indication for treatment. The use of chemotherapy and radiotherapy increased in the end of the study period. Limitations are foremost the retrospective design and the long time period studied.

Conclusion: Oncological treatment has been given mostly to men with more widespread lymph node metastases and to men with distant metastases. Survival was found to be higher for men with curative treatment, the cause of this is unclear. Further studies are warranted to guide recommendations.

Abstrakt 22:

Patienters upplevelse av skrotums utseende efter orkidektomi vid misstänkt testikelcancer; påverkar testikelprotes utfallet?

Per Nordlund¹
och Firas Tarish¹

¹Urologiska Kliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Bakgrund: Varje år diagnostiseras ca 340 svenska män med testikelcancer, majoriteten är 27–42 år. Orkidektomi är standardbehandling, med eller utan adjuvant cytostatika, och femårsöverlevnaden är hög. Testikelprotes ska erbjudas inför operation men kunskapen om hur protesens påverkar upplevelsen av skrotum är begränsad.

Design: Kvantitativ kohortstudie. Enkätundersökning.

Material & metod: 252 patienter med misstänkt testikelcancer opererades med unilateral orkidektomi 2003–2014 på Södersjukhuset. 199 patienter kunde inkluderas i studien. Samtliga protesrecipienter (n=48) och slumpvis utvalda ej recipienter (n=69) ombads besvara frågor genom en icke-validerad enkät. Frågorna berörde bl.a. hur bekväm patienten var med utseendet av skrotum postoperativt.

Resultat: Svarsfrekvensen var 88% (n=42) och 59% (n=41) i protesrecipient- respektive ej recipientgruppen. Vid operation var protesrecipienter yngre, 33,3 respektive 38,5 år ($p = 0,03$), och uppföljningstiden var kortare, 73 respektive 109 månader ($p < 0,01$). I ej recipientgruppen uppgav 24% att de inte erbjudits testikelprotes inför operation. 6% av protesrecipienter hade fått sin protes avlägsnad vid tillfället för besvarandet av enkäten. Av de 39 patienter med kvarvarande testikelprotes uppgav 72% att de var bekväma eller mycket bekväma med utseendet av skrotum, att jämföra med 83% i ej recipientgruppen ($p = 0,51$). Om operationen skett idag skulle 88% av protesrecipienter fortsatt önska protes. Av ej recipienter skulle 95% välja att avstå protes ($p=0,43$).

Slutsats: Vår enkätstudie kunde inte visa någon signifikant skillnad mellan protesbärare och ej protesbärare i hur bekväma de är med utseendet av skrotum efter orkidektomi vid misstänkt testikelcancer. Majoriteten av patienterna är nöjda med att de erhållit eller inte erhållit testikelprotes.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Blåscancer och benign urologi

Session 3b – torsdag 3 oktober kl. 15.40–16.40

Lokal: Konferensrum 302

Abstrakt 23:

Kvinnors upplevelse av sexualitet efter cystektomi: En kvalitativ studie

Annica Löfgren¹
Fredrik Liedberg¹ och Karin Stenzelius^{1,2}

¹VO Urologi, Skånes universitetssjukhus, Malmö

²Institutionen för Hälsa och Samhälle, Malmö universitet

Bakgrund: Kunskap om kvinnors uppfattning/upplevelse om sin sexualitet efter en cystektomi är ytterst begränsad i den vetenskapliga litteraturen. Bristande kunskap bland sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal kan innebära att frågor kring sexualitet och dess eventuella betydelse inte kan fokuseras. Kvinnor som har frågor kring hur och om cystektomi kan komma att påverka deras sexualitet kan uppleva att kunskapen saknas för att bemöta sådana frågor.

Design: Kvalitativ studie.

Material & metod: Sju kvinnor som genomgått cystektomi har djupintervjuats kring deras upplevelse av sexualitet >1 år efter operationen. Medianåldern för de intervjuade kvinnorna var 68 år. Materialet har sedan analyserats enl Burnards (2008) beskrivning av innehållsanalys. Etikgodkännande, EPN Lund diariernr: 2018/400.

Resultat: Vid delanalys av materialet framkommer att flera kvinnor upplever smärta vid samlag samt att sensibiliteten för njutning är nedsatt, även om det finns kvinnor som beskriver att de upplever en njutning i samband med sexuella aktiviteter. Kvinnorna beskriver även att de upplever en nedsatt sexuell lust. I de fall där samlag upplevs som smärtsamt väljs samlaget ofta bort och kvinnorna försöker finna andra vägar för att uttrycka sin sexualitet. Den preoperativa informationen om att sexualiteten kan komma att påverkas efter kirurgin upplevs som bristfällig, och paradoxalt tar kvinnorna till viss del själva på sig ansvaret för att denna information uteblivit. Det framkommer i intervjuerna även ett behov av uppföljning kring sexualiteten postoperativt.

Slutsats: Cystektomerade kvinnor kan uppleva förändrad sexualitet och sexuell njutning efter operationen, i vissa fall kan samlag även vara smärtsamt. Bristande information preoperativt indikerar att det sannolikt finns en kunskapsbrist hos sjuksköterskor och annan hälso- och sjukvårdspersonal kring kvinnors upplevelser av sexualitet efter cystektomi och kvinnorna har ett ouppfyllt behov av denna information.

METASTASER? INGA METASTASER?
XTANDI™ (ENZALUTAMID) – DEN ENDA GODKÄNDA
BEHANDLINGEN FÖR BÅDE HÖGRISK nmCRPC OCH mCRPC.¹

Indikationen högrisk icke-metastaserad kastrationsresistent
 prostatacancer (nmCRPC) ingår inte i läkemedelsförmånen.

PROSPER-studien visar att behandling med XTANDI:

- ger en signifikant längre metastasfri median-överlevnad på 21,9 månader jämfört med placebo ($p < 0.001$)²
- signifikant fördröjer stigande PSA-värde med >33 månader jämfört med placebo ($p < 0.001$)²
- signifikant fördröjer tiden till antineoplastisk behandling med 21,9 månader vid nmCRPC, jämfört med placebo ($p < 0.001$)²

XTANDI är godkänt för behandling av vuxna män med:

- högrisk icke-metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (CRPC).¹
- metastaserad CRPC som är asymtomatiska eller har milda symtom efter svikt på androgen deprivationsterapi och hos vilka kemoterapi ännu inte är kliniskt indicerat.¹
- metastaserad CRPC vars sjukdom har progredierat under eller efter docetaxelbehandling.¹

Referenser: 1. XTANDI SPC 10.2018. 2. Hussain M et al. NEJM. 2018;378:2465–74.

 **Xtandi**TM
 enzalutamid

Subventioneras endast för:

1) behandling av metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) hos vuxna män som är asymtomatiska eller har milda symtom efter svikt på androgen deprivationsterapi och hos vilka kemoterapi ännu inte är kliniskt indicerat.

2) behandling av metastaserad CRPC hos vuxna män vars sjukdom har progredierat under eller efter docetaxelbehandling.

XTANDI™ 40 mg kapslar och tabletter (enzalutamid) *androgenreceptorantagonist* (L02BB04). **Indikationer:** Behandling av högrisk icke-metastaserad kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) hos vuxna män. Behandling av metastaserad CRPC hos vuxna män som är asymtomatiska eller har milda symtom efter svikt på androgen deprivationsterapi och hos vilka kemoterapi ännu inte är kliniskt indicerat. Behandling av metastaserad CRPC hos vuxna män vars sjukdom har progredierat under eller efter docetaxelbehandling. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller något hjälpämne som anges i avsnitt 6.1 i produktresuméet. Kvinnor som är eller kan bli gravida (se avsnitt 4.6 och 6.6 i produktresuméet). **Varningar och försiktighet:** **Risk för krampanfall:** Användning av enzalutamid har förknippats med krampanfall (se avsnitt 4.8 i produktresuméet). Beslutet att fortsätta behandling av patienter som utvecklar krampanfall tas från fall till fall. **Posteriort reversibelt encefalopatisyndrom:** Det har förekommit sällsynta rapporter av posteriot reversibelt encefalopatisyndrom (PRES) hos patienter som fått XTANDI (se avsnitt 4.8 i produktresuméet). PRES är en sällsynt, reversibel, neurologisk sjukdom som kännetecknas av snabbt uppkommande symtom inklusive krampanfall, huvudvärk, förvirring, blindhet och andra syn- och neurologiska störningar, med eller utan åtföljande hypertoni. En diagnos av PRES kräver hjärnabbildning, företrädesvis magnetisk resonanstomografi (MRT). Utsättning av XTANDI hos patienter som utvecklar PRES rekommenderas. **Samtidig behandling med andra läkemedel:** Enzalutamid är en potent enzyminducerare och kan ge upphov till effektminskning för många vanligen använda läkemedel (se exempel i avsnitt 4.5 i produktresuméet). En genomgång av läkemedel som ska ges samtidigt bör därför göras då behandling med enzalutamid påbörjas. Samtidig användning av enzalutamid och läkemedel som utgör känsliga substrat för många metaboliserande enzymer eller transportörer (se avsnitt 4.5 i produktresuméet) bör i allmänhet undvikas om den terapeutiska effekten av dessa är av stor betydelse för patienten och i fall då dosanpassningar inte är lätta att utföra baserade på effektmonitorering eller plasmakoncentrationer. Samtidig administrering med warfarin och kumarinliknande antikoagulantia bör undvikas. Om XTANDI administreras samtidigt med en antikoagulantia som metaboliseras via CYP2C9 (såsom warfarin eller acenokumarol) bör ytterligare *International Normalised Ratio* (INR)-monitorering utföras (se avsnitt 4.5 i produktresuméet). **Nedsatt njurfunktion:** Försiktighet krävs hos patienter med kraftigt nedsatt njurfunktion, eftersom enzalutamid inte har studerats i denna patientgrupp. **Kraftigt nedsatt leverfunktion:** En ökad halveringstid för enzalutamid har observerats hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion, möjligen relaterat till ökad vävnadsdistribution. Den kliniska relevansen av denna observation är okänd. En förlängd tid för att nå steady state koncentrationer kan dock förväntas, och tiden till maximal effekt samt tid för insättande och minskning av enzyminduktion (se avsnitt 4.5 i produktresuméet) kan öka. **Nyligen genomgången hjärtsjukdom:** Fas 3-studierna exkluderade patienter med nyligen genomgången hjärtinfarkt (de senaste 6 månaderna) eller instabil angina (de senaste 3 månaderna), NYHA (New York Heart Association) klass III eller IV hjärtsvikt förutom om LVEF (*Left Ventricular Ejection Fraction*) $\geq 45\%$, bradykardi eller okontrollerad hypertoni. Detta bör beaktas om XTANDI förskrivs till dessa patienter. **Androgen deprivationsterapi kan förlänga QT-intervallet:** För patienter med QT-förlängning i anamnesen eller med riskfaktorer för QT-förlängning samt för patienter som samtidigt behandlas med andra läkemedel som kan förlänga QT-intervallet (se avsnitt 4.5 i produktresuméet), bör förskrivare bedöma nytta/risk-balansen inklusive risken för torsade de pointes, innan behandling med XTANDI påbörjas. **Användning med kemoterapi:** Säkerheten och effekten vid samtidig användning av XTANDI och cytotoxisk kemoterapi har inte fastställts. Samtidig administrering av enzalutamid har ingen kliniskt relevant effekt på farmakokinetiken för intravenöst docetaxel (se avsnitt 4.5 i produktresuméet); en ökning av förekomsten av docetaxelinducerad neutropeni kan dock inte uteslutas. **Hjälpämnen:** XTANDI kapslar innehåller sorbitol (E420). Patienter med sällsynta ärftliga problem med fruktosintolerans bör inte ta detta läkemedel. **Överkänslighetsreaktioner:** Överkänslighetsreaktioner manifesterade av symtom som inkluderar, men inte är begränsade till, utslag, eller ansikts-, tung-, läpp- eller faryngealt ödem har observerats med enzalutamid (se avsnitt 4.8 i produktresuméet). **Biverkningar:** Sammanfattning av säkerhetsprofilen: De vanligaste biverkningarna är asteni/trötthet, värmevallningar, frakturer och hypertoni. Andra viktiga biverkningar omfattar fall, kognitiv störning och neutropeni. Krampanfall inträffade hos 0,4% av de enzalutamidbehandlade patienterna, hos 0,1% av de placebobehandlade patienterna och hos 0,3% av de bikalutamidbehandlade patienterna. Sällsynta fall med posteriot reversibelt encefalopatisyndrom har rapporterats hos enzalutamidbehandlade patienter (se avsnitt 4.4 i produktresuméet). **Lista över biverkningar i tabellform:** Biverkningar observerade under kliniska studier har listats nedan efter frekvens. Frekvenskategorierna definieras enligt följande: mycket vanliga ($\geq 1/10$), vanliga ($\geq 1/100$, $< 1/10$), mindre vanliga ($\geq 1/1\ 000$, $< 1/100$), sällsynta ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1\ 000$), mycket sällsynta ($< 1/10\ 000$); ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data). Inom varje frekvensgrupp visas biverkningarna efter fallande allvarlighetsgrad.

Biverkningar som identifierats i kontrollerade kliniska studier och efter marknadsintroduktion

MedDRA klassificering enligt organsystem	Biverkning och frekvens
Blodet och lymfsystemet	mindre vanliga: leukopeni, neutropeni ingen känd frekvens*: trombocytopeni
Immunsystemet	ingen känd frekvens*: ansiktsödem, tungödem, läppödem, faryngealt ödem
Psykiska störningar	vanliga: ångest mindre vanliga: visuell hallucination
Centrala och perifera nervsystemet	vanliga: huvudvärk, nedsatt minnesförmåga, amnesi, uppmärksamhetsstörning, rastlösa ben-syndrom mindre vanliga: kognitiv störning, krampanfall [†] ingen känd frekvens*: posteriot reversibelt encefalopatisyndrom
Hjärta	vanliga: ischemisk hjärtsjukdom [†] ingen känd frekvens*: QT-förlängning (se avsnitt 4.4 och 4.5 i produktresuméet)
Blodkär	mycket vanliga: värmevallningar, hypertoni
Magtarmkanalen	ingen känd frekvens*: illamående, kräkningar, diarré
Hud och subkutan vävnad	vanliga: torr hud, klåda ingen känd frekvens*: utslag
Muskuloskeletala systemet och bindväv	mycket vanliga: frakturer [‡] ingen känd frekvens*: myalgi, muskelkramp, muskelsvaghet, ryggsmärta
Reproduktionsorgan och bröstkörtel	vanliga: gynekomasti
Allmänna symtom	mycket vanliga: asteni/trötthet
Skador och förgiftningar och behandlingskomplikationer	vanliga: fall

* Spontanrapporter efter marknadsintroduktion.

¥ Utvärderade genom avgränsade SMQs (*Standardised MedDRA Queries*) med "konvulsioner", inklusive krampanfall, grand mal kramper, komplexa partiella anfall, partiella anfall och status epilepticus. Detta inkluderar sällsynta fall av kramper med komplikationer som leder till död.

† Utvärderade genom avgränsade SMQs med "hjärtinfarkt" och "andra ischemiska hjärtsjukdomar", inklusive följande föredragna termer som observerades hos minst två patienter i randomiserade placebokontrollerade fas 3-studier: angina pectoris, kranskärslssjukdom, hjärtinfarkt, akut hjärtinfarkt, akut kranskärslsyndrom, instabilt angina, myokardiell ischemi och äderförkalkning av kransartärerna

‡ Inkluderar alla föredragna termer med ordet "fraktur" av skelettet.

Beskrivning av utvalda biverkningar: **Krampanfall:** I de kontrollerade kliniska studierna drabbades 13 av 3179 patienter (0,4%) av ett krampanfall efter behandling med en daglig dos om 160 mg enzalutamid, medan en patient (0,1%) som fick placebo och en patient (0,3%) som fick bikalutamid, drabbades av ett krampanfall. Dos tycks vara en viktig prediktor för risken för krampanfall som speglas i prekliniska data, och data från en doseskaleringsstudie. I de kontrollerade kliniska studierna exkluderades patienter med tidigare krampanfall eller riskfaktorer för krampanfall. I den enarmade studien 9785-CL-0403 (UPWARD), avsedd att utvärdera incidensen av krampanfall hos patienter med predisponerande faktorer för krampanfall (varav 1,6% hade en anamnes med krampanfall), fick 8 av 366 patienter (2,2%) behandlade med enzalutamid ett krampanfall. Medianen för behandlingens längd var 9,3 månader. Mekanismen för varför enzalutamid kan sänka kramptröskeln är inte känd, men kan ha ett samband med data från *in vitro*-studier som visar att enzalutamid och dess aktiva metabolit binder till och kan hämma aktiviteten för GABA-kloridkanalen. **Ischemisk hjärtsjukdom:** I randomiserade placebokontrollerade kliniska studier inträffade ischemisk hjärtsjukdom hos 2,5% av patienterna behandlade med enzalutamid plus ADT jämfört med 1,3% av patienterna behandlade med placebo plus ADT. **Rapportering av misstänkta biverkningar:** Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning till Läkemedelsverket, Box 26, 751 03 Uppsala. Webbplats: www.lakemedelsverket.se. **Recept- och förmånsstatus:** Receptbelagt. Subventioneras endast för: 1) behandling av metastaserad CRPC hos vuxna män som är asymtomatiska eller har milda symtom efter svikt på androgen deprivationsterapi och hos vilka kemoterapi ännu inte är kliniskt indicerat. 2) behandling av metastaserad CRPC hos vuxna män vars sjukdom har progredierat under eller efter docetaxelbehandling. **Innehavare av godkännande för försäljning:** Astellas Pharma Europe B.V, Nederländerna. **Svensk representant:** Astellas Pharma AB, Box 21046, 200 21 Malmö. Texten är baserad på produktresumé daterad 2018-10. För ytterligare information, förpackningar och priser se www.fass.se.

Abstrakt 24:

Fast-Track vid cystektomier på Akademiska

Karl Wassberg¹
och Benny Holmström¹

¹Urologkliniken Akademiska Sjukhuset, Uppsala

Bakgrund: Urinblåsecancer är den sjätte vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Omkring en tredjedel har en primärt muskelinvasiv sjukdom där kurativ behandling består av cystektomi. Cystektomi är förenat med hög risk för postoperativa komplikationer. ERAS konceptet har det senaste årtiondet tillämpats för att minska postoperativa komplikationer och korta vårdtiden. ERAS bedöms vara applicerbart inom urologi varför Fast-Track, en variant på ERAS, infördes på Akademiska sjukhuset vid årsskiftet 2014/2015 för samtliga cystektomipatienter. Syftet var att studera om Fast-Track minskar postoperativa komplikationer och vårdtid vid cystektomi.

Design: Retrospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: Retrospektiv journalgenomgång enligt RCC:s cystektomimanual. Samtliga patienter opererade med cystektomi och brickerdeviation mellan 2012-01-01 och 2017-12-31 inkluderades. Patienter opererade med kontinent urindeviation, ortotopt substitut, bäckenexenteration, robotassisterad cystektomi samt annan tumör än urotelial-, eller skivepitelcancer exkluderades.

Resultat: 2012 till 2014 och 2015 till 2017 opererades 82 respektive 118 patienter. 23 exkluderades i första och 38 i andra perioden. Man ser en tendens till minskat antal svåra komplikationer (Clavien 3–5) 44,1% (n=26) vs 37,5% (n=30). Det totala antalet komplikationer är likvärdigt (66,1% vs 65,0%). Antalet reoperationer har minskat (27,1% vs 23,8%). En tendens till minskad vårdtid ses (median 15 vs 13,5 dagar, medel 19 vs 15,2). Oplanerade återinläggningar har ökat (22,0% vs 26,3%). Peroperativ blödning har minskat, 1698 ml vs 1407 ml.

Slutsats: 90-dagars uppföljning på 38 patienter behöver kompletteras. Av tillgängliga data ses en tendens till minskat antal allvarliga komplikationer och en kortare vårdtid. Sannolikt är antalet patienter för litet för att finna signifikanta skillnader.

Abstrakt 25:

Konservativ behandling av urotelial cancer i övre urinvägarna – 10 års erfarenhet från Urologiska kliniken i Örebro

Petros Georgouleas¹
och Marcin Popiolek¹

¹Region Örebro, Urologiska kliniken USÖ

Bakgrund: Syftet var att utvärdera långtidsresultat av patienter med urotelial cancer i övre urinvägarna (UTUC) som behandlats konservativt med uretäroskopisk laserablation.

Design: Retrospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: Samtliga konsekutiva patienter som genomgick uretärskopi och laserbehandling av UTUC vid Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro mellan januari 2009 och december 2018 inkluderades i en retrospektiv journalgranskning.

Resultat: Totalt inkluderades 39 patienter, varav 20 män och 19 kvinnor. Medianålder vid diagnos var 74 år (38–89) och median uppföljningstid 23 månader (3–85). Kronisk njursvikt förekom hos 49% (19/39) och 41% (16/39) hade singelnjure. Tumörgradering baserades på selektiva cytologier och tumörbiopsier. Biopsi fanns i 77% (30/39) av patienterna och var bedömbart gällande tumörgrad i 63% (19/30). Tumören bedömdes som G1 i 67% (26/39), G2 i 20% (8/39) och G3 i 13% (5/39). Tumörrecidiv i övre urinvägarna uppstod i 51% (20/39) och recidiv i urinblåsan i 36% (13/36). I 23% (9/39) av patienterna fick den konservativa behandlingen avbrytas på grund av multifokalt recidiv som bedömdes ej lämpligt för fortsatt konservativ behandling. I ytterligare 8% (3/39), samtliga med G1 tumörer, fick man avbryta pga. strikturutveckling. I 15% (6/39) utfördes nefrouretärektomi (NU). Metastasering utvecklades hos 10% (4/39) av patienterna, samtliga med höggradig tumör. Av patienter med G1 tumörer, 8% (2/26) gick över till kirurgi och ingen drabbades av metastaser (0/26). Hos dem med G2 tumörer, 13% (1/8) övergick till NU och 38% (3/8) fick metastaser. Hos patienter med G3, 80% (4/5) fick avbryta med 60% (3/5) som övergick till NU och 20% (1/5) som metastaserade.

Slutsats: Uretäroskopisk behandling med laserablation av UTUC är ett bra alternativ till RNU med acceptabla onkologiska resultat och låg risk för tumörprogress hos selekterade patienter med låggradig tumör. Recidivfrekvens är hög vilket kräver ett strikt uppföljningsschema samt noggrant informerade och motiverade patienter.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Abstrakt 26:

Ovanliga uretratumörer i klinisk vardag

Elisabeth C Farrelly¹

¹Urologiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Bakgrund: Cancer med primär lokalisering i uretra är ovanligt. I det nationella vårdprogrammet för urotelial cancer redovisas incidensen för urinblåscancer (2800/år), njurbäckencancer (180/år) och uretär cancer (130/år), medan uretracancer anges som en ”mycket ovanlig” tumör. Den utgörs huvudsakligen av urotelial cancer, skivepitelcancer, och adenokarcinom. I ovanliga fall förekommer canceromvandling av embryonala rester från de Müllerska eller Wolffska gångarna.

Fallbeskrivningar

1. En 61-årig kvinna söker akut för urinstämning vid fyra tillfällen under ett par månader. Hon behandlas med KAD i omgångar samt antibiotikakurer. Cystoskopi visar ”inflammation i urinblåsan” och det är ”trångt i uretra” vid införande av cystoskopet. Inkommer 8 mån senare med anuri, akut njursvikt, bilateral hydronefros. Får nefrostomier och förbättras. Undersökning hos gynekolog anges ”ua”. Undersökning i narkos av urolog påvisar stor resistens kring uretra med genomväxt i främre vaginalväggen och os pubis. I uretra ses en fibrös tumör. CT buk visar skelettmetastaser i bäckenet. MR av bäckenet visar tumör i uretra med överväxt mot blåsbotten, främre vaginalväggen, obturatorius-muskel, höger uretär samt os pubis. CT thorax visar flera metastaser. PAD visar ett mesonefriskt adenokarcinom, utgången från rest av de Wolffska gångarna. Patienten behandlas våren 2019 med extern strålbehandling.
2. En 76-årig kvinna, på 1990-talet opererad i tre omgångar för misstänkt uretradivertikel, dock fynd av atypisk cystbildning som lämnades kvar. Nu tilltagande blåstömningssvårigheter med krystbehov. Vid gynekologisk undersökning gjordes vaginalt ultraljud som visade resistens vid uretra. På urologmottagningen omöjligt att utföra cystoskopi, men får KAD. MR samt CT bäcken visar 3,5x3x3 cm stor tumör runt uretra. Cystoskopi i narkos visar tumör med papillärt utseende i uretra, växt upp mot blåshals. Tumören palpabel i främre vaginalväggen. Suprapubisk kateter sätts. PAD visar klart adenokarcinom, sannolikt ursprung från rest av de Müllerska gångarna. Pat är sommaren 2019 aktuell för operation med bäckenutrymning.

Slutsats: Urinstämning hos kvinnor förekommer oftare vid vanliga sjukdomstillstånd såsom nedre UVI, obstipation eller diabetes-neuropati, men kan också vara tecken på obstruktion i uretra av tumör eller striktur. En noggrann bedömning av uretra bör göras vid varje cystoskopi, liksom en enkel palpation av yttre genitalia, vaginalväggarna, uretra och blåsbotten.

Abstrakt 27:

Att dra nytta av undanträngningseffekten –
Njurbäckenplastik i Region Kronoberg

Henrik Björkman¹
och Claudiu Comsa¹

¹Kirurgkliniken Region Kronoberg, Centrallasarettet, Växjö

Bakgrund: Hydronefros orsakad av striktur i pelvoureterövergången är ett tillstånd som ibland ger symptom först i vuxen ålder och är då förknippat med smärta och behov av avlastning eller försämrade njurfunktion. Tillståndet korrigeras i första hand genom minimalinvasiv operation och robotassisterad teknik har gett förbättrade resultat. Förutom teknisk utrustning krävs en erfarenhet och mängd som kan vara svår att uppnå vid mindre enheter. Eftersom det är ett benigna tillstånd som konkurrerar om behandlingsutrymme med standardiserade vårdförlopp för maligna sjukdomar finns en risk för undanträngning av patientgruppen. I Region Skåne har begränsad kapacitet tidigare lett till långa väntetider för njurbäckenplastik, medan Region Kronoberg har haft lättare för att erbjuda de resurser som krävs. Genom ett politiskt beslut överflyttades 2018 ansvaret för njurbäckenplastik från de delar av Skåne som inte utgör Skånes Universitetssjukhus (SUS) primära upptagningsområde till Centrallasarettet Växjö (CLV).

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Retrospektiv analys gjordes av operationsdata från CLV före respektive efter omfördelningen. Uppgifter om ledtider vid SUS inför beslutet om omfördelning inhämtades.

Resultat: Under 2018 utfördes 14 robotassisterade njurbäckenplastiker i Växjö att jämföra med 5 operationer 2017. Medianåldern på patienterna var 26 år (17–77). Väntetiden till operation var median 34 dagar (12–139), med variation beroende på bland annat patientönskemål och behov av komplettering av utredning. Motsvarande väntetid var under 2016 vid SUS median 151 dagar (66–379). Samtliga operationer i Växjö utfördes gemensamt av 2 specialistläkare. Hos 2 patienter krävdes förlängd avlastning postoperativt och 1 patient fick senare reopereras pga recidiv av striktur.

Slutsats: Genom koncentration av en operationstyp till ett länsjukhus har förbättrad tillgänglighet kunnat erbjudas. Trots små patientvolym har omfördelningen haft betydelse för att utveckla kompetensen inom njurkirurgi.

Abstrakt 28:

AI för urinblåsan? Sakral neuromodulering är en effektiv behandling mot svåra blåsfunktionsrubbningar

Elisabeth C Farrelly¹

¹Urologiska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm

Bakgrund: Sakral neuromodulering (SNM) innebär afferent elektrisk stimulering av sakrala nervrötter. Det är en väletablerad och evidensbaserad behandlingsmetod mot funktionsrubbningar i nedre urinvägar. Metoden ingår i guidelines från EAU och AUA samt rekommendationer från International Consultation on Incontinence (ICI) på indikationen överaktiv blåsa, och används även mot bäckensmärta och vissa typer av blåstömningsrubbningar. SNM är i Sverige en ovanlig metod, främst pga ekonomiska och logistiska hinder.

Design: Retrospektiv journalgenomgång av patienter som genomgått SNM vid Södersjukhuset 2015–2018.

Material & metod: 17 patienter, 9 män/8 kvinnor, ålder 22–78 år, medelålder 47 år. Indikationer för SNM var urinretention (n=8), svår trängningsinkontinens (n=5) och kronisk bäckensmärta (n=4). 18 implantationer av elektrod i foramen S3 eller S4/ 17 patienter gjordes för teststimulering under 1–2 veckor. 12 implantationer av permanent stimulator (pacemaker) utfördes efter lyckad teststimulering.

Resultat: Permanent stimulator implanterades efter teststimulering hos:

- 6/8 patienter med urinretention. Alla har nu normal blåstömning utan RIK.
- 3/5 patienter med trängningsinkontinens. Två patienter får tilläggsbehandling med Botox och en patient har även artificiell uretrasfinkter AMS 800.
- 3/4 patienter med kronisk bäckensmärta. Två patienter har god effekt mot smärta och har minskat analgetika med 50%. En av dessa har två stimulatorer. Den tredje har fått stimulatorn explanterad pga smärta över stimulatorstället.

Uppföljningstiden är 18–47 månader. 8 patienter bor i Stockholm, 6 i andra regioner.

Slutsats: SNM är en effektiv behandlingsmetod mot flera typer av blåsfunktionsrubbningar och smärttillstånd i bäckenet. Metoden är underutnyttjad i Sverige jämfört med andra nordiska länder och Europa. En nybildad intressegrupp med stöd av SUF kommer att arbeta för att metoden centraliseras och utvecklas.

Abstrakt 29:

Urologisk kirurgi hos personer med ryggmärgsskada – En uppföljning av operationer och resultat under 50 år

Elisabeth C Farrelly^{1,2}
och Hans Wijkström³

¹Elisabeth Farrelly, Urologiska kliniken Södersjukhuset, Stockholm

²Rehab Station Stockholm, Praktikertjänst, Solna

³CLINTEC, Karolinska Institutet, Stockholm

Bakgrund: Ryggmärgsskada med neurogen blåsrubbning medför komplikationer såsom residualurin, inkontinens, stenbildning, infektioner, risk för njurskada. Tillgång till urologisk uppföljning och kirurgi är viktig för god livskvalitet och prevention av njurskada.

Design: Retrospektiv journalanalys av urologisk kirurgi 1968–2018, utförd inom ramen för en inventeringsstudie i en regional patientgrupp med ryggmärgsskada.

Material & metod: 412 patienter inkluderades 2007–2009 vid årskontroller på Spinaliskliniken. Journalgenomgång gjordes av tidigare kirurgi, postoperativ uppföljning, patientrapporterat utfall. Ny inventering pågår av kirurgi 2009–2018.

Resultat: 1968–2008: 55 patienter, 103 operationer, varav Urindeviationer (28) Komplikationer till urindeviationer (10) Blåstömningsoperationer (21) Kontinensoperationer (8) Komplikationer till implantat (4) Stenoperationer (11) Op pga svåra infektioner (13) Erektile dysfunktion (2) Övrigt (86) Summa 103. 2009–2018: 105 patienter, 133 operationer, varav Urindeviationer (15) Komplikationer till urindeviationer (13) Blåstömningsoperationer (11) Kontinensoperationer (11) Stenoperationer (68) Op pga svåra infektioner (5) Erektile dysfunktion (2) Övrigt (8). Indikationer för kirurgi var recidiverande infektioner (30%), inkontinens (30%), blåstömningssvårigheter (22%), autonom dysreflexi och spasticitet (11%), akuta orsaker (10%). Njurfunktionen var normal hos 75% vid uppföljning 2–34 år efter kirurgi. Analys pågår av patientrapporterat utfall.

Slutsats: Behovet av urologisk uppföljning och kirurgi är betydande över tid för denna patientgrupp och omfattar stor variation i åtgärder. Tillgång till engagerade urologiska enheter och strukturerad uppföljning är viktigt för god livskvalitet.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Abstrakt 30:

Scrotal exploration for acute scrotal pain: A retrospective analysis of 175 patients in Stockholm, Sweden

Abdulghafour Halawani¹
and Tim Fagerström¹

¹Department of Urology, Södersjukhuset, Stockholm

Background: Acute scrotal pain is a urological emergency that require prompt diagnosis and management. One of the most common causes are testicular torsion. Urgent surgical exploration still the standard method to rule out testicular torsion and increase testicular salvage rate. Routine exploration has been reported to be negative in nearly 50% of cases. The aim of the study is to determine the surgical outcomes of scrotal explorations performed on patients of all ages presenting at our hospital with acute scrotal pain. As well as investigating all possible parameters that can increase the accuracy of detecting testicular torsion and avoiding unnecessary surgical exploration. Specifically investigating the accuracy of ultrasound.

Design: Retrospective cohort.

Material and methods: We retrospectively reviewed the medical record of 175 patients who underwent scrotal exploration for acute scrotal pain. Statistical analysis was carried out to determine the significance of ultrasonography and other clinical parameters in detecting possible testicular torsion.

Results: A total of 175 patients were included in the study. The median age of the patients was 23 (14–63) years. 44.6% (n = 78) had testicular torsion, out of which 17.9% (n = 14) underwent orchidectomy due to non-viable testicles. Clinical features such as scrotal swelling, hard testicle on examination, nausea and vomiting were significantly more frequent in patients with testicular torsion (p < 0.05). Ultrasound was performed in 29,7% (n = 52) patients. It suggested correct diagnosis in 19 patients, missing diagnosis in 3 and were non-conclusive in 16 patients, yielding positive predictive value of 86.4% and negative predictive value of 80% in testicular torsion group.

Conclusion: Although ultrasound is a useful adjunct tool in evaluating acute scrotal pain, can be non-conclusive in substantial number of cases.

Some clinical features can strongly suggest the diagnosis of testicular torsion than others.

Benign urologi, metodutveckling

Session 4 – torsdag 3 oktober kl. 16.50–17.50

Lokal: Konferensrum 302

Abstrakt 31:

Effekt av natriumhyaluronat (Hyacyst) hos patienter med interstitiell cystit

Fawzia Aliali¹
Emir Majbar¹ och Botan Hawas¹

¹Urologiska kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

Bakgrund: Interstitiell cystit (IC) med kronisk bäckensmärt, låga buksmärtor, LUTS besvär och negativ effekt på samlivet leder till sänkt livskvalitet enligt patienternas egna berättelser. Det naturliga epitelet i urinblåsan har en avgörande och skyddande effekt för urinblåsan mot skadliga ämnen och bakterier. Defekter i GAG-lagret kan skada den naturliga skyddsbarriären som leder till att kemiska ämnena i urinen kommer i kontakt med blåsväggen och irriterar urinblåsan. Syftet med denna studie är att undersöka huruvida Hyacyst ger en god effekt för personer med IC och livskvalitetförbättring när konventionella behandlingar sviktade.

Design: Interventionsstudie.

Material & metod: Patienter med fastställd IC diagnos, täta trängningar, nocturi, UVI symtom och blåsmärta inkluderades. Dessa besvär många har gånger varit oklara för patienterna att lokalisera. Patienter med blåskapacitet <100 ml samt inkontinenta patienter exkluderades. Totalt inkluderades 17 patienter, tio män och sju kvinnor. Medianålder 70 (45–78). Behandlingar har även givits vid asymtomtiskt bakteriuri. Hyacyst (50 ml) instillerades i urinblåsan, en behandling per vecka under sex veckor, därefter en behandling per månad i fyra månader. Smärtskala mellan 0–10 användes innan samt efter avslutade behandling. Det fanns inga påvisbara komplikationer. En patient fick symptomgivande UVI med feber, därför avbröts behandlingarna som återupptogs efter en antibiotikakur.

Resultat: Tretton patienter (76%) svarade bra på behandlingen och upplevde en klar förbättring med minskning av 60% på smärtskalan. Fyra patienter (24%) hade inte upplevt någon förbättring alls.

Slutsats: Hyacyst är en skonsam behandlingsmetod för IC. Det medför en klar positiv effekt på patienternas livskvalitet. Individuellt anpassade behandlingsscheman är att rekommendera.

Abstrakt 32:

Subcutaneous, pyelo-vesical by-pass (Detour) in treatment of complex ureteral obstruction: a multicenter experience from three European centers

Marcin Popiolek¹

Ioannis Goumas-Kartalas² and Andrzej Jerzy Wrona³

¹Department of Urology, Örebro University Hospital, Örebro

²Department of Urology, Vimercate Hospital, Vimercate, Italy

³Department of Urology, Biernacki Hospital, Mielec, Poland

Introduction: Long-term drainage of urinary tract in patient with chronic ureteral obstruction remains a major challenge. We present the experience from three international centers with Detour stent (Porges-Coloplast, Denmark) for treatment of malignant and complex, benign ureteral strictures.

Design: Interventional study.

Material & methods: Data regarding patients who underwent implantation of Detour stent were retrieved from prospective databases in three centers (Biernacki Hospital Mielec in Poland, Vimercate Hospital in Italy and Örebro University Hospital in Sweden). A total of 56 consecutive Detour implantations (9 bilateral) in 48 patients (31 women, 17 men) operated between September 2013 and februari 2019 were included in the analysis. The mean age was 59 years (range: 34–86), and the median follow-up was 13 months (range: 1–39). In 18 cases the underlying pathology was malign and the remaining 38 suffered from complex ureteral strictures caused by benign disease or iatrogenic injury.

Results: Mean operation time was 109 min (range: 30–450). Six patients (12%) required stent explantation whence 3 due to severe, Clavien IV complications (2 bowel perforations, 1 fulminant sepsis) and remaining 3 secondary to Clavien III complications (1 enteric fistula, 1 displacement of distal end, 1 dysfunction due to encrustations). Of all, 9 patients (19%) required endoscopic revision as a result of stent encrustations during the follow-up. Six patients (12%) suffered from recurrent urinary tract infections in long-term follow-up.

Conclusion: Pyelo-vesical Detour by-pass may be considered a viable alternative option for urinary diversion in patients with malignant and benign, complex ureteral strictures when other treatments were unsuccessful or undesirable. However, surgical experience both in open surgery and endourology, as well as proper patient selection are crucial to minimize the risk for severe postoperative complications.

Abstrakt 33:

Mini-perkutan stenextraktion i rygggläge (supine) på konkrement 2 centimeter eller större – erfarenheter efter 1 års behandlingar

Sebastian Jarl¹

och Marcin Popiolek³

¹Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Bakgrund: Mini-perkutan stenextraktion (mPCNL, <18 Ch) är en vedertagen behandlingsmetod för njurstenar som mäter 10–20 mm. Vi ville undersöka metodens lämplighet som åtgärd för stenar i det högre storleksintervallet och valde därför att granska kliniskens resultat på stenar ≥ 20 mm.

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Samtliga patienter som opererades med mPCNL på grund av njurkonkrement ≥ 20 mm mellan april 2018 och juni 2019 inkluderades i analysen. Patientdata och aktuella variabler relaterade till genomgången ingrepp hämtades från patientjournaler.

Resultat: Totalt 31 patienter (16 kvinnor, 15 män) inkluderades. Stenstorlek och densitet var i median 25 mm (20–42) respektive 1103 HU (440–1460). Patienterna var i genomsnitt 61 år gamla och genomsnittligt BMI var 27,5. Perkutan access skapades med accesshyllor med kombinerad ultraljuds- och genomlysningssistans. Det användes 16 eller 17,5 Ch arbetshyllor med 12 Ch nefroskop. Holmium-YAG laser med 550µ laserfiber användes för stendesintegration. Lyckat resultat (stenfri eller kvarvarande konkrement ≤ 2 mm) uppnåddes hos 28 patienter (90%) varav 22 (71%) blev helt stenfria och 6 hade små kvarvarande konkrement. Medianoperationstid var 80 minuter (38–171). I 28 fall (90%) fick patienterna peroperativ J-stent och i 7 fall behövdes postoperativ avlastning med nefropyelostomi (23%). J-stentet drogs inom 24 timmar på 15 patienter och 21 patienter (68%) gick hem inom 24 timmar postoperativt. Inga blodtransfusioner behövdes och minskning i hemoglobinvärde var i median 9 g/L. Fyra patienter drabbades av komplikationer, varav 1 fick urinretention, 2 urinvägsinfektion och 1 urosepsis. Två av patienterna med komplikationer krävde återinläggning inom 30 dagar efter ingreppet.

Slutsats: Efter drygt 1 års behandlingar och 31 behandlade patienter förefaller mPCNL i rygggläge vara en säker och effektiv metod för behandling även för njurkonkrement större än 2 centimeter.

Abstrakt 34:

Urologiska infektioner – Utbildningsfilmer i samarbete mellan SUF och STRAMA

Johan Styrke^{1,2}

Peter Ulleryd^{3,4}, Magnus Grabe⁵, Sven Resare⁶,
Magnus Wagenius⁷ och Stephan Stenmark^{4,8}

¹Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap, enheten för urologi och andrologi, Umeå universitet

²Svensk Urologisk Förening

³Smittskydd Västra Götaland, Västra Götalandsregionen

⁴Strama – samverkan mot antibiotikaresistens

⁵Urologisk cancerforskning Malmö, Lunds universitet

⁶Kirurgcentrum Västerbotten, Norrlands US, Umeå

⁷VO kirurgi/urologi, urologsektionen, Helsingborgs lasarett

⁸Institutionen för klinisk mikrobiologi, enheten för infektionssjukdomar, Umeå universitet

Bakgrund: Ökad antibiotikaresistens innebär ett ökat utbildningsbehov kring rationell antibiotikaanvändning. 2018 producerade Strama i samarbete med Svensk Urologisk Förening filmer om urologiska infektioner och antibiotikaresistens.

Design: Klinisk riktlinje.

Material & metod: En arbetsgrupp med urologer och infektionsläkare utarbetade manus till två filmer och inspelningen ägde rum i en studio i Stockholm.

Resultat: Film 1 redogör för anatomi, mikrobiologi, bakteriologi och resistensläge för män och kvinnor med urinvägsinfektioner. Hos män sjunker andelen infektioner utlösta av *E. coli* med stigande ålder medan förekomsten av enterokocker, *Klebsiella m.fl.* ökar i takt med ökande prostatatorlek och försämrad blåstömning. Resistensen mot de vanliga perorala antibiotikapreparaten varierar från drygt 20% mot trimetoprim till ett par procent mot furadantin. Resistensen mot ciprofloxacin i urinodlingar ligger kring 12%. Hos äldre män kan upp mot 20% av patienterna ha ciprofloxacinresistenta *E. coli* vid urinvägsinfektion medan kvinnor oftare har känsliga bakterier.

I Film 2 presenteras behandlingsalternativ vid asymtomatisk bakteriuri (ABU), akut cystit och febril UVI hos män och kvinnor. Första steget till en lyckad behandling är en korrekt utförd odling med bifogad anamnes. Behandling av ABU ska inte ges annat än inför utvalda urologiska ingrepp samt till gravida kvinnor. Vid akut cystit med påtagliga symptom ges mecillinam eller furadantin. Behandlingstiden är 5 dagar för kvinnor och 7 dagar för män. Kinoloner bör helt undvikas. Vid febril UVI behöver behandling ofta inledas intravenöst. Vid sepsis ska en extra dos IV-antibiotika ges 3–4 h efter den första dosen. De flesta av de vanliga bakterierna vid kan behandlas med IV-cefotaxim (med tillägg av en aminogly-

kosid vid sepsis), men både enterokocker och *Pseudomonas* är resistenta och därför kan piperacillin/tazobactam ges till patienter med KAD och till män med urologisk bakgrundssjukdom.

Slutsats: Utbildningsfilmerna återfinns på strama.se/utbildningsfilmer och kan användas som diskussionsunderlag för AT- och ST-utbildning samt som uppdatering för urologer.

Abstrakt 35:

Strukturerad standardiserad journalmall i Take Care för kateterbehandling

Ann-Charlotte Lindholm¹

och Lisa Sundberg²

¹Urologiska kliniken, Södersjukhuset AB

Bakgrund: Bristen på dokumentation i samband med urinkate- terbehandling föranledde Urologiska klinikkens mottagningsverk- samhet på Södersjukhuset att utveckla en strukturerad standar- diserad journalmall i journalsystemet Take Care.

Design: Förbättringsarbete.

Projektbeskrivning: Syftet med att utveckla journalmallen var att vid urinkateterbehandling skapa möjlighet till att dokumen- tera behandlingen metodiskt, strukturerat och standardiserat, att minska risken för bristande dokumentation och höja patientsäker- heten. Det övergripande målet var att alla vårdgivare involverade i en kateterbehandling ska kunna använda mallen på ett enkelt och effektivt sätt. Effektmålen var att skapa en tydligare över- blick i journalen, effektivare arbete genom förvalda alternativ i journaltexten, mindre risk att glömma dokumentera viktig infor- mation, alla vårdgivare ska få möjlighet till samma information, journalanteckningen visar sig automatiskt i mätvärden i samband med att man dokumenterar kateter in/ut eller byte, patienten blir delaktig i sin egen vård genom tillgång till journalanteckningen via 1177 eller genom pappersutdrag från journalen.

Resultat: Resultatet i detta förbättringsarbete har utvecklats till en strukturerad standardiserad journalmall med namnet "Kateterbe- handling" i Take Care med förvalda termer och sökord. Journal- mallen används av vårdgivare på Urologiska klinikkens mottagning och vårdavdelningen i samband med kateterbehandling. Ambitio- nen är att fortsätta sprida kunskap hos verksamhetsområden som använder Take Care inom Stockholmsregionen och som initierar en kateterbehandling.



TESTOSTERONGEL MED **HANDSFREE APPLICERING**



TESTAVAN[®] (testosteron) 20 mg/g (2%) transdermal gel



Minskar risken för
oavsiktlig överföring
av testosteron^{6,7}



Lägst rekommenderade
startdos* och gelvolym
vid behandlingsstart¹⁻⁵



Titreringsmetod i
tre dossteg^{2,6}



Ferring Läkemedel AB
Box 4041, 203 11 Malmö
Tfn. 040-691 69 00, www.ferring.se

Har du frågor eller önskar beställa patient-
och informationsmaterial om Testavan[®]?
Besök vår hemsida www.ferring.se

Testavan[®]
(testosteron)

Referenser: 1. Olsson H et al. Clin Pharmacol Drug Dev 2014;3(5):358-364. 2. TESTAVAN[®] SmPC Ferring. 3. TOSTREX[®] SmPC. 4. TESTOGEL[®] SmPC. 5. TESTIM[®] SmPC. 6. Arver S et al. Andrology 2018 Mar 30. doi: 10.1111/andr.12487. [Epub ahead of print]. 7. Cunningham G et al. Endocr Pract 2017; 23(5):557-565.

*Startdos för respektive testosterongel enligt aktuell produktresumé

Testavan[®] (testosteron) Beredningsform: Transdermal gel 20 mg/g. **Indikation:** Substitutionsbehandling med testosteron mot hypogonadism hos män, när testosteronbrist har bekräftats genom kliniska symtom och laboratorieanalyser. **Rx, F, ATC-kod:** G03BA03. **SPC uppdaterad:** 2018-04-12. För ytterligare information och pris, se fass.se

VARFÖR BETMIGA?

- Den enda orala β_3 -agonisten mot överaktiv blåsa^{1,2}
- Verksam på alla grundläggande OAB-symptom^{1,2}
- Påverkar inte den anti-kolinerga bördan^{1,2}

Ref.: 1. Wagg A, Nitti VW, Kelleher C. Oral pharmacotherapy for overactive bladder in older patients: Mirabegron as a potential alternative to antimuscarinics. *Curr Med Res Opin* 2016;32(4):621-638. **2.** BETMIGA produktresumé 2019-04.

BETMIGA™ 25 mg och 50 mg depottabletter (mirabegron). *Urologiska spasmolytika* (G04BD12). **Indikationer:** Symptomatisk behandling av trängningsinkontinens, ökad urineringsfrekvens och/eller trängningar, som kan förekomma hos vuxna patienter med syndromet överaktiv blåsa (OAB). **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något hjälpämne. Svår okontrollerad hypertoni definierad som systoliskt blodtryck ≥ 180 mm Hg och/eller diastoliskt blodtryck ≥ 110 mm Hg. **Varningar och försiktighet:** *Nedsatt njurfunktion:* BETMIGA har inte studerats hos patienter med terminal njursjukdom (GFR < 15 ml/min/1,73 m²) eller hos patienter som behöver hemodialys och rekommenderas därför inte för användning hos denna patientgrupp. Data är begränsade för patienter med gravt nedsatt njurfunktion (GFR 15 till 29 ml/min/1,73 m²); baserat på en farmakokinetisk studie rekommenderas dosreduktion till 25 mg för denna patientgrupp. Detta läkemedel rekommenderas inte för användning hos patienter med gravt nedsatt njurfunktion (GFR 15 till 29 ml/min/1,73 m²) som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare. *Nedsatt leverfunktion:* BETMIGA har inte studerats hos patienter med kraftigt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh klass C) och rekommenderas därför inte för användning hos denna patientgrupp. Detta läkemedel rekommenderas inte till patienter med måttligt nedsatt leverfunktion (Child-Pugh B) som samtidigt får kraftiga CYP3A-hämmare. *Högt blodtryck:* Mirabegron kan öka blodtrycket. Blodtrycket bör kontrolleras före behandlingsstart och regelbundet under behandling med mirabegron, speciellt hos patienter med hypertoni. Data är begränsade hos patienter med hypertoni stadium 2 (systoliskt blodtryck ≥ 160 mm Hg eller diastoliskt blodtryck ≥ 100 mm Hg). *Patienter med medfödd eller förvärdad QT-förlängning:* BETMIGA har vid terapeutiska doser, inte visats ge kliniskt relevant QT-förlängning i kliniska studier. Då patienter med en känd anamnes på QT-förlängning eller patienter som tar läkemedel kända för att förlänga QT-intervallet emellertid inte ingick i dessa studier är effekten av mirabegron hos dessa patienter inte känd. Försiktighet bör iaktas vid administrering av mirabegron till dessa patienter. *Patienter med obstruktion av de nedre urinvägarna och patienter som tar antimuskarina läkemedel mot OAB:* Urinretention hos patienter med obstruktion av de nedre urinvägarna (BOO) och hos patienter som tar antimuskarina läkemedel för behandling av OAB har rapporterats efter marknadsföring hos patienter som tar mirabegron. En kontrollerad klinisk säkerhetsstudie på patienter med BOO visade inte en ökad urinretention hos patienter behandlade med BETMIGA. BETMIGA ska emellertid ges med försiktighet till patienter med klinisk signifikant BOO. BETMIGA skall även ges med försiktighet till patienter som tar antimuskarina läkemedel för behandling av OAB. **Biverkningar:** *Sammanfattning av säkerhetsprofilen:* Säkerheten av BETMIGA utvärderades hos 8433 patienter med OAB, varav 5648 fått minst en dos av mirabegron i fas 2/3 i kliniska programmet och 622 patienter fick BETMIGA under minst 1 år (365 dagar). I de tre 12-veckors, fas 3, dubbelblinda, placebokontrollerade studierna, avslutade 88 % av patienterna behandlingen med detta läkemedel och 4 % av patienterna avbröt behandlingen på grund av biverkningar. De flesta biverkningarna var milda till måttliga i svårighetsgrad. Vanligaste biverkningarna som rapporterades hos patienter behandlade med BETMIGA 50 mg under de tre 12-veckors, fas 3, dubbelblinda, placebokontrollerade studierna, var takykardi och urinvägsinfektioner. Frekvensen takykardi var 1,2 % hos patienter som fick BETMIGA 50 mg. Takykardi ledde till avbrytande av behandling hos 0,1 % av patienterna som fick BETMIGA 50 mg. Frekvensen av urinvägsinfektioner var 2,9 % hos patienter som fick BETMIGA 50 mg. Urinvägsinfektioner ledde inte till avbrytande av behandling för någon av de patienter som fick BETMIGA 50 mg. Allvarliga biverkningar inkluderade förmaksflimmer (0,2 %). Biverkningar observerade under en 1-års (långtids) aktivt kontrollerad (muskarinantagonist) studie, var liknande i typ och svårighetsgrad som de som observerades i de tre 12-veckors fas 3 dubbelblinda, placebokontrollerade studierna. Lista över biverkningar: Listan nedan visar de biverkningar som observerats med mirabegron i de tre 12-veckors fas 3 dubbelblinda placebokontrollerade studier. Frekvensen av biverkningar definieras enligt följande: mycket vanliga ($\geq 1/10$), vanliga ($\geq 1/100$ till $< 1/10$), mindre vanliga ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), sällsynta ($\geq 1/10000$ till $< 1/1000$), mycket sällsynta ($< 1/10000$) och ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data). Inom varje frekvensområde presenteras biverkningarna efter fallande allvarlighetsgrad. MedDRA Organklass: **Infektioner och infestationer:** Vanliga: urinvägs infektioner; Mindre vanliga: vaginala infektioner, cystit. **Psykiska störningar:** Ingen känd frekvens (kan inte beräknas från tillgängliga data): insomni¹, förvirringstillstånd¹. **Centrala och perifera nervsystemet:** Vanliga: huvudvärk¹, yrsel¹. **Ögon:** Sällsynta: ögonlocks ödem. **Hjärtat:** Vanliga: takykardi; Mindre vanliga: palpitation, förmaksflimmer. **Blodkärli:** Mycket sällsynta: hypertensiv kris¹. **Magtarm kanalen:** Vanliga: illamående¹, obstipation¹, diarré¹; Mindre vanliga: dyspepsi, gastrit; Sällsynta: läppödem. **Hud och subkutan vävnad:** Mindre vanliga: urtikaria, utslag, makulära utslag, papulösa utslag, klåda; Sällsynta: leukocytoklastisk vaskulit, hudblödningar, angioödem¹. **Muskuloskeletala systemet och bindväv:** Mindre vanliga: svullna leder. **Njurar och urinvägar:** Sällsynta: urinretention¹. **Reproduktions organ och bröstkörtel:** Mindre vanliga: vulvovaginal klåda. **Undersökningar:** Mindre vanliga: förhöjt blodtryck, förhöjt GGT, förhöjt AST, förhöjt ALT.

¹observerat efter marknadsintroduktion

Rapportering av misstänkta biverkningar: Det är viktigt att rapportera misstänkta biverkningar efter att läkemedlet godkänts. Det gör det möjligt att kontinuerligt övervaka läkemedlets nytta-riskförhållande. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning via Läkemedelsverket, Box 26, 751 03 Uppsala, Webbplats: www.lakemedelsverket.se.

Recept- och förmånsstatus: Receptbelagt. Subventioneras endast till patienter som provat men inte tolererar antikolinergika.

Svensk representant: Astellas Pharma AB, Box 210 46, 200 21 Malmö.

Texten är baserad på produktresumé daterad 2019-04. För ytterligare information, förpackningar och priser, se www.fass.se.

Astellas Pharma AB | Box 21046 | 200 21 Malmö | Telefon 040-650 15 00 | Fax 040-650 15 01 | info.se@astellas.com | www.astellas.se



Abstrakt 36:

”Du har fått en kateter” – Instruktion och informationsfilm som skapar stort värde

Maria Segertoft¹, Ulrika Engstrand¹, Yvonne Andersson¹
och Annika Johansson¹

¹Verksamhet Urologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Bakgrund: I dagens digitaliserade samhälle förväntar sig patienter snabb tillgång till kvalitetssäkrad information. Vi hade fått synpunkter på att klinikkens informationsmaterial kring kateterbehandling inte var tillfredsställande och vi ville därför förbättra informationen och öka tillgängligheten. En tanke uppkom om en film som, med hjälp av animerade bilder, tal och text, på ett pedagogiskt sätt skulle berätta mer om kateterbehandling med syfte att ge patienterna en trygg hemgång.

Design: Förbättringsarbete.

Projektbeskrivning: Vi ville hitta ett hjälpmedel som kunde effektivisera verksamheten och vara ett bra komplement till den muntliga och skriftliga information som patienterna får i samband med kateterbehandling. De potentiella fördelar vi såg med filmen innefattade likvärdig information till alla, möjlighet att dela information med närstående, ett miljöperspektiv med minskad pappersanvändning, ökad tillgänglighet för de patienterna som har störst behov av att komma i kontakt med vården samt minskat antal telefonsamtal av informations- och instruktionskaraktär. En utgångspunkt var att filmen skulle vara lätt att översätta till andra språk med text som komplement till speakerrösten.

Med utgångspunkt från patientens välmående och trygghet använde vi oss av tjänstedesignsmetodik för att ta reda på vad som förväntas av ett digitaliserat material. Vi intervjuade ett antal patienter med utgångspunkt från klinikkens befintliga material för att få veta mer om patientperspektivet. Vi arbetade tvärprofessionellt och med genusperspektiv och visade tidiga versioner för patienter, medarbetare och chefer.

Slutsats: Vi har idag ett standardiserat vårdförlopp för patienter som ska genomgå robotassisterad prostatektomi där vår film ingår i det preoperativa samtalet. Vid utskrivning har vi fått feedback att patienterna lättare kan visualisera hur katetern är placerad i blåsan och förstå handhavandet. Vi får inte längre lika många telefonsamtal kring frågan. Vårt nästa steg är att utvärdera filmen med en digital enkät, översätta den till engelska och lägga till text. Vår film har skapat värde.

Blåscancer

Session 5 – fredag 4 oktober kl. 08.30–09.40

Lokal: Konferensrum 301

Abstrakt 37:

Recidivfrekvens av icke-muskelinvasiv urinblåsecancer (NMIBC) inom första året efter diagnos

Ali Zangana¹

Dimitri Zhurauliou¹, Botan Hawas¹ och Farhood Alamdari¹

¹Urologiska kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås

Bakgrund: Recidivfrekvensen av NMIBC inom första året är okänd i Sverige. EORTC risktabell baserad på 2 596 patienter uppskattar en recidivfrekvens mellan 15%–61% första året och 31%–78% vid 5 år.

Syfte: Hur är det med återfall av ytlig blåscancer i Västmanland första året efter diagnosen? Olika faktorer som har inverkan på återfall?

Design: Retrospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: En retrospektiv journalgranskning av 179 patienter som hade nydiagnostiserad blåscancer mellan åren 2015–2016. Vi har undersökt recidivfrekvensen inom ett år och analyserat inverkan av en rad olika eventuella riskfaktorer, ålder, kön, T-stadium, tobaksvanor, detrusormuskel i preparat och operatörens erfarenhet.

Resultat: Vi har följt upp 115 patienter (28 med MIBC och 36 patienter som avled av andra orsaker exkluderades). Av dessa 115 patienter var 94 patienter (81,7%) män och 21 patienter (18,3%) kvinnor. Enbart 2 patienter (1,7%) i åldersgrupp 40–49 år och resten är >50 årsåldern varit 98,3% av fall. Uppgifter om tobaksvanor saknas i journalen hos 25 patienter. 26 patienter (29%) rökare och 64 patienter (71%) icke rökare eller slutat för mer än 15 år sedan. 80 (70%) patienter opererades av specialister och 35 patienter (30%) opererades av icke specialister. Första året hade 32 patienter (27,8%) recidiv. 14 (43,7%) patienter var Lågrisk blåscancer, 7 (21,9%) patienter var intermediärisk blåscancer och 11 (34,4%) patienter med högriskblåscancer. Detrusormuskel fanns i 95% av preparaten. Specialister hade 21 (65,6%) recidiv och icke specialister hade 11 (34,4%) recidiv vid första året kontroll. Tidig endosinstillation och PPD diagnostik användes sporadisk.

Slutsats: Återfall av ytlig blåscancer första året i Västmanland är låg 27,8% jämfört med 15–61% enligt EORTC risktabell. Analysen visade inte några andra faktorer med inverkan på återfall.

Abstrakt 38:

Tumörstorlek och antal tumörer i Nationellt Kvalitetsregister för Urinblåsecancer (SNRUBC)

Truls Gårdmark¹

Staffan Jahnson², Fredrik Liedberg³, Amir Sherif⁴,
Viveka Ströck⁵, Tomas Jerlström⁶, Firas Al-Jaberi²
och Abolfazl Hosseini Aliabad⁷

¹Department of Clinical Sciences, Danderyd Hospital, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden

²Department of Clinical and Experimental Medicine, Division of Urology, Linköping University, Linköping, Sweden

³Department of Urology Skåne University Hospital, Malmö, and Institution of Translational Medicine, Lund University, Malmö, Sweden

⁴Department of Surgical and Perioperative Sciences, Urology and Andrology, Umeå University, Umeå, Sweden

⁵Department of Urology, Sahlgrenska University Hospital and Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg, Sweden

⁶Department of Urology, School of Health and Medical Sciences, Örebro University, Örebro, Sweden

⁷Department of Urology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden

Bakgrund: Tumörstorlek och antal tumörer ligger till grund för rekommenderad terapi och prognos för blåscancersjukdomen. Sedan 2011 registreras dessa variabler i SNRUBC. Vi studerar här resultatet av denna registrering.

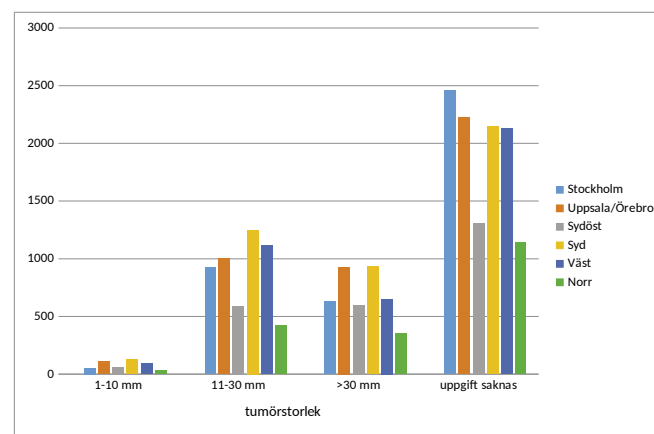
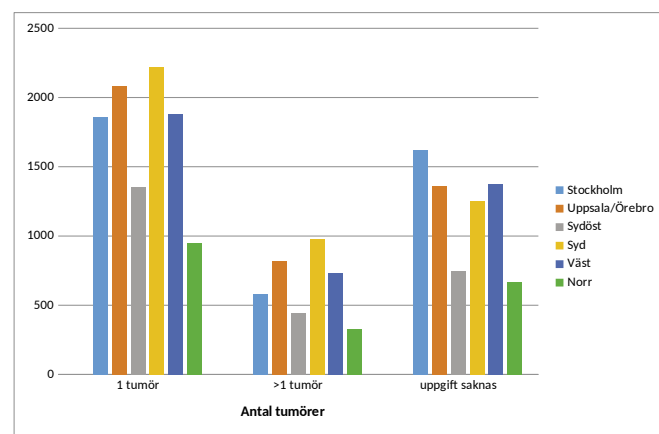
Design: Populationsbaserad registerstudie.

Material & metod: Alla patienter registrerade i SNRUBC med nyupptäckt urinblåsecancer 2011–2018 ingick i undersökningen. Registrering av tumörstorlek och antal tumörer relaterades till patient- och tumörkaraktistika samt sjukvårdsregion. Indelning i diagnosår gjordes i en tidig period (2011–2014) och en sen period (2015–2018). Grupper jämfördes med chi2 test.

Resultat: I undersökningen ingick 21 262 patienter med medelålder 73 år (interkvartilavstånd 67–80 år), och 75% var män. Enstaka tumör observerades hos 10 348 (49%) patienter och mer än en tumör hos 3 885 (18%) patienter medan uppgift om antal tumörer saknades hos 7 029 (33%), se figur. För de olika regionerna varierade andelen som saknade denna uppgift från 28% till 40%. Andelen patienter där uppgift om antal tumörer saknades minskade från 48% under den första tidsperioden till 20% under den andra tidsperioden. Tumörstorleken var 1–10 mm hos 475 (2%) patienter, 11–30 mm hos 5 298 (25%) patienter och >30 mm hos 4 091 (19%) patienter, medan uppgift saknades hos 11 398 (54%) patienter. För de olika regionerna varierade andelen som saknade denna uppgift från 48% till 60%. Andelen patienter där uppgift om tumörstorlek saknades minskade från 63% under första tidsperioden till 45% under den andra tidsperioden.

Slutsats: I SNRUBC saknas ofta viktiga uppgifter om tumörstorlek och antal tumörer och stora regionala skillnader i saknade uppgifter föreligger.

Fördelning av rapportering och antal blåstumörer per region



Abstrakt 39:

Malign urincytologi utan adress – blåljus på mottagningen kan vara en bra diagnostisk metod

Marie Andersson¹

Christoffer Björk², Jonas Richthoff³, Anders Debes⁴,
Per-Uno Malmström⁵ och Mats Bläckberg⁶

¹Urologkliniken, Helsingborgs lasarett

²Urologkliniken, Varbergs sjukhus

³Urologkliniken, Ljungby lasarett

⁴Urologkliniken, Vestre Viken Bärums sjukhus, Oslo, Norge

⁵Urologkliniken, Akademiska sjukhuset, Uppsala

⁶Urologkliniken, Helsingborgs lasarett

Bakgrund: När cystoskopi i vitt ljus och CT-urografi är normal, men urincytologi är positiv eller misstänkt för malignitet, kan vi då ha hjälp av blåljuscystoskopi? Utredningen kan bli omfattande hos de patienter som har positiv eller misstänkt positiv urincytologi där flexibel vitljuscystoskopi (FVLC) varit normal, eftersom man då behöver gå vidare med att ta resektionsbiopsier och utsluta tumör i övre urinvägarna. Flexibel blåljuscystoskopi (FBLC) skulle kunna detektera fler blåstumörer redan på mottagningen. Vi ville se om FBLC kan bidra till att förenkla utredningsgången för patienter som har normal FVLC och positiv/misstänkt urincytologi. Det här är en studie av detektion av blåstumör med FBLC på mottagningen.

Design: Studien är en prospektiv multicenterstudie som inkluderar 40 patienter från fyra sjukhus. Samtliga patienter hade positiv eller misstänkt urincytologi och hade undersökts med FVLC och CT-urografi som varit normala.

Material & metod: Hexaminolevulinat instillerades i urinblåsan en timme före undersökning. I gelanestesi undersöktes därefter först uretra och blåsa med FVLC och sedan med FBLC. Misstänkt maligna lesioner biopsierades och bedömdes histologiskt. Små tumörer och lokaliserad carcinoma in situ (cis) brändes med diatermi eller diodlaser.

Resultat: Blåscancer diagnoserades vid 20 av 47 (43%) cystoskopier (hos 40 patienter där 6 genomgick FBLC mer än en gång). I 7 (35%) av dessa 20 cystoskopier var malign tumör enbart detekterad med FBLC. Hos de sju patienterna med tumör detekterad enbart med FBLC (fem cis och två Ta-tumörer) kunde samtliga behandlas direkt på mottagningen med komplett ablation och BCG.

Slutsats: FBLC, på mottagningen i lokalanestesi, kan på ett enkelt sätt lösa många oklara fall med malign/misstänkt malign urincytologi.

Abstrakt 40:

Är nivåer av cirkulerande CD163 associerat med kliniska parametrar för urinblåsecancer?

Jessica Carlsson¹

Anders Vikerfors¹, Janusz Frey¹, Tomas Jerlström¹
och Sabina Davidsson¹

¹Urologiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Bakgrund: Makrofager kan delas in i två grupper baserat på deras funktionella roll i immunförsvaret, de kan ha en tumör-inhiberande fenotyp (M1-makrofager) eller en tumör-stimulerande fenotyp (M2-makrofager). M2-makrofager spelar en viktig roll i progression av tumörer, och studier har visat att ett högt antal M2-makrofager i urinblåsan hos patienter med urinblåsecancer är associerat med en sämre prognos. CD163 är en markör specifik för M2-makrofager, och denna markör kan frigöras från membranet på makrofager och detekteras cirkulerande i serum, där den kan användas som en markör för antalet M2-makrofager i kroppen. Höga nivåer av cirkulerande CD163 har tidigare associerats med en sämre prognos för patienter med t.ex. ovariecancer och Hodgkins lymfom. Enligt vår kännedom har dock ingen undersökt om nivåer av cirkulerande CD163 är associerat med kliniska parametrar för patienter med urinblåsecancer.

Design: Prospektiv prognostisk studie.

Material & metod: I den här studien gjordes en prospektiv inkludering av 118 patienter med urinblåsecancer. Nivåer av CD163 i serum mättes med hjälp av en ELISA.

Resultat: Signifikant högre nivåer av cirkulerande CD163 i serum sågs hos patienter med höggradiga tumörer (G3) jämfört med patienter med låggradiga tumörer (G1-G2) ($p=0,014$). Det fanns inga signifikanta associationer mellan cirkulerande nivåer av CD163 och TNM-stadie eller överlevnad.

Slutsats: Cirkulerande nivåer av CD163 i serum hos patienter med urinblåsecancer är inte associerat med prognostiska faktorer för sjukdomen.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Abstrakt 41:

Är cirkulerande Pentraxin 3 en potentiell biomarkör för urinblåsecancer?

Anders Vikersfors¹

Sabina Davidsson¹, Janusz Frey¹, Tomas Jerlström¹ och Jessica Carlsson¹

¹Urologiska Kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Bakgrund: Pentraxin 3 (PTX3) är ett multifunktionellt protein som ingår i samma familj som C-reaktivt protein (CRP) och serum amyloid P komponent (SAP). PTX3 har en viktig roll i t.ex. reglering av inflammation, angiogenes och vävnadsremodellering. Studier har visat att PTX3 även är involverat i tumörprogression, och förhöjda nivåer av cirkulerande PTX3 är associerat med en sämre prognos för flera olika cancerformer, inklusive lungcancer, bröstcancer och pankreascancer. PTX3 har tidigare undersökts som en diagnostisk markör i urinprover från patienter som utreds för urinblåsecancer, men enligt vår kännedom finns inga studier utförda för att undersöka dess potentiella roll som en prognostisk biomarkör för urinblåsecancer.

Design: Prospektiv prognostisk studie.

Material & metod: I den här studien gjordes en prospektiv inkludering av 118 patienter med urinblåsecancer (fall) samt 50 patienter med makrohematuri utan maligna fynd i urinblåsan (kontroll). Nivåer av PTX3 i plasma mättes med hjälp av en ELISA.

Resultat: Patienter med urinblåsecancer hade signifikant högre PTX3 i plasma, jämfört med kontroller ($p=0,014$). Patienter med muskelinvasiv sjukdom ($n=68$) hade signifikant högre nivåer av PTX3 i plasma jämfört med patienter med icke muskelinvasiv sjukdom ($n=50$, $p<0,001$), och patienter som senare utvecklade metastaserad sjukdom hade högre PTX3 nivåer jämfört med patienter som inte utvecklade metastaserad sjukdom inom uppföljningstiden ($p=0,009$).

Slutsats: Cirkulerande PTX3 i plasma hos patienter med urinblåsecancer har en potentiell roll som biomarkör för en mer aggressiv form av urinblåsecancer.

Abstrakt 42:

Har SVF lyckats förkorta ledtider vid utredning av urinblåsecancer?

Suleiman Abuhasein¹

Jesper Swärd¹ och Staffan Jahnson¹

¹Urologsektionen, Kirurgkliniken, NU-sjukvården, Uddevalla

Bakgrund: En viktig aspekt i cancerdiagnostik och behandling är ledtider. Därför införde man standardiserat vårdförlopp (SVF) med förhoppningen att förkorta tider till diagnos och behandling. I denna studie undersökte vi om ledtider förkortats för urinblåsecancerpatienter efter införandet av SVF.

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Studien inkluderar alla patienter med nydiagnostiserad urinblåsecancer i Uddevalla 2012–2018 genom journalgranskning. I undersökningen ingår 596 patienter som delades till två grupper, första gruppen – 339 patienter med diagnos före införandet av SVF (2012–2015) och andra gruppen – 257 patienter med diagnos efter införandet av SVF (2016–2018).

Resultat: Av 596 patienter med medianålder 74 (24–97 år) varav 460 män (77%) och 136 kvinnor (23%) kom 269 patienter (79%) på remiss 2012–15, jämfört med 211 patienter (82%) 2016–2018. Resterande patienter sökte antingen akut med makroskopisk hematuri, eller också upptäcktes tumören av annan orsak. Mediantiden från remissdatum till första besök hos specialist var 11 (0–151) dagar i gruppen 2012–15 och 6 (0–55) dagar i andra gruppen 2016–18. Från första besök hos specialist till transuretral resektion (TURB) var mediantiden innan SVF 18 (0–196) dagar och 7 (0–78) dagar efter SVF. TURB inom 12 dagar från remissdatum skedde för 9% av patienterna innan SVF och hos 49% av patienterna efter SVF. Motsvarande siffror för behandling inom 24 dagar var 33% respektive 84%, för 36 dagar 63% respektive 92% och för 48 dagar 79% respektive 96%.

Slutsats: I detta material av populationsbaserad blåscancer diagnostiserad 2012–18 hade man lyckats korta ner ledtiderna mellan remissdatum till specialistbesök med 45% och kraftigt minskat mediantiden till första TURB med hela 61%. Att antalet behandlade patienter inom 24 dagar nästan har tredubblats är klart en vinst för SVF. Trots detta genomgår inte mer än hälften av patienterna TURB inom den tid som är ambitionen med SVF.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Abstrakt 43:

Är det meningsfullt att göra reTURB för T1-tumör?

Suleiman Abuhasanein¹
Jesper Swärd¹ och Staffan Jahnson¹

¹Urologsektionen, Kirurgkliniken, NU-sjukvården, Uddevalla

Bakgrund: Vårdprogrammet rekommenderar reresektion (re-TURB) för urinblåsecancer stadium T1 inom 2–6 veckor vilket är resurskrävande och medför risk för komplikationer. Denna studie försöker belysa om reTURB av T1-tumörer medfört färre recidiv, mindre progress samt om det ledde till en behandlingsförändring (cystektomi).

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Studien inkluderar alla patienter med nydiagnostiserad urinblåsecancer i NU-sjukvården 2012–2018.

Resultat: Totalt diagnostiserades 596 patienter med urinblåsecancer. Medelåldern var 74,6 år (24–97 år). 159 patienter (27%) hade T1-tumör. ReTURB genomfördes hos 73 av de (46%). Andelen recidiv vid första cystoskopi var 24% i gruppen utan reTURB och 14% i gruppen med reTURB. Motsvarande siffror för recidiv under hela uppföljningsperioden var 31% i gruppen utan reTURB jämfört med 20% hos dem med reTURB. Däremot fann vi ingen skillnad i progress (7% resp 6%). Av de 73 patienterna med reTURB hade 39 kvarvarande tumör (53%) varav 15 (20%) T1-tumör kvar och 7 (10%) hade muskelinvasiv tumör (T2). Övriga hade Ta eller Tis. ReTURB medförde en behandlingsförändring (cystektomi) i 9 fall (12%). Andelen ReTURB av T1-tumörer ökade varje år från 9% 2012 till 70% 2018. Tiden mellan TURB och reTURB var i medel 48 dagar (10–180 dagar). Tiden förkortades från 58 dagar 2012–2013 till 46 dagar 2017–2018.

Slutsats: Patienter med T1-tumör som genomgått reTURB hade en signifikant minskad andel recidiv både vid första cystoskopi och under hela uppföljningsperioden. Införandet av reTURB i NU-sjukvården har gått långsamt och ännu har inte kvalitetsmålet om 80% reTURB uppnåtts. ReTURB har sannolikt föranlett en förbättrad prognos för de 20% patienter med kvarvarande T1 och en behandlingsförändring för de 10% patienter som hade muskelinvasiv sjukdom.

Abstrakt 44:

Är cystoskopi efter radiologiskt bekräftad urinblåsecancer nödvändig?

Suleiman Abuhasanein¹
Jesper Swärd¹ och Staffan Jahnson¹

¹Urologsektionen, Kirurgkliniken, NU-sjukvården, Uddevalla

Bakgrund: Som en del av utredning av urinblåsecancer genomgår patienter CT-urografi följt av cystoskopi. Cystoskopi är en invasiv undersökning med en risk för blödning, infektion och patiento-behag som kanske inte bör göras om CT visar tumör i urinblåsan. Onödiga cystoskopier medför även en kostnad för sjukvårdssystemet. Denna studie försöker belysa om SVF för makroskopisk hematuri medfört färre cystoskopier.

Design: Retrospektiv kohort.

Material & metod: Studien inkluderar patienter med nydiagnostiserad urinblåsecancer i Uddevalla 2012–2018 genom journalgranskning. Patienterna är delade i två grupper: före SVF 2012–2015 och efter SVF 2016–2018.

Resultat: Studien inkluderar 596 patienter och medelåldern är 74,6 år (24–97 år). Gruppen patienter före SVF är 339 st (57%) och gruppen SVF är 257 patienter (43%). CT urografi före cystoskopi genomfördes hos 350 patienter (59% i hela materialet) fördelade på 141 patienter (42%) i gruppen före SVF och 209 patienter (81%) efter införandet av SVF. Vid CT före cystoskopi fann man radiologiska tecken till urinblåsecancer hos 94 patienter före SVF varav 83% cystoskoperades och hos 170 patienter efter SVF varav 76% cystoskoperades. Andelen patienter som genomgick cystoskopi trots röntgenverifierad blåscancer skiljde sig inte mellan kön, åldersgrupper eller hos patienter med muskelinvasiv sjukdom före och efter SVF medan andelen minskade efter SVF för ej muskelinvasiv sjukdom.

Slutsats: I detta material hade knappt hälften av patienterna röntgenologiskt bekräftad blåscancer före cystoskopi. Trots detta genomfördes cystoskopi hos majoriteten av dessa patienter. SVF har bidragit till att andelen patienter som genomgått CT urografi före cystoskopi har ökat med 50% men trots detta kvarstår en hög andel onödiga cystoskopiundersökningar. Studiens svaghet är att antalet falskt positiva CT-undersökningar inte är känd och därmed vet vi inte hur stor andel patienter utan blåstumör som annars skulle anmälts för TURB i onödan.

Urologidagarna 2019

Västerås 2–4 oktober

sid. 18–56

Abstrakt 45:

Tidiga recidiv av NMIBC

– kan vi förebygga dem bättre än vi gör?

Pontus Andrén¹

¹Region Östergötland

Bakgrund: Icke muskelinvasiv urinblåsecancers (NMIBC) standardbehandling är transuretral resektion, turb, som alla urologer förväntas hantera. Patienter med NMIBC drabbas ofta av recidiv, frekvensen varierar mellan kliniker och operatörer. Syftet var att undersöka hur stor andel av nydiagnostiserade NMIBC som har recidiv vid första cystoskopikontrollen efter turb, +/- returb och tilläggsbehandling samt om möjligt identifiera förbättringspotential i omhändertagandet.

Design: Retrospektiv deskriptiv kohort.

Material & metod: Journalgranskning av alla förstagångs tur-b i region Östergötland år 2013–2016. Faktorer avseende klinik och patologi vid operationstillfället och första uppföljningen registrerades.

Resultat: 479 patienter diagnostiserades, 353 hade NMIBC, 314 inkluderades. 117 patienter hade T1, 186 Ta och 9 LMP. Detrusor fanns i 72,9% av preparaten, 18,1% saknade information om det i PAD och 9% saknade detrusor. 5% fick engångsdos mitomycin postoperativt. 122 returb utfördes, 39,3% hade residualtumör, 30,8% vid primär turb av ST mot 44,8% av specialist (p 0,13). 18% uppgraderades histologiskt. 82,5% av högriskpatienter fick BCG/Mitomycin installationer adjuvant. 22,2% av patienter som ej genomgick returb hade recidiv vid 1:a cystoskopikontrollen, 31,4% om ST-läkare opererat, 16,3% av specialist (p 0,015). 28,9% av NMIBC patienter hade recidiv vid första cystoskopikontrollen eller residualtumör vid returb. Patienter som genomgått returb +/- BCG/Mitomycin hade 20,5% recidiv vid 1:a cystoskopikontroll, 33,3% av de med residualtumör, 12,1% utan (p 0,0046). 2/3 av alla recidiv återfanns på primärlokalisering.

Slutsats: Hög andel tidiga recidiv samt residualtumör och hög andel recidiv på ursprungslokalisering tyder på bristande operationsteknik. Förbättrade svarsrutiner på PAD önskvärt och infört. Mitomycin ges för sällan postoperativt. Detta arbete har identifierat flertal områden att förbättra på kliniken.





VÄXLA SPÅR FÖR BPH

2011, i SBU-rapporten om BPH, konstaterades att TUMT är en minimalinvasiv och poliklinisk behandling som ger ett acceptabelt resultat och det diskuterades att polikliniska och minimalinvasiva metoder kunde vara lämpliga att positionera mellan läkemedelsbehandling och kirurgiska metoder.¹

”TUMT är en väletablerad och evidensbaserad minimalinvasiv behandling som lämpar sig väl för öppen specialistvård.”

- Specialitetsrådet i SLL, 2018.²



Om fler växlar spår i BPH-sjukvården frigörs resurser till mer BPH-behandlingar/annan urologivård!

Om TUMT görs till standardbehandling istället för TURP:

- Flaskhalsresurser såsom operationssalar, operationsplatser och vårdplatser kan användas till annan vård
- 2-3 gånger så många BPH-patienter skulle kunna behandlas på samma tid jämfört med idag alternativt
- Lika många skulle kunna behandlas och mycket tid kan frigöras för annan urologisk vård



www.coretherm.se



046 - 12 09 08



info@prostalund.com



ProstaLund är ett svenskt medicintekniskt bolag, ledande inom utveckling av innovativa produkter och behandlingar inom urologi. ProstaLund har patenterat CoreTherm®, en individanpassad värmebehandling av godartad prostataförstoring (Benign Prostatahyperplasi – BPH).

Ingår i
läkemedels-
förmånerna

CABOMETYX[®]

(cabozantinib) tablets

60 mg | 40 mg | 20 mg

CABOMETYX[®] är den första och enda behandling med signifikant bevisad effekt på PFS, OS samt ORR vid mRCC efter tidigare VEGF-riktad behandling^{*,1,2}

Nu godkänd i första linjen!
För intermediär eller dålig riskprognos^{1,3}

*Cabometyx vs everolimus:
Progressionsfri överlevnad (PFS). 7,4 vs 3,9 m. P=0,0001.
Total överlevnad (OS). 21,4 vs 16,5 m. P=0,0003.
Objektiv responsfrekvens (ORR). 24 vs 4%. P=0,0001.

1. Cabometyx fass.se/produktresumé. 2. Choueiri TK, et al. Lancet Oncol 2016;17:917-27. 3. Choueiri TK, Halabi S, Sanford BL, et al. Cabozantinib versus sunitinib as initial targeted therapy for patients with metastatic renal cell carcinoma of poor or intermediate risk: The Alliance A031203 CABOSUN trial. J Clin Oncol. 2017;35(6):591-7.

Cabometyx (cabozantinib) 20 mg, 40 mg och 60 mg, filmdragerade tabletter är ett cytostatikum, proteinkinashämmare (ATC-kod: L01XE26). **Indikation:** För behandling av avancerad njurcancer (Renal Cell Carcinoma, RCC) hos behandlingsnaiva vuxna med intermediär eller dålig prognos eller hos vuxna efter tidigare vaskulär endotel tillväxtfaktor (VEGF)-riktad behandling. Som monoterapi för behandling av hepatocellulär cancer (Hepatocellular Carcinoma, HCC) hos vuxna som tidigare behandlats med sorafenib. Behandling med Cabometyx ska sättas in av en läkare med erfarenhet av administrering av läkemedel mot cancer. **Varningar:** Eftersom de flesta biverkningar kan inträffa tidigt under behandlingen, bör läkaren övervaka patienten noga under de första åtta veckorna av behandlingen för att avgöra om det krävs några dosändringar. Avvikelse i leverfunktionstester har ofta observerats vid behandling med cabozantinib, leverfunktionstester rekommenderas innan och under behandlingen. Patienter ska övervakas angående tecken och symtom på hepatisk encefalopati. Allvarliga gastrointestinala perforeringar och fistlar, ibland med dödlig utgång, har observerats med cabozantinib. Patienter som har inflammatorisk tarmsjukdom, har gastrointestinal tumörintfiltration eller har komplikationer från tidigare gastrointestinal kirurgi bör utvärderas noggrant före insättning av behandling med cabozantinib. Vid GI-biverkningar bör snabb medicinsk hantering, med stödjande vård, sättas in för att förhindra uttorkning, obalans i elektrolyterna och viktnedgång. Fall av venös tromboembolism, inklusive lungembolism, och arteriell tromboembolism har observerats. Cabozantinib bör användas med försiktighet till patienter som löper risk för eller som tidigare har haft något av detta. Svår blödning har observerats med cabozantinib. Patienter som har haft svåra blödningar måste utredas noggrant innan behandling med cabozantinib inleds. Trombocytopeni och minskat antal blodplättar har rapporterats. Nivån på blodplättar bör övervakas under behandlingen och dosen av cabozantinib anpassas. Särskilda komplikationer har observerats med cabozantinib. Om möjligt ska behandling med cabozantinib avbrytas minst 28 dagar före en planerad operation, inklusive tandkirurgiska ingrepp. Hypertoni har observerats med cabozantinib. Blodtrycket ska vara välkontrollerat före insättning av cabozantinib och under behandlingen ska alla patienter kontrolleras med avseende på hypertoni och vid behov få blodtryckssänkande behandling. Palmar-plantar erytrodysestesi (PPES) har observerats med cabozantinib. Vid allvarlig PPES bör man överväga att avbryta behandlingen med cabozantinib. Proteinuri har observerats med cabozantinib. Urinprotein bör kontrolleras regelbundet under behandling med cabozantinib. Reversibelt posteriort leukoencefalopatisyndrom (RPLS), även benämnt posteriort reversibelt encefalopatisyndrom (PRES), har observerats med cabozantinib. Detta syndrom bör beaktas för alla patienter med multipla symtom, inklusive krampfall, huvudvärk, synstörningar, förvirring eller förändrad mental funktion. Cabozantinib bör användas med försiktighet till patienter som tidigare har haft förlängt QT-intervall, patienter som behandlas med antiarytmika och patienter med relevant tidigare hjärtsjukdom, bradykardi eller störningar i elektrolytbalansen. Ökad förekomst av elektrolytavvikelser har förknippats med cabozantinib, övervakning av biokemiska parametrar rekommenderas under behandlingen. Försiktighet krävs vid samtidig administrering av cabozantinib och starka CYP3A4-hämmare. Cabozantinib kan potentiellt öka plasmakoncentrationerna av samtidigt administrerade substrat av P-gp. Patienter ska varnas för att ta ett P-gp-substrat samtidigt med cabozantinib. Försiktighet bör iaktas vid samtidig användning av MRP2-hämmare. Interaktion med warfarin kan vara möjlig. INR-värdet bör övervakas vid samtidig användning. Fertila kvinnor som tar cabozantinib och kvinnliga partners till manliga patienter som tar cabozantinib måste undvika graviditet. Effektiva preventivmetoder bör användas av både manliga och kvinnliga patienter och deras partners under behandling och i minst 4 månader efter avslutad behandling. Cabometyx är receptbelagd. F.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning. Detta kommer att göra det möjligt att snabbt identifiera ny säkerhetsinformation. Hälso- och sjukvårdspersonal uppmanas att rapportera varje misstänkt biverkning. Texten är baserad på produktresumé daterad: 2018-11-12. För ytterligare information samt priser se www.fass.se.

Institut Produits Synthèse (IPSEN) AB, Färögatan 33, 164 51 Kista



Stipendieresa till årets NUF-kongress på Island

Tack vare ett stipendium från RSU hade jag möjlighet att delta i NUF-kongressen 2019 i Reykjavik. Det var en väldigt bra och givande kongress. Island är ett fantastiskt land, både med sin unika natur, dess välkomnande och trevliga människor och deras goda mat. Till och med vackert väder lyckades de bjuda på, solen sken varje dag.

På onsdagskvällen anordnades en Welcome Reception med smittor och bubbel samt underhållning. Komikern Ari Eldjarn skämtade om olikheterna i de nordiska länderna och fick alla att

skratta hejdlöst. Torsdagsprogrammet bjöd på flera intressanta föredrag. Efter öppningsceremonin var det en gemensam session om prostatacancer. Bland annat pratade professor Per-Anders Abrahamsson om PSA-screening, som om det ska göras, bör ske organiserat. 293 män behöver screenas för att hitta 12 behandlingskrävande prostatacancer och för att spara ett liv. Det som jag främst bar med mig från den sessionen var föredraget om antibiotikaproylax i samband med prostatabiopsier. Enligt riktlinjer från EAU bör man helst inte använda Ciprofloxacin eftersom



Den isländska organisationskommittén.

resistensutvecklingen är hög och biverkningar kan vara svåra. Det finns dock inga klara riktlinjer med vad som ska ges istället. Det har gjorts olika studier och fler studier behöver göras, även på högriskpatienter som normalt sett exkluderas från studier. Däremot rekommenderas rektal rengöring med en stor kompress doppad i en jodlösning som förs in i rectum före biopsin. Jod i kombination med antibiotikaproylax, minskar risken för infektion, jämfört med om bara antibiotikaproylax ges.

En annan session handlade om funktionell urologi med tonvikt på infektioner. Bland annat om återkommande urinvägsinfektioner hos kvinnor, vilka kan vara svåra att komma tillrätta med. Många gånger fungerar det bra med långtidsproylax i sex månader, men tyvärr får många tillbaka infektionerna när de slutar med antibiotika. Andra alternativ som kan fungera för vissa är antibiotika i samband med samlag, probiotika, tranbär, surgörande läkemedel, lokalt östrogen för kvinnor i klimakteriet eller instillationer som stärker Gag-lagret i urinblåsans slemhinna. NSAID kan vara värt att prova innan antibiotika sätts in. Det finns också en del örtbaserade receptfria tabletter på apotek och hälsokost som kan hjälpa i vissa fall.

Ulf Håkansson höll två intressanta föredrag. Ett handlade om vikten av att känna till vilka anatomiska fallgropar kirurgen riskerar att hamna i vid operationer i buk och bäcken. Efter föredraget kom flera urologer fram till honom och önskade att han skulle

komma och handleda dem. Det andra föredraget handlade om penoscrotal anatomi och kirurgi. Bland annat redovisade han fantastiska resultat med sclerosering av hydrocelen och spermatocele istället för öppna operationer. Vanligtvis behövs två och i några fall tre behandlingar med sex till åtta veckors mellanrum för att bota över 95% av fallen. Dessa resultat är jämförbara med öppna operationer. Fördelarna är många = signifikant mindre komplikationsrisk, det gör inte så ont i efterförloppet och sjukskrivning behövs inte, operationssalarna kan utnyttjas till annan kirurgi.

Professor Alexander Giwercman berättade att män med dålig spermie kvalitet (10–15% av alla män) löper större risk att drabbas av exempelvis metabola sjukdomar och depressioner samt att dö i förtid. Ju sämre spermier desto tidigare dör de. Män med lågt testosteron (<8) har också sämre spermie kvalitet och dör tidigare. Dessutom har de en ökad risk att få inflammatoriska och kardiovaskulära sjukdomar, metabolt syndrom, typ-2-diabetes och osteoporos, fast det är inte helt klarlagt vad som är hönan eller ägget.

Han visade även en intressant kurva som jämförde mäns och kvinnors produktion av testosteron och östrogen. I tonåren stiger så klart produktionen av testosteron hos killar och östrogen hos flickor markant. Samtidigt producerar killarna en del östrogen och flickorna en mindre mängd testosteron. I femtioårsåldern



Karin Stenzelius, Matilda Fagerberg, Jenny Wanegårdh, Annica Löfgren, Anna-Karin Lind och Suzy Lindberg i kongresshallen.

sjunker kvinnornas östrogennivå så mycket att den till och med blir lägre än männens nivå av östrogen.

På fredagskvällen deltog vi i kongressmiddagen som hölls i "den gamla bio" i centrala Reykjavik. Efter en god middag med många tal blev det dans till ett lokalt band med bland annat Selma Björnsdóttir som kom tvåa i Eurovision Song Contest 1999. Efter dansen gick vi upp på taket och svalkade oss. Där fanns en pub med vidunderlig utsikt. Midnattssolen gjorde att man glömde tiden fullständigt. Som tur var började inte programmet förrän klockan 09:00 dagen efter. Lördagen som var den sista programdagen innehöll tre intressanta patientfall varav två fall med testikelnekros efter öppna operationer av hydrocele. En av dem gällde en tidigare helt frisk icke rökande 22-årig kille. Han fick en postoperativ blödning och blev sedan opererad totalt sex gånger och låg inlagd i sammanlagt tolv dagar. Han fick testikel- och epididymisnekros på vänster sida och även azoospermi. Med hjälp av ICSI har han som tur var lyckats bli pappa senare.

Jag har varit på Island tidigare och åkte inte iväg på någon sightseeing, däremot gjorde vi ett besök på penismuséet. Där fanns penisar i alla storlekar (från näbbmus till kaskelotval). Idén till muséet kom från en man som av någon anledning blev tilldelad diverse penisar från slaktade djur. Det började som ett skämt så klart, men med tiden blev samlingen stor och intresset väcktes att samla fler.

EVA BROSTRÖM

Sjuksköterska

Urologi och Gastro Center Skåne



Dr Ulf Håkansson bredvid en penis från en kaskelotval, på penismuséet.

Fonden mot prostatacancer delar kontinuerligt ut stipendier för kompetensutveckling till vårdpersonal och patientföreträdare inom svensk prostatacancervård

Sök stipendium

Stipendier kan sökas året om och avser deltagande i kurser och konferenser där forskningsrön och behandlingsmetoder presenteras. Tanken är att bidra till att snabbt föra ut forskningsresultat till berörd personal för att på så vis förbättra vården av patienter med prostatacancer - och därmed höja livskvaliteten för dem och deras anhöriga. En prioriterad målgrupp är de yrkesgrupper som befinner sig nära patienten i vården såsom sjuksköterskor och uroterapeuter.

http://www.prostatacancerforbundet.se/sok_stipendium_information

Kontakt vid administrativa frågor gällande stipendier:

Tiina Hallberg, administratör | 08-655 44 39 | tiina@prostatacancerforbundet.se

 **PROSTATACANCER
FÖRBUNDET**



AS ACTIVE



AS YOU ARE



Behåll kontrollen över urinläckage med TENA Men Active Fit Pants. De följer varje rörelse du gör, har diskret passform och en Secure Absorption Zone fram för extra trygghet.

Beställ ett gratis prov på tenamen.se.



NUF-möte i Reykjavík

Nordisk Urologisk Förening har sin kongress vartannat år. Evenetet roterar mellan de fem nordiska länderna. Det senaste tillfället var 2017 i Odense, och varje år som slutar på nio är kongressen i Reykjavík. Självklart hade vi sett fram emot att få åka dit och nu var det äntligen dags. Och så landar vi då på Keflavík. Flera av oss hade varit på Island tidigare och den ön har gjort sig känd för att, kan man väl säga, allt som oftast bjuda på riktigt taskigt väder. Med det menar vi konstant vågrätt regnande och solen kan man endast se på Island om man åker upp i ett flygplan någon halv mil upp i luften. Så skulle det inte bli denna gång. Redan vid ankomsten till Keflavík var det strålende sol, det blåste en hel del men det skulle komma att mojna allt eftersom dagarna gick. Bussresan in till Reykjavík tog bara någon knapp timma och sedan var det dags att installera sig på hotellet och avnjuta en lunch. Därefter var det hög tid att registrera sig till kongressen som bara låg på promenadvstånd från där vi bodde. Efter det var det planerat en välkomstmot-

tagning. Den ägde rum i Iðnó, huset som Reykjavík teatersällskap använde i flera årtionden, eller fram till att ett nytt pampigt Teaterhus invigdes i oktober 1989.

Det bjöds på vin och öl. I salen fanns en generös scen på vilken vi fick se fantastiskt fina uppträdande av en månghövdad manskör (Karlakórinn Fóstbræður) som bland annat sjöng "Uti vår hage". Vi fick också se en isländsk komiker, Ari Eldjárn, som helt enkelt var fantastiskt rolig. Han anspelade på det olika nordiska ländernas särart och en av höjdpunkterna var när han presenterade de höga bergen i Danmark. Han garanterade att på det högsta berget i Danmark är det helt riskfritt att parkera en bil på toppen utan att ha handbromsen åtdragen och utan att ha någon växel ilagd.

Kongressmiddagen äger alltid rum på fredagskvällen och denna aften var det ju då alltså inget undantag. Den gick av stapeln i Gamla bió. Många fina tal, mycket god mat, förtärligt vin och sedan blev det ett hejdundrande uppträdande av två tjejer som sjöng singback till en väldig massa kända schlagerlåtar. Publiken sjöng med

och dansade till hjärtans lust ända tills klockan blev ganska så mycket.

Nyheter om kinoloner och behandling av infektioner

Under konferensen presenterades från IDSA (Infectious Diseases Society of America) guidelines om vilka vi ska behandla för asymtomatisk bakteriuri: 1. Gravida kvinnor. 2. Patienter som genomgår endo-urologiska operationer. Vi ska inte behandla äldre patienter med delirium eller de med fallskada. Det ökar risken för *Chlostridium Difficile* och resistensökning där risken överstiger nyttan. Enligt en översiktsartikel har det påvisats att 6-12 månaders antibiotika ger en minskad risk för återfall och förebygger återkommande urinvägsinfektioner hos icke gravida kvinnor (stor meta analys: RR=0.15, 95% CI 0.08-0.25, NNT=2).

Ciprofloxacin är numera förvisad från receptblocket enligt samma presentation, där man påvisar att det ger ökat resistensmönster. Vilket också har presenterats i en tidning från Läkemedelskommittén i Västra Götaland, Substans Nr 3 Juni 2019, där man ser att resistensnivån närmar sig 20% i VGR, som bland annat beror på överanvändning vid lindrigare infektioner bland annat cystit. I dec 2018 kom det även en ny varning från företrädare för läkemedelsföretag som saluför kinoloner i samråd med European Medical agency och Läkemedelsverket, om ökad risk för aortadissektion, speciellt hos äldre med hjärt- och kärlsjukdom. Även tendinitis med achilles ruptur samt perifer neuropati och CNS effekter, ibland irreveribla, kan uppstå i samband med intag av Ciprofloxacin. Bland annat ska man inte behandla icke-bakteriell (kronisk) prostatit eller okomplicerad cystit. Det är därför viktigt att använda annan antibiotika om möjligt, Ciprofloxacin ska endast användas om det är absolut nödvändigt eller om det inte finns någon annan behandling, vilket vi alla bör beakta.



Konferensbyggnaden i Reykjavík "Harpa".

Foto: Anders Andreasson

Abstracts och trender inom stenkirurgi

Vi gick såklart på flertalet föreläsningar och här följer ett axplock av abstracts som vi med glädje och intresse avnjöt;

Marianne Bremer från Sverige föreläste om trender i endourologi där det rapporterades att stensjukdom är en ökande sjukdom i våra nordiska länder och prevalensen är över 10% i länder med hög levnadsstandard så som Sverige och USA. Det finns en koppling mellan det metabola syndromet och njurstenssjukdom. Trender avseende behandling i Sverige är att antalet uretäroskopier, PCNL och RIRS ökar medan antalet ESWL ligger kvar på samma nivå jämfört med 2008. Även vad gäller europeiska guidelines så har det skett en glidning i rekommendationer mot mer skopier på bekostnad av ESWL, trots att det i princip helt saknas randomiserade studier som stödjer detta. Det har de senaste åren skett en utveckling av teknologin med finare instrument, mindre instrument, mer digital teknik och mer avancerade laserutrustning, men ännu har inga studier påvisat någon fördel med dessa teknologiska utvecklingar.

Erik Sagen från Sverige rapporterade i sitt abstract att TURP hos 354 män ifrån Sverige i standardrutin var ett säkert ingrepp med låg incidens av svåra komplikationer. TUR-syndrom är väldigt ovanligt och inom fem år är det en liten grupp av dessa män som behöver ny transuretral avflödesfrämjande kirurgi.

Doktor Bliucukis från Danmark rapporterade i sitt abstract avseende Rezum (vatten/ånga/värme-terapi) att denna minimalinvasiva terapin ger effektiv symtomlindring och ökad livskvalitet hos patienter med medel till svåra LUTS-besvär hos BPH-patienter. Detta är något som kan göras i en öppenvårdsmiljö med lokalanestesi.

Doktor Mäki-Lohiluoma från Finland vann pris för bästa abstract efter sin genomgång av 772 hydrocele-operationer i Helsingfors mellan 2011 och 2017. Det visade sig att så många som 23,8% av alla dessa patienter fick söka akut p.g.a. komplikationer så som blödning och infektion. Glädjande nog för oss mer juniora läkare visade det sig att det var klart högre risk att drabbas av komplikation om man var opererad av specialist jämfört med ST-läkare.

Anders Andreasson från Sverige framförde en briljant fallrapport om främmande kroppar i urinblåsa i sitt abstract "how to handle the candle" där man hade extraherat ett stearinljus från en urinblåsa transuretralt. De rekommendationer som lyder vid främmande kroppar är att de skall alltid försöka tas ut transuretralt men om detta misslyckas bör öppen kirurgi tillämpas.

Fredrik Liedberg från Sverige rapporterade i sitt abstract ett stöd för ökad centralisering av radikala cystektomier vid urinblåsecancer.

Doktor Sörenby från Skåne beskrev deras erfarenheter från robotkirurgisk nefrouretärektomi vid urotelial cancer i njurbäcken eller övre uretär och det visade sig vara en säker operationsmetod med låg risk för stora komplikationer.

Doktor Haenstrup Naera från Herlev i Danmark rapporterade ett abstract avseende njurcancer och hur denna sjukdom kommer öka i både incidens och prevalens fram till år 2060. Dessutom ökar befolkningen i våra nordiska länder vilket kommer leda till en allt större belastning på sjukvården från njurcancersjukdom.

Ännu ett abstract som fick pris var doktor Fisker Vedel från Aarhus som talade om kryo-ablation som verkar vara en effektiv behandling vid små njurtumörer. Det var låga återfallsnivåer och litet antal cancerspecifika dödsfall med en femårig sjukdomsfri överlevnad på 79%.

Rasmus Jakobsson från Skövde fick dubbelt upp rapportera Lundstam och Svenssons ovanliga fallrapporter som handlade dels om MEST (mixed epithelial and stromal tumor) i njure och även om bilateral CCPRCC (clear cell papillary renal cell carcinoma).

Jakob Kristian Jakobsen från Aarhus visade med sin poster att penis cancer hos danska män som genomgått penisamputation hade en närvaro av HPV (humant papillom virus) vid alla stadier och grader av sjukdomen. HPV påvisades hos 51% av alla fall med en trend mot mer påvisad HPV vid högre grad av sjukdom. Den dominerande subtypen av HPV var 16 i denna kohorten.

Mehbod Mansooris poster handlade om retrospektiv genomgång av 87 patienter som genomgått lymfkörtelutrymning

vid prostatektomi. Det är fortfarande tveksamt om lymfkörtelutrymning vid prostatacancer har någon effekt. Randomiserade prospektiva studier behövs.

Walter Cazzanigas abstract var en fallkontrollstudie för att undersöka om brandmän har en högre risk än gemene man för att få prostatacancer. Resultaten påvisade att den tidigare misstanken om att brandmän skulle ha högre risk för prostatacancer handlar snarare om detektions bias p.g.a. brandmännens frekventa hälsokontroller med mer PSA-tester än kontrollerna.

Gregorz Lukasz Fojeckis abstract om realtids MRI-guidade TRUL-biopsier mot kognitivt fusionerade MRI-guidade TRUL-biopsier menade att realtids fusionerade MRI-guidade biopsier är bättre på att detektera signifikant prostatacancer. Båda åtgärderna är komplexa och tidskrävande. Realtids fusion kräver även omfattande investering i ny utrustning.

Golden Circle

Förutom möjligheten att få vältra sig över det buffébord av nordisk urologi som erbjöds på Island, fanns det även tid till att se och uppleva ett smakprov av landet med dess fantastiska natur. Det anordnades således en rad olika utflykter av arrangörerna och vi valde att åka på en utflykt som kallas "The Golden Circle". Färden var cirka 30 mil och vädret bjöd på klarblå himmel och solsken. Det första stoppet under färden var i nationalparken Þingvellir. Ett område som andas historia och inte bara är plats för världens första parlament (Alltinget) och Islands största sjö Þingvallavatn, utan även är platsen där den mittatlantiska ryggen befinner sig och där kontinentalplattorna möts. Även flera scener från vår favoritserie "Game of Thrones" har spelats in här bl.a. scenen där Hunden får sin potentiella dödsstöt av Arya Stark, något som alla såklart vet att han ändå mirakulöst återhämtar sig ifrån.

Det andra stoppet var vid Islands största vattenfall, Gullfoss, vars enorma vattenmassor faller i två etapper, först 11 meter, sedan 21 meter ner. I skinande sol och en brisande vind var det oundvikligt att häpnna och känna vördnad inför naturen. Sist men inte minst, begav vi oss till den geotermiskt aktiva dalen Haukadalur för att

se gejsrar. Vi skådade Geysir, gejsern med stort G som i själva verket gett upphov till namnet för sprutande varma källor. Det var dock gejsrer Strokkur som stod för den mest spektakulära showen med dess 15–40 meter höga vattenpelare.

På bussresan tillbaka till Reykjavík efter denna dagsutflykt, kunde nog de flesta konstatera att det förvisso enbart var ett smakprov av vad Island har att erbjuda, men känslan av respekt och storslagenhet var påtaglig.

Seminarium om SPCG-studierna

Ny ordförande i SPCG-styrelsen är Prof Klaus Brasso som startade denna session och introducerade både den nya hemsidan och gjorde reklam för möjligheten att söka pengar från SPCG för initieringsbidrag för studier, yngre forskare premieras (spcg.se).

Prof Anna Bill-Axelsson presenterade resultaten från den i Lancet nyligen publicerade 29-års uppföljningen av SPCG-4.

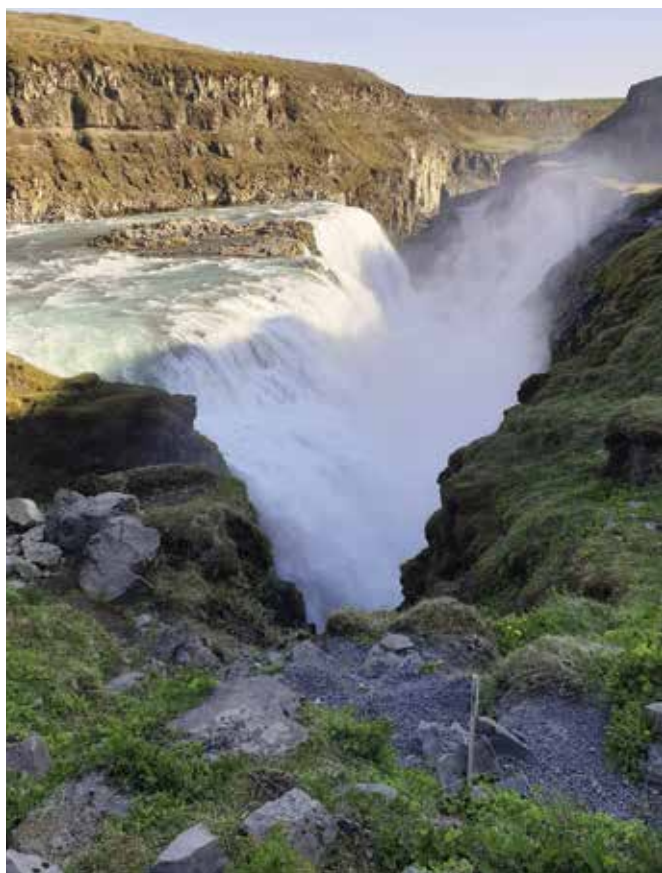
Studien randomiserade 347 patienter med kliniskt nyupptäckt prostatacancer till antingen radikal prostatektomi eller ”watchful waiting” (aktiv expektans; dvs. endast kastrationsbehandling vid symptomatisk progress). Operation ger i medeltal 2,9 år längre livslängd, motsvarande en relativ risk för cancerspecifik död på 0,55 (95% konfidensintervall [CI], 0,41 till 0,74; $P < 0,001$)

Därefter presenterades SPCG-12, -13 och -14 som i tre olika randomiserade kliniska studier testat tillägget av docetaxel vid prostatacancer (högrisk). Primärt utfall var PSA-progress (progressionsfri överlevnad; PFS), efter adjuvant behandling till operation (SPCG-12), strålbehandling (SPCG-13) eller som tillägg till bicalutamid 150 mg vid PSA-stegring efter kurativt syftande behandling.

SPCG-12 studien har nyligen blivit publicerad i European Urology och visar inte någon signifikant vinst med 6-cykler docetaxel direkt efter radikal prostatekto-

mi. Inte heller SPCG-13 visar någon behandlingsvinst med att lägga till 6-cykler med docetaxel efter strålbehandling. Det bör tilläggas att andelen män som gick i progress i SPCG-13 var färre än förväntat (30% på cirka sex år).

Bitr. universitetslektor Andreas Josefsson presenterade de preliminära data från första analysen i SPCG-14 där 349 män randomiserades till bicalutamid 150 mg per dag eller bicalutamid 150 mg i kombination med upp till 10-cykler docetaxel. Den stora majoriteten (89%) hade tidigare fått kurativt syftande behandling (övrige 11% inkluderades för lokalt avancerad tumör som inte var aktuella för kurativt syftande behandling). PFS i kombinationsarmen var längre än i armen utan docetaxel. Nuvarande uppföljning är i median 2,4 år. Hazard ration (HR) för progression var 0,66 (95% CI 0,46–0,96; $P = 0,029$) till förmån för kombinationsarmen, känslighetsanalys av resultaten visar på att denna



Gullfoss.

Foto: Anders Andreasson



Geysir Strokkur i Haukadalur.

Foto: Anders Andreasson

behandlingsvinst enbart sågs hos män som hade en PSA-dubblingstid under sex månader vid inklusion (stratifieringsvariabel vid inklusion). Trots att det är tidigt att utvärdera total överlevnad är det intressant att se att HR var 0,54 till förmån för kombinationsarmen (95% CI 0,26–1,1; $P=0,09$)

Prof Olof Akre presenterade SPCG-15, som fortfarande är mitt i inklusionen; där randomiseras nyligen diagnostiserad prostatacancer patienter med T3, M0, N0, Histologiskt Gleason grad 4 mönster, PSA<100ng/ml och yngre än 76 år antingen till strålningen eller operation. Denna synnerligen viktiga studie planerar att inkludera 1 200 patienter med cancerspecifik överlevnad som primärt utfallsmått.

Den sista studien som presenterades under denna session var SPCG-17, som är i full gång att inkludera. Prof Anna Bill Axelsson gick igenom denna studie som ska inkludera 2 000 män som ställs på aktiv monitorering och poängterade att i stort sett alla män med lågrisk eller gynnsamma intermediärrisk prostatacancer bör utvärderas för inklusion i denna viktiga studie. Männen följs upp i ett protokoll men lottas till förutbestämda "triggers" eller till kliniken "egna triggers" vid byte till kurativ behandling.

Seminarier om komplikationer vid olika urologiska operationer

Nordisk Urologisk Förening har flera samarbetsgrupper. En av dem är samarbetsgruppen för rekonstruktiv urologisk kirurgi och det gänget består av två ledamöter från varje nordiskt land, inalles alltså tio personer. Gruppen har som uppgift att förkovra sig inom området, bedriva studier som omfattar rekonstruktionskirurgi samt att hålla kurser inom området. Sådana kurser kan hållas lite då och då men ofta i samband med kongresser som den vi nu varit på.

Detta år beslöt vi oss för att avhandla området komplikationer till urologisk kirurgi, lite liknande det som vi anordnade för åtta år sedan på NUF i Tammerfors, men med ett något annorlunda upplägg. Under det gångna året hade vi träffats flera gånger och snickrat ihop fyra stycken seminarier om olika sorters komplikationer och de två första gick av stapeln på fredagen och de två andra på lördagsförmiddagen.



Ralph Peeker, Andreas Kercsik, Karin Braide, Andreas Josefsson, Teresa Ekerhult, Kimia Kohestani och Anders Andreasson
Foto: Yr Logadottir

Det första seminariet avhandlade iatrogena skador på urinvägarna vid exempelvis gynekologisk och kolorektal kirurgi. Det exemplifierades med olika sorters skador det presenterades incidenssiffror av skador vid sådan kirurgi. Vi fick två exempel på besvärliga skador, varav någon upptäckts tidigt och någon betydligt senare. Det som framförallt diskuterades var när och hur sådana här skador skall upptäckas och åtgärdas.

Det andra seminariet handlade om komplikationer efter insättande av konstgjord slutmuskel.

Det ena fallet gällde en patient som fick opereras vid några tillfällen på grund av sviktande funktioner av AMS 800. Varje gång med lika gott resultat. Vid ett tillfälle dök patienten upp med en slang nästan eroderad ut genom huden i lumsken och han blev då opererad akut varvid slangen kunde internaliseras och systemet fungerade väl sedan.

Det andra var ett fall som också reviderades på grund av malfunktion, denna gång med en komplikation i form utav ett stort hematom. Man försökte att behandla hematomet konservativt men tyvärr eroderade en av slangarna på laterala sidan av pungen, vilket nödvändiggjorde explantation av hela systemet.

På lördagen diskuterades komplikationer efter robotassisterad laparoskopisk radikal prostatektomi (RALP). Två fall presenterades. Det ena var ett fall med en svår tarmskada efter RALP och det diskuterades hur man lämpligen snabbt ska känna igen en sådan skada och intervensera. Olika sorters bakomliggande faktorer till tarmskada diskuterades också. Det andra fallet rörde en patient där saker ting hade gått som på räls efter RALP, till att börja med, men när han kom till mottagningen för att dra katetern blev det stopp. En ny kateter sattes men det skulle sedermera visa sig att den katetern hamnade bakom urinblåsan och fungerade inte alls. Det presenteras då hur man till slut gick tillväga. Katetern vill inte stanna kvar i blåsan på rätt ställe men man löste problemet genom samarbete med radiolog och lyckades till slut med att få in katetern på plats och fixera den perkutant. Efter detta så fungerade allting väl för patienten.

Det avslutande seminariet handlade om komplikationer efter skrotal kirurgi och det mest beklagansvärda fallet som presenterades var en man på bara något över 20 år som opererades för ett hydrocele. Det komplicerades med ett hematom som reopererades men det blödde igen och han fick reopereras på nytt. Allting



Utsikt från Esja. Foto: Anders Andreasson

blev bara förskräckligare och förskräckligare och det slutade med att han blev av med testikeln på den opererade sidan.

Från dessa fyra seminarier presenterades ett flertal Take Home Messages. För att undvika iatrogena skador diskuterades fördelen av preoperativ stentning. Man kom överens om att det inte helt säkert vaccinerade mot risken att få en sådan skada men det underlättade skadeidentifikation. Det diskuterades också vid vilka tillfällen man ska operera akut respektive när man ska satsa på sekundär rekonstruktion. Självklart är det bästa att göra vid problemet direkt men om det gått flera veckor var de flesta överens om att man istället skulle avvakta och istället satsa på sekundär rekonstruktion. Särskilt gäller då detta efter fistelutveckling.

När det gäller komplikationer efter RALP framkom flera viktiga budskap. Ett är att vara väldigt aktiv med relaparotomi vid misstanke på tarmskada och det andra budskapet var att man ska inte vara så snabb att välja att ta ner anastomosen om den har släppt utan istället satsa på att få till en bra avlastning och detta kanske med hjälp av röntgenläkare.

Huvudbudskapet när det gäller implantatsvikt var att om man får problem med malfunktion eller om man behöver

deaktivera systemet i samband med annan operation så bör man kontakta någon som verkligen har stor erfarenhet av AMS800.

Ett annat viktigt budskap var att man bör remittera patienter snarast om någon eller några av komponenterna eroderat in i urinvägen eller ut mot omvärlden för explantation inom någon vecka och det framkom också ett mycket viktigt budskap att vid hotande erosion handlägga fallet mer eller mindre akut.

När det gäller svåra komplikationer efter skrotal kirurgi så skall vi inte längre komma med några hittepågrejer om att det är väldigt sällsynt med komplikationer. I själva verket ligger risken för komplikationer snarare upp emot 20% vilket också underströks i ett kongressabstrakt från Östersund. Detta måste patienten informeras om innan han bestämmer sig för att genomgå ingreppet. Det slogs fast att det nog är dags att ta detta ingrepp på det allvar som det förtjänar och inte längre betrakta det här som man tidigare, nämligen ett helt okomplicerat och enkelt ingrepp som gärna kan överlätas åt yngste underläkaren med ringa erfarenhet av sådan kirurgi.

Ýr Logadottirs dag

Kongressen avslutades formellt vid lunchtid på lördagen men eftersom flera av oss var engagerade i programmet på lördagsförmiddagen, lät det sig inte göra att hinna med planet hem som gick vi elvatiden. Vi beslöt oss istället för att stanna kvar på Island ytterligare ett dygn. Det skulle visa sig att det var en mycket god idé. Vår isländska överläkare Ýr tog nämligen tag i hela projektet och utskisserade en helt fantastisk dag för oss. Först blev vi upphämtade av en kusin till Ýr, som i en minibuss (ett kort stopp i isländskt systembolag för färdkost) körde oss till sin gode vän Anna's mysiga hus i Mosfellssveit. Där fick vi avnjuta en klassisk isländsk lunch som sannerligen inte lämnade något i övrigt att önska. Mätta och belåtna hoppade vi på minibussen igen och blev körda till foten av Esja, ett berg som ligger några mil utanför Reykjavík. Detta berg fick vi sedan bestiga och utsikten där uppfifrån var sannerligen helt bedårande. Vädret nu på lördagen var om möjligt ännu bättre än de föregående dagarna. När vi sedan kom tillbaks ner till



Ýr (t.h) och hennes kusin.

Foto: Karin Braide

bergets fot stod det kall öl och väntade på oss. Efter det att vi slurkat i oss ölen blev det stopp i en gammal ullfabrik (Álafoss). Sedan bar det av till en badanläggning (Árbæjarlaugin) där vi kunde simma och mysa i varma kar. Vår favorit var det 44-gradiga badet som värmd gott i eftermiddagsblåsten. När det var färdigbadat så åktes det hem till Ýr's lillasyster där vi bjöds på vin och drinkar och öl i solens gass. Den avslutande programpunkten på lördagen var en jättemysig restaurang, Nauthóll, vid Nauthólsvík där en av många militärbaser under andra världskriget var. Vi fick avnjuta en flerrätters middag med goda viner. Faktum är att efter denna dag så förnam man inom sig en kombination av mättnad, lycka och trötthet och det var minsann inga problem att komma till söms den natten.

Vid pennan

ANDERS ANDREASSON
TERESA EKERHULT
ANDREAS JOSEFSSON
ANDREAS KERCSIK
ÝR LOGADOTTIR
RALPH PEEKER

Urologkliniken
Sahlgrenska US, Göteborg

Mitomycin medac BCG-medac

Behandlingsrekommendationer vid NMIBC (Non Muscle Invasive Bladder Cancer)

Nu finns senaste behandlingsrekommendationerna för cancer i urinblåsa och urinvägar i behändigt fickformat.

De två behandlingskortet utgår från Nationellt Vårdprogram och EAU-guidelines.

Finns att läsa och beställa på www.medac.se



Nationellt vårdprogram för cancer i urinblåsa och urinvägar

TaG1-G2 tumörer
Lågrisk
Intermedieär risk
Högrisk

Rekommendationer
Tidig endoskopi (TURBT) bör övervägas i anslutning till TURBT vid icke-muskelinvasiv blåscancer om inte kontrollcystoskopi föregår (v+v+). Patienter med låg risk för progression men med intermedieär till hög risk för återfall bör få adjuvant instillationsbehandling för att reducera risken för återfall (v+v+), där cytostatikabehandling och/eller BCG instillationer kan vara ett alternativ till instillationsbehandling. BCG-behandling (induktionsbehandling och underhållsinstillationer) i minst ett år för ges vid tumörer med intermedieär till hög risk för progression (TaG1, TaG2, TaG3+). I utvalda fall kan primär cystektomi vara ett val för icke-muskelinvasiv blåscancer med TaG3+ tumörer.

Behandlingsrekommendationer vid NMIBC (Non Muscle Invasive Bladder Cancer)

TNM	BETECKNING	RISK	EAU Guidelines 2019
Primär solitär TaG1 (PUN/LMP/LG) <3 cm, ingen CIS	NMIBC	Låg risk	Engångsinstillation (1 kemoterapi eller TURBT eller BCG i minst 1 år)
Övriga tumörer mellan kategori låg och hög risk	NMIBC	Intermedieär risk	Engångsinstillation + kemoterapi i högst 1 år
Någon av följande: T3 tumörer; G3(HG) tumörer eller tumörer/låg risk (samtliga villor måste uppfyllas)	NMIBC	Hög risk	BCG i minst 1 år
T1G3 och/eller reciderande T1G3; T1G3 med CIS i prostata; uretra, micropapillär variant av urotelialeit carcinom; uVI (lymfonodulär invasion)	NMIBC	Hög risk	BCG i minst 1 år eller cystektomi i högsta riskgrupp
BCG refraktära tumörer	NMIBC	Hög risk	Radikal cystektomi bör övervägas
T2-4	NMIBC	Hög risk	De som ej önskar eller som ej är lämpade för cystektomi; BCG i 3 år
M+ och/eller M+	NMIBC	Hög risk	Radikal cystektomi rekommenderas

Dosering BCG: 2-3 veckor efter TURBT eller biopsi i blåsa ges induktionsbehandling (1 beh./v i 6 veckor). Därefter 4 v uppehåll innan kontrollcystoskopi och underhållsbehandling. En behandlingscykel består av 1 instillation/månad i ett år. Underhållsinstillationer ges vid 3, 6, 12, 18, 24, 30 och 36 månader efter TURBT. Efter varje instillation ges 1 beh./v i 8 veckor. 4 v uppehåll innan kontrollcystoskopi. Därefter 1 gång/ månad i högst ett år. Kontrollcystoskopi som vid BCG-behandling.

Mitomycin medac, 40 mg, pulver och vätska till intravesikal lösning

Terapeutiska indikationer: Mitomycin medac är indicerat för intravesikal administrering för förebyggande av återfall av ytlig blåscancer efter transuretral resektion hos vuxna. **Förpackningar:** Mitomycin medac finns i en injektionsflaska av klarglas (typ I) med fluoropolymerbelagd brombutylgummiprop och en avrivar aluminiumförsäkring. Förpackningar med 1 injektionsflaska (50 ml), 1 PVC-påse på 40 ml med 0,9 % natriumkloridlösning, katetrar. Förpackningar med 4 injektionsflaskor (50 ml), 4 PVC-påsar på 40 ml med 0,9 % natriumkloridlösning, katetrar. Förpackningar med 5 injektionsflaskor (50 ml), 5 PVC-påsar på 40 ml med 0,9 % natriumkloridlösning, katetrar. Eventuellt kommer inte alla förpackningsstorlekar att marknadsföras. **ATC-kod:** L01DC03. **Pris, AUP:** 2371,85. **Översyn av produktresumé:** 01.04.2016.

BCG-medac (Bacillus Calmette-Guérin) bakteriestam RIVM derivat från stam 1173-P2, 2 x 10⁸ till 3 x 10⁹ levande enheter

Terapeutiska indikationer: Behandling av noninvasivt urotelialeit carcinom i urinblåsan: Kurativ behandling av carcinom in situ, Profylaktisk behandling av recidiv av: urotelialeit carcinom begränsat till mucosa: Ta G1-G2 om tumör är multifokal och/eller återkommande, Ta G3, urotelialeit carcinom i lamina propria men inte i blåsans muskulatur (T1), carcinom in situ. **Förpackningar:** Pulver och vätska till suspension, till intravesikal användning. Pulver i injektionsflaska och 50 ml lösningsmedel i PVC-påse. Förpackning om 3 instillationsset. **ATC-kod:** L03AX03. **Pris, AUP:** 4427,15. **Översyn av produktresumé:** 2015-08-01.

För ytterligare produktinformation hänvisas till www.fass.se

medac



UTFs ordförande Eva Westling hälsar välkommen till kongressen.

Arets kongress gick av stapeln i ett vårvackert Stockholm. Det var den 32:a kongressen och uppslutningen var god trots att kongressen var kortare än vanligt. Det var två trevliga dagar med mycket bra föreläsningar och en härlig kväll med båttur i Stockholms skärgård med fantastisk underhållning.

Vi har valt att referera från två av föreläsningarna - HBTQ och Kvinnlig könsstämpning. Båda dessa föreläsningar var mycket intressanta och klargörande om två svåra ämnen. Laila Thomsen och Anette Østergaard skriver om pilotprojekt om skoltoiletter i Århus och Malin Borgström om sitt forskningsprojekt - "Rätt behandling till rätt barn - behandlingsstrategier vid nattväta".

Det fanns förstås fler föredrag som är värda att ta del av för er som inte var med. Gå in på UTFs hemsida så hittar ni många av föreläsningarna där.



MARI DAHLBERG OCH SARA STRANDBERG

Uroterapeuter, Bäckebottencentrum Kirurgen SUS Malmö

HBTQ – En förkortning med bred innebörd

Kalle Norwald, Sexolog Kalle Norwald AB,
Socinom, terapeut och sexolog

H står för homosexualitet – förmågan att bli kär i/bli attraherad av en person av samma kön som en själv, **B** står för bisexualitet – förmågan att bli kär i/bli attraherad av kvinnor och män (jmf. pansexuell), **T** står för transperson – person som identifierar sig med det kön som är annat än deras nuvarande kropp för att beskriva sig själva, ett begrepp för att beskriva hur ens könsidentitet förhåller sig till ens kroppsliga gestalt och ens sociala omgivning och **Q** för Queer – ett ifrågasättande av samhällsnormer kopplat till kön och sexualitet. Transpersoner är ett paraplybegrepp och man vill byta till ordet könsdysforiker som man tycker är ett bättre begrepp eftersom det inte har med sexualitet att göra. Inför begreppen transperson och könsdysforiker är det viktigt att vi är ödmjuka, det är mycket vi inte vet. Vi ska inte fråga hur identifierar du dig? Utan låta personen själv berätta. Det finns många begrepp som vi inte känner till och det kommer nya. I vissa länder har man infört ett tredje kön och det utreds nu i Sverige om det är något vi ska införa. Queer innebär ett ifrågasättande av norm och identitet som kan innebära aktivism mot det normativa och normer ska inte begränsa ens liv. Det finns mycket information och kunskap om man går in på RFSUs och RFSLs hemsidor.

Kalle föreläste om begrepp, normer och hälsa/ohälsa. HBTQ är en mycket heterogen grupp men med en gemensam nämnare, att man bryter mot normer som har med kön att göra och som



Kalle Norwald håller ett intressant föredrag om HBTQ.

kan leda till psykisk, fysisk, social och sexuell ohälsa. Ett samhälle behöver normer men de som hamnar utanför mår ofta väldigt dåligt och det kan ge minoritetsstress, att man inte känner sig inkluderad. Heteronormen ger snäva normer om hur vi ska vara utifrån kön och sexualitet. Att hamna utanför heteronormen kan ge en känsla av utsatthet, man kan bli utsatt för fördomar, diskriminering, trakasserier, nedvärderande tilltal och hot om våld. Detta kan internaliseras så att det blir en del av personligheten. Det är svårt att förändra normer i ett samhälle, vi har sociala och rättsliga normer. De sociala normerna kan påverkas av lagändringar, exempel på det är lagen om barnaga och lagen om samtycke.

För oss som arbetar inom vården är det viktigt med självreflektion. Vad handlar om mig? Vad tycker jag om HBTQ? Att medvetandegöra detta och förstå att det finns personer som drar sig för att söka vård p.g.a. fördomar och tidigare erfarenheter av dåligt bemötande och okunskap. Det är viktigt att patienten inte hamnar i ett undervisningsläge, att hen slipper förklara och undervisa. Man vill bli bemött som alla andra. En bra fråga till patienten är: "Hur påverkar det dig i din vardag?" Om vi inte förstår så är det bättre att vi själva sedan söker upp information. En positiv signal kan vara att ha en regnbågsflagga i väntrummet.

Sexualitet är en del av oss och samtal om sex behöver normaliseras och ingå i anamnesupptagningen.

Kvinnlig könsstympning

Cecilia Berger, MD, PhD. Bitr överläkare

VO Kvinnosjukvård/Förlossning, Södersjukhuset

Könsstympning är en 3 000 år gammal tradition som uppkom innan världsreligionerna uppkom. 3 miljoner flickor könsstympas årligen och det finns över 200 miljoner kvinnor som är könsstympade i 30 olika länder. Det är olagligt i flera av dessa länder med det är svårt att lagstifta bort en 3 000 år gammal tradition. Det

pågår mycket arbete i länderna för att öka kunskapen och stoppa könsstympning.

Det förekommer fyra olika typer av könsstympningar enligt WHO:s definition. **Typ 1:** Förhuden runt klitoris tas bort, klitoris tar bort helt eller delvis. **Typ 2:** Klitoris skärs bort samt delar av eller hela de inre blygdläpparna. **Typ 3:** Alla yttre delar av könsorganen, dvs klitoris samt inre och yttre blygdläppar skärs bort. Därefter sys de yttre blygdläpparna ihop så att slidöppningen täcks. En liten öppning lämnas längst ner mot anus så att urin och menstruationsblod kan rinna ut. Denna typ kallas även infibulation eller faraonisk omskärelse. **Typ 4:** Prickning eller skärning på klitoris och/eller blygdläpparna. Ingrepp kan även göras genom att bränna klitoris och omgivande vävnad. Det förekommer även att vävnad skrapas bort eller att man skär runt slidmyrningen eller för in frätande ämnen i vagina i syfte att förorsaka blödning eller för att göra öppningen trängre.

Det förekommer också blandformer av de fyra typerna. Den vanligaste formen, ca 80% av fallen, är att skära bort klitoris samt de inre blygdläpparna. 10–15% har den grävsta typ 3.

Det finns ett stort antal könsstympade kvinnor i Sverige p.g.a. att Sverige har tagit emot många kvinnor från de länder där man utför könsstympningar. En uppskattad siffra är ca 38 000.

Hälften av de som könsstympas är yngre än fem år och hälften är över fem år. Ofta är det hemligt vad som ska hända. Det är ingen medicinsk utbildad person som utför ingreppen, det är ingen steril process och det används ingen bedövning. Traditionen är en kulturell, inte en religiös handling. Det anses vara hygieniskt, ett sätt att kontrollera kvinnans sexualitet, det är kvinnligt och man tycker att det blir ett vackert underliv.

Det finns länder där man har beslutat att medicinsk personal ska utföra ingreppen vilket man kan tro bara skulle vara positivt men det har visat sig att när professionell personal utför ingreppen så tar man större områden eftersom man har bättre instrument och tillgång till narkos och detta oroar WHO.

1982 förbjöds könsstympade ingrepp i Sverige och 1999 skärptes lagen som innebär att en person kan dömas och att en orosanmälan ska göras om man misstänker att en flicka har eller kommer att bli utsatt för könsstympning.

Rätt behandling till rätt barn – behandlingsstrategier vid nattväta

Malin Borgström, jobbar 50% som barnsjuksköterska/urotarmte-rapeut på Barn- och ungdomsmedicin i Falun, Region Dalarna och 50% som doktorand vid Institutionen för Kvinnor och barn hälsa, Uppsala Universitet. Forskargruppen består även av huvudhandledare Tryggve Nevéus, barnnefrolog & docent, Uppsala. Bihandledare Barbro Hedin Skogman, barnläkare & docent, Falun och Maria Tunebjer Cederblad, sjuksköterska & PhD, Uppsala.



Bakgrund: Barn med nattvåta mår i högre grad psykiskt dåligt än sina torra kompisar. Idag finns ingen behandling som botar alla. Behandlingsrekommendation är att först behandla ev. förstoppning (då full tarm trycker på blåsan och kan ge inkontinens). Därefter rekommenderas som steg 1: basala uroråd (kissa på rätt sätt dagtid), steg 2: larmbehandling. Rådet att lära barn att kissa rätt på dagarna (basala uroråd) kommer ifrån hur dagvåta behandlas men det finns ingen forskning vad gäller betydelsen för nattvåta. Larmets verkan är väl utforskat men metoden är inte fullständig i att behandla alla barn torra.

Metod: Alla inkluderade barn (ca 100 st) kontrolleras och behandlas om förekomst av förstoppning. Vi får då svar på hur många som blir torra bara av den behandlingen. De som fortfarande kissar i sängen randomiseras in i tre grupper:

- 1: basala uroråd (20 st)
- 2: larmbehandling (20 st)
- 3: ingen behandling alls (20 st).

Utifrån detta är det mest intressant att se om rådet att sköta blåsan dagtid stärks eller förkastas. Variabler i baseline kan visa oss om det finns faktorer som ger oss vägledning i vilken behandling som i så fall passar vilket barn. En del barn och föräldrar kommer att intervjuas för att få reda på hur de upplevde behandlingarna. Detta gäller både familjer med lyckad och misslyckad behandling.

Klinisk relevans: Stor, de internationella riktlinjerna kan stärkas eller förkastas om det finns forskning kring basala uroråd/ larm. Om vi får data som visar att vissa barn svara bättre på viss behandling än annan kan misslyckanden undvikas.

Fremtidens skoletoiletter – et tværfagligt pilotprojekt i Aarhus Kommune

I Aarhus Kommune har eksperter og praktikere arbejdet sammen i et 2-årigt tværfagligt pilotprojekt med henblik på at bedre skolebørns toiletbesøg, så det bliver en mere behagelig, tryk og rar oplevelse. Baggrunden for projektet er uhumske skoletoiletter, der afholder børn og unge fra at bruge dem, og det har store negative konsekvenser bl.a. for deres læring og trivsel.

Projektet vil afprøve og videreudvikle nye materialer og teknologier med henblik på at kunne skabe trygge, indbydende, hygiejniske og driftssikre toiletforhold på grundskoler, til gavn for elever og lærere og til effektivisering af drift og rengøring.

Indsatserne omkring hygiejne forventes at reducere sygefraværet samt øge trivsel og læring hos eleverne. På sigt forventes indsatserne at forebygge, at børn udvikler forstoppelse, afførings- og urininkontinens, som børn ligeledes kan udvikle, hvis de ikke benytter toiletterne i skoletiden.

Projektet handler om at anskue de mangeårige udfordringer med skoletoiletterne fra flere vinkler i forhold til nye materialer, udluftning, lys, låsning af døre, øget fokus på rengøring, samt nudging til korrekt anvendelse af toilet og håndvask. Sundheds-



Fremtidens skoletoiletter.

plejen deltager i projektet bl.a. gennem sundhedspædagogisk undervisning, dialog med eleverne samt praktiske øvelser i klassen og på toiletterne.

Pilotprojektets deltagere er Sølystskolen, Skovvangsskolen og Holme Skole. På Sølystskolen bygges der toiletter samt laves sundhedspædagogisk undervisning til elever i indskoling, på Skovvangsskolen er det mellemtrinnet, der involveres og på Holme Skole bygges toiletter og undervisning til udskolingseleverne. Der involveres yderligere elever fra 9. klasse til at komme med gode ideer til forbedring af skoletoiletterne.

Sundhedsplejerskerne sender inden undervisningen invitationer til elevernes forældre samt lærerne. Eleverne inviteres til en- to timers undervisning i gode toiletvaner samt korrekt håndvask. Sundhedsplejerskerne fortæller om hvorfor, hvornår og hvordan, man går på toilettet, samt hvordan blæren og tarmen fungerer. I de største klasser undervises der ligeledes i bækkenbundens muskler og deres funktioner. Samtidig undervises eleverne i hvorfor, hvornår og hvordan, man vasker hænder samt en introduktion til gode og dårlige bakterier.

I undervisningen anvendes forskellige metoder fx videofilm, dialog med eleverne, oplæg og forskellige aktiviteter så som



Foto: Adobe Stock

praktisk øvelse i håndvask, stoleleg og Kahoot. Undervisningen afsluttes med videoen "Gode toiletvaner", som giver anledning til en snak om, hvordan eleverne selv kan være med til at holde toiletterne rene, tilkalde hjælp, hvis der er et toilet, der er stoppet, eller der mangler papir, sæbe o.s.v. Eleverne reflekterer over, hvad der skal til for, at det bliver rart, rent og trygt for dem selv og andre elever at bruge toiletet på skolen.

Undervisningen tager udgangspunkt i, at det er vigtigt at benytte skoletoiletterne, at vi alle har brug for at komme på toiletet flere gange dagligt, og vi sammen kan være med til at sørge for, at det trygt og rart at bruge skoletoiletterne. Vi vil ligeledes forsøge at bryde tabuet omkring toiletbesøg.

Forældrene og lærerens opgave er, at forberede eleverne på undervisningen og at følge op på undervisningen. Både forældre, lærere og skolens ledelse har en vigtig rolle i at hjælpe eleverne til at få gode toiletvaner, og dette er lærerne blevet mere bevidste om i projektet.

Undervejs i projektet har sundhedsplejerskerne udarbejdet små videofilm af de nye skoletoiletter. Projektet evalueres af DCUM (Dansk Center for Undervisningsmiljø) både før, under og efter, så andre skoler vil kunne få glæde af de resultater, der kommer.

Vores erfaringer er, at eleverne rigtig gerne vil deltage i undervisningen, de stiller gerne spørgsmål og kommer med gode løsningsforslag til ting, der kunne være bedre på skoletoiletterne.

Vi håber, at vores erfaringer samt DCUM's evalueringer vil føre til, at der bliver bygget nye toiletter på alle landets skoler,

samt at øget rengøring og den sundhedspædagogiske indsats fra sundhedsplejersker og lærere tænkes med, da dette vil øge elevernes viden og indsigt i vigtigheden af at have gode toiletvaner og en god håndhygiejne.



ANETTE ØSTERGAARD

Skolesundhedsplejerske



LAILA THOMSEN

Uroterapeut og sundhedsplejerske.

"Gode toiletvaner" på YouTube

<https://velfaerdsteknologi.aarhus.dk/innovation/vtu-velfaerdsteknologisk-udviklingspulje/projekter/boern-og-laering/fremtidens-skolettoiletter/>

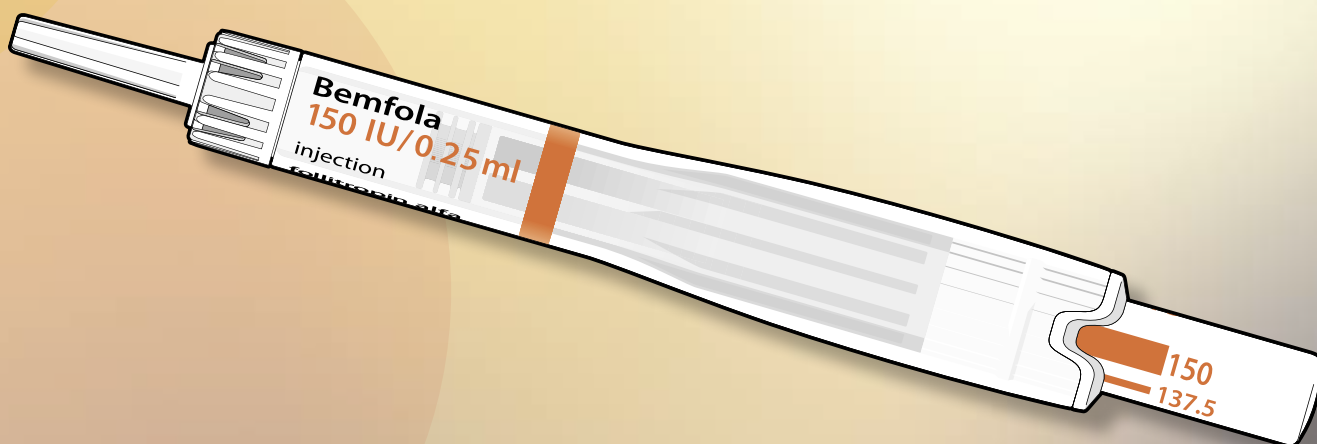


bemfola

follitropin alfa

– förfylld engångspenna

För stimulering av spermatogenesisen hos män med kongenital eller förvärvad hypogonadotrop hypogonadism under samtidig behandling med humant koriongonadotropin (hCG).



Bemfola® (follitropin alfa)

75 IE/0,125 ml, 150 IE/0,25 ml, 225 IE/0,375 ml, 300 IE/0,50 ml och 450 IE/0,75 ml injektionsvätska, lösning i förfylld injektionspenna.

▼ Detta läkemedel är föremål för utökad övervakning.

Farmakoterapeutisk grupp

Könshormoner och modulatorer av reproduktionssystemet, gonadotropiner. ATC-kod: G03GA05. Rx. (F)

Subventioneras inte vid äggfrysning av sociala skäl.

Indikationer

Vuxna kvinnor: Stimulering av anovulatoriska kvinnor (inklusive polycystiskt ovariesyndrom, PCOS) som ej svarat på behandling med klomifencitrat samt stimulering av multipel follikelutveckling hos kvinnor som genomgår superovulation för assisterad reproduktionsteknologi (ART), som in vitro-fertilisering (IVF), gametöverföring till äggledare (GIFT) och zygotöverföring till äggledare (ZIFT). Follitropin alfa rekommenderas också tillsammans med ett preparat innehållande luteiniserande hormon (LH) för stimulering av follikelutvecklingen hos kvinnor med uttalad LH- och FSH-brist. I kliniska studier definierades dessa patienter som de vars endogena serumnivåer av LH var < 1,2 IE/l.

Vuxna män: Follitropin alfa är indicerat för stimulering av spermatogenesisen hos män med kongenital eller förvärvad hypogonadotrop hypogonadism under samtidig behandling med humant koriongonadotropin (hCG).

Män med hypogonadotrop hypogonadism: Bemfola® ges i dosen 150 IE tre gånger i veckan samtidigt med hCG, under minst 4 månader. Om patienten ej svarat på behandlingen efter denna tid kan kombinationsbehandlingen fortsätta. Klinisk erfarenhet visar att behandling i minst 18 månader kan vara nödvändig för att uppnå spermatogenes.

Kontraindikationer

Överkänslighet mot den aktiva substansen eller mot något annat hjälpämne som anges i Innehåll. Tumörer i hypotalamus eller hypofysen, ovariell förstoring eller ovariell cista som inte beror på polycystiskt ovarieellt syndrom, gynekologiska blödningar av okänd etiologi, ovarie-, livmoder- eller bröstcancer. Får inte användas när ett effektivt svar inte kan uppnås, t.ex. vid: primär ovariell dysfunktion, missbildningar av sexualorganen ej förenliga med graviditet, fibroida tumörer i livmodern ej förenliga med graviditet, primär testikulär svikt.

Senaste datum för översyn av produktresumén 2017-09-18.

Information lämnas av Gedeon Richter Nordics AB, Norra Stationsgatan 61, 113 43 Stockholm, Sweden. medinfo.se@gedeonrichter.eu

För ytterligare information se www.fass.se



GEDEON RICHTER

Kampen om Karolinska – Konsulterna

Två röster om samma bok

Röst 1:

Alla vi som arbetar inom urologi vet att BCG är någonting bra, något som till och med kan leda till att ”vi” själva ”äter upp” dysfunktionella celler såsom exempelvis cancerceller i urinblåsan. I denna bok får vi dock reda på många nackdelar med BCG. BCG betyder i boken inte Bacille Calmette Guérin utan Boston Consulting Group. Journalisterna Anna Gustafsson och Lisa Röstlund har gått igenom ett mycket omfattande referensmaterial, intervjuat inblandade, dragit slutsatser och gjort ett fantastiskt arbete inför skrivandet av denna bok. Boken handlar om värdebaserad vård, konsulter, stuprör, diagnosflöden, NKS, pengar, politiker och chefer.

Konsulterna är berättelsen om hur det nya oprövade konceptet ”värdebaserad vård” infördes på Sveriges största universitetssjukhus samtidigt som vården flyttade in i helt nya lokaler – NKS (Nya Karolinska Solna). Andreas Vesalius delade redan på 1500-talet in kroppen i olika organsystem vilket sedan lade grunden för olika medicinska specialiteter vilka i sin tur täcker upp alla områden i den mänskliga kroppen. I den bästa av världar leder det till kunskap inom alla områden och därmed finns hjälp/råd/vård att hämta för alla problem som kan tänkas uppkomma. I vissa fall kan det ju som vi alla vet vara svårt att bestämma sig för vilket problem som är viktigast i det enskilda fallet och då måste vi specialister rådgöra med kollegor inom andra specialiteter för att vården ska bli så bra som möjligt för individen. Man får lätt en känsla för att våra styrande chefer och politiker verkar ha fått för sig att detta inte är bra och kan likställas med att vi arbetar i ”stuprör” som inte kommunicerar med varandra. I verkligheten tror jag att det är tvärtom, detta leder till bättre

sjukvård i det enskilda fallet genom multidisciplinära konferenser, diskussioner, reflektioner och samtal. Då man ändrar en struktur som varat i flera hundra år ska man tänka sig för noggrant.

Men nu skulle allt bli bra och vi skulle alla, i det nya systemet, samarbeta fint med varandra och patienterna inom ett ”diagnosflöde” skulle utan problem få hjälp av alla tänkbara specialister. Patienten skulle verkligen vara i centrum! Det är lätt att förstå att politiker vill få en så billig sjukvård som möjligt utan nedsättning av kvalitet och resultat. Svensk sjukvård

har alltid hållit absolut högsta kvalitet vid globala jämförelser. Trots detta menar författarna att våra styrande lurats tro motsatsen, dvs. att svensk sjukvård skulle rasa i kvalitet om inte något gjordes omedelbart. Pengarna skulle nu följa de sjukvårdsenheter med bäst resultat och dras in för dem med sämre resultat. Resultatet/värdet av den producerade sjukvården skulle bestämmas av patienterna själva samt med data från sjukvården/kvalitetsregister. Eftersom det inte finns flöden för alla patienter och diagnoser förstår man snabbt (läs: innan värdebaserad vård infördes) att stora grupper patienter skulle falla mellan stolarna, särskilt kroniskt sjuka och multisyka. Var ska de passa in?

För att lyckas med detta tillkallas nu ett stort antal konsulter, bland annat BCG. Författarna beskriver hur man nu helt måste bryta upp våra befintliga strukturer och specialiteter, i syfte att försöka få till framtidens sjukvård så som politikerna önskar. Jag tror att vi alla idag vet att konsulter är dyra, i fallet NKS har man dessutom kunnat få betalt utan att specificera vad man gjort, vilket förstås är extremt störande eftersom det handlar om mina pengar, och dina, du som läser detta, och alla andra svenska medborgares pengar.

Författarna menar nu med allt referensmaterial som bas att detta blir särskilt allvarligt då det verkar som om man ”glömt bort” att se på hur den nya ”framtidens sjukvård” försvårar undervisning och forskning. Det är väl ändå undervisning och forskning som tar oss in i framtiden, eller?? Hur ska vi undervisa för framtiden? Som lektor ser jag att detta inte blir en lätt uppgift i en sjukvård av det slag som för närvarande byggs upp på vårt fantastiska sjukhus. Och det är väl ändå det som är

Kampen om Karolinska – Konsulterna



Författare:

Lisa Röstlund & Anna Gustafsson

Förlag: Mondial 2019

Antal sidor: 414

ISBN: 9789188671912

en av ett universitetssjukhus absolut viktigaste uppgifter. Att se till att vi har en framtid där alla tas om hand på ett korrekt och optimalt sätt, oavsett vilken sjukdom eller diagnos man har.

Och nu ska jag berätta något som ibland kanske känns svårt att förstå: Patienten har alltid kommit först i vår sjukvård, prioriteringar och uppdelningar av vem som

har störst behov av sjukvård har vi alltid gjort, det ”nya” systemet med flöden tar inte bort stuprören – tvärtom faktiskt, kliniskspecialiteterna behövs och är ett smart sätt att borgen för att alla får sjukvård, och att samtala och ibland även debattera vem som bäst tar hand om en speciell patient är bra för den individuella patienten.

Om ni sett den korta tv-serien på fem av-

snitt om Tjernobyl och kärnkraftskatastrofen får man litegrann en känsla av att samma fenomen inträffat på vårt fina sjukhus.

Läs boken Konsulterna och se filmserien om Tjernobyl! Här finns mycket att lära inför framtiden.

LARS HENNINGSOHN

lars.henningsohn@ki.se

Röst 2:

Vi var väl många som trodde att sjukvårdssystem och modeller är till för att styra hur vi bäst använder resurser för att vårda dem som är i behov av sjukvård! Men vi har varit så naiva.

Författarna och journalisterna, Anna Gustafsson och Lisa Röstlund belyser i denna bok hur det var möjligt att ett konsultbolag kunde införa ett nytt vårdkoncept, hur de kunde fakturera stora konsultarvoden och hur det var möjligt att få ett helt sjukhus med en massa kloka medarbetare till att följa deras uttänkta plan. Och varför detta intresse i svensk sjukvård? Det kanske ändå är den svåraste frågan att förstå – varför? Författarna redovisar på ett pedagogiskt sätt hur politiker på högsta nivå hade fåfänga mål för att införa den nya vårdmodellen och att utsåg Karolinska Universitetssjukhuset till att visas upp med både ny sjukhusbyggnad

och nytt innehåll. Att andra, exempelvis konsulterna i Boston Consulting Group (BCG) hade andra och mer marknadsmässiga mål rapporteras det också om, samt hur en del personer suttit på flera stolar där jävssituationer uppstått och där konsulter fakturerat med otydliga underlag mm. Läsningen är tyvärr omskakande.

I denna bok blir vi upplysta om att vi förvaltar en skattgömma i de kvalitetsregister som svensk sjukvård har. Jag läste boken efter att ha fått den rekommenderad av kollegor. Jag arbetar på Karolinska och har deltagit i arbetet med införande av den omstridda vårdmodellen med värdebaserad vård. Jag har upplevt och hört många som upplevt att förändringsarbetet inte egentligen handlade om Karolinskas medarbetare eller patienter. Många har försökt att förstå men inte lyckats klura ut vad konsulterna menar, vad de olika

förkortningarna betyder eller vad den fullproppade powerpoint-bilden faktiskt försöker visa oss. Många har slutat sina arbeten.

Detta är en bok som handlar om politiker som styr vår hälso- och sjukvård, hur intressen av sjukvårdsekonomi kan utnyttjas och om hur det kan gå när konsulter utan värderfarenhet beslutar om hur vården ska organiseras. Jag tror att alla har behållning av att läsa denna bok för att bättre förstå vår samtid och jag tror att medarbetare på Karolinska kan lägga många pusselbitar på plats.

Det är bra om vi åter kan förknippa BCG med cancerbehandling och inte något som infiltrerar en sjukvårdsorganisation.

HELENA THULIN

RSU – Vetenskaplig sekreterare

Percy Falks stiftelse för forskning beträffande prostatacancer och bröstcancer

Fonden instiftades 2001 genom testamente av direktör Percy Falk, Stockholm. Stiftelsen skall genom anslag främja vetenskaplig forskning och undervisning eller studieverksamhet i Sverige rörande prostatacancer och bröstcancer.

Anslag kommer att utdelas under februari månad 2020.

Tillgängligt belopp för utdelning är 2 000 000 kronor.

För att komma i fråga för bedömning skall ansökan vara stiftelsen tillhanda **senast den 1 november 2019**.

Ansökningsblanketter kan rekvireras från stiftelsens ordförande, civ.ing. Tomas Kramar, på mejladressen: tomas_kramar@hotmail.com

Bokanmeldelse:

Blod, svette og Tress-is.

Hanne Sigbjørnsen alias Tegnehanne, forteller med tegninger og tekst morsomme og underholdende historier fra hverdagslivet som sykepleier, anbefales på det varmeste.

EVA SKOGØY



NYHET!



Nå er UTF sin folder om uroterapi oversatt til engelsk

Styret i UTF har lenge tenkt at det hadde vært fint å ha folderen om Uroterapi på engelsk. I forbindelse med at ICS skulle arrangeres i Göteborg ønsket vi at oversettelsen skulle være klar til september i år. Uroterapeut Mari Dahlberg og kirurg Louis Johnsson ved Bäckebottensentrum i Malmö tok på seg oppgaven. Resultatet har blitt veldig bra og styret ønsker å rette er stor takk til Mari og Louis for oversettelsen. Den nye folderen med engelsk tekst har blitt flott.

PRAKTISK KURS I ENDOUROLOGI



Semirigid och flexibel ureterskopi
 Universitetssjukhuset – Örebro
22–23 november 2019

Kursledning:

Marcin Popiolek, Universitetssjukhuset Örebro
 Dheaa Al-Rammahi, Universitetssjukhuset Örebro
 Petros Georgouleas, Universitetssjukhuset Örebro

Kurssekreterare:

Lena Gustafsson, Universitetssjukhuset Örebro

Kursbeskrivning

Vi inbjuder till en tvådagarskurs i endourologisk instrumentering i de övre urinvägarna. Kursen innehåller praktisk träning av semirigid samt **flexibel** ureterskopi och laserlithotripsi.

All instrumentering sker på modeller men i riktig operationsmiljö på Universitetssjukhusets operationssalar i O-huset 3:e våningen.

Deltagarna tränar under handledning av en endourolog samt en endourologsjuksköterska. Träningen sker i grupper med tre deltagare i varje grupp.

Kursen vänder sig i första hand till blivande urologer (ST-läkare), med viss vana av transurethral instrumentering, samt nyblivna urologspecialister.

Vi börjar 09:00 **fredagen** den 22 november och slutar ca 16:00 **lördagen** den 23 november 2019. Middag fredag 22 november ingår i kursen.

Kursavgift: 4 500 SEK exkl. moms.

Alla deltagare bor på ett förbokat hotell: First Hotell Örebro
Ange kod: Stenkurs USÖ. Rummen är reserverade till och med 2019-10-21. **Pris hotell:** 22-23 november 975 kr/natt.
Hotellbokning och kostnaden står deltagaren själv för.
Sista anmälningssdag 26 september 2019.

Kursen är granskad och godkänd av Svensk Urologisk Förening.



Svensk
Urologisk
Förening



Anmälan sker via mail

Vänligen uppgi i anmälan namn, arbetsplats, arbetsplatsadress och mailadress.

OBS! Kursen är fredag-lördag!

Antalet deltagare är begränsat till 6.

Anmälan är bindande och sändes via mail till:

Lena Gustafsson
 E-mail: lena.gustafsson@regionorebrolan.se
 Urologiska kliniken Universitetssjukhuset
 701 85 Örebro

Bekräftelse om antagning kommer via mail.



Behandling av uretersten

– från stort snitt på magen till inget snitt alls

I den här artikeln tänkte jag att vi skulle titta på hur man behandlade uretersten på slutet av artonhundratalet då anti-septik och narkos gjorde det möjligt att företa mycket mera komplicerade operationer än tidigare. När vi har grunnat på dessa fall så skall vi följa utvecklingen fram till våra dagars minimalinvasiva behandling, antingen det är stenklass med ESWL eller via ureteroskop. Fortfarande lever många i landet som fått stora ärr efter stenoperationer på 60- och 70-talet. Idag kan man göra en hel karriär som urolog eller urologsköterska utan att ha varit med om en enda sådan öppen stenoperation, och tur är väl det!

Första stenfallet är 130 år gammalt. Det presenterades på Svenska Läkaresällskapets möte i Stockholm den 14 maj 1889. Den som presenterar är John Berg, legendarisk kirurgiprofessor på Serafimerlasarettet. Han berättar:

"Detta är ett fall av sten i den utvidgade nedre ändan af högra ureteren på en omkring 50-årig kvinna der vesico-vaginalsnitt gjordes och sten aflägsnades medelst slef (slev) införd i urinledaren från blåsan. Patienten hade för omkring 15 år sedan genomgått en sträng Bantings-kur och kort därefter börjat lida af smärtor i högra njurtrakten. För två år sedan öfvertogs hennes vård af dr. Claus som genom ymnig vattendrickning inledde en stark diures. (man får väl anta att patienten och inte Claus hade en ökad diures, men det står så här). 14 à 20 njurstenar afgingo efterhand. Sedan sistlidne augusti hade inga stenar vidare afgått och patienten hade erfarit alltjemt stegrade obehag och efter vattenkastning olidliga smärtor. Vid sondering genom urinröret kände man ett lätt anslag mot sten. Under kloroform gjordes derpå dilatering af urinröret så att ett finger kunde införas. Då konstaterades att stenen låg i högra ureteren och stack blott med ett litet utskott in i blåsan."

Det är märkligt att det gick att vidga den stackars kvinnans urinrör så mycket att ett grovt kirurgfinger kunde föras in i blåsan. När det inte gick att få fatt i stenen med en peang så gjordes ett vesicovaginalsnitt. För mig är det ett urkonstigt snitt där man går in genom vagina och upp i blåsan. Risken för fistelbildning efteråt borde vara betydande. I diskussionen efter föredraget får också Berg kritik då man tyckte att han skulle gjort ett sectio alta, dvs. gått genom bukväggen in i blåsan. Dr Claus hette nog Axel Clauss och blev så småningom lasarettsläkare i Landskrona.

Näväl, Berg berättar vidare: *"Vid operationen assisterade jag professor Salin och dr. Claus.En liten slef infördes i ureteren – så högt att den passerade förbi stenen och utdrogs hvarvid stenen medföljde. Såret förenades och läkte problemfritt. Patienten var efter några veckor helt återställd"*.

Operationen måste ha bedömts som ett svårt ingrepp med tre kirurger som operatörer, därav två professorer. Vårdtiden måste däremot ha betraktats som kort på den tiden, bara några veckor. Berg hade tur. Om stenen hade suttit något högre upp i uretären hade det inte gått att hitta den vid sonderingen. Vad skulle man då gjort? Man hade nog väntat i det sista med operation och om det ändå hade blivit nödvändigt att operera så hade inget annat återstått än att frilägga hela ureteren och palpera efter en eventuell sten.

Nästa stenfall kommer från Gävle. Det är Gävlekirurgen Erik Lindström som 1905 (16 år senare), rapporterade så kallade kasuistik, dvs. intressanta fall till tidskriften Hygiea. Som ni kommer att se har det hänt något viktigt sedan 1889.

Jag saxar ur Lindströms berättelse:

"Fröken H.R., 33 år, Gefle. Inkom 12/7 1903.

För 8 år sedan märkte hon första gången förändringar i urin. Den var då ibland mörk, porterfärgad. Sedan dess har urin nästan jämt varit ägghvitehaltig och hon sköts för nefrit. För ett år sedan började smärtor i högra lumbalregionen. Ej haft trängningar till urinering. Någon gång märkt fint grus i urinen samt observerat att urin blivit mörkare och grumligare om hon vart mycket i rörelse. Hon har därför nästan hela tiden måst hålla sig stilla, emedan äfven smärtorna annars ökat. I juli rådfrågade hon prof. Berg, som misstänkte sten i högra njuren och tillrådde henne att taga en (det står så) Röntgenfotografi av högra njuren.

Å de af doktor P. Sjögren tagna fotografierna synes, å båda, i h. njure en väl ärtstor skuggning, hvarför hon tillråddes operation.

Den 14/7 Operation. Snedt lumbalsnitt nedom och parallellt med 12:e reftbenet. Njuren lossades ur sin fettkapsel och framdrogs ur såret. Vid palpation kändes ureteren fri, men i njurbäckenet kändes en grönärtstor förhårdnad (dvs. patienten hade en njurbäckensten). Snitt genom njurparenkymet från konvexa randen in till njurbäckenet. Den ärtstora stenen satt inkilad i en kalyx, lossades därifrån med Coopersax, använd som elevatorium. Blödningen från njuren stannades genom en dubbel rad katgutsuturer, sedan ett med gas klädd dränagerör förut införts till njurbäckenet. Reposition och fixation av njuren. Såret slöts omkring dränageröret, där en tampon infördes till konvexa randen af njuren.

17/7. Uttogs Dränageröret.

15/8 Urinen fullt klar. Patienten får gå uppe. Hon utskrevs den 28/8. Jag har sedan i snart två år följt henne. Smärtorna i höger sida borta."

Detta var 1903, åtta år efter upptäckten av Röntgenstrålarna. Den urinvägsröntgen som gjordes preoperativt måste ha varit en av de absolut första i landet, något verkligt nytt. Det var således en toppmodern utredning patienten genomgick. Den professor Berg som nämns är samma Serafenkirurg som i det första patientfallet. Patienten hade innan operationen gjort en vända till Stockholm, troligen till Bergs privatmottagning. Jag har inte hittat var Röntgenläkaren tjänstgjorde, sannolikt var han på något Stockholms-sjukhus. Patienten hölls efter operationen i säng i en månad och skrevs först ut efter ytterligare två veckor. Sammanlagd vårdtid sju veckor!!! Det var väl ett underverk att hon inte fick trombos!

Eftersom stenen låg i njurbäckenet opererades hon genom ett flanksnitt. Om stenen suttit längre ner i uretären hade snittet gått som i fig. 1.

Sedan gick åren. Röntgenapparaterna blev bättre att påvisa uretärstenar. När urografierna kom kring 1930 kunde man börja se om stenarna orsakade avflödeshinder. Behandlingen var fortfarande flanksnitt och friläggning av uretären. Med fingret kände man var stenen satt, en liten incision i uretären gjordes, stenen plockades bort och sedan lade man ett drän och sydde ihop.



Fig. 1: Friläggning av höger uretärns nedre tredjedel. Operatören har fångat stenen mellan fingrarna och för säkerhets skull satt en tarmklämma om uretären nedanför stenen så den inte slinker iväg. Han har öppnat uretären så att stenen syns och kan plockas bort. Sedan är det bara att lägga ett drän och sy ihop. Bakom fingrarna kommer arteria och vena iliaca men de syns inte på bilden, som är hämtad ur Kirschners Allgemeine und spezielle chirurgische Operationslehre, band 5 från 1937. Snittet är säkert 15 cm långt.

1938 presenterade den tyske urologen Ludwig Zeiss en sten-fångarkorg som kunde föras upp i uretären. Under röntgenge-nomlysning kunde man sedan fånga stenen i korgen och lirka ut den. Metoden kallades zeissning. Det var inte en lätt procedur.

Nästa steg var utvecklingen av ureteroskopen. De första kom kring 1980. De var så grova att de inte gick att föra in i uretären om man inte först vidgade med en ballongkateter. Utvecklingen gick snabbt vidare mot tunnare ureteroskop så att vidgningen blev onödig. De första ureteroskopen var stela, sedan kom halvstela och idag har man flexibla med en kamerachip längst ut. Vanligtvis har de en diameter på bara några mm.

Stenen fångades med en stenfångarkorg införd via en arbetskanal i ureteroskopet. Det var inte lätt att få ut stenen, den hade ju gett smärtor för att den fastnat och den var ofta taggig. 1980 kom den första apparaten för extrakorporeal sten-kross (extrakorpo-real shock-wave litotripsy, ESWL) ut på marknaden. Man kunde nu pulvrifiera stenarna utan operation och sedan fick patienten kissa ut resterna. Ett tag såg det ut som om ESWL helt skulle ta över. De enda stenarna som var svåra att behandla med ESWL var de distala eftersom de var svåra att se på genomlysningen när ESWL-apparaten riktades, de doldes av bäckenskelettet.

De allt tunnare ureteroskopen tillsammans med metoder att pulvrifiera stenarna med en prob införd via ureteroskopets arbetskanal gjorde att ureteroskopin kom tillbaka. Kring 1985 kom elektrohydraulisk litotripsi och 1993 Holmium:YAG-laser. Jag har en känsla att det är denna metod som idag dominerar när man skall krossa uretärstenar.

Hur gick det då med den öppna operationen via ett flanksnitt? Jo, detta sätt att plocka ut uretärstenar gled sakta in i glömskan. Själv kan jag bara komma ihåg en enda sådan operation under mina år som urolog. Det var 1985 i Ystad, då jag genomgick min specialistutbildning i kirurgi och urologi. Den gamle kirurgche-fen tröttnade på urologens (det fanns bara en) fåfänga försök att få ut stenen med zeissning och plockade snabbt ut den via ett flanksnitt, med mig som assistent. Jag förstod att det var något historiskt jag bevittnade.

De flesta stenbehandlingar idag oavsett om det är med ESWL eller ureteroskopi görs polikliniskt. Och patienten slipper det långa misspyrdande äret efter flanksnittet. Jag kan inte komma på något som så totalt har förändrats inom urologin under de senaste 100 åren som sättet att behandla sten i uretären.

Bengt Uvelius
bengt.uvelius@skane.se

Referenser:

- Berg J: Fall af sten presenterat vid Svenska Läkare-sällskapets möte i Stockholm 14 maj 1889. Förhandlingar vid Svenska Läkare-sällskapets sammankomster år 1889, sid 144-145.
- Lindström E: Kasuistiska meddelanden från Gefle lasarett. Hygiea sid 714-715, 1905.
- Reis Santos JM. Ureteroscopy from the recent past to the near future. Urolithiasis 46:31-39, 2018.

SUFs styrelse



LOTTA RENSTRÖM KOSKELA

Ordförande

Karolinska Universitetssjukhuset
Mobil: 072-469 48 88
lotta.renstrom-koskela@sl.se



ANNE SÖRENBY

Vice Ordförande

Urologiska kliniken
Skånes US, Malmö
anne.sorenby@skane.se



JOHAN STYRKE

Vetenskaplig sekreterare

Kirurgiskt centrum / Urologi
Sundsvalls sjukhus
johan.styrke@umu.se



MAGNUS WIJKSTRÖM

Kassör

Urologiska kliniken
Södersjukhuset, Stockholm
magnus.wijkstrom@sl.se



FIRAS TARISH

Facklig sekreterare

Urologikliniken
Södersjukhuset
firas.tarish@gmail.com



MARIANNA HREBENYUK

Utbildningsutskottet

PO Bäckencancer
Karolinska US, Stockholm
marianna.hrebenyuk@gmail.com



BO SJÖGREN

Representant SPUF

Specialistmottagningen
Västerås
bo.sjogren@specialistmottagningen.com



ANDREAS KERCSIK

Representant BUS

Urologikliniken
Sahlgrenska US Göteborg
andreas.kercsik@vgregion.se



MARIA HERMANN

Ledamot

Njur- och testikelcancer
Karolinska Universitetssjukhuset
maria.hermann@sl.se



AMIR SHERIF

Ledamot

Urologiska kliniken
Universitetssjukhuset Umeå
amir.m.sherif@gmail.com



THOMAS YING

Ledamot

VO Urologi
Sahlgrenska US, Göteborg
thomas.ying@vgregion.se



BIANCA SCHOLTZ

Ledamot

Urologiska kliniken
Skånes US, Malmö
bianca.scholtz@skane.se

RSUs styrelse



GUN DANIELSSON

Ordförande

Karolinska US K66-68
PO Bäckencancer/
urologisk vård, 141 86 Stockholm
08-585 802 66
gun.danielsson@sl.se



LOVISA STRÅLÖGA

Vice Ordförande

Urologmottagningen
US, Örebro, 701 85 Örebro
019-602 10 00 vx
lovisa.straloga@regionorebrolan.se



MARIE-LOUISE LARSSON

Redaktör

Urologmottagningen
Sahlgrenska US, 413 45 Göteborg
031-342 10 00 vx
marie-louise.e.larsson@vgregion.se



ELISABETH GUNNARSSON-BLOMQVIST

Ekonomiansvarig

Urologmottagningen
Länssjukhuset Ryhov, 551 85 Jönköping
010-241 00 00 vx
elisabeth.gunnarsson.blomqvist@rjl.se



LENA KLERFORS

Sekreterare

Urologavdelning 17/30
Sahlgrenska US, 413 45 Göteborg
Tel: 031-342 69 12
lena.klerfors@vgregion.se



HELENA THULIN

Vetenskaplig

Sekreterare

Universitetssjuksköt.
Karolinska US K66-68, 141 86 Stockholm
072-571 14 65
helena.k.thulin@sl.se



MATILDA FAGERBERG

Web-ansvarig

Urologmottagningen
Höglandssjukhuset, 575 81 Eksjö
010-243 62 55
matilda.fagerberg@rjl.se



ANNA TRENT

Suppleant

Urologmottagningen
Skånes US, Malmö
040-33 10 00 vx
anna.trent@skane.se



ANNA MESSING ERIKSSON

Suppleant

Urologmottagningen
Universitetssjukhuset Örebro, 70185 Örebro
019-6021000 vx
anna.messing-eriksson@regionorebrolan.se



BUS, UTFs & SAFs STYRELSE

BUS styrelse



JACOB GILLNER

Ordförande

Urologisektionen, kirurgkliniken
NU-sjukvården
jacob.gillner@vgregion.se



EMIL JÄRBUR

Sekreterare

Urologisektionen, kirurgkliniken
NU-sjukvården
emil.jarbur@vgregion.se



ANNA LANDBERG

Kassör

Urologiska kliniken,
US Örebro
anna.landberg@regionorebrolan.se



CARIN SJÖSTRÖM

Ledamot

Urologi
Capio S:t Görans Sjukhus,
Stockholm
carin.sjostrom@capioستgoran.se



ALEXANDRU JULIA

**Representant
för ESRU**

Alingsås lasarett, Alingsås
alexandru.julia@vgregion.se



GABRIELLA HOLMQVIST

**Representant i
utbildningsutskottet**

Urologisektionen, kirurgkliniken
Blekingesjukhuset Karlskrona
gabriella.holmqvist@regionblekinge.se



DENIS MESINOVIC

**Representant
för ESRU**

Urologisektionen, kirurgkliniken
Region Blekinge
denis.mesinovic@regionblekinge.se



SIGRID LJUNGGREN

**Representant i
Utbildningsutskottet**

Urologiska kliniken
Region Östergötland
sigrid.ljunggren@regionostergotland.se

SAFs styrelse



MATS HOLMBERG

Ordförande

Endokrinolog
ANOVA, Karolinska US
mats@xnet.se



KATARINA LINK

Sekreterare

Endokrinologiska kliniken,
Skånes US,
Malmö



SARA LJUNGDAHL

Ledamot

Spec. i allmänmedicin
Närhälsan Ängabo VC,
Alingsås



ÅKE POUSETTE

Kassör

Professor Emeritus
070-497 00 39 privat



GÖRAN WESTLANDER

Ledamot

Gynekolog
Livio Fertilitetscentrum,
Göteborg

UTFs styrelse



ANNE TORINE LITHERLAND

Ordförande

Poliklinik för gynekologi
Sykehuset i Vestfold
3101 Tønsberg
+47 907 268 19
litheann@hotmail.com



MARI DAHLBERG

Sekreterare

Bäckenbottencentrum
Kir.mott., SUS, Malmö
040-33 81 28
mari.dahlberg@skane.se



CARINA SILLER

Kassör

Uro.mott., SUS Malmö
040-33 18 91
carina.siller@skane.se



KATARINA GUNSÉUS

Vice Ordförande

Obstetrik-Gynekologi
Sunderby sjukhus, Luleå
0920-28 30 07
katarina.gunseus@norrboten.se



CECILIA EDRI

Ledamot

Coloplast AB
Kungsbacka
0705-51 64 85
ciss.09@gamil.com



LENA KURVITS

Ledamot

Åsgränd 3, Uppsala
018-12 79 78
lana.kurvits@gmail.com



GITTE BIRLEV KÖNYVES

Ledamot

Kirurg- och Urologkliniken
Danderyds Sjukhus
08-123 570 28
gitte.birlev-konyves@ssl.se



**GUNNVOR
NICOLAISEN**

Ledamot

**Representant
Danmark**
gunnic@mail.dk



ANGEL ELENKOV

Ledamot

Urolog
Reproduktionsmedicinskt
Centrum, Skånes US



ELIN GAHM

Suppleant

Spec. i allmänmedicin
Samariterhemets VC,
Uppsala



EMMA HOLMES

Suppleant

Doktorand
Inst. för medicin, KI,
Huddinge

KALENDARİUM

2
OKTOBER

2–4 oktober 2019
Urologidagarna 2019
Västerås



12
JANUARI

12–17 januari 2020
SURF-veckan
Storhögna



5
NOVEMBER

5–7 november 2019
**The International Spinal Cord Societys
årliga vetenskapliga möte**
Nice, Frankrike



31
JANUARI

31 januari – 1 februari 2020
**The 5th Nordic course on LUTD
and urodynamics**
Köpenhamn, Danmark



7
NOVEMBER

7–8 november 2019
Bakjoursskola Urologi 2019
Karolinska US, Stockholm



19
FEBRUARI

19–21 februari 2020
**3rd HUCAD, Laparoscopic 3D Urology
Postgraduate Course**
Lissabon, Portugal



11
NOVEMBER

11–12 november 2019
BAUN Annual conference and exhibition
Liverpool, England



20
MARS

20–24 mars 2020
EAU/EAUN
Amsterdam, Nederländerna



21
NOVEMBER

21–22 november 2019
Leva efter bäckencancer
Karolinska Institutet, Stockholm



13
MAJ

13–15 maj 2020
UTF-kongress
Östersund



22
NOVEMBER

22–23 november 2019
Praktisk kurs i endourologi
Universitetssjukhuset Örebro



15
MAJ

15–18 maj 2020
AUA
Washington, USA



25
NOVEMBER

25–26 november 2019
**1st Nordic advanced renal cancer
surgery course**
Herlev Hospital, Köpenhamn



26
AUGUSTI

26–29 augusti 2020
ICS
Las Vegas, USA



5
DECEMBER

5–6 december 2019
**4th Nordic Hands On Course in
Intracorporeal Urinary Diversion**
Aarhus, Danmark



Kvartal 1



Kvartal 2



Kvartal 3



Kvartal 4



Upptäck mer - färre recidiv

NBI är kliniskt bevisat att öka upptäckten av blåscancer.

- **28%** - NBI upptäcker 28% fler carcinomas in situ jämfört med vitt ljus*
- **17%** - NBI upptäcker blåscancer i 17% fler av fallen jämfört med undersökning i vitt ljus*
- **17%** - NBI minskar risken för recidiv med 17% vid ett år**

Upplev fördelarna med NBI på vår NBI-portal - www.nbi-portal.eu. Du kommer direkt till portalen om du scannar QR-koden till höger.

Läs mer om Olympus produkter för urologi på www.olympus.se



* Li et al., Diagnosis of narrow-band imaging in non-muscle-invasive bladder cancer: A systematic review and meta-analysis, International Journal of Urology 2013; 20: 602-609.

** Kang et al., Narrow band imaging-assisted transurethral resection reduces the recurrence risk of non-muscle invasive bladder cancer: A systematic review and meta-analysis, Oncotarget, Nov 03, 2016.

Posttidning B

Returadress:

Mediahuset i Göteborg AB

Tågmästaregatan 7

233 43 Svedala

VITAROS® (alprostadil) KRÄM

KOMPLETTERAR BEHANDLINGSPUSSLET

VID EREKTIL DYSFUNKTION



**För behandling
av erektil dysfunktion**



VITAROS® (alprostadil) Beredningsform: 3 mg kräm.

Indikation: Behandling av män ≥ 18 års ålder med erektil dysfunktion, vilket är oförmåga att uppnå eller bibehålla en erektion som är tillräcklig för en tillfredsställande sexuell funktion.

ATC-kod: G04BE01. Rx, (F). **Begränsningar:** Subventioneras endast för patienter med svår erektil dysfunktion när behandling med fosfodiesteras-5-hämmare inte är tillräcklig eller inte är medicinskt motiverad. **SPC uppdaterad:** 2018-06-29.

För ytterligare information och senaste prisuppgift, se www.fass.se

Ferring Läkemedel AB, Box 4041, 203 11 Malmö
Tfn: 040-691 69 00, www.ferring.se

VITAROS 1902

FERRING
PHARMACEUTICALS

Har du frågor eller önskar beställa
patient- och informationsmaterial
välkommen in på ferring.se

vitaros®
(alprostadil)