PROSTATIT BEHANDLINGEN VID UROLOGSPECIALISTERA SÖDRA STOCKHOLM – OCH EVT VID HELPRIVATA EDENKLINIKEN

BAKGRUND

Prostatit, eller kronisk bäckenbottensmärta, vars genes ofta är oklar är den vanligaste urologiska orsaken till att män under 50 år uppsöker läkare.

Nyare epidemiologiska studier visar att prevalensen av syndromet är ca 10 %. En epidemiologisk studie från Finland visar en livstidsprevalens av syndromet på ca 14 %.

Prostatitsyndromet indelas i fyra grupper:

- Akut prostatit
- Kronisk bakteriell prostatit
- Kronisk prostatit/kronisk bäckenbottensmärta
- Asymtomatisk prostatit

Av dessa 4 typer är det egentligen bara de kroniska typerna som kommer till en öppenvårdsurolog. Den akuta prostatiten hamnar helt enkelt på sjukhus, mer eller mindre omdedelbart, eftersom den alltid går med hög feber och påverkat allmäntillstånd. Dessutom är den ovanlig. Asymtomatisk prostatit vet man inte om att man har, så inte heller den är något vi i praktiken behöver bry oss om i denna genomgång.

SYMTOM och KLINISKA FYND

Kronisk bakteriell prostatit

- Symtomen är vanligen diffusa med smärtor i bäckenbotten och rygg, ofta i kombination med vattenkastningsbesvär (LUTS). Dessa innefattar lagringssymtom (trängningar och ökad miktionsfrekvens dag- och nattetid) och tömningssymtom (svag stråle, startsvårigheter, känsla av dålig tömning, efterdropp). Tyngdkänsla, smärtor, obehag från underlivet och samlivsproblem förekommer också. Lagringssymtomen upplevs i allmänhet som mest besvärande av patienten.

- Utlösande faktorer kan vara avkylning, sportaktivitet mm.

- Patienter med kronisk bakteriell prostatit kan få kortare eller längre perioder med uppblossande symtom av typ akut prostatit.

- Bedöms iaf tidigare stå för en mindre del av prostatitsyndromet, men vi tror inte man skall ange en procentsiffra. Sannolikt föreligger det nämligen en underdiagnostik pga svårigheter att odla fram agens i ett lagom färskt och representativt spermaprov. Urinodling är nästan alltid negativ, och har egentligen ingen bäring på denna diagnos.

- Symtomen vid kronisk prostatit varierar ofta i intensitet med månads- till årslånga fluktuationer, även utan behandling, sannolikt i takt med att immunsystemet försöker kontrollera infektionen, med varierande framgång. Samt att alla

infektioner är mer eller mindre beroende av perfekt dränering, och dränering av sperma den "naturliga vägen" förefaller oss högst varierande.

Kronisk prostatit/kronisk bäckenbottensmärta (CPPS eller Chronic Pelvic Pain Syndrome)

- Tidigare har man antagit att CPPS är vanligare än kronisk bakteriell prostatit, men vi är inte längre så säkra på detta.
- Samma symptom som vid kronisk bakteriell prostatit, vilket gör differentialdiagnosen mellan de 2 huvudgrupperna av prostatit mycket svårvärderad.
- Inga patogena organismer kan odlas fram vid CPPS.
- Vid CPPS kan man ofta utlösa samma smärta som sitter i närheten av prostata, genom att palpera den s.k. levator-muskulaturen i bäckenet som då är spänd och ömmande, även den.

- Psykogena pålagringar och stress är ofta en del i sjukdomskomplexet.

DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Centrala nervsystemet har ett primitivt sätt att hantera afferent information från urinvägarna och dess omedelbara omgivningar. Detta medför att nästan alla sjukdomar som påverkar urinvägarna ger upphov till liknande symtomatologi (LUTS).

Det är svårt att skilja mellan kronisk bäckenbottensmärta/kronisk prostatit och kronisk bakteriell prostatit. Etiologin är oklar. Patienten besväras av tyngdkänsla, smärtor och obehag från underlivet, svårigheter att tömma blåsan och ofta samlivsproblem. Sannolikt är symtomen oftast neuromuskulärt utlösta.

1. STD, eller sexuellt överförbara sjukdomar, ffa Chlamydia. Bör alltid uteslutas INNAN man inleder en prostatit-behandling.

2. **Benign prostatahyperplasi (BPH)**
   Drabbar oftast män > 50 år, men begynnande BPH, sk BPO (benign prostata obstruktion) förekommer ibland hos yngre > 30år.

3. **UVI** (normal urinsticka?). Utesluts alltid innan prostatit-behandling inleds.

4. **Neurogen blåsrubbning** (efter stroke eller p g a MS, diabetes eller annan neurologisk sjukdom) är en vanlig orsak till **LUTS**. Neurogena sjukdomar ger ofta upphov till trängningar, men tömningsbesvär kan också förekomma om blåsmuskulaturen ej fungerar normalt.

5. Prostatit kan ibland vara en komponent vid **inflammatoriska bindvävssjukdomar**, som Reiters syndrom (artrit i kombination med uveit och prostatit/uretrit).

6. Smärta utlöst av ländryggssjukdomar.

Skulle en exprimat-odling (spermaodling) istället en gång varit positiv, kan man även förvänta sig återfall/recidiv, och att patienten fortsätter att frekventera urologspecialistmottagningar och vårdcentraler. I sådana fall bör patienten förstås erbjudas förnyad medicinering, helst efter att infektiöst agens ånyo påvisats.

Hur fördelas prostatit-vården mellan vårdvalsfinansiering eller rent privat finansiering?

Många patienter kontaktar oss, mer eller mindre pålästa från olika prostatit-centra i världen, som många gånger har specialiserat omhändertagande som skiljer sig ganska mycket från våra svenska- och även andra nord-europeiska behandlingstraditioner.

Man har hört om en helt annan behandlings-tradition, ofta från amerikanska-, syd- eller central-europeiska kliniker, som omfattar t ex;

1. Sekventiella prostata-exprimatodlingar
2. Långa och varierande odlings-styrda antibiotikaperioder inkl uppföljningsodlingar
3. ESVL- behandling av intraprostatiska förkalkningar
4. Regelbunden sekret-tömning med prostatamassage
5. Inlärning av egen-massage-teknik
6. TENS (elektrostimulering av bäckenmuskulatur)
7. Kost-tillskott och diet-förändringar

Vi har förstått att behovet av medicinsk facklig vägledning i denna patientgrupp är näst intill omättlig. Vi har tillskrivit landstingets avtalshandläggare i ärendet, men de har tydligt signalerat att vårdvalskliniker inte inom överskådlig framtid kommer att kunna påräkna sig ersättning från landstinget för ovanstående 6 behandlingsmodaliteter.

Därför har vi nu bestämt följande:

Alla våra prostatit-patienter får ovanstående skriftliga fackliga genomgång av den prostatit-diagnos som ställts.

Därefter får patienten SJÄLV VÄLJA om man skall:

1. Fortsätta i vårdvalsfinansierad prostatit-vård via Urologspecialisterna Södra Stockholm, utan de kostnadskrävande behandlingsmodaliteterna 1-7 (ovan).

2. Eller om man önskar tilläggs-omhändertagande enligt punkt 1-7. Priset sätts då till 2000kr per halvtimme, och anpassas individuellt innehållsmässigt, sam faktureras via vår helprivata vårdsektion Edenkliniken.

Efter ett inledande diagnostiskt besök, får patienten alltid ett behandlingsförslag, evt recept, samt har att själv bedöma effekten av vårdvalsfinansierad standard-behandling.

Därefter har man sedan att **själv kontakta oss via mail inkl. s.k. egenremiss för hur man önskar sitt vidare omhändertagande**. Ett telefonsamtal till vår reception går också bra.

Med hopp om förståelse för att vi på detta sätt önskar våra patienter den allra bästa behandlingen av sin kroniska prostatit.