

Godkänt
2021-12-06Giltigt t.o.m
2024-12-06Versionsnummer
2.0Diarienummer
RD21/05051

Akut urinretention

Rutin för handläggning av patienter med akut urinretention samt stopp i KAD.

SYFTE

Att patienter ska omhändertas på ett bra sätt oavsett vilken vårdinrättning de söker. Att patienter ska omhändertas på rätt vårdnivå och att rätt patienter remitteras vidare.

OMFATTNING

Rutinen gäller för primärvården, SÄBO och hemsjukvården samt berör ambulans- och akutsjukvård i Region Dalarna.

BERÖR

Patienter med urinretention eller stopp i KAD bör handläggas på vårdcentralen, i hemsjukvården eller av sjuksköterska i ambulanssjukvården.

Endast patienter med akut urinretention med komplicerande faktorer skall komma till kirurgisk akutmottagning för behandling.

Detta dokument har tre avsnitt:

Handläggningsrutin för sköterska.

Beslutsstöd vid läkarbedömning, akut urinretention.

Bakgrundsinformation om urinretention och behandling.

Handläggningsrutin för sjuksköterska på vårdcentral, hemsjukvård eller SÄBO.

Diagnos/Symtom

Plötslig eller tilltagande oförmåga att tömma urinblåsan. Utspänd urinblåsa. Ofta låg buksmärta.

Akut urinretention

- Snabb handläggning
- Bedömning av allmäntillstånd, blodtryck, puls, andningsfrekvens och temperatur.
- Bladderscan, resultatet journalförs.
- [KAD, 14 Ch sätts](#) efter läkarkontakt.
- Om svårighet att sätta KAD och det finns misstanke om striktur (t.ex. vid tidigare transuretral operation) kan man prova att gå ner i kateterstorlek. Om misstanke om BPH kan man istället öka storlek.

Upprättat av Jennische Kristina /Kirurgi Falun /Falun

Godkänt av Jennische Kristina /Kirurgi Falun /Falun

För verksamhet Division Primärvård

Dokumentsamling Specialitetsgrupp allmänmedicin

- Provtagning: S-kreatinin, P-glukos, Hb, urinsticka, CRP, elstatus.
- Mängden tappad urin journalförs.
- Dokumentation om KAD-sättning under Mätvärden för enheter med Take Care journalsystem.
- Läkarkontakt.
- Skriftlig information om KAD-behandling. Webbaserad patientutbildning finns på kateterfakta.nu
- Tillbehör (urinuppsamlingspåse, fästansordning, ev kateterventil) provas ut och skickas med patienten hem för behandlingstiden och journalförs.
- Kateterdragning hos distriktsköterska om 3 dagar.

Stopp i KAD

- Skall handläggas snabbt.
- Bedömning av allmäntillstånd, blodtryck, puls, andningsfrekvens och temperatur.
- Spola med NaCl avsedd för kateterspolning. Om inget resultat, prova att kuffa om katetern eller byt katetern.
- Läkarkontakt vid behov.
- Bedöm urinens utseende.

Avveckling av KAD

Genom att fylla upp blåsan innan KAD avvecklas kan man snabbare utvärdera patientens förmåga att kissa. Kan utföras på vårdcentral, i hemmet eller via kommunal sjukvård.

- Fyll upp blåsan med 300ml NaCl.
- Kuffa ur och dra katetern.
- Avvakta några timmar, patienten kan gärna ta en promenad eller gå hem under tiden om dragningsförsök sker på mottagning.
- Låt patienten försöka kissa 2-3 gånger.
- Kontrollera med bladderscan **efter** miktion. Om < 300ml i blåsan kan patienten gå hem utan kateter.

Beslutsstöd vid läkarbedömning,

Akut urinretention hos män.

Anamnes

- Duration
 - LUTS (lower urinary tract symptoms)
 - Utlösande faktorer
 - Läkemedel
-

- Andra urinvägssymtom

Status

- Adekvat statusbedömning, inklusive buk- och prostatapalpation.
- Hur ser urinen ut?

Provtagning

- Utöver prover i sköterskerutin överväg infektionsprover och urinodling (vid feber och grumlig urin). Antibiotikabehandling ska alltid övervägas vid grumlig urin.
- PSA. I samband med akut urinretention är PSA ofta förhöjt och ska därför kontrolleras först efter 4-6 veckor.

Indikation för remiss till akuten för bedömning och ställningstagande tillinläggning.

Feber/urosepsis, överväg att ge första dosen antibiotika på vårdcentralen. OBS: odla innan antibiotika ges. ([Läkemedelsbehandling av urinvägsinfektioner i öppenvård- Behandlingsrekommendation](#))

- Makroskopisk hematuri.
- Akut njursvikt (S-krea >200umol/l)
- Andra alarmerande symtom.
- Misslyckad KAD-sättning

Tappad urinmängd/polyurisk fas

- Det är mycket osannolikt att en patient med normalt S-krea, skall hamna i en polyurisk fas, oavsett hur mycket urin som stått i blåsan.
- Om det inte är möjligt att få snabbt svar på S-krea och en stor urinmängd har tappats kan patienten, under förutsättning att hen i övrigt mår bra, observeras under 4 h efter den initiala tappningen.
- När den initiala tappningen är genomförd kontrolleras med bladderscan att blåsan tom. Därefter inleds observationen.
- Om diures >150ml/h i mer än 4 h efter den initiala tappningen, bör man överväga remiss till akuten.
- Om diures <150ml/h, kan patienten gå hem, utan att man har fått svar på S-krea.

Medicinsk behandling

- α_1 -blockerare (t.ex Alfuzosin 10mg x1, tas på kvällen) skall sättas in, om det inte finns kontraindikationer. Relaxerar muskulatur i nedre urinvägarna. Behandlingseffekt bör ses inom 6 veckor och ska då utvärderas.

KAD-behandling

- Katetern skall vara öppen.
-

- Det är alltid värt att göra minst ett dragningsförsök efter akut urinretention.
- Första dragningsförsöket görs efter ca 3 dagar. Om remiss skrivs till annan vårdenhet för kateterdragnings inom kort, viktigt att direktkontakt tas med berörd mottagning då akuta remisser inte alltid hinner bedömas och patienten inte blir kallad inom planerad tid. Från akutmottagningen jourtid kan man be patienten själv kontakta sin vårdcentral nästkommande vardag om hen är adekvat.
- Ett andra dragningsförsök kan göras efter ytterligare 3-7 dagar.
- Om KAD ej kan avvecklas, eller vid upprepade retentionsepisoder:
- Överväg behandling med 5 α -reduktashämmare (Finasterid) vid misstanke om prostataförstoring. Hämmar testosteronets effekt på prostatatillväxt och krymper prostatakörteln. Långsamt insättande behandlingseffekt på 3 - 6 månader.
- Remiss till urologen för ställningstagande till avflödesbefrämjandekirurgi eller annan utredning.
- Erbjud patienten att lära sig ren intermitterent kateterisering (RIK) i väntan på effekt av 5 α -reduktashämmare /urologbedömning. I förstahand av uroterapeut, eller kunnig distriktssköterska, om tillgängligt, annars ta kontakt med sköterska på urologmottagningen.

Indikation för remiss till urologmottagningen

- Om KAD ej kan avvecklas.
- Otillräcklig effekt på α_1 -blockerare och ev 5 α -reduktashämmare.
- Information på remissen (använd standardremiss "prostata/LUTS" iTake Care)
- Symtom
- Rektalpalpation
- PSA
- Residualurin
- IPSS och miktionslista
- Aktuell behandling
- Ställningstagande till om patienten är operabel.
- Uppfyllda kriterier för ["välgrundad misstanke om prostatacancer"](#) enligt standardiserat vårdförlopp.
- Urinretention och upprepade urinvägsinfektioner.

Akut urinretention hos kvinnor.

Anamnes

- Duration
 - LUTS-besvär
 - Utlösande faktorer
-

- Läkemedel
- Andra symtom

Status

- Adekvat statusbedömning, kan man se ngt hinder vid urinrörsmynningen?
- Hur ser urinen i påsen ut?

Provtagning

- Utöver prover i sköterskerutin överväg infektionsprover och urinodling.

Indikation för remiss till akuten för bedömning och ställningstagande tillinläggning.

- Feber/urosepsis, överväg att ge första dosen antibiotika på vårdcentralen. OBS: odla innan antibiotika ges. ([Läkemedelsbehandling av urinvägsinfektioner i öppenvård- Behandlingsrekommendation](#))
- Makroskopisk hematuri.
- Akut njursvikt (S-krea >200umol/l)
- Andra alarmerande symtom.

Tappad urinmängd/polyurisk fas

- Se ovan.

KAD-behandling

- Katetern skall vara öppen.
- Det är alltid värt att göra minst ett dragningsförsök efter akut urinretention.
- Första dragningsförsöket görs efter ca 3 dagar.
- Ett andra dragningsförsök kan göras efter ytterligare 3-7 dagar.

Indikation för remiss till urologmottagningen

- Kvinnor med en episod av akut urinretention ska, beroende på misstänkt bakomliggande orsak, alltid remitteras till urolog- eller gynomtagning oavsett om KAD avvecklats eller inte.

Bakgrundsinformation om urinretention och kateterbehandling

Urinretention

Urinretention kan kategoriseras som

- Akut
 - Kronisk
 - Akut på kronisk.
-

Akut urinretention

Med akut urinretention avses plötslig oförmåga att kissa hos en patient som i vanliga fall kan det.

Incidens för akut urinretention för män är 300-700/100 000

Var tionde man mellan 70 och 79 år kommer att drabbas av akut urinretention minst en gång och var tredje man mellan 80 och 89 år kommer att drabbas minst en gång.

Incidensen för kvinnor är ca 7/100 000

Akut urinretention bland män är spontan i 70% av fallen. Den bakomliggande orsaken är oftast benign prostata hyperplasi (BPH). I 30% av fallen finns en utlösande faktor tillurinretentionen, men även hos dessa patienter finns ofta BPH i botten.

De vanligaste utlösande faktorerna är:

- Operation/narkos
- Alkohol
- Infektion/inflammation i urinvägar eller genitalier.
- Läkemedel (antikolinergika, opioider, neuroleptika, antidepressiva, NSAID, alfastimulerare, ca-hämmare m.fl.)
- Obstruktion (förstoppning, tumör, uretrastriktur, sten, koagel. Hos män även fimosis, parafimosis. Hos kvinnor även framfall, nyligen genomgången gynekologisk kirurgi, prolapsring, meatusstenos, trombotiserad karunkel, uretradivertikel, mm)
- Stroke, långvarig immobilisering, diabetesneuropati

Kvinnor med akut urinretention ska behandlas med KAD. Avvecklingsförsök bör göras. Remiss skall skrivas till urolog- eller gynnottagning beroende på vad man i första hand misstänker för genes, oavsett om man lyckas avveckla KAD eller ej.

Det vanligaste symtomet på akut urinstämma är att patienten upplever att hen inte kan kissa och har låga buksmärter. Diagnosen fastställs enklast med bladderscan som bekräftar att det finns urin i blåsan. Om bladderscan inte finns tillgängligt sätts kateter och blåsan tappas för att fastställa diagnosen. Det är viktigt att överväga urinstämma som differentialdiagnos hos patienter med demens, kognitiv svikt eller svårigheter att uttrycka sig, som söker med buksmärta eller ospecifika symtom.

Kronisk urinretention

Kronisk urinretention innebär en permanent oförmåga till fullständig blåstömning. Patienten kan uppleva tilltagande blåstömningssvårigheter och svagare urinstråle och andra LUTS-besvär. Kronisk urinretention kan bero på prostataförstoring, neurogen blåsrubbning, myogen blåsrubbning efter överdistension mm.

Behandling av kronisk urinretention är komplex och kommer inte att tas upp i dettadokument.

Akut på kronisk

Detta innebär att en patient med kronisk urinretention plötslig inte kan kissa alls. Oftafinns då en utlösande faktor (se ovan). När blåsan är överfull kan patienten drabbas av urinläckage, överrinningsinkontinens, ischuria paradoxa.

Behandling, akut urinretention hos män.

Den viktigaste behandlingen vid akut urinretention är skyndsamt avlastning med kateter.

α_1 -blockerare

Behandling med så kallad α_1 -blockerare (T.ex. Alfuzosin), som verkar genom att relaxera glattmuskulatur och därmed förbättra urinavflödet, har i studier visats fördubbla chansen till lyckad kateteravveckling och minskar risken för ytterligare episoder av akut urinretention hos män med BPH. Behandling med α_1 -blockerare bör inledas direkt och patienten bör rekommenderas att ta det på kvällen för att minska besvär av biverkningar. Biverkningarna är relativt beskedliga (huvudvärk, yrsel/svimning, ortostatism), men försiktighet bör iaktas vid grav njursvikt och hypotoni. Behandlingen skall fortsätta även efter avveckling av kateter.

5 α -reduktashämmare

5 α -reduktashämmare (Finasterid) hämmar enzymet typ-II-5- α -reduktas och minskar därmed omvandlingen av testosteron till dihydrotestosteron (DHT). Prostatavävnaden är beroende av DHT för normal funktion och tillväxt varför minskning av DHT-nivåerna leder till en minskning av prostatavolymen. Effekten kan utvärderas efter 3-6 månader. 5 α -reduktashämmare har ingen plats i handläggningen av akut urinretention, men kan övervägas hos patienter med BPH där katetern inte kan avvecklas. De vanligaste biverkningarna är impotens och minskad libido. Dessa biverkningar inträffar i början av behandlingen och blir kvarstående hos enstaka patienter trots att behandling avslutas.

Katetertid

Det finns många studier som har försökt visa hur länge man bör låta katetern sitta efter akut urinretention. Sammantaget kan man säga att det inte finns någon säkerkorrelation mellan katetertid och chans till lyckad avveckling av kateter.

Förutsatt behandling med α_1 -blockerare kan omkring 50% av patienterna bli av med katetern vid första avvecklingsförsöket och i flera material ser man att totalt ca 70% blir kateterfria efter ytterligare ett försök.

Det finns inga studier som talar för att katetertid över 3 dagar ger större chans till lyckad avveckling. Längre katetertid ger dock ökad morbiditet. Genom att göra ett tidigt försök att avveckla katetern så slipper en del patienter alltså ha kateter i fler dagar i onödan.

Enligt en metaanalys från 2016 fann man att blåstråning inför avveckling av kateter vid korttidsbehandling inte var nödvändigt utan ökade risken för komplikationer.

Risikfaktorer för att kateteravveckling ej kommer att lyckas är:

- >1000ml tappad urin
- >70åå
- prostata >50ml
- Ingen känd utlösande faktor
- Svåra LUTS-besvär

Ren intermittent kateterisering, RIK

Det finns randomiserade studier som visar att RIK har principiella fördelar jämfört med permanent KAD såsom ökad livskvalitet och mindre infektionsrisk.

För att en patient skall kunna lära sig RIK krävs bra syn och normal handmotorik, samt bevarad kognitiv funktion.

Det finns få studier där man har tittat på hur RIK fungerar efter akut urinretention.

Det finns en pilotstudie med lovande resultat: För de patienter där man inte lyckats avveckla katetern vid första försöket ökade RIK chansen till spontan blåstömning på sikt, jämfört med KAD, och gav även färre komplikationer och ökad livskvalitet.

REFERENSER

SBU. Godartad prostataförstoring med avflödes hinder. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU);2011. SBU-rapport nr 209. ISBN 978-91-85413-45-4.

UpToDate.com "Acute urinary retention". Juni 2021.

Prostate Cancer Prostatic Dis. 2015 Dec;18(4):297-302. doi: 10.1038/pcan.2015.15.Epub 2015 Jul 21

Systematic review and meta-analysis on management of acute urinary retention.

Yoon PD, Chalasani V, Woo HH.

Urologia. 2013 Sep-Dec;80(4):257-64. doi: 10.5301/RU.2013.11688. Epub 2013 Dec17.

Urinary retention.

Hernández Hernández D, Tesouro RB, Castro-Diaz D.

Emerg Med Pract. 2014 Jan;16(1):1-20; quiz 21.

An evidence-based approach to emergency department management of acute urinary retention.

Marshall JR, Haber J, Josephson EB.

BJU Int. 2001 Jul;88(1):26-9.

The optimal form of urinary drainage after acute retention of urine.

Patel MI, Watts W, Grant A.

BJU Int. 2012;109(1):88-95.

Management of acute urinary retention: a worldwide survey of 6074 men with benign prostatic hyperplasia.

Fitzpatrick JM, Desgrandchamps F, Adjali K, et al.

Eur Urol. 2019 May;75(5):788-798.

Management of Urinary Retention in Patients with Benign Prostatic Obstruction: A Systematic Review and Meta-analysis.

Karavitakis M, et al

Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci). 2016 Sep;10(3):173-181.

Is Bladder Training by Clamping Before Removal Necessary for Short-Term Indwelling Urinary Catheter Inpatient? A Systematic Review and Meta-analysis.

Wang LH, et al.

Int Urol Nephrol 48, 931–939 (2016).

D.K. Clean intermittent catheterization revisited.

Lamin, E., Newman.
