

# Sjukdomar i manliga genitalia

Hans Hedelin, FoU-centrum  
och Urologkliniken, Kärnsjukhuset, Skövde

---

---

## Inledning

---

---

Erektill dysfunktion och godartad prostataförstoring är vanliga tillstånd och prostatacancer har den högsta incidensen av alla cancerformer hos män. Endast undantagsvis drabbas män < 50 år av dessa sjukdomar. Testistorsion och testiscancer är den yngre mannens sjukdomar.

Farmakologiska behandlingsmetoder har stor betydelse, inte minst för erektil dysfunktion (ED), där de flesta kan få enkel och effektiv hjälp. Även godartad prostataförstoring kan behandlas farmakologiskt. Att det finns olika typer av hormonell behandling av prostatacancer möjliggör en mer individualiserad behandling. Att den är förenad med en rad komplikationer, från osteoporos till trötthet, har blivit alltmer klarlagt. Abakteriell prostatit/kroniskt bäckensmärtsyndrom utgör fortfarande ett enigma där mer effektiv behandling saknas.

## Sjukdomar i skrotum

### Epididymit

Orsaken är en infektion som når epididymis via uretra och prostata. Hos den yngre mannen är klamydia den mest sannolika orsaken, hos den äldre mannen är det *E. coli*.

### Symtom

Symtomen är ensidiga med smärtor och ömhet över epididymis som svullnar upp. Svullnaden kan vara så kraftig att detalj-

palpation inte är möjlig. Symtomen kan vara snabbt insättande och är ofta förenade med miktionsveda och feber.

### Differentialdiagnoser

Vid snabbt insättande smärtor och svullnad är testistorsion en viktig differentialdiagnos och vid långsamt insättande symtom testistumör. Skrotalt ultraljud kan vara till stor hjälp vid diagnostiken.

### Behandling

Hos den yngre mannen med klamydia som sannolik orsak är doxycyklin ett optimalt behandlingsalternativ, hos män > 45–50 år fluorokinoloner. Behandlingen bör pågå i 3 veckor och, om smärtor och ömhet kvarstår, förlängas ytterligare. Patienten bör följas till utläkning, dvs att status i skrotum normaliserats. Se vidare om klamydia i kapitlet Sexuellt överförbara sjukdomar, s 472.

### Testistorsion

Om testikeln och funikeln (där blodförsörjningen till testikeln finns) roteras, stryps blodförsörjningen och ger akut insättande smärtor. Den engagerade skrotalhalvan är oftast svullen och missfärgad. Testistorsion är en viktig differentialdiagnos vid snabbt insättande smärtor i skrotum, speciellt hos pojkar och yngre män (1).

Färgdopplerundersökning har god diagnostisk förmåga. Akut exploration (senast inom 5–6 timmar) är annars nödvändig, inte bara för diagnosen utan för att testikeln ska kunna detorkveras och inte skadas

irreversibelt. Är testikeln nekrotisk extirperas den, förefaller den viabel utförs orkiopexi till skrotalvägen.

### Testistumör

Testiscancer är vanligtvis inte förenad med smärtor, men kan vara det (10%). Smärtorna kan vara akut insättande.

Så gott som alla testikeltumörer är maligna. Testiscancer förekommer som seminom och som s k icke-seminom (embryonal cancer).

En resistens i skrotum som inte kan fripalperas från testikeln ska misstänkas vara en testiscancer. Är palpationsfyndet osäkert kan ultraljud av skrotum oftast fastställa om resistensen ligger i testikeln, vilket gör att exploration krävs, eller om den ligger utanför testikeln.

### Behandling

Behandlingen är ablatio testis följt av dator-tomografi av buk och torax för att upptäcka eventuella lymfkörtelmetastaser. Vid seminom ges strålbehandling och vid embryonal cancer cytostatika och/eller kirurgisk lymfkörtelutrymning vid påvisade eller miss-tänkta lymfkörtelmetastaser i buken.

För tumörer begränsade till testikeln är prognosen mycket god, med en 5-årsöverlevnad på nästan 100%.

### Blåstömningsproblem hos män

LUTS (lower urinary tract symptoms), dvs blåstömningsproblem i form av startsvårigheter, svag stråle, ofullständig blåstömning, efterdropp och ofta påkommande urinträngningar dag som natt är vanligt hos medelålders och äldre män.

### Orsaker

Den vanligaste orsaken till LUTS är en godartad prostataförstoring (BPH) som försvårar urinavflödet och kan göra blåsan instabil.

LUTS kan också orsakas av idiopatisk/åldersrelaterad blåsoveraktivitet. Andra orsaker är urinvägsinfektion, bäckensmärt-syndromet, blåssten, blåshalsskleros, stora blåstumörer och prostatacancer.

Om cerebrala miktionscentra skadas, som efter slaganfall, blir blåsan överaktiv och

kontraheras ofrivilligt redan vid låg fyllnad, med imperativa urinträngningar som följd. Kan inte den ofrivilliga blåskontraktionen hämmas tillkommer urinläckage. Se även kapitlet Urininkontinens, s 429.

### Utredning

Vid utredning av LUTS är det viktigt att utesluta allvarliga bakomliggande orsaker som blås- eller prostatacancer. Stor residualurin och njurfunktionspåverkan måste också upptäckas. I utredningen ingår:

- urinstickor, inklusive nitrittest, vid behov kompletterat med urinodling
- S-PSA (prostata-specifikt antigen) och palpation per rektum
- S-kreatinin och eventuellt residualurin
- miktionslistor.

Om utredningen inte visar något avvikande är det graden av besvär som avgör om ytterligare utredning ska göras och behandling sätts in. Besvären kan objektiviseras med symtomformulär och miktionslistor. Det är vanligt att patienten avstår från ytterligare åtgärder när han får veta att det inte föreligger någon allvarlig sjukdom.

Absolut indikation för specialistbedömning föreligger vid hög residualurin, njurfunktionspåverkan, upprepade urinvägsinfektioner och vid hematuriepisoder förorsakade av BPH.

En rad olika behandlingsmetoder finns och patient och läkare bör i samråd besluta om vilken behandling som ska sättas in.

Inför behandling bör utredningen om möjligt kompletteras med:

- tidsmiktion (alternativt flödesmätning)
- transrektalt ultraljud för att bestämma prostatas storlek (värdefullt inför invasiva ingrepp och behandling med 5-alfa-reduktashämmare).

Uretrocystoskopi är indicerad först vid hematuri, recidiverande infektioner och svåra trängningar/miktionsmärtor.

### Behandling

Om det finns en obstruktiv komponent, oftast BPH, med lågt urinflöde bör i första

### Terapirekommendationer – Farmakologisk behandling av symtomgivande BPH

Alfa-1-receptorblockerande medel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskulatur i blåshals och prostata relaxeras</li> <li>• Urinavflödet underlättas</li> <li>• Snabbt insättande effekt</li> <li>• Verkar oberoende av prostatas storlek</li> <li>• Biverkningar: Hypotension och yrsel</li> </ul>
5-alfa-reduktashämmare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Testosterons effekt på prostata elimineras</li> <li>• Prostatas storlek reduceras med 20–25%</li> <li>• Full effekt efter 4–6 månader</li> <li>• Bäst effekt om prostata &gt; 40 ml</li> <li>• Biverkningar: Kan försämra libido och ge ED (erektil dysfunktion)</li> </ul>

hand avflödeshindret elimineras. Flera alternativ finns.

#### *Kirurgisk behandling*

Transuretral prostataresektion (TURP) är den mest använda metoden vid godartad prostataförstoring och blåshalsskleros. Behandlingsresultaten är goda med förbättrat flöde och minskade besvär.

Alternativa, mindre invasiva metoder är värmebehandling med mikrovågor (transuretral termoterapi) med korttidsresultat i nära paritet med TURP.

#### *Farmakologisk behandling av BPH*

Alfa-1-receptorblockerande medel (alfuzosin, doxazosin och terazosin) relaxerar muskulaturen i blåshals/prostata och underlättar därigenom urinavflödet (2,3).

Alfa-reduktashämmare dutasterid, (finasterid) ger ca 20% reduktion av prostatas volym efter 3–4 månaders behandling. Detta ger en mindre, men statistiskt signifikant, förbättring av urinavflödet och minskar risken för urinretention. Effekten är bäst när prostata är mer påtagligt förstörd (> 40 ml).

#### *Övrig behandling*

Om utredningen inte ger hållpunkter för obstruktion och om det inte föreligger någon specifik orsak till patientens LUTS, som blås- eller prostatacancer, blir behandlingen symtomriktad. Detsamma gäller om utredningen visar att blåsan är överaktiv. Antikolinergika (t ex tolterodin) är de mest använda preparaten och de har ofta, men inte alltid, klinisk effekt (4).

### Prostatit

Prostatit står för flera inte alltid väl definierade tillstånd. I den kliniska vardagen avses i regel kronisk icke-bakteriell prostatit/kroniskt bäckensmärtssyndrom.

#### **Kronisk icke-bakteriell prostatit/kroniskt bäckensmärtssyndrom**

Ett vanligt förekommande tillstånd karakteriserat av smärtor i perineum och suprapubiskt, täta tvingande urinträngningar, miktionsmärta och smärtsamma ejakulationer.

Det är män från 20-års ålder till begynnande medelålder som drabbas med symptom som med varierande intensitet kan persistera under många år. Besvären accentueras nästan alltid av kyla och upplevs som mest besvärliga vintertid.

Den utlösande orsaken kan vara en urinvägsinfektion eller andra ”agens” som t ex avkylning engagerande prostata och/eller bäckenbottenmuskulaturen. Detta ger hos den predisponerade mannen upphov till en sensitisering i den skadade vävnaden följt av en dysfunktionell smärtmodulering. En persisterande infektion är inte orsaken och långvarig behandling med antibiotika bör undvikas.

Diagnosen ställs på anamnesen. En öm prostata och/eller bäckenbottenmuskulatur stärker diagnosen men är långt ifrån obligatoriska fynd.

Utredningen innefattar nitrittest, hematuristickor och tidsmiktions alternativt flödesmätning.

Kausal behandling saknas, antibiotika har inte sällan god effekt vid det första skovet men därefter inte (5). Behandlingen bör vara individualiserad och multimodal och

innefatta stöd och bekräftelse till den inte sällan svårt plågade mannen.

NSAID-preparat kan dämpa symtomen. Alfa-1-receptorblockerare och selektiva fosfodiesterashämmare kan ibland förbättra situationen.

Vid uttalade smärtor kan tricykliska antidepressiva läkemedel som nortriptylin och preparat som gabapentin och pregabalin prövas och vid en öm bäckenbottenmuskulatur bör fysioterapeutisk behandling övervägas.

Information om sjukdomen, smärtförklaring, är en viktig del av omhändertagandet. Varma bad och vistelse i varmt klimat ger ofta symtomlindring. Prostatamassage och mer frekventa ejakulationer förbättrar bara undantagsvis situationen.

### **Kronisk bakteriell prostatit**

Orsaken är en bakteriell kolonisation i prostatas gångar, oftast av *E. coli*, som intermitterent (med månads- till årslånga intervall) ger en symtomgivande urinvägsinfektion med feber och positiv urinodling. Mellan infektionsepisoderna är mannen besvärsfri och prostata palperas utan anmärkning.

Behandling med fluorokinoloner eller trimetoprim i 2–4 veckor ger oftast utläkning – om inte, är vidare urologisk utredning motiverad.

### **Akut bakteriell prostatit**

Akut bakteriell prostatit är en ovanlig sjukdom med hög feber, allmänpåverkan och intensivt ömmande prostata. Sjukhusvård med antibiotika, fluorokinoloner, eventuellt parenteralt, bör övervägas.

### **Prostatacancer**

Prostatacancer (95% adenocarcinom) är den vanligaste cancerformen hos män. Förekomsten är starkt ålderskorrelerad och prostatacancer är ovanligt före 50 års ålder. Risken är större inom familjer där cancer tidigare förekommit och bestämning av S-PSA (prostata-specifikt antigen) rekommenderas vid familjär belastning. Mikroskopisk cancer är vanlig, men få tumörer tillväxer och ger symtom. Detta bör beaktas hos äldre män (> 75 år) där bestämning av S-PSA bör övervägas först vid symtom.

När tumören blir > 10–15 mm växer den genom prostatas kapsel och börjar sprida sig. Har tumören väl lämnat prostatas kapsel är den inte längre möjlig att bota.

### **Symtom**

De flesta tumörer börjar i prostatas yttre bakre del. Detta gör att vattenkastningen inte påverkas förrän tumören tillväxt. Andra symtom är smärtor lokalt eller orsakade av skelettmetastaser (kotor och revben).

Viktörlust, anemi, bensvullnad och skrotala ödem tyder på generaliserad tumörväxt. Tumören kan också ge urinretention och obstruera uretärerna och påverka njurfunktionen.

### **Serum-PSA**

För att bot ska vara möjlig är det avgörande att tumören hos män yngre än 70–75 år diagnostiseras när den fortfarande är lokaliserad vilket idag inträffar i > 50% av fallen. S-PSA är ett sätt att hitta den tidigt. Om det är rimligt att genomföra en generell PSA-baserad screening värderas i pågående studier.

PSA bildas i och är specifikt för prostata. Det "läcker" ut till serum och serumnivån stiger vid prostatacancer, men även vid benign prostatahyperplasi och vid infektioner.

Vid S-PSA < 3 mikrog/L är sannolikheten för prostatacancer låg och vid < 10 mikrog/L är tumören sannolikt lokaliserad. Med stigande värden ökar risken för metastasering och vid S-PSA > 100 mikrog/L föreligger alltid skelettmetastaser.

S-PSA finns antingen bundet till serumproteiner eller fritt. Andelen bundet PSA är högre vid cancer och om kvoten fritt/totalt PSA är låg (< 18%) är sannolikheten för malignitet i prostata följaktligen större.

### **Diagnos**

Misstanke om prostatacancer uppkommer om prostata palperas hård och/eller ojämn och vid S-PSA-förhöjning. Diagnosen verifieras med prostatabiopsi. Den vidare utredningen syftar till att avgöra om tumören är spridd eller inte.

### **Behandling**

#### *Lokaliserad cancer*

Är den förväntade normala överlevnaden  $\geq 10$  år och om utredningen talar för en loka-

liserad prostatacancer, kan kurativt syftande behandling – endera radikal prostataektomi eller strålbehandling erbjudas.

#### *Icke lokaliserad cancer*

Bot är inte möjlig vid icke lokaliserad cancer, men hormonell behandling förlänger livet och ger symtomlindring. När behandling ska sättas in hos en man som inte har några symptom av sin cancer krävs ett noggrant individuellt övervägande. Biverkningarna är inte negligerbara och det är inte säkerställt att det är av värde att tidigt sätta in endokrin behandling. Det finns flera möjligheter att ge endokrin behandling med likvärdig effekt, men biverkningarna skiljer sig åt.

#### *Ablatio testis*

Ablatio testis har snabbt insättande effekt och kan utföras polikliniskt, men kan upplevas som psykiskt påfrestande. Libido försvinner och besvärande värmevallningar är vanliga.

#### *GnRH-agonister*

GnRH-agonisterna ger initialt en övergående förhöjning av S-testosteron, följt efter 2–3 veckor av en sänkning av S-testosteron till värden som efter kirurgisk kastration. GnRH-agonister administreras i form av regelbundna (1–12 månaders intervall) subkutana injektioner. Libido försvinner och värmevallningar kan uppträda. Kostnaden är högre än för ablatio testis och effekten sätter inte in lika snabbt. GnRH-analoger bör kombineras med ett antiandrogen under den första behandlingsmånaden för att undvika s k flare, dvs temporär tumörprogress.

#### *Antiandrogener*

Antiandrogener kan ges som singelterapi (bikalutamid). Fördelen med antiandrogener, av typen bikalutamid och flutamid, är att libido och erektionsförmåga påverkas mindre än vid annan hormonell behandling.

#### *Östrogen*

Peroralt administrerat östrogen kan ge allvarliga kardiovaskulära biverkningar och bör inte användas. Parenteralt tillfört öst-

rogen, polyestradiol, ger inte dessa biverkningar i samma utsträckning och är ett alternativ till GnRH-analoger och antiandrogener.

#### **Tumörprogress**

Förr eller senare börjar tumören progrediera lokalt eller ge metastassmärtor. Detta föregås av en stegring av S-PSA. Den förväntade överlevnaden är då kort och ingen nu känd behandling kan förlänga den.

Cytostatika bör bara användas inom ramen för kontrollerade studier. Däremot är den palliativa vården, främst smärtlindring, viktig. Lokal strålbehandling mot skelettmetastaser har god effekt. Analgetika bör i första hand ges som kombinationspreparat (t ex paracetamol + kodein). I nästa steg ges morfin, helst i form av långverkande perorala preparat. Morfin bör kombineras med tarmreglerande medel, t ex laktulos och natriumpikosulfat. Vid skelettsmärtor kan NSAID-preparat ha god effekt. Kortison (prednisolon 10 mg 3 gånger/dygn) kan förbättra allmäntillståndet (se i övrigt kapitlet Smärta och smärtbehandling, s 877).

#### **Erektil dysfunktion**

Det finns goda möjligheter att hjälpa de flesta patienter med erektil dysfunktion (ED). Utredningen behöver inte vara omfattande.

ED är starkt åldersrelaterad. Huvuddelen som söker hjälp är > 60 år. Bakom detta ligger "normala" fysiologiska åldersförändringar. Vanliga orsaker är också hjärt- och kärlsjukdomar och diabetes samt neurologiska sjukdomar och prostatakirurgi. Hormonella bristtillstånd är däremot sällan orsaken. Rökning är en riskfaktor, liksom blodtrycksmediciner och psykofarmaka. Övervikt liksom nedsatt allmänkondition är andra bakomliggande orsaker.

Oavsett den somatiska orsaken till erektionsproblemen, finns ofta en psykogen pålagring. ED av rent psykogena orsaker är inte heller ovanligt – hos yngre män den kanske vanligaste orsaken (prestationsångest).

## Behandling

Det finns flera farmakologiska alternativ som fungerar i stort sett oberoende av bakomliggande orsak.

### Peroral behandling

Fosfodiesterashämmare verkar lokalt och ska tas strax innan förväntad sexuell aktivitet. Läkemedlen har effekt bara vid sexuell stimulering. De är kontraindicerade vid angina pectoris och nitroglycerinmedicinering. I övrigt är biverkningarna få och allvarliga sådana är mycket ovanliga. De tre fosfodiesterashämmare som finns tillgängliga skiljer sig i effektduration och biverkningar vilket gör att det kan vara indicerat att byta preparat; det ena kan fungera bättre än det andra.

Medlen är förstahandspreparat vid ED men ingår inte i läkemedelsförmånen.

### Intrakavernös prostaglandininjektion

Prostaglandin injicerat intrakavernöst utlöser inom 10–15 minuter en erektion, oberoende av sexuell stimulering. Patienten injicerar prostaglandinet (alprostadil) själv vid varje tillfälle. Han bör instrueras om injektionsteknik och få ge den första injektionen under överinseende.

Det finns en liten risk för priapism (kvarstående erektion efter 6–8 timmar). För att då få erektionen att gå tillbaka kan efedrin (50 mg i 10 ml fysiologisk koksaltlösning) injiceras intrakavernöst.

### Intrauretral applikation av prostaglandin

Prostaglandin (alprostadil) infört i urethra ger erektion utan sexuell stimulering. Höga doser, 250–1 000 mikrog, behövs och obehag från distala uretra är inte ovanligt. Medlet verkar lokalt och är ett alternativ om fosfodiesterashämmare är kontraindicerade.

### Testosteron

Hos män med både nedsatt libido och erektil dysfunktion kan det finnas anledning att bestämma S-testosteron (6). Vid låga värden kan testosteronsubstitution i form av gel eller depåninjektion övervägas.

## Prematur ejakulation

Det finns nu ett preparat Priligy (dapoxetin) registrerat under indikationen prematur ejakulation. Det återstår att se hur det fungerar i klinisk rutin.

---

---

## Referenser

---

---

1. Boman H, Dahlberg R, Grundtman S, Hedelin H. Testistorsion – ett diagnostiskt dilemma. Exploration bekräftar diagnos hos 9 procent, färgdopplerultraljud säkrare. *Läkartidningen*. 2005;102:856–8.
2. Brekkan E. Godartad prostataförstoring och obstruktion i nedre urinvägarna. I: Damber JE, Peeker R, red. *Urologi*. 1:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2006. ISBN 91-44-02874-1.
3. Jones C, Hill J, Chapple C; Guideline Development Group. Management of lower urinary tract symptoms in men: summary of NICE guidance. *BMJ*. 2010;340:c2354.
4. Staskin DR, MacDiarmid SA. Pharmacologic management of overactive bladder: practical options for the primary care physician. *Am J Med*. 2006;119(3 Suppl 1):24–8.
5. Hedelin H. Kronisk abakteriell prostatit/kroniska bäckensmärter. *Läkartidningen*. 2010;107:837–9.
6. Arver S, Lehtihet M. Testosteron i nyckelroll vid hypogonadism hos män. *Läkartidningen*. 2009;106:2460–4.

### För vidare läsning

7. Lidbeck J. Centralt störd smärtmodulering vid muskuloskeletal smärta. Ny kunskap kräver ny modell för mekanismbaserad smärtanalys. *Läkartidningen*. 2007;41:2959–64.
8. Holmström B, Hallberg P. Antibiotikabehandling vid kronisk prostatit saknar i princip evidens. *Läkartidningen* 2006;103:3822–8.
9. SBU. BPH godartad prostataförstoring med avflödes hinder. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Planerad publicering våren 2011. [www.sbu.se](http://www.sbu.se)

---

---

## Preparat<sup>1</sup>

### Medel vid epididymit och prostatit

#### *Doxycyklin*

Se kapitlet Antibiotika och resistens, s 664.

#### *Fluorokinoloner*

Se kapitlet Urinvägsinfektioner, s 446.

#### *Trimetoprim*

Se kapitlet Urinvägsinfektioner, s 468.

---

### Medel vid benign prostatahyperplasi

#### Alfa-1-receptorblockerande medel

##### *Alfuzosin*

**Alfuzosin** Flera fabrikat, depottabletter 10 mg

**Xatral OD** sanofi-aventis, depottabletter 10 mg

##### *Doxazosin*

**Alfadil BPH** Pfizer, depottabletter 4 mg, 8 mg

**Doxazosin** Flera fabrikat, depottabletter 4 mg

##### *Terazosin*

**Hytrinex** Amdipharm, tabletter 1 + 2 mg, 2 mg, 5 mg, 10 mg

**Sinalfa** Amdipharm, tabletter 2 mg, 5 mg, 10 mg, tabletter 1 mg och tabletter 2 mg, startförop.

**Terazosin** Flera fabrikat, tabletter 2 mg, 5 mg

#### Testosteron-5-alfa-reduktashämmare

##### *Dutasterid*

**Avodart** GlaxoSmithKline, kapslar 0,5 mg

##### *Finasterid*

**Finasterid** Flera fabrikat, tabletter 5 mg

**Proscar** MSD, tabletter 5 mg

---

### Medel vid instabil blåsa

#### *Tolterodin m fl antikolinergika*

Se kapitlet Urininkontinens, s 435.

---

### Medel vid prostatacancer

#### Gonadotropinfrisättande hormonanaloger (GnRH-analoger)

##### *Buserelin*

**Suprefact** sanofi-aventis, injektionsvätska 1 mg/ml

**Suprefact Depot** sanofi-aventis, implantat 6,3 mg (2 månaders beredning), implantat 9,45 mg (3 månaders beredning)

##### *Goserelin*

**Zoladex** AstraZeneca, implantat förfylld spruta 3,6 mg (4 veckors beredning), 10,8 mg (3 månaders beredning)

##### *Leuprorelin*

**Eligard** Astellas Pharma, pulver och vätska till injektionsvätska 7,5 mg, 22,5 mg, 45 mg

**Enanton Depot Dual** Orion Pharma, pulver och vätska till injektionsvätska förfylld spruta 3,75 mg, 11,25 mg, 30 mg

**Enanton Depot Set** Orion Pharma, pulver och vätska till injektionsvätska 3,75 mg, 11,25 mg, 30 mg

**Procren Depot** Abbott, pulver och vätska till injektionsvätska 3,75 mg, 11,25 mg, 30 mg

##### *Triptorelin*

**Decapeptyl Depot** Ferring, pulver och vätska till injektionsvätska 3,75 mg. IPSEN, pulver och vätska till injektionsvätska 11,25 mg

---

#### GnRH-antagonister

##### *Degarelix*

**Firmagon** Ferring, pulver och vätska till injektionsvätska 80 mg, 120 mg

---

#### Antiandrogener

##### *Bikalutamid*

**Baculamyl** Mylan, tabletter 50 mg

**Bicalutamid/Bicalutamide/Bicalutamid** Flera fabrikat, tabletter 50 mg, 150 mg

**Bictamid** Arrow, tabletter 50 mg, 150 mg

**Casodex** AstraZeneca, tabletter 50 mg, 150 mg

**Nycolutamid** Nycomed, tabletter 150 mg

##### *Flutamid*

**Eulexin** MSD, tabletter 250 mg

**Flutamid** Flera fabrikat, tabletter 250 mg

---

#### Östrogener

##### *Polyestradiol*

**Estradurin** NordMedica, pulver och vätska till injektionsvätska 80 mg

---

#### Övriga läkemedel

##### *Paracetamol + kodein, morfin*

Se kapitlet Smärtbehandling, s 900.

##### *Laktulos, natriumpikosulfat*

Se kapitlet Tarmkanalens funktionsrubbningar, s 135.

##### *Prednisolon*

Se kapitlet Kortikosteroider och hypofyshormoner, s 653.

---

### Medel vid prematur ejakulation

##### *Dapoxetin*

**Priligy** Janssen-Cilag, filmdragerad tablett 30 mg, 60 mg

---

### Medel vid erektil dysfunktion

#### Erektionsframkallande medel

##### *Alprostadil*

**Bondil** Meda, uretralstift 250 mikrog, 500 mikrog, 1 000 mikrog

**Caverject** Pfizer, pulver och vätska till injektionsvätska 5 mikrog, 40 mikrog

**Caverject Dual** Pfizer, pulver och vätska till injektionsvätska 10 mikrog, 20 mikrog

##### *Sildenafil*

**Viagra** Pfizer, tabletter 25 mg, 50 mg, 100 mg

---

1. Aktuell information om parallellimporterade läkemedel och generika kan fås via apotek. För information om miljömärkning, se kapitlet Läkemedel i miljön, s 1182, samt [www.janusinfo.org](http://www.janusinfo.org)

*Tadalafil*

**Cialis** Lilly, tabletter 2,5 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg

*Vardenafil*

**Levitra** Bayer HealthCare, tabletter 5 mg, 10 mg, 20 mg

---

**Medel för testosteronsubstitution**

*Testosteron*

**Nebido** Bayer, injektionsvätska 1 000 mg/4 ml

**Testim** Ferring, gel 50 mg

**Testogel** Bayer, gel 50 mg

**Tostrex ProStrakan**, gel 2%

**Undestor Testocaps** MSD, kapslar 40 mg

---

**Medel vid priapism**

*Efedrin*

**Efedrin Mylan** Mylan, injektionsvätska 50 mg/ml

---

---

