

Polyuri hos en patient med infravesikal obstruktion

Reservelæge Jørgen Bjerggaard Jensen &
1. reservelæge Morten Jønler

Aalborg Sygehus Nord, Urologisk Afdeling

For mandlige patienter over 40 år er den estimerede risiko for akut urinretention ca. 0,7% pr. år [1]. En del af disse patienter kan ved aflastning med kateter à demeure gå i polyuri, hvor intensiv væskebehandling kan være påkrævet [2].

Sygehistorie

En 82-årig tidligere urologisk rask mand blev af egen læge indlagt med svære perifere ødemer og vægtøgning. Patienten havde gennem de seneste år været tiltagende generet af slap stråle, igangsætningsbesvær og hyppige vandladninger. Han havde desuden i de seneste måneder observeret, at den eneste måde, han kunne lade vandet på, var ved at trykke fortil nederst på maven. Ved objektiv undersøgelse hos egen læge blev der fundet en stor tumor i nederste del af abdomen. Tre døgn før indlæggelsen blev prostataspecifikt antigen (PSA) målt til 1,8 µg/l. Objektivt fandtes patienten upåvirket. Suprapubisk fandt man en tydeligt palpabel udfyldning, der strakte sig til umbilicus. Prostata følte marginalt forstørret og uden suspicio for malignitet. Ved anlæggelse af kateter à demeure udtømmes der 1.700 ml klar urin, og udfyldningen på blærens plads forsvandt. Paraklinisk fandtes der påvirket nyrefunktion med kreatinin på 824 µmol/l, carbamid på 28,8 mmol/l, K⁺ på 6,2 mmol/l, og Na⁺ på 144. I de efterfølgende døgn gik patienten i polyuri med en diurese på ca. 16 l i det første døgn (Tabel 1). Væsketabet søgtes delvist erstattet i de følgende døgn under samtidig monitorering af elektrolytstatus. Efter fire døgn indlæggelse og væsketerapi var patientens diurese og elektrolytter normaliseret, og de deklive ødemer var forsvundet. Under hele indlæggelsen var patienten klinisk upå-

virket, og han kunne efter fire døgn udskrives med kateter à demeure til videre ambulat udredning og behandling.

Diskussion

Blandt patienter med *lower urinary tract obstruction* (LUTS) søger 25% først læge i forbindelse med akut urinretention, mens ca. 5% har uræmiske symptomer [3]. Almindeligvis behandles patienter i retention initialt med kateter à demeure for så på et senere tidspunkt at overgå til videre udredning og evt. anden behandling. Polyuri efter aflastning af urinretention ses hos et fåtal af patienterne, og der er sjældent behov for intravenøs substitution efter aflastning [4]. Tilstanden bør dog kendes af det personale, som varetager behandling af patienter med retention, idet et ikke ubetydeligt antal patienter behandles ambulat, på skadestuer eller på hjemmebesøg. Grundig anamnese og omhyggelig information af patienter, pårørende og evt. plejepersonale er derfor nødvendig, såfremt en patient ikke indlægges til observation og rehydrering.

Hos den beskrevne patient afslørede anamnesen et langvarigt forløb med kronisk retention og måske derfor en forøget risiko for polyuri ved aflastning, men en tilstand med polyuri efter aflastning af urinretention kan være umulig at forudsige [4]. Mange gange påfører man patienten en polyuri ved at erstatte de store diureser, som organismen udskiller pga. naturligt opbyggede væskeoverskud fortrinsvis i form af ødemer. Men tilstanden er i sjældne tilfælde reel og da potentielt livstruende, da der kan indtræffe elektrolytforstyrrelser, specielt i form af kaliumfald.

I nærværende sygehistorie vises også, hvorledes en patient i et præuræmisk stadie med påvirket kreatinin, carbamid og K⁺ med relativt simple midler og monitorering på kort tid blev bragt til et nefrologisk normalt leje. Det anbefales, at sådanne patienters elektrolytforskydninger og væsketab ikke blindt korrigeres, men korreleres til patientens kliniske situation og forbedring i nyrefunktion. Såfremt S-kreatinin ikke er væsentligt forhøjet, kan man tillade sig at se med ro på udskillelse af et begrænset væskeoverskud. Entusiastisk væskesubstitution kan således blot resultere i øget urinudskillelse med forlængelse af polyurifasen [4].

Tabel 1. Diurese, væskeindgift og parakliniske undersøgelser hos patient i polyuri.

	Døgn 1	Døgn 2	Døgn 3	Døgn 4
Diurese (ml)	15.900	14.270	7.970	2.350
Væskeindgift (ml)				
– intravenøst	11.050	10.000	2.000	0
– peroralt	2.280	3.015	2.430	2.725
Balance (ml) ^a	-2.570	-1.255	-3.540	375
Kreatinin (µmol/l)	824	269	143	133
Carbamid (mmol/l)	28,8	11,1	5,9	6,0
Na ⁺ (mmol/l)	144	142	139	141
K ⁺ (mmol/l)	6,2	5,2	4,1	4,7
Hæmoglobin (mmol/l)	7,7	7,4	7,7	8,5

a) Balance angiver forskellen mellem væskeindgift og diurese.

Korrespondance: Morten Jønler, Urologisk Afdeling, Aalborg Sygehus Nord, DK-9100 Aalborg. E-mail jonler@dadlnet.dk

Antaget: 11. juni 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Jacobsen SJ, Jacobson DJ, Girman CJ et al. Natural history of prostatism: risk factors for acute urinary retention. *J Urol* 1997;158:481-7.
- Nyman MA, Schwenk NM, Silverstein MD. Management of urinary retention: rapid versus gradual decompression and risk of complications. *Mayo Clin Proc* 1997;72:951-6.
- Jørgensen TM, Kristensen JK, Nerstrøm B et al. *Urologi*. 2. udgave. København: FADLs Forlag, 2003:54-63.
- Bishop MC. Diuresis and renal functional recovery in chronic retention. *Br J Urol* 1985;57:1-5.