

Kronisk monstrøs urinretention

Frederik Gustav Thomsen¹ & Mette Lind Holm²

KASUISTIK

1) Urologisk Afdeling D, Roskilde Sygehus
2) Urologisk Klinik D, Rigshospitalet

Ugeskr Læger
2015;177:V02130115

Urinretention kan være en akut og smertefuld tilstand, som sjældent giver diagnostiske problemer. Den langsomt stigende mængde residualurin hos en patient med eller uden *lower urinary tract symptoms* kan være vanskeligere at diagnosticere. Ofte kan man dog enten visuelt eller palpatorisk få mistanke om en kronisk urinretention.

SYGEHISTORIEN

En 75-årig mand blev henvist til Urologisk Afdeling, Rigshospitalet, med venstresidig nyretumor. Patienten havde på grund af stigende abdominalomfang fået foretaget CT, hvor man dels fandt en tumor i venstre nyre, dels en stor mesenterialcyste. Ved revurdering af CT'en fandt man tillige en højresidig nyretumor. Der var ingen hydronefrose.

Umiddelbart anførte patienten, at han ikke havde nogen vandladningsgener. Ved grundigere anamnese kom det frem, at han som taxachauffør havde fundet stor nytte i at have optrænet sig til at holde på vandet, så han kunne nøjes med vandladning 1-2 gange i døgnet. På grund af den cystiske udfyldning og anamnestisk retentionsmistanke anlagde man et uretralkateter og udtømte 15 l klar urin. Patienten havde herefter et ganske normalt abdominalomfang, men med en *prune belly*-lignende bugvæg.

Forud for kateteranlæggelsen var S-kreatinin-niveauet normalt, og en renografi viste ligelig funktionsfordeling med en stadigt stigende kurve i de normale første 20 min, men efter furosemidindgift sås der en svært forlænget afløbstid bilateralt (**Figur 1**).

Patienten fik siden foretaget resektion af nyretumorerne, der begge var onkocytomer. Det postoperative forløb kompliceredes af vedvarende hæmaturi, der var forårsaget af et pseudoaneurisme i højre nyre. Dette blev *coil*'et med god effekt. En ambulant opfølgende renografi viste uændret ligelig funktionsfordeling nu med let forlænget afløb bilateralt. Behandlingen blev afsluttet efter oplæring i ren intermitterende kateterisering, da han helt havde mistet evnen til blæretømning.

DISKUSSION

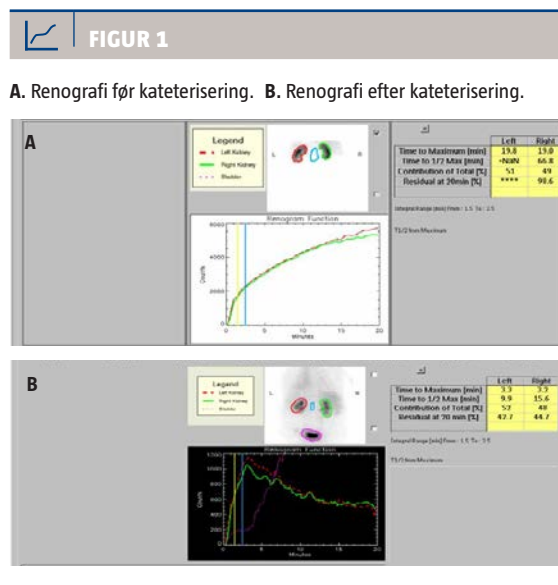
Kronisk urinretention forekommer i to former, afhængigt af det intravesikale tryk. Højtryksretention ses ved tryk over 25-30 cm H₂O og skyldes oftest intravesikal obstruktion eller dyskoordinering mellem detrusor- og sfinktermuskulaturen. Lavtryksretention skyldes oftest nedsat detrusorfunktion med gradvis distension af blæren under normalt tryk [1, 2].

Ved kronisk højtryksretention er der risiko for dilatation af de øvre urinveje, som kan kompromittere nyrefunktionen. Ved lavtryksretention er der kun ringe risiko for påvirkning af de øvre urinveje, men der er dog beskrevet hydronefrose [2, 3]. I disse tilfælde er det sket ved langt mindre retentionsvolumina (320-2.550 ml) end hos patienten i denne sygehistorie [2].

Der blev ikke udført urodynamisk undersøgelse, hvorved man ville have kunnet skelne mellem høj- og lavtryksretention. Den manglende dilatation af de øvre urinveje og en stor, slap blære set ved cystoskopi taler dog for nedsat detrusorfunktion og lavtryksretention.

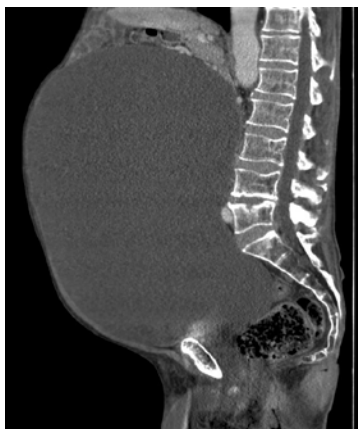
Denne sygehistorie findes værd at beskrive, da det er påfaldende og hidtil ubeskrevet, at der ved en så udtalt retention hverken findes hydronefrose eller kreatininpåvirkning, blot forlænget afløbstid renografisk.

Ud fra anamnesen tolkedes patienten primært som en ekstremt *infrequent voider*, person med selvskeblære og tre eller færre vandladninger pr. dag [4]. Han havde gennem årene trænet blærens komp-





FIGUR 2



Urinretention.
Oprindelig tolket
som mesenterial-
cyste.

normal S-creatinine level has not been described in chronic urinary retention of this extent. Hydronephrosis is seen, but in much smaller volume of retention. Infrequent voiding is easily diagnosed. Urinary retention should be suspected when finding median cystic processes.

KORRESPONDANCE: *Frederik Gustav Thomsen*, Urologisk Afdeling D, Roskilde Sygehus, Køgevej 7-13, 4000 Roskilde. E-mail: fredethomsen@hotmail.com

ANTAGET: 2. juli 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 30. september 2013

INTERESSEKONFLIKTER: Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Mitchell JP. Management of chronic urinary retention. *BMJ* 1984;289:515-6.
2. Abrams PH, Dunn M, George N. Urodynamic findings in chronic retention of urine and their relevance to results of surgery. *BMJ* 1978;2:1258-9.
3. Negro C, Muir GH. Chronic retention in men: how we define it, and how does it affect treatment outcome. *BJU Int* 2012;11:1-5.
4. Nielsen AF, Walter S. Epidemiology of infrequent voiding and associated symptoms. *Scand J Urol Nephrol Suppl* 1994;157:49-53.
5. Sommer P, Bauer T, Nielsen KK et al. Voiding patterns and prevalence of incontinence in women. *BJU* 1990;66:12-5.

lians, været forskånet for infektioner og begunstiget med en intakt vesikouretral klapfunktion og havde dermed undgået nyrefunktionstab. Evnen til blæretømning er antagelig gået tabt på grund af dette uhensigtsmæssige vandladningsmønster.

Infrequent voiding er formentlig underdiagnosticeret og kan resultere i en stor, inkontraktibel blære med residualurin, øget risiko for urinvejsinfektion og evt. ischuria paradoxa [4]. Tilstanden diagnosticeres anamnestic. I en dansk spørgeskemaundersøgelse med 1.048 yngre kvinder (20-45 år) fandt man en prævalens på 7,7% af færre end tre vandladninger pr. dag [4]. I et tidligere publiceret, mindre, dansk studie, også med yngre kvinder, fandt man lidt lavere prævalens [5].

Endelig må det anbefales, at man ved fund af cystiske, abdominale processer altid overvejer urinretention som differentialdiagnose (**Figur 2**). Blæren kan være så stor, at man ikke kan få øje på den, og selv monstrøs retention kan forekomme uden større påvirkning af de øvre urinveje.

SUMMARY

Frederik Gustav Thomsen & Mette Lind Holm:

Chronic monstrous urine retention

Ugeskr Læger 2015;177:V02130115

A 75-year-old male was diagnosed with renal mass at a computed tomography during an examination for extended abdominal girth. A large mesenterical cyst was also detected. The patient had infrequent voiding, which he had trained over many years as a taxi driver. A basic physical examination led to suspect urinary retention. His creatinine level was normal and he had no hydronephrosis. A renography showed equal function, but prolonged bilateral outflow. The volume extracted by urethral catheter passed 15 l. Absence of hydronephrosis and