

4. UROLOGI

Urologifall nr 1

En 60 årig man söker på akutmottagningen en kväll. Han klagar över lågt sittande buksmärta och svårigheter att kissa under dagen. Han har urinträngningar och det kommer bara droppvis med blod. Han har feber 38,5 grader och känner sig varm. Han slutade röka för 5 år sedan efter CABG-operation. Han har välreglerad hypertoni.

4:1 Vilka två principiellt olika urologiska diagnoser kan du ställa vid denna kliniska bild?

Svar:

0
0,5
1

4:2 Ange fem (inte fler!) relevanta prover som Du ber sjuksköterskan att ta på patienten?

Svar:

0
0,5
1

Urologifall nr 1

En 60 årig man söker på akutmottagningen en kväll. Han klagar över lågt sittande buksmärta och svårigheter att kissa under dagen. Han har urinträngningar och det kommer bara droppvis med blod. Han har feber 38,5 grader och känner sig varm. Han slutade röka för 5 år sedan efter CABG operation. Han har välreglerad hypertoni.

Du misstänker att patienten har urinretention och urosepsis. Du kompletterar anamnesen genom att fråga om tidigare miktionsproblem t.ex. efterdropp, igångsättningssvårigheter och känsla av ofullständig blåstömning. Du utför bukpalpation, känner på yttre genitalia och gör rektalpalpation. Du utför bladderscanning (ultraljudsundersökning av urinblåsan) för att konstatera om det finns någon residualurin. Urinsticka tas och infektionsprover CRP, vita, koagulationsstatus samt Hb, elektrolytprover (Na, K, Krea). Urin- och blododling tas.

Din patient börjar skaka och frysa och temp stiger upp till 40 grader. Han är blek och har smärta ovan symfyfen och uppåt ryggen.

4:3 Ange tre (inte fler!) icke-invasiva vitala parametrar som du bedömer nu måste följas med tanke på risken för utveckling av hemodynamisk (septisk) chock?

Svar:

0
0,5
1

Urologifall nr 1

En 60 årig man söker på akutmottagningen en kväll. Han klagat över lågt sittande buksmärta och svårigheter att kissa under dagen. Han har urinträngningar och det kommer bara droppvis med blod. Han har feber 38,5 grader och känner sig varm.

Han slutade röka för 5 år sedan efter CABG operation. Han har välreglerad hypertoni.

Du misstänker att patienten har urinretention och urosepsis. Du kompletterar anamnesen genom att fråga om tidigare miktionsproblem t.ex. efterdropp, igångsättningsvårigheter och känsla av ofullständig blåstömning.

Du utför bukpalpation, känner på yttre genitalia och gör rektalpalpation. Du utför bladderscan (ultraljudsundersökning av blåsa) för att konstatera om de finns någon resurin. Urinsticka tas och infektionsprover CRP, vita, koagulationsstatus samt Hb, elektrolytprover (Na, K, Krea). Urin- och blododling tas.

Din patient börjar skaka och frysa och temp stiger upp till 40 grader. Han är blek och har smärta ovan symfyken och uppåt ryggen.

Du finner att saturationen är 85 %, pulsen är 115 / min, blodtrycket är 90/50 och andningsfrekvensen är 28/min. Dessutom är patienten kall perifert och har långsam kapillär återfyllnad. Du bedömer att patienten är cirkulatoriskt instabil och ber syster sätta två grova venflon. Undersköterskan har redan satt en KAD Ch14 för att monitorera diuresen.

4:4 Med vilken typ av vätska resp läkemedel ska du behandla patienten och vad ska man tänka på innan läkemedlet tillförs?

Svar:

0
1

Urologifall nr 1

En 60 årig man söker på akutmottagningen en kväll. Han klagar över lågt sittande buksmärta och svårigheter att kissa under dagen. Han har urinträngningar och det kommer bara droppvis med blod. Han har feber 38,5 grader och känner sig varm.

Han slutade röka för 5 år sedan efter CABG operation. Han har välreglerad hypertoni.

Du misstänker att patienten har urinretention och urosepsis. Du kompletterar anamnesen genom att fråga om tidigare miktionsproblem t.ex. efterdropp, igångsättningssvårigheter och känsla av ofullständig blåstömning.

Du utför bukpalpation, känner på yttre genitalia och gör rektalpalpation. Du utför bladderscan (ultraljudsundersökning av blåsa) för att konstatera om de finns någon resurin. Urinsticka tas och infektionsprover CRP, vita, koagulationsstatus samt Hb, elektrolytprover (Na, K, Krea). Urin- och blododling tas.

Din patient börjar skaka och frysa och temp stiger upp till 40 grader. Han är blek och har smärta ovan symfyssen och uppåt ryggen.

Du finner att saturationen är 85 %, pulsen är 115 / min och blodtrycket är 90/50 och andningsfrekvensen är 28/min. Dessutom är patienten kall perifert och har långsam kapillär återfyllnad. Du bedömer att patienten är cirkulatoriskt instabil och ber syster sätta två grova venflon.

Undersköterskan har redan satt en KAD Ch14 för att monitorera diuresen.

Patientens blodtryck har gått upp från 90 till 105 efter intravenös väsketillförsel.

Pulsen är fortfarande hög 115. Du har kopplat 2 liter syrgas på näsgrimpa och saturationen har stigit till 95%. Han överflyttas till en akutvårdsavdelning med övervakning och du ordinerar kontroller var 15:e minut (blodtryck, puls, saturation).

Du ordinerar kontroll av urinproduktion med timdiures.

Sköterskan på avdelningen ringer dig och berättar att det börjar komma blodkoagler i kateterpåsen och hon kan spola in men inte få ut något via den befintliga katetern.

Hon utför bladderscanning och mäter 400 ml i blåsan.

Du sätter en 3-vägs hematurikateter Ch 22 och sköljer ut rikligt med koagler och kopplar sedan spoldropp. Patientens buksmärta lättar.

En vecka senare skrivs patienten hem med antibiotika i tablettform och kateter är dragen. Odlingar visar att han hade en urosepsis orsakad av E coli med samma bakterier i blod- och urinodling.

4:5 Vilka är de tre vanligaste (principiellt olika) orsakerna till makroskopisk hematuri i allmänhet?

Svar:

0
0,5
1

4:6 Nämn tre (inte fler!) undersökningar/utredningar som du gör polikliniskt för att utreda makroskopisk hematuri.

Svar:

0
0,5
1

Kod:

Urologifall nr 2:

Du är AT-läkare och arbetar på vårdcentralen i Kateterberg. Din sista patient, Erik Luts, är 74 år, insulinbehandlad diabetiker och något överviktig. Han berättar att de senaste åren har urinstrålen försämrats. Han kissar ofta och har känslan av att inte tömma blåsan ordentligt. Han är uppe 2-3 gånger på nätterna. Ibland tränger det på och då hinner han inte alltid till toaletten i tid. Han berättar också att hans pappa avled i prostatacancer 70 år gammal.

4:7 Nämn tre (inte fler!) tillvägagångssätt/”verktyg” att värdera Eriks miktionsförmåga/-besvär?

Svar:

0
0,5
1

4:8 Nämn tre (inte fler!) olika sjukdomar som kan ge LUTS.

Svar:

0
0,5
1

Urologifall nr 2:

Du är AT-läkare och arbetar på vårdcentralen i Kateterberg. Din sista patient patient, Erik Luts, är 74 år, insulinbehandlad diabetiker och något överviktig. Han berättar att de senaste åren har urinstrålen försämrats. Han kissar ofta och har känslan av att inte tömma blåsan ordentligt. Han är uppe 2-3 gånger på nätterna. Ibland tränger det på och då hinner han inte alltid till toaletten i tid. Han berättar också att hans pappa avled i prostatacancer 70 år gammal.

Du undersöker patienten, känner i ändtarmen och finner en förstorad prostata, jämn i konsistens. Yttre genitalia palperas utan anmärkning. PSA 5 ng/ml, kreatinin 100. Du remitterar patienten till urologen för vidare utredning.

På urologmottagning kommer Erik Luts med din remiss i handen. Nu har du blivit färdig med din AT och är underläkare där. Du tar anamnes på nytt och han har fortfarande samma problem med miktionen. Han är orolig att han har cancer i prostatan.

4:9 Hur utreder man patienten för att utesluta prostatacancer?

Svar:

0
0,5
1

Epilog

Du har utfört transrektalt ultraljud av prostata (TRUL) på mottagningen tillsammans med en erfaren kollega och mäter en prostatavolym på 55 ml och finner en normal bild frånsett att den inre delen av prostata (transitionszonen) är förstörd bilateralt lika. Måttliga besvär enligt IPSS symtomformuläret (15+3 poäng). Bladderscan 150 ml. Flödesmätning visar 10ml/sek. Urinsticka neg.

Du förklarar för patienten att han sannolikt har en godartad förstörd prostata (BPH) som kan ge sådana symtom. Efter ett nytt PSA som återigen var lätt förhöjt 5 ng/ml och med tanke på hereditet för cancer kom ni överens om prostatabiopsier som dock inte visade någon cancer.

Du har behandlat Erik med kombination av alfuzosin och finasterid och 6 mån senare kommer han till din mottagning nöjd och glad. Hans senaste PSA är 2 ng/ml och med ultraljud mäts prostatas storlek till 30 ml.