

Student som leder samtalet

Typfall: Jan-Erik 67 år - LUTS

Termin: 8

Tema: NME

Ansvarig för fallet: Henrik Ugge

Ingress:

Jan-Erik är 67 år och har i bakgrunden en tablettbehandlad typ 2-diabetes samt ett NOAK-behandlat förmaksflimmer. Han söker vårdcentralen för långvariga miktionsbesvär vilka försämrats sista tiden.

Student som leder samtalet

Del 1:

Jan-Erik är 67 år och har i bakgrunden en tablettbehandlad typ 2-diabetes samt ett NOAK-behandlat förmaksflimmer. Han har aldrig rökt.

Patienten berättar att han sedan länge upplevt att miktionsförmågan successivt har försämrats. Han får ofta bråttom till toaletten när han blir kissnödig, men trots det kan det ibland ta tid att komma i gång när han försöker kissa. Han upplever att strålen är svag. Han tycker att han behöver gå på toaletten ofta under dagen, och värst är det på natten, under vilken han ibland behöver gå upp tre gånger.

Jan-Erik förnekar hematuri eller andra associerade symtom, och känner inte till att någon nära släkting drabbats av en cancersjukdom i urinvägarna.

Student som leder samtalet

Del 2:

Du undersöker Jan-Erik. I status palperas buken mjuk och oöm, PR palperas med tom ampull utan patologiska resistenser, och prostatan palperas något förstörd men homogen konsistens och slät yta utan fokala resistenser. Yttre genitalia palperas och inspekteras med normalfynd.

Du genomför en residualurinmätning, som visar 123 ml. Jan-Erik får gå hem, men ombeds fylla i miktionslistor och IPSS (international prostate symptom score), och lämna några blodprover.

Miktionslistan visar att Jan-Erik kissar 7 gånger dagtid, med volymer kring 1.5-4 dl per tillfälle, och 3 gånger nattetid med volymer kring 2 dl per tillfälle. IPSS visar 17+4, med högst för täta miktionser och nattliga miktionser.

Prover kommer tillbaka och visar S-kreatinin 89 $\mu\text{mol/L}$ (50-100 $\mu\text{mol/L}$) och PSA visar 4 $\mu\text{mol/L}$ (<3 $\mu\text{mol/L}$). Urinrestremsa visar inget avvikande.

Student som leder samtalet

Del 3:

Med anledning av PSA-värdet remitteras Jan-Erik till urologmottagningen. Du utfärdar SVF-remiss för prostatacancer, och informerar Jan-Erik att man behöver undersöka honom för att se att det *inte* rör sig om en prostatacancer.

Jan-Erik får genomgå en MR av prostata, som visar prostatavolym 50ml utan förändringar PI-RADS >2.

Jan-Erik erhåller lugnande besked. På urologmottagningen sätts Jan-Erik in på T. Alfuzocin, och återremitteras till vårdcentralen för uppföljning av PSA-värdet och LUTS-besvären.

Student som leder samtalet

Del 4:

Jan-Erik fortsätter med Alfuzocin, och börjar senare med T. Finasterid. Behandlingen fungerar väl i flera år, och han känner en förbättring av vattenkastningsbesvären. PSA-värdet ligger stabilt över tid.

En lördagskväll flera år senare dyker emellertid Jan-Erik upp på akutmottagningen med obehag och smärta över urinblåsan. Han berättar att han inte kunnat kissa sedan eftermiddagen.

Residualurinmätning visar 700ml. Rutinblodprover visar kreatinin, Na och K inom referensintervall, liksom LPK och CRP.

Jan-Erik erhåller en 14 Ch 2-vägskateter med nelatonspets och upplever stor lättnad. Han kan skrivas hem med försök till kateteravveckling på vårdcentral efter 2 veckor. Tyvärr går katetern inte att avveckla; Jan-Erik har fortfarande residualurinmängder strax över 400ml efter kateterdragning, varför kateter återsätts och Jan-Erik återigen remitteras till urologmottagningen.