Ernst nehmen und immer wieder kontrollieren

Zufallsbefund Proteinurie

Von F. Rüdiger

Ein 53-jähriger Raucher stellt sich zum Gesundheits-Check-up vor. Er ist noch gut belastbar, 30 Treppenstufen nimmt er „in einem Zug“. Die körperliche Untersuchung ist bis auf eine Laparotomienarbe und allenfalls diskrete Knöchelödeme unauffällig. Der Blutdruck liegt bei 135/85 mmHg rechts, 140/85 mmHg links. Die Laborwerte liegen im Normbereich. Der Urinstix zeigt jedoch zweifach positiv für Eiweiß an.

Foto: Arteria Photography

Rapid-progressive Glomerulonephritis bei systemischem Lupus erythematoses.

— Eine Proteinurie muss immer abgeklärt werden, da sich dahinter lebensbedrohliche Erkrankungen verbergen können. Abhängig vom Verlauf (wie lange besteht sie?), von der Klinik, der körperlichen Untersuchung, den Begleiterkrankungen und vom Serumkreatinin kommen verschiedene Ursachen infrage (Tab. 1). Die drei erstgenannten Punkte sind durchaus häufig, die anderen seltener. Prinzipiell gilt, dass eine spätere Dialyse umso eher droht, je höher das Urineiweiß ist.

Was muss der Arzt abklären?

Der Urinteststreifen erkennt Albumin sehr sensitiv, aber nur semiquantitativ. Deshalb sollte ein positiver Befund immer mit einer quantitativen Messung bestätigt werden. Die normale Urinausscheidung von Eiweiß beträgt maximal 0,2 g/d oder 0,15 g/g Kreatinin.

Es ist sinnvoll, Spontanurin (nicht Sammelurin) einzusenden und auf Eiweiß und Kreatinin testen zu lassen. Urinkreatinin dient dabei als Maß der Urinkonzentration. Es wird in einer konstanten Menge von Tag zu Tag ausgeschieden. Nach einem positiven Befund für Urineiweiß sind folgende Schritte sinnvoll:

- Anamnese
- Messung des Blutdrucks und weitere körperliche Untersuchung
- Messung von Eiweiß und Kreatinin im Spontanharn (quantitative Eiweißbestimmung als Gramm Eiweiß pro Gramm Kreatinin), Harnsediment
- Messung von Serumparametern (s. u.).

Anamnese

- Kardiovaskuläre Vorerkrankungen?
- Diabetes mellitus? Arterielle Hypertonie? Nikotin?

- Chronische Infektionen (Hepatitis, HIV, Rheumaerkrankung, Tumor etc.)?
- Medikamentenanamnese?
- Familienanamnese (Nieren-, Tumor-, Rheumaerkrankungen)?
- Operationen?
- Exantheme? Flush?
- Hämaturie? Dysurie?
- Arthralgien?
- (Belastungs-)Dyspnoe?
- Ödeme?
- Juckreiz?
- Gewichtsverlust?
- Visus? Augensymptome?

Körperlicher Untersuchungsbefund

Eine arterielle Hypertonie begleitet fast alle Nierenerkrankungen, kann aber bei Amyloidose und bei begleitender Herzinsuffizienz fehlen. Ödeme (Beine, Anasarka, Lidödeme) sind schnell untersucht und weisen bei Proteinurie auf ein

nephrotisches Syndrom hin. Auf Höhlenergüsse achten (Pleuraerguss, Ascites)! Perikardreiben und Kratzspuren der Haut (Juckreiz) weisen auf eine terminale Niereninsuffizienz hin. Exantheme, Purpura oder Gelenkergüsse lassen an eine Autoimmunerkrankung denken.

Was kann der Arzt unternehmen?

- Wiederholte Kontrolle der Proteinurie im Streifentest (Abgrenzung einer vorübergehenden oder intermittierenden von einer persistierenden Proteinurie). Quantifizierung der Proteinurie (s. o.).
- Labor: Blutbild, Serum-Kreatinin, Harnstoff, GPT, Blutzucker, ggf. HbA_{1c}, Albumin, Gesamteiweiß, Cholesterin
- Weiterführendes Labor: ANA, ANCA, C3, C4, Eiweißelektrophorese
- Urinstatus und -sediment: Erythrozyten? Leukozyten? Zylinder? Akanthozyten? 24-h-Sammelurin: Kreatinin-Clearance, Proteinurie
- Augenhintergrund spiegeln (diabetische/hypertensive Retinopathie?)
- Sono Abdomen: Nierengröße? Harnaufstau? Ergüsse? Leber-/Tumorerkrankung?

Eine frühe Überweisung zum Internisten bzw. Nephrologen ist bei Proteinurie mit erhöhtem Serumkreatinin, mit Mikrohämaturie oder bei Proteinurie über 1 g/g Kreatinin ratsam. Ist eine Nierenerkrankung mit Histologie oder anderen Methoden gesichert, kann oft eine spezifische Behandlung eine terminale Niereninsuffizienz (Dialyse oder Nierentransplantation) vermeiden.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Frank Rüdiger, Klinikum Schwabing, Med. Klinik VI, Abtlg. für Nephrologie und Rheumatologie, Kölner Platz 1, D-80804 München, E-Mail: fruediger@yahoo.de.

Tabelle 1	
Ursachen einer Proteinurie	
–	Diabetes mellitus
–	Arterielle Hypertonie
–	Akute oder chronische Glomerulonephritis, idiopathisch oder im Rahmen von Autoimmunerkrankungen (z. B. systemischer Lupus erythematoses, M. Wegener) oder assoziiert mit z. B. Tumorerkrankungen oder Infektionen (z. B. HIV, Hepatitis)
–	Amyloidose
–	Plasmozytom
–	Orthostatische Proteinurie
–	Vorübergehende Proteinurie (z. B. bei Fieber)
–	Nierenarterienstenose
–	Allergische interstitielle Nephritis, z. B. durch Medikamente