Urologische Notfälle in der Hausarztpraxis

Furchtbare Schmerzen, Blut im Urin

Steinerkrankungen und Infektionen der ableitenden Harnwege sind die wichtigsten akuten urologischen Notfälle, mit denen Sie in der Praxis konfrontiert werden. Wie Sie vorgehen sollten und wann Sie den Facharzt einschalten müssen, erläuterte Dr. med. Maria Bürst, Fachärztin für Urologie in Deggendorf, anhand von zwei typischen Fallbeispielen.

Fall 1

„Herr Doktor, ich habe plötzlich furchtbare Bauchschmerzen bekommen und musste schon mehrmals erbrechen.“

— Eine der möglichen Differenzialdiagnosen in diesem Fall ist eine akute Nierenkolik. Diese Patienten leiden typischerweise unter heftigen Flankenschmerzen, die in den Harnleiterverlauf bis ins Genitale ausstrahlen und von Übelkeit begleitet werden.

Bei Nierenkolik motorische Unruhe

Die Nierenkolik lässt sich daran klinisch sehr sicher von einem akuten Abdomen unterscheiden, dass die Patienten starke motorische Unruhe zeigen. Das Nierenlager ist klopfschmerzhaft – umso mehr, je höher der Stein sitzt. Im Abdomen beobachtet man bei der körperlichen Untersuchung Meteoro-

rismus bis hin zur Paralyse. Imperativer Harndrang gehört ebenfalls zu den führenden Symptomen; er tritt auf, wenn der Stein im Blaseneingangsbereich liegt.

Anamnestisch machen frühere Steinkoliken und urologische oder gynäkologische Voroperationen eine Nierenkolik wahrscheinlich. Um vor allem bei jungen Männern eine Hodentorsion als Ursache der Beschwerden auszuschließen, sollte auch das äußere Genitale inspiziert werden. Im Hinblick auf die Art der bildgebenden Diagnostik darf auch die Frage nach Allergien und bei jungen Frauen einer möglichen Schwangerschaft nicht fehlen.

Labor und Bildgebung

Die Labordiagnostik umfasst Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte, Blutbild und CRP. Für sinnvoll hält Bürst auch die Bestimmung von Gerinnungsparametern, weil der Patient vielleicht sehr rasch hospitalisiert und operiert werden muss. Noch wichtiger als das Blutbild ist der Urinstatus mit Leukozyten, Erythrozyten und Nitrit. In aller Regel geht eine Steinerkrankung mit einer Mikrohämaturie einher; das muss aber nicht so sein. Mittels Streifenschnelltest wird außerdem der pH-Wert des Urins bestimmt. Wenn ein Patient Fieber hat, muss eine Urinkultur angelegt werden.

Sonografie sowie Röntgenleeraufnahme und Nativ-CT des gesamten Harntrakts dienen dazu, einen Harnstein auszuschließen oder zu beweisen, seine Lokalisation und Größe zu bestimmen und Hinweise auf die Zusammensetzung des Steins zu gewinnen. Gleichzeitig verschafft die Standard-Bildgebung ein Bild über die Anatomie des Harntrakts und liefert Informationen über die Nierenfunktion. Weiterführende Verfahren wie retrograde Pyelografie oder MRT kommen bei speziellen Indikationen zum Einsatz. Wenn primär eine Harnleiterschienung oder Operation indiziert erscheint, stellt die retrograde Pyelografie das primäre Diagnostikum dar. Das MRT besitzt nur einen Stellenwert in der Schwangerschaft, wo Röntgenstrahlung kontraindiziert ist.

Kontrollierter Spontanabgang ...

Zur Therapie der Steinkolik empfiehlt Bürst als Mittel der ersten Wahl eine Kurzinfusion mit Metamizol. Wenn dies nicht hilft, kann ein zentral wirksames Analgetikum wie Tramadol gegeben werden. Falls die schmerzlin- dernde Therapie erfolglos bleibt, sollte der Patient stationär eingewiesen werden, um eine instrumentelle Harnableitung zu erhalten.

Welche Therapie zur Entfernung des Harnsteins gewählt wird, hängt von der Lokalisation und Größe des Konkrements sowie von der Komorbidität des Patienten und seiner spezifischen Situation ab. Wenn der Stein nicht mehr als 4 mm misst, die Schmerzen tolerabel sind und die Nierenfunktion in Ordnung ist, kann man den Spontanabgang abwarten. Die Gabe von Alphablockern (off label!) erleichtert und beschleunigt diesen Prozess, da diese Substanzen den Harnleiter weit stellen. Außerdem werden Entzündungshemmer wie NSAR oder Steroide verabreicht; denn ein

© H.S. Fießl

Nierenstein mit Schallschatten.

Konkrement in den ableitenden Harnwegen stellt immer auch einen inflammatorischen Reiz dar, der zu einer Schwellung des Urothels führt. Die Therapie mit Metamizol wird fortgesetzt. Bestehen Zweifel, ob eine Infektion vorliegt, wird ein Antibiotikum eingesetzt. Der Steinabgang wird bildgebend kontrolliert. Außerdem sollte der Urin gesiebt werden, um die Zusammensetzung des Steins untersuchen zu können. Wenig beeindrucken lassen sich Konkreme in den ableitenden Harnwegen durch die oft empfohlene körperliche Bewegung, mit forcierter Diurese durch reichliche Zufuhr von Flüssigkeit sowie durch Phytotherapeutika.

... oder Intervention

Man muss jedoch bedenken, dass die Zeitdauer bis zum Steinabgang unkalkulierbar ist und dass jederzeit im Verlauf – auch mitten in der Nacht – therapiebedürftige Symptome oder Komplikationen auftreten können wie Kolik, Fieber, Sepsis und Niereninsuffizienz. Der Patient muss deshalb unbedingt bis zum Steinabgang beobachtet werden. Tritt eine Harnstauung mit Fieber auf, muss er zum Facharzt überwiesen werden. Denn es kann sich innerhalb von Stunden eine Urosepsis entwickeln.

Es gibt Patienten, denen die unkalkulierbar lange Therapie nicht zuzumuten ist, z.B. einer Mutter mit kleinen Kindern zu Hause. Auf solche individuellen Gegebenheiten Rücksicht zu nehmen, hält Bürst für ein wesentliches Kriterium in der Therapieauswahl. Zu den interventionellen Möglichkeiten zählen die extrakorporale Stoßwellenlithotripsie und die mit ihr gleichwertige Ureterorenoskopie sowie die perkutane Nephrolitholapaxie bei Nierenausgusssteinen. Die offene Operation hat noch Bedeutung bei kleinen Kindern. Bei Erwachsenen wird sie kaum mehr durchgeführt, es sei denn, die Niere ist komplett funktionslos.

■ Quelle: Practica 2009, 28.–31. Oktober 2009, Bad Orb

Fall 2

„Seit gestern muss ich häufig Wasser lassen und es brennt dabei fürchterlich. Heute kam auch noch reines Blut.“

Blutiger Urin (rechts) als Folge eines Harnwegsinfekts.

— Typische Symptome eines Harnwegsinfekts sind dysurische Beschwerden, Pollakisurie, Inkontinenz und Hämaturie, manchmal auch akut beginnende Bauchschmerzen. Diese Beschwerden werden verursacht durch die Zytokinvermittelte inflammatorische Antwort des Urothels auf die Adhäsion von Bakterien.

Bei der Erhebung der Anamnese muss nach komplizierenden Faktoren wie Flankenschmerzen (aufsteigende Infektion), Allgemeinsymptomen und Fieber gefragt werden. Von Interesse ist auch, ob es begünstigende Faktoren für eine Harnwegsinfektion gibt. Dazu gehören vorherige Harnwegsinfektionen, Sexualverkehr, ein Östrogendefizit, die Benutzung von Diaphragma oder Spermiziden sowie ein vorausgegangener Krankenhausaufenthalt oder Einsatz von Antibiotika.

Urinuntersuchung

Der frische Mittelstrahlurin wird auf Nitrit, Leukozyten und Erythrozyten untersucht. Treten mehr als zwei Rezidive jährlich auf oder besteht ein Verdacht auf, Urolithiasis oder Restharnbildung (komplizierter Harnwegsinfekt), sollte eine Sonografie erfolgen.

Auch wenn der Urinbefund negativ ist, empfiehlt sich bei einem symptomatischen Patienten immer eine Urinkultur, riet Bürst.

Folgende Patienten sollten Sie zum Facharzt überweisen:

- alle Säuglinge,
- Männer mit Rezidivinfekt,
- Patienten mit Urolithiasis,
- Patienten mit rezidivierender Pyelonephritis,
- Patienten über 50 Jahren mit hämorrhagischer Zystitis.

Trimethoprim erste Wahl

Zur Routinetherapie des akuten Harnwegsinfekts empfiehlt Bürst bevorzugt 2 x 100 mg Trimethoprim für drei Tage. Alternativen sind 2 x 100 mg Nitrofurantoin für drei Tage oder 3 x 500 mg Cefaclor für sieben Tage (bei Schwangerschaft). Fluorochinolone sollten wegen der Nebenwirkungen und des hohen Risikos für eine Resistenzentwicklung nicht routinemäßig eingesetzt werden.

Bevor sie sich der neuen DGU-Empfehlung einer Einzeldosis-therapie mit Fosfomycin-Trometamol anschließt, würde Bürst lieber noch die weitere Entwicklung abwarten. Die Wirksamkeit von Phytotherapeutika und Cranberry-Extrakten ist nicht durch randomisierte kontrollierte klinische Studien belegt.

Selten kommt es innerhalb von 14 Tagen nach Therapieende zu einem Rückfall. Dann muss ein anderes Antibiotikum als in der Ersttherapie gewählt und über zehn Tage verabreicht werden. In der Regel beträgt das Zeitintervall nach der Erstinfektion mehr als 14 Tage. Dann kann man eine Neuinfektion annehmen und das gleiche Medikament nochmals als Kurzzeittherapie anwenden.

DR. MED. ANGELIKA BISCHOFF ■