

Ein Polizist braucht Hilfe

Herr F. (57 J.) sitzt in seiner Polizeiform schmerzgeplagt vor Ihnen, der Schweiß rinnt ihm übers Gesicht. „Seit heute früh habe ich immer wieder diese extremen Schmerzen“, dabei deutet er auf seine rechte Flanke. „Nach ca. 10 Minuten ist der Spuk wieder vorbei. Aber mir ist so schlecht, ich habe bereits mehrfach erbrochen und bin daher außer Dienst gegangen. Bitte geben Sie mir irgendwas gegen diese Schmerzen!“ Weiters erfahren Sie, dass die Schmerzen ins Skrotum ausstrahlen und kolikartigen Charakters sind. Massiver Klopfschmerz der rechten Flanke, Abdomen: weich, keine Abwehrspannung, regelrechte DG in allen 4 Quadranten, Skrotum unauffällig, kein Prehn-Zeichen. Keine Vorerkrankungen, keine Dauermedikation. Das kleine BB zeigt eine Leukozytose. RR 180/90 mmHg, P 115, Temp: 39,4°C. Wie gehen Sie weiter vor, um Ihrem Patienten zu helfen?



„In diesem Fall dürfte es sich um eine akute Nierenkolik handeln“



Dr. Alexander Friedl
Assistenzarzt Abteilung f. Urologie, Krankenhaus Gütlicher Heiland, Wien

Im aktuellen Fall dürfte es sich um eine akute Nierenkolik mit vegetativer Symptomatik und typischer Schmerzausstrahlung entlang des Ureterverlaufes bis in das rechte Skrotum handeln. Zumeist ist hier ein okkludierender distaler Ureterstein die Ursache. Nach Erhebung einer urologischen Anamnese (frühere Nierenkoliken? Familienanamnese? Miktionsstörung? Begleiterkrankungen?) erfolgt die urologische Statuierung mittels Harnanalyse, Sonografie der Blase, beider Nieren und wenn möglich

beider Ureteren, die Inspektion des äußeren Genitals, die Palpation des Abdomens und der Flanken sowie die rektale Tastuntersuchung. Nach Bestätigung der Diagnose muss der Patient stationär aufgenommen werden, da bereits durch Fieber und Leukozytose eine systemische Infektausbreitung im Sinne einer incipienten Urosepsis besteht. Zu 75% sind gramnegative/enterale Bakterien dafür verantwortlich.

Durch das plötzliche Auftreten dieser Symptome ist eine chronische Erkrankung (z.B. malignes Geschehen) unwahrscheinlich. Es sollte nun rasch eine empirische parenterale Antibiose mit einem Breitspektrum Antibiotikum und eine Analgesie (z.B. Metamizol, NSAR) verabreicht werden. Der nächste Schritt ist die Erweiterung der bildgebenden Diagnostik durch ein „low dose“ Nativ-CT zur exakten Steinlokalisation und zum Ausschluss anderer Ursachen. Danach erfolgt eine akute Harnableitung mittels Harnleiterschleife oder perkutaner

Nephrostomie. In den allermeisten Fällen wird damit eine weitere Progredienz der Erkrankung vermieden. Bei weiter progredienter Sepsis mit ausgeprägter Abszessbildung der Niere ist jedoch (als ultima ratio) bis hin zu einer Nephrektomie zu denken. Nach Infektabheilung kann in einem sekundären Eingriff eine Steinsanierung je nach Größe, Lage und Zusammensetzung mittels Ureterorenoskopie, ESWL oder PCNL erfolgen. Bis dahin sind Spontanabgänge unter Alpha-Blocker-Therapie (z.B. Tamsulosin) möglich, aber ab einer Größe von 4mm seltener zu erwarten.

„Ist keine Obstruktion nachzuweisen, ist eine Pyelonephritis anzunehmen“



Dr. Georg Ludvik
EA f. Urologie und Andrologie, Wien

Die Koliken deuten auf ein Passagehindernis im Harnleiter, Fieber und Leukozytose auf einen Harnwegsinfekt respektive septisches Geschehen hin. Hier schrillen beim Urologen die Alarmglocken, denn bei dieser Kombination handelt sich um eine ernste lebensbedrohende Symptomatik, an die man mit größtmöglicher Vorsicht herantreten sollte, solange nicht das Gegenteil bewiesen ist.

Eine Hospitalisierung ist in den meisten Fällen erforderlich. Zuerst müssen eine Harnanalyse mit Kultur und danach eine Sonografie der Nieren und Blase sowie eine digitale rektale Untersuchung durchgeführt werden. Eine parenterale Antibiose sollte so bald als möglich eingeleitet werden, zusätzlich ist ein Gerinnungsstatus mit Nierenparametern erforderlich, um auf septische Blutungskomplikationen bei notwendigen Eingriffen besser vorbereitet zu sein.

Zeit sich in der Sonografie eine Dilatation des Nierenhohlraumsystems, muss eine Entlastung über eine Punktionsnephrostomie erfolgen, die weitere Exploration und operative Beseitigung des Abflusshindernisses (meist Uretersteine) erfolgen nach Normalisierung der Laborparameter. In seltenen Fällen kann auch die Obstruktion infolge des Ausfalls der exkretorischen Fähigkeiten der betroffenen Niere ohne sonografisch nachweisbare Harnstauung einhergehen.

Bei sonografisch fehlenden Harnstauungszeichen ist bei entsprechenden Nierenparametern eine weitere radiologische

Diagnostik mittels CT oder i.v. Urografie erforderlich. In der digitalen rektalen Untersuchung werden Größe, Konsistenz und Druckdolenz der Prostata beurteilt, da dieses Organ bei Harnwegsinfekten häufig beteiligt ist. Kann keine Obstruktion nachgewiesen werden, ist eine Pyelonephritis im Rahmen eines ascendierenden Infekts anzunehmen, da auch in diesem Fall kolikartige Beschwerden und Übelkeit auftreten können. Bei gänzlich fehlenden pathologischen Harnparametern kann dennoch keine Entwarnung gegeben werden, da sich das Infektionsgeschehen in seltenen Fällen auf dem Bereich oberhalb einer möglichen Obstruktion befinden kann.

„Initial erfolgt eine i.v.-Analgesie und eine Antibiose mit einem Chinolon“



Assoc. Prof. Priv.-Doz. Dr. Christian Seitz
Srz. Leiter der Univ.-Klinik f. Urologie, Wien

Bei Hydronephrose, Leukozytose und Fieber besteht der dringende Verdacht auf einen febrilen Harnwegsinfekt mit der Gefahr einer Urosepsis. Der Nachweis einer Hydronephrose und eines Uretersteines sollte mit einem Ultraschall und Nativ-CT der ableitenden Harnwege bestätigt werden. Initial erfolgt eine i.v.-Analgesie mit 1g Novalgin und eine Antibiose mit einem Chinolon, nachdem eine Harnkultur angelegt wurde. Hierbei sind jedoch

die lokale Resistenzlage und die Nierenfunktion zu berücksichtigen. Ein blander Harnstreifentest schließt den Verdacht auf einen febrilen HWI nicht aus, da eine komplette Obstruktion den Übertritt infizierten Harns in die Blase verhindern kann.

Eine unverzügliche drucklose Ableitung des Nierenhohlraumsystems entweder über eine Nephrostomie, eine Doppel-J- oder Mono-J-Ureterschleife ist bei Fieber und obstruktionsbedingter Hydronephrose indiziert. Welche Form der Ableitung gewählt wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, wie der technischen Ausstattung und der Erfahrung des Urologen, der geplanten Therapie des Patienten nach Abklingen der Infektion, aber auch durch eine vorliegende Antikoagulation, bei der einer inneren Schienung der Vorzug zu geben wäre.

Bei größeren Steinen oder zusätzlicher Nephrolithiasis empfiehlt sich eine DJ-Anlage für mindestens 5 Tage, da sich der Harnleiter in dieser Zeit weitstellt und sich eine flexible Ureterorenoskopie komplikationsloser und effizienter durchführen lässt. Besteht der Verdacht auf eine Pus-Ansammlung im Nierenbecken so bevorzuge ich eine 14-Char-Nephrostomie oder die Anlage eines 8-Char-Mono-J, der im Gegensatz zu einem Doppel-J bei Obstruktion gespült werden kann. Meist ist jedoch die Kombination einer Doppel-J-Ureterschleife und einem Dauerkatheter ausreichend. Der Dauerkatheter sollte zumindest bis 24 Stunden nach dem Abfiebern angelegt bleiben.

Nach Erhalt der Harnkultur und Normalisierung der Infektionsparameter erfolgt unter konkordanter Antibiose die Steinsanierung. ■

Aripiprazol ratiopharm®

REFERENZPRÄPARAT: Abilify®

ratiopharm

... bringt mehr Gleichgewicht
IN DIE GRÜNE BOX – SEIT 1. SEPTEMBER

Fachliteraturinformation siehe Seite 50

AUGUST 2016

Foto: iStock, Illustration: Ann Wernik