

Journal für

# Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

## Harnstau: Abklärung und Therapie

Padevit C

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2012; 19 (1)*

*(Ausgabe für Schweiz), 26-27*

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2012; 19 (1)*

*(Ausgabe für Österreich), 24-25*

Homepage:

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Indexed in Scopus**

**Member of the**



**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz**

**P.b.b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz**

# **Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis**

## **Mehr als nur eine Dekoration:**

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# Harnstau: Abklärung und Therapie

C. Padevit

## ■ Einleitung

Unter Harnstau oder Harnstauung versteht man eine Stauung des Urins wegen eines Abflusshindernisses in den ableitenden Harnwegen. Die Obstruktion kann dabei bereits auf Höhe der Nieren lokalisiert sein, häufiger sind allerdings Abflusshindernisse im Ureter, der Harnblase oder der Harnröhre zugrunde liegend (Tab. 1). Unbehandelt führt die Erkrankung zu Infektionen und insbesondere zu Nierenparenchymverlust bei Ausbildung einer chronischen, im Verlauf nicht mehr reversiblen Hydronephrose mit einhergehender Niereninsuffizienz. Erste Symptome bei akuter Harnstauung sind häufig Flankenschmerzen. Im weiteren Verlauf kann es zu Fieber oder sogar zu Urosepsis, Hämaturie und Niereninsuffizienz kommen. Ist vorwiegend der untere Harntrakt betroffen, kann sich eine (Überlauf-) Inkontinenz beispielsweise wegen einer bislang unbehandelten Prostatahyperplasie mit konsekutiver Blasenentleerungsstörung entwickeln. Eine chronische, langsam einsetzende Obstruktion kann hingegen völlig asymptomatisch sein.

## ■ Diagnostik

Eine Sonographie der ableitenden Harnwege gibt rasch Auskunft, ob Resturin oder eine Dilatation des oberen Harntrakts vorliegt. Als Einschränkung muss jedoch angemerkt werden, dass nicht jede akute Obstruktion (häufig Harnleiterkolik wegen Stein) unmittelbar zur Dilatation des Pyelons führt. Krankheiten mit Ektasie des Nierenbeckenkelchsystems ohne zwingende Obstruktion, wie pyeloureterale Abgangsstenosen, vesikoureteraler Reflux oder eine Megakalikose, lassen sich durch den Ultraschall nicht diagnostizieren; hier hilft eine Nierenfunktionsszintigraphie weiter.

Häufig wird nach der orientierenden Sonographie eine CT-Urographie des Abdomens oder eine MRT-Abdomen-/Becken-Untersuchung durchgeführt, um einerseits den Harnstau nachzuweisen und andererseits die Ursache zu erkennen (Abb. 1). Die intravenöse Urographie

**Tabelle 1:** Mögliche Ursachen für einen Harnstau

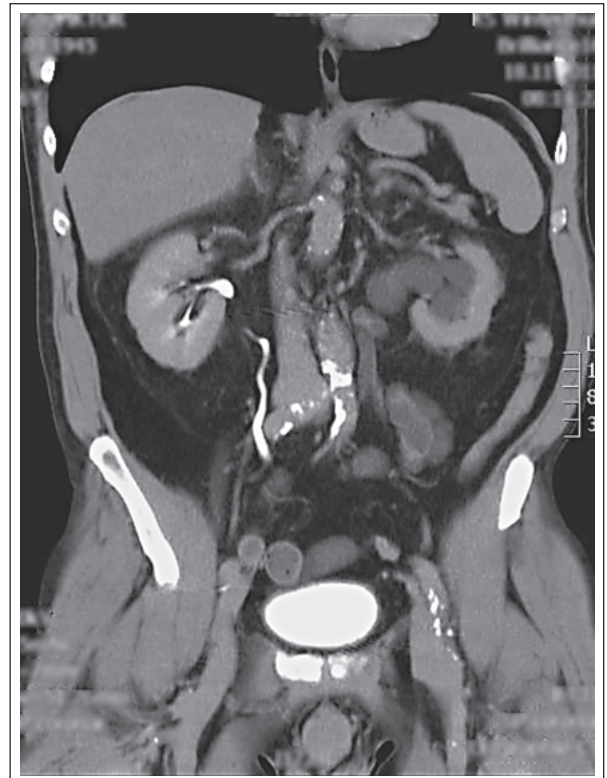
|           | Intrinsisch                                                    | Extrinsisch                                                                                                                                                        | Iatrogen                                                                                    |
|-----------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ureter    | Steine<br>Karzinom<br>Strikturen                               | Retroperitoneale Tumoren<br>Retroperitoneale Fibrose<br>Gynäkologische Krankheiten:<br>– Endometriose<br>– Ovarialzysten<br>– Uterus myomatosus<br>Aortenaneurysma | Rektum-/Uteruseingriffe<br>Radiotherapie                                                    |
| Harnblase | Tumoren<br>Steine                                              | Neurogene<br>Blasenfunktionsstörungen                                                                                                                              | Operationen im kleinen Becken<br>Medikamentöse Therapie<br>(Neuroleptika, Anticholinergika) |
| Prostata  | BPH<br>Obstruktives<br>Karzinom<br>Blasenhals-<br>sklerose     | Detrusor-Sphinkter-<br>Dyssynergie                                                                                                                                 | –                                                                                           |
| Harnröhre | Strikturen<br>Phimose<br>Fremdkörper<br>Harnröhren-<br>klappen | –                                                                                                                                                                  | –                                                                                           |

wurde durch diese Schnittbildverfahren in den vergangenen Jahre vollständig aus der Diagnostik verdrängt.

## ■ Therapie

Grundsätzlich besteht zur Behebung des Harnstaus der unteren Harnwege die zwingende Indikation zur transurethralen oder suprapubischen Katheterisierung.

Bei symptomatischer oder infizierter Harnstauungsniere besteht die sofortige Indikation zur Entlastung des oberen Harntrakts mittels der retrograden, transurethralen Doppel-J-Kathetereinlage (Pigtailkatheter) (Abb. 2). Wenn dies nicht möglich ist, erfolgt unter Ultraschallkontrolle eine perkutane Nephrostomieanlage und evtl. sekundär eine antegrade Ureterschle-



**Abbildung 1:** Urographie-CT des Abdomens: Die linke Niere ist hochgradig gestaut und scheidet im Vergleich zur rechten Niere kein Kontrastmittel aus. Grund der Stauung ist ein muskelinvasives Urothelkarzinom der Harnblase, welches allerdings im vorliegenden Bild nicht erkennbar ist.

nung (Abb. 3). Bei chronisch gestauter Niere wird zunächst die Funktionsfähigkeit überprüft, meist kann durch die



**Abbildung 2:** Abdomen-Röntgen. Vor Steinbehandlung der 2 großen Pyelonkonkremente wurde ein linksseitiger JJ-Katheter (Pigtailkatheter) eingelegt.



**Abbildung 3:** Nephrostomie links: Das Bild zeigt eine antegrade Urographie links bei einer Patientin mit Ileum-Conduit. Aufgrund einer ureteroilealen Stenose wurde ein Titan-Stent implantiert (im Bild unten links erkennbar).

**Tabelle 2:** Vor- und Nachteile der Ableitungsvarianten bei Harnstauung der oberen Harnwege

|                       | +                                                      | -                                                                                 |
|-----------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| JJ-Katheter (Pigtail) | Endourologische Schienung<br>Keine Beutelversorgung    | Spätes Erkennen einer Fehlfunktion<br>Sepsis<br>Regelmäßiger Wechsel (3–6 Monate) |
| Nephrostomie          | Gute Kontrolle der Nierenfunktion                      | Beutelversorgung<br>Regelmäßiger Wechsel (2–3 Monate)                             |
| Stent                 | Keine regelmäßigen Wechsel<br>Keine Blasenirritationen | Migration<br>Inkrustation                                                         |

Harnableitung die Restfunktion der Niere erhalten werden. Immer häufiger werden sekundär Ureterstents implantiert [1–3] (Abb. 4, Tab. 2).

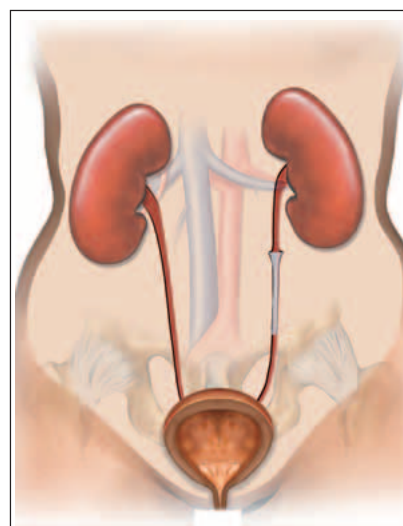
#### Literatur:

1. Zaman F, Poullis C, Bach C, et al. Use of a segmental thermoexpandable metal alloy stent in the management of malignant ureteric obstruction: a single centre experience in the UK. *Urol Int* 2011; 87: 405–10.
2. Papatsoris AG, Buchholz N. A novel thermo-expandable ureteral metal stent for the minimally invasive management of ureteral strictures. *J Endourol* 2010; 24: 487–91.

3. Agrawal S, Brown CT, Bellamy EA, et al. The thermo-expandable metallic ureteric stent: an 11-year follow-up. *BJU Int* 2009; 103: 372–6.

#### Korrespondenzadresse:

**Dr. med. Christian Padevit**  
**Leitender Arzt Klinik für Urologie**  
**Kantonsspital Winterthur**  
**CH-8401 Winterthur**  
**E-Mail: christian.padevit@ksw.ch**  
**www.ksw.ch/urologie**



**Abbildung 4:** Retrograd implantierter thermoexpandierbarer Titan-Stent MEMOKATH™ 051. Mit freundlicher Genehmigung von Pnn Medical SA.

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)