

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Fallbericht: Monströses
Harnblasenkonkrement mit spontanem
Steinabgang**

Braun KP, May M, Hoschke B

*Journal für Urologie und
Urogynäkologie 2007; 14 (2)*

(Ausgabe für Österreich), 13-14

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2007; 14 (2)

(Ausgabe für Schweiz), 12-13

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2007; 14 (1)

(Ausgabe für Deutschland), 25-26

Homepage:

www.kup.at/urologie

Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche

Indexed in Scopus

Member of the



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



FALLBERICHT: MONSTRÖSES HARNBLASENKONKREMENT MIT SPONTANEM STEINABGANG

EINLEITUNG

In der Literatur finden sich mehrere Fallberichte über monströse Blasensteine mit einer Größe von 4 cm und mehr [1–3]. Die Therapie besteht hierbei in den meisten Fällen in einer Sectio alta [1, 2] und ausnahmsweise in der ESWL [3]. Nach unserem Wissen existiert bisher jedoch noch kein Bericht über einen Fall, bei dem ein Konkrement dieser Größe auf natürlichem Weg spontan abgegangen ist.

KASUISTIK

Eine 81jährige Patientin wurde notfallmäßig unter dem Bild eines akuten Abdomens zunächst in die chirurgische Klinik unseres Hauses aufgenommen. Neben einem heftigen Vomitus wurde über Diarrhoe und blutige Faeces berichtet. Eine Eigenanamnese war bei sehr reduziertem Allgemeinzustand und fortgeschrittener Demenz nicht zu erheben. Es bestand eine Harninkontinenz, und die Patientin war größtenteils immobil. Urogynäkologische Voroperationen existierten nicht. In der rektalen und vaginalen Palpation fiel eine derbe ventral gelegene Resistenz auf. Ein größeres Harnblasenkonkrement kam bereits von außen zur Darstellung. In der Abdomenübersicht zeigte sich dieses Konkrement als 5,5 x 4,5 cm große ovale und röntgendichte Struktur (Abb. 1).

Sonographisch konnte eine beidseitige Harnstauung 2. bis 3. Grades festgestellt werden. Der Urinbefund zeigte einen Harnwegsinfekt mit *Proteus mirabilis*. Es erfolgte die Übernahme in unsere Klinik. Zystoskopisch stellte sich ein nahezu die gesamte Harnblase ausfüllendes Konkrement dar. Die Patientin und ihre Angehörigen lehnten zu diesem Zeitpunkt jegliche weitere Therapie ab und forderten

die Demission. Einen Tag nach der Entlassung wurde sie uns erneut über die Kliniknotaufnahme im Zustand nach spontanem Steinabgang eines ca. 6 x 5 x 4 cm großen Konkremettes vorgestellt (Abb. 2). Zystoskopisch stellte sich nun eine auf ca. 5 cm dilatierte Harnröhre sowie eine entzündlich veränderte Harnblase dar. Fisteln respektive eine Leckage bestanden hierbei nicht. Bei fortbestehender Harninkontinenz und restharnfreier Blasenentleerung war die Harnstauung im weiteren Verlauf rückgängig, und das Serumkreatinin normalisierte sich von initial 122 auf 83 mmol/l. Die Harnsteinanalyse ergab einen Mischharnstein mit 60%igem Apatit-, 30%igem Struvit- und 10%igem Whewellit-Anteil. Eine Fremdkörpermatrix wurde nicht nachgewiesen.

DISKUSSION

Es besteht die Möglichkeit, daß Harnblasensteine erst als Abdominalschmerzen symptomatisch werden [2]. Bei den Berichten über monströse Blasenkonkremente werden verschiedene Ursachen diskutiert. Hierzu zählen insbesondere Harnabflußstörungen, weshalb dieses Krankheitsbild auch bei männlichen Patienten häufiger beobachtet wird [2]. Bei weiblichen Patienten wurden Blasensteine nach gynäkologischen Operationen, wie zum Beispiel der Sectio caesarea, beschrieben [4]. Darüber hinaus werden als ursächlich diverse Fremdkörper (zum Beispiel Haarklammern, Harnröhrenkatheteranteile, eingewanderte Intrauterinpressare), Immobilität bei paraplegischen Patienten und Infektionen mit ureasebildenden Bakterien angegeben [2, 3, 5–7]. Auch die Einnahme verschiedener Medikamente kann die Bildung von Blasensteinen fördern [1].

In dem hier vorliegenden Fall kommen als Ursache der Steinbildung

Abbildung 1: Abdomenübersichtsaufnahme mit Darstellung des schattengebenden Konkremettes



Abbildung 2: 6 x 5 x 4 cm großes Harnblasenkonkrement nach spontanem Steinabgang



lediglich der Harnwegsinfekt sowie die Immobilität der Patientin in Betracht. Eine neurogene Harnblasenentleerungsstörung wäre ebenfalls denkbar, eine weiterführende Diagnostik (Urodynamik) dahingehend erfolgte jedoch nicht. Alle anderen o. g. Ursachen konnten ausgeschlossen werden.

Gemäß der hierzu vorliegenden Datenlage unterzogen sich die meisten Patienten mit monströsem Harnblasenkonkrement einer Sectio alta [1, 2, 4–7]. Darüber hinaus berichteten Kilciler et al. über ihre Er-

fahrungen an 20 Patienten, bei denen die Steinsanierung bei einer Steingröße zwischen 2 und 4 cm mittels ESWL gelang [3]. In dem hier vorliegenden Fall wurde der Patientin die Sectio alta empfohlen. Durch ihre ablehnende Einstellung hat sie uns jedoch einen völlig unerwarteten und unmöglich erscheinenden Weg des spontanen Steinabganges aufgezeigt.

Literatur:

1. Russinko PJ, Agarwal S, Choi MJ, Kelty PJ. Obstructive nephropathy secondary to sulfasalazine calculi. *Urology* 2003; 62: 748iv-vi.
2. Yeniol CO, Suellozgen T, Tuna A, Ayder AR. A very unusual case of chronic abdominal pain caused by a giant bladder stone formed on a foley catheter left in bladder. *Int Urol Nephrol* 2001; 33: 347-50.
3. Kilciler M, Sümer F, Bedir S, Özgök Y, Erduran D. Extracorporeal shock wave lithotripsy treatment in paraplegic patients with bladder stones. *Int J Urol* 2002; 9: 632-4.
4. Sun CM, Lin HY, Li CC, Chou YH, Huang CH. Bladder stone in a woman after cesarean section: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 2003; 19: 42-4.
5. Mhiri MN, Amous A, Mezghanni M, Rekek S, Smida ML. Vesico-vaginal fistula induced by an intravesical foreign body. *BJU* 1988; 62: 271.
6. Rafique M, Rauf A, Khan NA, Haque TU. An unusual cause of vesical stone: a migrant intrauterine device. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2003; 8: 170-2.
7. Atas B, Caksen H, Arslan S, Akbayram S, Klrimi E, Tuncer O, Akgün C, Köseoglu B, Kayan M. A girl with a giant bladder stone. *J Emer Med* 2004; 26: 123-5.

Korrespondenzadresse:

*Dr. med. Kay-P. Braun
Urologische Klinik, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH,
Lehrkrankenhaus der Universitätsklinik Charité zu Berlin
D-03048 Cottbus, Thiemstraße 111
E-Mail: K-P.Braun@ctk.de*

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](#)