

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Vesikorenalereflux:**

**Therapeutischer Nihilismus versus  
Overtreatment**

Oswald J

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2009; 16 (Sonderheft*

*5) (Ausgabe für Österreich), 31*

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**



# Vesikorenalere Reflux: Therapeutischer Nihilismus versus Overtreatment

J. Oswald

## ■ Ende der antibiotischen Prophylaxe?

Die derzeit gültigen nationalen wie internationalen klinischen Richtlinien zur Therapie von Patienten mit vesikoureteralem Reflux beinhalten als Basistherapie die antibiotische Dauerprophylaxe zur Verhinderung von Rezidivpyelonephritiden und Nierennarben. Seit Jahren wird die Compliance dieser Therapie infrage gestellt: Diese Compliance beträgt ca. 40 % („overall rate of compliance“), mit einer Rate von lediglich 17 % aller Patienten, welche eine 80%ige Dauerprophylaxe im 1. Jahr nach Diagnose des Refluxes aufwiesen. Weiters entwickelten ca. 60 % dieser mit einer Antibiotikaprophylaxe behandelten Patienten einen Durchbruchinfekt innerhalb des 1. Jahres nach Refluxdiagnose [1]. Ein zusätzliches Problem dieser insuffizienten antibiotischen Dauertherapie entstand durch entsprechende subtherapeutische Antibiotikaspiegel mit einer zunehmenden Resistenzentwicklung von *E. coli*, dem häufigsten Keim von Harnwegsinfekten [2]. Diese Resistenzentwicklung in Kombination mit der niedrigen Compliance warf die berechnete Frage auf, wie weit die antibiotische Prophylaxe bei Kindern mit vesikoureteralem Reflux noch berechnigt ist [3]. In nicht-klinischen Studien wurden so bereits Kinder ohne Antibiotikaprophylaxe wie auch ohne weiterführende Diagnostik (Miktionszystourethrogramm) nach einem fieberhaften Harnwegsinfekt behandelt.

## ■ Chirurgische Überbehandlung?

Heute werden überwiegend Kinder mit höhergradigen Refluxen (IV und V) mit einer Harnleiterneimplantation ther-

apiert, entsprechend den meist mehr als 10 Jahre alten Refluxguidelines können auch Patienten mit niedriggradigen Refluxen, vor allem bei Refluxpersistenz, Durchbruchinfekten und/oder einer Refluxnephropathie mit einer offenen Antirefluxplastik versorgt werden. Im Gegensatz dazu werden aufgrund fehlender prospektiver Studien sowohl die Langzeitantibiotikatherapie als auch die chirurgische Therapie *per se* zur Verhinderung weiterer Nierenschädigungen bei bekanntem vesikorenalem Reflux vor allem von pädiatrischer Seite zunehmend in Frage gestellt [4]. Vor allem die Antirefluxoperation bei niedriggradigem Reflux scheint gegenüber der konservativen-medikamentösen Therapie keinen Vorteil aufzuweisen und muss heute als eine unnötige Übertherapie bezeichnet werden [5].

## ■ Schwedische Refluxstudie

Die vorläufigen Ergebnisse der Schwedischen Refluxstudie können zumindest einige der vielen offenen Fragen der Refluxbehandlung klären: Hier wurden Kinder im Alter von 1–2 Jahren nach der Diagnose eines vesikoureteralen Refluxes Grad III–IV über einen Zeitraum von 2 Jahren zwischen einer Wait-and-See-Strategie, einer antibiotischen Dauerprophylaxe und einer endoskopischen Therapie randomisiert. Wie zu erwarten, wies die endoskopische Therapie die höchste Erfolgsrate bzgl. der Refluxpersistenz auf, ebenso war die Inzidenz der Harnwegsinfekte unter endoskopischer wie antibiotischer Dauerprophylaxe gegenüber der Wait-and-see-Gruppe signifikant geringer. Kein Unterschied im Vergleich zur Gruppe mit der antibiotischen Dauertherapie wurde bzgl. der Nierennarbenbildung in beiden anderen Gruppen festgestellt, eine exakte Differenzierung zwischen

kongenitaler und postnataler Refluxnephropathie war jedoch nicht möglich [6].

## ■ Minimal-invasive Refluxtherapie

Die kontroverse Diskussion über die Behandlung des vesikoureteralen Refluxes, sowie die zunehmend kritische Haltung der Eltern gegenüber einer jahrelangen Antibiotikabehandlung, sowie den wiederholten MCU-Untersuchungen bewirkten eine signifikante Zunahme der minimal-invasiven Therapie des Refluxes in Form der endoskopischen Therapie. Wieweit sich diese Therapie als Leitlinientherapie durchsetzen wird, werden weitere klinische Studien zeigen.

## Literatur:

1. Hensle TW, Hyun G, Grogg AL. Part 2: Examining pediatric vesicoureteral reflux: a real-world evaluation of treatment patterns and outcomes. *Curr Med Res Opin* 2007; 23: 7–13.
2. Jones ME, Karlowsky JA, Draghi DC. Rates of antimicrobial resistance among common bacterial pathogens causing respiratory, blood, urine, and skin and soft tissue infections in pediatric patients. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2004; 23: 445–55.
3. Wheeler D, Vimalachandra D, Hodson EM. Antibiotics and surgery for vesicoureteric reflux: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Arch Dis Child* 2003; 88: 688–94.
4. Craig JC, Irwig LM, Knight JF. Does treatment of vesicoureteric reflux in childhood prevent end-stage renal disease attributable to reflux nephropathy? *Pediatrics* 2000; 105: 1236–41.
5. Fanos V, Cataldi L. Antibiotics or surgery for vesicoureteric reflux in children. *Lancet* 2004; 364: 1720–2.
6. International Conference on Vesicoureteral Reflux in Children, Göteborg, Sweden, June 4–6, 2009

## Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. Josef Oswald, F.E.B.U.,  
Leiter des Arbeitskreises für  
Kinderurologie der ÖGU  
Abteilung für Urologie/Kinderurologie  
Medizinische Universität Innsbruck  
A-6020 Innsbruck  
Christoph-Probst-Platz, Innrain 52  
E-Mail: josef.oswald@uki.at

# 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](#)