Thieme

Urologische Notfälle: Symptome, Diagnostik und Therapie

Julius von Süßkind-Schwendi

Thieme CME · Fortbildungspunkte 3

Immer mehr Patienten suchen wegen urologischer Probleme die Notaufnahme auf. Dies liegt an Veränderungen in der ambulanten Versorgung und einer alternden Bevölkerung. Urogenitale Verletzungen treten bei ca. 5–10% aller Polytraumata auf. Der Artikel bietet eine differenzialdiagnostische Übersicht zu den wichtigsten urologischen Notfällen anhand von Symptomkomplexen: Flankenschmerzen, akutes Skrotum, Harnverhaltung, Makrohämaturie, Harnwegsinfekte und Urotraumatologie.

Flankenschmerzen

Als akuter Flankenschmerz wird der meist plötzlich aufgetretene, stärkste, krampfartige Schmerz unterhalb des seitlichen Rippenbogens mit Ausstrahlung in den Mittel- und Unterbauch oder sogar in den Genitalbereich bezeichnet. Ursächlich für den akuten Flankenschmerz finden sich als häufigste urologische Differenzialdiagnosen die akute Pyelonephritis und die Obstruktion des oberen Harntrakts durch eine Urolithiasis (▶ **Tab. 1**).

Merke

Akute lebensbedrohliche Differenzialdiagnosen müssen stets zuerst ausgeschlossen werden, insbesondere ein (rupturiertes) Bauchaortenaneurysma, das sich auch mit plötzlich einsetzenden Schmerzen im Rücken und den Flanken präsentieren kann.

Urolithiasis

Merke

Eine Harnleiterkolik gehört zu den heftigsten Schmerzzuständen und erfordert eine zügige und suffiziente, meist intravenöse Analgesie bis hin zu hochpotenten Opiaten.

Männer sind häufiger von Urolithiasis betroffen als Frauen. Durchschnittlich jeder zehnte Deutsche erlebt diese Erkrankung einmal in seinem Leben [2]. Daher ist mit bis zu 10% aller Vorstellungen in einer Notaufnahme die akute Steinkolik ein sehr häufiges Krankheitsbild. Neben typischer Anamnese mit plötzlich auftretenden Schmerzen zeigt sich sonografisch in der Regel ein Harnstau. Goldstandard der Steindiagnostik stellt letztlich die native dosisreduzierte Computertomografie (CT) des Abdomens und Beckens dar (sog. Native low Dose CT) (▶ **Abb. 1**). Vorteil dieser Untersuchung ist es, dass einerseits im Vergleich zum früher oft durchgeführten Ausscheidungsurogramm auf die intravenöse Gabe von Kontrastmittel verzichtet werden kann und neben der genauen Lokalisation und der Steingröße auch begleitende oder differenzialdiagnostische Pathologien erkannt werden können. Limitationen ergeben sich durch Aufhärtungsartefakte insbesondere durch Metallimplantate. Häufig sind diese im Bereich der distalen Ureter durch Hüft-Totalendoprothesen zu sehen.

Mit der Verwendung der DECT („Low Dose dual Energy native CT“) entsteht sogar eine Strahlenbelastung von unter 3,5 mSv.

Steine ≤ 4 mm gehen in 95% aller Fälle innerhalb von 40 Tagen spontan ab [3]. Sollte ein konservativer Thera-

ABKÜRZUNGEN

AAST	American Association for the Surgery of Trauma
AE	Angioembolisation
AV	arteriovenös
BGA	Blutgasanalyse
BPH	benigne Prostatahyperplasie
CA-UTI	Katheter-assoziierte Harnwegsinfekte
CT	Computertomografie
DECT	Dual-Energy-Computertomografie
DRU	digitorektale Untersuchung
EAU	European Association of Urology
ICU	Intensivstation
IMC	Intermediate-Care-Station
ISK	intermittierender Selbstkatheterismus
MRT	Magnetresonanztomografie
RUG	retrograde Urethrografie

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.