

Infizierte solitäre Nierenzyste: eine seltene Ursache von Flankenschmerzen

Christian Padevit, Peter Jaeger

Fallbeschreibung

Ein 50-jähriger Patient stellte sich wegen 4tägigen epigastrischen Schmerzen mit Ausstrahlung in die rechte Flanke vor. Die persönliche Anamnese war bland. In der klinischen Untersuchung zeigte sich eine klopfempfindliche Nierenloge rechts, die Temperatur betrug axillär 37,3 °C. Die Laboruntersuchung ergab erhöhte Infektparameter mit $10,09 \times 10^9/L$ Leukozyten und einem C-reaktiven Protein von 225 mg/L. Der Kreati-



Abbildung 1.
Sonographisch deutlich erkennbares Sediment in der Nierenzyste.

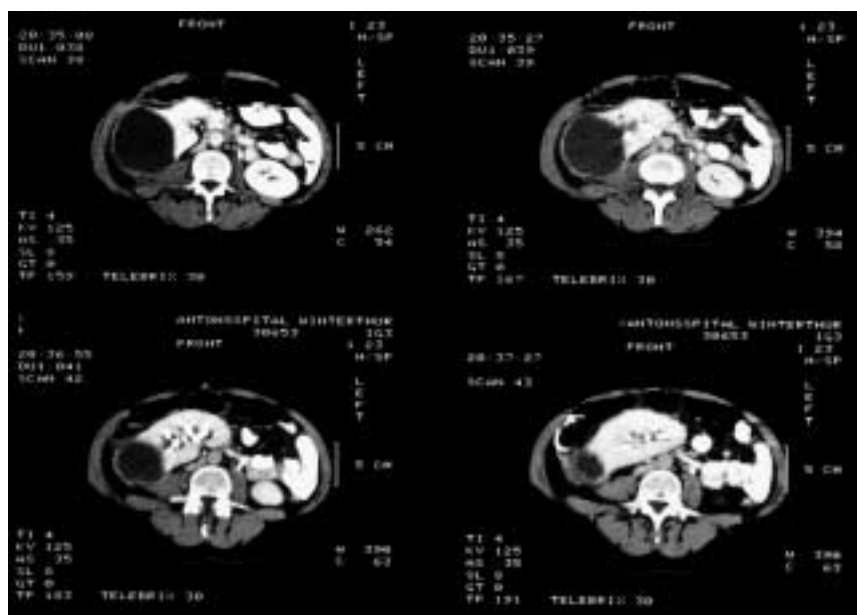



Abbildung 2.
CT-Befunde der infizierten Nierenzyste.

nin-Wert lag mit 78 $\mu\text{mol/L}$ im Normbereich. Im Mittelstrahlurin konnten 10000/ml vergrünende Streptokokken nachgewiesen werden. Die Abdomensonographie erbrachte den Nachweis einer scharf begrenzten Zyste von 7,5 cm Durchmesser am rechten Nierenoberpol mit deutlicher Sedimentierung (Abb. 1 ); der Befund wurde mittels Computertomographie bestätigt (Abb. 2 ). Nach sonographisch gesteuerter Einlage einer Drainage entleerten sich initial 400 ml eitriges Sekret. Die bakteriologische Untersuchung zeigte mässig viele Leukozyten ohne Nachweis von Mikroorganismen. Zytologisch konnten keine malignen Zellen nachgewiesen werden. Antibiotisch wurde der Patient während 14 Tagen mit Augmentin® behandelt. Nach kurzzeitigem Fieberanstieg auf 38,5 °C axillär erholte sich der Patient rasch. Die Drainage förderte noch einige Tage zwischen 20 und 40 Milliliter zunehmend aufklarendes Sekret und wurde am 8. Tag entfernt.

Kommentar

Bei fehlendem Ansprechen auf eine adäquate antibiotische Therapie bei akuter Pyelonephritis ist die Sonographie der Harnwege indiziert, um komplizierende Faktoren wie eine Abflussbehinderung, Nieren-/Uretersteine, Abszesse, infizierte Tumoren und infizierte Nierenzysten auszuschliessen. Solitäre, benigne Nierenzysten treten bei Erwachsenen mit einer Inzidenz von 2–3% auf und werden meist als Zufallsbefunde/Nebenbefunde diagnostiziert [1]. Infizierte Nierenzysten sind ein seltenes Krankheitsbild, welches typischerweise durch Fieber, irritative Miktionsymptome und unilaterale Flankenschmerzen charakterisiert ist. In bildgebenden Medien zeigen infizierte Zysten meist eine Wandverdickung, die Ausbildung von Septen, gelegentlich Verkalkungen und häufig Detritus. Handelt es sich nicht ausschliesslich um eine Sedimentierung, sondern liegt zusätzlich eine Wandverdickung oder Verkalkung vor, so ist differentialdiagnostisch unbedingt ein Nierenzellkarzinom («komplizierte Zyste») in Erwägung zu ziehen!

Pathogenetisch werden folgende Faktoren diskutiert: hämatogene Bakterienstreuung, Ausbreitung einer lokalen Pyelonephritis, Abkapseln von Zysten mit vorheriger Verbindung zum Nierenbeckenkelchsystem [3]. Therapeutisch sind

die sonographisch gesteuerte Punktion mit allfällig gleichzeitiger Drainageneinlage und Antibiotika-Gabe Mittel der Wahl. Bei Persistenz der

Zyste kann bei entsprechender Klinik die operative (retroperitoneoskopische) Zystenmarsupialisation vorgenommen werden [2, 4].

Korrespondenz:
Christian Padevit
Urologische Klinik
Kantonsspital Winterthur
Braucherstrasse 15
CH-8401 Winterthur
christian.padevit@ksw.ch

Literatur

- 1 Frishman E, Orron DE, Heiman Z, Kessler A, Kaver I, Graif M. Infected renal cysts: Sonographic diagnosis and management. *J Ultrasound Med* 1994;13:7-10.
- 2 Hemal AK, Gupta NP, Rajeev TP, Aron M, Bhowmik D, Jain R. Retroperitoneoscopic management of infected cysts in adult polycystic kidney disease. *Urol Int* 1999;62:40-3.
- 3 Feldberg MAM, Mali WP. An infected renal cyst. *Urol Radiol* 1980;2:47-9.
- 4 de Lichtenberg MH, Nielsen OS. Infected renal cyst simulating acute abdomen. *Acta Chir Scand* 1989;1055:135.