

Ein aussergewöhnlicher Grund für rezidivierende Harnwegsinfekte

Andrea Zimmermann^a, Bruno Vogt^b

^a Infektiologie, CHUV (Universitätsspital), Lausanne

^b Nephrologie und Hypertonie, CHUV (Universitätsspital), Lausanne


Fallbeschreibung

Im Juni 2010 präsentierte sich eine 43-jährige Patientin mit einer neu aufgetretenen leichten Niereninsuffizienz. Die früher gemessenen Kreatininwerte waren seit April 2006 normal. Im Juni 2010 erhöhten sich die Kreatininwerte bis auf maximal 103 $\mu\text{mol/l}$. Eine pathologische Proteinurie oder ein aktives Urinsediment lag nicht vor.

Aus der Vorgeschichte der Patientin war eine HIV-Infektion bekannt, die im April 2000 im Stadium A3 diagnostiziert wurde (symptomfrei, $\text{CD}_4 > 200/\mu\text{l}$). Als im Juni 2010 der Kreatininanstieg beobachtet wurde, stand sie unter einer Therapie mit Truvada[®] (Emtricitabin, Tenofovir) und Kaletra[®] (Lopinavir, Ritonavir). Unter dieser Therapie war die Patientin asymptomatisch, die Viruslast lag unter der Nachweisgrenze, und die CD_4 -Zellzahl war mit 633 Zellen/ mm^3 in einem nahezu normalen Bereich. Im Jahre 2007 wurde wegen persistierender Hypermenorrhoe eine Hysterektomie durchgeführt. In der Folge entwickelte die Patientin wiederholte Harnwegsinfekte mit mehreren Pyelonephritiden pro Jahr. Anamnestisch war jeweils die rechte Nierenloge klopfdolent, interessanterweise traten die Schmerzen nie auf der linken Seite auf. Die Infektionen

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

wurden jeweils resistenzgerecht antibiotisch behandelt. Erwähnenswert ist, dass der nachgewiesene Keim jeweils ein *E. coli* mit einem gleichbleibenden Resistenzmuster (pansensibel) war. Die Abklärungen der rezidivierenden Harnwegsinfekte mit Pyelonephritiden der rechten Nieren ergaben eine Ureterstenose rechts prävesikal. Die Ursache dieser Stenose mit leichter Hydronephrose wurde auf eine iatrogene Uretherverletzung nach Operation im kleinen Becken zurückgeführt. Ein Therapieversuch mit Einlage eines Pigtail-Katheters in den rechten Harnleiter brachte keinen Erfolg. Wegen Rezidivs der Stenose wurde im März 2009 eine laparoskopische Reimplantation des rechten Ureters durchgeführt, mit einem bezüglich der Harnleiterstenose postoperativ exzellenten Resultat. Trotz des Eingriffs nahmen die Episoden von Harnwegsinfekten und Pyelonephritiden rechts nicht ab, weshalb die Patientin praktisch dauernd unter Antibiotikabehandlung stand. Zusätzlich zu diesen rezidivierenden Harnwegsinfektionen trat im Juni 2010 neu eine leichte Nierenfunktionsstörung auf.

Bei der nephrologische Beurteilung fand sich erneut ein Harnwegsinfekt mit Zeichen einer Pyelonephritis rechts. Die rechte Nierenloge war auf Palpation und Perkussion sensibel. Die tiefe Palpation des rechten Unterbauchs war schmerzhaft. Wiederum wurde eine antibiotische Therapie (Ciprofloxacin $2 \times 500 \text{ mg/Tag}$) eingeleitet. Unter dieser Therapie kam es jedoch nicht zur gewünschten Verbesserung der Symptomatik. Die antibiotische Therapie wurde deshalb auf Rocephin[®] (Ceftriaxon) $2 \text{ g/24 Stunden i.v.}$ während 4 Tagen bei sensiblem Keim umgestellt. Im Anschluss daran wurde die antibiotische Therapie mit Bactrim Forte[®] (Trimethoprim, Sulfamethoxazol) per os während 20 Tagen fortgesetzt. Zusätzlich wurde eine spasmolytische Therapie für die Harnblase mit Detrusitol SR[®] (Tolterodin-L-tartat) für insgesamt zwei Monate eingeleitet. Wegen Persistenz der Schmerzen unter Therapie wurde eine Computertomographie des Abdomens veranlasst. Diese förderte nun Erstaunliches zutage: Es fand sich eine in den rechten Inguinalkanal herniierte Harnblase (Abb. 1 ). Die rechte Niere zeigte Narben bei Status nach rezidivierenden Pyelonephritiden, die linke Niere war normal. Es fanden sich keine Anzeichen einer Restenose des rechten Ureters.

Die Patientin wurde dem Urologen vorgestellt und eine operative Sanierung der Harnblasenhernie durchgeführt. Die Operation verlief komplikationslos. Rund 6 Monate später war die Patientin beschwerdefrei und hatte seither keine Harnwegsinfekte mehr. Die leichte Nierenfunktionsstörung hatte sich normalisiert.



Abbildung 1
Computertomographie mit gut sichtbarer, in den rechtsseitigen Inguinalkanal hernierter Blase (weisse Pfeile).

Kommentar

Rezidivierende Harnwegsinfekte lassen primär an einen resistenten Keim denken, ein Problem, welches bei unserer Patientin nicht vorlag. Bei wiederholten Harnwegsinfekten ist eine Kultivierung des Urins und eine Anpassung der antibiotischen Therapie an die Resistenzlage des Keimes unabdingbar. Insbesondere bei postmenopausalen Patientinnen muss zudem eine Schleimhautatrophie der Vaginalschleimhaut und des Meatus infolge Östrogenmangels in Betracht gezogen werden, dies, weil eine lokale Östrogenapplikation die Rezidivrate deutlich senken kann. Falls diese Faktoren nicht vorliegen, sollte bei Patienten mit einem Abdominaleingriff in der Vorgeschichte oder wie bei unserer Patientin mit der zusätzlichen Vorgeschichte einer Uretherstenose eine anatomische Problematik ausgeschlossen werden. Insbesondere bei älteren Männern mit einer Prostatahyperplasie sollte an eine anatomische Problematik gedacht werden. Die bei unserer Patientin nachgewiesene Inguinalhernie mit Blasenbeteiligung stellt eine Rarität dar. In ca. 4% der Fälle von operativ sanierten Inguinalhernien liegt eine Mitbeteiligung der Blase vor, wovon lediglich ein sehr kleiner Prozentsatz vorgängig als solche erkannt wird (ca. 7%) [1]. Die grosse Mehrzahl von Inguinalhernien tritt bei Männern auf (rund 70%), und die rechte Seite ist häufiger betroffen. Wenn ein grosser Teil der Blase in den Inguinalkanal oder gar das Skrotum herniiert ist,

berichten die Patienten häufig über Miktionsbeschwerden, eine Symptomatik, die bei unserer Patientin nicht vorlag. Wie jede andere herniierte anatomische Struktur kann auch die Blase inkarzerieren und eine entsprechende Abdominalsymptomatik hervorrufen [2, 3]. Unsere Patientin war mit Ausnahme der rezidivierenden Harnwegsinfekte und der Schmerzen bei tiefer Palpation des rechten Unterbauchs beschwerdefrei. Sie beklagte sich nie über eine inguinale Schwellung oder Schmerzen, und auch bei der körperlichen Untersuchung konnte eine solche bei einer etwas adipösen Patientin nicht beobachtet werden. Die vesikale Inguinalhernie unserer Patientin stellte somit einen überraschenden Befund dar, der operativ korrigiert werden konnte und zu Beschwerdefreiheit führte.

Korrespondenz:

Dr. med. Bruno Vogt
Nephrology and Hypertension
CHUV-University Hospital
Bugnon 17
CH-1011 Lausanne
bruno.vogt@chuv.ch

Literatur

- 1 Madden JL, et al. The anatomy and repair of inguinal hernia. *Surg Clin North Am.* 1971;51:1269–92.
- 2 Kuo WY, et al. Urinary bladder hernia: an unusual presentation of abdominal pain. *Emerg Med J.* 2010;27:489.
- 3 Helleman JN, et al. Incarcerated vesico-inguinal hernia: a case report. *Acta chir Belg.* 2009;109(6):815–7.