

Ureterobstruktion durch Menstruationstasse

Die etwas andere Nierenkolik

Barbara Rückel^a, dipl. Ärztin; Dr. med. Robert Einsle^a; Dr. med. Thomas Kaeslin^a;
Prof. Dr. med. Bernhard Allgayer^b

Kantonsspital Obwalden: ^a Innere Medizin, ^b Radiologie



Hintergrund

Ein Menstruationscup (MC), eine Menstruationstasse, ist ein Auffangbehälter für Menstruationsblut zur intravaginalen Anwendung. Gemäss Herstellerinformation kann man ein MC bis zu zwölf Stunden intravaginal belassen, dann wird sie geleert, ausgespült und anschliessend bei Bedarf wieder eingesetzt. Es gibt eine Vielzahl von Marken wie LadyCup, Lunette, DivaCup, MeLuna, Organicup und weitere.

Die MCs werden als kostengünstigere und ökologischere Alternative zu den gebräuchlicheren Wegwerf-Hygieneartikeln wie Tampons und Binden angepriesen. Insbesondere in Entwicklungsländern wird die Einführung dieses Produktes stark gefördert, da vielerorts nur ein unzureichender Zugang zu Wegwerf-Hygieneartikeln besteht.

Im Gegensatz zu Tampons kommt es bei MCs nicht zum Austrocknen der Vaginalschleimhaut und anders als bei der Monatsbinde kommt es zu keiner Geruchsentwicklung, da das Menstruationsblut nicht mit Sauerstoff in Kontakt kommt. Der MC ist jedoch bei weitem nicht so erprobt wie Binden und Tampons. Im Folgenden berichten wir über eine ernst zu nehmende Komplikation.

Fallbericht

Anamnese

Eine 29-jährige Patientin wurde wegen akuter, rechtsseitiger Flankenschmerzen durch den Rettungsdienst auf die Notfallstation gebracht. Der Schmerz habe zur rechten Leiste hin ausgestrahlt, sei von höchster Intensität gewesen («visual analoge scale» 10) und von Übelkeit und Schweissausbrüchen begleitet worden. Aufgrund der anhaltenden Flankenschmerzen mit kolikartigen Schmerzspitzen wurde die Patientin mit Verdacht auf Nierenstein auf die Notfallstation zugewiesen. Aus der Anamnese ging hervor, dass die Patientin ihre Menstruation hatte und zum Auffangen des Menstruationsblutes einen MC benutzte. Vorerkrankungen waren nicht bekannt.

Status und Befunde

Bei Eintreffen auf der Notfallstation präsentierte sich die Patientin in schmerzbedingt in deutlich reduzier-



Barbara Rückel

tem Allgemeinzustand, kreislaufstabil und afebril. Die klinische Untersuchung zeigte keine Auffälligkeiten, das Abdomen war weich mit regelrechten Darmgeräuschen und ohne Druck- oder Loslass-Schmerz, es bestand keine Klopferschmerzhaftigkeit über den Nierenlogen. In der Blutuntersuchung fanden sich normwertige Entzündungsparameter und ein Kreatinin von 57 µmol/l. Im Urin wurden 0–4 Leukozyten/Gesichtsfeld (GF) und 5–10 Erythrozyten/GF nachgewiesen.

Bei Verdacht auf Urolithiasis folgte die Abdomensonographie, in der ein dilatiertes, rechtes Nierenbecken und ein schmaler hypoechogener Saum am rechten Nierenunterpol auffielen. Letzteren interpretierten wir als Zeichen einer möglicherweise stattgefundenen Fornixruptur. Es konnte kein Konkrement dargestellt werden. Zur weiteren Abklärung erfolgte ein Computertomogramm des Abdomens nativ (Abb. 1). Ein Konkrement wurde nicht nachgewiesen, auffällig war der intravaginal liegende, nach rechts abgekippte MC.

Zur Darstellung des renalen Abflusses rechts wurde nun noch Kontrastmittel gegeben. In der Abflussaufnahme (Abb. 2) zeigte sich ein erweiterter rechter Ureter bis zum Ostium. Daraus ergab sich die Diagnose



Abbildung 1: Computertomographie-Topogramm (nativ, koronar) mit liegendem Menstruationscup.

Korrespondenz:
Barbara Rückel, dipl. Ärztin
Kantonsspital Obwalden
Brünigstrasse 181
CH-6060 Sarnen
barbara.rueckel[at]luks.ch



Abbildung 2: Röntgenaufnahme des Abdomens mit Kontrastmittel, Abflusshindernis im rechten Ostium.

einer ostialen Ureterobstruktion rechts durch eine Menstruationstasse.

Therapie und Verlauf

Wir rieten der Patientin zur sofortigen Entfernung des MC und bestellten sie für eine laborchemische und sonographische Verlaufskontrolle am Folgetag erneut auf unsere Notfallstation ein. Hierbei zeigte sich eine beschwerdefreie Patientin mit einem unverändert normwertigem Kreatinin von 74 $\mu\text{mol/l}$. Sonographisch bestand noch eine leichtgradige Ektasie des rechten Nierenbeckenkelchsystems ohne Erweiterung des proximalen Ureters, eine Stauung war nicht mehr vorhanden. Es wurden keine weiteren Nachkontrollen vereinbart. Der Patientin wurde empfohlen, künftig auf ein MC zu verzichten.

Diskussion

Es stellt sich die Frage, ob die Harnabflussbehinderung aufgrund eines Anwendungsfehlers auftrat. Von Herstellern (beispielsweise Lunette) wird in der Gebrauchsanleitung die richtige Position der MC (Abb. 3)

als «nah dem Scheideneingang» und «deutlich unter dem Muttermund» beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass der MC bei zu hohem Einführen oder bei entsprechender Anatomie direkt über die Zervix zu liegen kommen kann und daraus eventuell Schmerzen oder eine schlechte Abdichtung resultieren. Auf andere Gefahren oder Risiken wird nicht eingegangen [1]. Die empfohlene Anwendungsdauer von maximal zwölf Stunden wurde von unserer Patientin eingehalten. Bisher gibt es keine Studien, welche die Sicherheit der MCs belegen. In einem «case report», der im Jahr 2003 veröffentlicht wurde, postulieren die Autoren einen Zusammenhang zwischen MC-Anwendung und Endometriose-Entstehung [2], grössere Studien dazu mit gutem Evidenzgrad liegen nicht vor. Bisher wurde nur ein Fall von «toxic shock syndrome» im Zusammenhang mit dem Gebrauch einer MC beschrieben [3].

In einer randomisierten kontrollierten Studie in Kanada von 2011 wurde die Häufigkeit von urovaginalen Infektionen bei MC-Anwenderinnen mit derjenigen von Tampon-Anwenderinnen verglichen. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen [4]. Ein unserem sehr ähnlicher Fall von MC-bedingter Harnabflussbehinderung wurde im April 2018 im *International Journal of Surgery Case Reports* publiziert [5]. Beide Fallbeschreibungen legen nahe, dass durch den Gebrauch einer MC trotz korrekter Anwendung eine Nierenkolik ausgelöst werden kann.

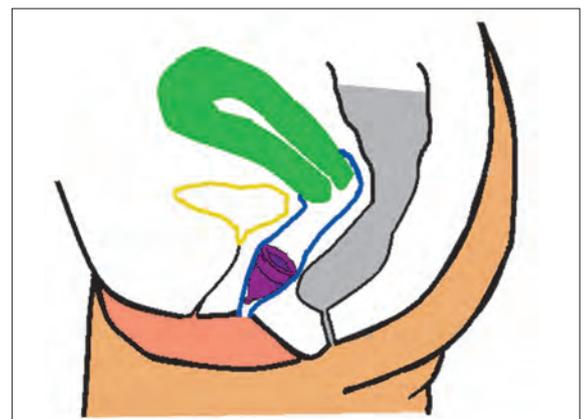


Abbildung 3: Korrekte Lage eines Menstruationscup (by fabiform, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Menstrual_cup_inserted.png, published under the copyright license (CC BY-SA 3.0) <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/>).

Disclosure statement

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

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2019.08258>.

Das Wichtigste für die Praxis

Bei unklaren Abdominal-/Flankenschmerzen sollte immer auf eine ausführliche Systemanamnese mit Einbezug des Urogenitaltrakts geachtet werden.