

harnsteinanalysezentrum bonn

Stone Letter

Prof. Dr. rer. nat. A. Hesse, Dr. med. R. M. Schaefer
Dr. med. Ph. Lossin, Prof. Dr. med. D. Bach

Der Stein ist `raus - was nun?

- Hinweis auf die neuen Harnstein-Leitlinien 2015 -

Es ist eine nun schon eine seit Jahrzehnten festgeschriebene Empfehlung: "**Jeder wie auch immer entfernte Harnstein sollte analysiert werden.**" Damit soll nicht versucht werden, die Kapazität der Analyselabors auszulasten. Es ist auch nicht notwendig, jedes nach einer Lithotripsie noch abgehende Fragment zur Analyse einzusenden, nein, es ist jedoch immer mit einem Steinartwechsel bei Rezidivsteinen zu rechnen. Infektionen, Stoffwechselstörungen und Ernährungsstörungen können zu anderen Steinarten führen, die vorher nicht aufgetreten sind.

Es wird häufig immer noch beobachtet, dass diese für die Weiterbehandlung so wichtige Maßnahme nicht selten vergessen wird und der Patient denkt, nach der Steinentfernung ist er geheilt. Dies ist aber ein Irrtum, denn es gilt auch "Ein Harnstein ist nur das Symptom einer Erkrankung, also die Folge einer Stoffwechselveränderung und nicht die Erkrankung selbst"

Für die Harnsteinanalyse ist heute die am häufigsten angewendete Standardmethode – **die Infrarotspektroskopie** – die alle Qualitätskriterien erfüllt. Mit der Steinanalyse ist die Weiterbehandlung des Patienten aufgrund der Einteilung in eine Niedrig- oder Hochrisikogruppe vorzunehmen. Für diese Einteilung ist zusätzlich zur Steinanalyse eine **Basisuntersuchung** erforderlich, wozu eine ausführliche Anamnese, einschließlich Ernährungsanamnese, Medikamenten- und Familienanamnese sowie Feststellung von Komorbiditäten gehört. Zur klinischen Untersuchung ist auch stets die Sonografie der Nieren- und ableitenden Harnwege notwendig. Die Laboruntersuchungen im Basistest sollten aus den Elektrolyten, Harnsäure, Harnstoff und Kreatinin im Blut sowie Teststreifen-Urinstatus, Urinkultur und Harnsediment bestehen.

Nach den Kriterien für eine Hochrisikogruppe (s. Tabelle 1 – ein Kriterium genügt!) bedürfen ca. ein Drittel aller Harnsteinpatienten eine weitergehende intensive Nachbehandlung und metabolische Abklärung. Es ist für diese Gruppe von Steinpatienten eine zweifache Untersuchung des 24-Std.-Harns unerlässlich. Diese

Tabelle 1: Kriterien für Hochrisiko-Steinbildner

- 3 Steine und mehr innerhalb von 3 Jahren
- Kinder, Jugendliche
- genetische bedingte Steinbildung z.B. Zystinurie, primäre Hyperoxalurie
- Infektsteine
- Harnsäuresteine
- Brushit- und Karbonatapatitsteine
- Reststeine
- Primärer Hyperparathyreoidismus
- Positive Familienanamnese
- Morbus Crohn, Colitis ulcerosa
- Einzelniere
- Nephrokalzinose
- bilaterale große Steinmasse

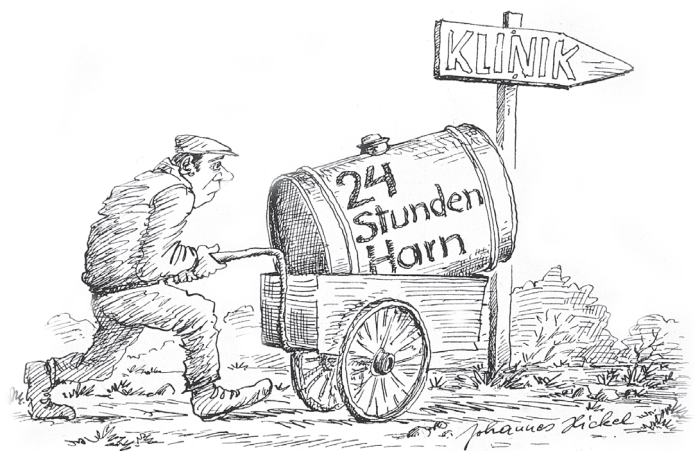


Abb. 1: Bei Hochrisiko-Steinpatienten ist die Untersuchung des 24-Stunden-Harns notwendig!

Hier können Sie Versandmaterial anfordern:

Theaterplatz 14 • D 53177 Bonn • Fon: +49 228 95737 16 • Fax: +49 228 95737 21

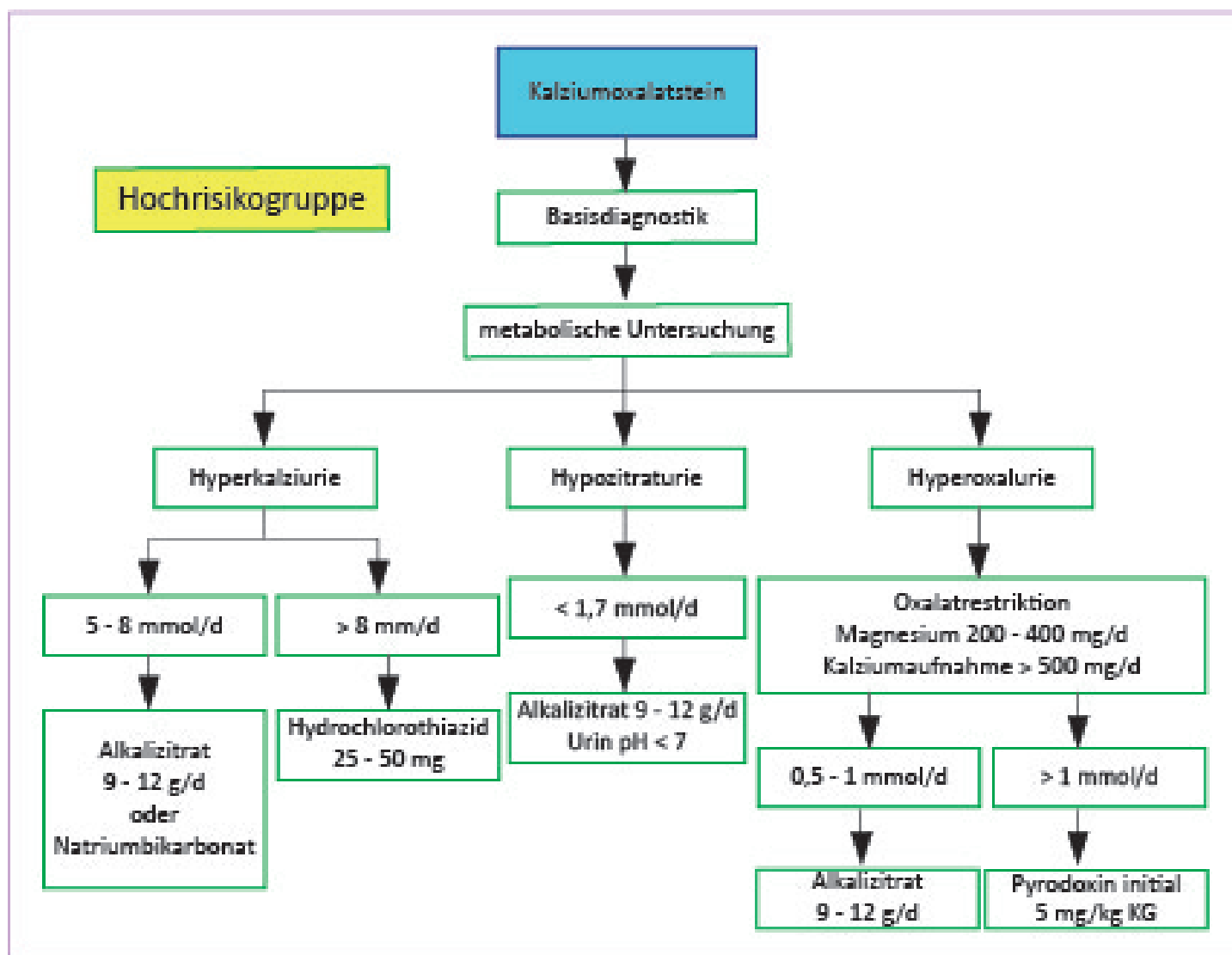


Abb. 2: Algorithmus zur Diagnostik und Prophylaxe der Kalziumoxalatsteine bei Hochrisikopatienten (Auszug)

Maßnahme erfordert eine gute Organisation in der Ambulanz und dem dazugehörigen Labor, um sichere Ergebnisse zu erhalten und ist meist Spezialeinrichtungen vorbehalten.

Mit den Ergebnissen können sehr spezifische Therapien zur Rezidivprophylaxe eingeleitet werden. In Abb. 2 sind Ausschnitte aus einem Algorithmus zur Diagnostik und Prophylaxe von Kalziumoxalatsteinen wiedergegeben. Die vollständigen Algorithmen für alle Harnsteinarten sind in den Original-Leitlinien nachzulesen.

Mit diesen Ausführungen möchten wir die behandelnden Ärzte und auch die Steinpatienten auf die neuen Leitlinien aufmerksam machen.

Bei einer konsequenten Anwendung der Leitlinien zur Metaphylaxe von Harnsteinen können viele Rezidivkrankungen verhindert werden.

Werbung Aristo

Literatur:

1. S2k-Leitlinie - Diagnostik, Therapie und Metaphylaxe der Urolithiasis - 2015, Urologenportal.
2. Knoll, T., Bach, T., Neisius A., Schönthaler M., Wendt-Nordahl G.: S2k-Leitlinie Urolithiasis, der neue Standard in Diagnostik und Therapie bei Harnsteinen. URO NEWS 2015: 19(7-8) 16-20.