

Urologische Notfälle in der Praxis

Prof. Paul Brüttsch aus Huttwil formulierte gleich zu Beginn das Lernziel dieses Seminars: Was ist aus klinischer Sicht bei urologischen Notfällen in der Praxis wichtig? Unter diesem Motto hatten die Moderatoren einen umfassenden Themenkatalog zusammengestellt.

Beim akuten Harnverhalt geht es zunächst darum, nach den Ursachen zu forschen. Dazu gehört beim Mann auch unbedingt die rektale Untersuchung der Prostata. Scheint eine Striktur der Harnröhre ausgeschlossen, ist die Katheterisierung die erste Massnahme. Prof. U. E. Studer von der Urologischen Uni-Klinik in Bern erläuterte detailliert die optimale Katheterisierungs-Technik und ging auch auf mögliche Probleme ein.

C.-C. Schürer

Harnverhalt – möglichst grosse Katheter legen

Nach Aussage von Prof. Studer ist es empfehlenswert, möglichst einen grossen Katheter von 16–18 Charrière zu legen. Kleinere Schläuche haben nämlich die Tendenz, an der Schleimhaut hängen zu bleiben. Sollte sich beim Vorschieben die Biegung vor der Prostata als unüberwindlich erweisen, lässt sich der Engpass meist durch digitalen Druck vom Rektum her auf die Prostata überwinden. Der Katheter ist unbedingt bis zum Ventil einzuführen, bevor er geblockt wird. Ein Auffüllen des Ballons in der Prostataloge kann zu erheblichen Problemen führen, zum Beispiel zu einer Beckenbodenphlegmone mit potentiell tödlichem Ausgang.

U. E. Studer und Paul Brüttsch erläuterten anschliessend die verschiedenen Möglichkeiten der suprapubischen Harnableitung. Geschildert wurde besonders das Cystofix-System, mit dessen Anwendung die Hälfte des Publikums bereits Erfahrungen hatte. Bei jeder akuten Blasenentlastung sollten nicht mehr als zirka 500 mL Urin abgelassen werden. Sonst besteht die Gefahr eines Blutandrangs in den bisher komprimierten Venen der Blasenwand, was zu Blutungen bis hin zu einer Blasantamponade führen kann. Wichtig ist ausserdem die antibiotische Prophylaxe (z.B. mit 2×400 mg Cotrimoxazol), auch nachdem der Katheter liegt.

Hodentorsion oder Epididymitis?

Als nächstes führten die beiden Moderatoren durch die Differentialdiagnose des akuten Hodenschmerzes, die durch zahlreiche klinische Hinweise erleichtert wird (Tab. 1). Als

auslösende Ursache einer Epididymitis liegen oft Chlamydien oder eine Prostatitis vor, bei der es sich übrigens um eine der am häufigsten übersehenen Diagnosen handelt. Schmerzlose Hodenschwellungen beruhen entweder auf einer Hydrozele oder einem Tumor. Eine Diaphanoskopie ergibt in der Regel erste diagnostische Hinweise.

Penis – Priapismus und Phimose

War ein Priapismus früher in der Regel durch leukämische Erkrankungen bedingt, tritt er heute vorwiegend nach intrakavernöser Injektion von potenzsteigernden Prostaglandinen auf, insbesondere, wenn diese in weniger als 24 Stunden mehrfach gespritzt werden. In den meisten Fällen bildet sich ein solcher Priapismus nach einer intrakavernösen Injektion von 0,01 mg Noradrenalin zurück (Blutdruckkontrolle). Zu beachten ist dabei jedoch unbedingt die richtige Verdünnung des Noradrenalins: Bei den in der Schweiz erhältlichen Präparaten muss eine Ampulle mit 100 mL NaCl verdünnt werden.

Paraphimosen lassen sich häufig konservativ behandeln, indem sie, nach Auspressen des Ödems im Bereich der Striktur, reponiert werden. Im symptomfreien Intervall empfiehlt sich aber die operative Sanierung. Erweist sich eine Paraphimose als irreponibel, kann der äussere Schnürring durch eine dorsale Inzision und Quervernähung derselben erweitert werden.

Steinkolik – schmerztherapeutische Herausforderung

Bei Steinkoliken kommt es vor allem auf zwei Dinge an: diagnostisch auf die Lokalisation



des Hindernisses und therapeutisch zunächst auf die effektive Behandlung der Schmerzen. Zur Diagnose kommen neben anamnestischen Hinweisen bildgebende Verfahren zu

Anwendung, in erster Linie die intravenöse Pyelografie. Allerdings darf diese auf keinen Fall während einer Kolik durchgeführt werden. Ein normales Sonogramm oder CT schliessen eine Obstruktion nicht aus (z.B. bei einer obstruktiven Pyelonephritis). Zur Therapie der meist heftigsten Schmerzen bewähren sich die nachstehenden Analgetika, wobei nichtsteroidale Antiphlogistika auch mit Opioiden kombiniert werden können.

Tabelle 1. Unterscheidung Epididymitis – Hodentorsion

Epididymitis	Hodentorsion
<i>Anamnese</i>	
Subakuter Beginn	Akuter Beginn
Symptome eines Harnwegsinfektes	Trauma, Fahrrad fahren, Geschlechtsverkehr
Miktion gestört	Miktion ungestört
<i>Befunde</i>	
–	Hodenhochstand
Skrotalhaut gerötet, ödematös	Skrotalhaut primär normal
Nebenhoden dolent, induriert, gross	Nebenhoden in atypischer Lage
rektal evtl. dolent	rektal indolent
Urin mit Infektzeichen	Urin unauffällig

Basisanalgesie – Prostaglandinsynthesehemmer

Diclofenac 3 × 50 mg/d

Ibuprofen 3 × 400 mg/d

Indomethacin 3 × 50 mg/d

Kolikanalgesie

Metamizol 2 ml i.v.

Pethidin 50–75 mg i.m.