

Milde «Niereninsuffizienz»

Dieser Fall schildert einen transienten Anstieg des Kreatinins bei einer Patientin mit einer Vorgeschichte von rezidivierenden Harnwegsinfektionen.

Ce cas décrit une augmentation passagère de la créatinine chez une patiente ayant des antécédents d'infections urinaires.

Lorenz Risch, Andreas R. Huber

Eine 40jährige Patientin mit einer Vorgeschichte von rezidivierenden Harnwegsinfektionen präsentiert sich mit seit 3 Tagen bestehenden dysurischen Beschwerden. Die Patientin hat solche Episoden schon seit längerem selbständig mit Trimethoprim/Sulfmethoxazol (Bactrim®) erfolgreich therapiert. Im Gegensatz zu früher haben sich die dysurischen Beschwerden jedoch auf eine seit 2½ Tagen eingenommene Trimethoprim/Sulfmethoxazol-Medikation nicht gebessert. Sie berichtet über übelriechenden Harn.

Anamnese: Bis auf rezidivierende Harnwegsinfekte (durchschnittlich 4mal pro Jahr) bland. Keine strukturelle Anomalie der Nieren bekannt.

Status: 170 cm gross, BMI 21. Leicht reduzierter Allgemeinzustand, 37,2 °C, kardiopulmonale Untersuchung bland, suprapubische Palpation leicht schmerzhaft.

Labor: Harntest: Lc+++; Nitrit +, Hb ++.

Blut: Lc, 10,5 G/L, CRP 12 mg/L, Kreatinin 106,2 µMol/L (1,2 mg/dL) (mit der 4 Variablen-MDRD-Formel geschätzte GFR: 52 ml/min/1,73 m²).

Diagnosen: rezidivierende Harnwegsinfekte. Aktuell V.a. Infekt mit Trimethoprim/Sulfmethoxazol-resistentem Keim. Moderate Niereninsuffizienz (Erstdiagnose). Geschätzte GFR 52 ml/min/1,73 m².

Verlauf: Die Antibiose der Patientin wurde auf 5 Tage Norfloxacin (Noroxin®) p.o. umgestellt, es wurde ihr zudem angeraten, die Trinkmenge zu erhöhen. Bei einer Kontrolluntersuchung nach einer Woche liegt das Resultat des positiven Uricults vor und bestätigt die Verdachtsdiagnose: Wachstum von *E. coli*, Keimzahl 10⁶, resistent auf Trimethoprim/Sulfmethoxazol, empfindlich auf Norfloxacin. Die Patientin ist bei Wohlbefinden, die Beschwerden sind nach Umstellen der antimikrobiellen Therapie prompt verschwunden. Ein Harntest zeigt normalisierte Parameter. Eine Kontrolle des Kreatininwerts liegt bei 61,9 µMol/L (0,7 mg/dL) (Norm ≤0,9 mg/dL), entsprechend einer GFR von 98 ml/min/1,73 m² (4-Variablen-MDRD-Formel).

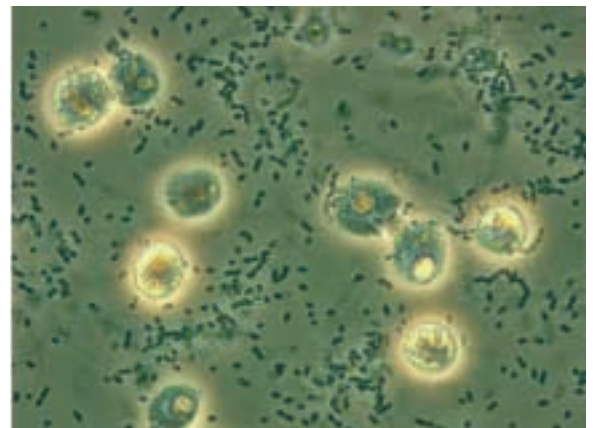


Abbildung 1

Die Patientin zeigt im Urinsediment das klassische Bild eines Harnwegsinfektes: massenhaft Bakterien mit reichlich polymorphkernigen Granulozyten. Vermehrt Erythrozyten. Plattenepithelien als Hinweis auf eine Kontamination nur in Ansätzen erkennbar.

Frage: Was ist bei dieser Patientin die wahrscheinlichste Ursache für die transiente Kreatinin-Erhöpfung?

- Nierenfunktionseinschränkung als Folge des Harnwegsinfektes.
- Falsch hoher Kreatininwert bei Hämaturie.
- Medikamentöse Kreatininerhöhung durch Trimethoprim/Sulfmethoxazol-Gabe mit normaler GFR.
- Chronische Nierenschädigung durch rezidivierende Harnwegsinfektionen.

Die Antwort finden Sie in der «pipette» (Heft 2/05), die mit dieser Ausgabe von PrimaryCare verschickt wird, im Artikel «Neue Entwicklungen bei der Abschätzung der GFR».

Prof. Andreas R. Huber
Zentrum für Labormedizin
Kantonsspital
CH-5001 Aarau
andreas.huber@ksa.ch