



DR. MED. PATRICK SAWAYA

Die Refluxerkrankung der Harnwege

Ob angeboren oder erworben – eine frühzeitige Diagnose und konsequente Therapie kann einen Nierenfunktionsverlust verhindern

Bei der Refluxerkrankung der Harnwege handelt es sich um einen Rückfluss von Harn aus der Blase in den Harnleiter (vesikoureteraler Reflux, VUR), welcher bei höherem Schweregrad bis in das Nierenbecken führen kann (vesikorenaler Reflux, VRR). Dieser „Pendel-Urin“ kann über einen längeren Zeitraum zu physikalischen Druckschädigungen der Niere und wiederkehrenden Harnwegsinfektionen mit Eindringen von Bakterien bis in das Nierengewebe im Sinne einer Nierenbeckenentzündung führen. Die Langzeitfolgen sind Narbenbildungen mit Organschrumpfung und Nierenfunktionsverlust (Niereninsuffizienz) sowie die Entstehung einer arteriellen Hypertonie (Blutdruckerhöhung).

Unterschieden wird in einen sog. Niederdruck-Reflux, bei dem bereits während der Füllungsphase der Blase ein Urinrückfluß auftritt, und einen Hochdruck-Reflux, bei welchem dieser erst durch die Druckerhöhung in der Harnblase beim Vorgang des Wasserlassens (Entleerungsphase) entsteht. Je nach Ausprägung der druckbedingten Veränderungen der anatomischen Strukturen des Hohlraumsystems der Niere – d. h. Aufblähen von Nierenbecken und Nierenkelchen (Dilatation) – sowie dem Vernarbungsmaß wird die Refluxerkrankung in fünf Schweregrade unterteilt.

Was sind nun die Ursachen des vesikoureteralen bzw. vesikorenalen Refluxes?

Bei gesunden Menschen wird der Urin vom Nierenarbeitsgewebe (Nierenparenchym) über die Nierenbecken und beide Harnleiter in die Harnblase transportiert und schließlich aus dem Körper ausgeschieden. Die Harnleitermündung in die Blase (Ureteröffnung) fungiert dabei wie ein Ventil und sorgt dafür, dass der Harn nicht wieder zu den Nieren zurückfließen kann. Unterschieden wird hier zwischen der primären, angeborenen, und der sekundären, im Laufe des Lebens erworbenen Form.

Bei der angeborenen Form liegt eine multifaktorielle embryonale Fehlentwicklung im Mutterleib zugrunde mit Fehlanlage der Harnleitermündung und zu kurzem Verlauf des Harnleiters in der Blasenwand (intramuraler

Harnleiteranteil), weshalb bei einem Druckanstieg in der Blase der obere Harntrakt nicht suffizient abgedichtet werden kann. Dies betrifft besonders häufig einen zweiten, anatomisch fehlerhaft mündenden zusätzlichen Harnleiter einer Doppelnierenanlage. Funktionsstörungen des unteren Harntrakts mit zu hohen Miktionsdrücken (physikalischer Druck in der Harnblase beim Entleerungsvorgang) können ebenso für einen Reflux verantwortlich sein. Gemeint ist hier eine Erhöhung des Abflusswiderstands unterhalb der Blase im Schließmuskelbereich und der Harnröhre bei z. B. angeborenen Harnröhrenklappen oder neurologischen Funktionsstörungen im Rahmen einer Rückenmarkserkrankung (z. B. Spina bifida). Bei einer dysfunktionalen Miktion, z. B. der sog. Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie, wird beim Wasserlassen der Schließmuskel nicht synchron entspannt und ein folglich zu hoher Blasendruck erzeugt. Zu den erworbenen Ursachen zählen zum einen chronisch wiederkehrende Entzündungen der Harnblase oder auch operative, in erster Linie endoskopische Eingriffe an der Harnblase in der unmittelbaren Umgebung der Harnleitermündungen.

Bei Kindern ohne Krankheitssymptome findet sich in ca. 1% eine Refluxerkrankung, während im Zusammenhang mit wiederkehrenden Harnwegsinfektionen und Dysfunktion des unteren Harntrakts in bis zu 70% der Fälle ein Reflux vorliegt. Es gibt ein gehäuftes familiäres Auftreten; Geschwister und Kinder von Erkrankten haben ein deutlich erhöhtes

Risiko von bis zu 30% bei Zwillingen. Das Erkrankungsverhältnis männlich : weiblich beträgt 1:4.

Bei welchen Symptomen sollte man an eine Refluxerkrankung denken?

Babys und Kleinkinder leiden in der Regel unter schlechtem Gedeihen, Blässe, Untergewicht, wiederholtem Einnässen, Bauchschmerzen, Durchfall und Erbrechen sowie Fieberepisoden. Bei größeren Kindern sowie erwachsenen Patienten zeigen sich ständiger Harnrang, Brennen beim Wasserlassen, Schmerzen im Bereich der Nieren, ein übler Geruch des Urins, Schmerzen in der Flanke während des Wasserlassens oder bei einer gefüllten Harnblase sowie fieberhafte Harnwegsinfekte, Nierenfunktionsstörungen und Blutdruckerhöhung.

Wie wird die Refluxerkrankung diagnostiziert?

Zur Basisdiagnostik gehören eine ausführliche Anamnese, Blut- und Urinuntersuchungen insbesondere auf Entzündungsparameter sowie eine Sonographie (Ultraschall) der Harnwege, welche eine Erweiterung von Harnleiter und Nierenbecken sowie Narbenbildung und Schrumpfung der Nieren darstellen kann. Ein MCU (Miktionszysto-Urethrogramm) kann Aufschluss über Refluxausmaß, Harnblasengröße, Form und Veränderungen der Harn-

röhre geben. Im Rahmen dieser Untersuchung wird über einen dünnen Katheter Kontrastmittel in die Harnblase gefüllt. Unter Röntgendurchleuchtung kann dann bei bestehendem Reflux ein Rückfluß des Kontrastmittels während des Auffüllens bzw. beim Wasserlassen in den Harnleiter und ggf. das Nierenbecken dargestellt werden.

Eine Harnblasenspiegelung zeigt Form, Zahl und Lage der Harnleitermündungen. Insbesondere die Form des sog. Ostiums kann auf einen Reflux hinweisen: Stadion-, Huftisen- oder Golfloch-Form der Öffnung statt einer schlitzförmigen Konfiguration.

Um eine möglichst genaue Darstellung des Ausmaßes von Nierengewebsvernarbungen zu erhalten, bedarf es der Durchführung einer nuklearmedizinischen DMSA-Nierenzintigraphie.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Das grundlegende Therapieziel ist der Erhalt der Nierenfunktion durch die Vermeidung von Pyelonephritiden (Nierenbeckenentzündungen). Rund 50% der betroffenen Kinder mit primärem Reflux können konservativ mit einer niedrig dosierten antibiotischen Langzeitbehandlung geführt werden, da im Rahmen des Wachstums eine gute Spontanheilungsrate zu verzeichnen ist.

Bei der endoskopischen Unterspritzung mit Dextranomere/Hyaluronsäure wird über eine Blasenspiegelung in Narkose die Substanz über das Endoskop unter die Harnleitermündung gebracht und bewirkt, dass das Harnleiterende angehoben, die Harnleitermündungsstelle eingengt und der Reflux idealerweise beseitigt wird. Je niedriggradiger der Reflux, desto höher ist die Chance auf langfristigen Erfolg.

Die offene chirurgische Therapie ist mit ca. 95% die gebräuchlichste und erfolgreichste Therapiemethode. Diese kommt vor allem bei höhergradigem Reflux oder auch bei Versagen der Unterspritzungsmethode zum Einsatz. Die hier wiederum am häufigsten angewandte Technik ist die sog. Antirefluxplastik nach Lich-Gregoir, deren Prinzip es ist, den im Harnblasenmuskel verlaufenden Harnleiteranteil durch Bildung eines muskulären Tunnels zu verlängern. Dies erfolgt mittels Bauchspiegelung oder über einen kleinen Unterbauchsschnitt ohne Eröffnung der Harnblase.

Wichtig ist bei allen genannten Arten der Refluxbehandlung eine sehr regelmäßige, zunächst engmaschige urologische Verlaufskontrolle mit Urinkontrollen, Blutdrucküberwachung und vor allem regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen der Harnwege.

Ihr Facharzt für Urologie in Aschaffenburg

Dr. med. Patrick Sawaya

Praxis



Urologie



Wir sind Mitglied im Expertenportal für Vasektomien in Deutschland

Zusatzbezeichnung Männerarzt durch das Institut cmi

männerarzt^{cmi e.V.}



Kontakt



Dr. med.
Patrick Sawaya
Urologische
Praxis

Ludwigstraße 4
63739 Aschaffenburg
Telefon: 0 60 21 / 1 33 55
Fax: 0 60 21 / 21 90 01
✉ info@dr-sawaya.de
🌐 www.dr-sawaya.de

