

Blasenentzündung: Reicht typische Anamnese fürs Antibiotikarezept?

Strittige Meinungen zum diagnostischen Vorgehen

58. Jahreskongress der Saarländisch-Pfälzischen Internistengesellschaft

NEUSTADT/WEINSTRASSE – Dass Patienten mit Brennen beim Wasserlassen ihr Antibiotikarezept am Automaten ziehen, stellt sicher zumindest für Deutschland „Science-Fiction“ dar. Dennoch gibt es Meinungsverschiedenheiten zum Ausmaß der notwendigen Diagnostik. Nephrologen z.B. wollen mehr als Allgemeinmediziner – und sie setzen sich durch.

Brennen und Schmerzen beim Wasserlassen, Leukozyten und Bakterien im Urin: Bei diesen Symptomen besteht ohne Zweifel ein Harnwegsinfekt. Also gibt man ein Antibiotikum – und die Sache ist erledigt? „Wäre es so einfach, könnte ich meinen Vortrag jetzt beenden“, sagte Privatdozent Dr. URBAN SESTER vom Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg/Saar. Tatsächlich hängt die Therapiestrategie aber von zahlreichen Einflussfaktoren ab.

Liegt eine obere oder untere Harnwegsinfektion vor? Ist sie kom-

pliziert oder unkompliziert? Gibt es Begleiterkrankungen, vorausgegangene Antibiotikatherapien oder gar eine Schwangerschaft? All dies gilt es zu differenzieren, bevor Sie den Rezeptblock zücken, betonte der Nephrologe. Er arbeitet an der Neuauflage der Leitlinie „Unkomplizierte Harnwegsinfektion“ mit, die 2015 erscheinen wird.

Unkomplizierte Zystitis eindeutig definiert

Einig sind sich die Experten bereits jetzt, dass sich zumindest an der Definition nichts ändern wird. Ein unkomplizierter Harnwegsinfekt liegt vor, wenn keine relevanten funktionellen/anatomischen Anomalien, Nierenfunktionsstörungen, Immundefizite oder Begleiterkrankungen bestehen. Sind Komorbiditäten gut therapiert (z.B. Diabetes mit stabiler Stoffwechsellaage, sprich $HbA_{1c} < 7\%$), erlaubt dies ebenfalls das Label „unkompliziert“.

Was die Diagnose der unkomplizierten Zystitis angeht, haben Nephrologen und Allgemeinmedi-

ziner lange gestritten (s. Tab.). Den DEGAM-Vorschlag, dass in den meisten Fällen die typische Anamnese zur Ausstellung des Antibiotikum-Rezeptes genügt (Urinstatus und Urinkultur nur bei Schwangeren und jüngeren Männern), lehnten die Nierenspezialisten im Leitlinien-Gremium entschieden ab.

„Die Art, so locker mit Antibiotika umzugehen, stammt aus dem angloamerikanischen Bereich“, kommentierte Dr. Sester. Er führte zur Verdeutlichung eine US-Studie an, laut der Harnwegsinfektionen fantastisch per Telefon gemanagt werden können. Das Setting: Der Patient ruft das Callcenter der Krankenkassen an, berichtet von Brennen beim Wasserlassen und der zuständige Mitarbeiter faxt ein Rezept an die nächste Apotheke – dort kann das Antibiotikum abgeholt werden. Conclusio der Autoren: Die Ergebnisse sind vergleichbar mit einer Behandlung durch den Hausarzt.

Rezept zur Antibiose nicht aus dem Automaten

Mit einer anderen Arbeit aus dem Jahr 2011 – „computer kiosk-expedited management of cystitis in the emergency department“¹ – ging man noch einen Schritt weiter: Mehr als 600 Patientinnen mit Blasenbeschwerden tippten ihre Symptome in einen Automaten

Flankenschmerz erfordert eine Abklärung



Urinkultur zum Nachweis von bakteriellen Erregern.

Foto: wikimedia/Microrao JMMC

Bei Verdacht auf unkomplizierte Zystitis Urinkultur anlegen?

Patientencharakteristika	Urinstatus (DEGAM*-Entwurf)	Urinstatus (Endfassung)	Urinkultur
Frauen prämenopausal	Nein	bei Erstvorstellung	Nein
Schwangere	Ja	Ja	Ja
Frauen postmenopausal	Nein	bei Erstvorstellung	Nein
jüngere Männer	Ja	Ja	Ja
Diabetiker (mit stabiler Stoffwechsellaage)	Nein	bei Erstvorstellung	Nein

modifiziert nach Dr. U. Sester (*Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)

ein, der in rund hundert Fällen die Zystitis-Diagnose stellte und ein Rezept „ausspuckte“.

Glomerulonephritis keinesfalls übersehen

Derlei Verfahren bergen ein immenses Fehldiagnose-Risiko, warnte Dr. Sester. Es gibt durchaus Patienten, die trotz typischer Zystitis-Symptomatik keinen Harnwegsinfekt, sondern eine andere Erkrankung aufweisen. Diese Fälle fallen dann durchs Raster.

Als Beispiel schilderte der Kollege den Fall einer 35-jährigen Frau, die wegen ihrer „Zystitisbeschwerden“ von einem Doktor zum anderen geschickt und mehrfach wie eine Patientin mit Harnwegsinfekt (HWI) behandelt worden war – ohne dass es durch die Antibiotikatherapie zur Besserung der Beschwerden kam. Nebenbei berichtete die Frau von rezidivierender Pharyngitis und „ein bisschen Flankenschmerz“. Die Urinkultur fiel jedoch bei

wiederholter Diagnostik negativ aus, dafür bestand eine persistierende Mikrohämaturie. Die Homburger Kollegen warfen schließlich (und zwar in diesem Fall zum ersten Mal!) einen Blick durchs Mikroskop und erkannten Akanthozyten bzw. die typischen sogenannten „Micky-Maus-Zellen“. Die korrekte Diagnose lautete am Ende: Glomerulonephritis aufgrund einer Mykoplasmeninfektion der Adnexe. „Wir haben 14 Tage gezielt behandelt und der ganze Spuk war vorbei“, berichtete der Referent.

Urinstatus als diagnostischer Standard durchgesetzt

Wichtige Differenzialdiagnosen gehen uns durch die Lappen, wenn wir es uns bei der Diagnostik zu einfach machen, betonte Dr. Sester. In der Endfassung der Leitlinien-Tabelle hat sich daher der Urinstatus – natürlich nebst ärztlicher Befragung und Untersuchung – als Standard durchgesetzt. Dr. Carola Gessner

1. J. C. Stein et al., Acad Emerg Med. 2011 Oct; 18: 1053-1059

Vorsicht, klinische Fehlklassifikation!

Die „Etage des klinischen Geschehens“ wird selbst in der Notaufnahme der Uniklinik nicht selten falsch klassifiziert, berichtete Dr. Sester: Sobald Flankenschmerz auftritt, ist das kein unterer Harnwegsinfekt mehr. Dieses Symptom kann nur auftreten, wenn die Niere mit betroffen ist, mahnte der Experte. Auch ein klopfschmerzhaftes Nierenlager oder Fieber (systemische Mitreaktion) bedeuten, dass ein parenchymatöses Organ beteiligt ist. Die Zystitis bleibt dagegen auf die Schleimhaut beschränkt.

Bei Prostatakrebs im Frühstadium profitieren Jüngere von der Operation

Langzeitdaten zu radikaler Prostatektomie und abwartender Beobachtung

Aus der Fachliteratur

UPPSALA – Sollten Patienten mit lokalisiertem Prostatakrebs umgehend operiert werden oder reicht die weitere Beobachtung? Dazu gibt es eine neue Studienauswertung – die Nachbeobachtung betrug im Schnitt 18 Jahre.

Zwischen 1989 und 1999 nahmen 695 Männer mit lokalisiertem Prostatakarzinom an der skandinavischen Studie SPCG-4* teil. Nach Randomisierung erfolgte entweder eine radikale Prostatektomie oder kontrolliertes Zuwarten. Primäre Endpunkte waren Gesamtmortalität, Tod aufgrund des Prostatakarzinoms und Metastasierungsrisiko. Zu den sekundären Endpunkten zählte u.a. der Beginn einer Androgen-Deprivationstherapie.

Nach durchschnittlichem Follow-up von 18 Jahren waren 200 der 347 Männer aus der Prostatektomie-Gruppe und 247 der 348 Patienten des „Watchful-waiting“-Kollektivs verstorben.

Die Mortalität wird deutlich gesenkt

Unter den Operierten gingen 63 Todesfälle auf ein Prostatakarzinom zurück, in der Beobachtungsgruppe betrug diese Zahl 99 (RR: 0,56). Die Number needed to treat (NNT) für ein gerettetes Leben lag bei 8. Ein Patient verstarb nach der radikalen Prostatektomie.

Bei den operativ behandelten Männern musste deutlich seltener eine Anti-Androgentherapie durchgeführt werden. Im Hinblick auf den Endpunkt „Tod durch Prosta-

takrebs“ profitierten von der Operation vor allem Männer unter 65 Jahren sowie Patienten mit Prostatakarzinomen vom intermediären Risikotyp (RR: 0,45 bzw. 0,38). Was die älteren Patienten anging, so war das radikale operative Vorgehen mit einem reduzierten Metastasierungsrisiko assoziiert.

Auch nach dem „Follow-up“ von rund 18 Jahren bestätigte sich, dass die radikale Prostatektomie die Mortalität erheblich senkt. Ein großer Anteil der Langzeitüberlebenden aus der Watchful-waiting-Gruppe zeigte keine Krankheitsprogression und benötigte keinerlei palliative Therapie. AW

* Scandinavian Prostate Cancer Group Study Number 4

Anna Bill-Axelsson et al., N Engl J Med 2014; 370: 932-942

PSA-Screening für Risikopatienten sinnvoll

Altersgruppe der 60-Jährigen im Fokus

Aus der Fachliteratur

GÖTEBORG – Das wiederholte PSA-Screening aller Männer wird oft als Überdiagnostik abgelehnt. Sollten 60-jährige Männer nun regelmäßig zum PSA-Test oder nicht?

In einer schwedischen Studie standen Zusammenhänge zwischen PSA-Screening, Inzidenz des Prostatakarzinoms, Metastasierung sowie Sterblichkeit bei 60 Jahre alten Männern auf dem Prüfstand. 1756 Untersuchungsteilnehmer wurden gescreent, 1162 Männer hingegen nicht.

Die in beiden Gruppen gemessenen PSA-Werte unterschieden sich nicht. Allerdings verringerte das PSA-Screening die Sterblichkeitsrate bei Männern, deren PSA-Wert über 2 ng/ml lag. Um in dieser

Patientengruppe binnen 15 Jahren einen Tod durch Prostatakrebs zu verhindern, mussten 23 Männer gescreent werden. Diejenigen, die einen gemessenen PSA-Wert unter 2 ng/ml hatten, profitierten nicht von den positiven Auswirkungen des Screenings im Hinblick auf das Erkrankungsrisiko und die Sterblichkeit. In diesen Fällen erkrankten bzw. starben ebenso viele Männer an einem Prostatakarzinom wie die ungescreente Vergleichsgruppe.

Da ein PSA-Test bei diesen Patienten die Erkrankungs- und Sterberate nicht beeinflusste, empfehlen die Autoren: Männer im Alter von 60 Jahren mit einem PSA-Wert von < 1–2 ng/ml können vom Screening ausgenommen werden. *mm*

Sigrid Carlsson et al., BMJ 2014; 348: online first