

# Anurie

Das Symptom Anurie kann durch eine Vielzahl von Krankheitsbildern ausgelöst werden. Aus der bewußt vereinfachten schematischen Einteilung in prärenale, renale und postrenale Ursachen (Abbildung 1) ergeben sich bereits gewisse Anhaltspunkte über Art und Schwere der Erkrankung sowie das weitere Vorgehen. Bei den prärenalen und renalen Formen besteht ein echtes Versagen der Nierenfunktion, meistens mit Urämie. Bei der postrenalen Form liegt ein Verschuß der ableitenden Harnwege mit Rückstauung vor. Die Nierenfunktion ist primär erhalten und nimmt parallel mit der zeitlichen Dauer der Stauung ab bis zur Urämie. Pathophysiologisch handelt es sich um subvesikale oder supravvesikale Harnverhalte. Für alle Formen ist Leitsymptom: „Kein Harn“.

## Symptomatik

Es wird kein Harn entleert. Seit wann? Bei Kindern liefern die Eltern Information. Allmählicher Beginn mit Oligurie oder akute komplet-

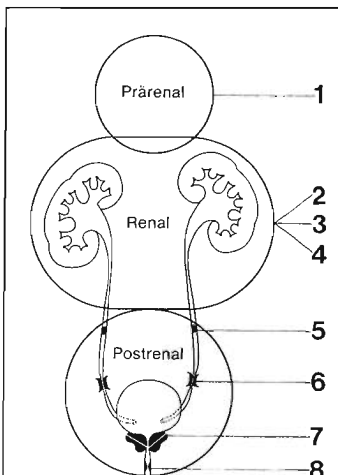


Abbildung 1: Anurie, schematische Darstellung der drei Formenkreise

- ① Schock, Crush-Syndrom, Blutvolumenabnahme usw.
- ② toxisch-allergischer Parenchymschaden
- ③ Nephritis, Pyelonephritis
- ④ Vergiftungen
- ⑤ Doppelseitiger Steinverschluß
- ⑥ Doppelseitige Kompression, Tumor, Metastasen
- ⑦ Prostata-Adenom
- ⑧ Harnröhrenstriktur

## Diagnose

Bei männlichen Kleinkindern handelt es sich häufig um subvesikale Ursachen: Meatusstenose oder Phimose. Daher zunächst Inspektion des Genitales, Abtastung des Unterbauches, Perkussion der Blase. Wenn Blase leer und kein Harndrang, prärenale oder renale Pathogenese.

In den mittleren Altersgruppen kommen prärenale oder renale Krankheitsbilder, doppelseitiger Ureterverschluß in Frage, meistens durch Steine. Bekannte Nephrolithiasis, Steinabgänge, Koliken? Frühere operative Eingriffe an den Nieren, Einzelniere? Bei Frauen gynäkologische Operationen, Bestrahlung auch länger zurückliegend?

Bei Männern über 50 überwiegt die Harnverhaltung. Entleerungsstörungen der Blase durch Adenom, Blasenhalssklerose und Strikturen.

### Katheterisierung

Bei Anurie ist die Katheterisierung die entscheidende diagnostische Maßnahme mit vier möglichen Befunden

a) Blase enthält wenig konzentrierten Urin

## Therapie

Technik der Katheterisierung (Abbildungen 2 bis 4)

Steriles Einmalgleitmittel mit Anästhesiezusatz zur Injektion in die Harnröhre (Instillagel)

Steriler Einmalkatheter Char. 16, Desinfektionsflüssigkeit, Plastikhandschuhe, sterile Tupfer.

Früher wurde nur die Katheterspitze in Gleitmittel eingetaucht. Durch die Injektion erhält die gesamte Harnröhre einen Gleitfilm, verbunden mit einer Schleimhautanästhesie. Bei diesem Vorgehen ist die Sondierung der Blase für den Patienten weniger belastend, für den Arzt technisch einfacher, bei völliger Wahrung der Sterilität. Sekundärinfektionen sind bei Anurie und Harnverhalt eine gefährliche Komplikation. Das Einlegen eines Ballon-Katheters Char. 18 in steriler Verpackung erfolgt in der gleichen Weise.

## Anurie

### Symptomatik

te Anurie? Hohes Fieber? Wie lange? Geringe Flüssigkeitszufuhr? Anhaltendes Erbrechen? Profuse Durchfälle? Keine subjektiven Beschwerden, kein Harndrang. Druckgefühl in der Niere? Vorausgehende Kolik, einseitig, doppelseitig? Harndrang bei Gefühl der vollen Blase.

Technik der Katheterisierung



Abbildung 2

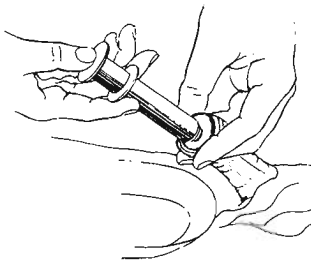


Abbildung 3

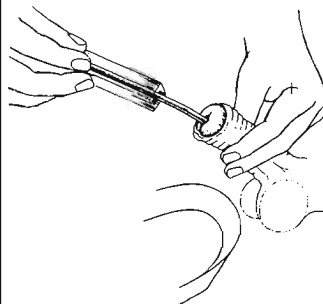


Abbildung 4

### Diagnose

- b) Blase leer
- c) Blase voll
- d) Katheterisierung mißlingt

Extreme Phimose oder Meatusstenose, Blase in der Regel gefüllt, Katheterismus nicht möglich. Harnverhalt.

a) *Blase enthält wenig Urin*, dunkel, hochkonzentriert. Oligurie. Wahrscheinlich handelt es sich um eine Wasserhaushaltsstörung durch hohes Fieber, Erbrechen, Durchfälle mit wenig Flüssigkeitszufuhr.

b) *Blase leer*: Prärenales oder renales Nierenversagen, postrenale Abflußstörung, doppelseitiger Steinverschluß, Einzelniere mit Steinverschluß.

c) *Blase gefüllt*: Prostata-Adenom, Blasenhalssklerose, akuter Harnverhalt, chronischer Harnverhalt, Überlaufblase.

d) *Katheterisierung mißlingt*. Harnröhrenstriktur, Via falsa – Keine Bohrversuche!

### Therapie

#### Klinikeinweisung

Abhängig vom Allgemeinzustand und Grundleiden orale und parenterale Flüssigkeitszufuhr. NaCl-Defizit? Weiterbehandlung durch Hausarzt. Bei Verdacht auf Nephritis, Pyelonephritis, Vergiftung usw. Klinikeinweisung.

#### Klinikeinweisung

Bei der ersten akuten Harnverhaltung genügt oft die einmalige Entlastung der Blase, um die Spontanmiktionen wieder in Gang zu bringen. Überweisung an Urologen. Wenn erneuter Verhalt, Klinikeinweisungsschein für diesen Fall schon ausfüllen.

Wenn bereits frühere Harnverhalte angegeben werden oder nach dem Befund eine Überlaufblase vorliegt, kann ein Dauerkatheter eingelegt werden. Er bleibt bis zur Behandlung durch den Urologen oder bis zur Aufnahme in die Klinik liegen. Breitband-Antibiotikum zur Infektprophylaxe.

Wenn Technik geläufig: Blasenpunktion zur temporären Entlastung.

#### Klinikeinweisung

Professor Dr. med. Jürgen Sökeland  
Direktor der Urologischen Klinik  
der Städtischen Krankenanstalten  
Westfalendamm 403–407  
4600 Dortmund 1