

Nephrolithiasis

Bericht über das 4. Hauptthema
des VII. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer
„Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“
vom 12. bis zum 15. Januar 1983, Köln

Der gegenwärtige Stand von Diagnostik und Therapie der Harnsteinleiden allgemein sowie die Erfahrungen mit Neuentwicklungen auf dem Gebiet der Steinentfernung wie die ultraschallgesteuerte Nierensteinoperation oder die nichtinvasive Methode der Stoßwellenertrümmerung waren Inhalt des vierten Symposiums des diesjährigen Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer.

Unter der Leitung von Professor R. Hohenfellner/Mainz referierten Professor R. Hautmann/Aachen über die Pathogenese und Diagnostik, Professor R. Hartung/Essen über die konservative Therapie, Privatdozent Dr. P. Alken/Mainz über die operative Therapie und Professor Ch. Chaussy/München über die Nierensteinertrümmerung durch Stoßwellen.

Weitere, als Podiumsteilnehmer geladene Gäste waren Professor Dr. P. Brandlmeier/München und Dr. R.-H. Ringert/Essen.

Die von Dr. Ringert vorgetragenen Daten zur „Nephrolithiasis im Kindesalter“ machten deutlich, daß speziell in diesem Patientenkollektiv im frühen Kindesalter korrekturbedürftige Harnabflußstörungen eine der Hauptursachen für die Steinbildung sind.

Mit zunehmendem Lebensalter der Kinder ändert sich das Krankheitsbild, und die Befunde werden identisch mit denen bei erwachsenen Patienten. Auch die Rezidivhäufigkeit nimmt dann zu.

Von Professor Brandlmeier wurden statistische Erhebungen vorgelegt, die deutlich machten, daß das Nierensteinleiden zu einem

sowohl in der Praxis als auch in der ambulanten klinischen Behandlung zahlenmäßig führenden Krankheitsbild geworden ist.

In guter Übereinstimmung dazu standen die von Professor Hautmann gegebenen Zahlen, die die Häufigkeit des Harnsteinleidens in der westlichen Welt mit 4 bis 10 Prozent angaben. Die Nephrolithiasis ist damit zur Volkskrankheit, vergleichbar dem Diabetes mellitus oder dem Rheuma, geworden. Sie ist gleichzeitig eine Wohlstandskrankheit, die ihren Häufigkeitsgipfel zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr hat. Mit etwa 60 bis 70 Prozent sind die Kalziumoxalatsteine die am häufigsten anzutreffenden Konkremente. Die Kenntnisse über die Pathogenese sind gut, und teilweise lassen sich mit einfachen diagnostischen Maßnahmen die Ursachen für die Harnsteinentstehung erfassen. Im Einzelfall, speziell bei der rezidivierenden Urolithiasis, kann aber der diagnostische Aufwand zur Abklärung der Harnsteingenesen erheblich sein und den Einsatz von Spezialuntersuchungsmethoden verlangen, die nur in der Klinik möglich sind.

Eine auf exakte Befunde gestützte medikamentöse Rezidivprophylaxe kann, bei guter ärztlicher Führung und entsprechender Kooperation des Patienten – „Selbstverantwortlichkeit des Patienten für sein Rezidiv“ –, die Rezidivfrequenz, die sonst bei etwa 50 Prozent liegt, auf 10 Prozent senken (Hartung). Neben der konservativen Therapie der in 60 bis 80 Prozent der Fälle spontanabgangsfähigen Nierensteine, die in bekannter Art und Weise mit Spasmoanalgetika vorgenommen wird, kommt

der gezielten medikamentösen Behandlung zur Verhinderung des Rezidivs entscheidende Bedeutung zu.

Die Therapie des Harnsäuresteins mit Harnalkalisierung und Senkung der Harnsäureausscheidung ist unproblematisch.

Für die seltene, aber außerordentlich rezidivfreudige Zystinurie gibt es zuverlässig wirkende Medikamente, die allerdings bei dieser angeborenen Erkrankung lebenslang eingenommen werden müssen.

Die große Gruppe der Patienten mit Kalziumoxalatsteinen wird am zuverlässigsten und mit den geringsten Nebenwirkungen durch Thiazidgabe behandelt, wodurch es zu einer Senkung der Kalziumausscheidung im Urin kommt.

Als flankierende Therapiemaßnahme bei den typischerweise als Ausgußsteine auftretenden Infektsteinen steht die antibiotische Behandlung nach operativer Steinsanierung im Vordergrund.

Etwa 20 Prozent der Harnsteinpatienten haben spontan nicht abgangsfähige Konkremente (Alken). Bei nur einem Zehntel dieser Patienten mit den eher seltenen Harnsäure- und Zystinsteinen kann ein Auflösungsversuch durch Tabletteneinnahme vorgenommen werden.

In der Bundesrepublik Deutschland werden jährlich etwa 50 000 Operationen wegen des Harnsteinleidens erforderlich.

Neuentwicklungen auf diesem Gebiet sind die ultraschallgesteuerte Nierensteinoperation und die perkutane Nephrolithotomie.

Mit der ultraschallgesteuerten Nierensteinoperation ist es möglich geworden, selbst ausgedehnte Nierenbeckenkelch-Ausgußsteine, die früher mit dem nicht unerheblichen Risiko des Organverlustes oder bleibender Nierenfunktions-

verluste operativ entfernt werden mußten, unter weitestgehender Schonung der Niere zu entfernen. Einfache Nierensteine können mit der perkutanen Nephrolithotomie behandelt werden, wobei das steintragende Nierenhohlraum in Lokalanästhesie punktiert, und der Stein nach Aufdehnung dieses Kanales unter optischer Kontrolle extrahiert oder in der Niere zertrümmert und abgesaugt wird.

Differenziert man zwischen Harnsteinerkrankung, das heißt der auslösenden Ursache, und dem Harnsteinleiden, also der manifesten Steinbildung im Nierenhohlraum, dann sollte die zunächst nur symptomatische Therapie der Steinentfernung möglichst nicht invasiv sein (Chaussy).

Diese Forderung wird in idealer Weise durch die Stoßwellenzertrümmerung erfüllt.

Mit einer geringen Reststeinrate konnten in München bisher über 400 Patienten erfolgreich mit dieser Technik behandelt werden.

Mit der zunehmenden Erfahrung war es gleichzeitig möglich, die früher in einem Artikel in dieser Zeitschrift*) genannten Kontraindikationen weiter zu reduzieren, so daß man davon ausgehen kann, daß bei ausreichender Verfügbarkeit der dazu erforderlichen Einrichtungen in Zukunft 80 bis 90 Prozent der operativen Interventionen wegen eines Harnsteinleidens überflüssig werden.

Die Referate und die ausführliche Diskussion dieses gut aufgenommenen Symposiums werden im Berichtsband der Bundesärztekammer erscheinen.

Privatdozent Dr. Peter Alken
Urologische Klinik und
Poliklinik der
Johannes Gutenberg-Universität
Langenbeckstr. 1, 6500 Mainz

*) Chaussy, Ch., et al.: Berührungsfreie Nierensteinertrümmerung durch Stoßwellen, DEUTSCHES ARZTEBLATT 18 (1981) 881-886

Prophylaxe und Therapie der Malaria

Zum Beitrag von Professor Dr. med. Manfred Dietrich in Heft 36/1982, Ausgaben A und B Seite 39 ff., Ausgabe C Seite 33 ff.

Es scheint uns begrüßenswert, daß von kompetenter Seite zum Problem der Malariaphylaxe Stellung genommen wird. Grundsätzlich wird auch bezüglich der gemachten Empfehlungen Einstimmigkeit herrschen.

Auffällig ist, daß bei der Dosierungsempfehlung für das Chloroquin in den letzten Jahren ein, auch seitens der WHO, langsamer Übergang von 600 mg Chloroquin/Woche zu 300 mg/Woche erfolgt ist. Die zwischenzeitlich gemachte Unterscheidung (WHO) zwischen Gebieten mit hoher Malariagefährdung (Empfehlung 600 mg/Woche) und geringer Malariagefährdung (300 mg/Woche) scheint uns fragwürdig und wird offenbar in der Argumentation nicht mehr verwandt. Es ist uns nicht gelungen, schlüssige wissenschaftliche Ergebnisse in Erfahrung zu bringen, die die Änderung der Dosierungsempfehlung, insbesondere für kurzreisende Touristen, nahelegen, vor allem, wenn man berücksichtigt, daß auch bei 600 mg/Woche die Prophylaxe zumindest einige Jahre durchgeführt werden könnte (s. Hahnenklee-Symposium 1979). Gerade auch im Angesicht möglicher RI-Chloroquin-Resistenzen scheint die Frage berechtigt, warum nicht, zumindest für Touristen, doch 600 mg/Woche empfohlen werden.

Eine zweite Frage betrifft das Einnahmeschema. Wäre es nicht wünschenswert, eine gleichmäßige Einnahme über die Woche anzustreben (eventuell auch durch anders konfektionierte Tabletten seitens der Industrie), statt einmaliger Einnahme pro Woche? Auch von einem namhaften Hersteller von Chloroquin konnten wir keine plausible wissenschaftliche Erklärung für intermittierende Einnahmevervorschriften erhalten. Das gele-

gentlich gehörte Argument, daß eine wöchentliche Einnahme weniger leicht vergessen wird als eine „Tablette“ täglich nach der Hauptmahlzeit, scheint uns wenig überzeugend.

Zuletzt fragt man sich, warum für Afrika eine zusätzliche Pyrimethaminprophylaxe zum Chloroquin genommen werden „kann“, wo doch die Pyrimethamin-Resistenz der Falciparum-Stämme in Afrika so verbreitet ist?

Dr. med. Thomas Mertens
Professor Dr. med.
Hans J. Eggers
Institut für Virologie
der Universität zu Köln
Fürst-Pückler-Straße 56
5000 Köln 41

Schlußwort

① Die Dosierungsempfehlung von 600 mg der Base hat bei längerer Einnahme den Nachteil, daß Augenhintergrundsschäden eher zu erwarten sind. Bei dieser Dosis sind die Nebenwirkungen mehr im Vordergrund als bei der Dosis von 300 mg der Base pro Woche. Für kurzreisende Touristen ist eine Empfehlung über 600 mg der Base pro Woche durchaus möglich, wenn solche subjektiven Erscheinungen nicht auftreten sollten.

② Es gibt die verschiedensten Einnahmempfehlungen. Die Erklärung für die intermittierende Einnahmevervorschrift liegt wohl darin, daß nur für die einmalige Dosierung pro Woche pharmakokinetische Untersuchungen vorliegen. Es muß aber darauf hingewiesen werden, daß in französischen Sprachgebieten die hier angesprochene Einnahme von 100 mg der Base an sechs Tagen der Wo-