

Nicht-sichtbare Hämaturie – weniger ist mehr!

Neue S1-Handlungsempfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Non-Visible Haematuria – Get More for Less!

New Guidelines Published by the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM)

Armin Mainz

Was ist bekannt?

Eine nicht-sichtbare Hämaturie kann ein erster Hinweis auf eine ernsthafte Erkrankung sein: Bei unter 40-Jährigen ist vorrangig an Glomerulopathien zu denken, bei über 40-Jährigen stehen Malignome im Harntrakt im Vordergrund. Es ist die Absicht des opportunistischen Screenings, z.B. im Rahmen der „Gesundheitsuntersuchung“, mittels Harnstreifenanalyse diese gefährlichen Verläufe frühzeitig zu erkennen. Mit einem Screening sind jedoch zwangsläufig auch nachteilige Folgen verbunden [1]. So verleiten physiologische, interkurrente oder harmlose nicht-sichtbare Hämaturien zu einer Über- und Fehlversorgung. Damit werden Ressourcen verbraucht, die an anderer Stelle benötigt werden [2].

Was ist neu?

Ein Screening auf eine nicht-sichtbare Hämaturie führt zu einer großen Anzahl von falsch-positiven Befunden, weil bereits die „physiologische Hämaturie“ über der bei den Harnstreifentests festgelegten Nachweisgrenze liegt. Die mikroskopische Urinuntersuchung stellt keine Alternative oder Ergänzung zum Harnstreifentest dar. Daher wird für die Hausarztpraxis ein abgestuftes und am Alter der Untersuchten orientiertes Vorgehen empfohlen. Nach dem Ausschluss von ernsten Erkrankungen erfolgt ein abwartendes Offenhalten, welches um ein kleines, jährliches Untersuchungsprogramm ergänzt wird.

Was gibt es noch zu tun?

Bislang gibt es keine Hinweise auf eine Überlegenheit eines Urinanalyse-Screenings gegenüber einem Verzicht auf ein derartiges Screening. Eine wissenschaftliche Ermittlung der Schaden-Nutzen-Bilanz sollte rasch nachgeholt werden. Bis zuverlässige Ergebnisse vorliegen, sollten Hausarztpraxen einen Algorithmus in die Praxisverwaltungssysteme einpflegen, um Patientinnen und Patienten vor zu viel und vor falscher Medizin zu schützen [3].

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Armin Mainz
Gemeinschaftspraxis
Am Berndorfer Tor 5, 34497 Korbach
dialog@praxis-korbach.de
www.praxis-korbach.de

Literatur

1. Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haastert B, Mühlhauser I. Effect of evidence based risk information on “informed choice” in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ* 2011; 342: d3193
2. Spence D. Saying no to chemotherapy. *BMJ* 2013; 346: f4023
3. Kühlein T, Freund T, Joos S. Patientenorientierte Medizin: Von der Kunst des Weglassens. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A-2312

Hintergrundliteratur zur S1-Leitlinie „Nicht-sichtbare Hämaturie“

- Kelly D, Fawcett DP, Goldberg LC. Assessment and management of non-visible haematuria in primary care. *BMJ* 2009; 338: a3021
- Blanker MH. Diagnosis of urothelial carcinoma by the general practitioner – significance of haematuria. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009; 153: A1198
- Rodgers M, Nixon J, Hempel S, et al. Diagnostic test and algorithm used in the investigation of haematuria. Systematic reviews and economic evaluation. *Health Technol Assessm* 2006; 10: iii–iv, xi–259
- Fatica R, Fowler A. Hematuria. The Cleveland Clinic Foundation, Center for Continuing Education 2011
- Rao PK, Jones JS. How to evaluate “dipstick hematuria”: what to do before you refer. *CCJM* 2008; 75: 227–233
- <http://www.clinlabnavigator.com/test-Interpretations/urinalysis.html>
- Cohen RA, Brown RS. Microscopic hematuria. *NEJM* 2003; 348: 2330–2338
- Summerton N, Mann S, Rigby AS, et al. Patients with new onset haematuria: assessing the discriminant value of clinical information in relation to urological malignancies. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 284–289
- Sugimura K, Ikemoto SI, Kawashima H, Nishisaka N, Kishimoto T. Microscopic hematuria as a screening marker for urinary tract malignancies. *Int J Urol* 2001; 8: 1–5
- Roche Diagnostics GmbH, Mannheim, Germany. Combur 9 Test, Gebrauchsanweisung. Stand: Mai 2010



Definition

Zwar wird die nicht-sichtbare Hämaturie in der internationalen Literatur nicht einheitlich beschrieben, für das hausärztliche Setting gilt jedoch, dass sie durch einen positiven Harnstreifentest definiert wird. Diese Leitlinie gilt ausschließlich für erwachsene Patientinnen und Patienten ohne Beschwerden im harnableitenden System, bei denen ein Harnstreifentest auf Blut durchgeführt wurde.

Epidemiologie/Versorgungsproblem

Abhängig von unterschiedlichen Definitionen und von der Zusammensetzung der untersuchten Population liegt die Prävalenz der nicht-sichtbaren Hämaturie zwischen 2,5 % und 20 %. Neben einigen harmlosen Ursachen muss bedacht werden, dass sich die physiologische Erythrozyturie oberhalb der in Harnstreifentest definierten Nachweisgrenzen befindet. Dadurch entstehen beim opportunistischen Screening – beispielsweise im Rahmen der zweijährlichen „Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten“ für Frauen und Männer vom 36. Lebensjahr an – weitere falsch positive Befunde mit entsprechender Über- und Fehlversorgung.

Einteilung

Die nicht-sichtbare Hämaturie beginnt, falls mehr als ca. 3000 Erythrozyten/Minute in den Primärharn ausgeschieden werden. Das entspricht mehr als 10 Erythrozyten/ μ l Urin. Bei üblichen Harnstreifentests liegt die untere Nachweisgrenze bei 5 intakten oder 10 hämolysierten Erythrozyten/ μ l Urin. Da jedoch der Stellenwert der mikroskopischen Untersuchung umstritten ist, empfiehlt diese Leitlinie, am Harnstreifentest festzuhalten und ihn mit anamnestischen Kriterien zu verknüpfen.

Prognose/Verlauf

Nicht-sichtbare Hämaturien rechtfertigen nur im höheren Alter und/oder bei zusätzlichen Risikofaktoren eine abgestufte, standardisierte Diagnostik.

Abwendbar gefährliche Verläufe

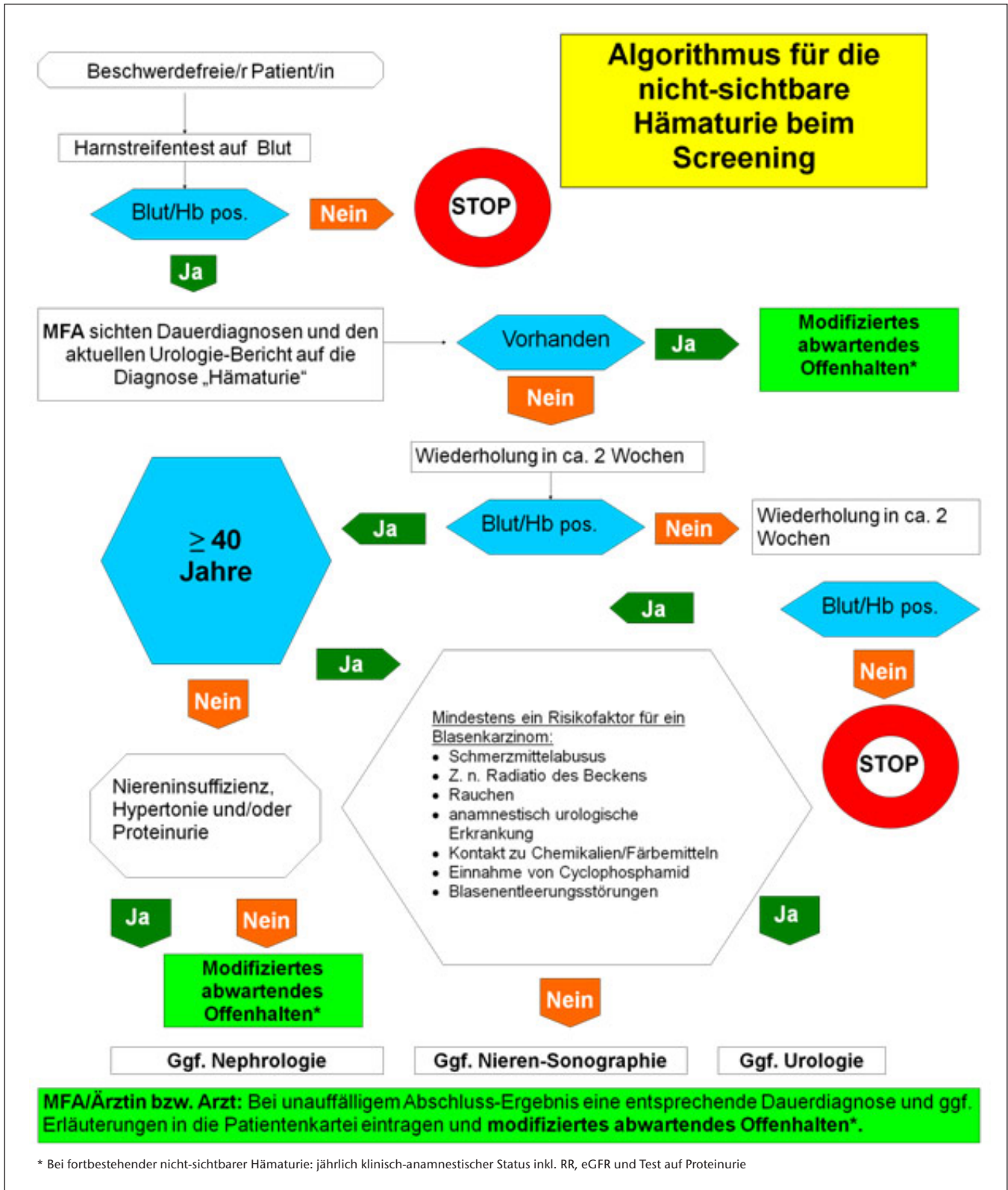
Eine nicht-sichtbare Hämaturie kann der erste Hinweis auf Malignome im Harntrakt (vorrangig Nierenzell- und Blasen-Karzinome) sowie auf eine Glomerulopathie sein. Malignome im Harntrakt sind jährlich bei weniger als 1,5 % der Gescreenten mit einer nicht-sichtbaren Hämaturie zu erwarten; die positiven Vorhersagewerte des Harnstreifentests reichen von 0,2 bis 6,2 %.

Diagnostik

Nach einer standardisierten Urinprobengewinnung und -analyse sollten bei einem erstmaligen positiven Befund die MFA bis zu zwei weitere Harnstreifentests veranlassen. Falls zwei Harnstreifentests positiv ausfallen, richtet sich das weitere Vorgehen nach dem Alter. Bei unter 40-Jährigen sollte lediglich bei zusätzlicher Niereninsuffizienz (< 60 ml/min) und/oder Hypertonie ($> 140/90$ mm Hg) und/oder Proteinurie ($> 0,5$ g/d) eine Überweisung zum Fachgebiet Nephrologie erfolgen. Bei über 40-Jährigen sollte eine Nierensonografie und/oder bei Vorhandensein von mindestens einem Risikofaktor eine urologische Konsultation erwogen werden. Durch die Hausarztpraxis sollte – nach dem Ausschluss einer aktuellen Erkrankung und nur bei fortbestehender nicht-sichtbarer Hämaturie – jährlich ein anamnestisch-klinischer Status mit Blutdruckmessung, eine Schätzung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) und ein Harnstreifentest auf Proteinurie erfolgen (modifiziertes abwartendes Offenhalten).

Therapie

Die asymptomatische nicht-sichtbare Hämaturie erfordert nach dem Ausschluss einer Krankheit keine Behandlung. Bei spezifischen Krankheiten des Harntraktes bzw. der Nieren sollte eine Mitbetreuung durch die Fachgebiete Urologie bzw. Nephrologie erwogen werden.



Autor: Armin Mainz

Konzeption und wissenschaftliche Redaktion: M. Scherer, C. Muche-Borowski, A. Wollny

Stand 2013 © DEGAM www.degam-leitlinien.de

DEGAM Leitlinien

Hilfen für eine gute Medizin