

Aktuelle Urologie

Herausbergremium

D. Jocham, Lübeck
K. Miller, Berlin
S. Roth, Wuppertal

Rubrikherausgeber

D. Jocham, Lübeck
K. Miller, Berlin
Übersichten
P. Albers, Düsseldorf
A. Heidenreich, Aachen
H. Leyh, Garmisch-Partenkirchen
Operative Techniken
A. Schröder, Mainz
R. Stein, Mainz
Referiert und kommentiert
K. P. Jünemann, Kiel
P. Braun, Kiel
S. Hautmann, Lüdenscheid
Fragen für den Facharzt
S. Roth, Wuppertal
B. Ubrig, Bochum
Tipps und Tricks
D. Schultheiss, Gießen
F. Moll, Köln
Klassiker der Urologie

Wissenschaftlicher Beirat

P. Alken, Mannheim
E. Becht, Frankfurt a. M.
K. Dreikorn, Bremen
J. Fichtner, Oberhausen
R. Hofmann, Marburg
M. Hohenfellner, Heidelberg
G. Jakse, Aachen
K.-P. Jünemann, Kiel
T. Kälble, Fulda
D. Kröpfl, Essen
A. Lampel, Villingen-Schwenningen
S. C. Müller, Bonn
B. Schmitz-Dräger, Fürth
J. Schubert, Jena
J. Steffens, Eschweiler
J. Stein, Burgwedel
C. Stief, München
M. Stöckle, Homburg/Saar
W. Thon, Hannover
J. W. Thüroff, Mainz
W. Weidner, Gießen
M. Wirth, Dresden

● Sonderdruck für private Zwecke des Autors ●

● Sonderdruck für private Zwecke des Autors ●

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
D-70469 Stuttgart
Postfach 30 11 20
D-70451 Stuttgart

Sonderdruck

© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York

Nachdruck nur mit
Genehmigung des Verlages

42. Jahrgang 2011

Ureterknospenlithiasis – seltene Ursache einer symptomatischen OAB und Dyspareunie

Calculi in a Blindly Ending Ureteric Bud – An Unusual Cause for an Overactive Bladder Syndrome and Dyspareunia

Autoren

A. Wiedemann¹, J. Kociszewski², T. Gumprich³, I. Füsgen⁴

Institute

¹ Urologische Abteilung, Evangelisches Krankenhaus Witten im Diakoniewerk Ruhr gGmbH, Universität Witten-/ Herdecke, GIH-Beckenbodenzentrum Hagen-Witten

² Gynäkologische Abteilung, Evangelisches Krankenhaus Hagen-Haspe, GIH-Beckenbodenzentrum Hagen-Witten

³ Institut für Pathologie, Witten

⁴ Lehrstuhl für Geriatrie der Universität Witten/ Herdecke, Geriatrische Kliniken Wuppertal der Kliniken St. Antonius

Schlüsselwörter

- Ureterknospe
- Nierenagenesie
- überaktive Blase
- Dyspareunie
- transurethrale Resektion

Key words

- ureteral bud
- renal agenesis
- overactive bladder syndrome
- dyspareunia
- transurethral resection

Zusammenfassung

Beschrieben wird erstmalig eine Steinbildung in einer blind endenden Harnleiterknospe bei Nierenagenesie als seltene Ursache einer OAB-Symptomatik und Dyspareunie. Seit 5 Jahren bestehende Beschwerden konnten in einem interdisziplinären Ansatz in einem Beckenbodenzentrum letztlich durch die Zusammenarbeit zwischen Gynäkologen und Urologen mit einer vaginalen PE und einer transurethralen Eröffnung unkonventionell behoben werden. Der vorliegende Fall bestätigt die Notwendigkeit weitergehender Diagnostik bei einer therapieresistenten OAB.

Einleitung

Die Diagnose einer Überaktiven Blase setzt nach den Kriterien der ICS den Ausschluss „einer Infektion oder einer anderen überprüfbaren Ursache“ voraus [1]. Dies schließt in der urologischen Abklärung mikrobiologische, sonografische, radiologische, endoskopische und ggf. histologische Untersuchungen ein, um die Ätiologie der Symptomatik aufzudecken. Im vorliegenden Fall konnte letztendlich per Vaginal-PE und modifizierter TUR-B die Ursache für eine jahrzehntelang bestehende OAB-Symptomatik und Dyspareunie diagnostiziert und beseitigt werden.

Anamnese

Es wurde eine 51-jährige Patientin zur Abklärung einer retrovesikal links unter dem Blasenboden gelegenen Raumforderung durch den gynäkologischen Partner im Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten überwiesen. Seit 5 Jahren bestanden neben einer Dyspareunie Beschwerden im Sinne einer OAB dry mit nahezu stündlicher Pollakisurie, Nykturie, imperativem Harnrang ohne Harninkontinenz. Anamnestisch er-

Abstract

The current case report describes a blindly ending ureteric bud filled with calculi as a cause for an overactive bladder syndrome and dyspareunia which was therapy-resistant for 5 years. The symptoms could be solved by an interdisciplinary collaboration of urologists and gynaecologists in a pelvic floor centre. A transurethral resection of the ureteric bud with removal of the calculi was performed. This case report confirms the need of extensive diagnostic measures if an overactive bladder syndrome presents as therapy-resistant.

wähnenswert ist eine Konisation 1991, in deren Folge konservativ nicht beherrschbare Blutungen auftraten, die letztendlich zu einer Hysterektomie unter notfallmäßigen Bedingungen führten. Wegen der jahrelangen Beschwerden erfolgte Ende 2009 eine Pelviskopie mit Verwachsungslösung und Scheidenstumpf-PE ohne wegweisende Befunde. Eine Beschwerdebesserung trat nach diesem Eingriff nicht auf.

Nebenbefundlich war seit einer urologischen Abklärung in den 60er-Jahren mit Zystoskopie und Urografie eine „Nierenagenesie ohne Harnleiter“ bekannt. Unterlagen oder Röntgenbilder hierüber waren nicht mehr verfügbar.

Im Rahmen der erneuten Abklärung war gynäkologischerseits eine relativ glatt begrenzte, echoreiche Raumforderung von ca. 2×2 cm retrovesikal links aufgefallen, die anatomisch „unterhalb des Blasenbodens“ lokalisiert wurde. Nach gemeinsamer Fallbesprechung in der regelmäßigen Beckenbodenkonferenz erfolgte die Überweisung zu den urologischen Partnern im zertifizierten Kontinenz- und Beckenbodenzentrum Hagen-Witten mit der Verdachtsdiagnose: „retrovesikaler Tumor/DD: Uterusrest/DD: zurückgelassener Tupfer“.

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0031-1271390>
 Online-Publikation: 5.4.2011
 Aktuell Urol 2011; 42: 193–196
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York ·
 ISSN 0001-7868

Korrespondenzadresse

Dr. Andreas Wiedemann
 Urologische Abteilung
 Evangelisches Krankenhaus im
 Diakoniewerk Ruhr gGmbH
 Pferdebachstr. 27–43
 58455 Witten
 Tel.: 0 23 02 / 1 75 25 21
 Fax: 0 23 02 / 1 75 20 75
 awiedemann@diakonie-ruhr.de



Abb. 1 Vaginalsonografie (longitudinal).

Befund

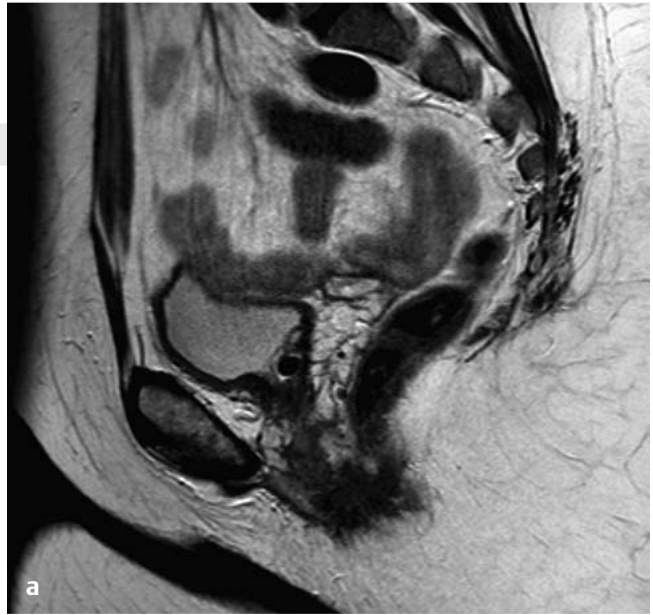
Bei der bimanuellen Palpation war links vaginal ein Schmerz auslösbar, fraglich ließ sich eine Resistenz im hinteren Scheidengewölbe links tasten. Die urologische Vaginalsonografie bestätigte den gynäkologischen Befund einer rundlichen, inhomogenen, links lateral unterhalb der Schleimhaut des Blasenbodens gelegenen Raumforderung mit dorsaler Schallauslöschung (Abb. 1 Vaginalsonografie).

Zystoskopisch fand sich eine von unauffälliger Schleimhaut überkleidete Aufwerfung der Blase hinter dem eindeutig identifizierbaren Harnleiterostium. Dieses war entgegen den anamnestischen Angaben bis in eine Tiefe von ca. 1,5 cm sondierbar. Ein eigentlicher Harnleiter war retrograd nicht darstellbar, das Kontrastmittel floss sofort zur Harnblase zurück.

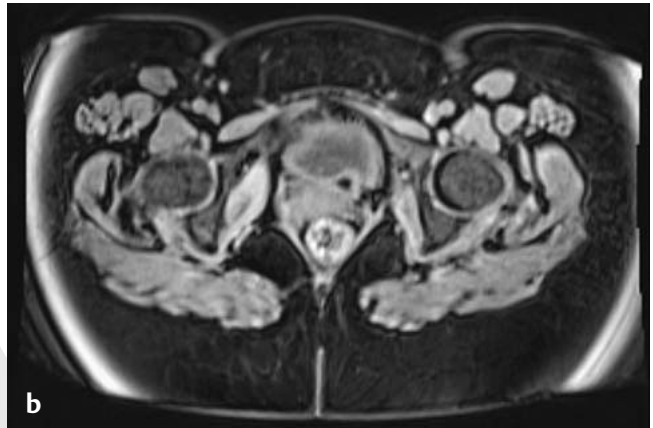
In der Magnet-Resonanz-Tomografie ließ sich die retrovesikale Struktur bestätigen, ein Harnleiter oder eine Niere kamen im gesamten Retroperitoneum links nicht zur Darstellung (Abb. 2 a, b: MRT). Weitergehende Hinweise auf die Art oder die Genese der Raumforderung konnte die MRT nicht liefern. Es erfolgte der Entschluss zu einer Histologiegewinnung.

Therapie und Verlauf

Zur histologischen Klärung wurde zunächst die ultraschallgestützte vaginale Nadel-Biopsie in einer der Prostata-PE angelehnten Technik (Abb. 3, 4 Histologie vaginale Stanzbiopsie) vorgenommen. Anschließend erfolgte die Elektroresektion des Befundes in der Nähe des linken Ostiums. Dabei „fiel“ die Schlinge in einen mit multiplen, bis 1 cm großen Steinen ausgefüllten, mit dem Harnleiterostium kommunizierenden Hohlraum, der blind in etwa 3 cm Höhe ab Ostium endete (s. Abb. 5). Nach der Entfernung des Steinmaterials erschien der nun breit eröffnete Hohlraum mit zwar mazerierter, aber makroskopisch weitgehend unauffälliger Schleimhaut bedeckt (s. Abb. 6). Histologisch ergab sich in dem entfernten Material eine unauffällige Harnblasenwand mit einer Plattenepithelmetaplasie (s. Abb. 7). Dies deckte sich mit der Histologie der transvaginalen PE, die neben regelrechtem Bindegewebe und Muskulatur an der Spitze des Stanzzylinders Urothel und in das Gewebe eingebettete kleine Steinpartikel aufwies. Der Pathologe interpretierte dies zunächst als



a



b

Abb. 2 a, b MRT T₁- und T₂-gewichtet.

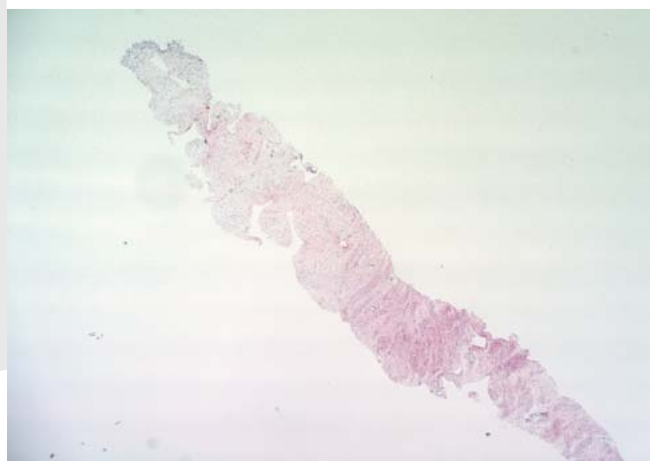


Abb. 3 Histologie vaginale Stanzbiopsie: Stanzzylinder (HE, 25-fach) Urothel-Nachweis an der Spitze.

Harnblasenschleimhaut mit Inkrustationen. In der Zusammenschau der Befunde ließen sich die erhobenen Befunde jedoch einer persistierenden, mit multiplen Steinen angefüllten, etwa 2–3 cm langen, blind endenden Harnleiterknospe bei Nierenagenesie links zuordnen. Die Steinanalyse ergab eine Mischung aus

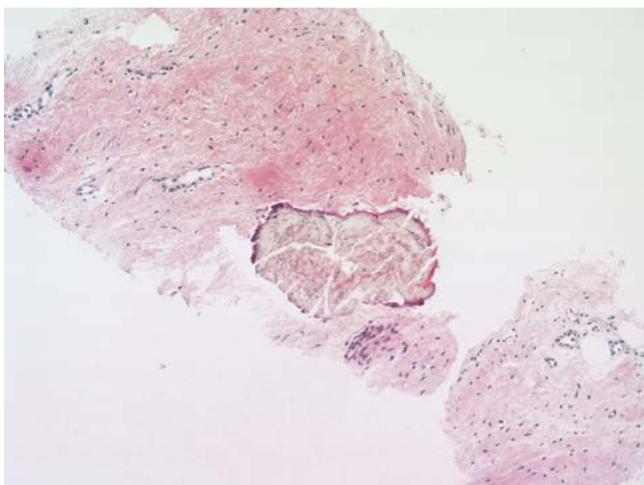


Abb. 4 Histologie vaginale Stanzbiopsie: (HE, 100-fach) inkrustierte Verkalkung.

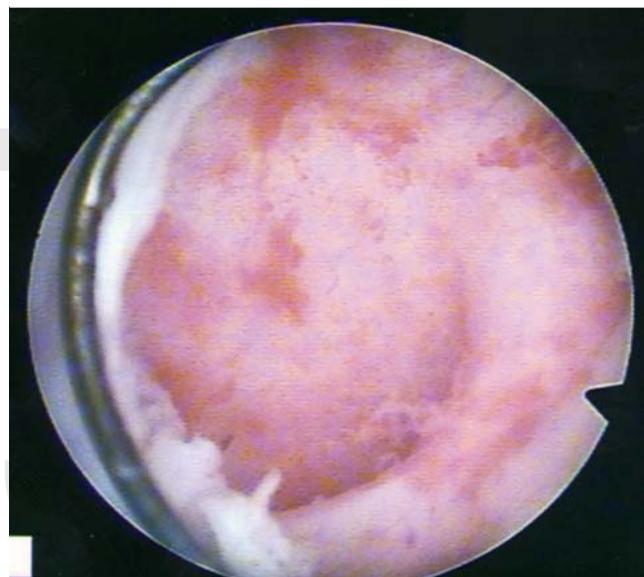


Abb. 6 Nach Elektroresektion eröffneter Hohlraum.

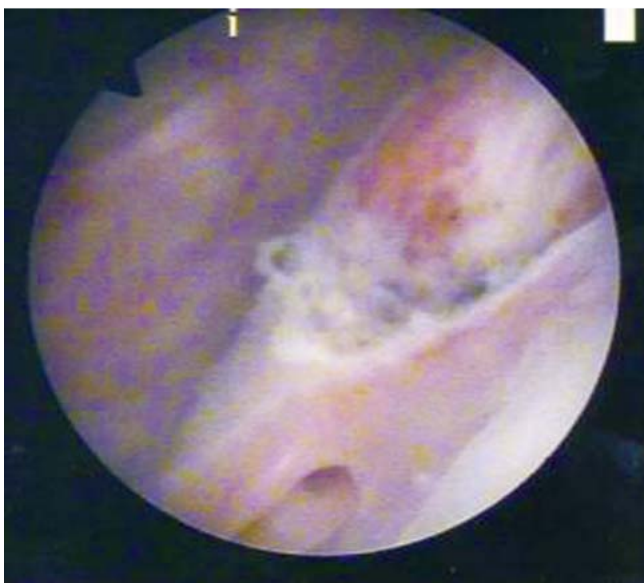


Abb. 5 Eröffnete Harnleiterknospe mit Harnleiterostium.

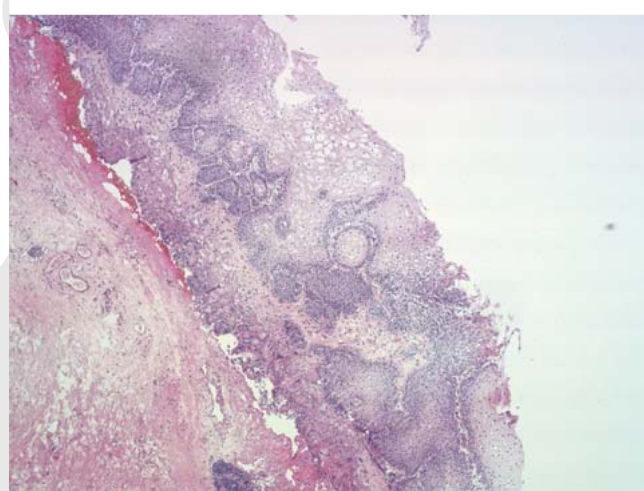


Abb. 7 Histologie TUR-Blase (HE, 50-fach).

Kalziumphosphat (Apatit, 10%) und Kalziumoxalat (Whewellit, 90%). Nach unauffälligem postoperativem Verlauf war die Patientin erstmalig nach ca. 10 Jahren beschwerdefrei.

Diskussion

Literaturrecherche in „medline“ nach den Stichwörtern „Ureterstumpf (ureteral stump)“ und „Ureterknospe (ureteral bud)“ förderte zwar eine Fülle von Treffern zutage, diese beschäftigten sich jedoch nahezu ausschließlich mit bösartigen Neubildungen in dem „trocken“ liegenden Harnleiterstumpf nach Nephrektomie aus den verschiedensten Gründen, mit technischen Variationen einer Harnleiterstumpfresektion (offen, laparoskopisch oder transurethral-endoskopisch) oder mit den genetischen bzw. biochemischen Hintergründen von kombinierten urogenitalen Missbildungen.

Lediglich 2 Untersuchungen wurden zu der weitestgehend zur Thematik einer Steinbildung in einem Ureterstumpf publiziert. So führte eine „Kalziummilchbildung“ in einem Ureterstumpf zur Notwendigkeit einer Ostiumschlitzung nach Heminephrektomie [2]; Russinko beschrieb 2003 eine Steinbildung in einem belassenen Harnleiterstumpf nach Harnableitung mittels Ileum conduit bei einer neurogenen Blase mit Reflux, Hydronephrosen beidseits, Sakralagenesie und Analtresie [3]. Der vorliegende Fall einer Steinbildung in einer blind endenden, rudimentären Ureterknospe bei Nierenagenesie stellt damit nach unserer Kenntnis die Erstbeschreibung dieser Konstellation dar. Die Ursache der „Ureterknospenlithiasis“ ist retrospektiv nur zu vermuten und dürfte entgegen der üblichen Harnsteinogenese auf dem Boden eines Refluxes mit Sedimentation in einem Hohlraum ohne Zirkulation mit Steinwachstum vor Ort entstanden sein.

Schlussfolgerung

Die geschilderte Kasuistik demonstriert erneut die Wichtigkeit, vor Einleitung einer symptomatischen Therapie schon sicher geglaubte Vorbefunde und Ausschlussdiagnosen ständig zu hinterfragen. Dies gilt insbesondere, wenn bisherige Untersuchungen nicht zu einer eindeutigen Problemlösung führen. Zusätzlich wird deutlich, wie sinnvoll der interdisziplinäre Ansatz in einem Kontinenz- und Beckenbodenzentrum gerade in komplizierten oder scheinbar therapieresistenten Fällen ist.

Interessenkonflikt: Nein

Literatur

- 1 *Abrams P.* Describing bladder storage function: overactive bladder syndrome and detrusor overactivity. *Urology* 2003; 62: 28–37
- 2 *Lieb J, Abrahams HM, Das AK.* Endoscopic management of milk of calcium-filled ureterocele stump. *J Endourol* 2003; 17: 917–918
- 3 *Russinko PJ, Siddiq FM, Zabba A.* A retained ureteral stump with calculi. *J Urol* 2003; 169: 268

