

Refluxerkrankung

Definition:

Ein Reflux liegt vor, wenn Urin aus der Blase in den Harnleiter (Ureter) bzw. die Nieren zurückfließt.

Symptome:

Es können sowohl spezifische Symptome (wiederholte Harnwegsinfektionen) als auch unspezifische Symptome (Gedeih-, Entwicklungsstörungen, Bauchschmerzen, Erbrechen, Fieber unklarer Ursache) auftreten.

Häufigkeit:

Im Kindesalter beträgt bei klinisch unauffälligen Kindern die Häufigkeit eines Refluxes ca. 1%, wobei diese bei Kindern mit wiederholten Harnwegsinfekten auf bis zu 50% ansteigt. Im Säuglingsalter sind Mädchen und Jungen etwa gleich häufig betroffen. Ab dem 2. Lebensjahr sind Mädchen etwa 4-5 x häufiger als Jungen betroffen.

Ursachen:

Es wird zwischen einem angeborenen (primären) und einem erworbenen (sekundären) Reflux unterschieden. Bei der angeborenen Variante verläuft der Harnleiter in einem zu kurzen Tunnel in der Blasenwand, so dass bei Druckerhöhung während der Urinentleerung die Harnleitermündung nicht wirksam durch die Blasenmuskeln verschlossen werden kann und Urin aus der Blase in Harnleiter bzw. Niere zurück fließt. Ursachen für den erworbenen Reflux sind eine falsch erlernte Blasenentleerung (Detrusor-Sphinkter-Dyskoordination), angeborene Nervenerkrankungen (Spina bifida), Verengung der Harnröhre (Striktur, Harnröhrenklappen, Phimose) entzündliche Erkrankungen der Blase, oder eine Beschädigung des Übergangs von der Blase zum Harnleiter durch eine operative Maßnahme (z.B. Harnleiterspigelung mit Harnleiteraufdehnung).

Diagnostik:

Zum Nachweis eines Refluxes werden eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) der Nieren und der Harnblase, eine Harnstrahlmessung, eine Röntgendurchleuchtung der Harnblase während des Wasserlassens (MCU-Miktionszystourethrogramm) und in besonderen Situationen eine Überprüfung der Nierenfunktion (Nierenfunktionsszintigraphie) eingesetzt. Vor jeder operativen Therapie ist eine Blasenspiegelung (Beurteilung der Harnleitermündungsstelle) notwendig, Diese wird bei Kindern nahezu immer in Narkose und zumeist gemeinsam mit der geplanten operativen Behandlung durchgeführt.

Therapie:

Die Folgen von nicht behandelten Refluxen können Narbenbildungen in der Niere, Nierenschrumpfung mit Funktionsverlust, ein schwer behandelbarer Bluthochdruck, sowie die Notwendigkeit der Entfernung der kranken Niere und im Extremfall auch – wenn beide Nieren betroffen sind - die Blutwäsche (Dialyse) sein.

Deshalb ist eine adäquate Behandlung der Refluxerkrankung von großer Bedeutung. In Abhängigkeit vom Schweregrad des Refluxes und dem Alter des Kindes kann unterschiedlich verfahren werden.

Medikamentöse Behandlung (Dauerprophylaxe): Bei geringeren Schweregraden (Grad I und III = Rückfluss in Harnleiter und / oder in das Nierenbecken mit nur leichter Erweiterung des Nierenbeckenkelchsystems) und einem Alter bis ca. 5 Jahren kann wegen einer hohen Selbstheilungsrate (Spontanremission) eine ausschließlich niedrigdosierte Antibiotikabehandlung in Erwägung gezogen werden. Wichtig sind dabei ausreichende Trinkmenge, regelmäßiger Toilettengang, Stuhlgangsregulation und engmaschige Urinuntersuchungen.

Operative Behandlung: Bei höhergradigen Refluxen und häufigen Harnwegsinfektionen sowie bei weiteren angeborenen Fehlbildungen (z.B. Doppelniere...) besteht dagegen die Notwendigkeit einer operativen Korrektur. Ziel jeder operativen Korrektur ist die Beseitigung des Rückflusses von Urin aus der Harnblase in die Niere. Grundsätzlich stehen zwei verschiedene Techniken zur Verfügung.

1. die offene Operation: Hierbei wird bei einem primären Reflux der Harnleiter über eine längere Strecke (3 – 4 cm) in die Blasenwand verlagert, so dass die Harnleitermündung beim Wasserlassen verschlossen wird und kein Urin in den Harnleiter/Nieren zurückfließen kann. Je nach den erhobenen Befunden stehen verschiedene operative Techniken zur Verfügung, so dass für jedes Kind eine individuell geplante Therapie möglich ist. Beim sekundären Reflux muss auch die Ursache des Refluxes beseitigt werden.

2. die endoskopische Refluxkorrektur: bei der endoskopischen Refluxkorrektur wird während der Blasenspiegelung ein Medikament unter den Harnleiter in die Blasenwand eingespritzt. Der Harnleiter soll so eingeengt und der Rückfluss beseitigt werden. Vorteil dieser Behandlung ist die minimale Invasivität. Von Nachteil sind jedoch die erheblich geringere Erfolgsrate, die zu Wiederholungseingriffen führt und bei Versagen der endoskopischen Operation grundsätzlich ein erheblich aufwändigerer offener Eingriff. Dazu kommt das bei diesem Eingriff ein Medikament dauerhaft als Fremdkörper in die Blasenwand eingebracht wird. Langzeiterfahrungen hierzu sind bislang nur ungenügend verfügbar.