

Seit > 5 Jahren nicht aktualisiert, Leitlinie wird zur Zeit überarbeitet

Definition

Eine persistente isolierte nicht sichtbare Hämaturie (NSH) liegt vor, falls mindestens zwei von zwei oder drei Proben eines Urin-Schnelltests auf Blut positiv reagieren, Störfaktoren berücksichtigt wurden und keine zusätzlichen Hinweise auf nephrologische, urologische oder gynäkologische Krankheiten bestehen. Die Leitlinie gilt für Personen ab einem Alter von 19 Jahren.

Epidemiologie/Versorgungsproblem

Die Angaben zur Prävalenz der persistenten isolierten nicht sichtbaren Hämaturie reichen weltweit von 2-31,1 %; sie ist u. a. abhängig vom Lebensalter, der Intensität der Untersuchung und der Zusammenstellung der Stichproben [1-3]. Die Spezifität des Urin-Schnelltests liegt bei 65 %, die Sensitivität zwischen 91-100 %; ein negativer Befund schließt eine Hämaturie daher so gut wie aus [4]. Die hohe Anzahl von falsch positiven Befunden ergibt sich u. a. wegen der physiologischen Erythrozyturie und des empfindlichen Ansprechvermögens der Urin-Schnelltests [5,6]. Die Jahresinzidenz von Nieren- und Harnblasenkarzinom betrug in Deutschland in 2014 ca. 30.000 Fälle mit einem mittleren Sterbealter von ca. 76-80 Jahren und einer mittleren relativen 10-jährigen Überlebensrate von 70 % (Nierenkarzinom) bzw. 47 % (Blasenkarzinom). Das zehnjährige Erkrankungsrisiko liegt bei den unter 45-Jährigen unter 0,2 % und steigt bei den 75-Jährigen auf bis zu 0,4 % (Frauen) bzw. 1,3 % (Männer). Ein Screening auf eine NSH wird aufgrund einer negativen Nutzen-Schaden-Bilanz international abgelehnt [2,4,7-9]. Nicht jede entdeckte Krebskrankheit ist für die Betroffenen relevant, zusätzlich können „diagnostic label“ sowie die diagnostischen und therapeutischen Folgeprozeduren schaden [5]. Bei bis zu zwei Dritteln der Personen erfolgt keine leitlinienorientierte Evaluation der NSH nach den Leitlinien spezialistischer Fachgesellschaften; paradoxerweise führt diese Non-Adherence der Arztpraxen wegen der epidemiologischen Kennzahlen eher zu einem gesamtgesellschaftlichen Vorteil [2,9].

Einteilung

Die Ätiologie der NSH bleibt bei mehr als zwei Drittel der positiven Befunde unbekannt [2, 9]. 16,3 % der NSH werden durch ein Steinleiden, 4 % durch eine Prostatablutung, ca. 3 % durch Krebskrankheiten, 2,3 % durch eine Infektion, 0,9 % durch eine glomeruläre Nierenkrankheit verursacht [9].

Prognose/Verlauf

- Nach einem ersten Nachweis von nicht sichtbarem Blut im Urin sollte die Quartalsdiagnose „Nicht näher bezeichnete Hämaturie“ (R 31) dokumentiert werden.
- Nach einer leitlinienorientierten urologischen Evaluation der NSH mit dem Ausschluss einer malignen Erkrankung und dem Eintrag der Dauerdiagnose „Rezidivierende und persistierende Hämaturie, Art der morphologischen Veränderung nicht näher bezeichnet“ (N02.9) in die Patientenakte entsteht bei über 99 % der Betroffenen in den folgenden Jahren keine maligne Neoplasie im Urogenitaltrakt [1,2]. Hinsichtlich nephrologischer Erkrankungen werden einmal im Jahr eine Blutdruck-Messung, eine Untersuchung auf Proteinurie und eine Schätzung der glomerulären Filtrationsrate (eGFR) empfohlen, solange wie die Hämaturie persistiert [1,2].

Abwendbar gefährliche Verläufe

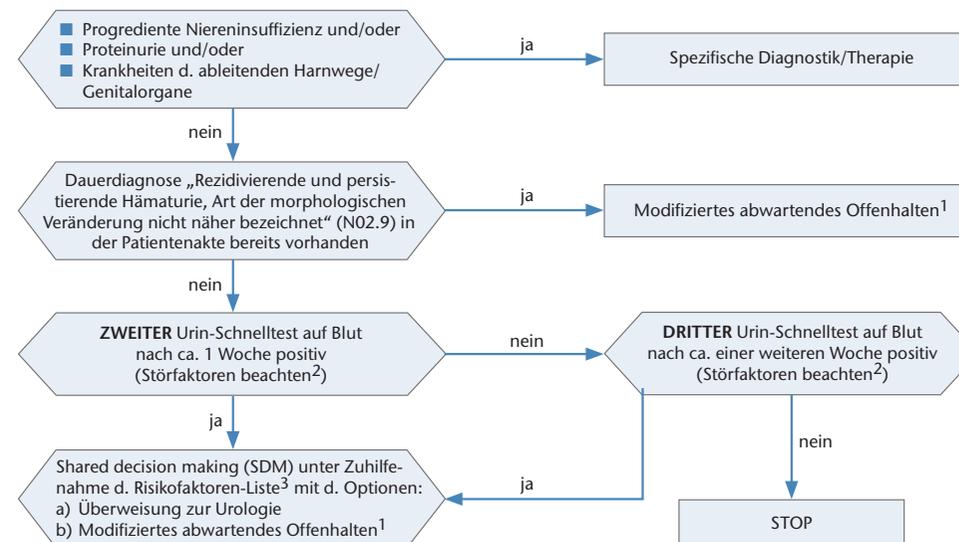
Die Angaben zum Risiko für eine maligne urologische Krankheit nach einem positiven Befund schwanken in Abhängigkeit vom Lebensalter und anderen Risikofaktoren (siehe Algorithmus) weltweit zwischen 0,43 % und 25,8 %; sie liegen durchschnittlich zwischen 2,6 % und 3,3 % [1,2,10]. Hieraus resultiert für die nordamerikanische und die britische Bevölkerung eine positive Vorhersagewahrscheinlichkeit (PPV) des Urin-Schnelltests für urologische Malignome von 0,2 %, d. h. bei einer Person von 500 positiv Getesteten wird ein Malignom diagnostiziert; diese niedrige PPV steigt auf 11,6 % in Hoch-Risiko-Gruppen [1,10].

Diagnostik

Der Nachweis einer NSH erfolgt durch zwei positive Urin-Schnelltests von einer standardisiert gewonnenen morgendlichen Mittelstrahlurinprobe innerhalb von zwei Stunden nach dem Auffangen in einem Becher. Als positiv gilt der mindestens 1-fach positive Nachweis von Blut (Erythrozyten oder Hämoglobin) auf dem entsprechenden Feld des Urinreststreifens, Störfaktoren (siehe Algorithmus) sind zu beachten; auf eine mikroskopische Bestätigung kann im Niedrigprävalenzbereich verzichtet werden [1-3,8]. Tumormarker und zytologische Untersuchungen sind entbehrlich [2].

Therapie

Falls die NSH erstmalig festgestellt wird, erfolgt in einem partnerschaftlichen Gesprächsprozess („shared decision making“) das Abwägen von zwei Optionen unter Berücksichtigung der individuellen Risikokonstellation: a) Überweisung zur Urologie mit Folgeuntersuchungen wie Sonographie, Zystoskopie und (Computer-)Urographie oder b) modifiziertes abwartendes Offenhalten mit jährlicher Erhebung des klinisch-anamnestischen Status inkl. Blutdruck-Messung, der Untersuchung auf Proteinurie und der Schätzung der GFR [1].

Algorithmus für das Vorgehen bei zufälligem Nachweis von nicht sichtbarem Blut im Urin-Schnelltest mit Vergabe der Quartalsdiagnose „Nicht näher bezeichnete Hämaturie“ (R 31)

1 Bei fortbestehender isolierter, nicht sichtbarer Hämaturie jährlich klinisch-anamnestischer Status inkl. Blutdruck-Messung, Schätzung der glomerulären Filtrationsrate und Test auf Proteinurie.

2 Folgende Faktoren können einen falsch-positiven Test liefern: Menstruation, rektale Blutung, Infekte, abdominelles Trauma, starke körperliche Anstrengung, sexuelle Aktivität, urologische Prozeduren, Medikamenten-UAW (siehe Medikamentenliste „Hämaturie“; Antikoagulation und/oder Thrombozytenaggregationshemmung sind für sich allein kein Grund für eine Hämaturie, sondern lediglich ein begünstigender Faktor). Ein hoher Vitamin-C-Spiegel kann zu einem falsch-negativen Test führen.

3 Jede einzelne der folgenden Eigenschaften erhöht das Risiko für eine maligne urologische Krankheit: Höheres Alter (unter 35 Jahre sehr unwahrscheinlich, mit 50 Jahren ca. eine Malignom-Diagnose von 125 positiv Getesteten mit unklarer Relevanz für die Betroffenen), männliches Geschlecht, (Ex-)Konsum von Nikotin, beruflicher Kontakt zu aromatischen Aminen/Anilin-Derivaten, Therapie mit Cyclophosphamid, Blasenkrebs in der Familie, Aufenthalt in einem Bilharziosegebiet.

Versions-Nummer: 2.1

Erstveröffentlichung: 09/2013

Überarbeitung von: 01/2019

Nächste Überprüfung geplant: 01/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online