

# Urologische Fragestellungen in der Allgemeinpraxis

Dr. Mitra Shodjai-Baghini, MSc.  
Fachärztin für Urologie und Andrologie, F.E.B.U.  
Fachärztin für medizinische Genetik  
Martinstraße 91/8A, 1180 Wien  
Neubaugasse 36/8A, 1070 Wien  
[ordination@die-urologin.at](mailto:ordination@die-urologin.at)  
0664 306 15 58

# Interessenkonflikte



keine

# Case 1



52 a, männlich, Flankenschmerz li., in Unterbauch ausstrahlend, seit 2–3 Tagen, wellenartig, kommt und geht, atem- und bewegungsunabhängig, kein Erbrechen, jedoch Übelkeit, afebril; OP Circumcision, Med. Antihypertensiva, keine urol. VE, Nikotin 35 pyrs, FA neg., Miktion bene, letzte urol. KO nicht definitiv rememberlich, evtl. vor 3 Jahren

# Case 1



FRAGE: Was würden Sie als Nächstes tun?

- a. körperliche Untersuchung
- b. Blutdruck messen
- c. Harnsticks
- d. zum Orthopäden schicken

# Antwort



a, c

# Case 1



- NL li. dolent
- Harn 25 Erys, pH 5

# Case 1



wenn Sonographie vorhanden und durchgeführt wird ->  
Sono

bei unserem Pat. Hydronephrose Grad 1,  
DD parapelveale Zysten, kein Konkrement, kein Tumor

wenn keine Sono durchgeführt wird -> ad Sono  
Nieren/Abdomen

# Case 1



Welche Laboruntersuchung würden Sie veranlassen?

- a. KBB
- b. CRP
- c. NFP
- d. Ferritin



# Antwort



a, b, c

# Case 1



ad Labor: KBB, CRP, NFP

nur Leukos erhöht -> = reaktive Leukozytose = ok

cave CRP- und/oder Krea-Elevation

# Case 1



ad CT nativ: Steinsuche

->

3 mm dist. Harnleiterkonkrement links

# Case 1



hohe Wahrscheinlichkeit für Spontansteinabgang;  
MET (Medical Expulsion Therapy) einleiten: Tamsu,  
Novalgin, PPI, AB

Laborkontrolle in 2–3 Tagen, wenn weiter afebril,  
bei Fieber/AZ Verschlechterung ad Krankenhaus;  
Steinsieb

wenn Konkrement nicht abgeht, ad KH für Sanierung

# Case 2



57 a, männlich, in der Früh Makrohämaturie, roséfarben, schmerzlos, nun wieder alles in Ordnung

OP HID, Varizen rechts, Med. Lipidsenker, TASS, PPI, Synjardy, Trajenta, FA

Großmutter mütterl. Magen-Ca, Vater PCa, Cousine väterl. Leukämie

Nik. 60 yrs, urol. Erstkontakt, Miktion bene, ED seit ca. 8 Jahren

# Case 2



Was würden Sie als Nächstes tun?

- a. ad Labor
- b. Harnsticks
- c. klinische Untersuchung
- d. ad Röntgen

# Antwort



a, b, c

# Case 2



klinische Untersuchung

Harn 250 Erys, pH 6



# Case 2



ad Labor KBB, CRP, NFP, TSH, Gerinnung

Anämie? Krea? Entzündung? Stein/CT OHT

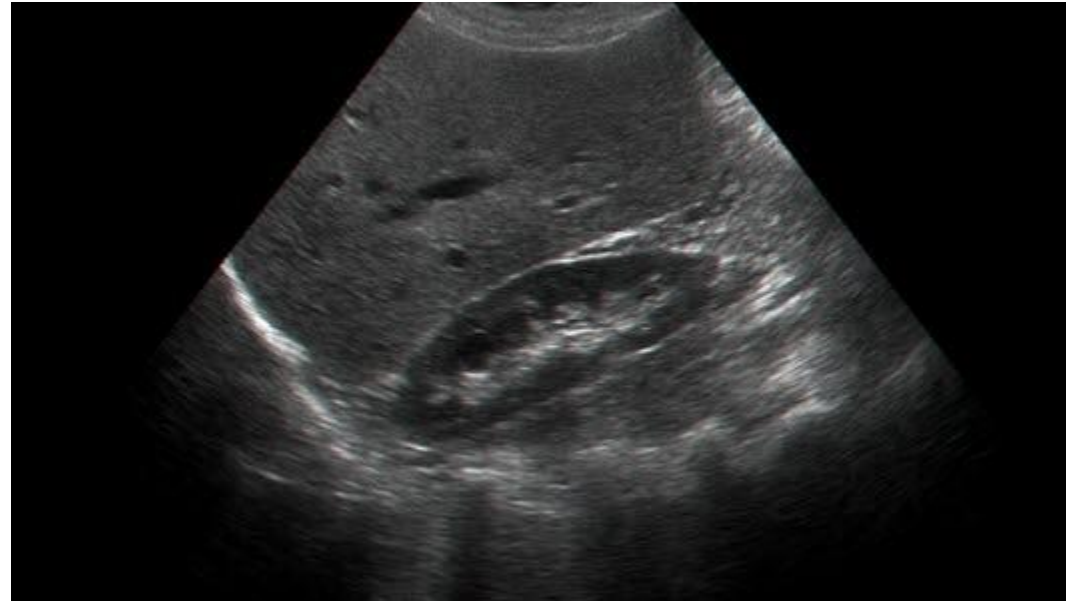
# Case 2



evtl. wenn Sono durchgeführt wird: Sono Blase und Nieren  
(Blase voll? Koagula? Tumor? Hydronephrose?)

wenn DK gesetzt werden und Blase voll -> großlumiger  
DK/Spülkatheter

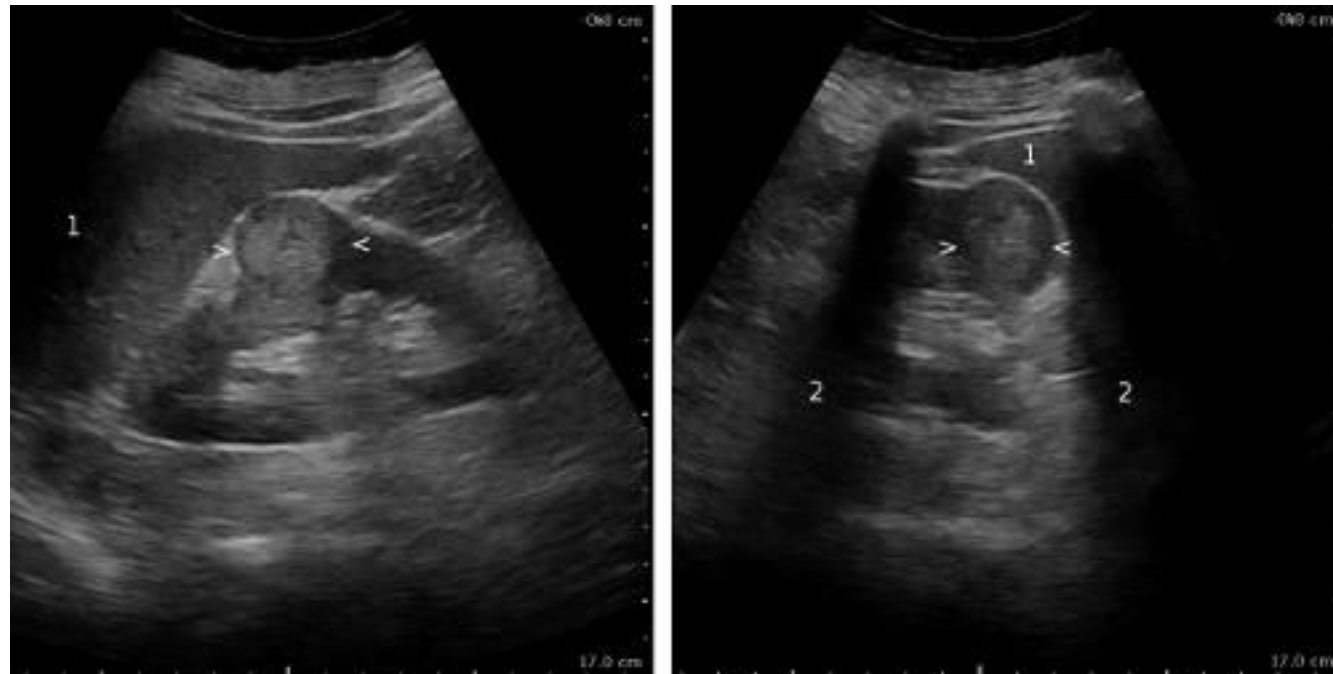
# Case 2



# Case 2



# Case 2



# Case 2



unser Patient eigentlich völlig unauffällig

ad Uro – V. a. Blasentumor + Routinekontrolle sowieso überfällig

# Case 3



49 a, weiblich, rez. HWI, oft Harn übelriechend, unauffällig bis vor 3 Jahren

seither „immer schlimmer“, zusätzlich Hitzewallungen, perimenopausal, möchte keine HRT aus Angst vor Krebs, GV unangenehm, weil vaginal atroph;

OP Sectio, Med. Vitaminsupplements,

FA Mutter Mammakarzinom, Schwester Colonkarzinom, einige weitere Familienmitglieder maligne Tumore, nicht genauer erhebbar

# Case 3



Harn o. B., pH 5,5

Sono Nieren, Unterbauch o. B.



# Case 3



V. a. postmenopausales Urogenitalsyndrom

Supplements cave Nephrolithiasis!

topische/gen. Östrogenisierung!

cave Mammakarzinom, Endometriumkarzinom!

FA (evtl.) interessant

# Case 4



24 a, weiblich, erhöhte Miktionsfrequenz, Algurie, keine

Makrohämaturie, rezidivierend, > 4-mal pro Jahr,  
kein Fieber, immer nach GV

OP 0, Med 0, FA neg.

# Case 4



Harn 250 Erys, 500 Leukos, Nit neg., pH 7

# Case 4



Uricult

Urovaxom

evtl. ex juvantibus Mecillinam 2-0-2 f. 6 d, Cephalosporin

2 x 500 mg f. 5 d, Trimethoprim

cave Grunderkrankungen

cave ABP

cave Penicillin/vaginale Mykose

cave Fosfomycin

# Case 4



ad Uro

Partnerbegutachtung

# Case 5



79 a, männlich, Kreuzschmerzen immer schon, seit einiger Zeit auch im Bereich Leber/Brustkorb rechts, Liegen auf der rechten Seite nicht möglich

St. p. Orthopäde – infiltriert regelmäßig,  
nur kurzfristige Besserung, war MRT BWS und LWS;  
OP 0, Med. TASS, PPI, Antihypertensiva, FA neg., letzte urol.  
Kontrolle vor vielen Jahren  
subj. urol. beschwerdefrei, deshalb keine Kontrollen,  
kein PSA

# Case 5



MRT-Befund V. a. SBL in BWK 11 rechts

# Case 5



hochgradiger V. a. PCa

PSA?, DRE?

ad Uro





FRAGEN?

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!