

Jahrgang 29

Nummer 15/2007

Rezidivierende Harnwegsinfekte bei Kindern (Mini-Übersicht).....	57
Depression bei Alkoholkranken (Mini-Übersicht).....	58
Pneumonien in der Praxis (Mini-Update).....	60

Mini-Übersicht

Rezidivierende Harnwegsinfekte bei Kindern

Bei Kindern sind Harnwegsinfekte nicht häufig. Wenn aber einmal eine solche Infektion vorhanden war, kommt es bei 30 bis 40% der Kinder zu einem Rezidiv. Es stellt sich die Frage, ob eine entsprechende antibiotische Prophylaxe sinnvoll ist.

Eine unabhängige Übersicht zum Thema

In der Zeitschrift «La Revue Prescrire» ist in der Ausgabe vom Februar 2008 eine gut dokumentierte Übersicht zum Thema der Harnwegsinfekte bei Kindern erschienen.¹ Dabei wurden auch die Untersuchungen verwendet, die vom britischen «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE) und von der Cochrane Collaboration veröffentlicht wurden.^{2,3}

Bei Säuglingen und Kleinkindern sollten die folgenden Symptome an einen Harnwegsinfekt denken lassen: Fieber über 38°, Erbrechen, Somnolenz, Reizbarkeit, Inappetenz, Stagnation des Körpergewichts. Ältere Kinder klagen über Schmerzen bei der Miktio; gelegentlich kommt es zum Bettnässen. Eine Hämaturie findet sich nur selten.

Zur Inzidenz der Harnwegsinfekte wird festgestellt, dass bis zum Alter von 2 Jahren etwa 2% der Kinder, bis zum Alter von 16 Jahren 11% der Mädchen und 4% der Knaben einen Harnwegsinfekt haben. Wenn die Erstinfektion bereits im ersten Lebensjahr erfolgt, so ist das Risiko eines Rezidivs sehr hoch (75%). In diesem Zusammenhang interessiert besonders, ob eine prophylaktische Antibiotikatherapie nicht nur Rückfälle, sondern auch eine Pyelonephritis verhüten kann.

Kinder, bei denen ein *vesiko-ureteraler Reflux* existiert, erkranken häufiger an einem Harnwegsinfekt. In verschiedenen Untersuchungen hatten 8 bis 40% der betroffenen Kinder einen vesiko-ureteralen Reflux – in der allgemeinen

Bevölkerung sind es nur 1 bis 3%. Ein vesiko-ureteraler Reflux verschwindet jedoch in der Mehrzahl der Fälle spontan. Nur wenn ein beidseitiger und sehr ausgeprägter Reflux (bis zum Nierenparenchym) vorliegt, muss häufig mit Infektrezidiven gerechnet werden. 25 bis 40% der Kinder, die an einer akuten Pyelonephritis erkranken, haben einen vesiko-ureteralen Reflux.⁴

Kinder mit einer Stauung in den Harnwegen haben häufiger Harnwegsinfekte. Für eine Stauung können unvollständige Miktionen (z.B. infolge einer Obstipation), obstruktive Veränderungen der Harnwege (Missbildungen oder Konkremente) sowie eine zu geringe Zahl Miktionen (weniger als 4 pro Tag) verantwortlich sein.

Gemäss der erwähnten britischen Analyse besteht kein eindeutiger Zusammenhang zwischen rezidivierenden Harnwegsinfekten im Kindesalter, und dem Auftreten von klinisch relevanten Nierenläsionen.² Szintigraphisch nachweisbare narbige Veränderungen an den Nieren sind jedenfalls in der Regel nur dann von Komplikationen (Hypertonie, chronische Niereninsuffizienz) begleitet, wenn diese Nierenläsionen ausgeprägt und beidseitig sind.

Kinder im Alter über 6 Monate benötigen nach einem Harnwegsinfekt, der innerhalb von 48 Stunden auf die antibiotische Therapie angesprochen hat, keine zusätzliche Untersuchung mit einem bildgebenden Verfahren.² Bei jüngeren Kindern dagegen soll nach einem solchen Harnwegsinfekt innerhalb von 6 Wochen eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt werden, um allfällige Missbildungen festzustellen. Dies kann auch bei Kindern im Alter über 6 Monate indiziert sein, wenn es sich um eine Rezidiv handelt.

Genauere Untersuchungen sind nur ausnahmsweise, d.h. in folgenden Situationen, indiziert:

- schwere Infekte mit einer Sepsis
- Infektion mit einem anderen Keim als mit E.coli
- fehlendes Ansprechen auf die Behandlung innerhalb von 48 Stunden
- ungenügende Urinmenge
- Tumor im Abdomen oder im kleinen Becken
- erhöhter Kreatinin-Plasmawert

Die britischen Autoren empfehlen, in *diesen* Fällen bei Kindern unter 3 Jahren zum Zeitpunkt des Infektes eine abdo-