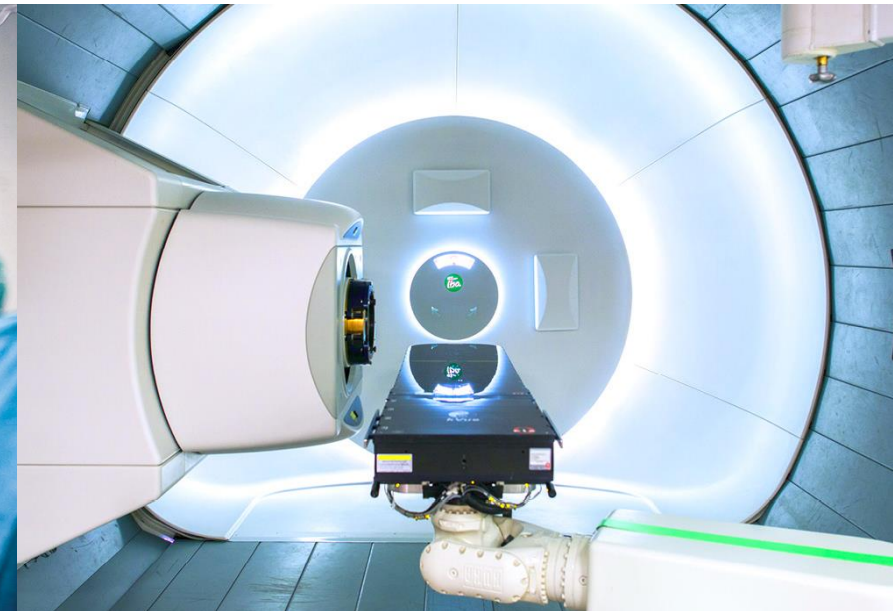


UROlogisch! 10/2021 **Abklärung der Mikrohämaturie**

Multiple Choice Fragen (eine Antwort ist richtig)



1. Eine Mikrohämaturie:

kann allein durch einen Urinschnelltest diagnostiziert werden

wird immer im Verlauf von Makrohämaturie gefolgt

wird durch den Nachweis von > 20 Erythrozyten/GF in der mikroskopischen Untersuchung des Urinsediments bestätigt

ist ein sehr seltener Zufallsbefund ($< 2\%$)

keine Aussage trifft zu

2. Ein Screening auf asymptomatische Mikrohämaturie:

ist immer sinnvoll, da das Urothelkarzinom eine sehr häufige Tumorerkrankung darstellt

führt zu einer Diagnose eines Harnblasenkarzinoms bei $> 10\%$ der gescreenten Personen

ergibt einen positiven Befund bei $> 60\%$ der gescreenten Personen

hat einen gut durch Studien belegten positiven Effekt auf onkologische Endpunkte

wird aufgrund einer negativen Nutzen-Schaden-Bilanz nicht empfohlen

3. Die Ursache einer asymptomatischen Mikrohämaturie:

bleibt bei den meisten Fällen unklar

ist bei $> 30\%$ der Fälle ein Karzinom

liegt immer am unteren Harntrakt

ist sehr häufig glomerulär

muss nicht eruiert werden, wenn der Patient Antikoagulantien einnimmt

4. Zu der Ätiologie der persistierenden isolierten Mikrohämaturie:

die häufigste urologische Ursache ist die Urolithiasis

bei jungen Menschen liegt dieser immer eine nephrologische oder urologische Erkrankung zugrunde

die nephrologischen Ursachen sind häufiger als die nicht glomerulären Ursachen

Zytostatika gehören nicht zu den möglichen Ursachen

keine Aussage trifft zu

5. Bezüglich der Abklärung der Mikrohämaturie:

die Anamnese ist entbehrlich

jede Mikrohämaturie muss mittels CT- oder MRT-Abdomen abgeklärt werden

die Anamnese ist essentiell und kann die weitere Abklärung steuern

auf laborchemische Untersuchungen kann verzichtet werden

die Sonographie kann eine glomeruläre Ursache ausschließen

6. Die Sonographie der Nieren und der Harnblase i.R. der Abklärung der Mikrohämaturie:

muss immer durch eine CT- oder MR-Urographie ergänzt werden

ist als Bildgebung ausreichend, wenn keine Risikofaktoren für ein Malignom der Harnwege vorliegen

kann Hinweise sowohl für nephrologische als auch für urologische Ursachen der Mikrohämaturie liefern

ist i.R. der Basisdiagnostik nicht indiziert

b und c sind richtig

7. Die Urinzytologie:

- a) hat eine sehr hohe Sensitivität und Spezifität bei den Harnblasenkarzinomen
- b) hat eine hohe Spezifität (90-100%) aber eine geringe Sensitivität (< 30%) bei den gut und mittelgradig differenzierten Harnblasenkarzinomen
- c) die Interpretation kann durch geringe Anzahl von Urothelzellen, HWI's, Urolithiasis und intravesikale Instillationen erschwert werden
- d) a und c sind richtig
- e) b und c sind richtig

8. Die Molekularen Tumormarker im Urin:

haben sich in der Abklärung der Mikrohämaturie gut etabliert
weisen eine höhere Sensitivität und Spezifität für Urothelkarzinome als die Urinzytologie auf
intravesikale BCG-Instillationen beeinflussen das Ergebnis nicht
NMP22 und FISH sind von der FDA für das Screening und die Diagnose des Urothelkarzinoms zugelassen
keine Aussage trifft zu

9. Eine isolierte Mikrohämaturie:

liegt vor, wenn der Patient noch Symptome hat, wie z.B. Flankenschmerzen, Dysurie, Pollakisurie etc.
soll bei Vorliegen von Risikofaktoren für eine Neoplasie weiter mittels Zystoskopie und vorzugsweise CT-Urogramm abgeklärt werden
kann auch durch eine Blutung gynäkologischer Ursache resultieren
kommt häufig nach urologischen Eingriffen vor
ist meistens ein Hinweis für einen Harnwegsinfekt

10. Verlaufskontrollen einer Mikrohämaturie:

sind immer erforderlich, auch bei passagerer Mikrohämaturie

beinhalten immer die Abnahme einer Urinzytologie

sind erforderlich nur wenn eine Makrohämaturie auftritt

sind bei Patienten mit hohem Risiko für eine Neoplasie des Harntraktes auch nach unauffälliger primärer Abklärung zu empfehlen

sind bei anamnestischem Harnblasenkarzinom verzichtbar

Vielen Dank für Ihre Teilnahme.