



Informationen zu den Themen:

- **Vorhautverengung (S. 1)**
- **Hodenhochstand (S. 3)**
- **Wasserbruch am Hodensack (S. 5)**
- **Krampfaderbildung beim Hodensack (S. 6)**
- **Bettnässen (S. 7)**
- **Refluxkrankheit (S. 7)**

Vorhautengung (Phimose) / Vorhautverklebung

Grundsätzlich ist zwischen einer Vorhautverengung (Phimose) und einer Vorhautverklebung (Konglutination) zu unterscheiden. Die Vorhautverklebung ist bei Neugeborenen normal und löst sich spätestens komplett bis zum 3. Lebensjahr. Teilweise Vorhautverklebungen können bis in ein höheres Alter bestehen bleiben und bedeuten „eingeschränkte Hygieneverhältnisse“. Vorhautverklebungen können auch in einen Zusammenhang zum „Bettnässen“ gebracht werden. Die Vorhautverklebung kann konservativ, beispielsweise mit einer Salbenbehandlung, gelöst werden. Kleine Verklebungen, die sich nicht lösen, können unter Verwendung einer anästhesierenden Creme gelöst werden. Wichtig ist jedoch, dass bei der Verklebungslösung nicht der innere Anteil der Vorhaut verletzt wird. Dazu gehört auch das grobe Zurückziehen der Vorhaut, was typischerweise kleinste Längsrisse am inneren Anteil der Vorhaut zustande kommen. Das muss unter allen Umständen vermieden werden, um nicht eine einfache Vorhautverklebung oder milde Vorhautenge in eine narbige Vorhautenge überzuleiten. Im Falle einer Verletzung der Vorhaut führen also die Heilungsvorgänge (Vernarbung) häufig erst zu einer wirklichen Vorhautverengung. Natürlich kann die Vorhautverengung veranlagt sein und daher ohne jegliche Verletzung in jenem Bereich auftreten.

Wie bereits erwähnt, ist die Vorhautverklebung beim Säugling etwas völlig normales, allerdings sollte die Harnröhrenöffnung an der Spitze der Eichel schon relativ bald nach der Geburt sichtbar sein. Ein „nadeldünner Harnstrahl“ oder ein „Aufblähen“ der Vorhaut während des Urinierens sollte Anlass sein, das Kind dringlich ärztlich untersuchen zu lassen.

Günstig ist es, beim Säugling die Vorhaut (z.B. beim Bad) sanft und so weit wie möglich zurückzuschieben, damit sich die Verklebung langsam löst, wobei hier keine Eile geboten ist. Sollten sich „weißliche kugelige Gebilde“ finden, dann handelt es sich in der Regel um so genannte „Smegmaretentionen“, die auf eine stärkere Verklebung hinweisen. Eine besonders lange Vorhaut kann ein Hygieneproblem darstellen und zu Harnwegsinfekten führen. Bei Jungen, die beispielsweise an einem vesikoureteralen Reflux (VUR) leiden, sollte aus hygienischen Gründen eine Beschneidung in Betracht gezogen werden, um Harnwegsentzündungen entgegen zu wirken.

„Frenulum breve“

Ein weiterer Befund ist ein so genanntes „Frenulum breve“, also ein zu kurzes Hautsegel, das sich von der Unterseite der Eichel zu der Vorhaut spannt. Ist es zu kurz, spannt es beim Zurückziehen der Vorhaut und/oder bei der Erektion und "zieht" die Eichel nach unten. Oft reißt ein zu kurzes Bändchen später beim Geschlechtsverkehr ein. Im Rahmen einer Beschneidung kann es - falls notwendig – durchtrennt werden. Wird eine zu enge Vorhaut gewaltsam zurückgestreift, kann es zur Einklemmung der Eichel und damit zu Störungen des Blutabflusses kommen. Man spricht von einer so genannten „Paraphimose“. In diesem Fall sollte eine Ärztin/ Arzt umgehend aufgesucht werden.

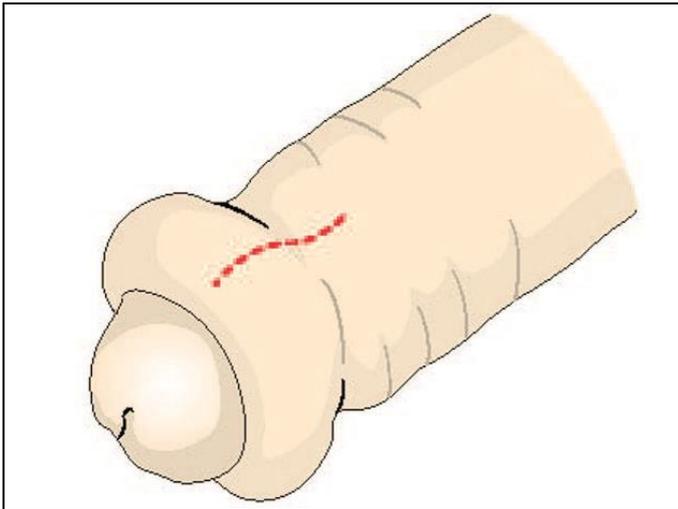


Bild: Schnitfführung bei Paraphimose (*)

Eine abwartende Haltung, die heute immer wieder zum Thema gemacht wird, ergibt sich nur aus der richtigen Diagnose. Die narbige Phimose mit eindeutig verdicktem Vorhautring muss operativ behandelt werden und ein Zuwarten kann zu Komplikationen führen. Ein durch die Enge der Vorhaut behinderter Harnstrahl kann zum Harnstau, Eichel-, Harnröhren-, Harnblasen- und Niereninfektionen führen.

Besteht allerdings nur eine Verklebung (Konglutination), kann mit konservativen Therapiemaßnahmen (Salben, Zurückziehen im Bad) zugewartet werden. Aus medizinischem

Gesichtspunkt muss man wohl eher für als gegen eine Beschneidung argumentieren (Entzündungen, Peniskarzinom etc.). Natürlich spielt hier die Hygiene die wesentlichste Rolle.

Eine Beschneidung ("Zirkumzision") sollte nicht durchgeführt werden, wenn beispielsweise eine Hypospadie (zu kurze Harnröhre) mit gespaltener „kapuzenartiger Vorhautschürze“ vorliegt, da man für die Korrekturoperation das Vorhautgewebe benötigen könnte. Das gleiche gilt für andere genitale Anomalien. In diesen Fällen sollte man das „überschüssige Vorhautgewebe“ erst nach Abschluss der Korrektur entfernen. Die Beschneidung oder Zirkumzision kann natürlich in jedem Alter durchgeführt werden. Als günstig erweist sich die Säuglings- und Kleinkindphase, d.h. jener Zeitraum, in dem die Jungen noch Windeln tragen. In dieser Phase wird die Zirkumzision psychisch gut verkräftet und für die Heilung ist die abdeckende Windel von Vorteil. Entzündungen sind bei guter postoperativer Pflege (Reinigung und Salbenverbände) nahezu ausgeschlossen.

Operationstechniken

Hier wird inneres und äußeres Vorhautblatt abgetragen, es erfolgt eine Blutstillung und beide Vorhautanteile werden mit resorbierbaren „dünnen“ Nähten aneinander geheftet. Nach etwa 14 Tagen sollten sich die Nähte von selbst gelöst haben (individuelle Unterschiede sind möglich). Es ist bei bestimmten Fällen möglich, einen Teil der Vorhaut zu belassen (teilweise Beschneidung) und nur den engen „Vorhautring“ zu entfernen.

Innerer und äußerer Anteil der Vorhaut müssen zart behandelt werden (z.B. kein Quetschen mit der Pinzette) und mit den bereits erwähnten dünnsten resorbierbaren Nähten aneinander geheftet werden.

Bei einer Teilbeschneidung muss die Restvorhaut regelmäßig zurückgezogen und „Phimoserezidive“ vermieden werden. Erweiterungsplastiken haben ein höheres Komplikationsrisiko. Die Komplikationen einer „Phimoseoperation“ sind äußerst niedrig. Das gilt natürlich nur, wenn dieser Eingriff nach hohen fachspezifischen Standards durchgeführt wird. Nachblutungen (0,5%) und Entzündungen (0,01%) sind als Frühkomplikationen zu nennen.

Rituelle Beschneidung

Neben der medizinischen Notwendigkeit einer Beschneidung ist ein Großteil der Zirkumzisionen (Beschneidungen) auch religiös und kulturell begründet. Häufig wird die Operation von hierfür speziell ausgebildeten Mitgliedern der Religionsgemeinschaft durchgeführt.

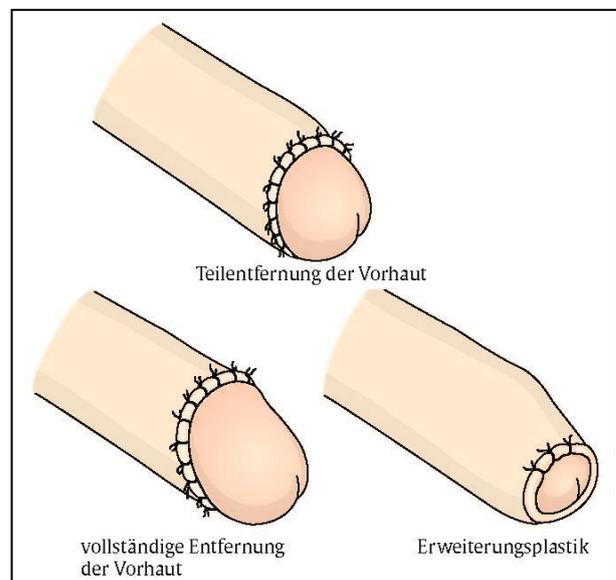


Bild: Arten der Vorhautentfernung (*)

Eine nach ärztlichem Standard durchgeführte Beschneidung unter Berücksichtigung aller notwendigen Bedingungen, wie streng steriles Arbeiten und Einleiten einer Narkose, bleibt eine rein privatärztliche Tätigkeit und wird von den Krankenkassen in diesen Fällen nicht übernommen. Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten einer Zirkumzision nur, sofern diese medizinisch notwendig ist.

Neu entfacht wurde die Debatte um rituelle Beschneidungen in Deutschland 2012, nachdem es bis dahin keine spezielle gesetzliche Regelung für das Beschneiden von Jungen gab. Im August 2012 beschloss der Deutsche Ethikrat daraufhin vier Mindestanforderungen für eine gesetzliche Regelung:

- umfassende Aufklärung und Einwilligung der Sorgeberechtigten
- qualifizierte Schmerzbehandlung
- fachgerechte Durchführung des Eingriffs
- Anerkennung eines entwicklungsabhängigen Vetorechts des betroffenen Jungen

Im Dezember 2012 nahm der Deutsche Bundestag den Gesetzentwurf der Bundesregierung an. Der Bundesrat stimmte zu und das Gesetz trat am 28. Dezember 2012 als § 1631d des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) in Kraft:

Beschneidung des männlichen Kindes

1. Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.

2. In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgesellschaft dazu vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind

Nachsorge

Die Nachsorge übernimmt der Kinderarzt bzw. Urologe mit regelmäßigen Wundkontrollen. Haben Sie darüber hinaus Fragen zur Erkrankung, können Sie sich gerne an uns wenden.

Kontakt: Sekretariat der Urologie, Tel. 0681-963 2568

E-Mail: urologie@klinikum-saarbruecken.de

Hodenhochstand (Kryptorchismus)

Bei allen männlichen Neugeborenen sollten sich die Hoden schon kurz nach der Geburt sicher im Hodensack (Skrotum) nachweisen lassen. Bei einigen (vor allem frühgeborenen) Kindern kann es allerdings einige Wochen oder Monate dauern, bis die Hoden den Hodensack erreicht haben. Das liegt daran, dass die Hoden im Mutterleib zunächst im Bauchraum angelegt werden und erst im Verlauf der Schwangerschaft langsam durch den sogenannten Leistenkanal in den Hodensack wandern. Hier müssen sie bis zum Ende des ersten Lebensjahres auch nachweislich angekommen sein. Sollte das nicht der Fall, so gibt es drei mögliche Situationen:

- Der Hoden ist von außen in der Leiste tastbar. Er lässt sich ohne wesentlichen Widerstand in den Hodensack schieben bzw. ziehen und bleibt dort auch liegen. Dann handelt es sich um einen sog. Pendelhoden (Position a) in Abb. 2), der regelmäßig durch den Kinderarzt und die Eltern kontrolliert werden muss. Eine Behandlung ist nicht notwendig.
- Der Hoden ist von außen in der Leiste tastbar. Er lässt sich aber nur unter Zug in den Hodensack verbringen und rutscht sofort wieder zurück in Richtung Leistenkanal. Dann handelt es sich um einen sogenannten

Gleithoden, der spätestens mit Abschluss des ersten Lebensjahres operativ über einen Schnitt in der Leiste in den Hodensack verlagert werden sollte.

- Ist trotz ausführlicher Untersuchung auf einer oder beiden Seiten kein Hoden tastbar, dann gibt es prinzipiell zwei Gründe: entweder ist der Hoden bereits vor der Geburt unbemerkt zugrunde gegangen oder er ist auf seinem Weg in Richtung Hodensack vor Erreichen des Leistenkanals im Bauch liegen geblieben (Position c) in Abb. 2) oder er kann genau im Leistenkanal zu liegen kommen (Position b) in Abb. 2).

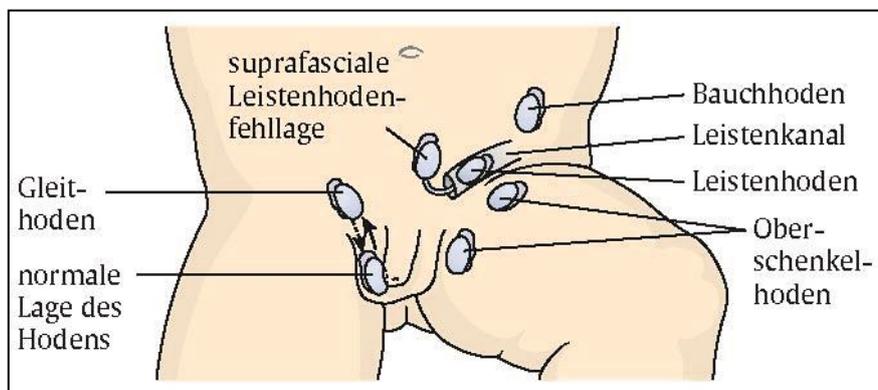


Bild: Verschiedene Positionen des Hodens (*)

Im Falle der zuletzt genannten Situation ist eine operative Behandlung notwendig. Zunächst wird mittels Bauchspiegelung (Laparoskopie) festgestellt, ob auf der entsprechenden Seite überhaupt ein Hoden vorhanden ist. Hierzu bringt der Kinderurologe im Bauchnabel einen kleinen Schnitt an, durch den er ein dünnes Röhrchen

(Trokar) in den Bauchraum führt. Durch den Trokar wird Luft in den Bauchraum geblasen und eine Kamera eingeführt (Bauchspiegelung). Hiermit kann der ganze Bauch durchsucht werden. Wenn sich der entsprechende Hoden noch im Bauchraum befindet, werden ggf. über zwei oder drei 3mm lange Hautschnitte weitere Arbeitskanäle (Trokare) in den Bauch eingebracht und der Hoden von dem ihn umgebenden Gewebe losgelöst. Meist ist es hiernach immer noch nicht möglich, die Hodenverlagerung bis in den Hodensack durchzuführen, weil der Samenleiter beziehungsweise die den Hoden versorgenden Blutgefäße nicht lang genug sind. Um dies zu ermöglichen, wurde eine spezielle Operationstechnik entwickelt (Operation nach Fowler - Stevens). Bei dieser Technik werden die hauptsächlich den Hoden versorgenden Blutgefäße durchtrennt. Man weiß, dass der Hoden danach nicht unbedingt „zugrunde“ geht, sondern sich kleinere Blutgefäße, die entlang des Samenstrangs verlaufen, vergrößern und die Blutversorgung des Hodens übernehmen. Die Idee dahinter ist, dass diese neuen Blutgefäße lang genug sind, damit der Hoden im Rahmen einer weiteren Operation in den Hodensack gezogen werden kann. Dabei besteht allerdings ein etwa 25%iges Risiko, dass der Hoden einschrumpft.

Insgesamt ist beim Hodenhochstand ein möglichst früher Behandlungsbeginn notwendig, da die spätere Funktion des Hodens sehr wahrscheinlich davon abhängt, zu welchem Zeitpunkt er seine endgültige Lage erreicht hat. Hier ist nach heutigem Kenntnissstand das Ende des ersten Lebensjahres anzustreben.

Behandlungsablauf

Dem Operationstag geht ein separater Vorstellungstermin in unserer prästationären Ambulanz voraus. Bei dieser Gelegenheit wird Ihr Kind von Kinderurologen und Kinderärzten untersucht. Wenn eine Operation notwendig ist, erfolgt ein umfangreiches und ausführliches Aufklärungsgespräch über den vorgesehen Eingriff. Das Aufklärungsgespräch mit dem Narkosearzt sollte auch an diesem Tag erfolgen. Zur geplanten Operation kommen Ihr Kind und Begleitung frühmorgens in die Kinderklinik. Von dort wird Ihr Kind dann in den OP-Bereich gebracht, während die Begleitperson im Vorraum des OP-Aufwachraumes warten kann. Nach dem Eingriff verbleibt Ihr Kind zunächst noch im Aufwachbereich, wo Sie jedoch bereits wieder am Bett sitzen können. Nach einer Nacht auf der Kinderstation erfolgt die Entlassung je nach dem Befinden Ihres Kindes.

Besondere Formen des Hodenhochstands (z.B. Bauchhoden) oder Patienten, bei denen bereits Eingriffe an der Leiste oder dem Hoden erfolgt sind, bedürfen ein individuelles Behandlungsschema, das von dem oben geschilderten Verfahren abweichen kann. Den jeweiligen Behandlungsplan stimmen wir in diesen Fällen mit Ihnen und Ihrem Kinderarzt bzw. Urologen ab. Eine Vorbehandlung durch die Gabe von Hormonen empfehlen wir nicht, da die Wirksamkeit dieser teuren und mit Nebenwirkungen belasteten Therapie bisher nicht nachgewiesen werden konnte. Auch das Argument, dass ein operativer Eingriff durch die Hormonbehandlung einfacher durchzuführen sei, lässt sich nicht belegen und wird von uns daher auch nicht unterstützt.

Nachsorge

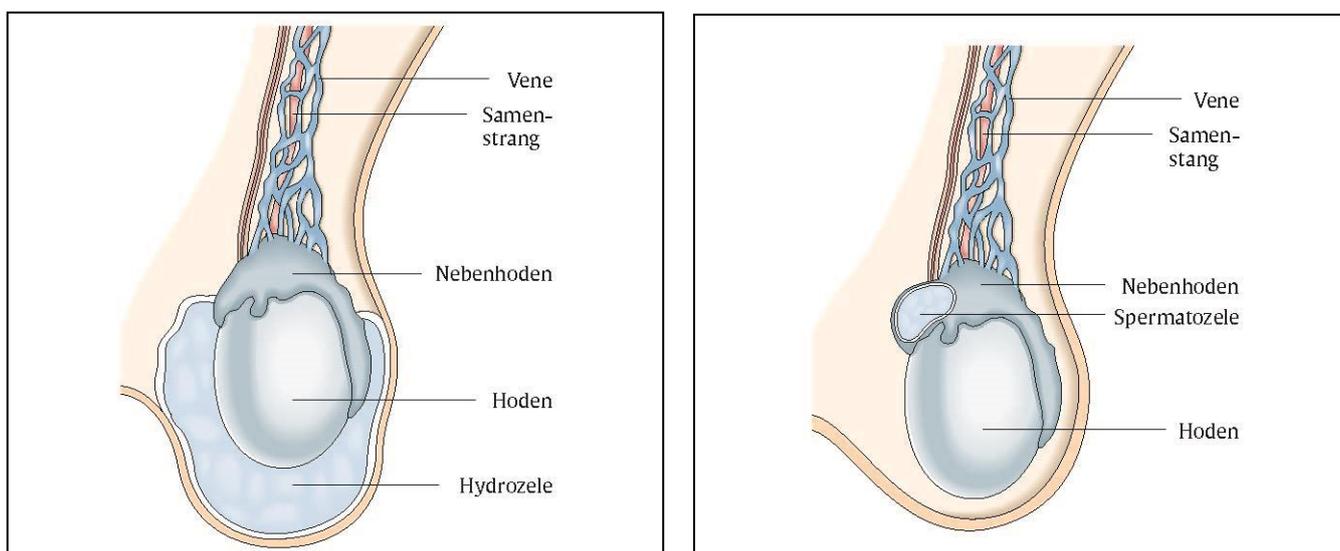
Die Nachsorge übernimmt der Kinderarzt bzw. Urologe mit regelmäßigen Wundkontrollen. Nach ca. 6 Monaten und einmalig vor Eintritt in die Pubertät wäre eine erneute Vorstellung in unserer kinderurologischen Ambulanz zu empfehlen.

Haben Sie darüber hinaus Fragen zur Erkrankung, können Sie sich gerne an uns wenden.

Kontakt: Termine für unsere kinderurologische Sprechstunde erhalten sie unter Tel. 0681-963 2568

Wasserbruch am Hodensack (Hydrozele bzw. Spermatozele)

Bei Kindern entsteht der Leistenbruch durch einen Verbindungskanal, den sogenannten Processus vaginalis. Es handelt sich hier um einen Teil des Bauchfells (Peritoneum), der sich zur Geburt üblicherweise verschließt oder sich im ersten Lebensjahr noch spontan zurückbilden kann. Bleibt dieser Verschluss aus, kann es im Verlauf zum Eindringen von Bauchwasser in den Kanal kommen. Ein solcher Wasserbruch kommt bei jedem 50. Jungen vor. Wir unterscheiden dabei zwischen Flüssigkeitsansammlung im Hodensack (Hydrozele testis) und Flüssigkeitsansammlung in der Leiste (Hydrozele funiculi).



Bilder: Flüssigkeitsansammlungen im Hodensack (*)

Beschwerdebild

Vorwölbungen in der Leiste oder im Hodensack können im Rahmen der Beschwerden auftreten. Weitere Anzeichen sind ein Größenunterschied zwischen rechter und linker Leiste sowie eine wechselnde Größe des Hodensacks.

Nach Abfragen der Vorgeschichte Ihres Kindes erfolgt eine körperliche Untersuchung. Wenn nötig, erfolgt eine Ultraschalluntersuchung zur Klärung der Grunderkrankung.

Behandlung

Die Notwendigkeit zu einer Operation besteht nur bei einer fehlender Rückbildung nach dem 1. Lebensjahr bzw. bei extrem praller Hydrozele (Wasserbruch). Vor dem 1. Lebensjahr besteht auch bei Flüssigkeitsansammlung in der Leiste (Hydrozele funiculi) die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs. In der Operation entfernen wir zunächst die Flüssigkeitsansammlung. Anschließend verschließen wir den Bruch sack, d.h. die Verbindung von der Bauchhöhle zur Leiste mit einem kleinen Schnitt. Wir empfehlen den Eingriff stationär vornehmen zu lassen. Dafür sollten Sie zwei Tage einplanen.

Nachsorge

Die Nachsorge übernimmt der Kinderarzt bzw. Urologe mit regelmäßigen Wundkontrollen. Haben Sie darüber hinaus Fragen zur Erkrankung, können Sie sich gerne an uns wenden.

Krampfaderbildung am Hodensack

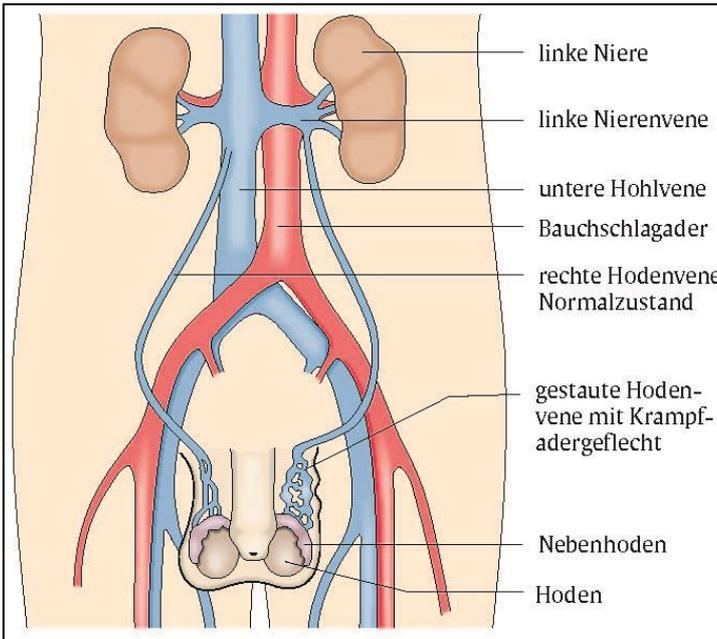


Bild: Varikozele links (*)

Die Varikozele des Mannes ist häufig und meist linksseitig lokalisiert. Diese Erweiterung des Venengeflechts ist gehäuft mit einer verminderten Fruchtbarkeit verbunden, wobei die Gründe hierfür nicht eindeutig geklärt sind. Die Varikozele ist leicht und nicht-invasiv zu diagnostizieren. Je nach Ausprägungsgrad ist die Diagnose mittels körperlicher Untersuchung oder mit einer speziellen Sonographie zu stellen. Behandelt wird die Varikozele mit gefäßverklebenden Maßnahmen oder direkten operativen Gefäßverschlüssen. Die Entscheidung zur Operation ergibt sich bei Schmerz, aus kosmetischen Gründen, sowie bei höhergradigen Varikozelen beim Kind.

Zwar wird über einzelne Fälle berichtet, die nach Varikozelenbehandlung eine verbesserte Spermienqualität aufwiesen, meist ist jedoch die Beseitigung der Varikozele beim Erwachsenen nicht

das probate Mittel zur Behandlung der Unfruchtbarkeit. Die alleinige Beratung kinderloser Paare ist im Hinblick auf die Schwangerschaftsrate ebenso erfolgreich wie die Behandlung der Varikozele. Die Varikozele ist eine krankhafte Erweiterung des Venengeflechtes des Hodens, sowie der Hodenvene.

WHO – Klassifikation der Varikozele

Grad 0	Subklinisch – nur dopplersonographisch nachweisbar
Grad I	Nur unter Valsalvamanöver sicht- oder tastbar
Grad II	Tastbares, aber nicht sichtbar erweitertes Venenkonvolut
Grad III	Durch Skrotalhaut sichtbar

Behandlungsablauf

Es stehen verschiedene Therapieverfahren zur Verfügung. Allen gemeinsam ist das Ziel einer kompletten Unterbrechung des venösen Blutrückstroms. Man unterscheidet zwischen Operation und Sklerosierung der Venen. Die Persistenzraten der Varikozelen liegen nach erfolgtem Eingriff bei bis zu 20 %. Die offenen Operationen als auch die in unserem Haus vorwiegend genutzte Technik des Gefäßverschluss über einer Bauchspiegelung sind sehr effektive Methoden und werden auch bei Wiederholungseingriffen genutzt. Nach der Operation findet sich neben einem Wasserbruch sehr selten der Untergang des Hodens, die gefürchtetste Nebenwirkung der Operationen. Wir empfehlen den Eingriff stationär vornehmen zu lassen. Dafür sollten Sie zwei Tage einplanen.

Nachsorge

Die Nachsorge übernimmt der Kinderarzt bzw. Urologe mit regelmäßigen Wundkontrollen. Haben Sie darüber hinaus Fragen zur Erkrankung, können Sie sich gerne an uns wenden.

Bettnässen (Enureses)

Enuresis bedeutet Bettnässen. Es ist ein nicht seltenes Leiden im Kindesalter, das heute oft noch tabuisiert und deshalb zeitverzögert behandelt wird. Viele betroffene Kinder haben neben dem nächtlichen Bettnässen auch Tagessymptome. Wann spricht man eigentlich vom Bettnässen?

Beim Einnässen im Schlaf in mindestens zwei Nächten pro Monat nach dem 5. Lebensjahr spricht man von einer Enuresis. Man unterscheidet hierbei zwischen monosymptomatischer und nicht monosymptomatischer Enuresis. Kinder mit monosymptomatischer Enuresis nässen ausschließlich nachts ein und sind tagsüber trocken. Ca. 50 % der einnässenden Kinder haben aber auch am Tag Beschwerden. Häufig ist jedoch das Einnässen in der Nacht der Grund zum Arzt zu gehen. Die Beschwerden am Tage sind zum Beispiel Haltemanöver im Kindergarten/ Schule, häufiger Harndrang und/ oder Einnässen geringer Mengen. Zudem unterscheidet man eine primäre als auch eine sekundäre Form, wobei hier ein mindestens sechsmonatiges trockenes Intervall von einer erneuten Phase des Einnässens gefolgt ist. Ungefähr 4/5 der Kinder leiden unter der primären Form.

Da das Leiden nicht selten verschwiegen wird sind Zahlenangaben unzuverlässig, man geht aber davon aus, dass im Alter von 5 Jahren 1/5 der Kinder einnässen und zu Schulbeginn noch 1/10. Der Anteil betroffener Kinder nimmt von Jahr zu Jahr um ca. 15% ab – auch ohne Behandlung, so dass nach der Pubertät noch ein Kind von 100 verbleibt das weiter Beschwerden aufweist.

Siehe: http://www.urologenportal.de/fileadmin/MDB/PDF/Patienteninformation/EiEnuresis_HWI_Broschuere.pdf

Refluxkrankheit (Vesikoureteraler Reflux)

Unter diesem Link finden Sie eine Broschüre zum Thema:

Refluxkrankheit (Vesikoureteraler Reflux:

http://www.urologenportal.de/fileadmin/MDB/PDF/Patienteninformation/Reflux_und_HS_Broschuere.pdf

Bildquellennachweis:

(*) Alle Abbildungen aus den Aufklärungsbögen von Diomed. Erschienen bei Thieme Compliance GmbH, Am Weichselgarten 30, 91058 Erlangen, www.thieme-compliance.de.

Kontakt:

Zuständig für den Bereich Kinderurologie ist Oberarzt Dr. Bahman Shahhosseini.

Termine für die kinderurologische Sprechstunde erhalten Sie im Sekretariat der Urologie unter Tel. 0681 / 963-2568.