

# Kinderurologie

**D**as Schwerpunktthema dieses Heftes der Monatsschrift kommt aus dem Bereich der Kinderurologie. Sowohl kinderchirurgische wie pädiatrische urologische Fragen sollen angesprochen und praxisrelevant dargestellt werden. Es mag Sie als Leser vielleicht erstaunen, dass dieses hauptsächlich „kinderchirurgisch-urologische“ Thema von einem Pädiater, einem Kinderchirurgen und 3 Urologen abgehandelt wird. Es erstaunt mich auch. Vielleicht zeigt es bei dieser Gelegenheit aber auch das Dilemma auf, welches für viele andere Teilgebiete der Pädiatrie ebenso gilt. Wer ist eigentlich für diese oder jene Krankheit zuständig? Wo sind diese Kinder am besten aufgehoben? Stellen wir nicht schon länger als Kinderärzte fest, dass Kinder mit bestimmten Krankheitsgruppen von Fachkollegen untersucht und behandelt werden, die nicht Kinderärzte sind? Asthmakinder werden von Pulmonologen, Diabeteskinder von Diabetologen und Internisten, Epileptiker von Neurologen, allergische Kinder von Allergologen untersucht. Viele andere Beispiele wären hier noch zu nennen. Und natürlich berührt dieses „Dilemma“ ganz unmittelbar das Selbstverständnis von Kinderärzten und Kinderchirurgen. Quo vadis paediatrica?

Ich hoffe, Sie nehmen mir diesen kleinen berufspolitischen Exkurs nicht übel, würde es auf der anderen Seite aber sehr schätzen, wenn Sie aus ihrer Sicht dazu einen Kommentar schicken könnten.

Bei der Diskussion um den vesikoureteralen Reflux sind neben der chirurgischen Standardmethode auch immer wieder endoskopisch-konservative Behandlungsmethoden versucht und angewendet worden. Insbesondere die endoskopische Unterspritzung des refluxiven Ureters hat anfänglich vielversprechende Ergebnisse angedeutet. A. Haferkamp aus Bonn stellt in einer prospektiven Untersuchung von 86 Patienten mit vesikoureteralem Reflux kritisch die Ergebnisse dar und setzt sich mit ihnen im Spiegel der Literatur auseinander. Zwar

sind die Kurzzeitergebnisse vielversprechend, auf lange Sicht dagegen ist diese Methode zur dauerhaften Beseitigung des vesikoureteralen Refluxes nicht geeignet.

Einen Überblick über die häufigsten Ursachen der Harntransportstörungen wird von Hans Georg Dietz aus München gegeben. Neben der Möglichkeit der pränatalen Diagnostik, bei der bereits 95 % der urologischen Fehlbildungen diagnostiziert werden, geht er auf die postnatale Diagnostik und Behandlung des primär obstruktiven Megaureters (POM), der Ureterabgangsstenose, der Doppelniere mit Obstruktion und der Harnröhrenklappen ein. Während bei dem POM die konservative Therapie die Methode der Wahl ist und bei 90 % erfolgreich ist, ist die Domäne bei der Behandlung der Urethralklappen die frühzeitige chirurgische Intervention.

Die Zirkumzision, die bei der unkomplizierten Phimose erst nach dem 3. Lebensjahr durchgeführt wird, wird heute auf Grund der verschiedenartigen ethnischen und religiösen Einflüsse wesentlich früher durchgeführt. Dazu sind Ansprüche der Eltern auf das kosmetische Ergebnis und das Ausmaß der Entfernung der Vorhaut von großer Bedeutung. J. Hoang-Böhm aus Mannheim geht in seinem Artikel auf verschiedenen alternative Methoden der Zirkumzision auf. Vorrangig wird in unseren Breiten von den Eltern eine Korrektur der Phimose verlangt, die das „natürliche“ Aussehen des Penis erhält. Da auch triftige medizinische Gründe fehlen, sich für die eine oder andere Technik zu entscheiden, kann problemlos auf das ästhetische Empfinden der Eltern Rücksicht genommen werden.

H. Sperling und H. Rübgen aus Essen geben einen Überblick über den Standard und die Perspektiven bei der Behandlung des Hodenhochstandes des Kindes. Je nach Erfolgsrate der konservativen LHRH-Therapie, muss dann doch operiert werden. Insbesondere stellt hier der abdo-

minelle Hoden eine hohe Anforderung an das operative Verfahren. Die Autotransplantation nach Fowler-Stephens, bzw. nach Koff und Sethi zeigen eine zufriedenstellende Erfolgsrate mit 84 % bei der erstgenannten Methode.

Eine Mikrohämaturie tritt immerhin bei 2 % aller Kinder auf. Je nach der

Quantität der ausgeschiedenen Erythrozyten, muss eine Abklärung mit unterschiedlichem Aufwand

erfolgen. Die notwendigen Abklärungsschritte werden von U. Vester und P. Hoyer aus Essen im Detail dargestellt. Sie zeigen auf, wann und wieviel untersucht werden muss bei dieser Entität, insbesondere, wann eine Nierenbiopsie indiziert ist, da die Differentialdiagnose ausgesprochen breit ist. Bei dem von beiden vorgeschlagenen Vorgehen, kann die Untersuchung mit relativ einfachen Mitteln zum Erfolg führen. In diesem Zusammenhang weisen sie ausdrücklich darauf hin, dass bei der Diagnostik der Hämaturie das i.v.-Urogramm, CT-Untersuchungen, MRT, MCU und Zystoskopie nur in begründeten Ausnahmen notwendig sind. Im Lichte der heute zu ausgeprägten Reiselust unserer Landsleute weisen die Autoren auf die häufigste Ursache der Hämaturie hin, nämlich auf die Schistosomiasis. Daher ist auch an diese Möglichkeit zu denken.

Kinderurologie ist ein breites Fach. Nur eine kleine Auswahl kommt in diesem Schwerpunktheft zum Tragen. Ich bin aber überzeugt, dass Sie die angesprochenen Themen in ihrer täglich Praxis gut gebrauchen können.

**Die Kinderurologie ist ein breites Fach.**

M. J. Lentze