

F. Schreiter • Urologische Abteilung, Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Harburg

# Harnröhrenchirurgie

**N**achdem in den 70er Jahren die Chirurgie der Harnröhre als offene rekonstruktive Operation durch die fast ausschließlich durchgeführte Urethrotomia interna nahezu verloren ging, waren die 80er und 90er Jahre von einer enthusiastischen Besinnung auf offene operative Verfahren gekennzeichnet, die es nun wieder zu erlernen galt.

Neuere Erkenntnisse über die Pathophysiologie der Harnröhrenstriktur, über die Blutversorgung der Harnröhre und der Penishaut, die Erfahrungen aus der plastisch-rekonstruktiven Chirurgie des freien Gewebstransfers und die Anwendung der vaskularisierten Lappentechnik bereicherten das operative Armentarium. Unter dem Eindruck dieser neueren Erkenntnisse setzte sich auch die Einsicht durch, daß Skrotalhaut wegen ihres Haarwachstums und der enormen Dehnbarkeit, insbesondere im feucht-warmen Milieu, ein denkbar ungünstiges Gewebe für die Harnröhrenrekonstruktion ist und deshalb nicht mehr zur Anwendung kommen sollte.

Obwohl die von Charles Devine und Ch. Horton eingeführte freie Transplantation von Vollhaut ein großer Schritt vorwärts in der rekonstruktiven Harn-

röhrenchirurgie war, waren die Ergebnisse der einzeitigen Patch-graft-Plastik eher enttäuschend. Erst der freie Transfer von Vollhaut (inneres Vorhautblatt) oder Spalthaut in zweizeitiger Anwendung in Form der Meshgraft Urethroplastik führte zu bleibenden und zufriedenstellenden Langzeitergebnissen.

In letzter Zeit ist insbesondere der freie Gewebstransfer von Mundschleimhaut als einzeitige Onlay-patch-Plastik mit großem Enthusiasmus in die Therapie der Harnröhrenstriktur eingeführt worden. Langzeitergebnisse liegen jedoch noch nicht vor und müssen zur endgültigen Beurteilung der Methode abgewartet werden. Ebenso sind die Grenzen dieser Methode noch nicht abschätzbar, und die Indikationen müssen erarbeitet werden. In Deutschland hat Hohenfellner eindrücklich auf die besondere Eignung der Mundschleimhaut für die Harnröhrenrekonstruktion, insbesondere wegen ihrer besonderen immunologischen Eigenschaften, hingewiesen und überzeugende Resultate an einem großen Patientengut nachgewiesen.

Während die Mehrzahl der Harnröhrenstrikturen durch einzeitige Verfahren sicher und mit guten Langzeitergebnissen behandelt werden können, ist die zweiseitige Operation nach wie vor das sicherste und effektivste Verfahren bei komplexen Strikturen, insbesondere dann, wenn nach multiplen frustranen Rekonstruktionsversuchen nicht genü-

gend gesunde haarfreie Haut für die Harnröhrenrekonstruktion zur Verfügung steht. Im narbigen Transplantationsbett dürften auch die einzeitigen freien Patch Plastiken (Vollhaut, Spalthaut, Blasenschleimhaut, Mundschleimhaut) ihre Grenzen finden.

Unter all den modernen Methoden der offenen operativen Harnröhrenchirurgie behalten alternative endourologische Methoden (Stents etc.), die Bougiebehandlungen und auch die Urethrotomia interna weiterhin in ausgewählten Fällen ihre Berechtigung. Bei einer kurzen bulbären Striktur wird man bei Erstbehandlung sicherlich weiter einen Versuch der Sichturethrotomie durchführen. Erst das Rezidiv wird der offenen chirurgischen Behandlung zugeführt. Der Operateur, der sich mit Harnröhrenchirurgie befaßt, muß das gesamte Spektrum der heute zur Verfügung stehenden Möglichkeiten beherrschen und unter Berücksichtigung des therapeutischen Zieles und der Besonderheit jedes einzelnen Falles die Indikation und Differentialindikation der Behandlung berücksichtigen.

---

Prof. Dr. F. Schreiter  
Urologische Abteilung,  
Allgemeines Krankenhaus Hamburg-Harburg,  
Eissendorfer Pferdeweg 52, D-21075 Hamburg