

Die Korrektur der Hypospadie

Checkliste für Eltern

Vorwort

Wir wollen für Eltern einige grundsätzliche Informationen über die Hypospadie anbieten, ohne dies mit medizinischen Fachbegriffen oder Fotodokumentationen zu überfrachten. Bei der Vorstellung der Kinder in unserer Spezialsprechstunde werden wir aber individuell Situationszeichnungen anfertigen und so auch das geplante Vorgehen bildlich darstellen.

Häufigkeit

Die Hypospadie stellt mittlerweile die häufigste angeborene Fehlbildung des Knaben dar. Etwa jeder 250. männliche Neugeborene weist eine Hypospadie auf. Eine gewisse familiäre Häufung besteht zwar, sie ist jedoch eher gering ausgeprägt: 14 % der Brüder eines betroffenen Jungens sind auch „Hypospadiker“.

Ausprägungen

Bei einer Hypospadie reicht die Harnröhre nicht bis zur Spitze der Eichel. Meist zeigt sich die Mündung der Harnröhre weiter unten am Beginn der Eichel. Sie kann aber auch noch weiter unten, am Penisschaft oder in seltenen Fällen am Hodensack, ja sogar noch dahinter, am Damm zu finden sein.

Manchmal besteht zusätzlich eine Verkrümmung des Penisschaftes. Dies kann eine zusätzliche Ablenkung des Harnstrahles bedingen, so dass die betroffenen Kinder später nicht frei und geradeaus nach vorne „pinkeln“ können.

Je nach Lage der Harnröhrenmündung wird die Hypospadie in unterschiedliche Schweregrade eingeteilt. Ein höherer Schweregrad hat eine aufwändigere operative Rekonstruktion und höhere Komplikationsrate zur Folge.

Ursache

Die Ursache dieser Fehlbildung ist noch nicht endgültig geklärt. Es gibt unterschiedliche wissenschaftliche Erklärungsversuche. Letztlich muß im Mutterleib aus einer Platte ein kleines (Harn-)Röhrchen entstehen (Tubularisierung). Dies findet etwa zwischen der zehnten und 16. Schwangerschaftswoche statt. Derzeit ist dieses Grundlagenwissen nicht hilfreich, um die Entstehung einer Hypospadie zu verhindern.

Erstvorstellung in unserer Spezialsprechstunde

Meist werden uns die betroffenen Knaben im Neugeborenenalter erstmals vorgestellt. Diese frühe Vorstellung ist auch sinnvoll. Zum einen, weil die Eltern bezüglich der regelhaft guten Prognose beruhigt werden können. Zum anderen, weil in seltenen Fällen bei zu enger Harnröhrenmündung und gepresstem Harnstrahl vorab ein kleiner Erweiterungseingriff an der Harnröhrenmündung durchgeführt werden sollte.

Von den Eltern wollen wir zu diesem Zeitpunkt wissen, ob der Harnstrahl schon beobachtet werden konnte. Vielleicht stellte er sich besonders dünn und weit reichend dar? Vielleicht war er nur fächerförmig möglich? Uns interessiert auch eine etwaige Verkrümmung des eregierten Penis, die unter Umständen schon beobachtet werden konnte. Andere relevante Punkte betreffen die Ausprägung der hinteren „Vorhautschürze“, der Ansatz des Hodensäckchens, die Position der Hoden und nicht zuletzt die Qualität der Haut an der Vorderseite des Penisschaftes.

Behandlungsziele

Die Ziele der operativen Therapie sind:

1. Normale Position der neuen Harnröhrenmündung an der körperfernen Eichel
2. Aufrichtung eines nach vorn/unten verbogenen Penisschaftes
3. Geradeaus gerichteter, ungeteilter Harnstrahl mit kräftigem Harnabfluß
4. Normale Sexualfunktion
5. Ästhetisch ansprechender Aspekt

Behandlungsplan

Bei der Erstvorstellung wird den Eltern die Ist-Situation ausführlich erklärt und ein Behandlungskonzept erstellt. Die Entscheidung zu einer operativen Korrektur hängt vor allem von der Form und der Richtung des Harnstrahls ab. Mit Hilfe von Skizzen wird die gewählte Operationstechnik den Eltern bildlich vor Augen geführt. Die Qualität der Haut am Penisschaft muß möglicherweise noch vor der geplanten Operation durch eine Hormonsalbenbehandlung verbessert werden. Abhängig von der Fehlposition der Harnröhrenmündung kommen verschiedene und unterschiedlich aufwändige Operationsverfahren und Modifikationen zur Anwendung. Im Rahmen dieser einfachen Checkliste kann nicht auf alle Techniken im Einzelnen eingegangen werden.

Wir sehen den geeignetsten Zeitpunkt zwischen der sechsten Lebenswoche und dem vollendeten ersten Lebensjahr. Wichtiger als der Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes sind jedoch die Umstände, unter denen die Behandlung erlebt wird. Die kindgerechte Umgebung eines Kinderkrankenhauses kann diese Forderung am ehesten erfüllen. Dazu gehört, dass Ängste und Schmerzen dem Kind soweit wie möglich genommen werden. Die Möglichkeit des elterlichen Rooming-in während der gesamten Dauer des stationären Aufenthaltes und entsprechend ausgebildetes und freundliches Pflegepersonal sind zwingende Voraussetzungen.

Prognose

Die klassischen Hypospadienformen kommen in über 90 % mit einer einzigen Operation aus. Die Operation ist nicht ohne Anspruch. Aufgrund des zarten Gewebes muß sie sehr sorgfältig, unter mikrochirurgischen Kautelen und bei Harnleiterneuaufbauten mehrschichtig durchgeführt werden. Entscheidend ist neben der richtigen Indikation und dem adäquaten Operationsverfahren die persönliche Erfahrung des behandelnden Arztes. Letztlich ist aber auch eine akkurate Weiterbetreuung auf der Station bis zum Abschluß der Wundheilung von großer Bedeutung. Hier sollte durch verschiedene Maßnahmen wie Harnableitung über Katheter und Bettruhe gewährleistet werden, dass die Wundheilung nicht gestört wird. Aber auch das beste Behandlungsregime kann die Gefahr einer Wundheilungsstörung nicht vollständig beseitigen. In seltenen

Fällen ist die Ausbildung einer kleinen Fistel möglich. Meist tröpfelt dann zusätzlich etwas Urin aus einem ehemaligen Fadenkanal.

Da wir wissen, dass gerade Jugendliche unter einem sichtbar deformierten Penis leiden, wird neben der normalen Funktionalität des Penis eine ansprechende Ästhetik gefordert. Diese Zielsetzungen können heute bei entsprechender Erfahrung bei nahezu allen Patienten erreicht werden, wenn auch nicht immer schon durch die erste Operation. Man kann heute davon ausgehen, dass sowohl die soziokulturelle wie auch die sexuelle Entwicklung dieser Buben nach erfolgter Korrektur ungestört verläuft.