

Kinder- und Jugendurologie

Interdisziplinarität als Herausforderung

Nabil Atassi

Gemäß dem Motto „Urologie umfasst mehr“ widmete sich der diesjährige DGU-Kongress verstärkt Themen, die in der Regel nicht im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Viel Raum erhielt dabei die Kinder- und Jugendurologie. In einer Forumssitzung beschäftigten sich die Referenten mit den neuen Herausforderungen des Fachbereichs und den interdisziplinären Kooperationsmöglichkeiten. Im Mittelpunkt der Diskussion stand die Entwicklung der kinderurologischen Fachabteilungen, um den hohen Qualitätsstandards auch in der Kinder- und Jugendurologie gerecht zu werden.

In der Forumssitzung „Kinder- und Jugendurologie als Herausforderung“ stellte Dr. Reinhold Schaefer aus Bonn ein Pilotprojekt der Uro-GmbH Nordrhein vor. Es handelt sich um eine interdisziplinäre Kooperation von Urologen und Pädiatern zur Versorgung der kindlichen Inkontinenz. Ziel ist die Erhöhung der Qualitätsstandards in der Kinder- und Jugendurologie. Dabei sollen Diagnostik und Therapie der kindlichen Inkontinenz vereinheitlicht werden.

Standardisierung der Therapie bei kindlicher Inkontinenz

Das Projekt startete in den Testregionen Wuppertal und Mönchengladbach. Diagnostik und Therapie der kindlichen Inkontinenz werden standardisiert erfasst und ausgewertet. Voraussetzung zur Teilnahme ist eine Einführungsschulung. Eine erste Evaluierung erfolgte nach Einschluss von 30 Patienten mit „vielversprechendem Ergebnis“, so Schaefer. Prof. Susanne Krege, Chefarztin am Klinikum Essen-Mitte, lobte den Nutzen des Projekts, „einer Übertherapie der kindlichen Inkontinenz in Zukunft vorzubeugen“. Dr. Daniela Marschall-Kehrel aus Frankfurt am Main kündigte für Anfang 2016 eine neue S2-Leitlinie zur kindlichen Inkontinenz an.

Prof. Raimund Stein, Leiter des Zentrums für Kinder- und Jugendurologie an der Universitätsmedizin Mannheim, beschäftigte sich mit vesiko-uretera-

lem Reflux und der Dilatation des oberen Harntrakts bei Kindern und Jugendlichen. Dabei stellte er heraus, dass ganz unterschiedliche Faktoren bei der Entstehung des vesiko-ureteralen Reflux eine Rolle spielen wie die Konfiguration des Trigonums, die Länge des intramuralen Harnleiteranteils und die Innervation des Areal.

Die Therapieentscheidung bei vesiko-ureteralem Reflux bleibt komplex

Ebenso komplex bleibt die Therapieentscheidung: Diese hängt nicht nur von der Nierenfunktion und der anatomischen Konfiguration der ableitenden Harnwege, sondern auch vom Alter der Patienten und der Compliance der Eltern und Kinder ab. Die Rivur-Studie aus dem Jahr 2014, publiziert im *New England Journal of Medicine*, zeigt einen klaren Vorteil der antibiotischen Prophylaxe beim kindlichen Reflux ohne erhöhtes Risiko einer Vernarbung des Nierenparenchyms. Die Leitlinien geben ein risikoadaptiertes Therapievorgehen vor. „Gemeinsames Ziel“, so Stein, „ist die Vermeidung von Nierenparenchymschäden.“

Weiterhin beschrieb Stein die wichtigsten Punkte der Diagnostik einer intrinsischen subpelvinen Stenose bei klinischer Dilatation des oberen Harntraktes. „Neben der sonografischen Messung der Nierengröße und der intrarenalen Beckenweite kann eine seitengetrennte MAG3-Clea-

rance Aufschluss geben. Diese kann ab der sechsten Lebenswoche durchgeführt werden.“ Zusammenfassend könne eine konservative Therapie nach Steins Ansicht immer bei guter Nierenfunktion, fehlender klinischer Symptomatik und gutem Abfluss in der MAG3-Szintigrafie angestrebt werden. „Letztlich geht es um eine individuelle Entscheidung, die interdisziplinär getroffen werden sollte“, riet der Kinderurologe.

Defizite bei der Behandlung des Maldezensus testis

Dr. Stefan Wirth, Pädiater aus Wuppertal, stellte die Herausforderungen bei Diagnostik und Therapie des Maldezensus testis aus pädiatrischer Sicht dar. Die aktuelle DGKJ-Leitlinie von 2009 formuliert ein klares Ziel: Die Therapie des Maldezensus testis sollte vor dem Ende des ersten Lebensjahres abgeschlossen sein.

Eine retrospektive Analyse von 3.507 Patienten an insgesamt 14 Kliniken sollte die Umsetzung dieser Leitlinie überprüfen und kam zu folgendem Ergebnis: Nur 5 % der Orchidopexien werden leitliniengerecht und damit vor Abschluss des ersten Lebensjahres durchgeführt. Signifikant höher ist die Zahl der leitliniengerechten Therapien an Kliniken mit kinderchirurgischer Fachabteilung. Wichtigster Faktor war dabei die Einweisung des Pädiaters. „Etwa 45 % der Kinder- und Jugendärzte waren sich des verzögerten OP-Managements nicht bewusst“, betonte Wirth. Seiner Meinung nach wird dieses Thema letztlich noch zu leichtfertig gehandhabt und so plädierte Wirth für eine Ausweitung der interdisziplinären Kooperation von Pädiatern und Urologen.

Junge Patienten mit unklarer geschlechtlicher Entwicklung

Prof. Ute Thyen, Kinder und Jugendmedizinerin aus Lübeck, sprach über sexuelle Determinierung bei Kindern und Jugendlichen, die mit einem „unklaren Geschlechtsteil“ geboren wer-

den. Hierbei stellte sie heraus, dass eine frühe pränatale Androgenexposition zu „männlichen“ Verhaltensmustern auch bei Mädchen führt.

In einer Studie wird die Lebensqualität von Kindern mit DSD (disorder of sex development) analysiert. Hierbei zeigten sich bei 166 untersuchten Kindern im Alter von vier bis zwölf Jahren unter anderem signifikante Unterschiede im Bereich des Selbstwertgefühls sowie des Wohlbefindens im sozialen Umfeld. Allerdings war dabei keine signifikante Beeinträchtigung des seelischen Wohlbefindens festzustellen. DSD-Expertin Prof. Susanne Krege riet den anwesenden Urologen dazu, die einschlägigen Webseiten zur Information (www.dsd-life.eu; www.netzwerk-dsd.uk-sh.de) zu nutzen. Für den Umgang mit jungen Patienten im Allgemeinen und mit Patienten mit unklarer geschlechtlicher Entwicklung im Speziellen sei die enge interdisziplinäre Kooperation entscheidend.

Adipositasrisiko durch antimikrobielle Therapie im ersten Lebensjahr

Dr. Iris Rübben, Sektionsleiterin der Kinder- und Jugendurologie am Universitätsklinikum in Essen, berichtete abschließend über alltagsrelevante wissenschaftliche Neuerungen in der Kinderurologie. Zwei aktuelle Studien aus Finnland und Kanada (1, 2) zeigten, dass eine antimikrobielle Therapie im ersten Lebensjahr zu einem fünffach erhöhten Adipositasrisiko bei Kindern führt. „Ein entscheidender Faktor hierfür ist die Modifikation der Darmflora durch eine antimikrobielle Therapie“, so Rübben.

Bei der Epididymitis im Kindesalter zeigten zwei retrospektive Analysen an 140 und 252 Patienten, dass rund 90 % der Patienten eine antibiotische Therapie erhielten, wohingegen nur etwa 15 % der Erkrankungen eine bakterielle Ursache hatten. „Ein Antibiotikum sollte deshalb nur bei positiver Urinkultur testgerecht gegeben werden“, betonte Rübben. „Die Therapie besteht

in erster Linie aus Ruhe, Kühlung, Antiphlogistika und Analgetika.“

Für die monosymptomatische Enuresis nocturna wurden ebenfalls zwei aktuelle Studien vorgestellt. Diese Untersuchungen zeigten, dass die Wirkung von Desmopressin bei einer niedrigen Anzahl nasser Nächte pro Woche im Teenageralter deutlich ist. „Für alle anderen Patientengruppen steht die apparative Verhaltenstherapie im Vordergrund“, so Rübben. Eine aktuelle Studie (3) bestätigte den Trend zur Zentrenbildung und zeige, dass rund 90 % der kinderurologischen Eingriffe an Zentren durchgeführt

werden und Komplikationen dort im Vergleich seltener sind.

Literatur

1. International Journal of Obesity, 38 (2014), 1290–1298.
2. Pediatrics, 135 (2015):617–626.
3. Journal of Urology, 194 (2015):506–511.



Autor

Dr. med.
Nabil Atassi

Facharzt für Urologie
Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum
Urologie City-West, Berlin
nabil.atassi@vivantes.de

Anzeige

concile® 
innovation meets diagnostics

EINER FÜR ALLE

Das Messgerät concile® Ω100 für Ihr Privatlabor

JETZT SELBST MESSEN.
INTERESSIERT?



ALLE FÜR EINEN

Quantitative Schnelltests für viele Indikationen

PSA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3,
CEA, AFP, UBC® Rapid (Blasen-Ca)

β-HCG, FSH, LH

cTnI, h-FABP, D-Dimer, sPLA2-IIA

CRP, Neopterin

concile® POC 

concile GmbH

Kronenmattenstr. 6 D-79100 Freiburg i. Brsg. T 0761.15 1474-0 info@concile.de www.concile.de