

Journal für  
**Urologie** und **Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Frenulotomie und radikale**

**Zirkumzision**

Diehl KF

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2008; 15 (Sonderheft*

*5) (Ausgabe für Österreich), 24-25*

Homepage:

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

# Frenulotomie und radikale Zirkumzision

K. F. Diehl

Die Zirkumzision – ein Eingriff, entstanden vermutlich im alten Ägypten in einer Zeit, als Medizin und Religion noch eins waren. Von Herodot im 5. Jahrhundert vor Christus wurde sie den Einwohnern von Kolchis, Ägypten und Äthiopien zugeschrieben, von wo sie sich weiter verbreiten konnte.

Auch wenn der genaue Ursprung und die ersten verwendeten Techniken im Dunkeln liegen, so war damals wie heute der Zweck des Eingriffs teils religiös, teils medizinisch. Man schrieb ihr schon in alten Mythen vielerlei gesundheitsfördernde Wirkungen zu. Einer der Könige von Atlantis soll seiner ganzen Armee die Zirkumzision angeordnet haben, um sie vor einer bedrohlichen Seuche zu schützen, und von ihren Göttern nahmen die Ägypter an, durch die Zirkumzision allwissend geworden zu sein.

In der heutigen urologischen Praxis sind Indikationsstellung und Erwartungshaltung an die Zirkumzision naturgemäß ein wenig anders, auch wenn noch immer nicht alles rund um die Vorhautbeschneidung ganz rational abläuft.

In 20 Jahren Urologie und nach geschätzten 2000 Zirkumzisionen kommt einem natürlich vieles unter, und aus diesen Erfahrungswerten zu berichten, ist Ziel der Präsentation mit besonderer Berücksichtigung der radikalen Zirkumzision und der Frenulotomie. Das bedeutet nicht, dass der Autor selbst nicht auch auf Wunsch partielle Vorhautbeschneidungen durchführt. Diese sind jedoch Thema eines eigenen Vortrags.

Die Zirkumzision erfolgt entweder in Allgemeinnarkose oder in Lokalanästhesie mit 0,5%igem Mepinaest® o. Ä. Die Entscheidung über das Anästhesieverfahren ist in erster Linie altersabhängig. Etwa ab dem 16. Lebensjahr ist eine alleinige Peniswurzelblockade normalerweise völlig unproblematisch, bei kleineren Kindern wird diese zur Unterstützung der Allgemeinanästhesie routinemäßig zusätzlich angewendet. Dies ermöglicht dem Kind eine ungestörte erste postoperative Phase.

Als Indikationen gelten:

- Phimose
- Chronische oder rezidivierende Balanoposthitis jeder Art
- Dysplasien und Tumoren am Präputium inkl. Condylomata acuminata
- Zustand nach Paraphimose
- Rezidivierende Harnwegsinfekte beim Buben
- Patientenwunsch

Typischerweise werden nach Lösung eventueller präputialer Konglutinationen mittels Knopfsonde Glans und Präputium nochmals gereinigt und dann das äußere Vorhautblatt zirkulär inzidiert. Anschließend erfolgt dessen Abschiebung nach proximal und danach die Längsinzision und wiederum zirkuläre Absetzung des inneren Präputialblatts. Bei absolut nicht retraktiver Vorhaut wird die Konglutinolyse etwas später (meist im Rahmen der Längsinzision) durchgeführt. Der Beginn des Längsschnitts muss aber dann recht vorsichtig erfolgen, um die Glans nicht zu verletzen.

Nach sorgfältiger Blutstillung mittels bipolarer Koagulationspinzette wird die verbleibende Manschette des inneren Präputialblatts mit dem äußeren durch resorbierbare atraumatische Einzelknopfnähte der Stärke 4/0 bis 5/0 adaptiert. Ein Verband ist nicht zwingend erforderlich. Wird der Eingriff im Krankenhaus durchgeführt, erfolgt die Entlassung wenige Stunden später. Die Glockenmethode wird vom Autor nicht verwendet.

Die in der Literatur angegebene Komplikationsrate von 0,5–6 % erscheint verhältnismäßig hoch. Aus eigener Erfahrung sind bei allen selbst durchgeführten Eingriffen weniger als zehn Revisionen wegen einer allerdings niemals bedrohlichen Nachblutung und zwei Nachresektionen bei Zustand nach partieller Zirkumzision bekannt. Diese waren beide zunächst funktionell und kosmetisch ideal, haben sich aber sekundär wieder narbig verengt. Bei Ersteren wurden stets einige Hautnähte eröffnet, das Hämatom entleert und die Blutung

gestillt. Bei Zweiteren brachte eine sekundäre radikale Zirkumzision ein optimales Ergebnis.

Manchmal auftretende relative Engen (postoperative Schwellung) nach subtotaler Zirkumzision sprechen jedoch gut auf Lokalthherapie mit Contractubex®-Salbe an, weshalb die Indikation zu einer sekundären radikalen Beschneidung nicht übereilt gestellt werden sollte.

Als Kontraindikation für die Zirkumzision gilt vor allem die Hypospadie (Materialerhaltung!) und auch in eine akute Balanoposthitis sollte, wenn möglich, nicht hineingeschnitten werden, wengleich dem Autor keine einzige *per secundam* geheilte Zirkumzision innerlich ist.

Hinsichtlich der Hypospadie muss allerdings eingeschränkt werden, dass beim jungen Erwachsenen, wo eine minimale nicht korrekturbedürftige hypospade Konfiguration besteht, jedoch die typische dorsale Vorhautschürze kosmetisch stört, diese Kontraindikation unter sorgfältiger Aufklärung aller Beteiligten etwas zu relativieren scheint.

Die Frenulotomie wird vom Autor erst ab dem Adoleszentenalter und dann grundsätzlich in Lokalanästhesie durchgeführt (solange keine Allergie bekannt ist).

Vor dem Einsetzen sexueller Aktivität ist dieser Eingriff alleine durchgeführt kaum zu rechtfertigen. Lediglich bei einer partiellen Zirkumzision, die das Frenulum zunächst unberührt lassen würde, kann man dieses, falls verkürzt, auch bei einem kleinen Buben gleich mitkorrigieren. Eine Narkose allein für eine Frenulotomie scheint aber doch etwas fragwürdig und die Lösung von Konglutinationen kann auch bei kleineren Buben ab dem dritten Lebensjahr problemlos unter Oberflächenanästhesie mit Emla®-Creme durchgeführt werden (cave: Einwirkzeit beachten!)

Die Durchführung der Frenulotomie erfolgt in folgender Weise: Untersprit-

---

zung des verkürzten Bändchens mit Mepinaest® o. Ä. – eine vollständige Peniswurzelblockade ist hier nicht erforderlich. Sodann erfolgt die Inzision des Frenulums mittels Scherenschlags. Die Wunde wird längs gespreizt und erhält dadurch Rautenform. Anschließend erfolgt die Längsadaptation der Wundränder mit resorbierbaren Einzelknopfnähten nach eventuell erforderlicher Blutstillung. Ein Verband ist unnötig,

da sich das Präputium ohnehin über die Wunde legt. Komplikationen sind dem Autor keine bekannt.

Insgesamt sind beide Eingriffe als äußerst komplikationsarm und effektiv zu werten. Aus Sicht des Autors ist auf Wunsch des Patienten oder seiner Erziehungsberechtigten auch eine vorhauterhaltende „sparsame“ Zirkumzision sinnvoll. Die Anwendung weiterer

Operationstechniken wie der Vorhauterweiterungsplastik, Dorsalinzision und dergleichen erscheint kaum jemals erforderlich.

**Korrespondenzadresse:**

*Dr. Karl F. Diehl*

*Facharzt für Urologie und Andrologie*

*A-3430 Tulln, Staatsdorfer Straße 15*

*E-Mail: mandoc@mandoc.net*

ANTWORTFAX

# JOURNAL FÜR UROLOGIE UND UROGYNÄKOLOGIE

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement  
(mindestens 4 Ausgaben) zum  
Preis von € 36,- (Stand 1.1.2010)  
(im Ausland zzgl. Versandkosten)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

## Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,  
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

---

**Bücher & CDs**  
**Homepage: [www.kup.at/buch\\_cd.htm](http://www.kup.at/buch_cd.htm)**

---