

Journal für
Urologie und Urogynäkologie

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

Kinderurologie

Oswald J

Journal für Urologie und

Urogynäkologie 2007; 14 (Sonderheft

6) (Ausgabe für Österreich), 19-20

Homepage:

www.kup.at/urologie

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

Indexed in Scopus

Member of the



www.kup.at/urologie

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

P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Sowohl die ganztägigen Sitzungen des Arbeitskreises für Kinderurologie als auch die vielen kinderurologischen Artikel (peer-reviewed und nicht peer-reviewed) beschäftigten sich mit den Zielen eines modernen kinderurologischen Managements: Dazu zählen primär die exakte, minimal belastende Diagnose, eine effiziente Aufklärung, welche Eltern als Partner und nicht als zu Belehrende sieht, wie auch individualisierte, minimal invasive Therapiekonzepte. Zusammengefaßt kann dieses Konzept zu einer Minimierung der diagnostischen und therapeutischen „Morbidität“ führen („minimizing diagnostic and treatment burden“).

Als einfaches Beispiel kann die Leitliniendiskussion beim einseitigen, nicht palpablen Kryptorchidismus angeführt werden: Erst in den letzten Jahren wird der kompensatorischen kontralateralen Hypertrophie des Hodens mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Zum einen kann mit einem hochauflösenden Ultraschall die Hypertrophie evaluiert werden, zum anderen kann auch die kontralaterale Leiste in den Händen des erfahrenen Untersuchers sonographisch dargestellt werden. Sogenannte intermittierende Bauchhoden („peeping testis“) sind damit evaluierbar und evt. auch primär inguinal operabel. Bei einer eindeutigen Hypertrophie kann mit einem Vorhersagewert von über 90 % die Leiste evaluiert und ein sogenannter „nubbin“ entfernt werden, eine primäre diagnostische Laparoskopie ist damit nicht mehr nötig. In den nächsten Jahren wird sich, bei zunehmender Infragestellung des potentiellen Entartungsrisikos dieser Reste, zeigen, ob diese inguinale Exploration bis zum Zeitpunkt einer evt. peripubertären Hodenprothesenimplantation aufgeschoben werden kann [1, 2]. Unbestritten bleibt der Zeitpunkt (um den 12. Lebensmonat) einer primären Orchidopexie bei einem Leistenhoden, nicht nur im Hinblick auf eine evt. spätere Fertilitätsproblematik, sondern auch

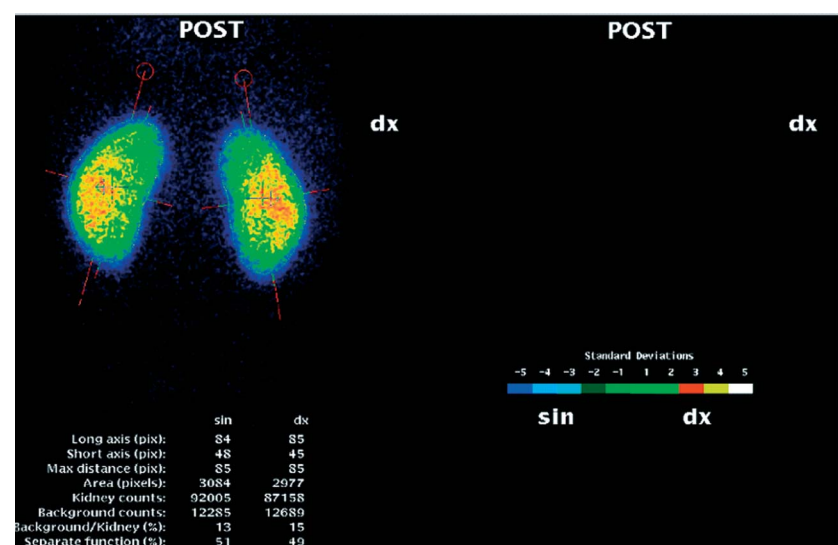
im Hinblick auf eine potentielle Entartung [3].

Ein weiteres Beispiel für die Entwicklung komplexer individualisierter Therapieentscheidungen in der Kinderurologie ist der vesikoureterale Reflux. War es bislang so, daß eine primär (kongenitale) und/oder sekundär geschädigte Niere (Refluxnephropathie) einer aggressiveren Therapiestrategie z. B. in Form einer Antirefluxplastik unterzogen wurde, scheint es jetzt so zu sein, daß eine vorgeschädigte Niere – minimal invasiv therapiert und ohne Refluxrezidiv – keinem höheren Risiko einer weiteren Schädigung ausgesetzt ist [4]. Rezidivanalysen nach endoskopischer Therapie eines vesikoureteralen Refluxes ergaben weiters, daß auch primär assoziierte funktionelle Pathologien (z. B. „dysfunctional voiding“) keinen Einfluß auf den Erfolg oder Mißerfolg dieser Therapie zeigen [5]. Andererseits ist jedoch auch bekannt, daß eine Blasen-

funktionsstörung sehr wohl einen Risikofaktor zur Entwicklung chronischer Zystitiden darstellt und daher auch therapiert werden muß. Wenn man von minimal invasiver Therapie des kindlichen vesikoureteralen Refluxes spricht, muß man hiervon den von wenigen pädiatrischen Zentren propagierten therapeutischen Nihilismus einer „Nulltherapie“ scharf abgrenzen. Sowohl eine Antibiotikaprophylaxe, eine Nachsorge als auch eine minimal invasive Therapie abzulehnen, bedeutet für ein betroffenes Kind ein hohes Risiko, an einer irreversiblen Nierenschädigung zu erkranken. Gerade von pädiatrisch-nephrologischer Seite wurde gezeigt, daß es weder eine „Maturation“ einer refluxgeschädigten Niere noch eine alterskorrelierte Risikoverminderung eines nicht therapierten Refluxes gibt [6, 7] (Abb. 1).

Diese fehlende „Maturation“ kann auch an operierten ureterovesikalen

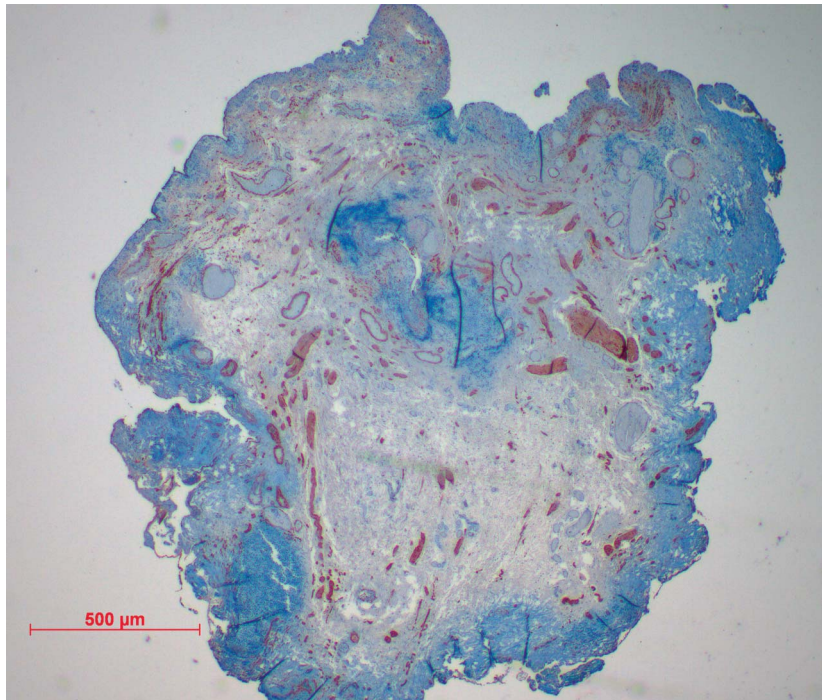
Abbildung 1: Ausgeprägte Poldefekte bei einem 6jährigen Mädchen nach Absetzen der Langzeitprophylaxe im 4. Lebensjahr (ohne weitere MCUG-Kontrolle) bei primär unauffälligem DMSA-Scan (Erstdiagnose mit 2 Jahren, VRR II bds.)



Übergängen gefunden werden, hier findet sich ein intensiver extrazellulärer Umbau, eine Restitutio ad integrum ist nicht möglich, als Ausdruck dessen auch keine Korrelation zum klinischen, radiologisch darstellbaren Refluxgrad [8] (Abb. 2).

Diese Beispiele sollten dazu dienen, unser Bemühen um eine Verminderung der diagnostischen wie therapeutischen Belastungen des Kindes („minimal invasiv“) nicht mit einem diagnostischen und therapeutischen Nihilismus zu verwechseln.

Abbildung 2: 3-jähriger Knabe mit klinischem Grad-III-Reflux, jedoch fast komplett fehlender Ureteralmuskulatur und massivem Umbau der extrazellulären Matrix



Literatur:

1. Mesrobian HG, Chassignac JM, Laud PW. The presence or absence of an impalpable testis can be predicted from clinical observations alone. *BJU Int* 2002; 90: 97–9.
2. Huff DS, Snyder HM 3rd, Hadziselimovic F, Blyth B, Duckett JW. An absent testis is associated with contralateral testicular hypertrophy. *J Urol* 1992; 148: 627–8.
3. Walsh TJ, Dall'Era MA, Croughan MS, Carroll PR, Turek PJ. Prepubertal orchiopexy for cryptorchidism may be associated with lower risk of testicular cancer. *J Urol* 2007; 178: 1440–6.
4. Läckgren G, Wahlin N, Sköldenberg E, Nevéus T, Stenberg A. Endoscopic treatment of vesicoureteral reflux with dextranomer/hyaluronic acid copolymer is effective in either double ureters or a small kidney. *J Urol* 2003; 170: 1551–5.
5. Läckgren G, Sköldenberg E, Stenberg A. Endoscopic treatment with stabilized nonanimal hyaluronic acid/dextranomer gel is effective in vesicoureteral reflux associated with bladder dysfunction. *J Urol* 2007; 177: 1124–8.
6. Coulthard MG. Do kidneys outgrow the risk of reflux nephropathy? *Pediatr Nephrol* 2002; 17: 477–80.
7. Coulthard MG, Keir MJ. Reflux nephropathy in kidney transplants, demonstrated by dimeratosuccinic acid scanning. *Transplantation* 2006; 82: 205–10.
8. Oswald J, Brenner E, Schwentner C, Deibl M, Bartsch G, Fritsch H, Radmayr C. The intravesical ureter in children with vesicoureteral reflux: a morphological and immunohistochemical characterization. *J Urol* 2003; 170: 2423–7.

Korrespondenzadresse:

Univ.-Doz. Dr. Josef Oswald, FEAPU
Arbeitskreisvorsitzender des AK
für Kinderurologie der ÖGU
Department for Paediatric Urology
Medizinuniversität Innsbruck
A-6020 Innsbruck, Anichstraße 35
E-Mail: josef.oswald@uki.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)