

# Medical Tribune, 2018

Autor: Dr. Dorothea Ranft

[Mit heiler Vorhaut davonkommen: Zirkumzision bei Phimose nur wenn Steroidsalbe erfolglos \(medical-tribune.de\)](http://medical-tribune.de)



Zur Prophylaxe von sexuell übertragbaren Krankheiten eignet sich die Zirkumzision nicht. © wikimedia/Ms.schreiber (CC BY-SA 3.0)

**Schneiden oder nicht schneiden? Bei einem Patienten mit Phimose oder Paraphimose fällt die Antwort nicht immer leicht. Eine kürzlich publizierte Leitlinie erläutert die aktuelle Therapie und erklärt, wann Salben und Abwarten ausreichen.**

Von einer **Phimose** spricht man, wenn die atraumatische Retraktion der Vorhaut über die Eichel unmöglich ist. Sie ist zunächst nicht pathologisch, denn zum Zeitpunkt der Geburt sind bei 96 % der Jungen Präputium und Glans fest miteinander verbunden. Selbst im Alter von 13 Jahren weisen noch etwa 8 % eine entwicklungsbedingte Vorhautverengung auf. **Behandlungsbedürftig** wird die Phimose erst dann, wenn sekundäre Störungen wie rezidivierende Balanoposthitiden oder Symptome mit Krankheitswert auftreten, heißt es in der unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie erstellten Leitlinie.

**Wegen psychischer Folgen die Mutter vom Penis fernhalten**

Hat sich die kongenitale Präputialänge nur unvollständig zurückbildet, liegt eine **primäre** Phimose vor, unter einer **sekundären** versteht man eine narbige Fixierung der Engstelle, beispielsweise infolge von traumatischen Retraktionsversuchen oder Entzündungen wie dem Lichen sclerosus et atrophicus. Letzterer befällt etwa 0,3–0,6 % aller Jungen und führt zu weißlich-derben Veränderungen der Vorhaut, die auf Glans und Urethra übergreifen können.

Die **Diagnostik** stützt sich im Wesentlichen auf **Anamnese** und **klinische Untersuchung**. Dabei sollte man gezielt nach Vorerkrankungen, etwa Harntransportstörungen, Harnwegsinfekten und lokalen Entzündungen (z.B. Balanoposthitis) fragen. Auch klinische Symptome wie Schmerzen, veränderte Richtung des Harnstrahls, störende Ballonierung im Zuge der Miktion und einer Paraphimose sind zu eruieren.

Während der Untersuchung gilt es, zwischen einem narbigen Schnürring und einem narbenfreien, aber engen Präputium zu differenzieren, da davon das therapeutische Prozedere abhängt.

Die pathologische Verengung sollte man nur behandeln, wenn der Patient unter **Beschwerden** leidet oder diese unmittelbar erwartet werden (Miktion, Kohabitation) bzw. eine **Paraphimose** vorliegt (s. Kasten). Im Säuglingsalter gibt es keine medizinische Therapieindikation, es sei denn, es liegen begleitende Uropathologien, z.B. rezidivierende Harnwegsinfekte oder höhergradige angeborene Anomalien, vor. Vorhautverklebungen und Smegmaretentionszysten kann man belassen, vorausgesetzt, die Patienten haben keine Beschwerden.

### Phimose oder Paraphimose?

Eine Paraphimose entsteht, wenn ein Junge die verengte Vorhaut nach dem Zurückziehen nicht wieder reponiert. Dadurch kommt es zu einer Minderperfusion des distalen Vorhautblattes und zum gestörten Lymphabfluss. Die zunehmende Schwellung des Präputiums verhindert schließlich eine problemlose Reposition. Dauert der Zustand länger an, drohen schwere Komplikationen bis hin zur Glansnekrose. Die Korrektur erfolgt in Narkose durch Auspressen des Ödems mittels umschließendem Fingerdruck und vorsichtigem Zurückschieben der Glans durch den engen Vorhautring. Alternativ können Kollegen eine schmerzfreie Variante mit einer in Kochsalzlösung getränkten Kompresse erzielen (nach manuellem Auspressen des Ödems). Eine dorsale Inzision des Präputiums ist nur selten erforderlich, aufgrund starker Vernarbung rückt die Zirkumzision später wieder in den Fokus.

Bevor eine Zirkumzision erwogen wird, empfiehlt sich ein **konservativer Therapieversuch**. Die Experten raten, die Vorhaut mit einer steroidhaltigen Creme oder Salbe zu behandeln (z.B. Betamethason 0,1 %, Mometasonfuroat 0,1 % oder Clobetason 0,05 %). Das Externum wird über vier bis acht Wochen zweimal täglich auf den Präputialring aufgetragen. Nach zwei Wochen beginnen entweder die Eltern oder der Patient, die Vorhaut vorsichtig zurückzuschieben. Eine altersgemäße Selbstbehandlung bzw. Therapie durch den Vater minimiert potenzielle psychische Folgen der wiederholten Manipulation am Genitale.

Bestehen die Beschwerden fort, folgt die **OP**. Dabei unterscheiden Chirurgen verschiedene Verfahren: die radikale chirurgische **Zirkumzision**, die mit Hilfsmitteln (Plastibell, Gomco-Klemme) und die Vorhaut erhaltende plastische Verfahren. Letztere bergen ein

Rezidivrisiko von 11–20 %, zudem sind etwa 20 % der Patienten mit dem kosmetischen Ergebnis unzufrieden.

## **Bei Lichen sclerosus muss das Präputium weg**

Keinen Grund für eine Zirkumzision sehen Prof. Stehr und Kollegen im Rahmen der HIV-Prophylaxe und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten. Auch zur Prävention eines Peniskarzinoms empfehlen die Autoren sie nicht. Anders beim Lichen sclerosus: Hier muss man immer aktiv werden. Indiziert ist die radikale Zirkumzision, alternativ kann man eine Therapie mit Clobetasolpropionat (0,05 %) versuchen.

In jedem Fall sollten Kollegen die Patienten oder ihre Eltern vor Operationen darüber aufklären, dass die **Komplikationsrate** auch unter optimalen Bedingungen etwa 5 % beträgt. Die OP kann zu einem Sensibilitätsverlust führen, der das spätere Sexualleben beeinträchtigt.

Quelle: S2k-Leitlinie „Phimose und Paraphimose“, [AWMF-Register Nr. 006/052](#)  
27.03.2018