

interdisziplinär und umfassend Der aktuelle Kenntnisstand zum Thema Jungengesundheit



auch als
EBOOK

2013. 424 Seiten mit 49 Abb. und 19 Tab. Fester Einband. ISBN 978-3-17-021329-6. € 59,90

Lesen Sie unter
blog.kohlhammer.de/medizin/jungen-und-gesundheit
ein kurzes Interview, das wir mit dem Autor
Dr. med. Bernhard Stier geführt haben.



Leseproben und weitere Informationen unter www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH
70549 Stuttgart

Kohlhammer

springer.com

 Springer

Die Standardwerke

4. vollst. überarb. Aufl.
2014. 2289 S. 1271 Abb.,
447 Abb. in Farbe. In
2 Bänden, nicht einzeln
erhältlich. Geb.
Vorbestellpreis, gültig
bis zum 31.01.2015
► € (D) 199,00
€ (A) 204,58 | *sFr 248,00
► € (D) 249,00
€ (A) 255,98 | *sFr 310,00
ISBN 978-3-642-41865-5



9., vollst. überarb. Aufl.
2014. 1571 S. 185 Abb.,
100 Abb. in Farbe. Geb.
► € (D) 179,99
€ (A) 185,04 | *sFr 224,00
ISBN 978-3-642-41813-6



Jetzt bestellen!

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7% MwSt; € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10% MwSt. sFr sind unverbindliche Preisempfehlungen. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

140261x

WEITERE INFORMATIONEN

Bernhard Stier, Reinhard Winter (2013) Jungen und Gesundheit. Verlag W. Kohlhammer (ISBN 978-3-17-021329-6) Mit ausführlichem medizinischen Kapitel zu Erkrankungen im Bereich des männlichen Genitales.

Flyer „Achte auf Deine Nüsse“ Informationen für Jungen zur Selbstuntersuchung, erhältlich über den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (www.kinderaerzte-im-netz.de).



Broschüre „Mann, oh Mann“ Informationen für Jungen und ihre Eltern, um die Intaktheit des Penis zu bewahren und Krankheiten vorzubeugen, erhältlich über den Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (www.kinderaerzte-im-netz.de).

Offen gestanden ...



Das männliche Genitale

Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte
für die (Vorsorge-)Untersuchung und Beratung
von Eltern und Patienten

bvkj.

Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.

Mielenforster Str. 2
51069 Köln
Tel. 02 21-6 89 09-0
Fax 02 21-6 83 20 4

www.kinderaerzte-im-netz.de

© Dr. med. Bernhard Stier, Kinder- und Jugendarzt
bstier@t-online.de

bvkj.

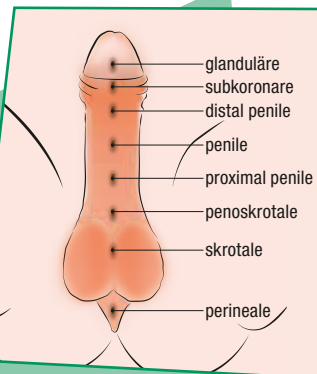
Berufsverband der
Kinder- und Jugendärzte e. V.

Dieser „Leitfaden“ will helfen, eventuelle Unsicherheiten bei der Untersuchung des männlichen Genitales zu beseitigen.

Die Untersuchung beinhaltet immer die Beurteilung des Penis, Skrotums und Skrotalinhaltes/Hodens sowie der Leistenregion.

GEBURT

■ Hypospadie



Je proximaler der Meatus liegt, desto häufiger sind Fehlbildungen der ableitenden Harnwege (Urogenitaltrakt!) → Ultraschalluntersuchung der ableitenden Harnwege; → Hodenhochstand? Leistenbruch?

Korrektur: optimales Zeitfenster um den 1. Geburtstag (Jungen dürfen NICHT zirkumzidiert sein!) Proximale Hypospadien (insbesondere in Kombination mit Hodenhochstand) immer einer erweiterten Diagnostik zuführen

(z. B. Begleitfehlbildungen, Syndrome, Disorders of sex development etc.)!

Cave: Erkrankung ist den Eltern fast unbekannt oder wird tabuisiert

VON U2 BIS U6

■ Physiologische Phimose (96 %)/Vorhautverklebung

Im Säuglingsalter umschließt die Vorhaut die Eichel in der Regel komplett und ist sogar mit ihr verklebt (Vorhautverklebung). Außerdem ist die Vorhautöffnung noch eng, so dass die Eichel nicht hindurchpasst (natürliche oder physiologische Phimose). Nicht versuchen, die Vorhaut über die Eichel zu schieben! KEIN Lösen der Verklebung!

Cave: bei Ballonierung unter Miktion → Nierenaufstau ausschließen (selten!)

■ Hygiene

Es reicht aus, den Penis mit lauwarmem Wasser abzuspuhlen. Die Vorhaut wird dabei nur so weit zurückgestreift, wie dies problemlos möglich ist. Im späteren Kindes- und Schulalter ist der Junge für die Hygiene selbst zuständig. Er selbst weiß am besten, wie weit sich die Vorhaut ohne Probleme zurückschieben lässt, um den Penis zu reinigen.

■ Hodenhochstand

Häufigste kongenitale Anomalie des Urogenitaltrakts: 0,7–3 % bei reif geborenen Jungen, bis zu 30 % bei Frühgeborenen, in ca. 0,8 % auch noch im Jugendalter (Pendelhoden wird zum Gleithoden?!). Spontaner Deszensus bei ~ 7 % aller betroffenen Knaben (jenseits des 1. Halbjahres kaum noch zu erwarten).

Das ideale Zeitfenster für eine Hormonbehandlung/Orchidopexie liegt zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat (histologisch-pathologische Befunde am Hoden bei bestehendem Hodenhochstand bereits nach dem 1. Lebensjahr!)

Mit Vollendung des 1. Lebensjahres sollte die Behandlung abgeschlossen sein; bei Frühgeborenen gilt das korrigierte Alter.

Therapie: (s. AWMF-Leitlinien www.awmf.org/leitlinien/)

Im 1. Lebensjahr primär Hormontherapie, ggf. OP. Ab dem 2. Lebensjahr kommt nur noch die OP in Frage. Bei Hodenhochstand und weiteren klinischen Auffälligkeiten (z. B. Kleinwuchs und/oder Entwicklungsstörung) → Hormon- und Chromosomenanalyse.

Re-Aszension des Hodens in ca. ¼ der Fälle → Verlaufskontrollen der Hodenposition nach Therapieende alle 3 Monate für 1 Jahr.

Ab dem Alter von 15 Jahren sollte der Junge seine Hoden regelmäßig selbst untersuchen zum Ausschluss von Hodenmaligomen (s. Flyer „Achte auf Deine Nüsse“).

VON U6 BIS U10

■ Lichen sclerosus

Eine seltene, chronisch-entzündliche, nicht ansteckende Hauterkrankung (Autoimmunerkrankung?), die in fast allen Fällen den Penis befällt und zur Schrumpfung der Vorhaut mit nachfolgender Vorhautverengung, evtl. auch zu Dysurie und Miktionsstörungen führt.

Therapie: In leichten Fällen kann eine Cortisonsalbenbehandlung oder Behandlung mit Calcineurinantagonisten (off label use!) versucht werden. Ansonsten ist die Zirkumzision die Behandlung der Wahl.

■ Phimose/Vorhautverklebung



Auch im Kleinkindesalter umschließt die Vorhaut die Eichel teilweise oder komplett und ist meist mit ihr verklebt. Die Vorhautöffnung ist oftmals so eng, dass die Eichel nicht hindurchpasst (natürliche oder physiologische Phimose). Nicht versuchen, die Vorhaut über die Eichel zu schieben! KEIN Lösen der Verklebung!

Durch Reifungsvorgänge löst sich bei der überwiegenden Mehrzahl der Jungen die physiologische Phimose zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr, spätestens bis zur Pubertät. Zuwarten ist geboten!

Cave: bei Ballonierung unter Miktion → Nierenaufstau (sehr selten!) und im späteren Kindesalter Lichen sclerosus als Ursache der Phimose ausschließen.

■ Pendelhoden/Gleithoden

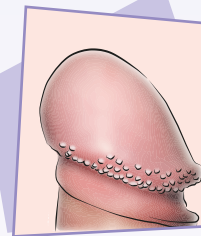
Der Pendelhoden lässt sich im Gegensatz zum Gleithoden spannungsfrei an den unteren Skrotalpol verlagern und bleibt auch dort bis zur Auslösung des nächsten überschießenden Cremasterreflexes. Der Pendelhoden bedarf keiner Korrektur, sollte aber regelmäßig kontrolliert werden (Eltern instruieren), da bis zur Pubertät ein Pendelhoden in einen Gleithoden übergehen kann (sekundäre Aszension).

U11 BIS J1 BIS J2

■ Phimose (Vorhautretraktion demonstrieren lassen)

Die Phimose wird, wenn sie in der Pubertät weiterhin besteht oder wenn medizinische Probleme auftreten, primär lokal behandelt. Zunächst wird versucht, die Enge durch eine 4- bis 6-wöchige Salbenbehandlung mit 0,1–0,25 % Kortison- oder Östrogensalbe zu weiten. Ein Erfolg stellt sich in ca. 60–70 % der Fälle ein. Bleibt die Phimose bestehen, sollte sie unter lokaler Betäubung oder Vollnarkose durch eine vorhautherhaltende, plastische Operation behandelt werden (z. B. Triple Inzision). Einen Lichen sclerosus als Ursache der Phimose ausschließen.

■ Hirsuties papillaris penis



„Hornzipfel“ treten bei ca. 15–25 % der Jungen in der Pubertät auf und sind, mehr oder weniger ausgeprägt, bei etwa 10–30 % der Männer zu finden. Ein Zusammenhang mit sexuellen Aktivitäten besteht nicht. Die 1–3 mm großen, weißen bis weißlich-gelblichen Papeln bestehen aus Bindegewebe und sind immer an der Kranzfurche der Eichel zu finden. Obwohl

völlig harmlos, können Hornzipfel betroffene Jungen erheblich verunsichern. Häufig steht der Gedanke einer sexuell übertragenen Erkrankung im Raum. Es bedarf der einfühlsamen und sensiblen Aufklärung, ggf. unter Hinzuziehung der Partnerin bzw. des Partners. Nur in Ausnahmefällen ist eine CO₂-Lasertreatment indiziert.

■ Unterschiedliche Hodengröße

Das unterschiedliche Hodenwachstum wie auch der einseitige Beginn des Hodenwachstums sind relativ häufig. Differenzen von 2–3 ml sind tolerabel. Sollte ein deutlicher Größenunterschied festgestellt werden, bedarf dieser unbedingt der medizinischen Abklärung, z. B. auf das Vorliegen einer Hydrozele, Spermatozele, Varikozele oder eines Tumors. Ein im Alters- und Entwicklungsvergleich kleinerer Penis bzw. kleinere Hodengröße (unbehandelter primärer Hypogonadismus) sollte unbedingt an ein Klinefelter-Syndrom denken lassen. Mit einer Häufigkeit von 1/500–1/1000 bleiben 70–80 % der Patienten unerkannt!

bvkJ.