



Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim
Dissertations-Kurzfassung

Der vesikoureterale Reflux im Kindesalter: chirurgische oder endoskopische Therapie

Autor: Gabriele Roßwag
Einrichtung: Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe
Doktorvater: Prof. Dr. W. Brands

Der unbehandelte oder unzureichend behandelte vesikoureterale Reflux führt in 10% der Fälle zu einer terminalen Niereninsuffizienz. Deren häufigste Ursache bei Kindern und Jugendlichen stellt die Refluxnephropathie dar, gekennzeichnet durch pyelonephritische Narben, Nierenfunktionsverlust und Hypertonie. Eine frühzeitige Diagnostik und Therapie ist unerlässlich.

In der vorliegenden Studie wird ein Vergleich zweier Verfahren zur Behandlung des vesikoureteralen Refluxes vorgenommen: der offen-operativen Antirefluxplastik (Cohen, Politano-Leadbetter, Glenn-Anderson) und der neuentwickelten **Subureteralen Endoskopischen Anti Reflux Plastik (SEARP)** unter Verwendung der vier verschiedenen Substanzen Makroplast, Kollagen I und II sowie Teflon.

Ausgewertet wurden 183 Kinder im Zeitraum von 1.1.1988 bis 31.12.1996.

Als entscheidendes Kriterium zur Beurteilung der Langzeitergebnisse eines erfolgreich beseitigten Refluxes wurden Miktionszystourethrogramme oder Miktionszystosonogramme der Kinder nach einem zeitlichen Mindestabstand von 6 Monaten zur Refluxbehandlung durchgeführt. Sonographie- und Urinkontrollen wurden in regelmäßigen Abständen vorgenommen und klinische Befunde sowie Allgemeinzustand des Kindes analysiert.

Die Therapieergebnisse ergaben eine Erfolgsquote von 90% für die offen-operative Antirefluxplastik und eine Erfolgsquote von 65% für die SEARP unter Einsatz der vier verschiedenen Substanzen. Dabei erzielten die Makroplast- und Tefloninjektion ein jeweils besseres Ergebnis als die Unterspritzung mit Kollagen I und II.

Die genaue Bedeutung, die der SEARP in Zukunft zugemessen wird, bleibt unsicher, doch in sorgfältig ausgewählten Fällen scheint diese Technik eine funktionell überzeugende Alternative zur offen-operativen Antirefluxplastik darzustellen. Sie bewährte sich hier besonders bei der Behandlung von Rezidivrefluxen nach vorausgegangener offen-chirurgischer Antirefluxplastik. Bei Refluxpersistenz nach offen-chirurgischer Antirefluxplastik konnten durch SEARP 100% der sekundär unterspritzten Patienten geheilt werden.

Sicher ist, daß diese Technik eine möglicherweise folgende Ureterreimplantation nicht erschwert. Sie fördert bei Unreife die Spontanheilung eines Refluxes, indem Infektionen verhindert werden, was einer Narbenbildung nach Harnwegsinfekten und folgender Störung der Reifung entgegensteht. Ein eventuell notwendiger operativer Eingriff kann durch SEARP auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, wo „Versager“ und Komplikationen seltener auftreten als im frühen Säuglingsalter. Die Methode ist einfach und minimal belastend für den Patienten, insbesondere durch die kürzere Narkosedauer des Eingriffes. Sie ist bei Erfolglosigkeit unter weiterhin bestehender Indikation zur Unterspritzung wiederholbar.

Die Suche nach einer Substanz, die immunologisch inert ist und vorort verbleibt ohne größere Narbenbildung könnte ein Ansatzpunkt zur weiteren Verbesserung der Ergebnisse darstellen.