

**Immer Rücksprache falls**

1. die OP Indikation *nicht* gestellt wird (und das Kind zur OP Planung vom Kinderarzt zugewiesen ist) resp abweichender Befund von der Beurteilung des zuweisenden Arztes
2. Auffälliger / unerwarteter Lokalbefund
3. Unsicherheit bzgl Diagnose, Beurteilung, Procedere
4. Alle partiellen ZZ

- |                  |                   |  |
|------------------|-------------------|--|
| 1. Allgemeines   | 5. Kryptorchismus | 8. Mollusken                               |
| 2. Phimose       | 6. Nabelhernie    | 9. Tendovaginositis stenotica              |
| 3. Leistenhernie | 7. Hauttumoren    | 10. Präaurikuläre Anhängsel, Fistel, Sinus |
| 4. Hydrocele     |                   | 11. Labiencyche                            |

**1. Allgemeines**

Alter für ambulante OP

Termingeborene: ab der abgeschlossenen 4. Lebenswoche  
Ehem. FG: ab der 55. Schwangerschaftswoche

Falls Kinder jünger sind als gefordert: Eintritt am Tag vor OP; 24h postoperativ stationäre Überwachung am Monitor (Gefahr der Apnoe/Bradykardie nach Narkose). *Keine* nüchtern-Eintritte am OP Tag.

GG Ziffern <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19850317/index.html>

Vorgehen:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Einweisung</b>  | durchlesen   |
| <b>Anamnese</b>    | bzgl aktuellem Leiden und Allgemeines: medizinische Vorgeschichte (MedFolio: "Berichte" "alle"), Allergien, Medikamenteneinnahme, Muskel-, Blutungserkrankungen oder Narkosezwischenfälle in der Familie bekannt? Voroperationen?  |
| <b>Kurzstatus</b>  | Lokalbefund<br>Kardiopulmonal, Abdomen, Hals/Nasen/Ohren, Extremitäten   |
| <b>Aufklärung</b>  | schriftlich; wichtig: Diagnose, Seitenangabe, geplanter Eingriff, Unterschrift   |
| <b>OP- Anmeld.</b> | Ausfüllen; wichtig: Seitenangabe; bei ZZ immer ob vollst. oder partiell; perioperativ Antibiotika nötig?   |
| <b>IV Anmeld.</b>  | Abgeben, Punkt 5 bereits ausfüllen; <i>Cave</i> : richtiger Kanton?<br>Falls Kind bereits bei IV (anderes Leiden): Brief an IV um die neue GG Ziffer zusätzliche anzumelden  |
| <b>Information</b> | Broschüre Abgeben (Leistenhernie/Hydrocele, Zirkumzision)  |
| <b>Anästhesie</b>  | anmelden bei TK Pflege (nur bei ambulanten OP, wenn stationär findet das Anästhesiegespräch am Eintrittstag statt).  |
| <b>Mitgeben</b>    | Rezept / Zeugnis / IV Anmeldung  |
| <b>Bericht</b>     | diktieren, inkl. Diagnose, geplante Therapie, Anamnese, Befund<br>- Procedere chirurgische Aufklärung, ambulante/stationäre, Anästhesiegespräch, IV Anmeldung, ggf bereits Termin, Histologie geplant, ev Blutentnahmen im OP, perioperative Antibiotika, Eltern auf Depot hingewiesen ...)<br>- Kopie falls nötig an mitbehandelnde KollegInnen |

Kontrollieren: alle Formulare unterschrieben, korrekte Seite und Eingriff angegeben?

Bei komplexen Kindern eignet sich eine geplante Narkose ggf für einen Augen-/Zahn-/Ohrenuntersuch (BERA), Blutentnahmen in gleicher Sitzung => dran denken und ggf Rücksprache mit entsprechenden KollegInnen

In gleicher Narkose ggf Durchtrennung Zungenbändchen, Naevusexzision, Molluskenentfernung.

Bei hämatologischen / kardiologischen Patienten ggf Rücksprache nötig mit Rischewski / Kuen o.a. bzgl OP / Narkose.

Bei Herzvitien an antibiotische Prophylaxe denken und bereits verordnen / organisieren

#### Präoperative Antibiotika (Cave: Allergien!)

- Otoplastik idR Cefuroxim = Zinacef 50mg/KG/Dosis, max 1.5gr iv
- Osteosynthesen "
- Einlage von Fremdmaterial "
- grössere Weichteileingriffe "
- Herzvitium gemäss Endocarditis-Prophylaxe Ausweis (orange)
- Urologie idR Cotrimoxazol / resp eigene Prophylaxe weiter  
(cave letzte Resistenzprüfung anschauen falls vorhanden; im Zweifel Rücksprache mit Operateur)

- Berichte
- Sprechstunden-Berichte werden vom Sekretariat der Tagesklinik geschrieben  
Visum der Berichte durch TK-OA; bei Abwesenheit durch Dienst-OA
  - OP Berichte werden im allgemeinen Sekretariat geschrieben
    - falls die OP mit einem OA/OAe durchgeführt wurde => Visum von ihm / ihr
    - falls OP mit AA/AAe oder cand med durchgeführt wurde, Visum von TK-OA

Telefonnummern

- 3230 Pflege Chirurgie TK
- 3209 Administration / Sekretariat TK
- 2449 Teamleitung Pflege TK

## **2. Phimose** (keine GG Ziffer)

Bei Geburt = physiologisch; im 4. Lebensjahr zu 90% keine Phimose mehr

*Fragen* nach: bisherige Balanitiden (+ bisherige Behandlung), Ballonierung des Präputiums, abweichender Harnstrahl, Nachtröpfeln, Hämaturie / Dysurie, Harnwegsinfektionen.

### a) Asymptomatische Phimose

Phimose < 6. LJ + beschwerdefreies Kind = physiologisch => nichts tun

Phimose > 6. LJ + beschwerdefrei => Diprosone (s. Punkt d)

### b) Balanopräputiale Adhäsionen

Verklebungen zwischen Glans und Präputium

Brauchen keine OP: lösen sich durch Wachstum, Genitalhygiene und Erektionen von alleine

### c) Frenulum breve

Falls schmerzhafte Erektion: Frenulotomie.

Salbenbehandlung (Diprosone) *ohne* nachweisliche Besserung

### d) Symptomatische Phimose (Balanitis, Balanoposthitis, Posthitis)

Diprosone Creme 0.05% (Bethamethason) lokal 2x tgl auftragen für 6 Wochen, dann nach weiteren 4 Wochen Kontrolle beim Kinderarzt. Erfolgsrate bei Diprosone bis 90%.

Bei persistierender Phimose erneute Zuweisung zur Planung der OP.

Kontraindikation Diprosone: < 4. LJ; vernarbte Vorhaut, Lichen sclerosus

Empfehlung für direkt vollständige ZZ, ohne vorherige Diprosonetherapie

1. rezidivierende Balanitiden, starker Leidensdruck
2. St.n. Paraphimose
3. Vd.a. Lichen sclerosus, siehe e)
4. Rezidiv bei St.n. partieller Zirkumzision

Empfehlung Kispi: vollständige Zirkumzision bei medizinischer Indikation, insbesondere

bei Lichen sclerosus. Partielle Zirkumzisionen sollen die Ausnahme sein, hierbei Eltern deutlich auf Rezidivrisiko hinweisen!

Mögliche Komplikation der Zirkumzision= Meatusstenose (v.a. bei Lichen) (durch Entzündungsreaktion der Glans, da beim Ablösen der balanopräputialen Verklebungen eine Wundfläche auf der Glans entsteht).

Eltern auf möglichen harmlosen gelblichen Belag (Fibrin) postoperativ auf der Glans hinweisen ist idR kein Eiter v.a. wenn Kind sonst asymptomatisch ist.

e) Lichen sclerosus et atrophicans (= Balanitis xerotica obliterans)

- Nie partielle ZZ => immer vollständige ZZ (Rezidivrisiko bei part ZZ sehr hoch: fast 100%)
- Keine vorgängige Diprosonebehandlung
- Präputium in Histologie schicken
- Gefahr der Meatusstenose. Eltern informieren: sollen Harnstrahl beobachten und sich bei Veränderung melden.
- Ggf postoperativ Diprosone 0.05% 2x tgl (höhere Konzentration brennt lokal) zur Behandlung des Lichen (nur nach Rücksprache)

e) Wunsch-ZZ

Rituelle = vollständige Zirkumzision (inneres Blatt ca 1mm kurz)

Im Prinzip ab jedem Alter möglich; Empfehlung ist solange zu warten, bis das Kind selber mitentscheiden kann ob es den Eingriff möchte. In der Regel nie im ersten Lebensmonat.

*Ausnahme:* Familien jüdischen Glaubens => Rücksprache OA.





Die Operation kann auch abgelehnt werden wenn der behandelnde Arzt in der Sprechstunde moralische Bedenken hat, bei einem gesunden Kind einen Teil der Vorhaut operativ zu Entfernen.

*Beide* Eltern müssen Einverständniserklärung unterschreiben

Kosten 1100.- (falls kombiniert mit anderer OP zB Leistenhernie = 600.-). Eltern bekommen Einzahlungsschein und bringen Beleg am OP Tag mit *oder* zahlen am OP Tag bar an der Anmeldung.

Falls die Eltern über rezidiv. Entzündungen berichten und diese nicht dokumentiert / nicht glaubhaft sind: Rücksprache mit Kinderarzt, ggf Vorstellung bei erneuter Entzündung auf unserer Notfallstation.

f) Spezielle Situationen

Hypospadie	Buried / Concealed Penis	Lichen sclerosus et atrophicans	Paraphimose
			
Hypospadie = Kontraindikation für ZZ	Andere, erweiterte OP Technik nötig; keine "einfache" Zirkumzision	Keine Diprosone Keine part. ZZ Immer Histologie	Bei Phimose Präputium deshalb <i>nicht</i> mit Gewalt retrahieren!
Rücksprache OA	Rücksprache OA	Rücksprache OA	

**3. Leistenhernie (GG Ziffer 303)**

Bei klarer Schilderung durch Familie und Kinderarzt kann auch bei in der Sprechstunde bledem klinischen Befund die OP-Indikation gestellt werden.

Operation in *jedem* Alter (kein Zuwarten, ein offener Processus verschliesst nicht mehr spontan)  
Falls unsichere Anamnese / Befund => RS OA

Risiko für Inkarzeration bis 30% bei Säuglingen (je jünger das Kind, desto höher das Risiko)

#### 4. Hydrocele testis / funiculi non-communicans (GG Ziffer 356)

a) Hydrocele testis / funiculi non-communicans

Operation > 1. LJ Spontane Regredienz bis Ende 1. LJ, dann nicht mehr

Operation < 1. LJ bei ausgeprägtem Befund

b) Hydrocele testis / funiculi communicans

Wechselnde Grösse u/o ausstreichbar = offener Processus = OP-Indikation, unabh. vom Alter!

Wichtig: Hoden scrotal tastbar?

#### 5. Kryptorchismus (GG Ziffer 355)

Immer stationär: 1. Tag Eintritt, 2. Tag OP, bis 4. Tag Bettruhe (48h postop), dann Austritt

Operation sollte bis Ende 1. Lebensjahr erfolgt sein, später ist Wahrscheinlichkeit eines spontanen Deszensus sehr gering.

Unterscheide:

Pendelhoden (starker Cremasterreflex; kann inguinal getastet und nach distal mobilisiert werden, verbleibt distal nach dem Loslassen). Braucht keine Operation, wird sich durch Hodenwachstum auswachsen. 6 monatige Kontrolle der Hodenlage durch KA, denn Pendelhoden kann sich zum Gleithoden entwickeln.

Gleithoden (kann inguinal getastet und nach distal mobilisiert werden, gleitet nach dem Loslassen gleich wieder nach proximal). Braucht Operation, wächst sich *nicht* aus.

Untersuchung im Stehen, Schneidersitz und im Liegen. Hodengrösse bds mit Orchidometer nach Prader angeben. Falls Hoden weder scrotal noch inguinal getastet werden kann => Sonographie Abdomen nach Rücksprache OA (bekommen idR neuen Termin für Sono + Besprechung).

Hormonbehandlung wird in der Regel bei uns nicht durchgeführt; auf Wunsch der Eltern ist diese im 6.-8. Lebensmonat ("Minipubertät") aber möglich (GnRH-Analoga)

#### 6. Nabelhernie (keine GG Ziffer)

Keine OP < 4. LJ bei kaukasischen Kindern, ausser massiver Befund, Schmerzen

Aber OP < 4. LJ bei dunkelhäutigen Kindern (andere Kollagenstruktur, kein Spontanverschluss zu erwarten)

Eltern hinweisen dass diese OP *kein* kosmetischer Eingriff ist

Im Gegensatz zu allen anderen Hernien besteht eine grosse Wahrscheinlichkeit, dass sich der ehemalige Nabelring innerhalb von Tage - Monaten - Jahren nach der Geburt verschliesst.

Gefahr der Inkarzeration ist sehr gering.

#### 7. Hauttumoren (Dermoidzyste GG Ziffer 103; Naevus GG Ziffer 109)

IV Anmeldung: Dermoidzyste an Orbitarand, Nasenwurzel, Hals, Mediastinum, Sacrum = GG 103

Sollten idR entfernt werden (Naevus, Dermoidzysten, Pilomatrixom) und zur histologischen Untersuchung eingeschickt werden. Auf mögliches Keloid hinweisen.

CAVE: bei Tumoren in der Mittellinie (Nasenwurzel, occipital) Bildgebung (Sono, ggf MRI) nach RS OA mit Frage nach Verbindung nach intracraniell / intracerebral

#### 8. Mollusca (keine GG Ziffer)

Brauchen idR keine chirurgische Behandlung, ausser: massiver Befall, rez Superinfektion *oder* OP aus anderem Grund geplant, dann können die Mollusca in gleicher Sitzung mitentfernt werden.

Eltern über Infektiosität / Inokulation aufklären; kein Schwimmbadbesuch, getrennte Kleidung / Handtücher / nicht aufkratzen. Ist idR selbstlimitierend.

Konservative Behandlung zB mit rückfettenden Salben (Expial Lipolotion) *oder* InfectoDell

Mithilfe der Eltern beim präoperativen markieren! => Markierungsstift mit nach Hause geben, sollen am OP Tag Mollusca selber einzeichnen.

CAVE: am Eintrittsmorgen Kontrollieren ob Mollusca noch vorhanden (oder spontan regredient) und überhaupt noch einer OP benötigen.

#### 9. Tendovaginitis stenosa (GG Ziffer 191)

Schnellender Finger => Ringbandspaltung

Häufig Daumen; auch andere Finger möglich

## **10. Präaurikuläre Anhängsel, Fistel, Sinus (keine GG Ziffer)**

- a) Anhängsel: Exzision empfohlen (+ Histologie) vor Kindergartenalter aus kosmetischen Gründen  
Werden je nach Länge des Stils bis zur knorpeligen Wand des äusseren Gehörgangs entfernt.  
Sonographie der Nieren ist *nicht* mehr Routine (*keine* Assoziation von Nierenfehlbildung und Anhängsel!)
- b) Fistel, Sinus: Exzision indiziert wegen Infektrisiko, auch wenn bisher asymptomatisch. OP ist nach einer bereits durchgemachten Infektion deutlich erschwert (Vernarbungen).

## **11. Labiencychie (keine GG Ziffer)**

Wird idR in Kurznarkose gelöst, so dass Patientin nichts davon bemerkt.

Ausnahmeweise: kann auch je nach Lokalbefund die Synechie unter Emla und Dormicum mit einem Wattestäbchen in der Sprechstunde gelöst werden.

Danach gut fetten (!) damit die Ränder nicht miteinander verwachsen (Vaseline).