



# Phimose mit Talgretentionszyste

## *Phimosis with Atheroma*

### Frage

Eine Mutter stellt ihren siebenjährigen Sohn vor, der eine verengte aber gerade noch retrahierbare Penis-Vorhaut und eine flache Talgretention an der Basis der Glans penis aufweist, die 1 cm Durchmesser aufweist und durch die intakte Glans-Haut gelblich durchschimmert. Sollte dieser Junge – und wenn ja, in welchem Alter – einer Zirkumzision mit Entfernung dieser flachen Talgretentionszyste unterzogen werden?

### Antwort

Für diesen Jungen besteht noch kein medizinischer Grund für einen chirurgischen Eingriff an seiner Vorhaut. Eine verengte Vorhaut ohne deutlich sichtbare Vernarbungen ist genau wie die genannte Talgretentionszyste nur Zeichen einer sogenannten „physiologischen Phimose“, die auch bis in das Adoleszentenalter andauern kann. Wenn der Knabe keine Komplikationen (rezidivierende Balanitiden oder Harnwegsinfekte) oder Beschwerden (Schmerzen bei nächtlichen Spontanerektionen oder beim Urinlassen) aufweist, kann bis zum Adoleszentenalter die spontane Normalisierung abgewartet werden. Wenn Beschwerden oder Komplikationen auftreten, kann eine ein- oder zweimonatige Behandlung mit Kortisoncreme versucht werden, bevor man an eine Zirkumzision denkt.

### Question

A mother presented her 7-year-old son, who has a narrowed but still just retractable penis foreskin and a flat sebaceous cyst at the base of the glans penis, which has a diameter of 1 cm and a yellowish shimmer through the intact glans skin. Should this boy – and if so, at what age – be circumcised and this flat sebaceous cyst be removed?

### Answer

There is still no medical reason for surgery on his foreskin for this boy. A narrowed foreskin without clearly visible scarring and a flat sebaceous cyst are only signs of a „physiological phimosis“, which can last up to adolescence. If the boy has no complications (recurrent balanitis or UTIs) or discomfort (pain during spontaneous erections in the night or micturition), one can wait for a spontaneous normalization till adolescence. If symptoms or complications occur, a one or two month treatment with cortisone cream can be tried before circumcision should be considered.

### Hintergrund

Die Vorhaut (Praeputium) des Penis bedeckt die Eichel (Glans penis) und dient dazu, diese zu schützen. Embryonal entsteht die Vorhaut durch Abspaltung von der Eichel, indem ein Epithelblatt zwischen Basis der Eichel und dem Harnröhrenaussgang wächst und durch Abschuppung Epithelzell-Perlen bildet, die nach und nach konfluieren und die Vorhaut von der Eichel abtrennen.

Dieser Vorgang ist bei Geburt bei den allerwenigsten Knaben abgeschlossen, im Durchschnitt lösen sich die letzten Epithelbrücken im 5. Lebensjahr, bei manchen Jungen sogar erst im Pubertätsalter („physiologische Phimose“). Die spontanen Penis-Erektionen im Kindesalter dienen auch der endgültigen

Reifung und Abspaltung der Vorhaut.

Eine normal entwickelte Vorhaut bedeckt die Eichel und reicht ca. 1 cm darüber hinaus, und lässt sich bis über die Basis der Eichel vollständig und ohne großen Kraftaufwand nach hinten streifen. Wenn die Vorhaut aufgrund von Entzündungen mit der Eichel narbig verwachsen ist, einen narbig verengten Öffnungsring aufweist oder auch nach der vollständigen Reifung im Adoleszentenalter immer noch nicht von der Eichel gelöst und/oder für das Zurückstreifen zu eng ist, dann spricht man von einer „pathologischen Phimose“.

Die Schwere der Verengung und der Verklebungen kann dabei in folgenden Graden unterschieden werden:

- Vorhaut ist zwar bis hinter die Basis der Eichel zurückziehbar, aber nur unter Kraftaufwand und Schmerzen (Knopflochphänomen);
- Eichel kann nur unvollständig freigelegt werden;
- nur der Harnröhrenaussgang kann freigelegt werden;
- auch der Harnröhrenaussgang kann nicht sichtbar gemacht werden (und die Vorhaut bläht sich bei Harnabgang auf).

Eine einheitliche Gradeinteilung hat sich aber bisher nicht durchgesetzt.

Die pathologische Phimose verursacht in der Regel, die physiologische Phimose im seltenen Fall Beschwerden und Komplikationen: rezidivierende Balanoposthitiden durch Bakterien oder

Pilze, Dysurie, Blutungen an der Eichel, Harnwegsinfektionen, schmerzhafte Erektionen und gestörte Sexualfunktion, im schlimmsten Fall die Paraphimose („spanischer Kragen“, eine Würigung der Eichel nach Erektion).

### Suchbegriffe / Suchfrage (PICO = Population, Intervention, Comparison, Outcome)

Phimose (deutsch), fimosi (italienisch), phimosis (englisch)

### Suchstrategie

Es wurden die internationalen Leitliniendatenbanken sowie die Sekundärliteratur-Datenbanken *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Clinical Evidence*, *UpToDate* und *TRIP Database* durchsucht. In *Pubmed* wurde mit dem Suchbegriff „phimosis“ und den Einschränkungen auf Reviews in englischer Sprache in den letzten fünf Jahren gesucht und ein weiterer Übersichtsartikel gefunden.

### Ergebnisse

- Bei der Geburt haben nur 4 % der Knaben eine vollständig retrahierbare Vorhaut, 96 % haben eine physiologische Phimose [1, 2, 3]. Bei mehr als der Hälfte der Knaben kann man bei der Geburt nicht einmal den Harnröhrenaussgang sichtbar machen [2]. Im Alter von sechs Monaten kann man bei 15 % der Knaben die Vorhaut komplett zurückstreifen [3], im Alter von einem Jahr bei 50 %, im Alter von 3 Jahren bei ca. 90 % [4, 5] und im Alter von 16–17 Jahren bei 95 % [5, 6].
- Bei der physiologischen Phimose fehlen typischerweise Vernarbungszeichen, während Adhäsionen zwischen innerem Vorhautblatt und Eichel auch für physiologische Phimosen typisch sind [1].
- Gelblich schimmernde Epitheltalg-Retentionen, meist an der Eichelbasis liegend, sind ebenfalls ein vorübergehendes Entwicklungsphänomen und typisch für physiologische Phimosen [1].
- Das Aufblähen der Vorhaut beim Urinabgang als Zeichen eines beson-

ders engen Öffnungsringes kann durchaus auch bei der physiologischen Phimose vorkommen und ist kein spezifisches Zeichen für eine pathologische Phimose [2].

- Die *primäre (kongenitale)* pathologische Phimose ist ein Fortbestehen der physiologischen Verengung, die sich weder im Wachstumsverlauf, noch durch konservative Therapie (vollständig) zurückbildet, die Gründe hierfür sind unbekannt. Diese Form, die auch keine sichtbaren Vernarbungen aufweist, ist selten (< 1 %) [7].
- Die pathologische Phimose ist fast immer *sekundär (erworben)*. Es handelt sich dabei entweder (in etwa 20 % der Fälle) um eine narbige Fixierung der physiologischen Verengung infolge von lokalen Entzündungen oder nach traumatischen Retraktionsversuchen oder aber (in etwa 80 % der Fälle) um die typischerweise im Schulalter auftretenden sklerotischen Veränderungen der Vorhaut durch einen Lichen sclerosus (synonym Balanitis/Posthitis xerotica obliterans, BXO) [1, 8].
- Flächig-weißliche und sklerosierende Veränderungen der Vorhaut, des Frenulums und des Glansepithels sind typische Zeichen der Balanitis xerotica obliterans [1], treten fast nie vor dem 5. Lebensjahr auf [7] und führen typischerweise zu einer ringförmigen narbigen Verengung der Vorhautöffnung [7].
- Gewaltsame Retraktionsversuche der Vorhaut müssen vor allem in den ersten beiden Lebensjahren unterlassen werden, da dieses Vorgehen Vernarbungen und die Ausbildung einer pathologischen Phimose fördern kann [6].
- Nicht retrahierbare, aber gesund aussehende Vorhaut ist Zeichen einer physiologischen Phimose und bedarf bei Fehlen von Komplikationen oder Beschwerden bis ins Adoleszentenalter keiner Behandlung [6].
- Bei Komplikationen oder Beschwerden wie rezidivierende Balanoposthiden, rezidivierende Harnwegsinfekte oder schmerzhafte nächtliche Erektionen besteht auch bei primären physiologischen Phimosen die (relative) Indikation zu einer (konservativen oder operativen) Intervention [1, 4, 6].
- Primäre (physiologische) Phimosen sprechen gut auf eine Lokalbehand-

lung mit Kortisoncreme an, etwa Betamethason-Creme 0,05–0,1 %, Triamcinolon-Creme 0,01 % oder Fluticason-Creme 0,05 % [1, 2] zweimal täglich für einen Monat, bei ungenügendem Ansprechen auch für 2 Monate, begleitet von milden Retraktionsversuchen unter Vermeidung von Einrissen [4]. Die Kinder weisen unter dieser Therapie keine erhöhten Blutkortisonspiegel auf [4]. Der Anteil eines Dauererfolgs beträgt 80–90 % [4, 7, 9].

- Auch bei der Balanitis xerotica obliterans konnte in einer kleinen experimentellen Studie mit Kortisoncreme eine komplette Remission bei 17,9 % der Knaben nach 3 Monaten und bei 30,4 % der Knaben nach 14 Monaten erreicht werden [7, 10].
- Bei der Balanitis xerotica obliterans und bei den anderen pathologischen Phimosen mit Vernarbungen (nach rezidivierenden Balanitiden, forcierten Retraktionsversuchen, Traumen) ist die Therapie der Wahl die Zirkumzision [1, 4, 6, 7].
- Die Behandlung einer pathologischen Phimose sollte – außer bei zwingender Indikation – erst nach dem 2. Lebensjahr [4] oder ab dem Vorschulalter [1] erfolgen, bei Beschwerdefreiheit später [1].

### Kommentar

Früher sollte jeder Knabe, so hieß es, spätestens bei Schuleintritt, unabhängig von Beschwerden oder Komplikationen, von seiner Phimose befreit werden.

Heute gilt: Eine physiologische Phimose ist der Regelfall und sollte *nicht* behandelt werden. Auch sollten Retraktionsversuche bis zum 2. Lebensjahr unterbleiben, weil sie zu Vernarbungen beitragen, die dann aus einer physiologischen eine pathologische Phimose werden lassen.

Bei Beschwerden oder Komplikationen im Sinne einer pathologischen Phimose sollte in der Regel zuerst eine Therapie mit Kortisoncreme versucht werden.

September 2013

Simon Kostner für das EBM-Team  
Südtiroler Akademie für  
Allgemeinmedizin SAKAM, Bozen

## Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie. S1-Leitlinie Phimose und Paraphimose. AWMF-Register Nr. 006/052. Aktueller Stand: 08/2013. Online: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/006-052I\\_S1\\_Phimose\\_Paraphimose\\_2013-08.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/006-052I_S1_Phimose_Paraphimose_2013-08.pdf) (letzter Zugriff am 28.08.2013)
2. Wilson JM. Care of the uncircumcised penis. UpToDate. Last updated: Nov 9, 2011. Literature review current through: Jul 2013. Online: [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com) (letzter Zugriff am 29.08.2013)
3. Gardiner D. The fate of the foreskin: a study of circumcision. *BMJ* 1949; 2: 1433–1437
4. Phimosis. In: Tekgul S, Riedmiller H, Gerharz E, et al. Guidelines on paediatric urology. Arnhem, The Netherlands: European Association of Urology, European Society for Paediatric Urology; 2013. p. 9–10. Online available: <http://www.uroweb.org> (letzter Zugriff am 29.08.2013)
5. Oster, J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child* 1968; 43: 200–203
6. Association of Paediatric Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Management of foreskin conditions. Statement from the British Association of Paediatric Urologists on behalf of the British Association of Paediatric Surgeons and The Association of Paediatric Anaesthetists. 2007. Online available: <http://www.apagbi.org.uk/sites/default/files/circumcision2007.pdf> (aufgerufen 29.08.2013)
7. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K, Kohri K. Prepuce: phimosis, paraphimosis, and circumcision. *Scient World J* 2011;11: 289–301
8. Becker K. Lichen sclerosus in boys. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 53–58
9. Reddy S, Jain V, Dubey M, et al. Local steroid therapy as the first-line treatment for boys with symptomatic phimosis – a long-term prospective study. *Acta Paediatr* 2012; 101: e130–3
10. Vincent MV, Mackinnon E The response of clinical balanitis xerotica obliterans to the application of topical-based creams. *J Pediatr Surg* 2005; 40: 709–712

# 50 Jahre DEGAM



Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) feiert 2016 ihren 50. Geburtstag. Dieses Ereignis soll auch in einer repräsentativen Festschrift gewürdigt werden. Das Präsidium der DEGAM hat mich mit der Herausgabe des Buches beauftragt.

Erstaunlich viele DEGAM-Mitglieder haben in den letzten Jahren und Jahrzehnten allgemeinmedizinische Fachbücher alleine oder mit weiteren Autoren geschrieben oder herausgegeben. Für die Internetplattform der Festschrift ist beabsichtigt, die Titel möglichst aller deutschsprachigen

## Fachbücher für Allgemeinmedizin (1960–2014)

zusammenzustellen. Autoren/Herausgeber, die ihr Werk aufgelistet wissen wollen, senden mir bitte ihre Angaben in dieser Reihenfolge:

1. Name und Vorname Autor (allein?), Zweit-, Dritt- oder Viertautor
2. Name und Vorname Herausgeber (allein?), Zweit-, Dritt- oder Viertherausgeber
3. Haupttitel des Werkes
4. Untertitel des Werkes
5. Erstauflage (wann?), Letztauflage (wievielte?, wann?)
6. Übersetzungen in Fremdsprachen (welche?, wann?, Verlag?)
7. Verlagsname, Verlagsort
8. Internationale Standardbuchnummer (ISBN)

Hinweis: Es können ausschließlich allgemeinmedizinische Fachbücher, also keine Buchbeiträge, Dissertationen etc. berücksichtigt werden.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!  
Frank H. Mader

### Kontakt

Prof. Dr. med. Frank H. Mader  
Talstr. 3  
93152 Nittendorf  
[mader@der-allgemeinarzt.com](mailto:mader@der-allgemeinarzt.com)