



Merkblatt

zur Versorgung Neugeborener mit Blasenekstrophie

Grundsätzlich bedarf ein reifes Neugeborenes ohne Zeichen einer Adaptationsstörung, das mit einer Blasenekstrophie geboren wurde, keiner intensivmedizinischen oder speziell neonatologischen Betreuung.

Eine Spätabnabelung kann in Absprache mit den Geburtshelfern in Betracht gezogen werden. Eine Spätabnabelung (plazentale Transfusion) zeigt, unter anderem, eine positive Wirkung auf den neonatalen Hämoglobinwert und Eisenspeicher, was sich vorteilhaft auf die anstehende operative Versorgung der Blasenekstrophie auswirken kann.

Nach der Geburt erfolgt die sorgfältige klinische Untersuchung zur Klassifizierung der Fehlbildung (Epispadie/ Blasenekstrophie/ kloakale Fehlbildung). Dabei muss jeglicher Kontakt der Blasen- und Harnröhrenschleimhaut mit latexhaltigen Untersuchungs-Handschuhen vermieden werden!

Bedingt durch die veränderte Beckenanatomie findet sich bei Jungen häufig ein uni- oder bilateraler offener Processus vaginalis mit oder ohne Maldescensus testis. Es sollte stets angestrebt werden, den Verschluss zusammen mit der Blasenrekonstruktion zu planen.

- Die Blasenplatte sollte mit einer fetthaltigen Wundgaze (z. B. Adaptic ®, Jelonet ®) abgedeckt werden. Diese Wundgaze sollte keinen Antibiotikazusatz enthalten. Zusätzlich kann eine trockene sterile Komresse auf die Wundgaze gelegt werden. Gaze und Komresse werden bei jedem Wickeln erneuert.
- Eine systemische Antibiose ist grundsätzlich nicht erforderlich und sollte auch möglichst vermieden werden (Pilzbesiedelung der Haut, Resistenzbildung)
- An diagnostischen Maßnahmen ist lediglich eine sonographische Untersuchung des oberen Harntraktes am ersten und dritten Lebenstag notwendig, um eine Harnabflussstörung auszuschließen.
- Neuere epidemiologische Daten deuten daraufhin, dass die Inzidenz begleitender Herzvitien möglicherweise etwas erhöht ist. Vor diesem Hintergrund kann zur Vervollständigung der Diagnostik ggf. noch ein Herzecho in den ersten Lebenstagen erfolgen.
- Eine verlängerte stationäre Überwachung, auch auf der pädiatrischen Normalstation ist alleine wegen der Blasenekstrophie nicht erforderlich. Das Kind kann termingerecht zusammen mit der Mutter nach Hause entlassen werden. Zu Hause erfolgt die Versorgung der Blasenplatte unverändert wie oben beschrieben bis zur geplanten OP weiter. Eine antibiotische Langzeit-Prophylaxe bis zur Operation ist NICHT erforderlich!

Für weitere Fragen zur Primärversorgung Ihrer Patienten mit Blasenekstrophie stehen wir Ihnen unter der Telefonnummer 0941 369-98 (Klinik-Pforte) jederzeit gerne zur Verfügung. Ihr Team der Kinderurologischen Klinik