

Merkblatt

zur Versorgung Neugeborener mit einer Fehlbildung aus dem Blasenekstrophie-Epispadie-Komplex (BEEK)

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

Eine **Spätabnabelung** kann in Absprache mit den Geburtshelfern bei Vorliegen einer Blasenekstrophie in Betracht gezogen werden. Die positive Wirkung einer Spätabnabelung (plazentale Transfusion) auf den neonatalen Hämoglobinwert und die Eisenspeicher kann sich vorteilhaft auf die anstehende operative Versorgung auswirken.

Nach der Geburt erfolgt die sorgfältige klinische Untersuchung zur Klassifizierung der Fehlbildung (Epispadie/ Blasenekstrophie/ kloakale Fehlbildung). Dabei sollte jeglicher Kontakt der Blasen- und Harnröhrenschleimhaut mit **latexhaltigen** Untersuchungs-Handschuhen **vermieden** werden (Risiko der Allergisierung über den direkten Urothel-Kontakt).

Bedingt durch die veränderte Beckenanatomie findet sich bei Jungen häufig ein uni- oder bilateraler offener Processus vaginalis mit oder ohne Hodenhochstand. Soweit medizinisch vertretbar, sollte angestrebt werden, den Verschluss des/der offenen Processus zusammen mit der Blasenrekonstruktion zu planen.

- Die Blasenplatte sollte nur mit einer **fetthaltigen Wundgaze** (z. B. Adaptic ®, Jelonet ®) abgedeckt werden. Diese Wundgaze sollte keinen Antibiotikazusatz enthalten. Zusätzlich kann eine trockene sterile Kompresse auf die Wundgaze gelegt werden. Gaze und Kompresse 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 darauf hin, dass die Inzidenz begleitender Herzvitien 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!