

Definition

Beim Ungeborenen entstehen die Hoden in Höhe der Nieren und wandern normalerweise noch während der Schwangerschaft ins Hodenfach. Bei der Geburt, spätestens am Ende des ersten Lebensjahres sollten sie dauerhaft im Hodenfach liegen. Trifft das nicht zu, spricht man vom Hodenhochstand (Maldescensus testis). Dabei können die Hoden an unterschiedlichen Positionen liegen (Abb. 1).

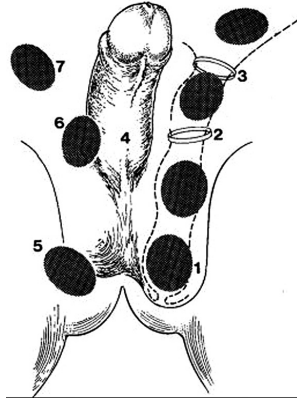


Abb. 1:
1 = Einteilung des Maldescensus testis (nach Kleinteich):
1 = korrekte Hodenlage, Lage des Hodens am
2 = äußeren Leistenring,
3 = inneren Leistenring,
4 = Penis,
5 - 7 = ektope Hodenlage (außerhalb des ursprünglichen Verlaufs)

Hodenhochstand <Q 53>

Häufigkeit, Symptome, Ursachen

2,2% - 3,8 % der termingerecht geborenen Jungen weisen einen Hodenhochstand auf. 50% - 70% der Hoden wandern dann bis zum Ende des 3. Lebensmonats in den Hodensack. Die Wanderung der Hoden ist hormonell gesteuert, so dass es sich ursächlich um eine Entwicklungsstörung handelt, die durch Hormone beeinflusst wird, bzw. die durch eine Hormonbehandlung auch therapiert werden kann. Beschwerden liegen nicht vor, so dass der Befund nur „zufällig“ entdeckt wird. Wegen erheblicher Folgen für den Knaben ist allerdings eine frühzeitige Entdeckung besonders wichtig. Deshalb müssen auch bei den Kindervorsorgeuntersuchungen die Positionen der Hoden immer festgehalten werden. Die negativen Folgen sind chronische Schädigungen des Hodengewebes mit Untergang der Spermien (Samenfäden) und der Hormon produzierenden Zellen. Auch wenn ein gesunder, normal positionierter zweiter Hoden vorhanden ist, wird ohne rechtzeitige Behandlung die spätere Zeugungsfähigkeit eingeschränkt bzw. nicht vorhanden sein. Außerdem besteht bei

Hodenhochstand ein erhöhtes Risiko, später einen Hodenkrebs zu entwickeln.

Diagnostik

Sie beginnt mit einer ausführlichen Befragung der Eltern (u.a. der Frage, ob der Hoden schon einmal getastet oder nachgewiesen wurde). Anschließend sollte eine sorgfältige Untersuchung des Kindes im Liegen und Sitzen erfolgen. Hierbei ist auf eine ruhige Atmosphäre und einen ausreichend temperierten Untersuchungsraum zu achten, da es ansonsten zu einem Verkürzen der Muskulatur am Samenstrang (der Kremasterfasern) mit kurzzeitigem Verlagern des Hodens in die Leiste kommt.

Vor allem muss unterschieden werden zwischen Pendelhoden (der Hoden pendelt zwischen Leiste und Hodenfach ohne Notwendigkeit einer Behandlung) und Gleithoden (der Hoden liegt in der Leiste und kann nur durch aktiven Zug ins Hodenfach verlagert werden). Nur im zweiten Fall ist eine Behandlung erforderlich. Beim sicher nicht tastbaren Hoden sollte heute die Hodensuche laparoskopisch (durch Bauchspiegelung mit kindgerechten Instrumenten) erfolgen. Die Notwendigkeit zur Kernspintomographie besteht nur in Ausnahmefällen. Wenn beidseits die Hoden nicht tastbar sind, kann mit Hilfe eines Labortests das gänzliche Fehlen beider Hoden (Anorchie) nachgewiesen bzw. ausgeschlossen werden.

Therapie

Mit Abschluss des ersten Lebensjahres sollte die Behandlung in der Regel mit einer Hormontherapie begonnen werden. Diese erfolgt meist mit dem Nasenspray Kryptocur®, das ein Hormon enthält, welches wiederum ein körpereigenes Hormon (HCG) stimuliert, um den Hodenabstieg anzuregen. Gelingt dies medikamentös nicht, so ist eine Operation mit Verlagerung des Hodens ins Hodenfach erforderlich. Hierbei werden sämtliche Muskelfasern (Kremasterfasern), die den Hoden zurückhalten, durchtrennt (Funikulolyse) und der Hoden im Hodensack fixiert (Orchidopexie) (Abb. 2). Nur in Ausnahmefällen ist beim vollständig geschrunpften Hoden dessen Entfernung notwendig.

Eine operative Therapie ist immer erforderlich bei ektopter Hodenlage (Abb. 1), beim gleichzeitig bestehenden Leistenbruch, nach Voroperation in der Leistengegend oder beim Hodenhochstand in und nach der Pubertät.



Abb. 2: Operationsbefund nach Leistenschnitt beidseits und Fixierung der Hoden im Hodenfach

