

Hodenhochstand und Hodenfehlage

Definition:

Von Hodenfehlage (Maldescensus testis) spricht man, wenn ein oder beide Hoden die überwiegende Zeit nicht im Hodensack tastbar sind. Die Hoden liegen dann z.B. entweder im Leistenkanal (Leistenhoden), in der Bauchhöhle (Bauchhoden) oder im Eingangsbereich zum Hodensack.

Häufigkeit:

Bei ca. 3% der termingerecht geborenen Jungen, findet sich ein einseitiger Hodenhochstand. In der Regel liegt der Hoden bereits am Ende des 2. Schwangerschaftsdrittels im Hodensack. Bei Frühgeburten, Zwillingen und niedrigem Geburtsgewicht ist die Wahrscheinlichkeit wesentlich höher. Die Wanderung des Hodens in den Hodensack geschieht jedoch auch noch im 1. Lebensjahr (als Entwicklungsverzögerung), so dass sich die Hoden bei 99% aller Knaben am 1. Geburtstag korrekt im Hodensack befinden. Falls dies nicht der Fall ist, sollte unbedingt eine Therapie erfolgen, um schwerwiegende Spätfolgen wie Unfruchtbarkeit und Hodenkrebs zu verhindern.

Ursachen:

Ursache für eine gestörte Senkung der Hoden können anatomische Anomalien oder häufiger eine hormonelle Störung sein, die aber meist nur eine Entwicklungsverzögerung ist und sich im 1. Lebensjahr normalisiert.

Diagnostik:

Durch eine Tastuntersuchung und eine Sonographie (Ultraschall) kann die Hodenlage in der Regel frühzeitig festgestellt werden. Bei nicht tastbarem und sonographisch nicht erkennbarem lokalisierbarem Hoden muss eine weitergehende Diagnostik angeschlossen werden (hormoneller Stimulationstest, endoskopische Hodensuche). Die früher häufig vorgenommene Kernspintomographie zur Hodensuche hat sich nicht bewährt und erfordert häufig eigens eine Narkose für das Kind.

Therapie:

Die Behandlung des Hodenhochstandes sollte nach heutigen Erkenntnissen möglichst zum ersten Geburtstag allerspätestens aber bis zum 2. Geburtstag abgeschlossen sein, da der Hoden aufgrund seiner abnormalen Lage (im Körper) einer höheren Temperatur ausgesetzt ist und dies

zu einer Schädigung des Hodengewebes, zu mangelhafter Spermienproduktion und -qualität und damit zur Unfruchtbarkeit führt.

Außerdem ist das Risiko, im Erwachsenenalter an Hodenkrebs zu erkranken um das 4-fache erhöht. Deshalb ist es wichtig den Hoden in den Hodensack zu verlagern, um ihn auch besser untersuchen zu können und damit später einen evtl. Tumor frühzeitig erkennen zu können.

Hormonkur

In Deutschland besteht die Erstbehandlung bei Hodenhochstand in einer Stimulation des Abstiegs des Hodens durch Hormone, welche als Nasenspray oder als Spritze in den Muskel verabreicht werden. Die Hormontherapie sollte spätestens zum Ende des ersten Lebensjahres hin durchgeführt werden. Die Hormontherapie ist allerdings nur in ca. 10 - 30% erfolgreich, außerdem sind auch Rückfälle möglich. Außerhalb des deutschsprachigen Raums wird die Hormonkur daher zumeist abgelehnt.

Operative Behandlung:

Bei ausbleibendem Erfolg der Hormontherapie ist unbedingt eine Operation notwendig. Hierbei wird der Hoden aus seiner falschen Lage mobilisiert und in den Hodensack verlagert, wo er mittels Naht fixiert wird. Die Operation erfolgt von einem Leistenschnitt aus. In einigen Fällen ist auch ein zusätzlicher Schnitt am Hodensack erforderlich.

Kann der Hoden vor der Operation weder im Hodensack noch in der Leiste getastet oder im Ultraschall erkannt werden ist eine so genannte Bauchspiegelung (laparoskopische Hodensuche) zur Hodensuche notwendig. Bei dieser Gelegenheit kann in gleicher Narkose der Hoden in den Hodensack verlagert werden, oder wenn kein ausreichendes Hodengewebe vorhanden ist der Hoden auch entfernt werden. In sehr seltenen Fällen, wenn der Samenstrang zu kurz ist, kann auch eine zweizeitige Operation (Fowler Stephens Operation) zum Erhalt des Hodens notwendig sein.