

Hodenhochstand

Definition

Die Hoden wandern während der Entstehung von ihrer ursprünglichen Position unterhalb der Nieren in den Hodensack. Ist diese Entwicklung verzögert oder nimmt der Hoden einen falschen Weg, spricht man von einem Maldescensus testis. Die Häufigkeit des Hodenhochstandes nach dem 1. Lebensjahr wird in der Literatur mit 1-4% angegeben. Bei längerdauerndem Hodenhochstand (> 1. bis 2. Lebensjahr) kann es nach einigen Jahren zu Störungen der Fruchtbarkeit und nach Jahrzehnten zu einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der malignen Entartung des Hodens kommen.

Formen

Pendelhoden: Der eigentlich anatomisch korrekt liegende Hoden kann durch einen verstärkten reflexartigen Muskelzug zeitweise in die Leiste gezogen werden. Ist der Patient entspannt und in warmer Umgebung, liegt der Hoden meist im Hodensack. Bei dieser Form ist keine Therapie, sondern lediglich eine Kontrolle erforderlich.

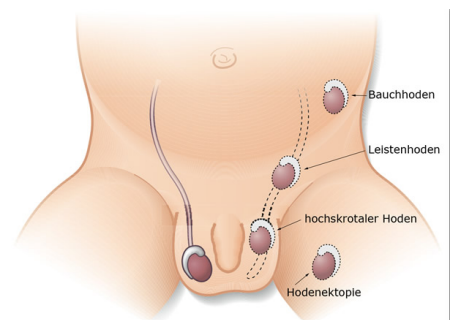
Gleithoden: Der Gleithoden ist nie spontan im Hodensack zu tasten, er lässt sich aber bei der Untersuchung aus der Leiste in den Hodensack herabstreichen. Wenn man ihn dann aber wieder loslässt, gleitet er sofort wieder in seine ursprüngliche falsche Lage zurück.

Leistenhoden: Bei guten Untersuchungsbedingungen lässt sich der Hoden in der Leiste tasten. Man kann ihn nicht in den Hodensack herabstreichen.

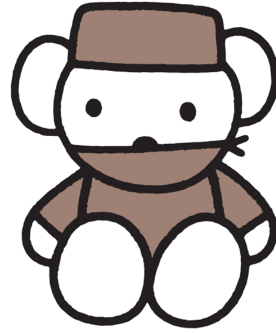
Bauchhoden: Sowohl bei der körperlichen Untersuchung als auch bei der Sonographie lässt sich der Hoden nicht nachweisen. Hier ist eine Bauchspiegelung erforderlich, um den Hoden aufzusuchen und gleichzeitig eine Verlagerung in Richtung auf den Hodensack durchzuführen oder vorzubereiten.

Ektoper Hoden: Der Hoden kommt beim Abstieg aus dem Becken vom üblichen Weg ab.

Narbig fixierter Hoden: Nach Voroperationen wie z.B. Leistenbruchoperation oder Hodenverlagerung kann es in seltenen Fällen durch Narbenzug zu einem sekundären Hodenhochstand kommen.



<http://www.baby-und-familie.de>



Therapie

Beim Leistenhoden, Bauchhoden, ektopen Hoden sowie narbig fixierten Hoden und bei gleichzeitig bestehendem Leistenbruch ist eine Operation notwendig.

Die konservative Hormontherapie mit HCG-Injektionen oder LH-RH Nasenspray wird nach den aktuellen Leitlinien nur in der Zeit vom 6. bis 12. Lebensmonat empfohlen. Ihre Erfolgsaussichten bezüglich des Herabsteigens des Hodens betragen nur bis zu 25%, es wird jedoch eine Nachreifung des Hodens erzielt, die der späteren Zeugungsfähigkeit zugute kommen soll. Nach erfolgloser Hormontherapie sollte die Hodenverlagerung vor dem Abschluss des ersten Lebensjahres erfolgen.

Besteht nach dem 10. Lebensmonat noch eine der oben beschriebenen Formen des Hodenhochstandes, empfehlen wir die Vorstellung des Patienten in unserer Sprechstunde. Gegebenenfalls vereinbaren wir einen ambulanten Operationstermin mit Ihnen.

Handelt es sich um einen Bauchhoden, würden wir Sie zur weitergehenden Diagnostik und Therapie in eine hierfür geeignete Einrichtung weiterleiten.

Nach der Operation steht die Wundkontrolle im Vordergrund. Fäden müssen weder in der Leiste noch am Hodensack gezogen werden. Wir werden einen weiteren Termin zur Lagekontrolle des Hodens mit Ihnen vereinbaren.

Kinderchirurgische Praxisklinik Hamburg