



Infoletter

Kinderchirurgie

01 Februar 2007

Sehr geehrte Zuweiser, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich erlaube mir, Ihnen hiermit unseren neuen Infoletter Kinderchirurgie vorzustellen. Wir werden Ihnen aus der Heidelberger Kinderchirurgie in vierteljährlichen Abständen ein solches fachliches Informationsblatt zusenden. Heute wird der „Maldescensus testis“ abgehandelt.

Liebe Kollegen, es ist mir ein großes Anliegen, dass wir, als ausschließliche für Kinder- und Jugendliche verantwortliche Ärzte, im Interesse unserer kleinen Patienten fachlich, inhaltlich und auch politisch eine Einheit bilden und somit die Qualität und auch die Dichte der medi-

zsinischen Versorgung von Kindern auf hohem Niveau aufrechterhalten. Hierzu ist die Kommunikation untereinander essentielle Grundlage. Dieser Infoletter soll neben unserer Homepage und unserer Telefon-Hotline seinen Teil dazu beitragen.

Maldescensus testis

- › Definition
- › Pendelhoden
- › Gleithoden
- › Leistenhoden
- › Bauchhoden (Echter Kryptorchismus)
- › Narbig fixierter Hoden
- › Therapie
- › Postoperative Versorgung
- › Literatur

Sie erhalten aktuelle Informationen zu einem kinderchirurgischen Krankheitsbild, Erläuterungen zu den therapeutischen Optionen, dem stationären Ablauf und der postoperativen Versorgung. Sie können die zugesandten Blätter in einem speziellen Ordner Kinderchirurgie, den Sie anbei finden, abheften.



Dr. Stefan Holland-Cunz
Chefarzt der Kinderchirurgie
Heidelberg

Wir werden diese Informationen auch regelmäßig aktualisieren, so dass Ihnen neue Therapieformen oder Veränderungen bei Abläufen in unserer Klinik zeitnah mitgeteilt werden. Wir sind selbstverständlich dankbar für eine rege inhaltliche Diskussion und kritische Rückmeldung und wünschen uns einen fruchtbaren Kontakt zwischen Zuweisern und Universitätsklinikum.

Mit freundlichem Gruß, Ihr

Falls Sie es wünschen, können Sie unseren Infoletter auch als PDF-Dokument über E-mail erhalten.

Dr. Stefan Holland-Cunz
Chefarzt der Kinderchirurgie
Heidelberg

Telefon-Hotline: 06221-563628
kinderchir@med.uni-heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de/
kinderchirurgie

Impressum

Herausgeber
Kinderchirurgische Abteilung
Im Neuenheimer Feld 110
69120 Heidelberg
www.klinikum.uni-heidelberg.de/
kinderchirurgie

Redaktion
Löffler/Chmelnik

Kontakt
Telefon-Hotline: 06221-5636284

Gestaltung und Layout
Medienzentrum
Stabsstelle des Universitätsklinikums
und der Medizinischen Fakultät Heidelberg
www.klinikum.uni-heidelberg.de/medien

Definition

Die Hoden wandern während der fetalen Entwicklung von ihrer ursprünglichen Position unterhalb der Nieren in das Scrotum. Ist diese Entwicklung verzögert oder fehlerhaft spricht man von einem Maldescensus testis. Die Häufigkeit des Hodenhochstandes nach dem 1. LJ wird in der Literatur mit 1-4% angegeben. Bei persistierendem Hodenhochstand kann es zu Störungen der Fertilität und einer erhöhten Wahrscheinlichkeit der malignen Entartung des Hodens kommen.



Je nach Lage des Hodens unterteilt man den Hodenhochstand in folgende Formen:

Cave

Bei Hodenhochstand und gleichzeitiger schmerzhafter Schwellung in der Leiste kann es sich um eine Hodentorsion handeln, die sofort notfallmäßig eingewiesen werden sollte.

Pendelhoden

Der eigentlich anatomisch korrekt liegende Hoden kann durch einen verstärkten Muskelzug (m. cremaster) zeitweise in der Leiste zu liegen kommen. Ist der Patient entspannt und in warmer Umgebung liegt der Hoden meist im Scrotum.

Gleithoden

Der Gleithoden ist nie spontan im Scrotum zu tasten. Zwar lässt er sich bei der Untersuchung aus der Leiste in das Scrotum herabstreichen, gleitet aber sofort wieder in seine ursprüngliche Lage zurück.

Leistenhoden

Bei guten Untersuchungsbedingungen lässt sich der Hoden in der Leiste tasten. Man kann ihn nicht ins Scrotum herabstreichen. Vor allem bei adipösen Kindern oder wenn der Hoden weit proximal liegt kann der Hoden oft nicht getastet werden. In diesem Fall lässt sich die Diagnose im Ultraschall von einem erfahrenen Kinderradiologen leicht stellen.

Bauchhoden

(Echter Kryptorchismus)

Sowohl bei der körperlichen Untersuchung wie auch bei der Sonographie lässt sich der Hoden nicht nachweisen. Zwar gelingt im MRT oft die Darstellung des Hodens, jedoch ist in dieser Altersgruppe eine tiefe Sedierung oder Narkose notwendig. Wir sehen die Laparoskopie klar im Vorteil, da uns neben der Diagnostik auch die therapeutische Option in gleicher Sitzung offensteht.

Ektoper Hoden

Der Hoden kommt beim Descensus vom üblichen Weg ab und lässt sich u.a. parainguinal, perineal, suprapubisch oder femoral tasten.

Narbig fixierter Hoden

Nach Voroperationen wie z.B. Leistenherniotomie, Hydrozelen-OP und Hodenverlagerung kann es in seltenen Fällen durch Narbenzug zu einem sekundären Hodenhochstand kommen.

Therapie

Beim proximalen Leistenhoden, Bauchhoden, ektopem Hoden sowie narbig fixiertem Hoden und bei gleichzeitig bestehender Leistenhernie ist eine primäre chirurgische Therapie notwendig. Die konservative Hormontherapie mit HCG-Injektionen oder LH-RH Nasenspray ist lediglich für Gleithoden und distale Leistenhoden indiziert, wobei die Erfolgsaussichten nach Literatur 1,2 % bis zu maximal 25 % betragen. Nach erfolgloser Hormontherapie sollte die Hodenverlagerung innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten erfolgen. Beim Pendelhoden besteht kein Handlungsbedarf.



Besteht nach dem 10. Lebensmonat noch eine der oben beschriebenen Hodenhochstandsformen empfehlen wir die Vorstellung des Patienten in unserer kinderchirurgischen Sprechstunde.

Der klinischen Untersuchung schließen wir bei unklarem Befund eine Sonographie an. Die inguinale Hodenverlagerung wird dann nach Abschluss des ersten Lebensjahres durchgeführt. Handelt es sich um einen Bauchhoden, führen wir eine diagnostische Laparoskopie mit anschließender Hodenverlagerung durch. Bei beidseitigem Bauchhoden führen wir präoperativ in Kooperation mit der Kinder-Endokrinologie weiterführende Diagnostik durch.



Wird in unserer Sprechstunde die OP-Indikation gestellt, klären wir die Eltern chirurgisch und anästhesiologisch auf und vereinbaren einen OP-Termin. Für eine präoperative Hormontherapie sehen wir derzeit kaum noch eine Indikation.

Wir empfehlen einen stationären Aufenthalt von zwei postoperativen Tagen, bei Wunsch der Eltern, v.a. beim Gleithoden, ist auch eine ambulante Behandlung möglich. Bei laparoskopischem Vorgehen ist ein dreitägiger stationärer Aufenthalt vorgesehen.

Postoperative Versorgung

Nach Entlassung aus unserer Klinik bitten wir Sie um Fortführung der Behandlung. Dabei steht die Wundkontrolle sowie die Lagekontrolle des Hodens im Vordergrund. In der Leiste muss in der Regel kein Faden gezogen werden (resorbierbare, versenkte Naht oder Klebung). Die Fäden am Scrotum sind resorbierbar und müssen nicht gezogen werden.

Autoren: Löffler/Chmelnik

Literatur

1. Henna et al.: Hormonal cryptorchidism therapy: systematic review with metanalysis of randomized clinical trials. *Pediatr Surg Int.* 2004 May;20(5):357-9.
2. Pyorala et al.: A review and meta-analysis of hormonal treatment of cryptorchidism. *J Clin Endocrinol Metab.* 1995 Sep;80(9):2795-9.
3. Hiort et al.: Differentialdiagnostische Überlegungen beim Hodenhochstand. *Monatsschrift Kinderheilkunde.* 2005, Mai. Volume 153, Nummer 5.

Natürlich stehen wir Ihnen jederzeit für Rückfragen unter unserer

Telefon-Hotline: 06221-5636284

per E-Mail: kinderchir@med.uni-heidelberg.de zur Verfügung.

Auf unserer Homepage: www.klinikum.uni-heidelberg.de/kinderchirurgie finden Sie Informationen für einweisende Ärzte und interessierte Eltern.