

Leitliniengerechtes Timing der Operation des Hodenhochstandes

S. Ommer, F. Eckoldt; Klinik für Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Jena

Einleitung:

Die Erstellung einer Leitlinie ist die eine Sache, die entsprechende Umsetzung in der alltäglichen Praxis allerdings eine andere. Die erste AWMF Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie zur Behandlung des Hodenhochstandes aus dem Jahr 1999 wurde im Jahr 2009 erneuert und als wesentlicher Therapieunterschied der empfohlene Abschluss der Behandlung des Hodenhochstandes vom vollendetem 2. auf das vollendete 1. Lebensjahr herunter korrigiert. Das erklärte Therapieziel war Sekundärschäden am Hoden durch die frühzeitige Verlagerung ins Skrotum zu verhindern und damit Fertilitätsstörungen zu minimieren. Gleichzeitig sollte ein vorher nicht tastbaren Hoden der klinischen Untersuchung zugänglich gemacht werden, um einer malignen Entartung vorzubeugen bzw. diese frühzeitig zu erkennen.

Der Hodenhochstand ist eine der häufigsten angeborenen Fehlbildungen des männlichen Neugeborenen. Dieser tritt mit einer Häufigkeit von etwa 1-3% bei reifen Neugeborenen und bis zu 30% bei Frühgeborenen auf. Nur in etwa 7% der Fälle kommt es postnatal zu einem spontanen Descensus testis im ersten Lebensjahr, meist schon in den ersten sechs Monaten.

Formen:

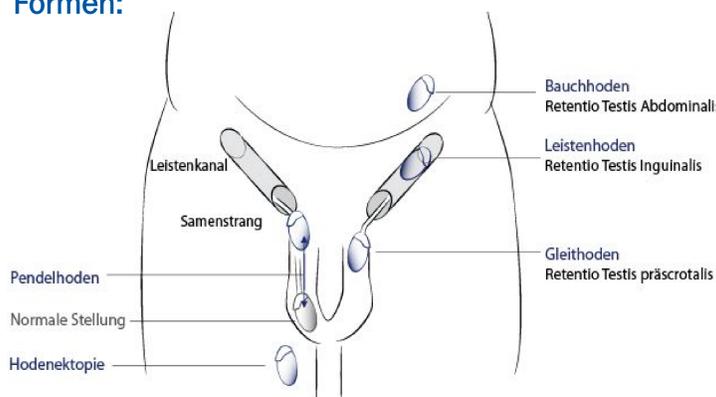


Abb. 1: Formen des Hodenhochstandes

Therapie:

Zeitplan:



Konservative Therapie – Hormontherapie:

Dieses Behandlungsregime wird in der neuen - noch nicht veröffentlichten - Leitlinie nur noch für den Gleithoden empfohlen.

Die Hormontherapie erfolgt mit der isolierten Gabe von GnRH (3-mal 400µg/Tag als Nasenspray über 4 Wochen), von hCG (1-mal 500I.E. wöchentlich als Injektion über 3 Wochen) oder als kombinierte Therapie. LHRH-Analoga zeigten in Studien einen positiven Effekt auf die Keimzellentwicklung.

Nach dem ersten Lebensjahr sollte keine Hormontherapie mehr durchgeführt werden.

Operative Therapie:

Die *inguinale Orchidofunikulolyse und skrotale Pexie* in eine subkutane Tasche des Skrotums (nach Shoemaker), oder alternativ transkutan erfolgt bei tastbarem oder sonografisch nachgewiesenem Leistenhoden.

Die *Laparoskopie* ist die Methode der Wahl bei nicht palpablem oder sonografisch nicht in der Leiste nachweisbarem Hoden. In Abhängigkeit des erhobenen Befundes erfolgt anschließend die einzeitige laparoskopische oder inguinale Orchidopexie, die laparoskopische Unterbindung der spermatischen Gefäße, so hoch wie möglich ohne Dissektion des Ductus deferens (Fowler-Stephens I) und etwa 6 Monate später dann die Orchidopexie (Fowler-Stephens II) bzw. ggf. die Entfernung atrophes Hodengewebes.

Bei beidseitigem Kryptorchismus wird erst nach erfolgreicher Korrektur einer Seite die Operation der Gegenseite empfohlen.



Abb. 2: Leistenhoden mit offenem Processus vaginalis



Abb. 3: Atropher Hoden



Abb. 4: Intraabdominell retinierter Hoden



Nachsorge:

Zunächst sollte die Nachsorge bis zu einem Jahr postoperativ erfolgen, um Rezidive oder sich entwickelnde Hodenatrophien zu erfassen. Ein besonderes Augenmerk liegt dann wieder bei orchidopexierten Jungen ab einem Alter von 15 Jahren: hier müssen die Patienten auch zur Selbstuntersuchung angehalten und darüber informiert werden, dass bei jeder, insbesondere schmerzlosen Vergrößerung / Konsistenzänderung des Hodens eine ärztliche Abklärung erfolgen sollte.

Eigene Daten:

Die retrospektive Auswertung von 482 Fällen mit primärem Hodenhochstand, die in den Jahren 2003 bis 2016 in der Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Jena behandelt wurden, zeigt eine leichte Wende hin zu dem in der Leitlinie geforderten Bereich. Jedoch wurden nach Änderung der Leitlinie 2009 noch immer nur knapp 28% aller Knaben bis zum Ende des ersten Lebensjahres operiert.

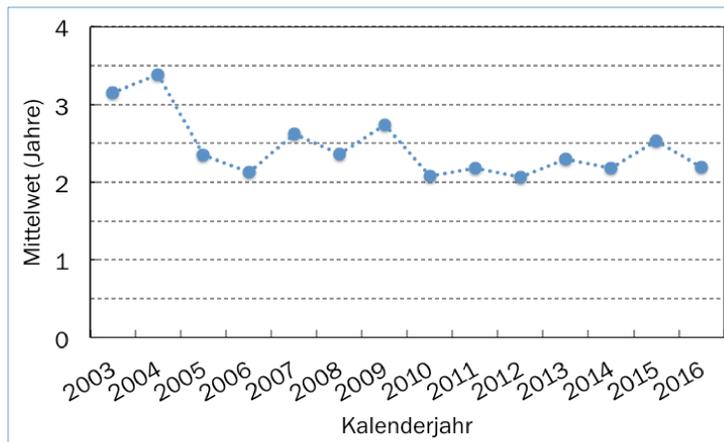


Abb. 5: Altersmittelwerte zum Zeitpunkt der Orchidopexie in den Kalenderjahren 2003 bis 2016, die in der Kinderchirurgie des Universitätsklinikums Jena durchgeführt wurden

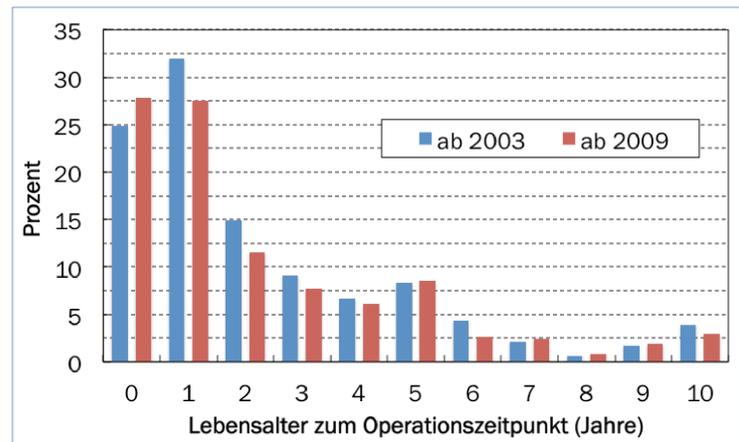


Abb. 6: Prozentuale Altersverteilung in der Kinderchirurgie des UKJ durchgeführte Orchidopexien insgesamt (rot) und nach Änderung der Leitlinie (blau)

Fazit:

Es stellt sich unverändert die Frage, warum der Operationszeitpunkt bezogen auf die Leitlinie nach wie vor so spät gewählt wird. Liegt es an mangelnder Weiterbildung der Kollegen oder ist möglicherweise die Haltung der Zuweiser aufgrund von eigenen Vorbehalten gegen eine frühe Operation bewusst zu großzügig? Haben die Eltern Sorge vor einer frühen Narkose und/oder einem operativen Eingriff oder werden Hodenhochstände im klinischen Alltag übersehen? Diese Fragen sind nicht leicht zu beantworten und bedürfen weiterer kontinuierlicher Evaluation. Zur Verbesserung der Prognose der Patienten hinsichtlich Fertilität und maligner Entartung müssen behandelnde Ärzte und Eltern über die Vorteile der frühen Orchidopexie fortdauernd informiert werden. Entscheidend ist die kontinuierliche aktive Dokumentation der Hodenuntersuchungen in den ersten Lebensjahren im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen und die damit verbundene Aufklärung der Eltern.