KINDERCHIRURGIE 01.10.2018

Das akute Skrotum – plötzliche Schmerzen im Hodensack



Ein Junge klagt plötzlich über heftige Bauchschmerzen, die bis in den Hodensack ziehen und findet keine Ruhe. Er sucht, meist in Begleitung eines Elternteils, einen Arzt in der Praxis auf oder geht sofort in eine Kinder-Notaufnahme. Was kann dahinterstecken? Gerade bei Adoleszenten ist die Verdrehung des Hodens um seine Achse sehr gefürchtet, weil dadurch zwar Blut in den Hoden fließen kann, aber durch die Verdrehung der venöse Abfluss nicht mehr gewährleistet ist und durch den zunehmenden Blutstau im Hoden die Sauerstoffversorgung zu gering wird. Die Folge: akute, sehr starke Schmerzen, häufig mit Brechreiz oder gar Erbrechen. Unbehandelt stirbt der Hoden ab und verkümmert. Also gilt es, die Diagnose rechtzeitig zu stellen um durch einen Eingriff die Stauung aufheben zu können und den Hoden zu retten.

Das akute Skrotum ist ein Notfall, dem verschiedene Erkrankungen zugrunde liegen können und für die plötzliche Beschwerden am Hodensack typisch sind. In bis zu einem Fünftel der Fälle liegt eine Hodentorsion (Verdrehung des Hodens) vor. Sie erfordert schnelles Handeln, um einen ischämischen Schaden am Hodenparenchym zu vermeiden. Durch gezieltes Einholen anamnestischer Daten und durch sinnvollen Einsatz einer überschaubaren Zahl von Untersuchungstechniken müssen diese Patienten erkannt und einer raschen operativen Versorgung zugeführt werden. Plötzliche Schmerzen, Schwellung und Rötung eines, selten beider Skrotalfächer, sind Leitsymptome für das akute Skrotum. Das Ausmaß dieser Veränderungen kann variieren. Typischerweise sind auslösende Ursachen nicht nachvollziehbar.

Aus Gründen der Dringlichkeit sind Anamneseerhebung und klinische Untersuchung bei akuten skrotalen Beschwerden in unmittelbarer Abfolge durchzuführen. Der genaue zeitliche Ablauf der Schmerzsymptomatik (Beginn/Intensität) ist zu klären. Im Säuglings- und Kleinkindalter gelingt dies nur fremdanamnestisch. Bei größeren Patienten können Angaben dazu aus Scham, hoher Schmerztoleranz oder tatsächlicher Indolenz (Paraplegie) vage bleiben oder ganz fehlen.

Anamnestisch wichtig ist das Vorhandensein eines Leistenbruches oder Hodenhochstandes. Auch die akute Symptomatik muss zuerst daraufhin überprüft werden. Episoden bereits durchgemachter lokaler Schmerzereignisse sind ebenso hinweisend wie vom Patienten wahrgenommene tageszeitliche oder belastungsabhängige Veränderungen der Größe des Hodensackes. Durchgemachte oder begleitende Infektionen, insbesondere Viruserkrankungen, sind zu eruieren. Fieber, Abgeschlagenheit, Schmerzen beim Wasserlassen, Flanken-/ Unterbauchschmerzen, kolikartige Beschwerden oder blutiger Urin sind differentialdiagnostisch wichtig (Harnwegsinfektion/Nierenstein); ebenso Gelenkbeschwerden, allgemeine Hautphänomene oder Kopfschmerzen (Immunvaskulitis). Übelkeit und Erbrechen können schmerzassoziiert bei einer Hodentorsion auftreten, aber auch im Rahmen von allgemeinen Infekten oder abdominellen Erkrankungen. Gleiches gilt für Leisten- oder Unterbauchsymptome sowie vegetative Veränderungen wie Tachykardie oder Schweißausbruch bis hin zum Schock.

Die körperliche Untersuchung ist unverzüglich durchzuführen! Altersabhängig sind Gegebenheiten zu wählen, die von der Anwesenheit der Eltern bei kleineren Kindern bis hin zur diskreten Untersuchung beim Adoleszenten reichen. Ruhe und eine vorbereitende Einstimmung auf den Untersuchungsablauf sind zu gewährleisten. Bei der Inspektion ist auf Rötung, Schwellung, Asymmetrien, Ödem, oder Blutergüsse zu achten. Umschriebene Verletzungen, Insektenstiche oder anderweitige Läsionen können hier bereits zur Diagnose führen. Eine aufgehobene Fältelung der Skrotalhaut, Undulation durch eine Hydrozele oder auch die Schmerzhaftigkeit der Haut an sich können als auffällig imponieren und auf eine, den Skrotalinhalt wahrscheinlich nicht betreffende Genese hindeuten.

Der Ultraschall hat den größten Stellenwert in der Differenzialdiagnostik von Hodenerkrankungen. Voraussetzungen sind eine hohe Qualität des Sonographiegerätes und der Schallköpfe, standardisierte Untersuchungsabläufe mit reproduzierbaren Messparametern sowie hinreichende Erfahrung des Untersuchers. Die Untersuchung beinhaltet die morphologische Darstellung des Hodens und farbkodierter Dopplersonografie. Der Seitenvergleich ist obligat. Laboruntersuchungen bringen kaum Zusatzinformationen.

Obwohl die Hodentorsion in jedem Lebensalter vorkommen kann, gibt es einen vor allem durch Neugeborene geprägten, kleineren Häufigkeitsgipfel im ersten Lebensjahr und einen deutlichen mit ca. 65 Prozent der Fälle zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr. Hier liegt das Risiko bei 1:4000. Intermittierende Torsionsereignisse sind bereits ab dem achten Lebensjahr beschrieben.

Die offen chirurgische Detorsion sollte innerhalb der ersten vier bis sechs Stunden erfolgen, da die Inzidenz einer späteren Hodenatrophie oder primär irreversiblen Nekrose bei kompletter Torsion nach acht Stunden signifikant ansteigt. Dringlichkeit (Notfall) resultiert auch daraus, dass zahlreiche betroffene Patienten spät vorstellig oder diagnostiziert werden. Der Eingriff wird von skrotal (Konsensgrad 86 Prozent) und nur in begründeten Fällen (Hodenhochstand, inkarzerierte Hernie, unklarer Befund/DD: Tumor) von inguinal durchgeführt.

Autor:in des Artikels

**<samp>Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) e.V. </samp>Langenbeck-Virchow-Haus
 <samp>Luisenstraße 58/59
 </samp><samp>10117 Berlin
 </samp><samp>presse@dgkch.de</samp>**

C. Lorenz in: Leitlinie für die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie (AG Kinderurologie) und Deutsche Gesellschaft für Urologie (Arbeitskreis Kinder- und Jugendurologie) unter Mitarbeit von Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie und Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin

DGKCH: Das akute Skrotum – plötzliche Schmerzen im Hodensack. Passion Chirurgie. 2018 Oktober, 8(10): Artikel 03_02.

AWMF: S2k-Leitlinie 006/023: Akutes Skrotum im Kindes- und Jugendalter, Stand 08/2015