

## Hodenhochstand

Bei einem Hodenhochstand befindet sich der Hoden nicht im Hodensack, sondern ständig in der Leiste oder gar in der Bauchhöhle. Bei einer Hodenfehlage liegt der Hoden am Penischaft, im Oberschenkel oder am Damm. Als Ursache werden verschiedenste zusammenwirkende Störungsmechanismen angesehen. Je früher ein Kind zur Welt kommt (Frühgeburt), desto eher ist es von einem Hodenhochstand betroffen. Bei rund 75% der Neugeborenen erreichen die Hoden innerhalb der ersten neun Lebensmonate spontan doch noch die reguläre Position im Hodensack. Nach dem 1. Lebensjahr ist ein weiteres Absteigen des Hodens selten (0.8 %).

### Behandlung

Zwar führt eine Hormontherapie zu einer Verfestigung des Hoden- und Samenstranggewebes, verursacht aber keine Hodenwanderung. Die Erfolgsraten der Hormontherapie alleine liegen gemäss Literatur zwischen 23 und 60%. Aus diesem Grund empfehlen die Kinderchirurgen des UKBB die operative Korrektur (Verlagerung und Verankerung des Hodens in den Hodensack). Gemäss Literatur liegt der optimale Zeitpunkt für den Eingriff zwischen dem 9. und 12. Lebensmonat. Wird die Fehllage der Hoden nicht innerhalb der ersten 12 Lebensmonate korrigiert, kann es zu einer zunehmenden Schädigung mit Beeinträchtigung der Zeugungsfähigkeit kommen.

Nach der chirurgischen Hodenverlagerung kann keine Aussage über die Funktionstüchtigkeit des Hodengewebes gemacht werden. Allein das anschliessende Hodenwachstum ist ein Hinweis für dessen Fertilität.

Bei nicht palpablem und im Ultraschall nicht darstellbarem Bauchhoden ist eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) die Methode der Wahl, um den Hoden zu lokalisieren und zu verlagern.

Der Pendelhoden ist nicht immer im Hodensack, lässt sich aber herabziehen und verbleibt dann im Hodensack. Der Pendelhoden ist nicht therapiebedürftig.

Der Gleithoden ist ebenfalls nicht im Hodensack, lässt sich in den Hodensack mobilisieren, verbleibt dort aber nicht und gleitet sofort wieder in die Leiste zurück. Der Gleithoden ist operativ zu behandeln.