

Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

Hodentorsion - Probleme bei der Diagnosestellung

(Dr. med. J. Lachmund)

Unter den wenigen echten Notfällen des urologischen Fachgebietes ist die Hodentorsion das Krankheitsbild, mit dem im Regelfall zunächst Nichturologen, zumeist die Hausärzte oder notärztlich tätige Ärzte, konfrontiert werden. Häufig genug kommt es dabei zu fehlerhaften oder zumindest verzögerten Diagnosestellungen, so daß die adäquate Therapie zu spät einsetzen kann. Diesem Zustand kommt insofern erhebliche Bedeutung zu, als es - abhängig vom Grad der Torsion - schon nach wenigen Stunden zu einer irreversiblen Schädigung des Hodens kommen kann. Folge ist dann die Notwendigkeit der Ablatio testis. Exakte Angaben zur Latenzzeit, in der sich der Hoden erholen kann, sind der Literatur nicht zu entnehmen. Hier werden Zeiten von 2-6 Stunden angegeben, Einzelbeobachtungen lassen auch auf andere Zeiträume zurückschließen. Die Schlichtungsstelle ist immer wieder mit Fällen befaßt, in denen eine letztlich durch operative Freilegung nachgewiesene Hodentorsion bei den ersten Arzt-Patienten-Kontakten nicht bedacht oder verkannt wurde.

Kasuistik I:

Ein knapp 20jähriger Patient stellte sich mit plötzlich aufgetretenen Schmerzen im Bereich des rechten Skrotalbereiches in der Notfallambulanz eines Krankenhauses vor. Der Hoden war bei der klinischen Untersuchung unauffällig, begleitende Untersuchungen (Blut- und Urinlabor) waren ohne Infektzeichen. Es wurde eine konservative Behandlung mit Hochlegen und Kühlung veranlaßt unter der Verdachtsdiagnose "spontan retorquierte passagere Hodentorsion". Zwei Tage später kam es zu einer schmerzhaften Schwellung des rechten Genitales. Jetzt wurde unter der Diagnose "Orchitis/Epididymitis" eine antibiotische Behandlung veranlaßt, die über 14 Tage unter stationären Bedingungen fortgeführt wurde. Nach der Entlassung aus der stationären Behandlung kam es zu einer zunehmenden Verhärtung des Hodens mit Kleinerwerden. Unter Tumorverdacht wurde der Hoden 1/4 Jahr später freigelegt und abgesetzt. Es fand sich eine alte Hodentorsion.

Kasuistik II:

Ein 10jähriger Junge wurde wegen akuter Schmerzen im Unterbauch sowie in der Leiste dem Hausarzt vorgestellt, der einen abdominellen Infekt diagnostizierte. Eine klinische Untersuchung des Leisten- und Skrotalbereiches wurde nicht durchgeführt. Eine zweite Konsultation ca. 10 Stunden später am selben Tag erfolgte wegen eines inzwischen geschwollenen und schmerzhaften Hodens. Vom selben Arzt wurde nun eine entzündliche Erkrankung des Skrotalinhalts diagnostiziert und Bettruhe, Kühlung und Antibiotika verordnet. Diese Behandlung wurde nach einer Kontrolluntersuchung 3 Tage später fortgeführt. Erst nach 5 Tagen erfolgte eine urologische Konsiliaruntersuchung. Wegen dringenden Verdachts auf eine veraltete Hodentorsion erfolgte die stationäre Einweisung, die operative Freilegung und Absetzung des Hodens. Ähnliche Kasuistiken lassen sich in gleicher Weise aufführen. Die Krankheitsgeschichte verläuft in etwa immer nach dem gleichen Schema. Auffällig bei fast allen geprüften Krankheitsfällen ist die Tatsache, daß die unterschiedlichsten Krankheitsbilder differentialdiagnostisch in Erwägung gezogen werden, daß aber in den seltensten Fällen an eine Hodentorsion gedacht und eine solche ausgeschlossen wird. Die in Anspruch genommenen Ärzte berufen sich überwiegend auf in Lehrbüchern aufgeführte klassischen Krankheitszeichen, nämlich den akuten Schmerz mit peritonealer Reizung (ausgehend vom Skrotum) im zeitlichen Vorlauf begleitet möglicherweise von sportlichen Betätigungen, abrupten Bewegungen oder ähnlichem. Beim Fehlen dieser anamnestischen Hinweise wird argumentiert, daß eine Torsion nicht hätte angenommen werden können. Im Regelfall wird dann unter der Diagnose "entzündliche Skrotalerkrankung (Epididymitis oder Orchitis) eine entsprechende Therapie eingeleitet.

Festzuhalten ist, daß die Hodentorsion (oder auch eine Torsion von Hodenanhangsgebilden) im jugendlichen Alter ihren Häufigkeitsgipfel hat. Im Gegensatz dazu sind entzündliche Erkrankungen des Skrotalinhaltes bei Jugendlichen deutlich seltener. Unter Berücksichtigung des oben angeführten engen Zeitfensters muß daher gefordert werden, daß eine Hodentorsion bei akuten

schmerzhaften Zuständen im Skrotum oder im Unterbauch - ausstrahlend vom Skrotum oder in das Skrotum - so lange angenommen werden und ggf. einer entsprechenden Therapie zugeführt werden muß, wie eine andere Ursache für das Beschwerdebild nicht eruiert werden kann. Die Annahme entzündlicher Erkrankungen wie Epididymitis oder Orchitis fordertv Zeichen eines Harnwegsinfektes, auch Veränderungen im Blutbild. Bei fehlenden Hinweisen auf Infektionen im urologischen Bereich ist eine Epididymitis oder Orchitis bei einem jungen Menschen weitgehend auszuschließen.

In der Literatur sind entsprechende Hinweise in einschlägigen Kompendien der Notfallmedizin gegeben. Bei Durchsicht der urologischen Literatur ist ein zuverlässiges diagnostisches Hilfsmittel, eine Torsion zu beweisen oder auszuschließen, nicht zu finden. Auch die sonographische Untersuchung der Gefäße (Duplexsonographie) läßt nicht mit letzter Sicherheit eine klare Diagnose zu.

Resümee ist, daß bei unklaren Beschwerden in Unterbauch, Leiste und Skrotalbereich auch bei fehlendem klinischen Untersuchungsbefund an eine Hodentorsion gedacht werden muß. Eine zuverlässige Untersuchungsmethode, die Torsion auszuschließen oder zu beweisen, existiert nicht. Bei fehlenden Hinweisen auf andere Erkrankungen, die die Symptomatik erklären könnten, ist das akute Krankheitsbild unter der Verdachtsdiagnose "Hodentorsion" durch operative Freilegung nach stationärer Einweisung abzuklären. Dabei ist die Belastung durch einen (im Nachhinein als nicht erforderlich zu wertenden) Eingriff kleiner als die übersehene Torsion, die zur Ablatio testis führt.

Anschrift des Verfassers:
Dr. med. J. Lachmund
Ärztliche Mitglied der Schlichtungsstelle
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 05/1999

[zurück zur Übersicht](#)