

Akute skrotale Schmerzen



Abbildung 1: Äußeres Genitale mit von außen bereits gut sichtbarem Hodenhochstand rechts.



Abbildung 2: Operativ freigelegter Hoden mit hämorrhagisch-infarziertem Hoden sowie Nebenhoden und deutlich sichtbarer Torsion des Samenstranges (Pinzette).

Anamnese

Ein 50-jähriger Mann berichtet über seit knapp zwei Wochen bestehende skrotale Schmerzen. Die Beschwerden seien plötzlich aus der Ruhe heraus aufgetreten, woraufhin sich der Patient in ärztliche Behandlung begab. Bei Verdacht auf Vorliegen einer Entzündung des Nebenhodens (Epididymitis) erfolgte eine antiphlogistische und antibiotische Therapie. Bei ausbleibender Beschwerdebesserung erfolgte die Vorstellung in unserer Notfallambulanz. Hier zeigte sich eine Rötung und Schwellung des rechten Skrotalfaches (Abbildung 1). Hoden und Nebenhoden waren palpatorisch nicht sicher abgrenzbar. Dopplersonografisch fiel sowohl ein echoarmes inhomogenes Schallmuster als auch in der Farbdopplersonografie eine fehlende Durchblutung des rechten Hodens auf. Unter der Verdachtsdiagnose einer Hodentorsion erfolgte die operative Freilegung über einen skrotalen Hautschnitt, die einen vollständig hämorrhagisch infarzierten Hoden und Nebenhoden zeigte, sodass eine Orchiektomie durchgeführt werden musste (Abbildung 2).

Differenzialdiagnosen skrotaler Schmerzen

Bei akuten skrotalen Schmerzen ohne stattgehabtes Trauma sollten verschiedene Differenzialdiagnosen in Betracht gezogen werden. Neben einer lokalen Entzündung des Nebenhodens (Epididymitis) oder seltener des Hodens (Orchitis), einem prävesikal gelegenen Ureterkonkrement mit potenziell ausstrahlenden

Schmerzen bis ins Skrotum, sind als akut zu behandelnde Ursachen unter anderem eine inkarzerierte Leistenhernie sowie eine Hodentorsion auszuschließen. Eine Torsion der Appendix testis (Hydatidentorsion) kann ebenso akute skrotale Schmerzen hervorrufen – diese lässt sich klinisch jedoch meist nicht sicher von einer Hodentorsion unterscheiden. Weitere mit skrotalen Beschwerden einhergehende Erkrankungen stellen beispielsweise Hydrozelen, Hämatozelen oder Hodentumore dar. Die wichtigste urologische Differenzialdiagnose stellt hierbei jedoch die Hodentorsion dar, da die eingeschränkte Ischämietoleranz des Hodens von wenigen Stunden eine unverzügliche Diagnostik und Therapie erforderlich macht.

Diagnostische Abklärung

Obwohl die Hodentorsion einen Altersgipfel im ersten Lebensjahr und bei Jugendlichen aufweist, kann sie – wie im vorliegenden Fall – auch bei älteren erwachsenen Männern vorliegen. In der Anamnese findet sich meist ein aus der Ruhe heraus auftretender oder auch durch Bewegung ausgelöster perakuter Schmerzbeginn (im Gegensatz zur Epididymitis, die sich durch eine eher schleichendzunehmende Symptomatik auszeichnet). Bei der Inspektion kann eventuell ein Hochstand des Hodens der betreffenden Seite beobachtet werden. Bei Palpation zeigt sich meist ein deutlicher Druckschmerz, gelegentlich lässt sich im Bereich des Samenstranges ein Schnürring tasten. Als Prehn-Zeichen wird eine Zunahme des Schmerzempfindens bei Anheben des Hodens bei Vorlie-

gen einer Hodentorsion bezeichnet, wohingegen dies Patienten mit Epididymitis meist eine Schmerzlinderung verschafft. Im Gegensatz zur Epididymitis findet sich meist kein Fieber sowie ein blander Urinbefund ohne Hinweis auf Harnwegsinfektion. Als apparative Untersuchung kann mittels Duplexsonografie die Durchblutung beurteilt werden (Cave: reaktive Hyperperfusion nach spontaner Detorquierung bzw. bei sekundär entzündlichen Veränderungen).

Therapie bei Hodentorsion

Bei Verdacht auf Vorliegen einer Hodentorsion und auch bei unklarem Befund sollte eine sofortige Hodenfreilegung über einen skrotalen Zugang erfolgen, gefolgt von einer Detorquierung des Samenstranges mit Beurteilung der Reperfusion. Bei Erholung des Hodens erfolgt eine Pexie im Skrotalfach sowie eine Pexie der Gegenseite (gegebenenfalls im Intervall), um eine erneute Torsion zu verhindern.

Autor

Privatdozent Dr. Tobias Maurer, FEBU,

Leitender Oberarzt,
Klinik und Poliklinik für Urologie,
Klinikum rechts der Isar,
Technische Universität München,
Ismaninger Straße 22, 81671 München,
Tel. 089 4140-2508, Fax 089 4140-4843,
E-Mail: t.maurer@tum.de