

Zum optimalen Operationszeitpunkt gibt es ebenfalls verschiedene Ansichten. Die meisten Autoren sprechen sich für ein unverzügliches operatives Vorgehen als einzige Möglichkeit zur Organerhaltung aus [1, 3, 4, 6, 9, 10]. Andere befürworten wegen des Anästhesierisikos von Neugeborenen und einer ohnehin nur geringen Erhaltungsrate perinatal torquierter Hoden von etwa 5% eine verzögerte Intervention [2, 7]. Wegen der ungenauen Bestimmbarkeit des Torsionszeitpunktes und in Abwägung der Risiken sind beide Vorgehensweisen gerechtfertigt, wobei eine genaue Dokumentation des Untersuchungsbefunds essenziell ist [8].

Der inguinale Zugangsweg bietet die Vorteile, dass bei dem breiten Spektrum der Differenzialdiagnosen die gesamte Inguinalregion exploriert [9] und der Samenstrang weit proximal abgesetzt werden kann. Differenzen bestehen auch darüber, ob ein ischämischer Hoden wegen der theoretischen Möglichkeit eines endokrinen Funktionserhaltes belassen [3, 8] und in einem Second-look-Eingriff reevaluiert werden sollte [10] oder ob die Infektionsgefahr überwiegt, wenn avitales Gewebe in situ verbleibt [9]. Zudem werden häufig sekundäre Atrophien beobachtet. Bei vollständig nekrotischen Hoden, wie im vorgestellten Fall, besteht jedoch unserer Meinung nach kein Zweifel an der Indikation zur Orchiektomie.

Fazit für die Praxis

Bei den selten vorkommenden bilateralen intrauterinen Hodentorsionen ist eine exakte Statuserhebung zur frühest möglichen Diagnosestellung unerlässlich. Sind die klinischen Symptome eindeutig, ist eine zusätzliche apparative Diagnostik nicht generell notwendig. Nur eine unverzügliche operative Exploration erhöht die Chancen zum Erhalt des Hodens bei unmittelbar ante partum entstandenen Torsionen. Bei länger zurückliegenden intrauterinen Hodentorsionen ist ein Organerhalt jedoch trotz sofortiger Intervention unwahrscheinlich.

Korrespondenzadresse

D. Sachwitz

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie, AB Kinderchirurgie, Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R., Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
daniela.sachwitz@med.ovgu.de

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Bachor R, Frohneberg D, Heymer B, Hautmann R (1987) Bilateral intrauterine testicular torsion. *Urologe A* 26(4):216–219
2. Baglaj M, Carachi R (2007) Neonatal bilateral testicular torsion: a plea for emergency exploration. *J Urol* 177(6):2296–2299
3. Callewaert PRH, Kerrebroeck P van (2010) New insights into perinatal testicular torsion. *Eur J Pediatr* 169:705–712
4. Dalicho FH, Enzmann T (2002) Bilateral intrauterine spermatic cord torsion with infarction. *Z Geburtshilfe Neonatol* 206(3):94–97
5. Frederick PL, Dushku N, Eraklis AJ (1967) Simultaneous bilateral torsion of the testes in a newborn infant. *AMA Arch Surg* 94(2):299–300
6. Hitch DC, Shandling B, Lilly JR (1980) Recognition of bilateral neonatal testicular torsion. *Arch Dis Child* 55(2):153–154
7. Kaye JD, Levitt SB, Friedman SC et al (2008) Neonatal torsion: a 14-year experience and proposed algorithm for management. *J Urol* 179(6):2377–2383
8. Snyder HM, Diamond DA (2010) In utero/neonatal torsion: observation versus prompt exploration. *J Urol* 183(5):1675–1677
9. Weingarten JL, Garofalo FA, Cromie WJ (1990) Bilateral synchronous neonatal torsion of spermatic cord. *Urology* 35:135–136
10. Zampieri N, Cecchetto M, Ottolenghi A, Camoglio FS (2009) Bilateral testicular torsion: an extremely rare condition. *Minerva Pediatr* 61(4):455–457

Urologe 2012 · 51:60–62
DOI 10.1007/s00120-011-2776-3
Online publiziert: 23. Januar 2012
© Springer-Verlag 2012

S. Krege

Klinik für Urologie und Kinderurologie, Alexianer Krankenhaus Maria Hilf GmbH Krefeld, Krefeld

Erratum zu: Störungen der Sexualentwicklung und Identität im Kindes- und Jugendalter Expertenmeeting in Krefeld, 12.02.2011

Urologe 2011 50:1449–1463
<http://dx.doi.org/10.1007/s00120-011-2702-8>

Zu diesem Beitrag möchte ich auf zwei Aspekte hinweisen.

1. Herr Dr. B. Meyenburg ist Leiter der Institutsambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Frankfurter Universitätsklinikum und nicht Leiter des Institutes für Sonderpädagogik.
2. Die erwähnten Referenten haben den Inhalt ihrer Vorträge selbst zusammengefasst und der Erstautorin des Berichts zur Verfügung gestellt. Dies war in der Endfassung des Beitrags nicht ersichtlich. Ich bitte dies zu entschuldigen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. S. Krege

Klinik für Urologie und Kinderurologie, Alexianer Krankenhaus Maria Hilf GmbH Krefeld, Dießemer Bruch 81, 47805 Krefeld
susanne.krege@alexianer-krefeld.de