

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně

DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE

Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3

Reg. č. a/047/178

Hydrokéla, varikokéla, spermatokéla

Autor: MUDr. Vladimír Kubíček, CSc.

Gesce: odborná společnost urologická

Oponenti: MUDr. Pavla Toufarová
MUDr. Igor Karen

Doporučené postupy. Projekt MZ ČR zpracovaný ČLS JEP za podpory grantu IGA MZ ČR 5390-3. Copyright © 2002, ČLS JEP.

Jiné užití než pro vlastní potřebu návštěvníků [www stránek ČLS JEP](http://www.stranek.cls.cz) (<http://www.cls.cz/dp>) není dovoleno.

Doporučený postup: spermatokéla, varikokéla a hydrokéla.

Spermatokéla.

Spermatokéla je obvykle nebolestivý, cystický útvar, který může obsahovat spermie. Je uložena zpravidla nad varletem či za varletem, ale od varlete bývá zpravidla dobře palpačně ohraničena. Většina spermatokél je velikosti do 10 mm, ale některé mohou být podstatně větší a mohou pak být zaměněny za hydrokélu. Konzistence spermatokély může být měkkčí, elastická, či tvrdá, napodobující tumor. Vyskytuje se u mužů v mladším i starším věku.

Příčina vzniku není zcela jasná, pravděpodobně vzniká z tubulů, které spojují rete testis s hlavou nadvarlete.

Klinický obraz: většinou jsou spermatokély asymptotické, nezpůsobují žádné potíže. Mohou být zjištěny lékařem při palpačním vyšetření šourku, které by mělo vždy být součástí celkového vyšetření pacienta. Je-li spermatokéla větších rozměrů, může způsobovat pocit tlaku, tíhy v šourku, pacient si ji sám nahmatá.

Diagnostika: základem je anamnéza (délka trvání, souvislost s traumatem či zánětem ve skrótu), dále palpační vyšetření šourku vleže a vestoje. Hlavním diferenciativně diagnostickým vyšetřením je sonografie šourku, která by měla být provedena urologem.

Diferenciativně diagnosticky je nutné odlišit hydrokélu, varikokélu a nádorové onemocnění orgánů skróta.

Pro **diferenciativní diagnostiku nádorového onemocnění** orgánů skróta, zejména varlat jsou důležité následující údaje :

- věk muže: tumory varlat častěji postihují mladší muže, ale mohou se objevit v jakémkoli věku.
- tvrdost útvaru: čím méně je útvar elastický, čím více připomíná palpačně konzistenci "kamene", tím je suspektnější z tumorózní etiologie.
- nebolestivost. Nádory varlat málokdy bolí, spontánně i při palpaci.

Laboratorní vyšetření: při podezření na nádor varlete je indikováno vyšetření tumorózních markerů (alfafetoprotein, choriový gonadotropin, laktátdehydrogenáza), indikace k těmto vyšetřením je v kompetenci urologa.

Léčba: o léčbě by měl rozhodnout urolog. Asymptotické, jednoznačně diagnostikované spermatokély menších rozměrů nevyžadují léčbu, jen sledování (monitoraci) stavu. Aspirace obsahu tenkou jehlou je možná, ale často se opět obsah s časovým odstupem doplní. Operační řešení spočívá v šetrné enukleaci cystického útvaru ze skrotálního přístupu. Zvláštní zřetel je nutné brát na muže mladšího věku, kteří budou chtít mít v budoucnu děti. Pokud by měl takový muž azoospermii, může být obsah spermatokély cenný pro získání spermií

k asistované reprodukci, a odstranění spermatokély pak není vhodné. Terapii je tedy nutno individuálně zvážit.

Ošetrovatelská péče: po operaci podpurné prádlo (elastické, netísnicí), prevence infekce rány.

Prognóza: všeobecně dobrá, individuálně může být spermatokéla následkem či příčinou obstrukce semenných cest a souviset s neplodností muže.

Prevence: ochrana šourku před poraněním, patřičná léčba zánětlivých onemocnění orgánů šourku.

Varikokéla.

Varikokéla je rozšíření a zmnožení žilních pletení za varletem a nad varletem. Náchází se asi u 15 % mužů, častěji je vlevo. Může však být i vpravo, či oboustranně. Vlevo je častější výskyt dán delším průběhem spermatické žíly, která ústí do v. renalis sin., zatímco vpravo ústí spermatická žíla do v. cava inf. Nefunkční (inkompetentní) chlopně žilní jsou častěji na levé straně, což spolu s účinkem gravitace a nitrobřišního tlaku může vést ke zhoršení odtoku z vén plexus pampiniformis testis. Žíly se postupně dilatují a elongují.

Dochází ke zhoršení krevního průtoku varletem v důsledku žilního městání. Dochází také k poruše termoregulace varlete v důsledku refluxu teplejší abdominální žilní krve do skróta.

Klinický obraz: varikokéla nemusí způsobovat subjektivní potíže, může být zjištěna při celkovém vyšetření pacienta. Důležité je srovnat nález palpační a pohledový vleže a vestoje, ev. při Valsalvově manévru či břišním lisu. Při inkompetenci chlopní se objeví nad a za varletem dilatované a zmnožené žilní pleteně, někdy palpačně citlivé. Je vhodné pátrat i po dalších projevech žilní a vazivové deficiencie (hernie, varixy dolních končetin, hemorrhoidy) a to i v rodinné anamnéze.

Bolesti většinou tlakového charakteru a pocit tíhy v šourku jsou někdy důvodem, proč pacient vyhledá lékaře. Varikokéla může ale být zcela asymptomatickou příčinou poruchy spermiogeneze a neplodnosti muže. Koncentrace spermií a snížení jejich pohyblivosti je významné u 65 - 75 % mužů s varikokélou. Varikokéla může být příčinou hormonálního nedostatku u muže, který nemá lokální (skrotální) symptomatologii. Při dlouhodobějším působení varikokély je často patrná hypoplázie či hypotrofie varlete.

Diagnostika: základem je anamnéza (subjektivní potíže, délka trvání potíží, rodinná anamnéza postižení žilního systému, anamnéza zátěže břišního svalstva). Klinicky je nutno pečlivě palpačně vyšetřit skrotum vleže v klidu, vleže při zvýšení nitrobřišního tlaku či při Valsalvově manévru a pak tento postup opakovat vestoje. Rozhodujícím vyšetřením je vyšetření sonografické a dopplerovské, které by měl provádět erudovaný urolog - androlog. Vzhledem k tomu, že varikokéla se může objevit jako následek expanze ledviny či

tkání retroperitonea, je třeba vyloučení tumorózních změn v těchto orgánech, zejména pokud se varikokéla objeví v relativně krátké době u muže středního či staršího věku.

Diferenciálně diagnosticky je nutno odlišit spermatokélu, hydrokélu, nádorové onemocnění orgánů skróta.

Léčba: vzhledem k převážně vertikální poloze člověka vede hemostatické gravitační působení v inkompetentních žilách k pomalé progresi postižení. Proto je nejlepším postupem operační zamezení refluxu venózní krve do plexus pampiniformis. V minulosti prováděné exstirpace venózního plexu varlete vedly ke jizevnatým přeměnám v obalech testis, proto již v terapii varikokély nemají místo. Podobně nekontrolovatelný efekt má sklerotizace. Operační přístup při varikokélektomii může být v různé výši nad varletem (subinguinální, inguinální, suprainguinální, laparoskopický). Měl by selektivně přerušit refluktující žíly s prezervací spermatické arterie a lymfatických cév. Optimální postup je mikrochirurgický s farmakodynamickou dopplerovskou peroperační kontrolou.

Ošetřovatelská péče: po operaci podpůrné prádlo (elastické, netísnicí), prevence infekce rány, do zhojení bez zátěže břišní svaloviny.

Prognóza: všeobecně při správné léčbě dobrá, nutné je zvážit individuální souvislosti s plodností a hormonální aktivitou varlat.

Prevence: podpůrné prádlo, u rodinné dispozice prevence stavů zvyšujících tlak v dutině břišní (chronický kašel a zácpa, zdvihání břemen).

Hydrokéla.

Hydrokéla je způsobena nahromaděním tekutiny uvnitř tunica vaginalis testis. Může se nalézat v oblasti semenného provazce (funiculocele), ale častěji se vyskytuje kolem varlete. Může se vyskytovat i u žen (hydrocele canalis Nuckii). Rychlý vznik hydrokély může nastat po poranění šourku, po akutní nespecifické i specifické (TBC) infekci orgánů šourku, nebo po radioterapii. Častější je pomalý, chronický vznik hydrokély, kdy se příčinu někdy nepodaří zjistit. Chronická hydrokéla se častěji vyskytuje u mužů starších 40 let a je dávana do souvislosti se zhoršením cévního zásobení varlete. Komunikující hydrokéla v dětství je způsobena průchodností peritoneálního processus vaginalis testis. Může být spojena s nepřímou tříselnou kýlou. Většina komunikujících hydrokél v dětství se spontánně uzavře před dosažením 1. roku věku. Pokud přetrvává, je třeba operační korekce, stejně tak, jde-li současně o kýlu s obsahem střevní kličky.

Klinický nález: u mladších chlapců bývá anamnéza výskytu cystického útvaru v šourku, který je v ranních hodinách měkkčí a menší, ve večerních hodinách napjatý a větší. To ukazuje na perzistující malou komunikaci processus vaginalis s peritoneální dutinou. Hydrokéla většinou není bolestivá,

pokud není přítomno současně zánětlivé onemocnění orgánů skróta. U mužů bývá obvyklý nález kulovitého či oválného útvaru ve skrótu, většinou nebolestivého. Jde-li o hydrokélou semenného provazce, nachází se vřetenovité ztluštění v tříslu či v horní části skróta. Pokud je hydrokéla napjatá (tensní) může zhoršovat cévní perfúzi varlete a může být bolestivá. Objemná hydrokéla vyvolává pocit tíhy v šourku.

Diagnostika: základem vřetení je anamnéza (délka trvání, souvislost se zánětem, poraněním šourku, u mužů po 40. roce života relace ke stavu cévního systému - ateroskleróze). Klinické vyšetření pohledem a pečlivou palpací má být provedeno vleže a vestoje. Rozhodujícím vyšetřením je sonografie, která by měla být provedena urologem.

Diferenciálně diagnosticky je nutno rozlišit spermatokélu, hydrokélou, nádorové a zánětlivé onemocnění orgánů skróta.

Léčba: nejsou - li výraznější subjektivní potíže, není nutná operační léčba, pouze monitorace stavu. Aspirace obsahu hydrokély má obvykle jen dočasný efekt, tekutina má tendenci k doplňování. Instilace sklerotizujících látek nemá kontrolovatelný efekt na cévní zásobení varlete a na nadvarle, proto ji nelze doporučit. Operační léčba u dětí spočívá v revizi varlete z inguinálního přístupu, kdy je revidován stav spermatického provace, processus vaginalis peritonei a canalis inguinalis a provedena operační korekce. U dospělých je možné ze skrotálního operačního přístupu provést evakuaci obsahu hydrokély, revizi testis a pak excizi, everzi či nařasení tunica parietalis testis.

Ošetřovatelský postup: podpurné elastické netísnicí prádlo, prevence infekce rány po operaci, po inguinální operaci bez fyzické zátěže břišního svalstva do zhojení.

Prognóza: všeobecně dobrá, je nutné individuální zvážení stavu varlat, jejich cévního zásobení a jejich funkcí (spermiogeneze, hormonální aktivita).

Prevence: prevence úrazů šourku, patřičná terapie zánětlivých onemocnění orgánů šourku, po 40. roce souvislosti s cévním zásobením varlat.

Způsobilost k práci, vyjádření k pracovní neschopnosti: doba rekonvalescence po operační terapii uvedených onemocnění skróta je individuální. Velmi záleží na povolání pacienta. Např. pacient, pracující hlavně intelektuálně, může pracovat druhý den po operaci, pokud však dojíždí do zaměstnání, může mu poloha vsedě s koleny u sebe činit potíže. Podobně je tomu při delší chůzi, nutnosti častého střídání poloh, při řízení automobilu. Pokud pacient vykonává fyzicky namáhavou práci, lze dobu pracovní neschopnosti přirovnat k době obvyklé po operaci tříselné kýly.

K *diferenciální diagnostice nádorových onemocnění varlat* připomínám ještě jednou, že je nutné včasné vyšetření pacienta s onemocněním skróta odborným urologem.

Literatura:

1. DVOŘÁČEK, J. a kol.: Urologie.
ISV nakladatelství, Praha 1998.
2. KUBÍČEK, V.: Mužská infertilita.
Dizertační kandidátská práce,
obhajoba 18.5.1999 na 1. LF UK v Praze.
3. Nieschlag, E., Behre, M.H.: Andrology.
Springer - Verlag, Berlin Heidelberg New York, 2001.

Algoritmus doporučeného postupu:

Spermatokéla:

- subjektivní potíže
- anamnéza
- klinické vyšetření
- sonografické vyšetření urologem
- monitorace či terapie dle výsledků vyšetření.

Varikokéla:

- subjektivní potíže
- anamnéza
- klinické vyšetření
- sonografické a dopplerovské vyšetření urologem
- operační terapie

Hydrokéla:

- subjektivní potíže
- anamnéza
- klinické vyšetření
- sonografické vyšetření urologem
- monitorace či terapie dle výsledků vyšetření.
