



## Absces semenného váčku jako málo častá příčina septického stavu

Fogl J<sup>1</sup>, Šámal V<sup>1,2</sup>, Mečl J<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Urologické oddělení, Krajská nemocnice Liberec, a.s.

<sup>2</sup>Urologická klinika, Fakultní nemocnice UK, Hradec Králové

### Úvod

Autoři prezentují kazuistiku pacienta se zavedeným močovým katétre, u kterého došlo k život ohrožujícímu septickému stavu v důsledku abscesu pravého semenného váčku. Diskutujeme možnosti diagnostiky a léčby.

### Kazuistika

74letý pacient s chronickou retencí moči na trvalé derivaci permanentním katétre byl v průběhu 3 týdnů několikrát ošetřen v urologické ambulanci pro obtíže spojené s močovým katétre, stěžoval si na pobolívání v podbřišku. Teploty ani jiné potíže nebyly. Sonograficky byla transabdominální sondou zjištěna nejasná hypoechogenní struktura a vysloveno podezření na absces prostaty. Vzhledem k známkám septického stavu doplněno CT břicha, kde byla upřesněna lokalizace abscesu v pravém semenném váčku, podle popisu výrazně objemný pravý semenný váček 45x32mm, centrálně s

tekutým obsahem. Nasazen Cotrimoxazol a plánováno odsátí abscesu v celkové anestezii. Během několika hodin po přijetí do nemocnice však došlo k náhlému zhoršení celkového stavu, rozvoji těžkého septického stavu s respiračním i kardiálním selháním, proto přeložen na jednotku intenzivní péče. Byla zahájena komplexní léčba septického šoku, antibiotika změněna na meropenem. Po bezprostřední stabilizaci pacienta byla v celkové anestezii provedena aspirace jehlou 7 ml purulentního obsahu sonograficky navigovaným transrektálním přístupem. Následující den bylo nutno evakuaci abscesu opakovat. Z punktátu byl vykultivován komunitní kmen *Escherichia coli*, dobře citlivý na běžná antibiotika. Sonograficky byl sledován stav abscesu, došlo k jeho úplné regresi a vyléčení pacienta s dobou hospitalizace 17 dnů.



Obr.1 CT malé pánve, koronární projekce



Obr.2 CT malé pánve, axiální projekce

### Diskuse

Absces semenného váčku patří mezi málo časté klinické obrazy infekce močových cest, dlouhou dobu může zůstat neodhalen, přesto by se na něj mělo v rámci diferenciální diagnostiky pomyslet. Pacienti mohou mít teploty, nejasné bolesti v podbřišku, perineu, v oblasti varlat, iritační mikční příznaky, příměs krve, hnisu v ejakulátu, snížení množství ejakulátu. Zvýšené riziko mají pacienti, u kterých je derivaci moči zajišťována pomocí močových katétrů. Mezi možné predisponující faktory můžeme zařadit diabetes mellitus, HIV pozitivitu, alkoholickou jaterní cirhózu, stav po splenektomii, stav po vazektomii, neléčenou uroinfekci. Klinicky se per rektum zjistí bolestivá elastická rezistence v oblasti semenného váčku. Základním diagnostickým nástrojem je ultrasonografie transrektální cestou, v akutní fázi onemocnění však může být obtížně proveditelná pro vysokou bolestivost při zavádění sondy do konečníku. Hlavní význam má ve spojitosti s léčebným výkonem, aspirací abscesu tenkou jehlou, kdy je výhodnější provést výkon v celkové nebo svodné anestézii. Ze zobrazovacích metod lze samozřejmě využít i CT nebo magnetickou rezonanci. Absces semenného váčku může být spojen s akutní prostatitidou, abscesem prostaty či epididymitidou, může být infekční komplikací po biopsii prostaty (1), je však popisován raritní případ, kdy došlo k rozvoji difúzní peritonitidy. Při empyému semenného váčku bychom měli pomyslet i na

urogenitální projev tuberkulózy, bývá to zpravidla spojeno s postižením dalších orgánů. Diferenciálně diagnosticky je třeba dále odlišit cystickou dilataci, konkrement, karcinom semenného váčku. Vedle již zmiňované minimálně invazivní metody aspirací jehlou transrektálním přístupem je v literatuře zmiňována i transperineální punkce a aspirace, zvláště v souvislosti s oboustranným nálezem abscesu semenných váčků (2). Jiní autoři uvádí řešení pomocí transuretrální endoresektomy (unroofing) a drenáže abscesové dutiny. Jednalo se o případy, kdy perkutánní drenáž nevedla ke klinickému zlepšení stavu pacienta (3). Hanuš uvádí kazuistiku pacienta s abscesem semenného váčku a současnou ipsilaterální agenezí ledviny, v tomto případě byla provedena chirurgická revize a exstirpace (4). Excizi lze provést i laparoskopickým způsobem (5). Ve vybraných případech lze postupovat i konzervativně, pouze antibiotickou léčbou (6).

### Literatura

1. Raman JD. Infectious complications following prostate biopsy: a problem with need for solution. *The Canadian journal of urology*. 2013 Jun;20(3):6815.
2. Sağlam M, Uğurel S, Kilciler M, Tasar M, Somuncu I, Ucöz T. Transrectal ultrasound-guided transperineal and transrectal management of seminal vesicle abscesses. *European journal of radiology*. 2004 Dec;52(3):329-334.
3. Frye K, Loughlin K. Successful transurethral drainage of bilateral seminal vesicle abscesses. *The Journal of urology*. 1988 Jun;139(6):1323-4.
4. Hanus T. Seminal vesical abscess and ipsilateral agenesis of the kidney. *Chirurgické rozhledy*. 1997 Oct;76(10):528-9.
5. Carmignani G, Gallucci M, Puppo P, De Stefani S, Simonato A, Maffezzini M. *The Journal of urology*. 1995 Feb;153(2):437-9.
6. Kennelly MJ, Oesterling JE. Conservative management of a seminal vesicle abscess. *The Journal of urology*. 1989 Jun;141(6):1432-3.