



Náš přístup k diagnostice a léčbě nehmavného varlete



Šarapatka J¹, Polová B², Vrána J¹, Šmakal O¹

¹ Urologická klinika LF UP a FN v Olomouci

² Urologické oddělení Slezské nemocnice v Opavě

@JSarapatka

Cíl

Cílem studie je retrospektivní vyhodnocení peroperačně prokázané lokalizace varlete u pacientů s klinicky nehmavným varletem. Zvážení možnosti operačního přístupu.

Úvod

Kryptorchismus je nejčastěji diagnostikovanou vrozenou vývojovou vadou zevního genitálu u novorozenců mužského pohlaví. Nesestouplé varle můžeme hodnotit dle anatomické polohy. Z klinického hlediska je ale důležitější rozdělení na varle hmatné a nehmavné¹. Nehmavných varlat je cca 20 %.

Diagnostika nehmavného varlete se opírá o fyzikální vyšetření. Zobrazovací metody jsou poměrně nepřesné: senzitivita ultrazvukového vyšetření je pouze 45 % a specificita 78 %³. U magnetické rezonance je pak senzitivita 85 % a specificita 87 %².

Léčba nehmavného varlete je chirurgická. Operační výkon je zahájen palpací v celkové anestezii. U téměř 20 % pacientů může být varle oproti původnímu klinickému nálezu hmatné⁴. Diagnóza nehmavného varlete provedená dětským chirurgem nebo urologem může být nesprávná ve významném procentu případů, až v 21 – 85 %³.

Diagnostika nehmavného varlete a léčebný přístup je tedy problematický a liší se dle zvyklostí jednotlivých pracovišť. Tradiční přístup k operační léčbě nehmavného varlete je otevřená nebo laparoskopicky asistovaná revize^{2,5}. Při otevřeném přístupu se začíná prohlédnutím tříselného kanálu a ev. pokračováním v revizi břišní dutiny^{6,7}. Při laparoskopické operaci nejprve prohlédneme dutinu břišní^{8,9}. Při nálezu viabilního varlete následuje orchidopexie – dle možností s šetřením cévního zásobení nebo s jeho přerušením dle Fowler-Stephense.

Soubor a metody

V retrospektivní studii byly vyhodnoceny nálezy u 228 chlapců operovaných pro nesestouplé varle v letech 2017 a 2018. Diagnostika kryptorchismu byla provedena fyzikálním vyšetřením – palpací v poloze v sedu. U pacientů s hmatným varletem byla provedena orchidopexie z tříselného přístupu. U pacientů s nehmavným varletem byla provedena po palpaci v celkové anestezii revize tříselného kanálu a dle nálezu případně revize břišní dutiny, která byla provedena ze stejného operačního přístupu. Při nálezu makroskopicky zdravého varlete byla provedena orchidopexie, při vysoké retenci s retroperitoneální mobilizací d. deferens a cévního svazku nebo s jeho přerušením dle Fowler-Stephense. Při nálezu atrofického varlete byla provedena orchiektomie. Při nálezu ageneze byl výkon ukončen.

Výsledky

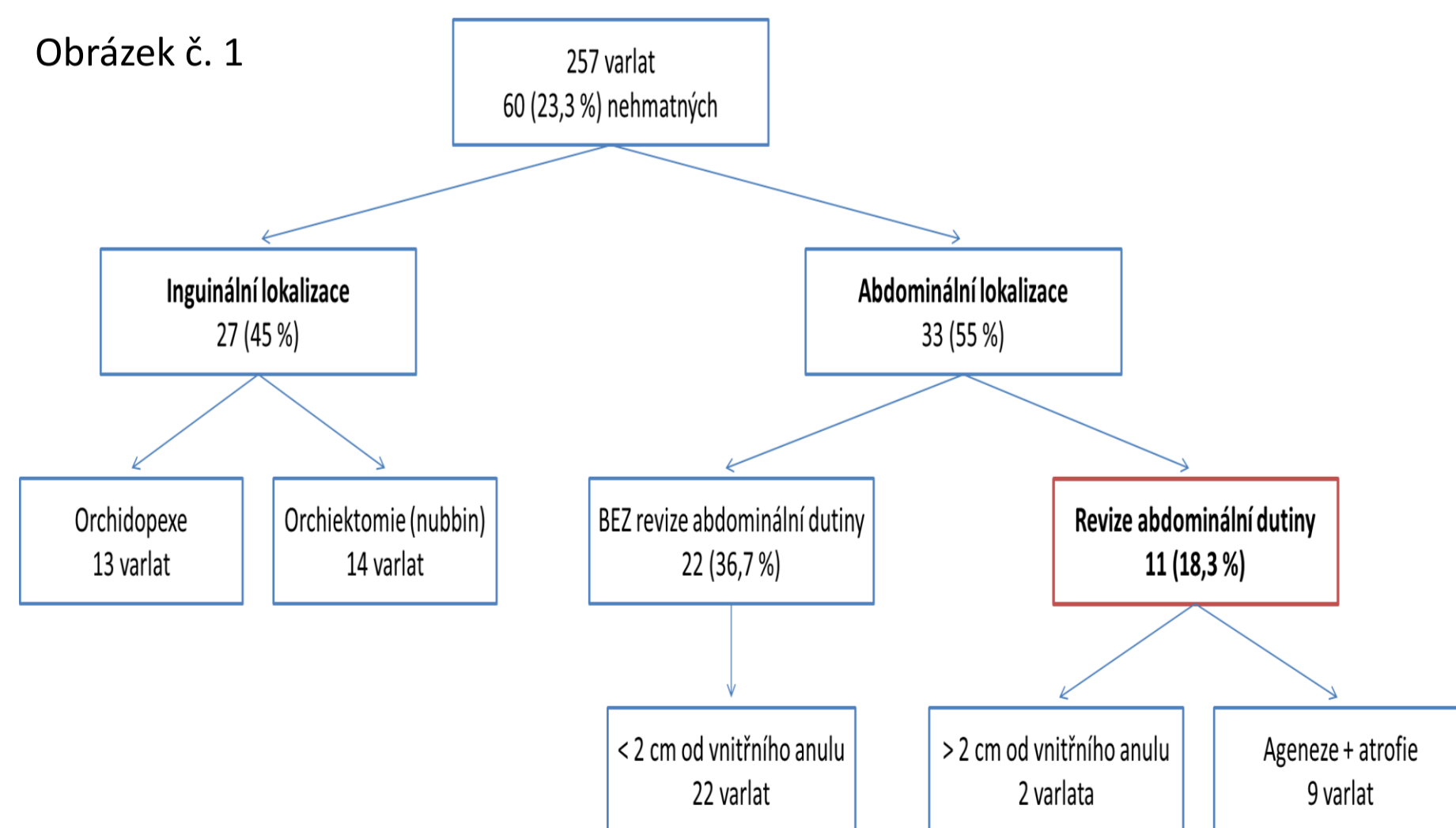
Do studie bylo zahrnuto 228 chlapců, oboustranný kryptorchismus byl u 29 chlapců (12,7 %), celkem tedy bylo operováno 257 varlat. 197 varlat bylo hmatných (76,7 %) a **60 (23,3 %) nehmavných**.

U chlapců s nehmavným varletem bylo varle lokalizováno **v inguině u 27 (45 %) pacientů**. U 13 pacientů byla provedena orchidopexie, u 14 pacientů byl odstraněn nubbin. **Intraabdominálně bylo varle u 26 (43,3 %) pacientů**. 22 varlat bylo lokalizovaných do 2 cm od vnitřního anulu včetně peeping testis a byla provedena orchidopexie (ve 2 případech dle Fowler-Stephense). Ve 2 případech byla přítomná vysoká intraabdominální retence (nad 2 cm od vnitřního anulu) a byla provedena orchidopexie dle Fowler-Stephense. Dvakrát byl nalezen a odstraněn nubbin. Ageneze varlete byla diagnostikována v 7 případech.

Revize dutiny břišní tedy musela být provedena **u 11 (18,3 %) pacientů** z celkového počtu 60 chlapců s nehmavným varletem.

Výsledky shrnuje také obrázek č. 1.

Obrázek č. 1



Závěr

Vzhledem k lokalizaci nehmavných varlat byl v patientském souboru dostačující ve většině případů tříselný přístup, revizi abdominální dutiny bylo nutné provést u **11 (18,3 %) pacientů**.