

AKUTNÍ SKROTÁLNÍ SYNDROM

MUDr. Stanislav Tichý

Klinika dětské chirurgie a traumatologie, 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
v Praze a Fakultní Thomayerova nemocnice

1 Úvod

Akutním skrotálním syndromem /ASS/ označujeme každé **náhlé a bolestivé zvětšení jedné poloviny šourku** (Obr.1). Příčinou mohou být onemocnění stěny skrota, nebo jeho obsahu, tj. varlete a nadvarlete. Postihují jak dospělé, tak děti.

Onemocnění stěny skrota je vzácnější a méně závažné. Zahrnuje akutní idiopatický edém skrota, Henoch-Schönleinovu purpuru, lokální idiopatickou nekrózu tukové tkáně a Fournierovu gangrénu skrota.

Akutní onemocnění skrotálního obsahu, tj. torze varlete, akutní epididymitida, torze přívěšků varlete a nadvarlete, uskřínutá šourková kýla nebo akutně vzniklá hydrokela, patří k častějším a hlavně závažnějším onemocněním skrota.

Uvedená onemocnění mají **podobnou symptomatologii, ale rozdílný léčebný postup**. V diferenciální diagnóze /ASS/ je nejdůležitější včas rozpoznat torzi varlete, neboť pozdě diagnostikovaná končí jeho ztrátou.

2 Onemocnění stěny skrota

2.1 Akutní idiopatický skrotální edém

Patří k nejčastějším onemocněním stěny skrota. Postihuje chlapce ve věku kolem 4 - 7 let, je charakterizován **jedno nebo oboustranným edemem šourku provázeným často i zarudnutím kůže**. Varlata nejsou postižena. Etiologie je nejasná, léčba je konzervativní a zahrnuje klid na lůžku, studené obklady a event. podání antihistaminik.

2.2 Henoch Schönleinova purpura

Henoch Schönleinova purpura je syndrom charakterizovaný **typickým kožním exantemem, kolikovitými bolestmi břicha a glomerulonefritidou**. Až u jedné třetiny nemocných je doprovázen **syndromem akutního skrota**. Jedná se o systémovou vaskulitidu, která postihuje spíše mladší chlapce. Diagnóza je snadná, jestliže se vyvinou příznaky onemocnění ještě před vznikem akutního skrota. Léčba je konzervativní.

2.3 Fokální nekróza tukové tkáně

Vyskytuje se u obézních dětí, projeví se **syndromem akutního skrota**, bez postižení varlat. Léčba je konzervativní.

2.4 Fournierova gangrena skrota

Závažné, ale vzácné onemocnění u dětí charakterizované **ischemickou nekrózou kůže skrota**. Etiologie je infekční, aerobní i anaerobní. Varlata nejsou postižena. Léčba spočívá v podání širokospektrých antibiotik, odstranění nekróz, event. v aplikaci hyperbarické komory.

3 Onemocnění skrotálního obsahu

3.1 Torze varlete (Obr.3)

Intravaginální torze varlete (Obr.2)

Tvoří 93% torzí varlete. Postihuje většinou děti. **Při ní se otáčí varle uvnitř tunika vaginalis testis, která je prostornější. Varle je anomálně zavěšené. Vyvolávajícím momentem může být prudký stah kremasterového svalu, nebo prudký pohyb.**

Extravaginální(supravaginální) torze varlete

Postihuje téměř **výhradně novorozence**, podílí se 7% na torzích varlete. **Při ní se otáčí funikulus spermaticus se svými obaly nad úrovní tunika vaginalis.** Vzniká často během neonatálního sestupu varlat, dříve, než obaly varlete adherují ke stěně skrota.

Torze mezi varletem a nadvarletem

Krajně vzácná při **vrozeně dlouhém mezorchiu.**

3.2 Torze appendices testis nebo epididymis

Jedná se o zbytky Mullerova nebo Wolfova vývodu. Tvoří **nejčastější příčinu /ASS/ u dětí.** Torkvovaný přívěšek může být hmatný nebo i viditelný přes stěnu skrota jako modravý uzlík (syndrom modré tečky). Léčí se většinou konzervativně, možno ale i operovat. Varle nebývá postiženo.

3.3 Epididymitis

Relativně častá příčina ASS hlavně u dospělých (80 - 90%). Je charakterizována **postupně se rovíjejícím ASS, tj. narůstáním otoku, zarudnutím a bolestivostí postiženého hemiskrota.**

U starších pacientů se často vyskytuje v souvislosti s močovou infekcí. Léčba je konzervativní, ATB, klid, studené obklady.

3.4 Uskřinutá šourková kýla

Poměrně častá příčina /ASS/ u malých dětí. Diagnóza není pro zkušeného problémem, neboť rodiče o kýle již vědí a uskřinutí se většinou opakuje. Při krátké anamnéze se v celkové anestezii reponuje, při delší neodkladně operuje.

3.5 Diferenciální diagnóza, klinické příznaky, léčba

V diferenciální diagnóze uvedených příčin akutního skrotálního syndromu je nutné, jak již bylo konstatováno, **včas rozpoznat torzi varlete od ostatních příčin akutního skrotálního syndromu, neboť torze vyžaduje k záchraně postiženého varlete neodkladnou operaci.** Při torzi funikulu dochází nejprve k uzávěru žil a hemoragické infarzaci varlete a nadvarlete. Po určité době nastává i uzávěr tepen a nekróza gonády. Doba, během které dochází k irreverzibilnímu poškození varlete, je různá a závisí na stupni strangulace spermatických cév. Strangulace je těžší u intravaginální torze. **Semenotvorný epitel začíná zanikat již po 2 hod. ischemie, do 6 hod. je kompletně zničen a do 10 hod. zanikají i Leydigovy buňky.**

Nejčastější klinickou manifestací testikulární torze je **náhle vzniklá bolest a otok poloviny šourku s postupně narůstajícím zarudnutím.** U starších chlapců je popisovaná jako krutá, šokující bolest, spojená často se zvracením, které může napodobit i náhlou příhodu břišní. U novorozenců a kojenců mohou být příznaky minimální. Pouze zvýšený neklid a plačtivost může být manifestací této náhlé urologické příhody.

Při objektivním vyšetření zjišťujeme na počátku lehký otok, bolestivost a postupně narůstající zarudnutí poloviny šourku. U pokročilejších případů je skrotální obsah indurován a nelze palpačně diferencovat varle od nadvarlete. Kremasterový reflex je většinou nevýbavný.

Podobnou symptomatologii můžeme avšak zjistit u dalších dvou nejčastějších příčin /ASS/ tj. torzí přívěšků varlete a nadvarlete a akutní epididymitidy. Protože z klinického nálezu a příznaků nelze spolehlivě tato onemocnění diferencovat, byly postupně vypracovány dvě vyšetřovací metody, které s velkou pravděpodobností uvedená onemocnění rozliší.

Metodou volby je **ultrasonografie skrota doplněná barevnou dopplerovskou monografií** (Obr.4b). Její spolehlivost v rukou zkušeného sonografisty se uvádí kolem 90 - 95%. Vyšetření je většinou dobře dostupné a je možno je provést v krátkém časovém intervalu.

Nejspolehlivěji, až ve 100% diferencuje ischemii-torzi varlete od ostatních neischemických onemocnění varlete a nadvarlete **izotopový testikulární scan** (Obr.4a). Vyšetření je však nákladné, technicky náročné, vyžaduje speciálně školený personál a není dostupné plných 24 hod. denně.

Léčba testikulární torze je neodkladná. Vitalita gonády se snižuje s časem. Průtok krve testikulárními cévami by měl být obnoven do 4 - 6 hod. od začátku onemocnění. Tento základní údaj, tak jako údaj o vysokém procentu torzí varlat v dětském věku, by měl znát každý, kdo přichází s ASS do styku! **Výkon spočívá v neodkladné operaci přes stěnu skrota, detorzi varlete a jeho fixaci. V případě nekrózy varlete, při pozdě provedené operaci, je nutná orchiektomie.**