

# RETENCE VARLETE

MUDr. Stanislav Tichý

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

## 1 Úvod

**Kryptorchismus** - nehmatné varle je termín pro celou řadu patologických stavů spojených s abnormálním uložením varlete.

**Retencí varlete** označujeme stav, kdy je varle zadrženo na některém místě svého sestupu z retroperitonea. Pokud se od své fyziologické cesty sestupu odchýlí, mluvíme o **ektopii**. (Obr. č. 1). V případě, že varle při operaci nenalezneme a jeho cévy končí slepě, hovoříme o **anorchii**. V tomto případě se domníváme, že prenatálně bylo vytvořeno, ale zaniklo např. při torzi. V případě, že nebylo vytvořeno vůbec, mluvíme o **agenezi**.

**Kryptorchismus** patří mezi nejčastější vrozené endokrinní vady. Postihuje přibližně 1% donošených chlapců ve věku jednoho roku.

## 2 Etiologie

Je stále předmětem diskuzí, navržena je celá řada teorií, z nichž žádná není plně akceptována. Mezi nejpravděpodobnější patří **hormonální příčiny** tj. působení androgenů na sestup varlete, hypotéza **nedostatečného intraabdominálního tlaku**, dále **mechanické faktory** jako kýlní vak, krátké spermatické cévy a fasciální pruhy. Konečně i role **gubernakula** a teorie **epididymální**.

## 3 Klasifikace

Podle Hadžiselimoviče rozeznáváme:

- **retraktilní (migrující, cestující) varle** což je stav, kdy varle zvýšenou aktivitou kremasterového svalu mění svoji polohu od ingvinální, penoskrotální až po skrotální. Varlata je možno tahem přemístit do šourku, kde se udrží. Retraktilní varlata mají histologický normální nález, nejsou spojena s poruchou fertility, a proto je pouze sledujeme,
- **retinované varle** lze najít v průběhu jeho dráhy fyziologického sestupu v **dutině břišní -resp. retroperitoneu - abdominální retence (8%)**, v průběhu **tříselného kanálu -ingvinální retence (72%)**, v okolí **anulus invg. preperitoneális - supra.**

**resp. preskrotální retence (20%).** Do této skupiny patří i **skluzné varle**, tj. retinované varle, které lze sice stáhnout do šourku, ale zde se však neudrží,

- **ektopické varle** je lokalizováno mimo svoji dráhu fyziologického sestupu a můžeme je najít **suprapubicky, na perineu, v malé pánvi** nebo krajně vzácně **v opačné polovině skrota-zkřížená ektopie** (Obr.2-5),
- **ageneze resp.anorchie**, kdy varle není při operaci nalezeno,
- **vzestup-ascensus varlete.**

## 4 Histologické změny

Tyto změny postihují v nesestouplém varleti jak **semenotvorný epitel**, tak Sertoliho a Leydigovy buňky. Semenotvorný epitel začíná degenerovat již po prvním roce života a ve 2 letech dochází až u 38% pacientů k úplné ztrátě zárodečných buněk.

## 5 Diagnostika

Opírá se především o **manuální vyšetření**, kdy se snažíme varle bimanuálně palpat, nejčastěji v ingvinálním kanále. Pacienta vyšetřujeme vleže i vstoje, zásadně pak v tureckém sedu, kdy dochází k uvolnění břišních svalů. Vyšetřovat bychom měli v teplé místnosti a teplýma rukama. Kromě klinického vyšetření používáme k určení jejich polohy a velikosti **sonografii, CT nebo magnetickou rezonanci. Laparoskopickou diagnostiku** rezervujeme pro nehmata varlata. Spojujeme ji často i s následným operačním zákrokem.

## 6 Léčba

- **hormonální**, její použití je v poslední době diskutované. Používá se **choriový gonadotropin (Predyn)** v dávkách kolem 500-1500 IU 2 x týdně podle věku a hmotnosti dítěte, nebo **gonadotropin – releasing hormon (Kryptokur)** nazálně. Tuto léčbu lze s dobrým výsledkem i kombinovat. Hormonální léčba má dobré výsledky u retraktilních varlat (až 100%), avšak u nehmata varlat je prakticky neúčinná. Rovněž tuto léčbu nepoužíváme u kryptorchismu spojeném se zřejmou anatomickou překážkou jako je např. ingvinální hernie, kterou stejně musíme operovat, nebo u zřejmé ektopie. Celkově úspěšnost hormonální léčby u nejmenších dětí nepřesahuje podle některých autorů 20%, jiní ale udávají úspěšnost až 68%,
- **operační**, klasická **otevřená**, nebo **laparoskopická** má být vzhledem k možným irreverzibilním změnám na varleti provedena nejpozději mezi **6 měsícem až 1 rokem!** Výkon spočívá v uvolnění varlete a funikulu, přemístění varlete do šourku a

jeho fixaci. K nejpoužívanějším metodám patří **operace dle Petřivalského-Shoemackera**, kdy varle po jeho uvolnění ukládáme v šourku mezi kůži a tunika dartos. Podle posledních informací je možno tento postup kombinovat s podáním gonadorelinu (Naferelin), což má pozitivní vliv na počet zárodečných buněk varlete. V případě, že varle je nehmatné, uložené retroperitoneálně ve vzdálenosti 2 cm a více od anulus ing. praeperitoneális, doporučuje se postupovat laparoskopicky technikou dle Fowlera a Stephense tj. v první době přerušit spermatické cévy a v druhé době přemístit varle do šourku a zde fixovat. Pokud je varle nenávratně poškozeno, např. výrazně atrofické, provádíme jeho odstranění-orchiektomií.

## **7 Komplikace**

Mezi časné komplikace patří **porucha funkce varlete-fertility** u pozdě léčeného kryptorchizmu. K pozdním pak zvýšené **riziko malignity (seminom, teratom)**. Retinované varle bývá častěji postiženo torzí.