

Akutní skrótum (pediatrie)

Akutní skrótum, také označovaný jako akutní skrotální syndrom (ASS), patří k urgentním stavům vyskytujícím se u dětí, který je charakterizovaný náhle vzniklou bolestí skrota, obvykle doprovázenou otokem a zarudnutím. Anamnéza bývá většinou kratší než 12 hod. Nejčastější příčinou ASS je **torze appendixu varlete** (či nadvarlete) vyskytující se u více než poloviny dětí. Druhá nejčastější příčina je obávaná **torze varlete** (resp. torze spermatického funikulu). Na třetím místě je **epididymitida** (resp. epididymo-orchitida). Ostatní příčiny jsou vzácné.

Při zanedbání či neznalosti problematiky může hrozit nevratná ztráta varlete, nebo hrozí poškození pacienta zbytečnou ATB léčbou či dokonce nesprávně indikovanou operací v celkové anestezii. Pro správnou diagnózu a léčbu je zcela zásadní kvalitní fyzikální vyšetření dítěte a cíleně odebraná anamnéza. V případě pochybností o správnosti diagnózy je třeba indikovat urgentní revizi šourku s pokusem o záchranu ischemického varlete. Při diagnostických pochybnostech je nutné doplnit Dopplerovský ultrazvuk skrota a vyšetření semenných provazců ultrazvukem s vysokým rozlišením.

Etiologie

Mezi nejčastější příčiny patří:

- Torze spermatického funiklu / skrota / varlete (26%),
- torze appendixu varlete nebo nadvarlete (45%),
- epididymitis či orchitis acuta (resp. epididymo-orchitis) (10%),
- inkarcerovaná inguinální hernie (8%).

Mezi další příčiny (méně časté až vzácné) patří trauma, hydrokéla varlete či spermatického funiklu, varikokéla, nádorové onemocnění, idiopatický edém skrota, Henoch-Schönleinova pupura, dermatitis, hematom (krvácení do nadledvin u novorozence), appendicitis v tříselné kýle, krvácení do cyst lymfedému, Fourniérova gangréna.

Diagnostika

Anamnéza

Začneme anamnézou, ve které nás zajímá nejenom současný stav symptomů, ale také doba a okolnosti jejich vzniku spolu s jejich následným vývojem až do současné chvíle. Zajímá nás **lokalizace a charakter bolesti**, kdy a jak rychle nastoupila, její propagace, zda-li je spojená s bolestí břicha a bolesti v třísech, předcházel-li bolest **otok**, nebo se projevil až poté. Ptáme se na **dysurické potíže** (pocit pálení či řezání, pruritus či tupá bolest při močení), časté nucení na močení (tedy polakisurii), **historie infekcí močových cest, sexuální anamnéza** (pohlavně přenosné choroby), údaje o eventuálním **traumatu** genitálu, informace stran prenatálního UZ screeningu vrozených vývojových vad, cíleně se doptáme na systémová onemocnění, konkrétně: hematomy, petechie a B symptomy. Ptáme se i na tělesnou teplotu (změříme) a nauseu a zvracení.

Fyzikální vyšetření

Pokračujeme fyzikálním vyšetřením pacienta v klidném a tichém prostředí s dobrým osvětlením, nejdříve ve stoje (aspekce a vyšetření kremasterového reflexu) a následně v poloze na zádech s dolními končetinami do "tureckého sedu".

1. Nejdříve si všimneme **poloze testes**. Jsou patrná pouhým pohledem? Nápadně zvýšená poloha jednoho z nich?
2. Vyšetříme **kremasterový reflex** podrážděním ne zcela tupým předmětem na vnitřní straně stehna.
3. Jsou-li testes ve skrotu, tak nás zajímá jejich **orientace** - vertikální či horizontální (tzv. *bell-clapper*).
4. Je skrotum na první pohled **oteklé, zarudlé** či někde **promodralé**?
5. Palpujeme postupně varlata, nadvarlata a semenné provazce.
6. Roztáhneme kůži skrota mezi prsty a pátráme po bodovém promodrávání (tzv. *blue-dot sign*).
7. Nezapomeneme přetáhnout opatrně **předkožku** (pouze tam, kam ji lze přetáhnout volně) a pohledem kontrolujeme **ústí uretry**.
8. Pohmatem vyšetříme, zda jsou volná **třísla**.
9. Provedeme **kompletní fyzikální vyšetření břicha** (včetně Israeliho hmatu a tappotementu).

Torze varlete

Primárním úkolem pediatra, dětského chirurga nebo urologa je na prvním místě bezpečně vyloučit torzi varlete. Při podezření na torzi varlete je vhodný pokus o manuální detorzi ještě v ambulanci, která přináší okamžitou úlevu od bolesti a dostatek času na odeslání pacienta k operaci a její zorganizování po přijetí do nemocnice.

Rozdělení dle lokalizace

- extravaginální (kolem chámovodu rotují i obaly varlete - *tunica vaginalis*),
- intravaginální (rotováno pouze *testes* uvnitř obalů),

- torze *mezorchia* (strangulace závěsného *mezorchia*).

Klinický obraz

Při torzi varlete se objeví náhlá prudká bolest varlete vystřelující do třísla, otok a zarudnutí šourku. Nejsou přítomny (narozdíl od epididymitis nebo orchitis) celkové příznaky jako horečka či schvácenost. Nejsou ani přítomny laboratorně zjištěné zvýšené zánětlivé markery.

Torze appendixu varlete nebo nadvarlete

Apendix varlete je cca 3 mm veliká rudimentární struktura Müllerianského vývodu, zatímco appendix nadvarlete je rudiment vývodu Wolffova. Oba dva jsou *stopkaté a pedunkulující*, což je predispozicí k jejich torzi. Torze appendixu u dětí má vrchol incidence u chlapců ve věku 7-12 let a jedná se o nejčastější příčinu akutního skrotálního syndromu u dětí. Může být a také často bývá doprovázená reaktivní hydrokélou varlete.

Klinický obraz

Bolest přichází náhle, obdobně jako tomu je u torze varlete. Bývá ale mírnější a bodově lokalizovaná. Varle samotné nebývá na pohmat citlivé. Při absenci většího edému lze důkladným vyšetřením vypalpat citlivou masu na horním (nejčastěji) či dolním pólu varlete. Pokud roztáhneme mezi prsty kůži skrota a pohybujeme pod ní varletem, může se nám ozřejmit migrující modravě prosvítající bod, tedy tzv. *blue-dot sign*. Kremasterový reflex bývá přítomen a často lze palpovat reaktivní hydrokélou.

Diagnóza

Diagnóza je opět především klinická a UZ s Dopplerem se doplní pouze v nejasných případech, kdy nemůžeme klinicky jasně vyloučit torzi varlete. Prokrvení varlete na Dopplerovském zobrazení je normální nebo zvýšené, lze vidět echogenní útvar s centrální hypoechogenitou.

Léčba

V současné době není primárně chirurgická léčba doporučována (jedná se o přístup toho času častější spíš v zahraničí a doporučení jsou mezinárodní, zatímco v naší zemi se často skrotum reviduje a při nálezu torkovaného appendixu se provádí jeho snesení). Bolest danou torkovaným appendixem se operací sice vyřeší okamžitě, ale přidá se bolest hojící se rány skrota, je nutná delší doba hospitalizace, dítě je zatíženo celkovou anestezií, je vystaveno obecným rizikům chirurgického zákroku (krvácení, infekce, poškození struktur skrota) a je třeba následných pooperačních kontrol. K zalezení a odeznění příznaků v drtivé většině případů postačí klidový režim po dobu jednoho týdne, lokální chlazení a běžná analgetika. Stav se u většiny pacientů upraví. V případě neúspěchu konzervativní léčby nebo při recidivě je chirurgická revize již indikována. U non-compliantních pacientů (sportovci, adolescenti) je vhodné zvážit hospitalizaci.

Epididymitis acuta

Epididymitida je akutní zánětlivé postižení varlete, které je nejčastější příčinou akutního skrotálního syndromu u dospělých.

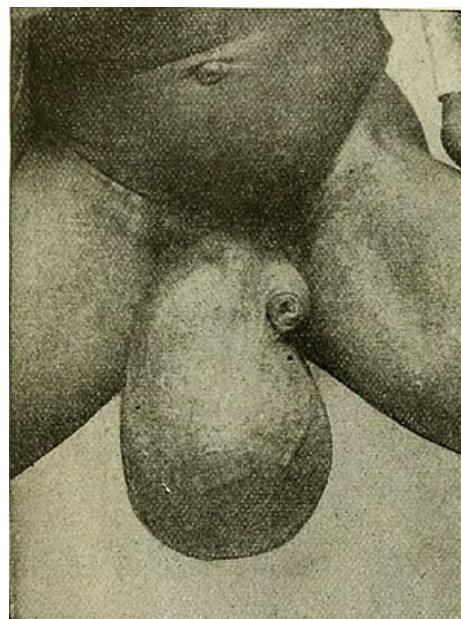
Odkazy

Související články

- Vyšetřovací metody v urologii

Použitá literatura

MUDR. ŠIMON REICH, MUDR. JAN KRÍŽ, MUDR. HANA KOLÁŘOVÁ, MUDR. JAN TRACHTA., Akutní skrotální syndrom u dětí – diagnostika a léčba. *Urologie pro praxi*. 2018, roč. 2018, vol. 4, s. 223-227, ISSN 1213-1768.



Akutní hematokéla tunica vaginalis