

HEMORAGICKÁ INFARZACE VARLETE

MUDr. Michal Fedorko, MUDr. Miroslav Krhovský

Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov

Prezentujeme případ hemoragické infarzace varlete při suspektní torzi semenného provazce, která však nebyla peroperačně potvrzena. Další příznaky a výsledky provedených vyšetření svědčí pro poměrně vzácnou trombózu testikulární žíly. U pacienta byl prokázán deficit antitrombinu III a heterozygotní forma Leidské mutace.

Urolog. pro Praxi 2008; 9(4): 193–194

Úvod

Syndrom akutního skrota patří mezi náhlé příhody v urologii. Diferenciální diagnostika je poměrně široká (tabulka 1), jejím hlavním cílem je stanovit přesnou diagnózu a včasnou kauzální léčbou předejít ztrátě varlete. I když je nejčastější příčinou infarzace varlete torze semenného provazce a trauma, je nutné myslet i na některé další vzácné příčiny, např. trombofilní stavy.

Kazuistika

V prosinci 2007 jsme vyšetřili 50letého muže pro náhle vzniklou bolest v levém podbřišku a levém varleti, která ho vzbudila ve 4.00 ráno. Byla doprovázena vegetativními příznaky (pocení, suchost v ústech, zimnice, nauzea). Na urologické ambulanci předtím

vyšetřován nebyl, léčen byl pouze neurologem pro epileptické paroxysmy typu grand mal. Nález na genitálu při fyzikálním vyšetření ve 12.40 pravé hemiskrotum bez pozoruhodností, otok levé poloviny šourku, bez erytému, palpačně bolestivé, difúzně tužší levé varle v normální poloze, bez suspektního ložiska, nadvarle bolestivé, špatně diferencovatelné, tužší a zesílený semenný provazec k pevnému anulus inguinalis superficialis. Levé varle bylo dle barevné dopplerovské ultrasonografie bez známek prokrvení, minimální hydrokéla vlevo. Pacient byl subfebrilní, vedlejším nálezem byla mírná dilatace dutého systému (DS) levé ledviny (obrázek 1), menší pravá ledvina. Biochemicky erythrocyturie, elevace CRP a jaterního souboru, ostatní v normě. Akutně byla provedena revize levého hemiskrota z inguinálního řezu s nálezem prokrváceného a nekrotického varlete a nadvarlete, současně s prokrváceným a trombotizovaným semenným provazcem až do třísla (bylo revidováno k anulus inguinalis profun-

dus), bez evidentní torze, v cavum serosum malé množství serohemoragické tekutiny.

Provedli jsme levostrannou radikální orchiektomii. V pooperačním průběhu jsme doplnili CT ledvin a retroperitonea s nálezem menší pravé ledviny, prostornějšího DS levé ledviny a reaktivního edému perirenálního a periureterálního tuku vlevo (obrázek 2), bez konkrémentů ve vývodných močových cestách. CT urografie prokázala relativní stenózu přechodu horní a střední třetiny levého močovodu (obrázek 3), diuretická renografie byla vlevo bez měštnání.

Histologické vyšetření prokázalo hemoragickou infarzaci varlete, nadvarlete i semenného provazce. Nemocný byl subfebrilní, s mírnou bolestivostí v levém mezogastriu, přetrvávala erythrocyturie. Vyslovili jsme podezření na trombózu, resp. tromboflebitidu testikulární žíly, pacient byl léčen širokospektrým ATB a nízkomolekulárním heparinem s postupným převodem na perorální léčbu warfarinem. Během 8 dnů byl afebrilní, bez potíží, s negativním moč. se-

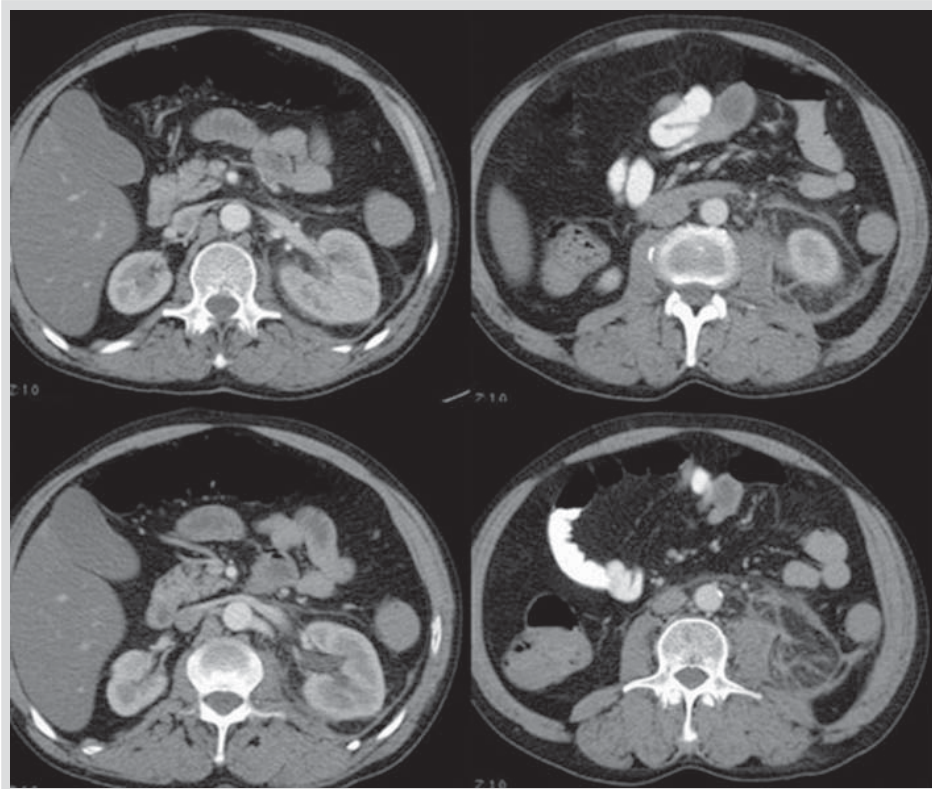
Obrázek 1. Ultrasonografie levé ledviny



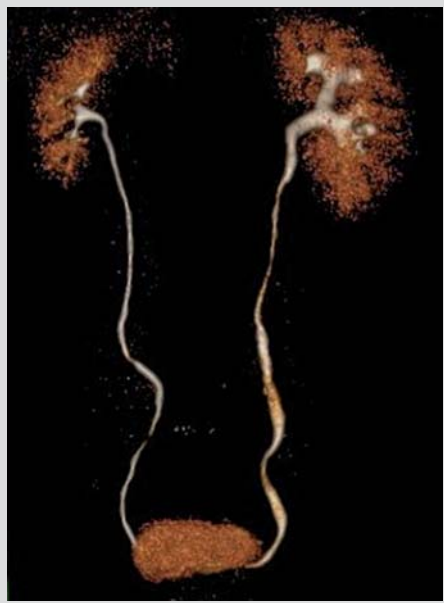
Tabulka 1. Diferenciální diagnostika akutního skrota

torze semenného provazce
torze appendixu varlete
torze appendixu nadvarlete
epididymitida
orchiepididymitida
ingvinální kýla
komunikující hydrokéla
hydrokéla
funikulokéla
trauma
dermatologické léze
zánětlivá vaskulitida (Henochova – Schönleinova purpura)
idiopatický edém skrota
tumor
spermatokéla
varikokéla

Obrázek 2. CT ledvin a retroperitonea



Obrázek 3. CT urografie



dimentem, 13. den s účinnou antikoagulační léčbou propuštěn do domácí péče.

Diskuze

Rozlišujeme globální nebo segmentální infarza-ce varlete (9). Globální infarza-ce jsou obvykle vý-

sledkem torze semenného provazce, traumatu nebo orchiepididymitidy (12). Mezi vzácné příčiny patří trombofilní stavy, u kterých dochází k sekundární hemoragické infarzaci varlete na podkladě venózní kongesce a trombózy žilního řečiště varlete (8). Byla popsána i idiopatická globální infarza-ce varlete (5).

Segmentální infarza-ce jsou neobvyklé a větši-nou idiopatické, mezi definované příčiny patří epididymitida, vaskulitidy, trauma, polycytemie, srpková anemie, torze varlete se spontánní detorzi, diabetická mikroangiopatie aj. (10, 4).

Torze semenného provazce je u mužů starších 40 let vzácná, nejstarším publikovaným případům bylo 68 a 69 let (3). Trombóza testikulární žíly vzniká v souvislosti s traumatem, nadměrnou zátěží nebo prokoagulačními stavy (6). Velmi vzácně se může se vyskytnout i spontánně. Zatím ve všech publi-kovaných případech se jednalo o levou stranu, což je dááno do souvislosti s anatomíí levé testikulární žíly (11).

U našeho pacienta nebylo možné s jistotou vyloučit torzi semenného provazce se spontánní detorzi, peroperační nález a vedlejší nálezy však byly v korelaci s diagnózou trombózy resp. trombo-flebitidy testikulární žíly (7, 2). Podrobné koagulač-

ní vyšetření prokázalo deficit antitrombinu III (jde o přirozený inhibitor srážení krve identický s heparin kofaktorem) a heterozygotní mutaci koagulačního faktoru V – Leidenskou mutaci, která je v této formě nejčastější vrozenou trombofilií v evropské popula-ci (1). Léčba spočívá v heparinizaci, nemocný byl předán do péče hematologa. Aktuálně je zcela bez urologických potíží.

Závěr

Torze varlete u pacienta staršího 40 let je vzác-ná. Hemoragická infarza-ce varlete z jiných příčin než torze nebo trauma je výjimečná, je však zná-mou komplikací u pacientů s protrombotickými sta-vy. V případě podezření na trombózu testikulární žíly proto doporučujeme provedení screeningových vyšet-ření na trombofilie.

MUDr. Michal Fedorko

Urologické oddělení, Nemocnice Kyjov
Strážovská 976, 697 01 Kyjov
e-mail: misofed@seznam.cz

Literatura

- Beran S. Hyperkoagulační stavy. Postgraduální medicína 2006; 4: 424–428.
- D'Angelo A, DellaValle P, Crippa L, Pattarini E, Grimaldi L. Autoimmune protein – S deficiency in a boy with severe thromboembolic disease. N Engl J Med 1993; 328: 1753–1757.
- Davol P, Simmons J. Testicular torsion in a 68-year-old man. Urology 2005; 66: 195e31–32.
- El Atat R, Derouiche A, Kourda N, Hammani A, Chebil M, Ben Jilani S, Ayed M. Segmental infarction of the testis: an exceptional complication of diabetes microangiopathy. Int J Impot Res 2007; 19: 615–616.
- Fukuhara Y, Shiga Y, Omori Y, Sato K. Idiopathic testicular infarction: a case report. Hinyokika Kiyo 2005; 51: 129–131.
- Chamun V, Rupp HS, Ribeiro R. Spontaneous thrombosis of the left spermatic vein. Braz J Urol 2000; 26: 406–407.
- Kretkowski R, Shah N. Testicular vein syndrome: unusual cause of hydronephrosis. Urology 10: 253, 1977.
- McKay D, Marron C, Brown R. Testicular infarction secondary to protein – S deficiency: a case report. BMC Urology 2006; 6: 17.
- Nayak S, Puranic SC, Holla VV. Testicular infarction clinically mimicking a neoplasm. Indian J Surg 2003; 65: 284–285.
- Ripa SL, Guarch TR, Hualde A, de Pablo A, Ruiz M, Pinos P. Segmental testicular infarction. Acta Urol Esp 2006; 30 (2): 227–230.
- Spier JM, Hopkins P, Hernandez A, Angel CA. A 14-year-old with left testicular pain and a slowly enlarging, tender, left inguinal mass. Contemporary Urology 2006; 1: 12–14.
- Sriprasad S, Kooiman GG, Muir GH, Sidhu PS. Acute segmental testicular infarction: differentiation from tumour using high frequency colour Doppler ultrasound. British Journal of Radiology 2001; 74: 965–967.

Základy chirurgie / Jiří Valenta et al.

Druhé, doplněné a přepracované vydání

Stručná učebnice základních chirurgických oborů je určena pro studenty bakalářských zdravotnických studijních programů a vychází ze sylabů vypracovaných na základě směrnic Evropské unie. Vzhledem k rozšiřování možnosti vysokoškolského vzdělávání z původního ošetřovatelství i pro další specializace zdravotnických pracovníků jsou do knihy zařazeny základy vyšetřovacích metod a rehabilitace u chirurgických nemocných.

Praha: Galén – Karolinum, 2007, 277 s., Druhé, doplněné a přepracované vydání, 195 × 280 mm, brožované, barevně, 600 Kč

Kontakt: Galén, spol. s r. o., Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz, www.galen.cz

