

Nesestouplé varle

MUDr. Marcela Pýchová, MUDr. Jan Trachta, MUDr. Luboš Zeman

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol

Vysvětlení pojmu a problému

Nesestouplé varle, přesněji kryptorchismus, je patologický stav, kdy chybí varle v šourku.

Varlata se během nitroděložního života vyvíjejí v dutině břišní a dále sestupují do třísla a tříselným kanálem do šourku. 3-5 % chlapců se narodí s nesestouplým varletem, většinou se jedná o jednostranné postižení, oboustranný kryptorchismus se objevuje cca v 15 %. U nedonošených chlapců se tento problém objevuje až ve 30 %.

Rozlišujeme **kryptorchismus primární**: varle se zastavilo na cestě svého sestupu – tehdy hovoříme o **retenci varlete**, nebo varle vycestovalo mimo cestu svého normálního sestupu (např. stehno, protilehlá strana šourku, hráz) – pak se jedná o **ektopii** varlete, a nebo varle zcela chybí – **anorchie** (zaniklo během nitroděložního života).

Kryptorchismus sekundární: u varlete původně sestouplého během růstu dochází k vzestupu ze šourku. Může se to stát např. po operaci tříselné kýly, kdy je semenný provazec přitažen jizvou, častěji však přirozeným růstem za určitých anatomických podmínek.

Někdy se může stát, že varlata v šourku nevidíme, ale mohou se na správném místě objevit, například pokud je dítě v klidu v sedě nebo v teplé vodě. Tento stav označujeme jako **retraktilní varle**, příčinou je mj. zvýšená aktivita svalu, který provazec obkružuje. V tomto případě není nutné operovat, je ale třeba polohu varlat sledovat až do dospělosti.

Závažnost onemocnění, tj. jakým způsobem onemocnění dítěti zasahuje do běžného života, čím ho může ohrozit do budoucna

Pro správný vývoj spermií je potřebná nižší teplota než je teplota těla, proto je důležitá poloha v šourku, kde je teplota o 2-3 °C nižší. Opačný stav může vést ke snížené plodnosti.

U nesestouplých varlat je vyšší riziko vzniku nádorů než v běžné populaci, pokud je varle v dutině břišní, je riziko až 20 x vyšší.

Dále je vyšší riziko poranění varlete při tupém poranění proti stydké kosti a torze varlete (otočení varlete a zaškrcení přívodných cév).

Jaká vyšetření jsou potřebná pro stanovení či upřesnění diagnózy a pro rozhodnutí o léčbě?

Základním vyšetřením je správně provedené fyzikální vyšetření, u pacienta vleže a v tureckém sedu, kdy vyšetřujeme polohu varlat pohmatem. U hmatných varlat již další zobrazovací metoda není potřebná, u nehmatných varlat můžeme upřesnit polohu sonografickým vyšetřením, většinou ale přistupujeme k laparoskopické revizi. Kryptorchismus může být součástí závažnější poruchy vývoje pohlaví, v tom případě se kombinuje s dalšími vadami genitálu – mikropenis či hypospadie.

Možné léčebné postupy – jejich stručná charakteristika (způsob provedení, načasování, zátěž pro nemocného, délka trvání léčby, příp. hospitalizace, možné komplikace)

Pokud není varle sestouplé do 6. měsíce věku, je potřeba dítě

vyšetřit na specializovaném pracovišti dětské urologie nebo dětské chirurgie. Léčba nesestouplého varlete by měla být vyřešena nejlépe do 1 roku dítěte, nejpozději do 18 měsíců, abychom předešli změnám ve tkáni varlete.

Hormonální léčba příliš sestup do šourku neovlivňuje, může ale přispět k zlepšení spermiogramu a plodnosti.

Chirurgická léčba: nejčastější operační postup u hmatného nesestouplého varlete je stažení varlete do šourku z tříselného přístupu (**orchidopexe**).

Nad tříselným vazem provádíme krátký řez, otevřeme tříselný kanál, uvolníme varle a semenný provazec, vytvoříme tunel, kterým vedeme varle do šourku, kde jej uložíme do kapsy vytvořené mezi kůží a podkožní tkání. K šití kůže používáme většinou vstřebatelný materiál, stehy pak nemusíme odstraňovat.

Zátěž pro pacienta je nízká, výkon je bez krevních ztrát. Délka hospitalizace bývá několik dní, fyzické šetření po operaci doporučujeme 4-6 týdnů. Běžný pooperační otok tkání šourku během 2-3 týdnů vymizí. Komplikace operace jsou zřídka, buď se jedná o krvácení z rány a hematom – krevní výron v šourku, občas se setkáme s infekcí v ráně. Spíše výjimečné u vysoké polohy varlete jsou komplikace spojené s nedostatečným prokrvením varlete, které má za následek atrofii varlete – úbytek tkáně varlete, jeho zmenšení.

V případě nehmatného varlete přistupujeme k **laparoskopické revizi**. Zavádíme z krátkého řezu pod pupkem vstup pro kameru a dále další 2 pracovní vstupy pro nástroje. Kamerou prohlédneme dutinu břišní, zejména pak oblast třísel. Tímto vyšetřením zjistíme, zda je varle v břišní dutině či v tříselném kanále, nebo zda varle chybí. Pokud najdeme varle v dutině břišní, další postup záleží na výšce jeho uložení. Varle lze pomocí laparoskopie stáhnout do šourku buď během jedné operace, nebo je nutné přistoupit k přerušení hlavních cév varlete a varle stáhnout do šourku obvykle až v dalším sezení.

Prognóza, nutnost dalšího sledování, či dlouhodobé léčby

Po operaci je nutné pacienta sledovat, bezprostředně po operaci do úplného zhojení, odeznění otoku a vstřebání stehů. Po zhojení je třeba polohu a velikost varlete kontrolovat v rámci pravidelných prohlídek. Hlavní význam má samovyšetřování (zprvu rodiči) za účelem včasného odkrytí nádoru varlete. Normální spermioqram má 57 % pacientů po jednostranné operaci, 25 % po oboustranné operaci nesestouplého varlete.