

P. Prošvic, Z. Veselský, M. Brodák

Urologická klinika Fakultní nemocnice
Hradec Králové
přednosta: doc. MUDr. P. Morávek, CSc.

PŘÍPAD SOUČASNÉ TORZE VARLETE A APPENDIXU VARLETE V NEOBVYKLÉM VĚKU

KLÍČOVÁ SLOVA:

Torze semenného provazce
Torze appendixu varlete
Neobvyklý věk

KEYWORDS:

Testicular torsion
Torsion of testicular appendix
High age

SOUHRN:

Autoři v uvedené práci upozorňují na možnost vzniku torze semenného provazce současně s torzí appendixu varlete ve věku, který není pro tuto náhlou příhodu typický. Zmíněná kombinace je v postpubertálním věku raritní.

ABSTRACT:

THE CASE OF SIMULTANEOUS TESTICULAR TORSION AND TESTICULAR APPENDIX TORSION IN UNUSUAL AGE.

Authors in this paper demonstrate the possibility of testicular torsion occurrence simultaneously with torsion of testicular appendix in the age, which isn't typical for this emergency. Described combination is rare in postpubertal age.

ÚVOD:

Torze semenného provazce a appendixu varlete je typickou akutní náhlou urologickou příhodou dětského a adolescentního věku, vyžadující vždy neodkladné řešení. Vzácněji se s tímto typem akutního skrota setkáváme i u mladých mužů.

Případ uvedený v naší práci je však netypický nejen současnou torzí semenného provazce a appendixu varlete, ale, a to především, věkem pacienta.

KAZUISTIKA:

54letý pacient s anamnézou od mládí trvajících intermitentních bolestí levého varlete. Tyto bolesti se akutně vystupňovaly 1,5 roku před vlastní torzí. Byly spojené s kolapsovým stavem a ustoupily po parenterální aplikaci analgetik.

Za zmínku stojí ještě levostranná inguinální hernioplastika před více než 30 lety.

Pacient byl akutně přijat na naší kliniku pro 3 hodiny trvající kruté bolesti levého varlete a v oblasti podbříšku, které byly spo-

jené s náhlým zduřením obsahu šourku. Intenzivní námahu, úraz či sexuální exces pacient negoval.

Při fyzikálním vyšetření byl nález na břiše, krom pro prst prostaty zevního inguinálního anulu vlevo, normální. Per rectum byla prostata normální velikosti, nebolestivá, bez patologického nálezu. Tonus svěračů byl přiměřený. Skrotum bylo zcela klidné, bez zarudnutí či otoku. Pravé varle bylo přiměřené konsistence i polohy, zcela nebolestivé s dlouhým, volným provazcem. Vlevo bylo varle dobře diferencovatelné s asi 4 cm velkým, tekutinou vyplněným útvarem v oblasti hlavy nadvarlete. Varle bylo nebolestivé, s volným, ale lehce citlivým, napnutým a mírně kratším provazcem oproti straně pravé.

Ultrasonografický nález na pravém varleti byl normální, vlevo byla nalezena mírná hydrokéla a suspektně zduřelý appendix varlete, nehomogenní a hyperechogenní. Normální nález na vlastním varleti.

I přes věk bylo pomýšleno na torzi semenného provazce či jen jeho appendixu a pro nebezpečí z prodlení nebyla provedena dopplerovská sonografie.

Mikroskopický močový nález byl normální, posun v krevním obraze mimo fyziologickou normu nebyl pozorován.

Pacient byl přijat a ihned odoperován. Peroperační nález byl překvapivý. Levé varle bylo i se semenným provazcem otočeno o 720°, v obalech byla reaktivní hydrokéla a při horním pólu na mediální straně jsme našli nekrotický torkovaný appendix, který byl extirpován. Varle i nadvarle jeví známky infarktu, měly namodralou barvu. Po detorzi během 5 minut došlo k úplné obnově průtoku a návratu přirozené barvy. Byla provedena resekce obalů a jejich zřazení dle Lorda s následnou pexí. Vpravo pak provedena revize skrota s nálezem mírné hydrokély (plikace opět dle Lorda) a zdravé varle s velmi dlouhým a volným provazcem bylo fixováno.

Po běžné pooperační péči byl pacient s per primam se hojící ranou propuštěn do domácího ošetřování 4. pooperační den.

Při ambulantní kontrole za 3 týdny po operaci shledány dobře se hojící operační rány na skrotu s lehce tužšími obaly varlete vlevo, zcela bez otoku. Pacient byl předán do péče spádové urologie.

DISKUSE:

Appendix varlete byl poprvé popsán v roce 1761 Morgagnim z Bologni (1). Appendixem jej nazval až v roce 1848 Gosselin (2). Torzi tohoto rudimentárního orgánu však popsal až Colten z Amsterdamu v roce 1922 (3). Oproti tomu torze semenného provazce byla pozorována a popsána již roku 1776 Hunterem u 18letého chlapce, u kterého se opakovala na druhé straně o rok později (4). Grafického znázornění se dočkala však až v roce 1894 (5). Tři roky poté byla také Taylorem poprvé popsána torze u novorozence (6). Již Ombrédanne roku 1913 doporučil v nejistých případech revizi (7). Hellnerův závěr, že po ischemii delší než 6 hodin dojde k atrofii varlete, platí rovněž do dnešní doby (8). První chirurgické řešení uveřejnil již v roce 1840 Delasiauve (9). O'Connor uvádí, že torze appendixu varlete je nejčastější u prepubertálních chlapců, ale může se objevit i u mladých dospělých (10).

Existují čtyři rudimentární orgány skrota, které se mohou torkovat:

- 1) appendix testis (Morgagnův klk),
- 2) appendix epididymis
- 3) paradidymis (Giraldésův orgán)
- 4) ductuli aberrantes (Hallerův orgán).

První z nich je pozůstatkem kraniální části Müllerova vývodu, je nejčastější a vyskytuje se až u 92 % mužů. Druhý je rudimentem vývodu Wolffova a zbylé dva jsou z kanálků mesonefros (11). Nejčastější výskyt torzí rudimentárních orgánů umísťuje Skoglund mezi 10. - 13. rok věku, přičemž v 95 % případů se jedná o torzi appendixu varlete (12). Méně často může dojít i k torzi appendixu nadvarlete (12) a extrémně vzácně paradidymis či ductuli aberrantes (13, 14). V 9 případech z 10 však jde právě o torzi přívěsku a pouze v jednom o torzi semenného provazce (15). V roce 1967 uveřejnil Sommo kazuistiku současné torze přívěsků na obou varletech.

Torze semenného provazce má do 25 let věku incidenci 1 : 4000 (16), i když u nás se zdá být o něco vyšší (15). V průběhu života muže jsou dvě nejpravděpodobnější období výskytu. Jedním je 1. rok života a druhým období puberty, po kterém se objevuje již vzácně. I ve vyšším věku jsou popsány bilaterální torze tvořící celkově asi 2 - 7 % všech torzí semenného provazce (17, 18, 19, 20). Kossow (20) uvádí případ 30 hodinové bilaterální torze u 20 letého

muže, u něhož byla přesto provedena oboustranná orchiopechie. Po šesti měsících došlo sice k atrofii obou varlat na velikost 1 cm, ale neprojevovaly se žádné známky nedostatku androgenů při vyšších sérových hladinách FSH a LH. Podobně i Fisch uvádí větší postižení spermatogeneze než buněk Leydigových (21). Průměrný věk pacientů s torzí semenného provazce je dle Skoglunda 9,6 roku (22). Havránek uvádí průměrný věk pro torze semenného provazce 9 let a 4 měsíce. V jeho sestavě akutních skrotů však převládaly epididymitidy (39 %), 28 % tvořily torze appendixů a jen 14 % torze semenného provazce (23). Častější výskyt epididymitid pozoroval i Tichý (24), přestože většina autorů uvádí jednoznačnou převahu torzí (25, 26). Průměrný věk jeho pacientů s torzí semenného provazce byl 11,6 roku. Melekos uvádí i 62 leté (27, 28). Andersen (29) popsal 64 pacientů s torzí semenného provazce ve věku 2 měsíců až 46 let. Popsán je případ 59 letého muže (30). Suzuki uvádí průměrný věk 16,3 roku (31). Nejrozsáhlejší je O'Connorova práce z roku 1959 čítající 718 pacientů od novorozence až po vysoký věk, průměrný věk pacientů s torzí semenného provazce uvádí 14,9 roku a nejstaršímu pacientovi bylo 78 let (10). Dle stejného autora je častější levostranná torze než pravostranná, a to v poměru 3 : 2. Tichý uvádí poměr opačný (7 : 12) (24).

Jediná práce však popisuje současnou torzi semenného provazce a appendixu varlete. V roce 1982 zveřejnil Hutchinson případ 3 letého chlapce s bolestí trvající 24 hodin, která se 3 hodiny před vyšetřením náhle zhoršila. Při revizi byl nalezen gangrenózně změněný torkovaný appendix a provazec varlete otočený o 720°. Varle však po detorzi jeví známky životnosti. Došlo tedy k torzi semenného provazce následně po torzi jeho appendixu (32).

Kromě skutečných torzí byly také v řadě případů popsány několik let trvající prodomální příznaky následované torzí semenného provazce, "neúplné" torze, resp. spontánně se upravující torze (33, 18), které mají s největší pravděpodobností negativní vliv na spermatogenní epitel, jak uvádí na sestavě 43 pacientů Jones (34).

Na vzniku torze semenného provazce se může podílet také trauma (35) a nízká teplota (36), které mají vztah k vyvolání krameterového reflexu, jehož význam v etiologii torze popsal roku 1984 Rabinowitz (37). Vzácně se torze semenného provazce může objevit i po fixaci varlete (38). Některé testalgie, hlavně ve středním a vyšším věku mohou mít i etiologii vertebrogenní (39).

V diagnostice torze semenného provazce i rudimentárních orgánů skrota se kromě pečlivé anamnézy a fyzikálního vyšetření významně uplatňuje dopplerovská ultrasonografie, mající až 86 % senzitivitu a 100 % specifitu (40, 41), i isotopové vyšetření varlete, u kterého však byl popsán i falešně pozitivní výsledek (23).

ZÁVĚR :

Z uvedeného vyplývá, že torze semenného provazce, ač považována za onemocnění dětského a pubertálního věku, může postihnout muže v kterémkoliv období života včetně věku pokročilého, a to velmi vzácně i v kombinaci s torzí appendixu varlete či nadvarlete. Proto u každého pacienta bez ohledu na jeho věk je třeba myslet i na možnost torze semenného provazce, a pokud ji nelze vyloučit okamžitě, indikovat revizi skrota.

LITERATURA:

1. Morgagni, G. B.: De sedibus et causis mortuorum per anatomen indagatis libri V. Venice, 1761.
2. Gosselin, L.: Recherches sur les Kystes de l'Epididyme, du Testicule et de l'appendix Testiculaire. Arch. Gener. de Med. Tome 16, Paris, 1848
3. Colt, G. H.: Torsion of the hydatid of Morgagni. Brit. J. Surg., 9, 1922, s. 464.
4. Hunter, J.: A treatise on the venereal disease. London, 1810.
5. Lauenstein, C.: Die Torsion des Hodens. Sammlung Klin. Vortr., 92, 1894, s. 1.
6. Taylor, M. R.: Torsion of the testis occurring during or immediately after birth. Brit. Med. J., 2, 1897, s. 458.
7. Ombrédanne, M.: Torsion testiculaires chez les enfants. Bull. Mem. Soc. Chir., 38, 1913, s. 779.
8. Hellner, H.: Die örtlichen Kreislaufstörungen des Hodens. Bruns Beitr. Klin. Chir., 158, 1933, s. 225.
9. Delasiauve, L. J. F.: Descente tardive du testicule gauche prise pour une hernie étranglée. Rev. med. franc. et étrang., s. 363 - 375, 1840.
10. O'Connor, V. J.: Torsion of the spermatic cord and torsion of the hydatid testis. Med. Clin. N. Amer., 43, 1959, s. 1731.
11. Rolnick, D., Kawanoue, J. W., Szanto, P. and Bush, I. M.: Anatomical incidence of testicular appendages. J. Urol., 100, 1968, s. 755.
12. Skoglund, R. W., McRoberts, J. W. Radge H.: Torsion of testicular appendages: presentation of 43 new cases and a collective review. J. Urol., 104, 1970, s. 598.
13. Cywes, S.: The painful testis in infants and children. S. Afr. J. Surg., 4, 1966, s. 3.
14. Coppridge, W. M. and Roberts, L. C.: Torsion of the appendix testis. J. Pediatr. 32, 1948, s. 184.
15. Dvořáček, J.: Syndrom akutního skrota. Prakt. Lék., 76, 1996, No. 4, s. 164 - 166.
16. Barada, J. H., Weingarten, et al.: Testicular salvage and age-related delay in the presentation of testicular torsion. J. Urol., 142, 1989, s. 746.
17. Williamson, R. C.: Torsion of the testis and allied conditions. Brit. J. Surg., 63, 1976, s. 465.
18. Wasnick, R. J. Steigman, E. and Macchia, R. J.: Simultaneous bilateral torsion of the testes in a man. J. Urol., 125, 1981, s. 427.
19. Shefi, S. and Haskel, Y.: Simultaneous bilateral testicular torsion in an adult. J. Urol., 159, 1998, s. 206 - 207.
20. Kossow, A. S.: Bilateral synchronous testicular torsion: a case report. J. Urol., 152, 1994, s. 1211 - 1212.
21. Fisch, H., Laor, E., Reid, R. E., Tohia, B. M., Freed, S. Z.: Gonadal dysfunction after testicular torsion: luteinizing hormone and follicle-stimulating hormone response to gonadotropin releasing hormone. J. Urol., 139, 1988, No. 5, s. 961 - 4.
22. Skoglund, R. W., McRoberts, J. W. Radge, H.: Torsion of the spermatic cord: a review of the literature and an analysis of 70 new cases. J. Urol. 104, 1970, s. 604.
23. Havránek, P., Machart, M.: Akutní skrotální syndrom u dětí. Rozhl. Chir. 75, 1996, No. 10, p. 470 - 473.
24. Tichý S.: Torze varlete - jedna z příčin akutního skrotálního syndromu u dětí. Čs. Pediatr., 40, 1985, No. 10, p. 576 - 579.
25. Caldamone, A. A., Valvo, J. R., Altebarmakiam, V. K., Rabinowitz, R.: Acute scrotal swelling in children. J. Ped. Surg., 19, 1984, 5, p. 581 - 584
26. Černý, V., Reif, R.: Torze varlat. Rozhl. Chir., 56, 1977, 11, p. 758 - 763
27. Melekos, M. D.: Retesticular torsion in a 59-year-old man. J. Urol., 155, 1996, s. 2038.
28. Melekos, M. D., Patsalas, J., Christoforidis, P., Melekos J. and Asbach H. W.: Torsion of the testis in adults. Hellenic Armed Forces Med. Rev., 18, 1984, s. 107.
29. Andersen, L., Wille-Jorgensen, P. A.: Torsion of the testis. A 5-year material. Scand. J. Urol. Nephrol., 24, 1990, No. 2, s. 91 - 3.
30. Londergan T. A.: Testicular torsion in a 59-year-old man. J. Urol., 154, 1995, No. 4, s. 1480.
31. Suzuki, K., Inaba, S., Takeuchi, H.: Clinical study on acute scrotum. Hinyokika. Kiyo., 37, 1991, No. 10, s. 1287 - 91.
32. Hutchinson, G. H.: Coincident torsion of appendix testis and spermatic cord. B. J. Urol., 54 (3), 1982, p. 322.
33. Creagh, T. A., McDermonett, T. E., McLean, P. A., Walsh, A.: Intermittent torsion of the testis. BMJ. 297, 1988, 20 - 27 Aug. No. 6647, s. 525.
34. Jones, D. J.: Recurrent subacute torsion: prospective study of effectson testicular morphology and function. J. Urol., 145, 1991, No. 2, s. 297.
35. Sanders, L. M. Premkumar, A., Amis, E.S. Jr., Cohen, M., Newhouse, J. H.: Trauma-induced testicular torsion: ultrasonographic features and pathologic correlation. JCU. J. Clin. Ultrasound., 17, 1989, No. 7, s. 538.
36. Hoshino, H., Abe, T., Watanate, H., Katsuoka Y., Kawamura, N.: Correlation between atmospheric temperature and testicular torsion. Hinyokika. Kiyo., 39, 1993, No. 11, s. 1031 - 3 .
37. Rabinowitz, R.: The importance of the cremasteric reflex in acute scrotal swelling in children. J. Urol., 132, 1984, s. 89.
38. Chingewundoh, F. I.: Acute testicular torsion following testicular fixation. Br. J. Urol., 76, 1995, No. 2, s. 268.
39. Výborný, K. Jemelík R.: Méně častá příčina testalgií. Rozhl. Chir., vol. 71, 1992, No. 11, s. 603.
40. Burks, D. D., Markey, B. J., Burkhard, T. K., Balsara, Z. N., Haluska, M. M., Canning, D. A.: Suspected testicular torsion and ischemia: evaluation with colour Doppler sonography. Radiology, 175, 1990, No. 3, s. 815 - 21.
41. Hendrikx, A. J., Dang, C. L., Vroegindeweij, D., Korte, J. H.: B - mode and colour flow duplex ultrasonography: a useful adjunct in diagnosing scrotal diseases ? Br. J. Urol., 79, 1997, No. 1, s. 58 - 65.

MUDr. Petr Prošvic
Jungmannova 1440
500 02 Hradec Králové 2