M. Pešl[1], R. Kočvara[1,2], M. Babjuk[1,2], J. Dvořáček[1,2], J. Langer[3]

[1]Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha
[2]Katedra urologie IPVZ, Praha
[3]Klinika dětí a dorostu VFN a 1. LF UK, Praha

SYNDROM AKUTNÍHO SKROTA U PACIENTŮ S HENOCH-SCHOENLEINOVOU PURPUROU

KLÍČOVÁ SLOVA

Henoch-Schoenleinova purpura
Akutní skrotum

SOUHRN

Cílem práce je upozornit na neobvyklou příčinu syndromu akutního skrota s různým diagnostickým postupem.

V článku předkládáme případ 2 pacientů s Henoch-Schoenleinovou purpurou (HSP), u kterých došlo k rozvoji syndromu akutního skrota. V jednom případě jsme přistoupili k operační revizi, protože na základě fyzikálního a ultrazvukového vyšetření nebylo možno vyloučit torzi provazce semenného. Při operační revizi byla zjištěna pouze epididymitida. U tohoto pacienta byla stanovena diagnóza HSP až dodatečně. Ve druhém případě jsme se znalostí základní diagnózy HSP postupovali konzervativně. Ani v jednom případě se nejednalo o torzi provazce semenného, obtíže byly způsobeny epididymitidou při HSP.

Akutní skrotum může být jedním z prvních projevů HSP. Průběh je obvykle benigní, který lze zvládnout konzervativně, pokud je vyloučena torze provazce semenného.

KEY WORDS

Henoch-Schoenlein purpura
Acute scrotum

SUMMARY

SYNDROMA OF ACUTE SCROTUM IN PATIENTS WITH HENOCH-SCHOENLEIN PURPURA

The aim of the study is to draw medical attention to an unusual cause the syndrome of acute scrotum with a different diagnostic scheme.

In my paper I present the case of two patients with Henoch-Schoenlein purpura, in whom the syndrome of acute scrotum occured. In one case we proceeded to surgical revision, as the torsion of the seminal cord could not be excluded on the basis of physical examination and ultrasound. Only epididymitis was found during surgery. The diagnosis of HSP was established only later in this patient. With the knowledge of HSP diagnosis, we adopted a conservative approach in the second case. The torsion of seminal cord was not present in any of the cases, the symptoms were cause by epididymitis associated with HSP.

Acute scrotum can be one of the first manifestations of HSP. The course is usually benign and can be managed conservatively, in case the torsion of the seminal cord is excluded.

ÚVOD

Henoch-Schoenleinova purpura (HSP) je syndrom charakterizovaný typickým kožním exantémem, kolikovitými bolestmi břicha, bolestí kloubů a glomerulonefritidou. Řadí se mezi systémové vaskulitidy s predominantním postižením ledvin. Vyskytuje se především u dětí mladších 10 let, častěji u chlapců [1]. Popsán je i případ 75letého pacienta s HSP, i když výskyt v této věkové kategorii je spíše raritní [2].

Etiologie a patogeneze může být podobná jako u IgA–nefropatie, která je některými autory pokládána za orgánově limitovanou formu HSP. IgA–nefropatie se však vyskytuje ve vyšším věku a mívá častěji chronický průběh. Předpokládá se, že interkurentní infekce či alergická reakce, např. píchnutí hmyzem, vyprovokuje depozici imunokomplexů obsahujících IgA v tkáních.

Mezi typické klinické příznaky patří kožní exantém s opakovanými výsevy symetrických urtikárních eflorescencí, přecházejících v purpuru až nekrózy na extenzorových stranách končetin, zejména v okolí velkých kloubů. Dále se u pacientů s HSP často

setkáváme s kloubními bolestmi, někdy doprovázenými otoky končetin. Častá je břišní symptomatologie (kolikovité bolesti břicha, známky krvácení do GIT). Postižení ledvin ve smyslu glomerulonefritidy (u 25 – 50 % pacientů) se projevuje nejčastěji hematurií různé intenzity, někdy doprovázenou mírnou proteinurií, oligurií s různým stupněm poklesu renálních funkcí [1].

U části pacientů dochází k rozvoji syndromu akutního skrota. Většina autorů tuto manifestaci považuje spíše za raritní [3], avšak podle některých studií jsou skrotální obtíže vyjádřeny u 15 – 38 % pacientů s HSP [4,5,6]. V literatuře lze nalézt pouze nevelké množství prací zabývajících se touto problematikou, často se jedná pouze o kazuistiky [7,8,9].

Předkládáme zde případ 2 pacientů s Henoch-Schoenleinovou purpurou, u kterých došlo k rozvoji syndromu akutního skrota. V jednom případě jsme postupovali konzervativně, u druhého pacienta jsme přistoupili k operační revizi. Ani v jednom případě se nejednalo o torzi, obtíže byly způsobeny epididymitidou při Henoch-Schoenleinově purpuře.

Kazuistika č. 1

Pacientem byl 10letý chlapec s přibližně 2denní anamnézou bolestivého zvětšení levého varlete a bolestí v obou tříslech. Uvedené obtíže byly doprovázeny symetrickým exantémem a bolestivostí dolních končetin, klaudikacemi a subfebriliemi. Pacient byl nejprve přijat na Kliniku dětí a dorostu VFN a 1. LF UK. Při příjmu byl fyzikálním vyšetřením zjištěn výrazný otok a zarudnutí kůže levého hemiskrota s mírnou palpační citlivostí. Vzhledem k podezření na torzi levého varlete byl pacient přeložen na naši kliniku. Nálezem při ultrazvukovém vyšetření v B-modu bylo zvětšení celého levého nadvarlete, na pravém nadvarleti a obou varlatech byl nález fyziologický. Při ultrazvukovém vyšetření s využitím *power doppler*a se nepodařilo identifikovat cévní pulzaci v levém varleti. Operační revize prokázala zduření hlavy *epididymis,* obaly mírně edematózně změněné, bez známek vaskulitidy. Pacient byl po 24 hodinách v dobrém stavu přeložen zpět na Kliniku dětí a dorostu VFN a 1. LF UK. Diagnóza Henoch-Schoenlenovy purpury byla stanovena až dodatečně, tedy po operační revizi na základě typických klinických projevů HSP (otok kloubů, purpura a nodozity na DK při fyziologických hladinách zánětlivých parametrů - CRP, sedimentace a krevního obrazu). Fyzikální i ultrazvukový nález na varlatech je po 11 měsících sledování v normě.

Kazuistika č. 2

V tomto případě byl pacientem 10letý chlapec s již dříve diagnostikovanou Henoch-Schoenleinovou purpurou. Na Kliniku dětí a dorostu VFN a 1. LF UK byl přijat pro asi 10denní anamnézu bilaterálního perimaleolárního makulopapulózního exantému, který se během 2 dní rozšířil na celé dolní i horní končetiny. Obtíže byly doprovázeny subileózním stavem, kolikovitými bolestmi břicha a intermitentní makroskopickou hematurií. Dětským chirurgem byla vyloučena náhlá příhoda břišní. Po týdnu od začátku obtíží se přidružil otok a bolestivost v oblasti pravého hemiskrota. Ultrazvukové vyšetření skrota prokázalo normální nález na levém varleti i nadvarleti, vpravo volnou tekutinu v obalech varlete, zbytnělou hlavu nadvarlete, varle bylo intaktní, lehce horizontálně rotované. Vyšetření *power doppler*em ukázalo jasnou perfuzi do nadvarlete i varlete oboustranně, perfuze pravého nadvarlete byla zvýrazněná. Při laboratorních vyšetřeních byly opakovaně zjištěny normální koagulační i zánětlivé parametry. Stav byl uzavřen jako epididymitida při základní diagnóze HSP. Pacient dostával po 7 dní Augmentin 3krát 700 mg, Solu-Medrol 1krát 25 mg, dávky kortikoidů byly postupně redukovány. Průběh onemocnění byl benigní při konzervativním postupu. Během 12měsíčního sledování se při fyzikálním ani ultrazvukovém vyšetření neprokázala odchylka od normy.

DISKUSE

Urologická manifestace HSP zahrnuje hematurii, symetrický, či asymetrický otok a purpuru kůže skrota, jednostranné, či oboustranné edematózní zvětšení varlete spolu s nadvarletem, hematom perinea nebo skrota, hematokélu, hematom funikulu nebo hydrokélu. Pacienti přicházejí s příznaky imitujícími infekční orchiepididymitidu, torzi provazce semenného či apendixu varlete.

Anatomicko-histologické nálezy odpovídají nejčastěji zánětlivým změnám jak v nadvarleti, tak i ve varleti [7]. V některých případech jsou přítomny známky vaskulitidy stěny šourku i nadvarlete. Na vzniku obtíží se může podílet i trombóza spermatických žil [10]. V obou našich případech bylo edémem postiženo nadvarle spolu s obaly varlete a kůží skrota. Známky vaskulitidy kůže nebyly přítomny.

Z anamnézy a fyzikálního vyšetření bývá často velmi obtížné bezpečně odlišit testikulární torzi od změn vzniklých na podkladě akutního zánětu. Esenciálním vyšetřením je ultrasonografie sondou s vysokou frekvencí (7,5 – 11,0 MHz), při němž můžeme pozorovat nehomogenně uspořádané heterogenní a hypoechogenní oblasti v tkáni varlete. Použití ultrazvuku s *power doppler*em a s barevným dopplerovským mapováním (*colour flow mapping*) odhalí zvýšenou vaskularizaci intraskrotálních struktur [3]. Tento nález byl zjištěn při vyšetření našeho druhého pacienta, u nějž jsme při znalosti základní diagnózy HSP postupovali konzervativně.

Terapeutické možnosti syndromu akutního skrota u HSP zahrnují konzervativní i chirurgické postupy. V retrospektivní studii z roku 2001 byly zhodnoceny výsledky léčby 93 pacientů s HSP. Z celého souboru se skrotální symptomy prezentovaly u 22 (24 %) pacientů, z nichž 8 (36 %) podstoupilo revizi obsahu skrota pro nepřesvědčivý diagnostický závěr ve smyslu vyloučení torze varlete. Ta nebyla při revizi prokázána ani u jednoho pacienta [11]. Naproti tomu O´Regan a Robitaille popsali případ, u nějž se kombinovala HSP s torzí provazce [12].

U našich dvou pacientů jsme v prvním případě přistoupili k operační revizi vzhledem k tomu, že fyzikální ani ultrazvukové vyšetření spolehlivě nevyloučilo torzi provazce semenného. Peroperačním nálezem bylo pouze zduření nadvarlete, především jeho hlavy, a edém obalů varlete. Ve druhém případě jsme se znalostí základní diagnózy HSP a na základě výsledků fyzikálního a ultrazvukového vyšetření, které nesvědčily pro torzi provazce semenného, postupovali konzervativně. U obou pacientů došlo při léčbě základního onemocnění k odeznění skrotálních příznaků bez následků.

Někteří autoři referují o dobrých léčebných výsledcích s použitím systémové kortikoterapie [13,14]. I u našeho druhého pacienta byla součástí léčby systémová aplikace kortikoterapie. V případě, kdy obtíže vznikly na podkladě trombózy spermatických žil, mělo dobrý efekt použití nízkomolekulárního heparinu [10].

ZÁVĚR

Až u třetiny pacientů s Henoch-Schoenleinovou purpurou dochází k rozvoji syndromu akutního skrota. Ve většině těchto pří-

padů anatomicko-histologický nález odpovídá pouze zánětlivým změnám. V případě, že provedená vyšetření nesvědčí pro torzi varlete, lze postupovat konzervativně. Potíže ustupují s léčbou základního onemocnění bez následků.

Práce byla podpořena projektem VZ MSM 111100005.

LITERATURA

1. Fučíková T. Imunopatologické stavy. In: Klener P et al. Vnitřní lékařství. 2. vyd. Praha, Galén 2001: 424.
2. Romero PP, Amat CM, Rafie MW, Merenciano CFJ. Acute scrotal hematoma in Schoenlein-Henoch purpura. Infrequent urologic manifestation. Actas Urol Esp 1997; 21: 489-93
3. Dayanir YO, Akdilli A, Karaman CZ, Sonmez F, Karaman G. Epididymoorchitis mimicking testicular torsion in Henoch-Schonlein purpura. Eur Radiol 2001; 11: 2267-2269.
4. Clark WR, Kramer SA. Henoch-Schonlein purpura and the acute scrotum. J Pediatr Surg 1986; 21: 991-992.
5. Stein BS, Kendall AR, Harke HT, Naiman JL, Karafin L. Scrotal imaging in the Henoch-Schonlein syndrome. J Urol 1980; 124: 568-569.
6. Kočvara R. Pediatrická andrologie. In: Dvořáček J et al. Urologie III. Praha, ISV 1998: 1389-1389.
7. Usuda K, Kawasaki C. Acute epididymitis in Schoenlein-Henoch purpura: a case report of emergency exploration. Hinyokika Kiyo 1987; 33: 1292-1295.
8. Sakai N, Kawamoto K, Fukuoka H, Nakajima S, Kurozumi H. Acute scrotal swelling in Henoch-Schonlein purpura: a case report. Hinyokika Kiyo 2000 46: 739-741.
9. Doležal J, Ženíšek J. Syndrom akutního skrota u dítěte jako první příznak Henoch-Schoenleinovy purpury. Čes Urol 2002; 6 (2): 22.
10. Diana A, Gaze H, Laubscher B, de Meuron G, Tschantz P. A case of pediatric Henoch-Schonlein purpura and thrombosis of spermatic veins. J Pediatr Surg 2000; 35: 1843-1843.
11. Ioannides AS, Turnock R. An audit of the management of the acute scrotum in children with Henoch-Schonlein Purpura. J R Coll Surg Edinb 2001; 46: 98-99.
12. O´Regan, S, Robitaille P. Orchitis Mimicking Testicular Torsion in Henoch-Schonlein´s Purpura. J Urol 1981; 126: 834-835.
13. Danobeitia JC, Gomez Parada J, Puyol Pallas M, Vila Cots J, Comesias Gonzalez MJ, Gallastegui Acute scrotum and Schonlein-Henoch purpura: report of 2 new cases. Arch Esp Urol 2001; 54: 168-170.
14. Choong CS, Liew KL, Liu PN, Kuo TU, Su CM. Acute scrotum in Henoch-Schonlein purpura. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei) 2000; 63: 577-580.

MUDr. Michal Pešl
Urologická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 6, 128 08 Praha 2