

pouze tři kazuistiky popisující toto onemocnění, všechny tři práce pocházely z Japonska (2, 7, 8). Etiopatogeneze eosinofilní funikulitidy není dosud objasněna. Eosinofilní proliferace je často přítomna při alergických či parazitárních onemocněních, laboratorně mohou být zvýšené IgE protilátky. U našeho pacienta se souvislost s alergií nepotvrdila, epidemiologická souvislost s parazitárním onemocněním rovněž ne.

Pečlivé fyzikální vyšetření je v diagnostice tříselných změn zásadní. Primární zobrazovací metodou bývá, i vzhledem ke své široké dostupnosti, ultrasonografie. Při nejasném nálezů je vhodné doplnit další zobrazovací vyšetření jako CT nebo magnetickou rezonanci. Léčba při podezření na expanzi vycházející z provazce je primárně chirurgická. Rozsah operačního zákroku závisí nejenom na lokální pokročilosti nálezů, zejména pak na výsledku histologického vyšetření. K definitivnímu určení diagnózy je důležité i imunohistochemické vyšetření materiálu a úzká spolupráce s patologií.

Výsledek histologie je pak zásadní pro další léčebný postup.

ZÁVĚR

Eosinofilní funikulitida je extrémně vzácné benigní onemocnění nejasné etiologie, nicméně v diferenciální diagnostice expanzí provazce je na něj třeba myslet. Při patologických změnách provazce je třeba vždy pomýšlet na možnost nádorového onemocnění. Léčba je primárně chirurgická a v naprosté většině případů je definitivní diagnóza stanovena až histologickým vyšetřením preparátu. Před operačním výkonem je nutné dostatečně pacienta informovat o rozsahu zamýšleného výkonu i o možné nutnosti provedení orchiektomie. V tomto případě je vhodné nabídnout kryoprezervaci spermatu. Pokud je to možné, je vždy s výhodou opřít rozhodnutí o rozsahu chirurgického výkonu o peroperační histologii.

LITERATURA

1. Ramanathan S, Palaniappan Y, Sheikh A, et al. Crossing the canal: looking beyond hernias – spectrum of common, uncommon and atypical pathologies in the inguinal canal. *Clin Imaging* 2017; 42: 7–18.
2. Yamada K, Ikubo A, Ikeda S, et al. Eosinophilic funiculitis initially diagnosed as irreducible inguinal hernia: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 35: 44–48.
3. Bolat D, Gunlusoy B, Yarimoglu S, et al. Isolated thrombosis of right spermatic vein with underlying Factor V Leiden mutation. *Can Urol Assoc J.* 2016; 10(9–10): E324–E327.
4. Dagur G, Gandhi J, Kapadia K, et al. Neoplastic diseases of spermatic cord: an overview of pathological features, evaluation and management. *Transl Androl Urol.* 2017; 6(1): 101–110.
5. Gregorio MD, D'Hondt L, Lorge F, Nollevaux MC. Liposarcoma of the spermatic cord: an infrequent pathology. *Case Rep Oncol.* 2017; 10(1): 136–142.
6. Li F, Tian R, Yin C, et al. Liposarcoma of the spermatic cord mimicking a left inguinal hernia: a case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2013; 11: 18.
7. Araki A, Yanagisawa M, Nagasima M, et al. A case report of eosinophilic funiculitis difficult to distinguish from incarceration of inguinal hernia. *Hinyokika Kyo.* 2013; 59(2): 141–143.
8. Yumura Y, Yamashita Y, Hamano A, et al. A case report of eosinophilic vasculitis in the spermatic cord difficult to distinguish from incarceration of inguinal hernia. *Jpn. Urol. Surg.* 2004; 17(5): 425–428.