

ASLO. Při pozitivních výsledcích těchto vyšetření tak máme podezření např. na poststreptokokovou glomerulonefritidu a v takovém případě je třeba dítě odeslat k dětskému nefrologovi.

Je-li odpověď na otázku a) negativní, následuje:

b) Jsou přítomny symptomy infekce močových cest (dysurie, strangurie, polakisurie, zvýšená tělesná teplota)? Při pozitivní odpovědi je vhodné doplnit komplexní vyšetření moči (kultivace moči) a při stanovení diagnózy infekce močových cest zahájit terapii. Při negativní odpovědi na otázku b) následuje:

c) Jsou přítomny symptomy urolitiázy (resp. renální koliky)?

Při pozitivní odpovědi je pak vedle standardního UZV vhodné doplnit prostý nativní nefrogram, případně spirální nativní CT (je-li to technicky možné, tak v low-dose režimu), event. MR, dále vyšetření moči, případně i stanovení např. kalcium/kreatininového indexu v moči. Jde de facto o diagnostiku urolitiázy a následně její řešení, které je v rukou dětského urologa. Při negativní odpovědi na otázku c) je na řadě otázka:

d) Je anamnéza traumatu?

Pokud ano, je třeba doplnit v první řadě standardní zobrazovací metody jako UZV, CT event. MR. Při nalezení abnormalit (ve smyslu traumatických změn) je pak příslušné řešení v rukou dětského urologa. Je-li i na otázku d) negativní odpověď, tak se obvykle spouští algoritmus komplexního došetřování vesměs v úzké spolupráci s dětským nefrologem (2).

NA CO PAMATOVAT U MIKROSKOPICKÉ HEMATURIE?

Vzhledem k nemalému výčtu vesměs nefrologických diagnóz, jež se uvádí jako možné příčiny mikroskopické hematurie, patří podrobnější došetřování spíše do rukou dětského nefrologa. Úloha urologa spočívá de facto ve vyloučení anebo

potvrzení urologicky řešitelných příčin (tumory, urolitiáza, vývojové anomálie, obstrukční uropatie, traumata, infekce močového ústrojí atp.).

Zvláštním pojmem je **tzv. intermitentní mikroskopická hematurie**, jež může být spojena i s traumatem (což se týká zvláště dětí s anomáliemi urotraktu), dále je při febrilii, nebo po zvýšené námaze. Perzistující mikroskopická hematurie bez proteinurie bývá obvykle benigní (2).

A u monosymptomatické mikroskopické hematurie platí, že nejsou-li tři po sobě jdoucí (v intervalech 1–4 týdny) vyšetření moči na mikroskopickou hematurii (dipstick) pozitivní a jsou-li přitom veškerá základní vyšetření negativní (fyzikální vyšetření bez patologického nálezu, negativní UZV, normotenzní atd.), je možné pacienta vyřadit z dalšího sledování (2).

ZÁVĚR

Hematurie ať už mikroskopická nebo makroskopická vždy vyvolává obavy jak na straně pacienta, resp. rodičů, tak lékaře. V běžné praxi do urologické ambulance přichází rodiče s dítětem většinou s makroskopickou hematurií. Nejčastější příčinou makroskopické hematurie u dětí ve střední Evropě jsou infekce močových cest, následují traumata (vč. cizích těles), různé koagulopatie, tumory urogenitálního traktu, urolitiáza a rovněž zde patří celá řada „nefrologických diagnóz“ (glomerulonefritidy atp.). Až u 40 % případů makroskopické hematurie u dětí není její příčina objasněna a v případě mikroskopické hematurie není příčina nalezena až v 80 % případů. Cílem tohoto sdělení bylo shrnout základní poznatky o hematurii u dětských pacientů, možnosti diagnostiky příčin hematurie z pohledu urologa v korelaci s doporučeními ESPU a poukázat i na úskalí při diagnostice příčin hematurie u dětských pacientů.

LITERATURA

1. Utsch B, Klaus G. Urinalysis in children and adolescents. Dtsch Arztebl Int. 2014; 111: 617–626.
2. Subramaniam R, Radmayr Ch, Leclair MD, et al. Paediatric Urology Web Book. 3. vydání. European Society for Paediatric Urology. Publikováno 20/10/2015. Dostupné na www.espu.org. 498.