

i v léčbě nehmatného varlete (13). Po zjištění intraabdominální anatomie cévního zásobení varlete a chámovodu, (ne)přítomnosti viabilního varlete, jeho mobility a vzdálenosti od vnitřního prstence tříselného kanálu, je možné rozhodnout o dalším léčebném postupu (13). Problém nastane, pokud je při laparoskopii zjištěn normální průběh spermatických cév a chámovodu do tříselného kanálu. Pak je nutná jeho revize a provedení laparoskopie je tedy nadbytečné, prodlužující operační výkon a zatěžující pacienta. V incidenci polohy a také viability nehmatného varlete je mezi jednotlivými studiemi výrazná variabilita. Z literatury vyplývá, že 35–82 % varlat je atrofických. Naprostá většina neviabilních varlat bývá uložena extraabdominálně, k torzi dochází až po sestupu do šourku. Pouze malý podíl na incidenci neviabilních varlat má vanishing testis (stav, kdy je nalezen spermatický provazec různé síly slepě končící, bez makroskopicky patrného varlete, popřípadě jen s jeho atrofickým reziduem) a ageneze varlete v dutině břišní (14). Z viabilních varlat je pak 3–39 % lokalizováno extraabdominálně a 15–34 % naopak intraabdominálně (15). Je tedy otázkou, jestli je nutné provádět laparoskopii u všech pacientů s nehmatným varletem, respektive začínat laparoskopickou revizí břišní dutiny nebo nejprve prohlédnout tříselný kanál.

V našem souboru nehmatných varlat bylo 27 (45,0 %) varlat uložených v tříse (z toho polovina atrofických), dalších 22 (36,7 %) varlat bylo uloženo v břišní dutině, ale v blízkosti vnitřního prstence. Většinou se jednalo o peeping testis, které bylo při preparaci tahem za gubernákulum relokováno do třísla. Celkem tedy u 49 (81,7 %) chlapců byl dostatečný tříselný přístup, bez nutnosti revize břišní dutiny. Prohlédnout dutinu břišní bylo naopak nutné u 11 (18,3 %) chlapců s nehmatným varletem, přičemž v 9 případech bylo nalezeno neviabilní varle.

Pro vysoké procento varlat uložených v tříse a u vnitřního anulu preferuje tříselný přístup Bae et al. ve studii z roku 2013. Laparoskopii doporučuje provádět

výhradně u oboustranně nehmatných varlat, kdy je vyšší procento přítomnosti intraabdominálně uložených viabilních varlat (55,6 %), oproti jednostranným případům, kdy je procento viabilních varlat výrazně nižší, tj. 11,3 % (12). Obdobná data uvádí i Igarashi et al. ve studii z roku 2018 (16). Autoři této studie provádí nejprve revizi tříselného kanálu, pokud nenaleznou extraabdominálně uložené varle, pak přistupují k laparoskopické revizi dutiny břišní. Drlík et al. v práci z roku 2011 vyhodnotil nálezy u 57 chlapců s nehmatnými varlaty (celkem 65 varlat). Třináctkrát se jednalo o vysokou abdominální retenci, ale u významného počtu pacientů, celkem u 26 chlapců (46 %), byla k diagnostice i léčbě dostatečná tříselná revize (17). K naplánování efektivní strategie v diagnostice a léčbě nehmatného varlete řada autorů využívá UZ vyšetření, jako například Berger et al. v publikaci z roku 2018. Spolu s UZ nálezem hodnotili také kontralaterální hypertrofi varlete. Dle výsledku pak přistoupili primárně k tříselné nebo laparoskopické revizi. Vyhodnocením výsledků studie došli autoři k závěru, že při užití UZ a zohlednění kontralaterální velikosti varlete se ve 41 % vyhnuli provedení laparoskopie. Kombinací UZ a fyzikálního vyšetření provedeného u pěti chlapců se autoři vyhnuli provedení jedné nadbytečné laparoskopie (11).

ZÁVĚR

Většina nehmatných varlat nebo jejich atrofických reziduí (celkový počet 49, tj. 81,7 %) byla u našich pacientů lokalizovaná v tříse nebo v intraabdominální lokalizaci, která umožnila operační řešení z tříselného přístupu. U devíti nehmatných varlat (11,3 %) bylo nutné provést revizi břišní dutiny, 2× byla provedena orchidopexie dle Fowler-Stephense, 7× bylo odstraněno neviabilní varle.

Z výsledků naší studie vyplývá, že k diagnostice a léčbě nehmatného varlete postačil u většiny pacientů našeho souboru tříselný přístup.

LITERATURA

1. Docimo SG, Canning D, Khoury A, Salle JLP. The Kelalis-King-Belman Textbook of Clinical Pediatric Urology, Sixth Edition, 2018. ISBN 9781482219470.