

Závěr: Perzistující urachus je indikován ke kompletní exstirpaci s dobrou prognózou.

KLÍČOVÁ SLOVA

Perzistující urachus, dětský věk, exstirpace.

SUMMARY

Novák I, Kuliaček P, Stichhauer R, Holická L, Merkl T, Rejtar P, Kopřiva J, Štěpánovská J, Podhola M, Hovorková E. Persistent urachus.

Objective: The authors present a series of patients treated for persistent urachus pathologies.

Patient cohort and method: Retrospective analysis of a group of 16 patients (9 girls, 7 boys) treated between 2013 and 2023 with a diagnosis of persistent urachus.

Results: Urachal cyst was diagnosed preoperatively in 11 patients (69%), urachal sinus was diagnosed in 4 patients (25%), and persistent urachus was found in one patient (6%). Thirteen patients underwent surgical excision of the urachus. Three patients in the cohort were not operated on during the follow-up period. One of them was later indicated for excision based on magnetic resonance imaging (MRI) findings. Two patients did not require surgery. In one case, sonographic findings disappeared after conservative treatment, and in another case, the condition was resolved by incision of an inflammatory cyst followed by conservative management. Both patients remain asymptomatic. Among the 13 surgically excised specimens, histological structures confirming the diagnosis of urachus were demonstrated in 11 patients, while no urachal tissue structures were found in two patients.

Conclusion: Persistent urachus warrants complete excision with a favorable prognosis.

KEY WORDS

Persistent urachus, pediatric age, excision.

.....

ÚVOD

Urachus vzniká z alantois jako trojvrstevná tubulární struktura s vnitřní výstelkou tvořenou v 70 % z přechodného epitelu, ve 30 % kubickým epitelem. Vnější vrstva, hladká svalovina, přechází do svaloviny detruzoru, střední vrstvu tvoří pojivo. Perzistující urachus vzniká v důsledku nekompletního pre/postnatálního uzávěru původně tubulární struktury. Probíhá mezi transversální fascií a nástěnným peritoneem břišní stěny, kryt umbilikovezikálními fascií.

Jde o vzácnou vrozenou anomálii, dvakrát častější u mužů než u žen. Rozlišují se čtyři základní typy:

1) Perzistující urachus – urachus neobliterovaný v celém svém průběhu. Činí zhruba 50 % vrozených anomálií urachu.

2) Cysta urachu – urachus uzavřený na úrovni pupku i močového měchýře. Zůstává otevřený kdekoliv v průběhu. Cysty urachu se vyskytují především v dolní třetině urachu a tvoří 30 % vrozených anomálií urachu.

3) Sinus urachu – vezikální konec obliterovaný, ale umbilikální konec zůstává otevřený a ústí na spodině pupeční jizvy. Tvoří 15 % vrozených anomálií urachu.

4) Vezikourachální divertikl – umbilikální konec urachu je obliterovaný a vezikální zůstává neuzavřený. Tvoří 3–5 % vrozených anomálií urachu.

Hlavní problematiku představují sekrece z pupku, bolestivé, zánětlivé infiltrace a v dospělosti možnost maligního zvratu v karcinom urachu.

METODIKA A SOUBOR

Autoři prezentují retrospektivní analýzu souboru nemocných léčených na pracovišti v letech 2013–2023 s diagnózou perzistujícího urachu.

V daném období bylo léčeno na pracovišti 16 nemocných (9 dívek, 7 chlapců). Věk nemocných byl v rozmezí ≤1 m až 183 m (medián 72 m). Pacienti udávali následující potíže: 7× sekrece z pupku (3× serózní, 3× hnisavá, 1× urinózní), 6× bolesti břicha, 2× projevy lokálního zánětu (začervenání), 2× vyklenování pupku, 1× subfebrilie. U všech byl ura-