



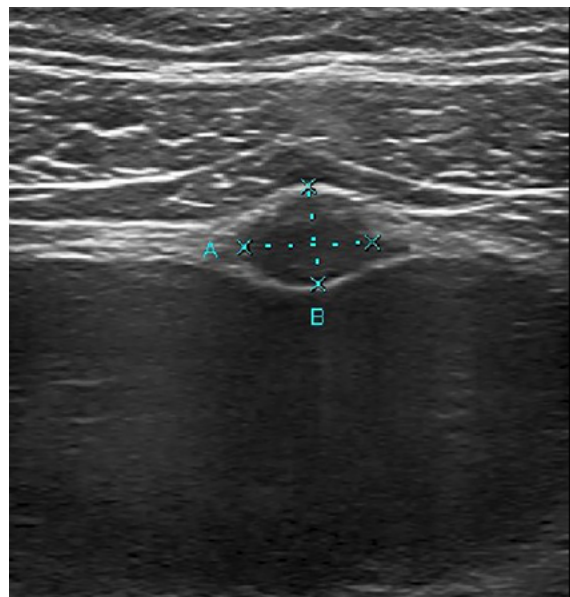
Obr. 3. Perzistující urachus u novorozence s dobře patrným vchodem v pupeční jizvě

Fig. 3. Persistent urachus in a newborn with a clearly visible entrance in the umbilical scar

Nejčastěji uváděnou formou anomálie je perzistující urachus (Obr. 3) (5, 6). V našem souboru jsme ale perzistující urachus pozorovali pouze 1x.

Vada může být zcela asymptomatická, skrytá a diagnóza je obvykle stanovena náhodně při provedení screeningu, zejména ultrasonografie, z jiných indikací. Při asymptomatickém průběhu lze minimálně v prvním roce věku postupovat konzervativně a je otázkou chirurgické řešení vůbec. U klinicky manifestního stavu jde nejčastěji po narození o dlouhodobé přetrvávání sekrece z pupku, v případě infikování s projevy zánětu – teplotou, bolestmi břicha, lokálním zduřením, začervenaním břišní stěny kolem pupku, mikčnými potížemi (dysurie, urgence, hematurie) a nálezem opakované infekce močových cest (6). U novorozenců je nutné v diferenciální diagnóze vyloučit zejména pouhý granulom pupku popřípadě vzácně se objevující perzistentní ductus omphaloentericus.

Hlavním problémem v diagnostice jsou nespecifické symptomy připomínající náhlou příhodu břišní, u dívek/žen gynekologické potíže. Pokud



Obr. 4. Ultrasonografie břišní stěny s nálezem dobře ohraničené cystické struktury 8,6 × 6,5 mm uložené ve střední čáře mezi stěnou břišní a peritoneem, těsně nad močovým měchýřem

Fig. 4. Abdominal wall ultrasonography showing a well-defined cystic structure measuring 8.6 × 6.5 mm located in the midline between the abdominal wall and peritoneum, just above the urinary bladder

se na vzácnou anomálii urachu nemyslí, diagnóza může být určena až při operační revizi. V diagnostice sehrává hlavní roli podrobně odebraná anamnéza a fyzikální vyšetření doplněné laboratorním vyšetřením krevního obrazu, C-reaktivního proteinu a mikroskopické a kulturační vyšetření moči následované ultrasonografickým vyšetřením (Obr. 4) (3, 4, 6). Elektivně s ohledem na typ anomálie, věk nemocného a klinický stav doplňujeme vyšetření cystografické a endoskopické dolních močových cest (při suspekci vezikourachálního divertiklu) (Obr. 5). Dále vyšetření fistulografické (diferenciální diagnostika urachálního sinu versus perzistujícího urachu) (Obr. 6), eventálně magnetická rezonance (MRI) (Obr. 7), která je u dětí vhodnější proti rentgen zatěžujícímu vyšetření počítačovou tomografií (CT).

V našem souboru jsme u většiny nemocných indikovali operační exstirpaci urachu z umbilikálního přístupu (Obr. 8). U starších dětí s cystickou lézí blízko močového měchýře jsme výjimečně volili extraperitoneální přístup z Phanenstielova řezu (Obr. 9). Výkon jsme prováděli v klidovém stadiu,