

35.

**VÝROČNÍ SETKÁNÍ
DĚTSKÝCH UROLOGŮ**



ABSTRAKTA

POŘADATEL:

**ČESKÁ UROLOGICKÁ
SPOLEČNOST ČLS JEP
SEKCE DĚTSKÉ UROLOGIE**



ODBORNÝ GARANT:

doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

5.–6. 4. 2024

OLOMOUC, HOTEL FLORA

GENERÁLNÍ
PARTNER

ZENTIVA

Blok II. / Obstrukční uropatie – obstrukce PUJO

Pátek / 5. dubna / 11.15–12.30 / Předsedající: Šmakal O.

Vývoj včasné UZ diagnostiky VVV ledvin, výsledky z olomouckého regionu

Flögelová H.^{1,2}, Janega M.², Mišuth V.³, Čivrný J.⁴, Stašková L.¹

¹Dětská klinika FN Olomouc

²Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci

³Novorozenecké oddělení FN Olomouc

⁴Radiologická klinika FN Olomouc

Cíl: Posouzení dynamiky vývoje záchytu vad ledvin a močových cest (CAKUT) při prenatalním ultrazvukovém (UZ) screeningu během posledních 13–18 let.

Metody: Část 1 – záchyt závažných CAKUT, vyžadujících operační řešení. Byly porovnány dva soubory dětí, které se narodily ve FN v Olomouci v letech 2005–2008 (soubor A) a v letech 2018–2020 (soubor B) a měly závažnou vrozenou vadu ledvin vyžadující operační řešení do 2 let věku. Ke statistickému hodnocení byl použit Fisherův exaktní test.

Část 2 – záchyt všech vad ledvin s cílem zjistit senzitivitu a specifitu prenatalního UZ screeningu CAKUT. Prospektivně byly po dobu 6 měsíců (1. 8. 2023 až 31. 1. 2024) zaznamenávány údaje o prenatalním a postnatálním UZ screeningu CAKUT u všech zralých novorozenců narozených ve FN Olomouc. K výpočtu senzitivity a specifity prenatalního UZ screeningu jsme použili čtyřpolní kontingenční tabulku.

Výsledky: Část 1 – Spektrum závažných vad ledvin a močových cest vyžadujících operační

řešení bylo v obou souborech podobné: obstrukce pelviureterální junkce, obstrukční nebo refluxní megaureter, chlopečí zadní uretry, zdvojení dutého systému ledvin s přidruženou refluxní nebo obstrukční vadou. Soubor A tvořilo 16 operovaných dětí, u 7 z nich (44 %) byl negativní prenatalní UZ nálezn. V souboru B bylo 15 operovaných dětí, pouze u 1 z nich (7 %) byl negativní prenatalní UZ. Rozdíl byl statisticky významný, $p = 0,037$.

Část 2 – Bylo vyšetřeno 992 novorozenců. Záchyt abnormit ledvin a močových cest prenatalně a/nebo postnatálně byl celkem zaznamenán u 28 dětí (2,8 %). Nejčastější vadou byla dilatace močových cest. Senzitivita prenatalního screeningu v detekci všech suspektních CAKUT byla 63,6 % a specifita 99,4 %.

Závěry: Dle výsledků v olomouckém regionu se UZ diagnostika CAKUT v posledních 13–18 letech zlepšila. Statisticky bylo možné toto zlepšení posoudit v záchytu nejzávažnějších CAKUT, vyžadujících operaci, kde bylo prokázáno významné zlepšení.

Spolehlivost a význam detekce aberantních cév u kongenitální hydronefrózy

Kočvara R., Vávřová L., Nováková P., Faltusová E., Sedláček J., Drlík M., Dítě Z.
Urologická klinika VFN a 1.LF UK v Praze

Cíl: Stanovit spolehlivost dopplerovského vyšetření pro detekci aberantních cév dolního pólu ledviny s hydronefrózou a srovnat klinický průběh pacientů s aberantními cévy a bez cév podle

35. VÝROČNÍ SETKÁNÍ DĚTSKÝCH UROLOGŮ

5.–6. dubna 2024 | HOTEL FLORA | OLOMOUC

nálezu při operaci a podle doby stanovení diagnózy (prenatální detekce či postnatální manifestace).

Metoda: V letech 2013–2023 bylo operováno pro hydronefrózu 401 pacientů s jednostrannou hydronefrózou ve věku 1 měsíce do 18 let s výskytem aberantních cév u 153 (38 %) nemocných (skupina 1), bez výskytu cév u 248 (62 %) nemocných (skupina 2). Retrospektivní analýza se zaměřila na prenatální diagnostiku, symptomy, stupeň hydronefrózy dle SFU, přítomnost aberantních cév dle dopplerovského vyšetření ve srovnání s peroperačním nálezem, dále na separovanou funkci ledviny dle MAG3 vyšetření.

Výsledky: Dopplerovským vyšetřením před operací byly detekovány aberantní cévy v 158 případech, u 110 se nález potvrdil při operaci, v 243 případech detekovány nebyly, u 200 se negativní nález potvrdil. Senzitivita dopplerovského vyšetření je 72%, specificita 81%, pozitivní prediktivní hodnota 70%, negativní prediktivní hodnota 82%. Stupeň hydronefrózy se v obou skupinách nelišil, 3,3 a 3,4 dle SFU; separovaná funkce ledviny byla 43,5% a 45,7%, resp. Prenatální diagnostika hydronefrózy byla pozitivní u 25% pacientů 1. skupiny a 65% pacientů 2. skupiny a u obou byla spojena s asymptomatickým průběhem u více než 80% pacientů. Prenatální diagnóza hydronefrózy u skupiny 1 je spojena s lepší funkcí ledviny (48,3%) než postnatální diagnóza (41,7%), u skupiny 2 je rozdíl méně výrazný (46,1% vs. 44,46%).

Závěr: Prenatální diagnóza hydronefrózy s aberantními cévami je spojena s lepší funkcí ledviny; příčinou může být odkládání operace u kolísající hydronefrózy při aberantních cévách a pozdní klinická manifestace; včasná detekce aberantních cév by se měla stát součástí primární

diagnostiky s využitím vysoké senzitivity a specificity dopplerovského vyšetření.

Podpořeno MZ ČR – RVO-VFN64165

Laparoskopická pyeloplastika vs. vascular hitch, naše zkušenosti

Husár M., Zerhau P., Kvardová P.
Urologický úsek KDCHOT FN Brno

Úvod: Podáváme přehled výsledků našeho pracoviště (r. 2014–2024), laparoskopicky prováděné techniky vascular hitch u dětských pacientů s obstrukcí pyeloureterální junkce (PUJ) aberantním cévním svazkem a výsledky pyeloplastiky laparoskopicky.

Pacienti a metodika: v našem souboru byla laparoskopicky provedena technika vascular hitch u 16 pacientů (3–17let). Nejdříve jsme prováděli techniku podle Hollströma (uvolněný cévní svazek se fixuje za adventitii ke stěně páničky), postupně jsme přistoupili k technice podle Chapmanna (zanoření cévního svazku proximálně do stěny páničky). Operační přístup k PU junkci je stejný jako u laparoskopické pyeloplastiky. U pacientů nebyl ponechán redon, drén, ani žádná derivace močových cest. Laparoskopickou pyeloplastiku jsme provedli u 24 pacientů (6–18 let), operační přístup byl stejný jako k vascular hitch. Ve výsledcích srovnáváme výhody a nevýhody obou operačních metod (délku hospitalizace, délku operace, komplikace).

Výsledky: Technika vascular hitch: soubor 16 pacientů, délka operace 35–100 minut, průměr 55 minut, délka hospitalizace 3–6 dnů, průměr 3,7 dne, u dvou pacientů nutná pyeloplastika.

Laparoskopická pyeloplastika: soubor 24 pacientů, délka operace 100–250 minut, průměr 150 minut, délka hospitalizace 5–13 dnů, průměr 7,8. U 4 pacientů nutná repyeloplastika, u jedné pacientky dehiscence anastomózy, u dvou pacientů dislokace pyeloanastomotického stentu.

Závěr: Z našich výsledků je vidět, že laparoskopická pyeloplastika je výkon časově nároč-

nější, vyžaduje si provádět drenáž a její následné odstranění, a prodlužuje délku hospitalizace. Současně je zatížena vyšší mírou komplikací. Laparoskopicky prováděný vascular hitch je technika jednodušší, méně zatěžující pacienta. Zde se ale nabízí otázka, zda v důsledku manipulace s cévami nebudou pacienti ve vyšším věku trpět sekundární arteficiální hypertenzí.

Blok III. Obstrukční uropatie – duplexní ledvina

Pátek / 5. dubna / 14.00–15.30 / Předsedající: Šmakal O., Kočvara R.

Volba primárního operačního řešení závažné vrozené obstrukce močovodu ve vztahu k věku pacienta a etiologii obstrukce.

Klinický soubor

Novák I.¹, Kuliaček P.¹, Skálová S.², Rejtar P.³

¹Urologická klinika – dětské oddělení, FN a LF UK, Hradec Králové

²Dětská klinika, FN a LF UK, Hradec Králové

³Radiologická klinika, FN a LF UK, Hradec Králové

Cíl: Na klinickém souboru operovaných zjistit volbu primárního operačního postupu řešení závažné vrozené obstrukce močovodu ve vztahu k příčině obstrukce a věku nemocných. Nebyly hodnoceny funkční ani anatomické výsledky operací.

Úvod: Vrozené obstrukční vady na úrovni ureterovezikálního spojení se dnes obvykle diagnostikují již na prenatalní sonografii dilatací

horních cest močových s/bez redukce parenchymu. Tyto zjišťované závažné anatomické změny HMC nemusí ale korelovat s významnější funkční poruchou. Postnatálně při potvrzení vady komplexním vyšetření (sonografie, MCUG, scintigrafie, event. endoskopie) přichází nutnost rozhodnutí se pro konzervativní přístup, nebo indikaci časného přistoupení k operační korekci obstrukce.

Metody a soubor: Retrospektivní analýza souboru operovaných s primárními obstrukčními megauretery na pracovišti v letech 2018–II/2024. Ve sledovaném období bylo provedeno u 34 nemocných (22 dívek, 12 chlapců) 35 primárních výkonů. Věk v době primární operace byl 1–149 m (medián 18 m): 2× (6 %) zavedení stentu (34, 143 m, medián 88,5 m), 3× (8 %) endoincize ureterokély (1,4,15 m, medián 4 m), 1× 3 %) pyeloureteroanastomóza (12 m), 5× (14 %) ureterostomie (4, 7, 8, 16, 23 m, medián 8 m), 2× (6 %) UCN (7,20 m, medián 13,5 m), 7× (20 %) UCN + modelace (10, 13, 13, 18, 32,

35. VÝROČNÍ SETKÁNÍ DĚTSKÝCH UROLOGŮ

5.–6. dubna 2024 | HOTEL FLORA | OLOMOUC

38, 56 m, medián 18 m), 4x (11 %) UCN dvouhlavňově (19, 29, 51, 60 m, medián 40 m), 2x (6 %) UCN + 1x resekce ureterokély, 1x ektomie slepého ureteru (15,149 m, medián 82 m), 1x (3 %) jiné (72 m), 7x (20 %) heminefroureterektomie (13, 13, 15, 16, 16, 21, 39 m, medián 16 m), 1x (3 %) nefrektomie (55 m). U 17 (50 %) nemocných byl simplexní systém (1x (6 %) ektopie ústí, 1x (6 %) ureterokéla, 1x (6 %) dystopie ledviny pánevně, 15x (82 %) idiopatický megaureter/jednou oboustranný/), u 17 byl systém duplexní (9x (53 %) ektopie HS mimo m. m/1x s VUR do DS/, 4x (23,5 %) ureterokéla HS/1x s VUR do DS/, 4x (23,5 %) idiopatický megaureter HS /1x s VUR do DS/). Primárně u jednoho (3 %) indikována pro afunkci pánevně dystopické ledviny nefrektomie, u 7 (21 %) pro afunkci/hypofunkci horního segmentu pod 5 % heminefrektomie, a u dalších 5 (15 %) pro progresivní nárůst dilatace, nebo rychlý pokles ve funkci pod 40 % založena přechodná odlehčující ureterostomie.

Závěr: U stabilní funkce a dilatace lze primárně postupovat konzervativně, část si časem vyžádá operační korekci. Menší část, již fetálně závažné dilatace s těžkou redukcí parenchymu, eventuálně amniocentézou biochemicky prokázanou poruchou funkce, nebo postnatálně se sklonem k progresi v dilataci, rychlému poklesu ve funkci, nebo přidružením se komplikací (infekce), si vynutí časné operační řešení obstrukce. V těchto případech lze s výhodou doporučit založení přechodné derivace s definitivním řešením až ve vyšším věku. Nutnost odstranění ledviny je zcela výjimečná (afunkce s infekcí, nefrogenní hypertenze).

Chirurgická léčba duplicity dutého systému ledviny s hypo/afunkcí a dilatací horní části – naše zkušenosti

Zerhau P., Husár M., Kvardová P.

KDCHOT FN Brno

Úvod: Duplicita dutého systému ledvin a močovodů se vyskytuje u 1–2 % populace, většina je klinicky němá. Se zdvojením dutého systému je spojeno asi 80 % všech ektopií močovodu a ureterokél. Horní segment ledviny je často drenován megaureterem s ureterokélou, dolní segment refluxním močovodem.

Cíl: Zhodnocení chirurgické léčby zdvojeného dutého systému ledviny s hypo/afunkcí horního segmentu, megaureterem a/nebo ureterokélou.

Soubor a metodika: Hodnoceno 31 pacientů ve věku 1 měsíce – 20 let, 21 dívek, 10 chlapců, operovaných v letech 2019–2023. U 22 z nich se duplicita nacházela na straně levé, u 5 na pravé, 4x oboustranně. Jako předoperační indikační vyšetření bylo použito sono, MCUG, MRU a DMSA s odděleným výpočtem % funkce pro horní a dolní část ledviny. Po operaci jsou pacienti sledováni sonograficky, v případech refluxu a po reimplantaci močovodů kontrolním MCUG, všichni jsou pak v péči nefrologa.

Megaureter horní části ledviny byl nalezen a řešen 32x, 6x s ektopickým vyústěním, 9x refluxní po discizi ureterokély, ta byla discidována celkem 18krát. Reflux do dolního močovodu se vyskytl 12krát. Definitivním řešením patologie spojené s duplicitou byla 6x heminefrektomie hypofunkční části ledviny (5x horní, 1x dolní), 6x ureteropyelo/ureteroanastomóza, 13x resekce a reimplantace

duplicitních močovodů, 1x pyeloplastika, ve zbývajících případech postačila endodiscize ureterokély.

Výsledky: Po discizi ureterokély došlo u 15 dětí ke zmenšení nebo vymizení dilatace močovodu, u 8 k vymizení dříve přítomných atak močových infekcí resp. pyelonefritid. Obstrukční megaureter se 9x změnil na refluxní. Z 26 resekovaných a reimplantovaných močovodů (13 dětí) přetrvává dilatace u 6, reflux u jednoho. Děti po resekci ledviny jsou bez komplikací, dolní segment ledviny neporušen. U ureterálních anastomóz došlo v 5/6 případech k regresi dilatace. Závažnější peri/pooperační komplikace se nevyskytly.

Závěr: Smyslem léčby patologií spojených s duplicitou dutého systému ledviny a močovodu je normalizace odtoku moči, vymizení vezikoureterálního refluxu a odstranění patologicky změněné tkáně ledviny. Endoresekcí ureterokély a výběr mezi operačními metodami (heminefrektomie, ureteropyelo/ureteroanastomóza nebo resekcí a reimplantací močovodů) záleží na anatomických poměrech, % funkce postižené části ledviny, preferenci operátora a je předmětem diskuze.

Obstrukční uropatie – kazuistiky z našeho regionu

Dolejšová O.¹, Laterová Š.¹, Janda V.¹,
Kožíškova Z.¹, Sládková E.²,
Vondráková R. 3, Baxa J.³

¹Urologická klinika LF UK a FN Plzeň

²Dětská klinika LF UK a FN Plzeň

³Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň

Cíl: Prezentovat méně obvyklé nálezy řešené v posledním roce na našem pracovišti.

Kazuistiky: V první kazuistice prezentujeme případ dívky s obstrukcí pelviuretrální junkce s rozvojem objemné hydronefrózy s nutností nefrektomie při noncomplianci rodiny. Druhá kazuistika dokumentuje případ devítiletého chlapce s méně obvyklou manifestací a komplikujícími nálezy při kongenitální hydronefróze. U třetího případu uvádíme možnost endoskopického řešení objemné ureterokély s mnohočetnou litiázou.

Operační řešení symptomatického pahýlu močovodu u MCDK

Šarapatka J., Študent V. jr., Šmakal O.

Urologická klinika FN a LF UP v Olomouci

Multicystická dysplazie ledvin (MCDK) je nejčastější příčinou cystického onemocnění ledvin u novorozenců. MCDK je důsledkem neprůchodnosti močových cest během embryogeneze a je charakterizována nekomunikujícími cystami v ledvině a afunkčním renálním parenchymem. Jednostranná MCDK je častější než bilaterální, incidence je zhruba 1 : 4 300. Bilaterální MCDK je neslučitelná se životem. U MCDK běžně dochází k involuci ledviny a bývají zpravidla asymptomatické. MCDK je často spjatá s regresí ureterálního pupenu, který ale zřídka může perzistovat a vytvořit tubulární nebo cystickou strukturu. Symptomy pak mohou zahrnovat recidivující infekce močových cest, obtíže s mikcí, bolesti břicha nebo hematurii. U pacientů s MCDK je také popisován zvýšený výskyt obstrukční vady a vezikoureterálního refluxu (VUR) kontralaterální ledviny.

Na videu prezentujeme operační řešení symptomatického ureterálního pahýlu u pat-

35. VÝROČNÍ SETKÁNÍ DĚTSKÝCH UROLOGŮ

5.–6. dubna 2024 | HOTEL FLORA | OLOMOUC

náctiletého chlapce sledovaného pro solitární ledvinu a asymptomatický pahýl vlevo při diagnóze MCDK vlevo. U chlapce došlo ke zhoršení mikce, uroflowmetricky byla ověřena obstrukční mikce se signifikantním postmikčním reziduem až 100 ml. Na ultrazvuku byla patrná progresivní dilatace ureterálního pahýlu. Mikční cystouretrografie byla bez průkazu VUR, s patrnou urete-

rokélou. Byla doplněna cystoskopie s průkazem ureterokély vlevo zasahující přes střední čáru a na hrdlo močového měchýře. V rámci předoperačního plánování byla doplněna magnetická rezonance. Operační výkon byl bez komplikací, po extrakci katétru došlo k obnově mikce. Mikce byla po propuštění oproti předoperačnímu stavu zlepšena.

Blok IV. / Hypospadiie

Sobota / 6. dubna / 9.00–10.30 / Předsedající: Drlík M., Trachta J.

GUD (Glandular Urethral Disassembly) technika u distálních hypospadií – první zkušenosti

Drlík M., Sedláček J., Vávřová L., Jirásková Z., Faltusová E., Kočvara R.

Odd. dětské urologie, Urologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Úvod: Pro řešení lehkých forem distálních hypospadií neexistuje univerzální chirurgická technika. V roce 2021 byla v Journal of Pediatric Urology popsána A. Macedem technika GUD (Glandular Urethral Disassembly), zjednodušující metodu advancementu uretry, rozpracovanou již dříve Beckem (1898) a Koffem (1981). Metoda GUD je doporučována pro případy koronárních hypospadií s nekvalitní uretrální ploténkou či reoperací, kdy již chybí předkožka. Cílem této práce je prezentovat naše první zkušenosti s touto metodou.

Materiál a metoda: Retrospektivní zhodnocení souboru pacientů operovaných tech-

nikou GUD na našem pracovišti mezi lednem 2022 a lednem 2024. Operaci jsme zahájili uvolněním (deglovingem) kůže ventrálně nad distální uretrou a oddělili rozštěpená spongiózní tělesa od křídel glandu. Křídla glandu jsme uvolnili do stran a kompletně odstranili uretrální ploténku. Distální část uretry pak byla i s přilehlým corpus spongiosum mobilizována od kavernózních těles tak, aby ji bylo možné posunout a fixovat do apexu glandu, který byl okolo ústí uretry konizován. Pokud to bylo možné, doplnili jsme plastiku předkožky. Na závěr jsme zavedli do měchýře katétr a na penis naložili elastickou bandáž na 5–7 dní. U pacientů souboru jsme hodnotili předoperační nález, věk v době operace, délku výkonu, zda byla provedena ortoplastika, zachována předkožka, délku pooperačního sledování, kosmetický výsledek a přítomnost pooperačních komplikací.

Výsledek: Soubor tvořilo 6 chlapců, u 5 z nich byl meatus v koronární pozici, u jednoho subkoronárně. V 5 případech šlo o primoope-

raci, v jednom o reoperaci. Stenóza meatu byla přítomna u 3 (50 %) pacientů, hlavní indikací byl ve všech případech neuspokojivý kosmetický náález. Střední věk pacientů v době rekonstrukce byl 7,8 (4,8–15,1) roků, doba výkonu 136 (105–165) min. U 3 (50 %) jsme předkožku zachovali, u 2 (33 %) odstranili, v případě reoperace (17 %) nebyla předkožka přítomna. Významná ventrální angulace vyžadující provedení dorzální ortoplastiky byla nalezena u 1 pacienta (17 %).

Střední doba pooperačního sledování byla 5 (0,5–18) měsíců. Jedinou významnou komplikací byla přechodná striktura meatu vyžadující lokální aplikaci triamcinolonu. Kosmetický i funkční náález po operaci je u všech pacientů zatím dobrý.

Závěr: Metoda GUD poskytuje dobré kosmetické i funkční výsledky u distálních forem hypospadie s nekvalitní ploténkou. Až u poloviny případů je možné zachovat předkožku.

Pozdní komplikace vaskularizovaných prepuciálních laloků po rekonstrukci hypospadie

Sedláček J., Kočvara R., Drlík M., Vávřová L., Nováková P.

Urologická klinika VFN a 1. LF UK, Praha

Úvod: Rekonstrukce proximální hypospadie pomocí vaskularizovaných laloků předkožky je standardní metodou řešení tohoto onemocnění. Mezi nejčastější komplikace patří uretrokutánní píštěl, dehiscence a striktura neouretry.

Kazuistika: Představujeme případ kompletní fibrózy preputiálních laloků u chlapce po dvoudobé rekonstrukci proximální hypospadie.

Hoch poprvé vyšetřen ve věku 3 let pro skrotální hypospadii s výraznou chordou a ventrální angulací penisu s krátkou uretrální ploténkou. Ve věku 5 let jsme provedli chordektomii, přerušení uretrální ploténky s dorzální ortoplastikou. Defekt uretrální ploténky jsme v první době vyplnili vaskularizovanými laloky z předkožky přenesené na ventrální stranu penisu Byarsovou technikou. V odstupu 6 měsíců od primárního výkonu byla provedena tubulizace neouretry a rekonstrukce kožního krytu penisu. Pro klinicky významnou dorzální angulaci (hyperkorekce původní ventrální angulace) jsme současně provedli ventrální plikaci topořivých těles.

V odstupu 7 let od dokončení rekonstrukce močové trubice se současně s nastupující pubertou náhle a rychle rozvinuly problémy s močením ve smyslu slabého proudu s nutností tlačit. Potíže během 3 měsíců vyústily v nutnost založení punkční epicystostomie. Provedená uretrocystografie zobrazila těsnou distální strikturu neouretry v délce 11–13 mm. Hoch byl naplánován k jednodobé reoperaci s využitím štěpu bukální sliznice. Peroperačně jsme ale našli panstenózu celé neouretry v délce 13 cm! Rozhodli jsme se tedy pro dvoudobou rekonstrukci bukálním štěpem. Interval mezi I. a II. fází reoperace byl 4 měsíce. V odstupu 2 měsíců od II. fáze reoperace se objevila uretrokutánní píštěl v koronární oblasti.

Závěr: Pozdní kompletní fibróza vaskularizovaných laloků předkožky použitých k rekonstrukci proximální hypospadie u dětí je vzácnou, ale závažnou komplikací. Za rizikové pro rozvoj komplikací považujeme zejména období puberty. Dlouhodobé sledování je vhodné i u asymptomatických jedinců.

Blok V. / Varia

Sobota / 6. dubna / 11.00–11.50 / Předsedající: Šarapatka J., Novák I.

Jen solitární ledvina? Aneb solitární ledvina čtyřikrát jinak

Vyoralová Z.

Dětské odd. a nefrologická ambulance KNTB, Zlín

Kazuistiky čtyř pacientů, kteří mají jedno společné – solitární ledvinu.

Vrozené vývojové vady ledvin patří mezi relativně nejčastější vrozené vady. Bilaterální ageneze ledvin je neslučitelná se životem. Jednostranná ageneze ledviny se vyskytuje u 1 z 1 000 narozených dětí, častěji se vyskytuje u chlapců, častěji chybí levá ledvina a často se asociuje s jinými vrozenými vadami a může být součástí různých syndromů. Již prenatalně můžeme pozorovat kompenzatorní hypertrofii solitární ledviny. Často je asymptomatická, ale jsou případy, kdy život se solitární ledvinou není zcela jednoduchý.

Splenogonadální fúze – kazuistika

Kuliaček P.^{1,2}, Svobodová Z.¹,

Štěpanovská J.³, Novák I.¹, Tomášek J.¹

¹Oddělení dětské urologie, Urologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

²Klinika dětské chirurgie a traumatologie, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

³Radiologická klinika, Fakultní nemocnice, Hradec Králové

Úvod: Splenogonadální fúze (SGF) je zřídka se vyskytující vrozená vývojová vada vyznačující se vrozeným spojením mezi slezinou a gonádou.

Zatím bylo publikováno cca 220 případů. SGF má formu kontinuální (spojitou) nebo diskontinuální (nespojitou/přerušovanou). Kontinuální forma je spojena s dalšími vývojovými vadami.

Kazuistika: Chlapec ve věku 6 let byl odeslán na naše oddělení pro bolesti šourku a s podezřením na tumor levého varlete dle ultrazvukového (UZ) vyšetření ve spádové nemocnici. Při vyšetření na našem oddělení bylo zjištěno zarudnutí šourku a zvětšení varlete vlevo, dle UZ vyšetření zjištěno nehomogenní hypoechogenní ložisko v levém varleti o průměru do 13 mm s výraznější vaskularizací, zbytněné nadvarle a kulovitá ložiska 5–8 mm mimo varle. Onkomarkery byly negativní. Pacient byl indikován k operaci. Přístupem z levého třísla byla provedena revize levého varlete. Obaly varlete byly vyplněny tekutinou, po otevření obalů byl zjištěn a odstraněn růženc lidivní tkáně se třemi rozšířeními o průměru 3–8 mm po torzi. Byla provedena extirpace tmavé tumorózní tkáně z varlete. Rychlá biopsie prokázala benigní tkáň – slezinu. Následně byla provedena sutura obalů varlete dle Jaboulaye, repozice varlete a rekonstrukce třísla. Histologické vyšetření potvrdilo slezinnou tkáň z varlete i růžence.

Závěr: SGF je většinou zjištěna náhodně během operace kryptorchismu nebo tříselné kýly. Dále se na toto onemocnění přichází při vyšetřování zvětšených varlat, otoku šourku nebo zánětu nadvarlete a výjimečně se SGF projevuje také akutní bolestí šourku. SGF je zaměnitelná za maligní testikulární tumor či adenomatoidní tumor epididymis. Postihuje muže častěji než

35. VÝROČNÍ SETKÁNÍ DĚTSKÝCH UROLOGŮ

5.–6. dubna 2024 | HOTEL FLORA | OLOMOUC

ženy v poměru 15 : 1. Téměř vždy je postižena levostranná gonáda. Kontinuální typ bývá častější (55 %), v polovině případů je spojen s končetinovýými a kraniofaciálními abnormalitami.

Předoperační diagnostika SGF je velice obtížná. Nicméně kombinace zobrazovacích

metod a negativních testů na onkomarkery může pomoci při stanovení správné diagnózy, zvláště když se pamatuje na toto onemocnění. Někdy je nápomocná laparoskopie. Nesprávná diagnóza může vést ke zbytečné orchiektomii.

