



Obr. 5. Pozitivita makrofágů červené pulpy sleziny: zvětšeno 200x, IHC CD68 pozitivní

Fig. 5. Positive macrophages of the red pulp of the spleen: 200x magnification, IHC CD 68 positive

je zaměnitelná za maligní testikulární tumor či adenomatoidní tumor epididymis (5). Vzácně může být SGF přítomna intratestikulárně či na dolním pólu varlete (8). Nejčastěji jsou případy diagnostikovány před 20. rokem věku (3).

V roce 1956 Putschar a Manion popsali dva typy splenogonadální fúze, typ kontinuální a diskontinuální. U kontinuálního typu, který se vyskytuje zhruba 5x častěji než diskontinuální typ, jsou slezina a varle spojeny vazivovým pruhem, ve 33 % případů se jedná o varle kryptorchické. Často jsou v těchto případech přítomny i další vývojové vady (tabulka 1) (1, 3, 4, 5, 6, 7). A tak může být SGF klinicky diagnostikována jako testikulární masa nejasného původu asociovaná s dalšími vývojovými vadami. U diskontinuálního typu není patrné spojení s normálně uloženou slezinou a obvykle tento typ nebývá sdružen s dalšími vývojovými malformacemi (nicméně u některých případech byly popsány kardiální defekty). Příčiny vzniku SGF zůstávají nejasné, avšak existují různé teorie. První teorie vzniku praví, že příčinou je mírná inflamatorní reakce mezi dvěma naléhajícími peritoneálními povrchy, jež způsobí parciální fúzi obou orgánů. Tato teorie však nevysvětluje pravostrannou lokalizaci malformace. Teorie, již popsal von Hochstetter, zastává názor, že existuje retroperitoneální kanál,

který propojuje slezinu a vyvíjející se gonádu (1, 3, 7). Putschar a Manion publikovali názor, že je slezina obalena gonadální tunikou albugineou (7).

Klinicky se splenogonadální fúze prezentuje různě od asymptomatické skrotální masy, po testikulární torzi. Nejběžněji se však projevívá jako testikulární edém. Dalším důležitým příznakem je náhlá bolest způsobená torzí varlete či involucí ektopické tkáně sleziny (3).

Předoperační stanovení diagnózy je velmi nesnadné, ne-li nemožné. Pokud je vyjádřena suspekce na diagnózu splenogonadální fúze, lze provést 99TcM izotopové vyšetření, které detekuje přítomnost ektopické sleziny. U prepubertálních pacientů s malou intratestikulární lézí a negativními onkomarkery (zvl. AFP) je indikována peroperační biopsie, která může tuto patologii odhalit a tak předejít zbytečné orchiektomii (9).

V diferenciálně diagnostické rozvaze patologa je nutno zvážit splenózu a možnost zralého teratomu.

Splenóza je ektopická tkáň sleziny, která se ve varleti či v jiných lokalizacích nachází obvykle jako následek úrazu či neúmyslného chirurgického zanesení (8). Přítomnost tkáně sleziny ve varleti však automaticky neznamená diagnózu SGF