

nebyl proveden po dohodě s pacientem, který již rodinu má a další vyšetření si nepřál. Naše kazuistika prezentuje případ s maximálně příznivým průběhem.

DISKUZE

Poranění mužského zevního genitálu nejsou častá, tvoří cca 1 % všech úrazů mužů (5). Vzhledem k rozmanitosti klinického obrazu není vytvořena jednotná klasifikace, podle typu je možné poranění rozdělit na penetrující a nepenetrující, traumatická dislokace varlat je vzácným typem nepenetrujícího poranění mužského genitálu. Vzniká v současné době především při nehodách na motocyklu, kde dochází k tupému nárazu genitálu na palivovou nádrž. Predisponujícím faktorem pro dislokaci může být široký anulus inguinalis, nepřímá inguinální hernie a atrofické varle (2). Nejčastěji, cca v 50 % případů bývá varle dislokováno povrchově v inguinálním kanálu (6), asi v 6 % případů ale může být lokalizováno i hluboko v dutině břišní. Dislokace varlat se často vyskytuje jako přidružené poranění při frakturách pánve či v rámci polytraumat, v těchto situacích je v první fázi péče prioritou stabilizace pacienta, a může se stát, že poranění zevního genitálu není v této fázi diagnostikováno. K nálezu dislokace může dojít až při následném dovyšetření po stabilizaci, v některých situacích může být varle nalezeno až při otevřené operační revizi pro frakturu pánve (6). V literatuře jsou popsány i případy, kdy dislokace nebyla při první hospitalizaci vůbec diagnostikována, pacient se dostavil až s odstupem týdnů po úrazu pro obtíže charakteru bolestí a nález rezistence v tříse. Teprve při následném dovyšetření byla dislokace potvrzena a poté řešena (7). Pokud není dislokace zjištěna a včas řešena, může dojít k porušení funkce dislokováného varlete, ve varlatech byly popsány změny charakteru atrofie semenotvorných kanálků a porušení spermiogeneze (8). Vzhledem k tomu, že se často jedná o mladé pacienty, má včasná diagnostika a adekvátní terapie značný význam pro zachování spermiogeneze a produkce testosteronu. Na možnost poranění genitálu je proto třeba myslet již při vstupním klinic-

kém vyšetření, u stabilních pacientů bývá hlavním klinickým příznakem bolest v oblasti pánve a třísel a eventuálně nález bolestivé rezistence v jednom nebo obou tříslech, případně na hrázi, v oblasti kořene penisu apod. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit změny přítomné již před úrazem – např. retraktilní varle či kryptorchismus, pro který svědčí málo vyvinuté skrotum a nález atrofického varlete (2). Sonografické vyšetření je klíčové pro upřesnění diagnostiky, potvrdí lokalizaci, zhodnotí strukturu varlete a pomocí dopplerovského zobrazení je možné zhodnotit prokrvení varlete (9). V nejasných případech je možné doplnit CT vyšetření, které však často bývá provedeno již vstupně (jako u našeho pacienta), pro přesnost popisu je důležitá zkušenost rentgenologa s těmito nepříliš častými traumaty. Podle sonografického a CT nálezů je stanoven další postup. V případě nálezů neporušeného varlete je podle Guidelines EAU doporučeno provést uzavřenou manuální repozici a sekundárně orchidopexi. Doporučení ohledně fixace varlat je v literatuře uvedeno obecně, bez dalšího rozlišení závažnosti konkrétních situací. Lze dovodit, že se týká především situací, kde je poranění tkání větší, při rozsáhlejších poranění je zřejmě i větší riziko následné opětovné dislokace či dokonce torze. V naší kazuistice se jednalo o z hlediska průběhu příznivou situaci s relativně malým poraněním okolních tkání. Nechirurgická repozice byla nekomplikovaná, nejednalo se o posttraumatickou torzi, vzhledem k tomu se riziko dalších komplikací ve smyslu redislokace či torze jevílo jako malé a sekundární orchidopexi jsme neindikovali. Konkrétní údaje o míře rizika těchto komplikací po uzavřené či naopak otevřené repozici však nebyla v literatuře uvedena. Dle dostupných informací je manuální repozice úspěšná v cca 15 % případů (4). Při selhání manuální repozice, pokud jsou nalezeny změny svědčící pro laceraci varlete, pro suspekci na porušení cévního zásobení, posttraumatickou torzi apod., je indikována otevřená operační revize, ošetření případného poranění a repozice varlete do skrota následované orchidopexi. Stejný postup platí, i pokud je pacient indikován k urgentní operační revizi z jiných důvodů (např. pro frakturu pánve).