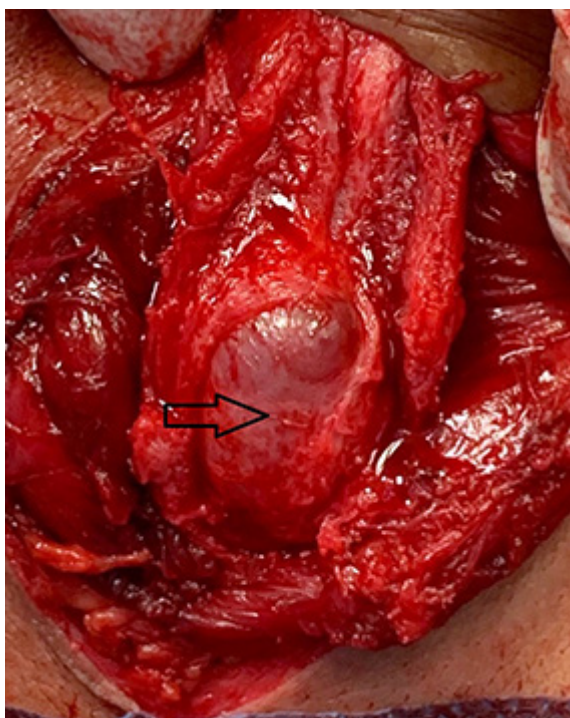




Obr. 4. Operační pohled: bulbus rozpreparovaný ve střední čáře, vypreparovaná cysta spongiózního tělesa (šipka). Močová trubice se zavedeným katétretem není patrná, skryta dorzálně pod cystou v rozpreparovaném bulbu (*m. bulbospongiosus, corpus spongiosum bulbi urethrae*)

Fig. 4. Surgical view: the bulb dissected in the mid-line; the extirpated cyst of the spongy body (arrow). The urethra with a catheter in place is not evident, being obscured dorsally below the cyst in the dissected bulb (*bulbospongiosus muscle, corpus spongiosum of the bulbar urethra*)

útvary dané lokality močové trubice. Ještě před odesláním na urologickou kliniku byla ve spádovém pracovišti provedena výpočetní tomografie (CT). Vyšetření potvrdilo USG diagnózu parauretrálního cystického útvaru spongiózního tělesa bulbu, lokalizovaného ventrálně od uretry (Obr. 3a, b).

Vzhledem k již provedenému CT vyšetření jsme neindikovali doplnění literárně doporučené magnetické rezonance (MRI). Znovu naplněný cystický parauretrální útvar byl na našem urologickém pracovišti odstraněn klasicky chirurgickou extirpací. Pro odstranění jsme volili transperineální přístup ze střední incize. Předoperačně byla profylakticky podána intravenózně antibiotika a v úvodu operace

byla volně zavedena permanentní měchyřová cévka 16CH. Hmatnou cystu uloženou ve spongióze bulbu před uretrou jsme uvolnili incízi svaloviny bulbu a následně rozpreparováním spongiózního tělesa. Dorzálně cysta široce naléhala na ventrální stěnu močové trubice. Vlastní odpreparování cysty od stěny uretry bylo prováděno velmi opatrně s použitím lupových brýlí (zvětšení 3–4×). Cystický útvar byl extirpován vcelku, kompletně, bez vyprázdnění jeho obsahu. Makroskopicky jsme neprokázali spojení cysty s uretrou (Obr. 4). Během preparace došlo k drobným perforacím jemné stěny uretry se zavedenou permanentní měchyřovou cévkou. Tyto jsme ošetřili pokračující suturou vstřebatelným stehem Vicryl C 5/0 na zavedené cévce. Preparát byl vcelku odeslán na komplexní vyšetření. Kultivační vyšetření obsahu bylo negativní. Histopatologické vyšetření prokázalo původ cystické formace v dilatované Littrého žláze vystlané kubickým epitelem (Obr. 5a). Cytologické vyšetření tekutého, vazkého obsahu cysty krom krevních elementů (erytrocytů) prokázalo ojedinělé shluky nemaligních kohezivních buněk, morfoloicky epiteliálního vzhledu (Obr. 5 b). Pooperační průběh pod empirickým krytím antibiotikem per os (Amoksiklav®) na dva týdny byl bez komplikací. Pacient byl propuštěn šestý pooperační den do domácího ošetřování s permanentní cévkou. Čtrnáctý pooperační den byla rána na perineu zhojena a byl odstraněn permanentní katétr. Po odstranění katétru nemocný močil spontánně, bez nutnosti tlaku, nepřerušovaně, bez dysurií či strangurií.

Po týdnu od odstranění močového katétru se pacient dostavil na ambulanci spádového urologa pro bolesti na perineu. Při palpačním vyšetření oblasti perinea byla hmatná drobná, nesecernující, palpačně citlivá rezistence v podkoží jinak plně zhojené rány. Následně provedené transperineální USG vyšetření prokázalo parauretrálně hyperechogenní ložisko (5 × 5 × 1 × 5 mm), hodnocené jako pooperační jizva spongiózy bulbu, a dále zevně od bulbózního tělesa směrem do podkoží středně hyperechogenní ložisko, hodnocené jako pooperační hematoma, velikostí 25 × 13 mm, v čase regredující na 7 mm (Obr. 6a, b). Popsaný regredující podkožní hematoma neměl vliv na kvalitu močení (viz shora),