

613.67:312.6:616.68-002

EPIDIDYMITIS U VOJÁKŮ NAŠEHO SPÁDOVÉHO ÚZEMÍ

Major Vladimír HORSKÝ, prom. lékař,

vojenská nemocnice Jaroměř, chir. odd. (náčelník plk. MUDr. Jan BROŽÁK)

V krátkém sdělení chci se zabývat některými problémy zánětu nadvarlat u vojáků. Tomuto onemocnění není v praxi věnována dostatečná pozornost, i když není tak vzácné, jak se někteří domnívají. Hlavní lékaři útvarů se s ním setkávají a nejsou často dostatečně informováni ani o diagnostice, ani o prognóze.

Podle vzniku můžeme dělit zánět nadvarlat na tzv. neinfekční, někteří ho nazývají aseptický, kde příčinou bývá úraz (úder do šourku, uskrípnutí varlete apod.). Vyvolávajícím momentem může být i nepřímé násilí, jaké představuje prudké přitážení varlete kremasterem k zevnímu ústí tříselného kanálu, při skoku, kýchnutí, zvedání těžkého břemene apod. Na našem oddělení jsme pozorovali zánět nadvarlete v pooperační době po herniotomii a po operaci křečových žil dolních končetin. Dlouhotrvající nefyziologické erotické dráždění s překrvením varlete může rovněž mít souvislost se vznikem epididymitidy.

U infekčních zánětů nadvarlete je příčinou buď nespecifická uretritida, nebo může zánět vzniknout v průběhu akutních i chronických infekčních nemocí. Infekční záněty specifické jsou pak tbc, GO, LU.

Cesty, kterými vnikne infekce do močového ústrojí:

a) nástrojem zavedeným do měchýře mohou být zaneseny do zadní uretry mikroby zvenčí nebo z přední části uretry, což bývá časté u zavedeného permanentního katetru,

b) hematogenní cestou,

c) lymfatickou cestou,

d) urinózní zánět nadvarlete při vniknutí infikované moče do jeho kanálků antiperistaltickými pohyby proti směru fyziologického proudu. Autoři zdůrazňují, že se tak stává při různých sportech, při defekaci, uplatnění břišního lisu.

Podle průběhu nutno dělit epididymitis na akutní a chronickou. Akutní epididymitis se klinicky vyznačuje zvětšením nadvarlete, které je spontánně i na pohmat bolestivé. Bolesti mohou vystřelovat podél chámovodu do ingviny, do krajiny bederní a někdy i do břicha. Kůže šourku bývá zduřelá a lehce překrvena. Akutní zánět nadvarlete bývá neřídka provázen hydrokélou, která ustupuje během konzervativní léčby souběžně se zánětem nadvarlete. Jen výjimečně při nesnesitelném bolestivém napětí je vhodná punkce hydrokély. Zduření i bolest poměrně rychle ustupují. Často na počátku onemocnění je 2—4 dny zvýšená teplota, v močovém sedimentu mohou být zmnožené leukocyty; i tento

nález rychle ustupuje. Po vyléčení zůstává někdy drobná zatvrdlinka v nadvarletu. Chronická epididymitis vzniká buď z akutního stadia nebo pozvolna, bez akutního stadia. Zánět může přejít i na obaly varlete a kůži, zduření pak dosahuje až velikosti pěsti.

Ze skupiny specifických epididymitid jsou celkem vzácné gonoroické a luetické, které ustoupily se snížením počtu pohlavních chorob u nás. Hlavním představitelem této skupiny dnes zůstává epididymitis tuberkulosa. Jako predilekční místo pro tuberkulózní proces nadvarlete se všeobecně udává kauda nadvarlete a tato skutečnost se vysvětluje anatomickou stavbou této části nadvarlete (četné slepé kanálky, snadnější trauma). Otázka prvotního ložiska infekce v urogenitálním traktu je stále sporná a nebyla urology shodně vyřešena. Nejčastěji jsou postiženi muži mezi 20.—30. rokem, tedy v době největší pohlavní aktivity, a potom až mezi 40.—50. rokem, kdy přichází druhá vlna pohlavní aktivity. Někteří autoři zastávají názor, že trauma může zvýšit náklonnost tuberkulózní epididymitis, a našli v anamnéze trauma v 18—20 %. Uldrich ve své práci udává, že v jeho materiálu tbc genitální šlo v 89,6 % o krevní rozsev, a to z plicního ložiska. U progredientních forem plicní tuberkulózy se vyskytuje epididymitis jen v 6 %, jinak je tomu po určitém časovém odstupu 5—10 let, kdy svěží plicní procesy jsou již úplně nebo částečně zhojené, a potom teprve nastoupí vývojové fáze tuberkulózy urogenitálního traktu. V anamnéze se dovidáme o přestálé plicní chorobě, zánětu pohrudnice, opakovaných zápalch plic, opakovaných chřipkách apod. Někdy lze při rtg. vyšetření u řady nemocných zjistit i svěží infiltrát. V rodinné anamnéze se vyskytuje často plicní tuberkulóza u matky nebo otce. Nemocný udává, že ubyl několik kg na váze, v noci se potí, nemá chuť k jídlu a cítí se unavený. Celkový rozsev bacilů se vyznačuje subfebrilními teplotami, vysokou sedimentací, tbc. ložisko nemůžeme vždy odhalit ihned, někdy je ani nenajdeme. Uldrich udává, že jestliže jde o malý krevní rozsev, méně bacilů, málo virulentních, které se dostanou do nadvarlete při dobrém imunobiologickém stavu nemocného, pak se orgán s tímto malým výsevem během 6 týdnů úplně vypořádá. Typický nález pohmatový pro tuberkulózu nadvarlete je hrbolaté, uzlovité nadvarle s hmatnými zářezy, málo bolestivé, později přirostlé k varletu a fixované ke kůži šourku. Rozlišení mezi specifickým a nespecifickým zánětem nadvarlat je v počátcích choroby nesnadné a spor vedený již 20 let nebyl úspěšně uzavřen. U každé epididymitis nutno věnovat v anamnéze pozornost tuberkulóze jak v rodinné, tak v osobní

anamnéze, dále je třeba se zaměřit na onemocnění plicní i v dětství, která mohou být důležitá, když uvážíme, že mimoplicní tuberkulóza začíná často až po 5 letech od proběhlého specifického procesu plicního. Z vyšetření nutno provádět FW, KO + dif. se zaměřením na počet lymfocytů a leukocytů, BWR, opětovně vyšetření moče a sedimentu, cystoskopii, která může někdy odhalit počínající tuberkulózní cystitis, vylučovací urografii. Funkční zkouška ledvin těžko odhalí počáteční stadium choroby. Moč na kultivaci, BK, nejméně 3krát opakovat a nespokojit se se zjištěním *E. coli*, které asi ve 40 % doprovází *Myko-tbc*. Někteří autoři udávají, že je pro specifickou epididymitidu charakteristická malá pyurie, trávající 2—3 dny, která vymizí. Nesmíme zapomenout vyšetřit prostatu digitálně, která u specifických procesů bývá postižena podle literatury v 70 %. U nespecifického procesu změny na prostatě brzy vymizí a nikdy nezanechávají defekty na prostatických žlázách. Histologické vyšetření je velmi dobrou diagnostickou pomůckou, i když byly popsány případy, kdy histolog udává fibrózní změny a bakteriolog vypěstoval z preparátu BK. Fronscheit vyšetřoval spermie na BK s určitým úspěchem, podstatnější se však zdá, že kazeózní hmoty nebo TB metabolity porušují spermie, poněvadž v ejakulátech při *tbc* je zjišťována často nekrospermie a špatná pohyblivost spermií. Shodné nálezy jsme našli ve spermioqramu u 3 z našich nemocných, kde byla prokázána specifická epididymitis.

Shromáždili jsme materiál z našeho oddělení za posledních 8 let. Z celkového počtu hospitalizovaných 9494 bylo 123 epididymitid, což představuje 1,295 % všech hospitalizovaných na našem oddělení. Z toho bylo 105 vojáků. Dále se budu zabývat těmito 105 případy. V anamnéze jsme se zaměřili na tuberkulózu a plicní procesy jak v anamnéze rodinné, tak i v osobní. V rodinné anamnéze byla zjištěna 8krát tuberkulóza plicní a 2krát chronické opakující se plicní onemocnění, které nemocný blíže neuměl udat. V osobní anamnéze 10krát zápal plic v období 2—6 let před onemocněním zánětem nadvarlat, 4krát léčení pro *tbc*, 2krát pleuritis. U ostatních byla anamnéza bezvýznamná, 7 udávalo jako vyvolávající moment prochlazení, 7 úraz šourku v posledních 2 měsících před onemocněním, 4 zvýšenou fyzickou námahu, 5 jízdu nákladním autem a 2 pohlavní rozrušení. Domníváme se, že drobné úrazy nejsou tak důležité, jak někteří autoři hodnotí. Nebyl pozorován zvýšený počet onemocnění epididymitis u výsadkářů, kde počet drobných úrazů šourku je daleko větší než jinde (časté a zvýšené používání břišního lisu při nácviku doskoku, umístění nožních popruhů postroje padáku). V našem souboru bylo 13 mužů do 20 let, 66 od 20—22 let, nad 22 let 26 případů. Svobodných bylo 75, ženatých 27, rozvedeni 3. Tato čísla jsou pochopitelně ovlivněna tím, že maximum ošetření je poskytováno vojákům v základní službě, ve věku od 19—22 let. Tím důležitější však je, aby vojenští lékaři byli správně o této chorobě informováni, protože mezi 20. až

30. rokem se epididymitis vyskytuje nejvíce. Rozděleno podle služebních ročníků:

1. ročník	— 29,
2. ročník	— 55,
z povolání	— 20,
v záloze	— 1.

Vyšší počet výskytu onemocnění u 2. ročníku stojí za zamyšlení již proto, že si zvykli nejen na odloučení od manželek nebo snoubenek, ale i na těžkosti výcviku a zvýšenou fyzickou námahu. V 61 případech bylo postiženo pravé nadvarle, v 39 případech levé nadvarle a v 5 případech bylo postižení oboustranné. Podle anatomické dispozice bychom spíše čekali výskyt na levém nadvarletu, kde se častěji vyskytuje jak varikokéla, tak i torze varlete. Tuto skutečnost neumíme vysvětlit. Průměrná doba hospitalizace na našem oddělení byla 23 dnů, s maximem 55 dnů a minimem 10 dní. Do týdne od prvních obtíží bylo k nám odesláno 57 případů, do 30 dnů 45 případů, zbytek až po uplynutí 30 dnů. Většina hlavních lékařů považovala původně toto onemocnění za orchitis a s touto dg také nemocné odesílala. Orchitis je v praxi daleko vzácnější a i jeho původ je odlišný od epididymitis. Na ošetřovnách útvarů bylo z našich nemocných léčeno 20 nemocných před odesláním na naše oddělení s dobou hospitalizace od 2—14 dnů. V 8 našich případech šlo již o druhou ataku v době od 2—6 let. Gonoroická epididymitis byla zjištěna u 1 našeho nemocného. V rozdělení podle ročního období nebyly zjištěny charakteristické rozdíly. Taktéž pohlavní styk nemá pravděpodobně na toto onemocnění podstatný vliv. U našich nemocných byli vedle těch, kteří mají pohlavní styk pravidelný, i takoví, kteří udávali, že nikdy nesouložili. Ze 105 případů zánětů nadvarlat podařilo se nám prokázat ve 4 případech tuberkulózu. U těch byla také pozitivní anamnéza, jež usnadnila diagnostiku, která potom byla histologicky ověřena. Z vyšetření našich ostatních nemocných: FW od 10 mm do 50, za druhou hodinu od 10—100 mm. Několik dnů zvýšené teploty, které nepřesáhly 38⁰, byly jen u části případů, které byly na naše oddělení odeslány ihned po ohlášení prvních příznaků. Zmnožení leukocytů nebylo v KO přesvědčivé. Moč chemicky negativní, v močovém sedimentu u 30 % zmnožení počtu leukocytů v prvních dvou až pěti dnech. BK v moči se nepodařilo ani při opětovné kultivaci prokázat. Cystoskopické nálezy byly normální a také vylučovací urografie byla normální. Vyšetření prostaty bylo prováděno pravidelně, pozitivní reakce může být velmi dobrou diagn. pomůckou, negat. reakce však nic neříká. Rtg. nález plic neprokázal čerstvé plicní ložisko, popisuje obyčejně jenom primární komplex. Lokální nález. Celá polovina šourku zvětšena, vzácně zánět postihl i kůži šourku. Normální veliké varle je obepínáno helmovitě nadvarlatem, které je silně bolestivé jak spontánně, tak na pohmat a tuhé. Během léčení pozvolna bolestivost ustupuje a přetrvává jenom

tuhé zvětšené nadvarle, které se v 80—90 % zhojí během hospitalizace ad integrum. U zbývajících nemocných přetrvává v kaudě nadvarlete drobné zatvrdnutí velikosti hrášku. U všech nemocných byl prováděn před propuštěním z našeho ústavu spermioqram, který nevykazoval odchylek.

Léčení provádíme na našem oddělení takto: přísný klid na lůžku 7—10 dnů, pokud nevymizí bolestivost, podložení šourku, aby tahem za varle nebyly vyvolávány bolesti, octanové obklady na šourek ev. natřený vazelínou. Proti bolestem spazmoveralginové čípky, kombinace PNC s STM v běžných dávkách. Někteří udávají, že vystačí stejně dobře s Furantoinem 3krát 1 až 3krát 2 tbl. denně do celkové dávky 40 tbl. nebo Uramidem. Od Imbertova obstríku, který jsme prováděli ob den po dobu 14 dnů, jsme v poslední době ustoupili. Po odeznění akutního stadia dáváme zapařovací obklady pro lepší vstřebávání zánětlivého infiltrátu. Před propuštěním k útvaru doporučujeme ještě ponechat 14 dní na rekonvalescentním oddělení nebo propustit k útvaru a ponechat na ošetřovně; zákaz alkoholických nápojů, nosit suspenzor, vyvarovat se prochazení, dočasné úlevy od těžké fyzické práce, 4—6 týdnů pohlavní abstinence.

U specifických epididymitid jsme léčili antituberkulotiky PAS, STM, IHN, po 2 měsících léčení byli jsme nuceni provést operační výkon epididymektomií a ve 2 případech semikastraci pro rozsáhlé změny na varleti. U nemocných operovaných při zajištění antituberkulotiky vystačíme obyčejně s epididymektomií. S nápadně dobrým hojením i pozdním výsledkem i tam, kde během operace se zdá, že proces začíná přecházet i na varle. V armádě podle Zdrav-II-1 016 je nutno hodnotit spec. epididymitis právě tak jako mimoplicní tbc jako „neschopen vojenské služby“, není-li proces v klidu aspoň 5 let. Diagnostika specifického procesu nadvarlat je však velmi obtížná.

Domníváme se, že epididymitidu je nutno považovat potenciálně za specifickou, je-li v předchorobí prokázán specifický proces, a tak ji také léčit a klasifikovat, i když se nepodaří prokázat BK. Je však nutno se hlavně opírat o lokální pohmatový nález. Vyléčené epididymitidy nespécifického původu doporučujeme dále sledovat, hlavně když v kaudě nadvarlete přetrvává drobná zatvrdlinka. Tyto vojáky je třeba vést v seznamu pod zvláštním dohledem a po 3 měsících kontrolovat.

Literatura u autora.

Souhrn

Podána zpráva o epididymitách u vojáků za 8 let z chirurgického oddělení. Zdůrazněna důležitost tohoto onemocnění, poukázáno na těžkosti diagnostiky mezi specifickou a nespécifickou epididymitidou. Uveden způsob terapie a další péče o vojáky, kteří prodělali zánět nadvarlat.

Резюме

Сообщается о случаях эпидидимита у солдат, лечившихся по поводу этого заболевания в течение 8 лет в хирургическом отделении. Подчеркнута серьезность этого заболевания, указано на трудность дифференциальной диагностики между специфическим и неспецифическим эпидидимитом. Описан способ лечения и дальнейшего ухода за солдатами, перенесшими эпидидимит.

Summary

A report of the occurrence of epididymitis at soldiers during 8 years was given from a surgical department. The importance of this disease is emphasized, the difficulties of the differential diagnosis between a specific and nonspecific epididymitis is pointed out. The treatment and after-care of soldiers, who suffered from this disease, is described.