

VROZENÁ LATERÁLNÍ DEFORMACE PENISU

MUDr. Věra Mašková¹ M.D., Paul Palascak² M.D., Walter Gomez-Orozco² M.D., Jean-Luic Sauvain²,
doc. MUDr. Michael Urban¹

¹Urologická klinika FNKV Praha,

²Vesoul CHI Paul Morel France

Autoři uvádějí kazuistiku vzácného onemocnění, jehož podkladem je vrozená hypoplazie jednoho z kavernózních těles s následnou laterální deviací penisu při erekci. Nález je operačně řešen modifikovanou operací dle Nesbita. Výsledkem je kompletní pooperační korekce penilní deformace bez zkrácení kontralaterální strany.

Urolog. pro Praxi, 2006; 3: 128–129

Úvod

Laterální penilní deformace u mladých mužů, jejíž příčinou je rozdílnost ve velikosti kavernózních těles, je vzácná. Obvykle pak bývá pravé těleso větší než levé což vede k zakřivení penisu doleva (2).

Normální elasticita tkání pyje a velikost kavernózních těles je důležitá pro erektální funkci. U zdravého penisu jsou tkáně symetricky elastické a erekce je rovná přímá. Jednou z příčin zakřivení penisu je snížená compliance jedné či více fasciálních vrstev na podkladě jejich dysplazie, druhou je nepochopitelná hypoplazie jednoho z kavernózních těles.

Zakřivení penisu dělíme na vrozené a získané. U obou skupin mohou být zakřivení dorzální, laterální, ventrální nebo komplexní (3).

Vrozené deformace penisu (3):

- ventrální – často se kombinuje s hypospadií či s tzv. chordou bez hypospadiie
- laterální – hypoplazie kavernózního tělesa
- komplexní – ventrální asociovaná s torzí
- dorzální – vzácné, doprovází komplex exstrofie/epispadie

Získané deformace penisu (3):

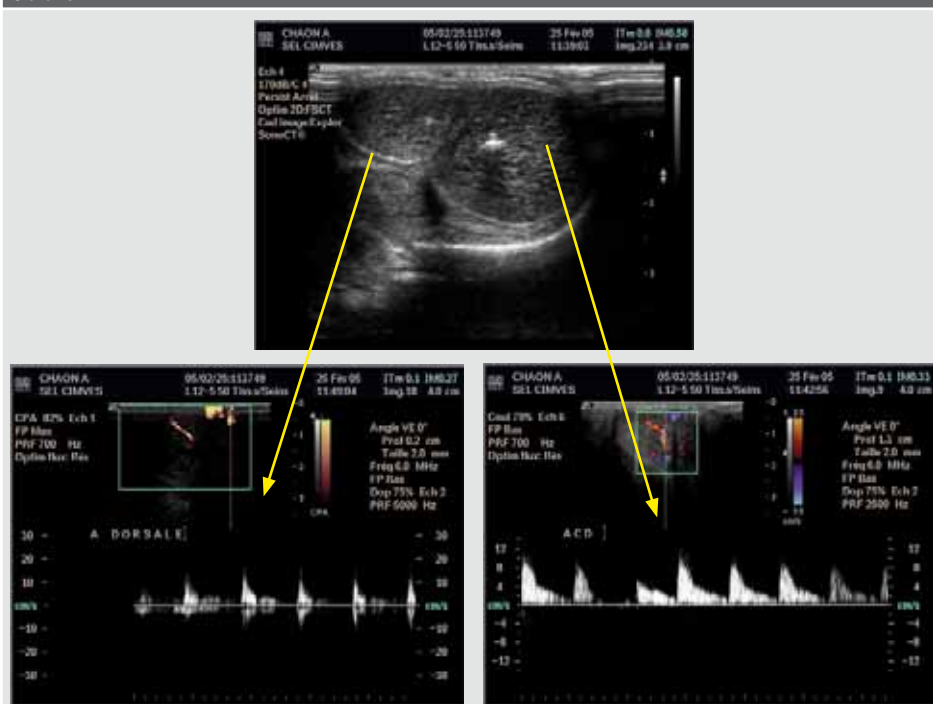
- ventrální
 - komplexní
 - laterální
 - dorzální
- mohou být způsobené úrazem nebo Peyronieho chorobou

U epi- a hypospadií je penilní malformace spojena s komplexem uretrálních anomálií, které jsou zpravidla jasně viditelné, zřejmé, a tedy i časné diagnostikované. U monosymptomatických zakřivení není při fyzikálním vyšetření zpravidla nic patrné a penis vypadá normálně.

Varujícím příznakem je pozoruhodné zakřivení, během erekce, a proto je postižení všeobecně zaznamenáno během dospívání či po něm.

Pro přesnou diagnózu anomálie a indikaci k operaci je anamnéza a fotografie zakřivení při erekci nedostačující. U většiny případů je doplněno vyšetřením penisu při arteficiální erekci (aplikace

Obrázek 1.



10–20 mikrogramů alprostadilu intrakavernózně), což umožní přesnou lokalizaci, určení typu a stupně zakřivení, a dopplerovskou ultrasonografií s nálezy narušeného penilního arteriálního průtoku (4).

Indikace k operaci:

a) deformita, zakřivení

- v zakřivení penisu jsou značné variace vedoucí k obtížné imisi
- u mladých mužů s vrozenou deformitou působí ohnutí penisu spíše psychologické potíže než fyzický handicap
- ventrální zakřivení, která jsou často spojena s hypospadií, způsobují více obtíží než deviace dorzální a laterální (1, 5, 6).

b) erektální dysfunkce

- pokud je dysfunkce psychologickým důvodem, může pacientovi přinést větší prospěch implantace penilní protézy, jestliže nechirurgická léčba byla neuspokojivá (7).

Směr zakřivení penisu ovlivňuje volbu typu incize a formy rekonstrukce.

U vrozených deviací jsou upřednostňovány excizní nebo plikační korpoplasty techniky (Nesbit, Lue, Yachia, Heinecke-Mikulick).

Jako metoda volby ke zkrácení tunica albuginea je nejvíce používána operace dle Nesbita.

Spočívá v transverzální excizi elips tunica albuginea transverzální suturou jejich okrajů. Provádí se na delším obvodu penisu. Počet a šířku provedených elips určuje rozdíl v nepochopitelnosti těles. Pro suture se doporučuje užití nevstřebatelných či pozdě vstřebatelných vláken typu PDS. Výsledek operace je kontrolován navozením arteficiální erekce během výkonu. Dobré výsledky jsou pozorovány provedením dvou až tří korpoplastik. K prevenci otoku a hematomu je provedena nekompresivní bandáž, permanentní katétr je ponechán na 12 hodin (3, 6, 4, 8).

Plikační tunica albuginea (Schreiter) – je též možná volba, ale není dlouhodobě používána.

U získaných zakřivení závisí vlastní léčba na etiologii deformity (3, 6).

Kazuistika

Čtyřicetiletý pacient se dostavil k urologickému vyšetření pro nebolestivou laterální deformitu penisu vedoucí k erektilní dysfunkci. Anamnéza nesvědčila pro získané onemocnění, Peyronieho choroba byla vyloučena. Při palpačním vyšetření bylo pravé těleso větší než levé, po užití arteficiální erekce s deviací penisu doleva. Sonografické vyšetření prokázalo hypoplazii levého kavernózního tělesa s hypovaskularizací, dopplerovské vyšetření pak známky sníženého průtoku vlevo (obrázek 1).

Vzhledem k nálezům byla provedena operační korekce deformity s užitím elipsoidní excize tunicae albuginea dle Nesbíta (obrázek 2). Nevyskytly se žádné pooperační komplikace. Výsledkem je úplné vymizení deformity bez zkrácení kontralaterální strany a uspokojivý pohlavní styk pacienta.

Závěr

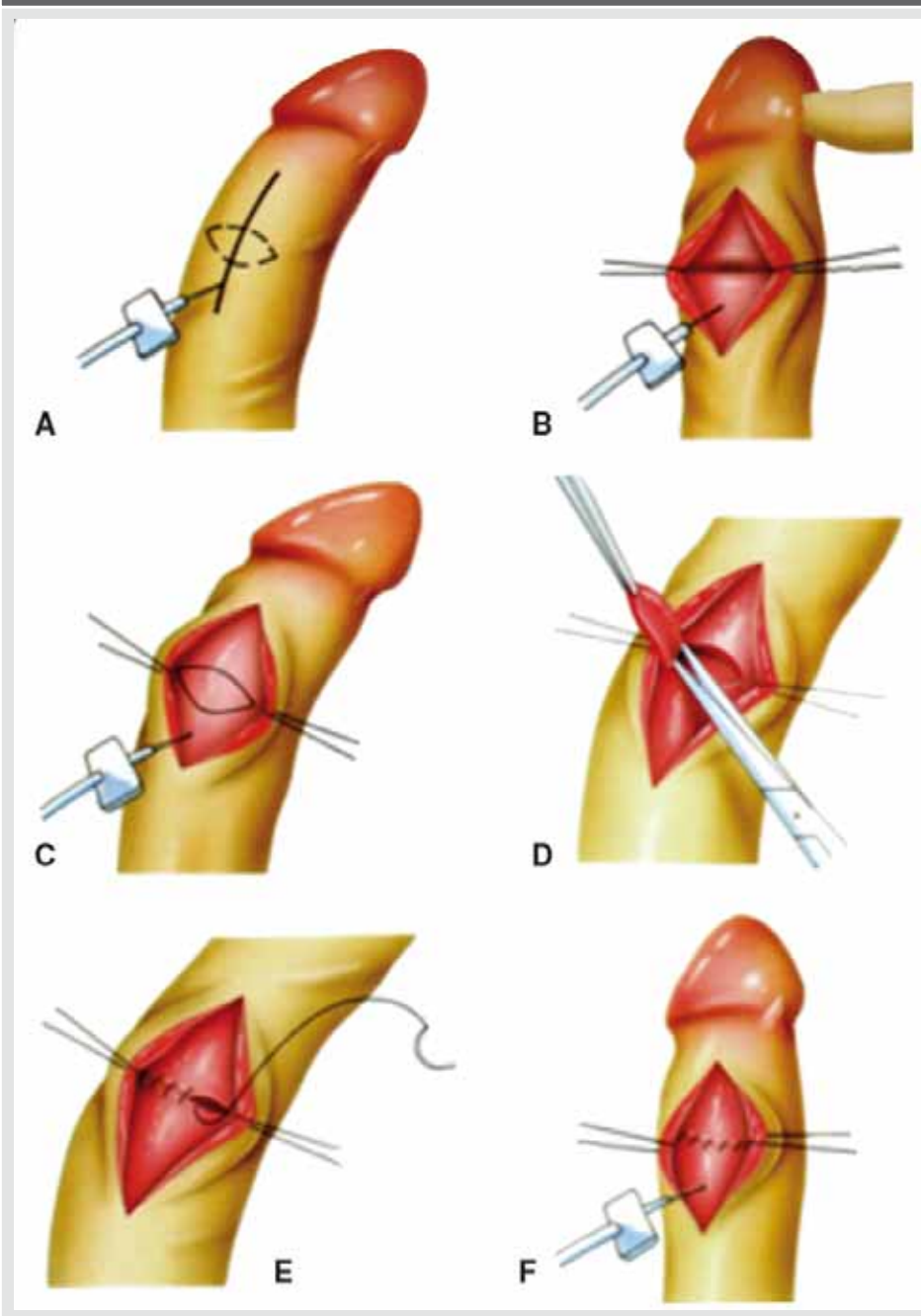
Pro erekci je důležitá normální elasticita tkání penisu a velikost kavernózních těles. Kongenitální nebo získaná deviace penisu mohou být ventrální, laterální, dorzální či komplexní. Většina pacientů s vrozeným laterálním zakřivením má jinak normálně vyvinutý penis a chorda není palpovatelná. V případě korekce tedy není nutné provedení chordektomie a penis zůstává dostatečně dlouhý i v případě kontralaterálního zkrácení. Zakřivení tak může být kompletně upraveno. Operace dle Nesbíta a její modifikace jsou celosvětově používány s velmi dobrými dlouhodobými výsledky.

V našem případě byl výsledek výborný – bez zkrácení kontralaterálního kavernózního tělesa.

MUDr. Věra Mašková

Urologická klinika, FN KV
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
e-mail: maskova@fnkv.cz

Obrázek 2.



Literatura:

1. Bondil P. Place du traitement chirurgical. In: Bondil P. La dysfunction érectile. Montrouge: Editions John Libbey Eurotext 2003: 19.
2. Cendren J, Melin Y. Courbure congénitale primitive de la verge sans hypospadias. In: Cendren J, Schulman C. Urologie pédiatrique. Flammarion Médecine-Sciences Paris 1985: 225–228.
3. Devine ChJ, Jordan GH. Curvature of the penis. In: Walsh PC, Retik AB, Stamey TA, Varghan ED jr. Campbell's Urology. Philadelphia: WB Saunders 1992, 4th ed.: 3942–3954.
4. Kočvara R. Pediatric andrology. In: Dvořáček J a kol. Urologie III. ISV Praha 1998: 1397–1398.
5. Lue TF. Peyronie's Disease. In: Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R. Erectile Dysfunction. Plymssidge Distributors Ltd. Plymouth 1999, 462.
6. Nyirády P, Kelemen Z. Congenital curvature of the penis: Pathomechanism, type of appearance and management. European Urology Today, December 2005, 25–26.
7. Pryor J. Peyronie's Disease. In: Hendry K. Recent Advances in Urology. London 1987: 245–261.
8. Ralph D, Al-Akroa M, Pryor J. The Nesbit operation for Peyronie's disease: 16-year experience. J Urol. 1995, 154, 1362–1363.