

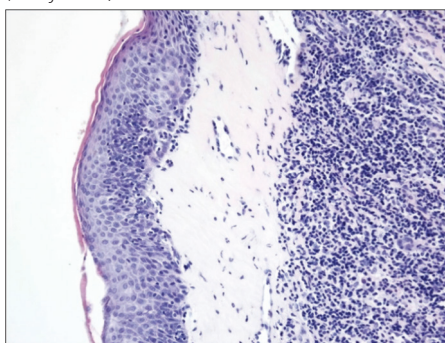
znam slova šetrný a v podstatě tento proces napínání předkožky mohou rodiče zahájit od novorozeneckého věku. Stanovit věk, kdy by měla být předkožka plně přetažitelná u zcela asymptomatických chlapců, je dle našeho názoru poměrně obtížné a možná to ani není zapotřebí. Naše ambulantní zkušenosti ukazují velký věkový rozptyl dosažení stavu plně přetažitelné předkožky, od tříměsíčního kojence až po desetiletého teenagera. Statisticky je výskyt primární fimózy a konglutinací podle Kočvary a Drlíka ve věku 6–7 let ještě u 49,9 % hochů, ve skupině třináctiletých je to v 8 % případů, mezi osmnáctiletými je pozorována ještě u 6,8 % jedinců (1). Na druhé straně problematika sekundární fimózy přivádí v poslední době do naší ambulance stále větší počet pacientů s podobnými potížemi a stejným klinickým nálezem. Anamnesticky u jizevnaté fimózy rodiče udávají opakované balanopostitidy, tvorbu ragád spojenou s krvácením z předkožkového vaku při přetahování předkožky, nafukování předkožky při močení. Jizevnatou fimózu lze klinicky poznat na základě navahlitého, stenotizujícího, bělavého prstence na okraji předkožky s omezenou možností obnažení žaludu. Jak uvádí ve svém článku Trachta, nejčastější příčinou vzniku patologické sekundárně vzniklé fimózy u chlapců je balanitis xerotica obliterans (BXO), která může být považována za „pouhou“ jizevnatou fimózu (3).

Balanitis xerotica obliterans

Balanitis xerotica obliterans (BXO) je chronický zánět v oblasti mužského genitálu nejspíš autoimunitní etiologie na genetickém podkladu. Může probíhat pod obrazem sekundární (jizevnaté) fimózy a může mít za následek zhoršení močové a sexuální funkce. První případ byl popsán v roce 1928 Stuhmerem (4, 5). Zánětem může být postižena předkožka, žalud, meatus i močová trubice. Incidence BXO v publikované literatuře se pohybuje od 5 % do 52 %, s nárůstem v novějších publikacích (4). Tento trend pozorujeme i na našem oddělení a je odrazem nárůstu počtu circumcisionů provedených za poslední dekádu. BXO se vyskytuje ve všech věkových skupinách, od kojenců ve věku 6 měsíců až po seniory (5). Etiologie vzniku balanitis xerotica obliterans je nejasná. Vědecké články popisují určité možné teorie vzniku a vývoje

onemocnění, u dětí ale existují relativně málo studií týkajících se patofyziologie. V poslední době přibývá důkazů o možné autoimunitní příčině, kde u ženské varianty BXO lichen sclerosus et atrophicus prokázali zvýšené hladiny interferonu gama, tumor nekrotizujícího faktoru, interleukinu-1 a IgG autoprotilátek proti proteinům extracelulární matrix (5). Podle Charlton a Smithe u neobřezaných mužů akumulace sekretů a epitelálních úlomků mezi penisem a předkožkou vede ke vzniku subklinického traumatu, chronickému podráždění a balanitidám. Tento stav vede k následné fibróze, nahrazení parenchymatózní tkáně tkání nefunkční. Up-regulace prozánětlivých cytokinů a chemokinů indukuje expresi růstových faktorů, které stimulují fibroblasty, diferenciaci myofibroblastů a případně produkci extracelulární matrix. Dále jako teoretický etiologický faktor v patogenезi BXO byla navržena mikroinkontinence, jako chronické dráždění citlivého epitelu močí mezi předkožkou a žaludem penisu. Ve studii Bunker et al. bylo prokázáno, že 91 % mužů s diagnostikovanou BXO hlásilo mikroinkontinence ve srovnání se 14 % v kontrolní skupině. Spojení mezi lidským papilomavirem (HPV) a BXO bylo hlášeno u dětí ve dvou malých studiích s 23 a 11 pacienty, které identifikovali HPV pomocí PCR v 52 % a 64 % případů. To může naznačovat, že BXO je predisponujícím faktorem pro infekci HPV, nebo že HPV hraje určitou roli v patogenезi BXO, i když stále probíhají diskuze o spojení BXO a HPV (5). Diagnóza BXO se potvrzuje histologickým vyšetřením preparátu předkožky, kde po odbarvení metodou hematoxylin-eozin (Obr. 1) můžeme typicky pozorovat epitel s ortokeratotickou hyperkeratózou a infiltrací lymfocytů, dále pás homogenizovaného vaziva a pak hlouběji vrstvu lymfocytů s převahou T lymfocytů (6).

Obr. 1. Histologický obraz BXO – zvětšení 200× (zdroj autor)



Před samotným klinickým vyšetřením pacienta v ambulanci při odeírání anamnézy rodiče udávají opakované balanopostitidy, epizody krvácení z ragád na okraji předkožky při snaze o přetažení. Údaj stavu náhlého zhoršení přetažitelnosti jinak předtím zcela volné předkožky bez jasné příčiny je zcela typický a patognostický s diagnózou BXO. Dle našich zkušeností ve většině případů i přes pokročilý nález na penisu pacienti překvapivě potíže s močením neuvádějí, i když vzácně může vyústit BXO až do obrazu akutní retence moči. Při klinickém vyšetření genitálu při snaze o přetažení předkožky přes žalud nás zastaví tuhý a ztlustělý okraj předkožky. U starších pacientů má okraj předkožky spíš charakter navalitého, bělavého, stenotizujícího prstence s omezeně patrným vrcholem žaludu (Obr. 2).

U mladších chlapců lze identifikovat zcela filiformní vstup do předkožkového vaku, bez možnosti obnažení žaludu. Okraje prepucia pevně drží u sebe, vytvářejí pevnou fimózu s bílými plaky (Obr. 3). Na operačním sále

Obr. 2. Klinický obraz BXO u devítiletého chlapce (zdroj autor)



Obr. 3. Klinický obraz BXO u pětiletého chlapce (zdroj autor)

