

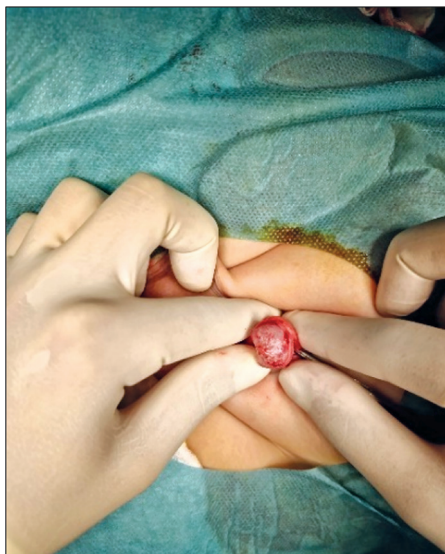
peroperačně při cirkumcizi jsou na glandu mnohdy patrné pablány, které pevně lpí na žaludu (Obr. 4).

V rámci terapeutického doporučení starší články uvádějí obřízku jako terapii první volby bez nutnosti dalšího zásahu (4). Podobný postup a zkušenosti uvádí Trachta, kde v léčbě BXO preferuje totální cirkumcizi jako kurativní zákrok (3). Britská asociace dermatologů denní užívání silných topických kortikosteroidů doporučuje jako metodu první volby v léčbě BXO u dospělých mužů a chlapců, např. klobetasol-propionát mast. Při neúspěchu konzervativní léčby je u chlapců za 1–3 měsíce doporučeno provedení obřízky s aplikací kortikosteroidů i po chirurgickém zákroku. Doporučují půlroční sledování pacientů. V případě stenózy meatu je nezbytné provedení meatoplastiky. Dále bylo zdokumentováno v člancích použití acitretinu nebo adalimumabu v léčbě BXO s poměrně dobrými výsledky (5).

Výsledky a diskuze

Na Oddělení dětské chirurgie – dětského úrazového centra v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem v rámci urologické sekce provádíme z medicínské indikace běžně radikální (totální) a parciální (částečné) cirkumcize v celkové anestezii. Rituální obřízky neprovádíme. V rámci prvního kontaktu s pacientem odebereme anamnézu, klinicky vyšetříme chlapce a spolu s rodiči stav zhodnotíme a navrhneme možnosti léčebného postupu. Když závěrem celého procesu je indikace k provedení cirkumcize, naplánujeme rozsah výkonu a čas provedení. Na našem pracovišti se snažíme maximálně minimalizovat provádění částečných cirkumcizi. Jedině u adolescentů při bolestivé erekcí při tzv. relativní fimóze v terénu zcela intaktní předkožky a v klidu plně přetažitelné provádíme částečnou cirkumcizi. V ostatních případech u pacientů se známkami sekundární fimózy, kde dle našeho názoru nelze klinicky jasně vyloučit přítomnost BXO, provádíme radikální cirkumcizi (Obr. 5). V letech 2023 a 2024 na oddělení dětské chirurgie bylo provedeno

Obr. 4. Pablány na žaludu u stejného pětiletého chlapce (zdroj autor)



celkově 66 cirkumcizi s diagnózou sekundární fimóza, z toho 88 % radikálních. U 12 % chlapců i přes opakované poučení o možném riziku přítomnosti BXO byla provedena na žádost rodičů parciální cirkumcize. Pětašedesát cirkumcizi bylo provedeno v elektivním režimu, jeden pacient pro akutní retenci moči v terénu těžké jizevnaté fimózy byl odoperován akutně. Ani v jednom případě nebyl nutný další rekonstrukční výkon např. charakteru meatoplastiky nebo uretroplastiky. Průměrný věk operovaného pacienta činil 9 let a 5 měsíců, nejmladšímu pacientovi byly v době operace 3 roky a 11 měsíců a nejstaršímu 17 let a 11 měsíců. Průměrný operační čas byl 27 minut. Následně byly získané tkáně odeslány k dalšímu zpracování na patologické oddělení příslušného zdravotnického zařízení, kde byly upraveny standardním barvením hematoxylin-eozinem a poté byla provedena patologem identifikace známek BXO. Pooperačně v rámci možných časných komplikací jsme zaznamenali u jednoho pacienta krvácení z rány, které bylo tentýž den operačně ošetřeno. Histologická analýza prokázala v 72 % případů přítomnost známek BXO ve vyšetřovaných preparátech.

U 12 % chlapců po cirkumcizi jsme plochy na žaludech po odloučení pablán ještě do úplného zhojení promazávali kortikosteroidní

Obr. 5. Stav po radikální cirkumcizi (zdroj autor)



mastí (Triamcinolon), u ostatních pacientů byla cirkumcize zcela kurativní, bez nutnosti další léčby. Průměrná doba sledování pacientů po operaci byla 5 měsíců. Máme ještě skupinu 4 pacientů, kde byla provedena parciální cirkumcize v terénu pozitivní BXO. Zde pro dobrý klinický stav volíme konzervativní postup, kdy pacienty sledujeme před případnou recidivou BXO. S podáváním silných topických kortikosteroidů na našem pracovišti nemáme zkušenosti. V publikované literatuře jsou hodnoty incidence BXO velmi variabilní. Liší se údaje uváděné ve studiích různých autorů, uvádějí incidence BXO od 5 %, 9 %, 35 %, 40 % do 53 % (4). V těchto uvedených studiích byly odeslány všechny předkožky k histopatologickému vyšetření, bez ohledu na příčinu obřízky. V naší analýze jsme pracovali se skupinou chlapců s klinicky patrnou jizevnatou fimózou, proto byl záchyt BXO patrně vyšší. Vysoké procento incidence BXO v terénu jizevnaté fimózy nás musí nutit myslet na tento typ chronického zánětu s nutností nastavení vhodného léčebného procesu. Dle výsledku analýzy radikální cirkumcize je v terénu jizevnaté fimózy poměrně dostatečná metoda k eradikaci BXO a měla by mít přednost před částečnou obřízkou v terénu suspektního BXO, kde hrozí riziko recidivy.

LITERATURA

1. Kočvara R, Drlík, M. Dětská urologie. Praha: Maxdorf Jessenius; 2023. ISBN 978-80-7345-740-2.
2. Šarapatka J. Přístup urologa k léčbě nepřetažitelné předkožky u dětí. Urol. praxi. 2020;21(1):6-10.
3. Trachta J, Kříž J. Fimóza u chlapců způsobená záně-

tem balanitis xerotica obliterans. Urol. praxi. 2017;18(4): 178-180.

4. Celis S, Reed F, Murphy F, et al. Balanitis xerotica obliterans in children and adolescents: a literature review and clinical series. J Pediatr Urol. 2014;10(1):34-39.

5. Charlton OA, Smith SD. Balanitis xerotica obliterans: a review of diagnosis and management. Int J Dermatol. 2019;58(7):777-781.

6. Bostwick D, Cheng L. Urologic surgical pathology. Third edition. Elsevier; 2014. ISBN 978145574327.