

TROMBOFLEBITIDA SUPERFICIÁLNÍ DORZÁLNÍ VÉNY PENISU

MUDr. Jakub Fejfar, MUDr. Lubomír Janiš, MUDr. Miroslav Štursa

Urologické oddělení NsP, Nový Jičín

U 33letého nemocného byla diagnostikována tromboflebitida superficiální dorzální žíly penisu. Popsána diagnostika s nutnou rozvahou možné diferenciální diagnózy, zmíněna komplexní léčba a nechybí ani historická data týkající se této nozologické jednotky.

Klíčová slova: tromboflebitis, sexuální aktivita, fimóza.

Urolog. pro Praxi 2008; 9(4): 191–192

Úvod

Roku 1939 Henri Mondor poprvé popisuje superficiální trombózu vén přední stěny hrudníku. Toto poměrně vzácné onemocnění je benigní, pro pacienta pouze mírně limitující, vyžadující lokální, či symptomatickou terapii. Jako modifikace této nozologické jednotky je roku 1958 Helmem a Hodgmem popsána izolovaná tromboflebitis superficiální dorzální vény penisu, zvaná též penilní Mondorova choroba, nejčastěji následující 24–48 hodin po intenzivní a prodloužené sexuální aktivitě (1–2). Pacient obvykle přichází s nálezem indurovaného, někdy zarudlého provazce na dorzální straně penisu, s dalšími příznaky ve smyslu mírných bolestí, svědění, či místního otoku. Celkové příznaky obvykle nejsou vyjádřeny, výjimečně může být zvýšená teplota. Ke stanovení diagnózy většinou zcela postačí anamnéza, fyzikální vyšetření a z paraklinických vyšetřovacích metod dopplerovská ultrasonografie, důležitá jak pro stanovení diagnózy, tak pro sledování průběhu onemocnění. Kompletní ústup lokálního nálezu obvykle nastává během 6–8 týdnů (2).

Kazuistika

33letý pacient navštěvuje naši ambulanci pro zhruba 3 dny trvající přítomnost tvrdého pruhu na dorsu penisu. Ten je bolestivý, bez zarudnutí, zpočátku snad s mírným edémem v okolí. Zhruba 24 hodin před objevením se příznaků předcházela intenzivní sexuální aktivita, při níž nebyla vyloučena možnost traumatizace údu. Celkové příznaky nejsou vyjádřeny, erekce bez potíží, je bez anamnézy zneužití návykových látek, doposud zcela zdrav. V objektivním nálezu dominuje nález pruhovité indurace na dorsu penisu, palpačně mírně bolestivá, bez známek kožního erytému. Inguinální uzliny nejsou zvětšeny. Dopplerovská ultrasonografie verifikuje povrchovou tromboflebitidu bez průtoku v dané oblasti. Léčen heparoidem lokálně, celkově nesteroidní antiflogistika, doporučena sexuální abstinence.

Při ambulantní kontrole v odstupu 3 dnů je v oblasti největší indurace patrna regrese nálezu, nicméně

ně trombotické změny se šíří směrem distálním ke glans penis, kde je patrný jasný štíhlý pruh trombotizované vény. Laboratorně bez pozoruhodností. Rozhodnuto o přijetí klienta k léčbě nízkomolekulárním heparinem (LMWH), antibiotiky, COX-2 selektivními inhibitory a lokální aplikací heparoidu. V průběhu hospitalizace se lokální stav výrazně zlepšuje, indurace dorzální superficiální vény má sklon k regresi. Po 4 dnech klient propuštěn s doporučením LMWH. Při ambulantní kontrole v odstupu 2 týdnů je již zcela jasně patrna regrese nálezu, LMWH vysazen, pokračováno pouze v antiagregační terapii Anopyrinem 200 mg pro die. Další ambulantní kontrola prokazuje plnou regresi klinického nálezu a klient je bez potíží.

Diskuze

Tromboflebitis superficiální dorzální vény penisu je benigní onemocnění, jejíž etiologie není dodnes zcela jasně objasněna. Za jeden z dominantních vyvolávajících faktorů je považována prodloužená a intenzivní sexuální aktivita vedoucí k traumatizaci cév s následnou možnou nekrotizací endoteliální výstelky (3). Tím je splněna jedna z podmínek Virchowovy triasy, nutná k posunutí rovnováhy na stranu koagulace a postupné formaci trombu. Další z vyvolávajících faktorů, které je nutné vzít v potaz, jsou intrakavernózní injekce, tumor v oblasti malé pánve, přeplněný močový měchýř, latentní sepse vyvolá-

vající aktivaci prokoagulačních faktorů, anamnéza operace inguinální hernie, přítomnost hluboké žilní trombózy (2). Ve světové literatuře je uváděna i dlouhodobá sexuální abstinence nebo kontakt s menstruační krví, působící nejspíše jako iritační faktor (1). V diferenciální diagnostice stavů vedoucích ke svědění a deformaci penisu je nutné uvést Peyronovu chorobu, rupturu kavernózního tělesa a v neposlední řadě lymfédém.

K diagnóze postačí anamnéza, fyzikální vyšetření a dopplerovská ultrasonografie, jak bylo zmíněno v úvodu. Stran léčby neexistuje jednoznačný konsenzus, nejčastěji je používána antiagregační terapie, NSAID se užívají k úlevě od doprovodných symptomů, antikoagulanca nejsou častou volbou. ATB profylaxe, či lokální anestetika jsou podávány dle zvyklostí jednotlivých pracovišť. U torpidních případů, nereagujících na konzervativní terapii, nebo recidivy choroby je indikována chirurgická intervence v podobě trombektomie, popřípadě extirpace trobitizované cévy (4).

Jako jedna z mála komplikací je popsána sekundární fimóza na vrub edému měkkých tkání.

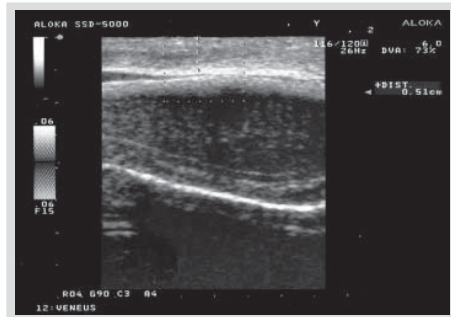
Závěr

Mondorova choroba je benigní záležitostí, s jejíž diagnostikou a následnou léčbou by neměl být problém. Úplná restituce nastává průměrně v intervalu 6–8 týdnů, terapie je ve většině případů konzer-

Obrázek 1. Vinutý pruh indurované vény proximálně od sulcus coronarius



Obrázek 2. Nekomprimovatelný pruh vény patrný na podélném řezu superficiálně



vativní a symptomatická. Komplikace jsou vzácné a v drtivé většině dojde ke kompletnímu uzdravení bez dalších následků.

MUDr. Jakub Fejfar

Urologické oddělení, NsP

K Nemocnici 76, 741 01 Nový Jičín

e-mail: jakub.fejfar@gmail.com

Literatura

1. Dicuio M, Pomara G, Cuttano MG, et al. Penile Mondor's disease after intensive masturbation in a 31- and a 33-year-old man. *Thromb Haemost* 2003; 90: 155–156.
2. Griger DT, Angelo TE, Grisier DB. Penile Mondor's disease in a 22-year-old man. *J Am Osteopath Assoc* 2001; 101(4): 235–237.
3. Kraus S, Ludecke G, Weidner W. Mondor's disease of the penis. *Urol Int* 2000; 64: 99–100.
4. Sarath Krishna N, Glen ES. Diffuse swelling of the penis in a young adult. *Postgrad Med J* 2000; 76: 311.