

FIMÓZA - LÉČBA V DĚTSKÉM VĚKU

MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF Olomouc

Fimóza je zúžení předkožkového vaku, které znemožňuje úplné přetažení předkožky přes žalud. Konzervativní nebo operační léčbu nekomplikované fimózy se doporučuje provádět po druhém, lépe po třetím roce života. Časnější indikací léčby jsou opakované balanitidy, obtížná mikce nebo recidivující močové infekce po vyloučení jiné organické či funkční příčiny. U nejzjevnatější fimózy je možná konzervativní léčba s užitím lokální aplikace nesteroidní či steroidní masti. Při selhání konzervativní léčby či při jizevnatém zúžení předkožky se provádí plastická nebo radikální cirkumcize. Odstranění předkožky se nedoporučuje provádět při vyšším stupni hypospadie a při zanořeném penisu.

Klíčová slova: děti, fimóza, konzervativní léčba, cirkumcize.

PHIMOSIS - TREATMENT IN CHILD'S AGE

Phimosis is constriction of the preputial orifice so that the prepuce cannot be retracted back over the glans penis. Conservative or surgical therapy of uncomplicated phimosis is recommended after two, better three years of age. Earlier indications to treatment are due to frequent balanitis, difficult miction, recurrent urinary infections after exclusion of other organic or functional causes. In case of unscarred phimosis, conservative therapy is feasible by application of a nonsteroidal or steroidal ointment. If conservative therapy fails or in case of scarred phimosis the balanoplasty or radical circumcision are performed. The circumcision is not recommended in a higher degree of hypospadias or immersed penis.

Key words: children, phimosis, conservative therapy, circumcision.

Úvod

O fimóze hovoříme, jestliže nepoměr mezi velikostí glandu penisu a šíří předkožky neumožňuje úplné přetažení prepucia přes žalud. Při zúžené předkožce mohou přetrvávat adheze mezi vnitřním listem předkožky a epitelem glandu, může být též přítomna krátká uzdička. Krátká uzdička způsobuje při přetažení preputia ventrální angulaci glandu.

Během embryonálního vývoje se předkožka postupně odděluje od glandu penisu epitelovou lamelou, která prorůstá z povrchu žaludu na jeho obvod. Lamela se poté štěpí ve dva listy epitelu s výjimkou úzkého proužku na spodní ploše žaludu, který zůstává zachován jako frenulum. Vnitřní list předkožky a epitel pokrývající glans jsou při narození téměř úplně spojeny a jejich úplné oddělení je dokončeno až během prvního roku života (1). Po narození je fimóza fyziologická, předkožku nelze přetáhnout a většinou lze jen přes malý otvor v předkožkovém vaku sledovat zevní ústí uretry na vrcholu glandu. Předkožka chrání vyústění močové trubice a žalud před mechanickou traumatizací a před dráždivým účinkem moči. Akumulace odlučujících se epiteliálních buněk vede k pozvolnému a nenásilnému oddělení vnitřního listu předkožky od glandu.

Po prvním roce věku je možné přetažení předkožky pod sulcus coronarius asi u 50 %, po druhém roce asi u 80 % chlapců. Se zúžením předkožky se můžeme setkat až v 8 % u šesti- až sedmiletých letých chlapců a v tomto věku, i při dostatečné mobilitě předkožky, jsou u 2/3 chlapců prokazatelné drobné adheze v oblasti sulcus coronarius. Fimóza je popisována ještě v 1 % u 16–18letých mužů (3).

Rodiče a lékaři by měli respektovat přirozený vývoj uvolňování předkožky a vyvarovat se předčasnému a násilnému přetahování předkožky. Drobné ragády, vznikající na zevním obvodu preputia, často vedou k vývoji jizevnaté fimózy. Poru-

šením epitelu glandu může dojít i ke vzniku fibrózních adhezí s vnitřním listem předkožky.

Většina autorů doporučuje léčbu nekomplikované fimózy po druhém nebo až po třetím roce života (2, 3).

Léčba fimózy je možná konzervativní, při jejím neúspěchu je indikováno operační řešení. Indikací k dřívější intervenci jsou recidivující záněty předkožkového vaku, obtížná mikce s nafukováním předkožky nebo recidivující močové infekce po vyloučení jiné organické či funkční příčiny. Jedinou absolutní indikací k včasné cirkumcizi je fimóza na podkladě balanitis xerotica obliterans, která je však před pátým rokem věku velmi vzácná. **Naopak, kontraindikací k operačnímu řešení zúženého preputia je akutní zánět předkožky a anomálie vývoje penisu, jako je hypospadias s vyústěním uretry proximálně od sulcus coronarius či zanořený penis (2, 3).**

Konzervativní léčba

Není vhodné pravidelné, mnohdy násilné přetahování předkožky s cílem rozdílatování úzkého zevního anulu preputia. Může sice dojít k přechodnému rozšíření fibrózního prstence, ale při násilné manipulaci často dochází k malým poškozením epitelu předkožky, na jejímž podkladě se rozvíjející fibróza vede k tomu, že z relativní fimózy se stává fimóza absolutní, vyžadující operační řešení.

Konzervativní léčba zúženého předkožkového vaku spočívá nejčastěji v lokální aplikaci steroidních i nesteroidních mastí. Je popisován až 95 % efekt takto prováděné konzervativní léčby. Bohužel, ve většině studií není udáváno, zda se jednalo o jizevnatou fimózu, či pouze o relativní zúžení zevního obvodu preputia. Až 50 % spontánní vyhojení fimózy po podání placeba u kontrolních skupin svědčí pro vysoký počet relativních zúžení prepucia, které by spontánně ustoupily během přirozeného vývoje předkožky, a u kterých není potřebná žádná léčba.

Je doporučována lokální aplikace kortikoidové masti (0,05–0,1 %) 2× denně po dobu 20–30 dnů. Lokální podávání masti není vhodné u dětí, které nejsou kontinentní a musí nosit pleny (3).

U našich pacientů, kdy se nejedná o jasnou jizevnatou fimózu, aplikují rodiče triamcinolonovou mast jeden týden 3× denně a dále tři týdny 2× denně. Efekt léčby je mnohdy přechodný a po jejím ukončení může dojít i k recidivě zúžení předkožky. Pak doporučujeme další aplikaci za šest měsíců.

Operační léčba

Dle lokálního nálezu či přání rodičů je možno provést plastickou nebo radikální cirkumcizi, ve výjimečných případech, kdy rodiče vyžadují úplné zachování předkožky, lze vyřešit stenotický prstenec Y-V nebo Z plastikou.

Při plastické úpravě předkožky se resekuje část předkožky tak, aby zbývající část kryla glans a současně došlo k rozšíření zevního obvodu a bylo možno předkožku bez násilí zcela volně přetáhnout za coronaglandis. Současně se rozruší adheze mezi vnitřním listem preputia a glandu a pokud je potřebné, připojí se i frenuloplastika. K sutuře vnitřního a zevního listu předkožky v současné době užíváme rychle se rezorbující šicí materiál s podporou tkání do 10 dnů. Podle lokálního nálezu po provedené operaci, začínají maminky třetí až čtvrtý den pooperační den oplachovat penis roztokem heřmánku, šalvěje či růžového roztoku hypermanganu a většinou po týdnu promazávají

resekované prepucium mastí Ca-panthotenicum. Během 10–14 dnů dojde k uvolnění stehů ze sutury a do tří týdnů je možná běžná hygiena penisu.

Jako u každé operace, jsou i po cirkumcizi možné komplikace. Bezprostředně po operaci se může vyskytnout krvácení, které lze většinou vyřešit kompresí a lokální aplikací hemostyptik, výjimečně je nutné naložení dalších hemostatických stehů. V časném pooperačním období jsou možné infekční komplikace, vyžadující místní podávání chemoterapeutik či antibiotik v roztoku nebo masti.

Při pooperační kontrole je potřebné zhodnotit funkci a estetický efekt operace a poučit rodiče o nutnosti sledovat mikci a charakter zevního ústí uretry. Po provedené frenuloplastice s přerušáním frenulární arterie je popisován častější výskyt stenózy zevního meatu. Při nedostatečné resekci preputia, při současném možném sekundárním či keloidním hojení, se může vyvinout sekundární fimóza, vyžadující radikální operační řešení.

Cirkumcize je nejčastější operace na mužském genitálu. Rutinně se provádí z náboženských důvodů. V našich kulturních podmínkách je operační řešení v dětském věku téměř vždy z indikace zdravotní. Maminky, které chtějí, aby již jejich kojenec měl „dokonalý“ penis a vyžadují rozrušení adheze mezi glandem a vnitřním listem předkožky před druhým rokem života dítěte, dosáhnou svou aktivitou mnohdy opačného efektu – „obřezaného penisu“, který se jim pak často nezamlouvá.

Literatura

1. Grim M. Vývoj močopohlavního systému. In: Dvořáček J, et al. Urologie, Praha ISV nakladatelství 1998: 71–74.
2. Ehreth JT, King LR. Zirkumzision In.: Thüroff JW, Schulte-Wissermann H. Kinderurologie in Klinik und Praxis- Georg Thieme Verlag 2000: 506–512.

3. Riedmiller H, Androulakis P, Beurton D, Kocvara R, Gerharz E. EAU Guidelines on Paediatric Urology. Eur Urol 2001; 40: 589–599.