

FRAKTURA PENISU U NEMOCNÉHO S MORBUS PEYRONI

MUDr. Peter Fojtík¹, MUDr. Karel Mainer, Ph.D.¹, MUDr. Jan Krhut¹, MUDr. Aleš Horák²

¹Urologické oddělení FNsP, Ostrava-Poruba

²Andropharm s. r. o., privátní urologicko-andrologická ambulance, Ostrava

Fraktura penisu patří mezi relativně vzácné akutní urologické stavy. Vzhledem k možným pozdním komplikacím vyžaduje včasné stanovení diagnózy a náležitou terapii. Autoři poukazují na současné možnosti léčby a možné komplikace.

Urolog. pro Praxi, 2006; 2: 69–70

Úvod

Fraktura penisu (FP) nepatří mezi časté urologické úrazy. Dochází k ní působením tupého násilí na ztopořený penis, kdy je tunica albuginea (TA) tenčí a zranitelnější. Nejčastější příčinou je pohlavní styk, při němž penis vyklouzne z vagíny a narazí do stehna, či perinea partnerky, dále pády na oblast zevního genitálu, nepřiměřené masturbační techniky, u muslimů byla popsána zranění při otáčení v posteli či pádu z ní (5, 8). U pozánětlivých afekcí, u pacientů s Peyronií, nebo po předchozím traumatu na oblast zevního genitálu je možnost fraktury vyšší. Terapii možno rozdělit na konzervativní a chirurgickou. Konzervativní postup se pro vysoké riziko komplikací nedoporučuje, proto primárně operujeme.

Diagnostika

Stanovení diagnózy se opírá o anamnézu, lokální nález, fyzikální vyšetření a vyšetřovací metody, kde hraje významnou roli ultrazvukové vyšetření (UZV), kavernóznografie a magnetická rezonance (MRI). Pečlivě odebraná anamnéza, způsob jakým ke traumatu došlo, spolu s lokálním nálezem stanoví vyšetřovací algoritmus a léčebný postup.

Ke klasickým příznakům provázejícím rupturu patří praskavý zvuk s bolestí a okamžitou detumescencí penisu. Začne se rozvíjet otok a hematoma, který vzniká roztržením Buckovy fascie, sekundárně dojde k deviaci penisu. V závislosti na rozsahu postižení TA se dá palpačně určit místo ruptury. Tento příznak může být setřen rozsáhlým hematomem, nebo bolestivostí při palpací. U pacientů s uretoragií je indikována uretrocystografie k vyloučení ruptury močové trubice (2).

Použití UZV ozřejmí místo poranění, jeho velikost. Kavernóznografie je indikována při pochybách, zda došlo k roztržení fascie. Při pozitivním výsledku pozorujeme paravazaci mimo kavernózní těleso.

Kavernóznografie umožní odlišit rupturu kavernózního tělesa od ruptury dorzální vény penisu,

kdy rentgenologicky únikl není přítomen (7, 9). Fašlešně negativní výsledek může být v případě, že dojde k uzavření místa ruptury krevním koagulem. Toto vyšetření je kontraindikováno u pacientů s alergií na jod. Potíže s přesným určením lokálního postižení pomůže vyřešit MRI. Nativní MRI zobrazí roztržení kavernózního tělesa, které je popsáno jako porušení kontinuity signálu o nízké intenzitě v oblasti TA. Současně je dobře patrný subkutánní hematoma, zatímco hematoma kavernózního tělesa je dobře vizualizováno po podání kontrastu (6, 10).

Terapie

Konzervativní léčba spočívá v zavedení permanentního katétru (za předpokladu, že není kontraindikace), kompresi penisu obvazem, aplikaci ledových obkladů a antibiotické terapie. Je rezervována pro pacienty odmítající operaci. Podíl komplikací jako vytvoření nodulů, plaků, deviace penisu a erektilní dysfunkce jsou mnohem vyšší při srovnání s operovanými (3, 4). Při chirurgické revizi se cirkumcizním řezem v oblasti vnitřního listu předkožky obnaží tělo penisu. Tím se dosáhne dobré přehlednosti operačního pole, důležité u rozsáhlého nebo bilaterálního poškození, event. při poranění močové trubice. Sutura TA se provádí absorbovatelnými materiály (1). Možný je i přístup z longitudinálního řezu, ale mohou se vytvořit kosmeticky nepřijatelné jizvy (8). Drenáž operační rány závisí od lokálního nálezu, profylakticky se podávají antibiotika.

Kazuistika

Jedenapadesátiletý pacient byl sledován na našem pracovišti před 2 lety pro erektilní dysfunkci a Peyronií, pro změnu trvalého bydliště však nebyl došetřen. Nyní odeslán na naše pracoviště ze spádové urologické ambulance. Při ambulantním vyšetření nalezena na penisu pruhovitá indurace 2 × 1 cm ve střední části na dorzu s deviací mírně nahoru. UZV vyšetření penisu prokazuje na dorzální straně penisu hyperechogenní útvar v roz-

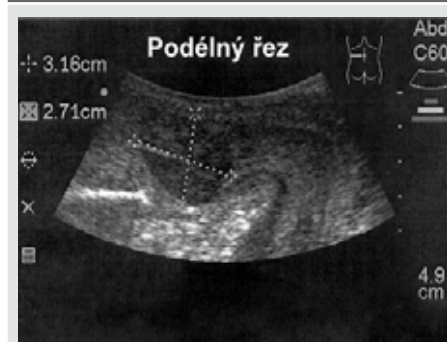
sahu 2 cm bez zjevných známek kalcifikace. Byla zahájena laseroterapie a injekční aplikace verapamilu do místa indurace.

Deset dní po zahájení laseroterapie přichází do spádové ambulance. Anamnesticky udává při koitu zalomení penisu, následný rozvoj otoku, hematoma a deviace doleva.

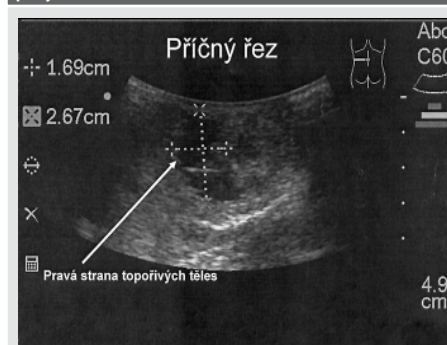
Fyzikální vyšetření prokazuje hematoma sahající ke kořeni penisu palpační citlivost vpravo v proximální třetině penisu s jeho levostrannou deviací. Na UZV penisu se zobrazuje hematoma pravého kavernózního tělesa 3 × 2 cm ve střední části (obrázky 1 a 2).

Proto přistoupeno k operační revizi v ATB clobně. Byl veden cirkulární řez na předkožce nad corona glandis v oblasti vnitřního listu, kůže stažena

Obrázek 1. UZV nález prokazující hematoma 3 × 2 cm pravého kavernózního tělesa v podélné projekci



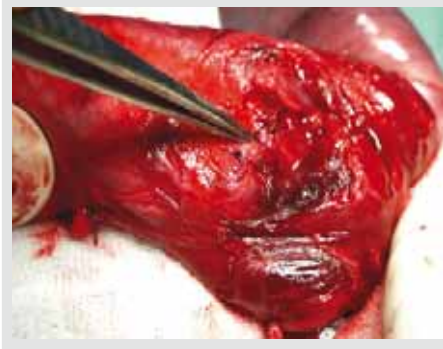
Obrázek 2. UZV nález hematoma v příčné projekci



ke kořeni penisu, ve vzdálenosti 5 cm od sulcus coronarius nalezen hematoma a ruptura TA. Hematom byl snesen a sutura TA provedena jednotlivými stehy PDS 3/0, poté založen Redonův drén. Kůže šita jednotlivými stehy, naložena kompresivní bandáž a zaveden permanentní katétr (obrázky 3 a 4).

Pooperační průběh byl bez komplikací, po odstranění katétru pacient močil volně, rána zhojena per primam, předán do péče spádové urologie, kde probíhala aplikace nízkovýkonného laseru do místa sutury a s odstupem se pokračovalo spolu s injekční aplikací verapamilu do místa původní Peyronieho indurace. Kontrolní fyzikální vyšetření prokazuje reziduální induraci v proximální části penisu o průměru 1 cm, UZV vyšetření neprokazuje jednoznačné hyperechogenní ložisko v místě indurace. Týden po revizi udává pacient mírně bolestivé noční erekce. S odstupem 3 a 6 měsíců po traumatu je pacient se svým stavem relativně spokojen, bez deviace penisu. Přetrvává však erektální dysfunkce

Obrázek 3. Peroperační nález místa ruptury TA a její sutura jednotlivými stehy



Obrázek 4. Naložený kompresivní obvaz, Redon drén zaveden k místu revize, permanentní katétr



mírného stupně, IIEF-5 je 18, kterou řeší pomocí inhibitorů PDE-5 v běžných dávkách.

Závěr

Výsledky operační léčby fraktury penisu závisí na čase, který uplyne od vzniku fraktury do operace, operační technice, případných pooperačních komplikací, předchozích abnormalitách penisu apod.

Nesprávně léčená fraktura penisu může zanechat trvalé následky a poškodit postiženého jak po fyzické, tak i po psychické stránce.

MUDr. Peter Fojtík

Urologické oddělení FNŠP Ostrava-Poruba
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava
e-mail: peter.fojtik@fnspo.cz

Literatura:

1. Asgari MA, Hosseini SY et al. Penile fractures: Evaluation, therapeutic approaches and long-term results. J Urol 1996; 155: 148.
2. Breza J. Fractura penis. In: Dvořáček J a kol. Urologie. ISV Praha 1998: 1518–1519.
3. De Giorgi G, Luciani LG et al. Early surgical repair of penile fractures: our experience. Arch Ital urol Androl. 2005 Jun; 77(2): 103.
4. El-Taher AM, Aboul-Ella HA et al. Management of penile fracture. J Trauma 2004; 56: 1138.
5. Hanek P, Kawaciuk I et al. Fraktura penisu. Postgrad. Med. 2004; 2: 202.
6. Choi MH, Kim B et al. MR imaging of acute penile fracture. Radiographics 2000 20(5): 1397.
7. Karadeniz T, Topsakal M et al. Penile fracture: differential diagnosis, management and outcome. Bj Urol 1996; 7(2): 279.
8. McAninch J, Santucci R. Penile fracture. In: Eight Edition of Campbell's Urology. Saunders 2002: 3734–3736.
9. Reif R. Fraktura penisu: diagnostika, terapie a výsledky. Čes Urol 1998; 4: 18.
10. Uder M, Gohl D et al. MRI of penile fracture: diagnosis and therapeutic follow-up. Eur Radiol 2002; 12(1): 113.