

Následky pokusu o manuální autokorekci lehkého zakřivení penisu

MUDr. Aleš Vidlář, MUDr. Igor Hartmann, MUDr. Martin Hrabec, doc. MUDr. Vladimír Študent, Ph.D.

Urologická klinika FN a LF UP, Olomouc

Autoři prezentují případ dvou pacientů dlouhodobě nespokojených s mírnou deviací penisu doleva, kteří se rozhodli při autoerotické stimulaci o napravení zakřivení prudkým ohnutím penisu, což vedlo k jeho fraktuře. Je uveden přehled problematiky fraktury penisu, řešení i vývoj stavu u obou pacientů.

Klíčová slova: fraktura penisu, ruptura kavernózního tělesa, tunica albuginea.

The effects of manual autocorrection of the moderate penis deviation

The authors presents a case report of two patients long-term unsatisfied with moderate deviation of penis to the left side, who have decided to correct curvature of the sharp bending penis, leading to fracture. It gives an overview of the issue of penile fracture, the evolution and solutions for both patients.

Key words: penile fracture, rupture of corpora cavernosa, tunica albuginea.

Urolog. pro Praxi, 2009; 10(1): 39–40

Úvod

Traumatická ruptura kavernózního tělesa (fraktura penisu) je relativně vzácná. Jedná se o rupturu tunica albuginea kavernózního tělesa penisu, většinou při erekci (1, 2). V západních zemích vzniká většinou jako následek nárazu ztopořeného penisu na symfýzu nebo perineum při pohlavním styku (3). Avšak v některých oblastech středního východu je tato příhoda častější (4–7). Příčinou je pokus o dosažení rychlé detumescence penisu při masturbaci (taghaadan). Ačkoliv místo ruptury na penisu může být kdekoliv, většina se vyskytuje distálně od ligamentum suspensorium. Extrémně vzácná je ruptura ochablého kavernózního tělesa či oboustranné poškození, v 38 % dochází současně i k poranění uretry.

Ke stanovení diagnózy bývá obvykle dostačující anamnéza a fyzikální vyšetření (3). Obvykle je popisováno prasknutí či křupnutí následované bolestí a rychlou detumescencí, otokem a hematodem penisu a skróta (8).

Rutiní použití zobrazovacích metod v současné době zůstává kontroverzní (nesprávné negativní výsledky, doba provedení, cena). Ovšem podezření na rupturu uretry (makroskopická hematurie, neschopnost se vymočit a nález krve v zevním meatu močové trubice) je indikací k provedení uretrografie, sonografické vyšetření může identifikovat místo ruptury kavernózního tělesa. V nejistých případech lze provést kavernóziografii či MRI (9–12).

Léčba je chirurgická, doporučuje se urychlená operační revize. V 5 % dochází po operační léčbě ke vzniku lehkého zakřivení penisu.

V občasné době většina publikovaných prací uvádí, že suspektní fraktura penisu by měla být řešena včasnou operační revizí a suturou defektu tunica albuginea (13–15). Ve většině případů je vhodný distální cirkumcizní řez umožňující přístup ke všem kompartmentům penisu (16). Doporučuje se uzavření defektu vstřebatelným vláknem (2–0 event. 3–0), je třeba se vyhnout hluboké ligaci a nadměrnému odstranění erektil-

ních tkání. Parciální a kompletní poranění uretry by mělo být přešito jemným vstřebatelným stehem a zaveden katetr, u kompletního přerušení uretry je nutná mobilizace a „tension-free“ spojení obou konců uretry. Dále je vhodné podání širokospektrých antibiotik a měsíc sexuální abstinence.

Včasná chirurgická rekonstrukce vede k rychlejšímu zotavení, nižší morbiditě, menšímu počtu časných i dlouhodobých komplikací (zakřivení penisu). Při konzervativní léčbě je delší doba hospitalizace, zotavení a komplikací (zakřivení penisu, absces, plaky) (5, 8, 17–20).

Kazuistika

V naší klinické praxi jsme zaznamenali dva případy pokusu o korekci deviace penisu při erekci navozené masturbací (21, 22). Jednalo se o dva muže (22 a 27 let), kteří byli dlouhodobě nespokojeni s lehkou deviací penisu doleva při erekci. Zakřivení penisu se rozhodli napravit při masturbaci prudkým ohnutím penisu doprava. V obou případech se po tlumeném křupavém

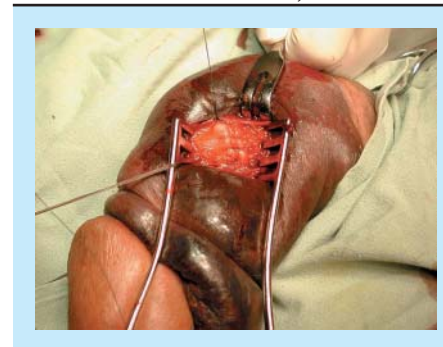
Obrázek 1. Hematom a otok penisu při fraktuře penisu



Obrázek 2. Ruptura tunica albuginea kavernózního tělesa



Obrázek 3. Sutura vstřebatelným stehem

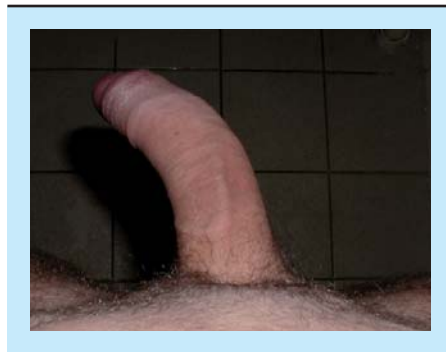
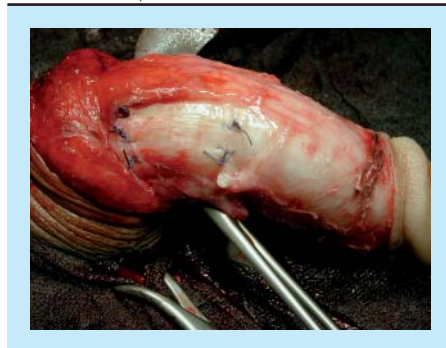


Obrázek 4. Fraktura penisu – uretrografie**Obrázek 5.** Fraktura penisu – magnetická rezonance

zvuku objevila prudká bolest a poté hematoma penisu sahající až do poloviny skróta. Pro přetrvávající bolest a narůstající hematoma byli oba muži konzervativně ošetřeni na spádové urologii. Oba muži byli odesláni k dalšímu ošetření (první muž (22 let) ihned a druhý (27 let) po týdnu) na urologickou kliniku, kde byla v obou případech potvrzena ruptura kavernózního tělesa bez poranění uretry.

V prvním případě následovala operační revize se suturou ruptury kavernózního tělesa vlevo (obrázky 1, 2, 3) a byla provedena punkční epicystostomie. Po dvou týdnech odezněl hematoma a byla odstraněna epicystostomie. Při ambulantní kontrole za 3 měsíce po operaci již pacient udával kvalitní erekci, penis jen s minimálním zakřivením doleva (stav lepší než před frakturou penisu) a bezproblémový pohlavní styk. Tento stav trvá beze změny již 5 let.

Ve druhém případě vzhledem k časovému odstupu od poranění bylo postupováno konzervativně, pacient byl dále sledován ve spádu. Během dvou let se ale vyvinulo zakřivení penisu doleva až 45 stupňů od středové osy s výrazným-

Obrázek 6. Zakřivení penisu 2 roky po jeho fraktuře**Obrázek 7.** Operace sec. Nesbit

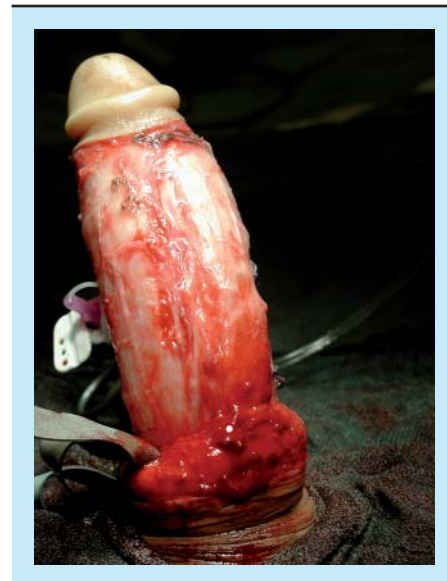
mi potížemi při pohlavním styku. Pacient byl opět vyšetřen na urologické klinice (sonografie, uretrografie, MRI – obrázky 4, 5) a indikován k operačnímu řešení – korekce deviace penisu sec. Nesbit (obrázky 6, 7, 8). Po 3 měsících od operace pacient udává minimální zakřivení penisu, normální erekci a bezproblémový pohlavní styk, tento stav trvá již 4 roky.

Závěr

V západních zemích vzniká ruptura kavernózního tělesa většinou jako následek nárazu penisu v erekci na symfýzu nebo perineum při pohlavním styku a je poměrně vzácná. Oproti tomu je tato příhoda častější v některých oblastech středního východu při pokusu o dosažení rychlé detumescence při masturbaci (taghaandan).

Na našem pracovišti jsme řešili již dva pokusy o manuální korekci deviace penisu s následnou frakturou kavernózního tělesa penisu. Akutní operační revize byla úspěšná, zato konzervativní terapie vedla k během dvou let k deviaci penisu znemožňující pohlavní styk a pacient musel podstoupit operační korekci zakřivení dle Nesbita.

Tyto výsledky jsou v souladu s literaturou, kde při řešení fraktury penisu je vzhledem k rychlejšímu zotavení, nižší morbiditě a minimálnímu výskytu komplikací doporučována akutní operační revize – sutura defektu tunica albuginea.

Obrázek 8. Operace sec. Nesbit – korigované zakřivení

V dostupné literatuře jsme dosud obdobné případy ruptury penisu při pokusu o autokorekci vrozené lehké deviace penisu nezaznamenali.

Literatura

1. McAninch JW, Santucci RA, Genitourinary trauma. In: Campbell's Urology, 9th ed., Vol. 4. Chapt 83. Philadelphia: WB Saunders, 2007.
2. Študent V, Zátura F, Mucha Z. Ruptura kavernózního tělesa v Základy urologické andrologie. Praha: Galén, 2003: 79–80.
3. Feragany AF, Angermeier KW, Montague DK. Review of Cleveland clinic experience with penile fracture. Urology 1999; 54: 352–355.
4. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: Report of 172 cases J. Urol 2000; 164: 364–366.
5. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: the long-term results of surgical treatment, BJU International 2002; 89: 890–894.
6. Al Saleh BM, Ansari ER, Al Ali IH, Tell JY, Saheb A. Fractures of the penis seen in Abu Dhabi. J. Urol 1985; 134: 274–275.
7. El-Sherif AE, Dauleb M, Alloweh N, Vijayan P. Management of fracture of the penis in Quasar. Br J Urol 1991; 68: 622.
8. Nicolaisen GS, Melamed A, Williams RD, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. J Urol 1983; 130: 917–919.
9. Dever DP, Saraf PG, Catanese R, et al. Penile fracture: Operative management and cavernosography. Urology 1983; 22: 394.
10. Beysel M, Tekin A, Gurdal M, Yucebas E, Sengor F. Evaluation and treatment of penile fractures: accuracy of clinical diagnosis and the value of corpus cavernosography, Urology 2002; 60: 492–496.
11. Fedel M, Venz S, Andreessen R, et al. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of suspected penile fracture with atypical clinical findings, J Urol 1996; 155(6): 1924–1927.
12. Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad MR, et al. Penile fractures: evaluation, therapeutic approaches and long-term results. J Urol 1996; 155: 148–149.
13. El-Taher AM, Aboul-Ella HA, Sayed MA, Gaafar AA. Management of Penile Fracture. J Trauma 2004; 56: 1138–1140.

14. Mansi MK, Emran M, El-Mahrouky A, et al. Experience with penile fractures in Egypt: long term results of immediate surgical repair. J Trauma 1993; 35: 67–70.
15. Farah RN, Stiles R, Cerny JC. Surgical treatment of deformity and coital difficulty in healed traumatic rupture of the corpora cavernosa. J. Urol 1978; 120: 118.
16. Morey AF, Metro MJ, Carney KJ, et al. Consensus on genitourinary trauma. BJU Int 2004; 94: 507–515.
17. Orvis BR, McAninch JW. Penile rupture. Urol Clin North Am 1989; 16: 369–375.
18. Hinev AI. Re: Penile injury [letter]. J Urol 2002; 167: 1802–1803.
19. El-Taheer AM, Aboul-Ella HA, Sayed MA, Gaafar AA. Management of penile fracture. J Trauma 2004; 56: 1138–1140.
20. Ozen HA, Erkan I, Alkibay T, et al. Fracture of the penis and long-term results of surgical treatment. Br J Urol 1986; 58: 551–552.
21. Vidlar A, Hartmann I, Študent V. Effect of autoerotic penis stimulation. Eur Androl 2007; Suppl 1(1): 45.
22. Hartmann I, Študent V, Zátura F, et al. Neobvyklý následek autoerotické stimulace penisu. Čes. Urol. 2005; 9(2): 45.

MUDr. Aleš Vidlář

Urologická klinika, FN a LF UP Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
alevi@centrum.cz
