

Fimóza u chlapců způsobená zánětem balanitis xerotica obliterans

MUDr. Jan Trachta, MUDr. Jan Kříž

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, Praha

Předkládáme kazuistiku 13letého chlapce s nerozpoznanou diagnózou balanitis xerotica obliterans (BXO), která vedla k retenci moči, paradoxní ischurii a obtížnému zavedení permanentního močového katétru. Totální cirkumcize s ventrální a dorzální meatotomií byla zcela kurativní, bez nutnosti nasazení lokálních kortikosteroidů. BXO je u chlapců opomíjenou a podceňovanou diagnózou. Ačkoliv je BXO nejčastější příčinou patologické sekundárně vzniklé fimózy u chlapců, bývá považována za pouhou jizevnatou fimózu a některými dětskými specialisty chybně indikována k parciální cirkumcizi.

Klíčová slova: balanitis xerotica obliterans, lichen sclerosus, fimóza, cirkumcize, lokální kortikosteroidy.

Phimosis in boys caused by balanitis xerotica obliterans

We present a case report of a 13-year-old boy with undiagnosed balanitis xerotica obliterans (BXO), resulting in urinary retention, paradoxical ischuria, and difficult placement of indwelling urinary catheter. Total circumcision with ventral and dorsal meatotomy was completely curative, with no need for local corticosteroids. BXO is a neglected and underestimated diagnosis in boys. Despite being the most common cause of secondary pathological phimosis in boys, BXO is often considered to be scarring phimosis only and mistakenly indicated for partial circumcision by some paediatric specialists.

Key words: balanitis xerotica obliterans, lichen sclerosus, phimosis, circumcision, local corticosteroids.

Úvod

Mužská varianta zánětu lichen sclerosus et atrophicus – balanitis xerotica obliterans – je u chlapců, na rozdíl od dívek, velmi častý zánět, postihující v časně fázi předkožku, později i glans, meatus u uretry, vzácně může způsobit i postrenální akutní selhání ledvin (1, 2). Incidence v populaci není jasná, ale mezi chlapci podstupující cirkumcizi pro patologickou fimózu je prevalence histologicky potvrzeného zánětu balanitis xerotica obliterans (BXO) udávaná v 5 až 52 %, typicky mezi 8. až 10. rokem věku (3). V našem souboru 101 pacientů, indikovaných k parciální nebo totální cirkumcizi pro fimózu, byla tato diagnóza histologicky potvrzena u 28 chlapců (28 %) (4). Název odkazuje právě k histologickému popisu tohoto specifického zánětu nejasné etiologie – „balanitis“ pro zánět

předkožky, „xerotica“ – suchý zánět, narozdíl od klasické bakteriální akutní balanopostitidy a obliterans – masivní arterioly obliterující hyalinizace s T-lymfocytární infiltrací dermis – viz obrázky 1 a 2. Etiologie je nejasná, v současnosti převládá teorie autoimunitního procesu s genetickou predispozicí v prostředí vlhkého předkožkového vaku (3, 5, 6). Anamnesticky budí podezření na BXO údaj sekundární fimózy – chlapec školního věku, u něhož došlo poslední týdně nebo měsíce k náhlému zhoršení přetažitelnosti dříve volné předkožky. Klinicky má BXO několik patologických rysů, které jsou více nebo méně vyjádřeny. Při pokusu o přetažení předkožky během vyšetření vidíme nápadně bělavé, tuhé, naválité okraje předkožky, popisované někdy jako porcelánovité. Peroperačně, po nastřížení nepřetažitelné předkožky, bývá vidět ztlustělý bělavý

vnitřní list předkožky – obrázek 3. Je-li postižen i glans, bývají patrné šedobílé „mapy“ na jeho povrchu, eventuálně odlupující se pablány při velmi pokročilých formách BXO. Postižený meatus bývá zašlý, slepený pablánou, jizvení uretry lze prokázat kalibrací. BXO sice reaguje na velmi potentní steroidy (nikoliv dětskými specialisty běžně užívaný Triamcinolon), ale jak dětskými, tak dospělými urology je preferovaná v naprosté většině kurativní totální cirkumcize (7, 8).

Kazuistika

Třináctiletý chlapec byl v místě bydliště hospitalizován na dětském oddělení pro retenci moči a paradoxní ischurii. V předchorobí byl zcela zdrav, nikdy netrpěl na infekce močových cest anebo zácpu. Poslední zhruba půlrok před přijetím do nemocnice udával postupné zhoršení



KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA:

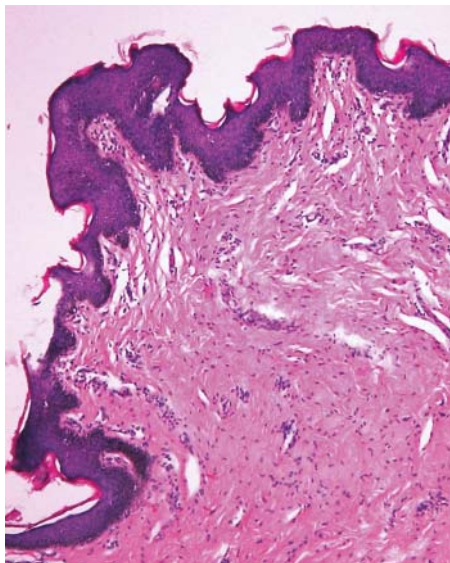
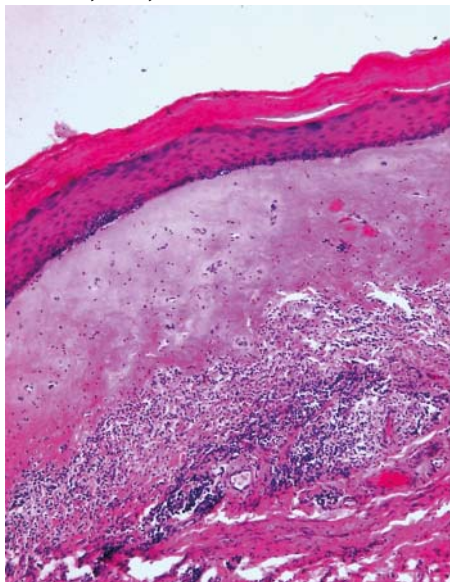
MUDr. Jan Trachta, jan.trachta@fnmotol.cz

Klinika dětské chirurgie, 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5

Cit. zkr: Urol. praxi 2017; 18(4): 178–180

Článek přijat redakcí: 12. 6. 2017

Článek přijat k publikaci: 21. 7. 2017

Obr. 1. Normální předkožka bez zánětu**Obr. 2.** Balanitis xerotica obliterans – atrofie epidermis s hyperkeratózou, vymizení papil dermis, místo elastických vláken hyalizované vazivo a zá-
nětlivá T-lymfocytární infiltrace

fimózy, pro kterou byl do 5 let sledován dospělým urologem, a pro zlepšení po měsíční lokální kúře Triamcinolonem ze sledování propuštěn. Přijímající pediatr vyslovil podezření na akutní balanopostitidu, v diferenciální diagnóze uvedl infekci močových cest. Po velmi obtížném pokusu o zacévkování byl volán dospělý urolog, který odeslal chlapce se zavedeným permanentním močovým katétrek na naše pracoviště k dořešení se suspektním tumorem uretry. Po přijetí byl odstraněn močový katétr s fixačním balonkem rozepjatým v bulbární uretře, čímž se vyřešil domnělý tumor uretry. Chlapci byla diagnostikována pokročilá forma zánětu balanitis xerotica obliterans se strikturou meatu a distální uretry – obrázek 4. Byla provedena totální cirkumcize,

Obr. 3. BXO u 7letého chlapce po parciální cirkumcizi postihují předkožku, glans a meatus**Obr. 4.** 13letý pacient s retencí moči před operací, mylně diagnostikován jako akutní balanitida, postižení celého glandu, meatu a distální uretry**Obr. 5.** Tentýž 13letý pacient 6 týdnů po totální cirkumcizi, bez pooperační aplikace steroidů

kalibrace a meatotomie. Třetí pooperační den byl vytažen permanentní močový katétr a chlapec byl po spontánní mikci propuštěn. Dále močil již bez obtíží normálním silným proudem bez známek dysfunkce dolních močových cest. Diagnóza byla potvrzena histologicky. Na pooperačních kontrolách známky BXO vymizely po 6 týdnech, přetrvává ovšem mírná malformace meatu a koronárního sulku – obrázek 5.

Diskuze

BXO je nejčastější příčinou sekundárně vzniklé patologické fimózy. Ve své počáteční anebo nevýrazné formě je obtížně odlišitelná od jizevnaté fimózy, vznikající u chlapců v důsledku opakovaných bakteriální akutních balanopostitid nebo násilného přetažení předkožky.

Ačkoliv se s fyziologickou fimózou rodí více než 80 % chlapců (v jednom roce věku přetrvává asi u 50 % a ve třech letech u 10 % chlapců), mají někteří praktičtí lékaři pro děti a dorost stále nutkání napravovat chlapecký genitál záhy tak, aby se co nejvíce podobal dospělému (9). Na křehké kůži vnitřního listu předkožky tak vznikají ragády a jizvení, které z původně fyziologické fimózy vytvoří stav patologický. Fyziologická fimóza novorozenců, kojenců a batolat má typicky komínkovitý tvar a nezpůsobuje žádnou překážku mikce. U jizevnaté fimózy zůstává okraj předkožky obvykle jemný, bez bělavého zabarvení, někdy jsou vidět paprskovitě se sbíhající linie drobných jizev. Po 3. roce věku většina dětských urologů doporučuje konzervativní léčbu přetrvávající fimózy Triamcinolon krémem nebo mastí, popřípadě jinými lokálními steroidy (9, 10). Někteří urologové jsou konzervativnější a nezpůsobují-li zúžená předkožka žádné obtíže, ponechávají ji bez léčby až do puberty, kdy dojde působením testosteronu na receptory v předkožce k jejímu značnému rozvolnění (11, 12).

Je-li BXO mylně anebo z neznalosti označena za jizevnatou fimózu, může se snadno stát, že je rodičům dítěte nabídnuta buď léčba málo potentními steroidy, jako je Triamcinolon, anebo parciální cirkumcize, oblíbená především v řadách dětských chirurgů (a jen vzácně indikována dospělými urology). V řadě zemí, jako je Velká Británie nebo USA, se parciální cirkumcize vůbec neprovádí pro riziko pooperačních bolestivých otoků, sekundárních tuhých adhezí glandu a sekundárního jizvení celé zbylé předkožky, včetně postižení zánětem BXO. Za chybu tedy považujeme parciální cirkumcizi tam, kde má klinik na BXO podezření, a kde je správně indikována z medicínských důvodů cirkumcize totální, neboť je kurativní. Potentní lokální steroidy jako klobetasol-propionát nebo mometason-furoát se používají zejména v dospělé urologii a gynekologii, u dětí vzácně anebo jen k doléčení zbytkové BXO při postižení glandu a meatu. Na základě naší zkušenosti s desítkami chlapců po totální cirkumcizi pro závažnou BXO se ale domníváme, že do šesti měsíců po operaci většina makroskopických známek BXO zmizí i bez použití steroidů.

Podpořeno MZ Č – RVO,

FN v Motole 00064203.

Autor prohlašuje, že zpracování článku nebylo podpořeno žádnou společností.

LITERATURA

1. Christman MS, Chen JT, Holmes NM. Obstructive complications of lichen sclerosus. *J Pediatr Urol*; 2009; 5(3): 165–169.
2. Sandler G, Patrick E, Cass D. Long standing balanitis xerotica obliterans resulting in renal impairment in a child. 2008: 961–964.
3. Celis S, Reed F, Murphy F, Adams S, Gillick J, Abdelhafeez AH, et al. Balanitis xerotica obliterans in children and adolescents: a literature review and clinical series. *J Pediatr Urol*; 2014; 10(1): 34–39.
4. Trachta J, Kříž J. Fimóza u chlapců způsobená zánětem Balanitis xerotica obliterans. *Česká urologie*; 2016; 20(3): 57.
5. Pilatz A, Altinkilic B, Schormann E, Maegel L, Izykowski N, Becker J, et al. Congenital Phimosis in Patients With and Without Lichen Sclerosus: Distinct Expression Patterns of Tissue Remodeling Associated Genes. *J Urol*. 2013; 189(1): 268–274.
6. Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen Sclerosus: Review of the Literature and Current Recommendations for Management. *J Urol* 2007; 178(December): 2268–2276.
7. Cc C, Kirtschig G, Baldo M, Brackenbury F, Lewis F, Wojnarowska F, et al. Topical interventions for genital lichen sclerosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011: (12).
8. Vincent MV, Mackinnon E. The response of clinical balanitis xerotica obliterans to the application of topical steroid-based creams. 2005: 709–712.
9. Sedláček J, Kočvara R. Fimóza v dětském věku. *Urol List* 2007; 5(1): 34–36.
10. Drlík MM, Dítě MZ, Kočvara R, Uk LF. Nejčastější problémy v dětské andrologii. 2013; 14(3): 109–113.
11. Gairdner D, The Fate of the Foreskin. *British Medical Journal*; 1949; 24: 1433.
12. Castagnetti M, Leonard M, Guerra L, Esposito C, Cimador M. Benign penile skin anomalies in children: a primer for pediatricians. *World J Pediatr*; 2015; 11: 316–323.