

Fimóza u dětí

doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

Urologická klinika FN Olomouc

Fimóza – stav, kdy obvod předkožky neumožňuje její přetažení přes žalud, je častá příčina návštěvy dítěte u lékaře. Její léčba se odvíjí od správné diagnostiky a obtíží. U primární – vrozené fimózy je postup co nejvíce konzervativní, u získané – sekundární fimózy je většinou nutné provedení obřízky. Základem konzervativní léčby je správná péče o penis chlapce umožňující spontánní vývoj předkožky, která může být podpořena lokální aplikací kortikoidové masti. Pokud je indikováno provedení obřízky, tak o jejím rozsahu rozhodne peroperační nález a přání rodičů.

Klíčová slova: děti, fimóza, léčba.

Phimosis in children

Phimosis, a condition in which the foreskin is too tight to be retracted over the glans, is a frequent reason for a child's visit to the doctor. Its treatment depends on the correct diagnosis and patient complaints. In primary, or congenital phimosis, the approach is as conservative as possible; in acquired, or secondary, phimosis, most cases require a circumcision to be performed. The mainstay of conservative treatment is proper care of the boy's penis allowing a spontaneous development of the foreskin that can be promoted by local administration of a corticoid ointment. When circumcision is indicated, its extent will be determined by the intraoperative finding and the parents' wishes.

Key words: children, phimosis, treatment.

DEFINICE

Fimóza je zúžení distálního obvodu předkožky, které neumožní její volné přetažení přes žalud. Jsou dva základní typy fimózy.

Fyziologická – primární – má převážná většina novorozenců, může pokračovat do dospělosti.

Patologická – sekundární – jizevnaté zúžení předkožky, většinou následek fibrózního hojení trhlin po násilném přetahování předkožky, možný následek opakovaných zánětů.

ÚLOHA PŘEDKOŽKY A JEJÍ VÝVOJ

Úlohou předkožky je

- ochrana žaludu před kontaktem se stolicí v novorozeneckém a kojeneckém věku
- ochrana žaludu před mechanickým poškozením
- udržuje vlhkost epitelu žaludu
- významná erotogenní zóna

Vývoj předkožky a její mobility

- je zcela individuální
- začíná v 3. prenatálním měsíci a končí pubertou
- nejsou dostupné informace o vývoji mobility předkožek v ČR
- incidence fimózy (Čína) – u 96 % novorozenců, v 49,9 % u 6–7letých, v 8 % u 13letých a 6,8 % v 18. roce
- po narození je kombinace přirozeného zúžení předkožky a kompletní adheze epitelu glandu s vnitřním listem předkožky
- spontánní uvolnění konglutinací a rozšíření zevního obvodu předkožky je spojené s vyzráváním a keratinizací epitelu žaludu a předkožky (keratinové, epiteliální „perly“). K uvolnění předkožky přispívají intermitentní erekce penisu.

DECLARATIONS:

Declaration of originality:

The manuscript is original and has not been published or submitted elsewhere.

Ethical principles compliance:

The authors attest that their study was approved by the local Ethical Committee and is in compliance with human studies and animal welfare regulations of the authors' institutions as well as with the World Medical Association Declaration of Helsinki on Ethical Principles for Medical Research in Human Subjects adopted by the 18th WMA General Assembly in Helsinki, Finland, in June 1964, with subsequent amendments, as well as with the ICMJE Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journals, updated in December 2018, including patient consent where appropriate.

Conflict of interest and financial disclosures:

None.

Funding/Support:

None.

Převzato z: Urol. praxi. 2024;25(4):222-224

<https://doi.org/10.36290/uro.2024.076>

Článek přijat redakcí: 23. 7. 2024

Článek přijat k tisku: 6. 8. 2024

doc. MUDr. Oldřich Šmakal, Ph.D.

smakalo@fnol.cz

DIAGNÓZA**Anamnéza**

- síla močového proudu, nutnost tlačení při močení
- záněty předkožky
- močové infekce
- bolestivé erekce
- nafukování předkožky při močení („balooning“)
- dotaz, zda chlapec není sledován nebo léčen pro vrozenou vadu (VVV) ledvin, močových cest, měchýře

Hodnocení možnosti volného přetažení předkožky

- nebolestivá manipulace s předkožkou
- posouzení elasticity zevního okraje předkožky, strangulačního pruhu
- posouzení možnosti vzniku ragád při větším napětí předkožky
- posouzení jizvení zevního obvodu předkožky
- vyhodnocení přítomnosti konglutinací

LÉČBA

Je odlišná u primární a u sekundární fimózy. U primární fimózy je základem léčebného postupu správná, věku odpovídající péče o předkožku. Velmi důležité je rodiče poučit o přirozeném vývoji předkožky a možných rizicích invazivních postupů. Péče o předkožku by měla být vždy bez násilné manipulace a bez bolesti. Nadměrně násilná, bolestivá manipulace s předkožkou může zhoršit potřebnou dlouhodobou spolupráci s chlapcem během vývoje předkožky a vést k sekundární fimóze. Každá rodina by si měla zvolit svůj postup péče o penis, který odpovídá psychomotorickému vývoji chlapce, možnostem jeho spolupráce a samostatnosti. Pokud se naučí chlapec čistit zuby, měl by být schopný pravidelné, rodiči prováděné či jen kontrolované péče o svůj penis.

U sekundární, jizevnaté fimózy je indikované provedení cirkumcize, o jejím rozsahu rozhodne peroperační nález a přání rodičů. Při makroskopickém podezření na postižení předkožky balanitis xerotica obliterans je indikováno provedení totální obřízky.

PÉČE O PŘEDKOŽKU**Kojenci**

- každodenní pravidelná hygiena zevního genitálu, dle potřeby omytí stolice
- aplikace kojenecké kosmetiky na penis – krémy, tělová mléka

Starší děti 2–3 roky

- šetrná manipulace s předkožkou s jejím lehkým napínáním tak, aby si chlapec zvykl na pravidelný kontakt rodiče s předkožkou
- běžná hygiena genitálu
- promazávání předkožky – kojenecké krémy

Děti nad 4 roky

- dále šetrná manipulace s předkožkou s jejím lehkým napínáním
- nácvik manipulace s předkožkou chlapcem
- možná aplikace mastných krémů nebo mastí na zakončení předkožky – Infadolan®, Ca-panthotenicum unguv., lékařská vazelína, sádlo

LÉČBA PRIMÁRNÍ FIMÓZY

Léčba fyziologické fimózy by měla být zahájena u symptomatických chlapců. Již v kojeneckém věku aktivně postupujeme při opakovaných močových infekcích, při obstrukčních nebo refluxních uropatiích. V pozdějším věku jsou indikací k léčbě fyziologické fimózy opakované balanitidy, bolestivé erekce a tlak rodičů na vyřešení mobility předkožky.

Konzervativní léčba

Používá se lokální aplikace steroidů, které redukcí extracelulární matrix, ovlivněním uspořádání kolagenních a elastinových vláken v podkoží a změnami ve stratum corneum epidermis napomohou rozšíření předkožky. Lokální aplikace bez nadměrného vstřebání je bezpečná i u dětí s plenami. Asymptomatický balooning není indikací k léčbě.

- není stanovena věková hranice léčby, je nutná dobrá spolupráce s dítětem
- vhodný 4.–6. rok?
- lokální aplikace masti 0,05–0,1% kortikoidu (Triamcinolon®, Beloderm®, Locoid®, Dermovate®)

- 6–8 týdnů 2–3× denně
- od 2. týdne postupná dilatace předkožky šetrným napínáním, stahováním
- úspěšnost 67–95 %
- recidiva 17 %
- při malém efektu léčby nebo při recidivě zúžení je možno léčbu za 2–3 měsíce opakovat, je vhodné použít jiný druh kortikoidové masti nebo krému

KONGLUTINACE PREPUCIA

Indikace k rozrušení konglutinací jsou opakované záněty předkožky, vrozené vady urotraktu a přání rodičů (starší děti). Musí se zvážit spolupráce s dítětem, která je rozhodující pro následnou péči o žalud a předkožku po deglutinaci. Aplikace kortikoidové masti uvolnění konglutinací neovlivní.

Uvolnění předkožky

Minimalizovat bolestivost výkonu a psychickou zátěž dítěte. Při deglutinaci většího rozsahu využít kombinace analgosedace s lokální povrchovou anestézií.

- analgosedace
30–45 minut před výkonem midazolam per os 1 mg/kg, maximální dávka 15 mg, současně podat paracetamol nebo tramadol per os dle váhy dítěte
- lokální anestezie
45–60 minut před výkonem aplikovat na předkožku Emla 5 % crm® a naložit krycí folii

Péče o žalud a předkožku po deglutinaci

- 2–3 dny koupele penisu – heřmánek, šalvěj, oplachové roztoky na rány
- 7–10 dnů O-framykoin®, Tobrex®, 1 měsíc mastný krém

LÉČBA SEKUNDÁRNÍ FIMÓZY, SELHÁNÍ KONZERVATIVNÍ LÉČBY FYZIOLOGICKÉ FIMÓZY

Obřízka je nevratný, ablativní výkon, který je i za ideálních podmínek spojený s rizikem komplikací. Dle doporučení evropských urologických odborných společností (EAU, ESPU) není u dětí indikováno provedení „preventivní obřízky“.

V indikovaných případech se podle perooperačního nálezu s respektováním přání rodičů provádí částečná nebo úplná obřízka. U dětí, kde selhala konzervativní léčba a nejsou známky jizvení, lze zvážit provedení plastické úpravy úzkého zevního obvodu předkožky nebo strangulačního pruhu bez resekce předkožky.

Indikace obřízky

- balanitis xerotica obliterans
- jizevnatá fimóza
- obtížné močení
- u vrozených vad urotraktu s opakovanými močovými infekcemi
- nemožnost sexuálních aktivit
- selhání konzervativní léčby primární fimózy s obtížemi a přáním rodičů

Kontraindikace obřízky

- akutní zánět
- zanořený penis (částečná obřízka může být součástí rekonstrukční operace)
- mikropenis
- hypospadie, epispadie (obřízka může být součástí operace VVV penisu)
- poruchy vývoje pohlaví

Komplikace obřízky 0–30 %

- časně – krvácení, infekce, otok, poranění žaludu, anesteziologické komplikace
- pozdně – striktura zevního ústí uretry, zanořený penis, píštěl močové trubice, špatný kosmetický výsledek, jizvení ponechané předkožky

LITERATURA

1. Radmayr C, Bogaert G, 't Hoen LA, et al. Paediatric Urology. In: EAU Guidelines. Arnhem, The Netherlands: EAU Guidelines Office 2024. p. 10–3. Available from: <https://www.uroweb.org/guidelines>.
2. Sedláček J. Anomálie a onemocnění penisu a skrota. In: Kočvara R, Drlík M, et al. Dětská urologie. Praha: Maxdorf 2023; p. 606–13. ISBN 978-80-7345-740-2.
3. Drlík M, Dítě Z, Kočvara R. Nejčastější problémy v dětské andrologii. Urol. praxi. 2013;14:109–113.
4. Yang C, Liu X, Wei GH. Foreskin development in 10 421 Chinese boys aged 0–18 years. World J Pediatr. 2009;5(4):312–315.
5. Ghysel C, Vander Eeck C, Bogaert GA. Long-term efficiency of skin stretching and a topical corticoid cream application for unretractable foreskin and phimosis in prepubertal boys. Urol Int. 2009;82(1):81–88.