

Péče o zevní genitál chlapce

MUDr. Jan Kríž

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

Kryptorchismus je porucha sestupu varlete, léčba je chirurgická. Rizikem kryptorchizmu je sterilita a vznik nádoru varlete u dospělého muže. Léčbu – stažení varlete do šourku (orchidopexie) doporučujeme provést před druhým rokem věku dítěte. Fimóza – zúžená předkožka – je do roku věku normální nález, poté doporučujeme lokální aplikaci kortikoidní masti po dobu 6 týdnů, při neúspěchu dle nálezu cirkumcizi. Konglutinace předkožky – dostatečně široká předkožka slepená s glandem – se neuvolňuje až do školního věku dítěte, kortikoidy nejsou indikovány. Hypospadije je ventrálně rozštěpená močová trubice, léčba je operační po roce věku dítěte.

Klíčová slova: kryptorchismus, orchidopexie, fimóza, konglutinace předkožky, hypospadije.

Taking care of the genitals in a boy

Cryptorchidism, or undescended testicle, is detected by the attending physician during physical examination of a boy. The treatment is surgical: the testis with accompanying cord structure is mobilized and brought into the subcutaneous pouch in the scrotum. Cryptorchidism is associated with a risk of sterility and the development of testicular cancer in adulthood. It is recommended to perform the treatment, orchidopexy, by age two. Phimosis, a tight foreskin, is a normal finding by age one; afterwards, local application of a corticoid ointment is recommended for a period of six weeks; if it fails, circumcision is warranted. Preputial adhesions, a condition in which a sufficiently wide foreskin is attached to the glans, are not separated until school age; corticoids are not indicated. Hypospadias is an abnormal ventral opening of the meatus of the urethra and is treated surgically after the child is one year old.

Key words: cryptorchidism, orchidopexy, phimosis, preputial adhesions, hypospadias.

Pediatr. praxi 2013; 14(1): 16–17

Úvod

Článek odpovídá na časté otázky rodičů o nesestoupělém varleti a nemožnosti přetáhnout předkožku. Chlapce s hypospadií močové trubice doporučujeme odeslat k řešení na pracoviště dětské chirurgie nebo urologie.

Nesestoupělé varle

Kryptorchismus je definován jako nepřítomnost varlete ve skrotu, je to nejčastější vrozená vada. Incidence kryptorchizmu je u půlročních chlapců od 0,8 do 1,8 %, v tomto věku doporučujeme chlapce s podezřením na kryptorchismus odeslat ke specialistovi.

Klasifikace kryptorchizmu

Varle se může zastavit na kterémkoli místě fyziologického sestupu (retence varlete). Varle sestupující mimo fyziologickou dráhu sestupu označujeme jako ektopické. Nejčastější polohou nesestoupělého varlete je retence ingvinální nebo vysoká skrotální. Varle nalezené intraperitoneálně může být retinované nebo ektopické intraperitoneálně v malé pánvi. Jako fyziologický lze označit stav tzv. retraktilního varlete. Retraktilní varle má dostatečně dlouhý funikul, abnormálním stahem kremasterického svalu je v chladu, při psychickém stresu nebo po provokaci kremasterového reflexu je vtahováno před nebo až do tříselného kanálu.

Histologické změny a infertilita (1, 2)

Počet zárodečných buněk se u nesestoupělého varlete během prvních 6 měsíců věku dítěte nemění, dále ale chybí transformace gonocytů v adultní spermatogonie typu A a B a vyzrávání Leydigových buněk. Ve dvou letech vede chybná poloha varlete u 38 % nesestoupělých varlat k postupné ztrátě zárodečných buněk. Následkem kryptorchizmu může být infertilita. U jednostranného postižení se pohybuje infertilita kolem 30 %, u oboustranného kryptorchizmu je infertilita 59 %.

Další vážnou komplikací retence varlete je maligní tumor. Riziko maligního bujení v retinovaném varleti je asi 5x vyšší než ve varleti fyziologicky uloženém. Časná orchidopexie částečně toto riziko snižuje.

Základním vyšetřením je trpělivé a pečlivé fyzikální vyšetření dítěte. Chlapce vyšetřujeme v teplé místnosti, v „tureckém“ sedu (flexe dolních končetin v kolenou a abdukce v kyčlích). Je-li v této poloze varle volně stažené do skrota, jedná se o retraktilní varle, které není indikované k žádné léčbě. Pomocná je informace od rodičů, zda má chlapec varle ve skrotu v koupeli v teplé vodě. Úspěšnost nahmatání nesestoupělého varlete je závislá na síle podkožního tuku mons pubis, na spolupráci s dítětem a zkušenosti vyšetřujícího, pomocným je vyšetření ultrazvukem. Přibližně 80 % nesestoupělých varlat se podaří při vyšetření objevit, ostatní jsou varlata nehmatná.

Je-li diagnóza nehmatného varlete potvrzena i při palpačním vyšetření v celkové anestezii těsně před operací, indikujeme chirurgickou revizi. Je-li tříselo prázdné, poté nastupuje laparoskopické vyšetření (3). Důkazem ageneze varlete je laparoskopický nález aplázie spermatických cév.

V léčbě nesestoupělého varlete preferujeme chirurgickou orchidopexi (4). Hormonální léčba není v současné době doporučena. Principem námi užívané orchidopexie podle Petřivalského je otevření tříselného kanálu, přerušení gubernakula, přerušení perzistujícího processus vaginalis a uvolnění spermatického funikulu. Z kožní incize na skrotu vytváříme podkožní kapsu a otvorem v tunica dartos vtahujeme varle do správné polohy ve skrotu. Je-li závěs varlete příliš krátký, můžeme zvolit etapovou orchidopexi (Fowler – Stephens) (5) nebo autotransplantaci varlete na epigastrické cévy. U atrofických varlat nebo při pozdní indikaci k operaci je nutná orchiectomie (6).

Fimóza a konglutinace předkožky (7)

U novorozence chlapce je časté, že předkožka není přetažitelná, vývoj k široké, separované a plně přetažitelné předkožce trvá různě dlouhou dobu a probíhá spontánně.

Konglutinace

Je přetrvávající, v podstatě fyziologické slepení mezi kůží vnitřního listu předkožky

a kožním krytem glandu penisu. Předkožka je dostatečně široká a přetažení brání pouze toto slepení. Násilné uvolnění předkožky (disoluce) je pro dítě bolestivé a není doporučeno ani v celkové anestezii. Rizikem je poranění okraje předkožky s možným zjizvením a zúžením (vznik jizevnaté fimózy). Po uvolnění předkožky je další nutná hygienická péče v prvních dnech po uvolnění bolestivá a často pro nespolehlivost nemožná, nebezpečím je poté následné opětovné slepení předkožky s glandem nebo zánět předkožky a glandu (balanitida). U malých dětí očekáváme postupné spontánní uvolňování předkožky tvorbou keratinu. Zbytkovou konglutinaci uvolňujeme u spolupracujících chlapců až ve školním věku. Kortikoidy v masti nejsou u konglutinace indikovány.

Fimóza

Zúžená předkožka, která brání přetažení přes glans penisu, se nazývá fimóza. Předkožka může být současně slepená s glandem. V prvních měsících života je často konické zúžení předkožky normální. U vrozené fimózy je předkožka zúžená a prodloužená, častěji ale do ordinace přicházejí chlapci s jizevnatou, získanou fimózou, většinou s jizvením po nešetrném pokusu o přetahování relativní fimózy. Doporučujeme do dvou let věku předkožku neuvolňovat a násilně nepřetahovat. U chlapců s nadouváním předkožky při močení nebo po proběhlé močové infekci nebo zánětu předkožky (balanopostitidě) indikujeme lokální léčbu kortikoidní mastí, která často fimózu vyřeší. Lokální aplikaci kortikoidu, např. Triamcinolonu, doporučujeme po dobu 6 týdnů jedenkrát denně na místo zúžené části předkožky po jejím natažení, úspěch konzervativní léčby bývá u většiny chlapců. V další péči doporučujeme promašťovat předkožku a postupně rozšiřovat prepucium po koupeli dítěte. U trvající fimózy nebo jizevnaté fimózy doporučujeme v předškolním věku operační řešení – částečnou nebo úplnou cirkumcizi (obřízku).

Hypospadie a epispadie uretry

Nejčastější vývojovou odchylkou dolních močových cest je hypospadie chlapců (je de-

finována jako neúplné vytvoření přední močové trubice, ventrální rozštěp). Vzácnou vrozenou vadou je epispadie uretry (dorzální rozštěp, vysvětlený jako abnormální vývoj kloakální membrány) (8).

Incidence hypospadie je 1 : 125–300 narozených chlapců, onemocnění je geneticky determinované a částečně dědičné. Riziko vady stoupá, je-li v příbuzenstvu hypospadie, je-li postižen otec a bratr, je riziko pro dalšího chlapce 26 %, pro bratra chlapce s hypospadií a zdravého otce je toto riziko 12 % (9). Všechny hypospadie jsou spojené s ventrálním rozštěpem předkožky a glandu, asi u 1/3 hypospadií je současné ventrální ohnutí penisu (chorda, nejčastěji vazivový pruh jako rudiment spongiózního tělesa mezi hypospadickým meatem a apexem penisu). Hypospadie je diagnostikována při porodu, podle fyzikálního nálezu se dělí na periferní (glandulární a koronární), střední (penilní) a zadní (skrotální a perineální). Vyšší stupně hypospadie a chorda mohou být fertilityním problémem, ale pro správný psychosexuální vývoj mužského jedince je podstatný i kosmetický vzhled vnějšího genitálu. Prakticky všechny stupně hypospadie jsou chirurgicky léčitelné. Konzultaci s dětským chirurgem nebo urologem doporučujeme mezi půl a jedním rokem věku dítěte, operaci potom ve věku od jednoho do tří let chlapce. Principem moderní operace hypospadie je jednodobé vytvoření dostatečně široké uretry s ústím na apexu penisu a konizace glandu penisu, pacienti mají po operaci týden cévku v močové trubici, po odstranění cévky a kontrole močení jsou propuštěni z nemocnice. Komplikací asi u třetiny dětí po operaci hypospadie je močová píštělka, kterou operačně s odstupem uzavíráme.

Závěr

V současné péči o zevní genitál chlapců jsou některé novinky. V léčbě nesestouplého varlete nacházíme patologické histologické změny u chlapců již kolem dvou let věku, proto se doporučení k orchidopexii posunuje do nižšího věku. Hormonální léčba je málo účinná a výsledek nestálý. Fimóza je v prvním roce věku

dítěte fyziologický nález, přetrvá-li zúžená předkožka u větších chlapců, je doporučena lokální aplikace kortikoidní masti a při neúspěchu operační řešení v předškolním věku. Konglutinaci uvolňovat nedoporučujeme. Rozštěpové vady uretry – hypospadii – léčíme chirurgicky po roce věku dítěte.

Literatura

1. Ong C, Hasthorpe S, Hutson JM. Germ cell development in the descended and kryptorchid testis and effect of hormonal manipulation. *Pediatr Surg Int* 2005; 21: 240–254.
2. Hurd DS, Hadziselimovic F, Snyder FM, et al. Histologic maldevelopment of unilaterally kryptorchid testes and their descended partners. *Eur J Pediatr* 1993; 152(Suppl): 11–14.
3. Patil KK, Green JS, Duffy PG. Laparoscopy for impalpable testes. *BJU Int* 2005; 95: 704–708.
4. Hutson JM. Orchidopexy. In Puri P, Hoellwarth ME. *Pediatric Surgery*. Springer Surgery Atlas Series, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, New York, 2006: 555–568.
5. Fowler R, Stephens FO. The role of testicular vascular anatomy in the salvage of high undescended testes. *Aus N Z J Surg* 1959; 29: 92.
6. Kočvara R. Kryptorchizmus: kdy načasovat a jakou léčbu provést? *Urol List* 2007; 5(1): 30–33.
7. Zeman L. Fimóza, konglutinace, parafimóza, balanitida. In Šnajdauf J, Škába R. *Dětská chirurgie*. Praha Galén 2005, Karolinum 2005. ISBN 80-7262-329-X (Galén) ISBN 80-246-1084-1 (Karolinum) s. 367–369.
8. Baskin LS. Hypospadias and urethral development. *J Urol*, 2000; 163: 951–956.
9. Retik AB, Boker JG. Hypospadias. In Walsh PC, Retik AB, Vaughn ED. *Campbell's Urology*, 8th ed. Philadelphia: WB Saunders, 2002.

*Podpořeno projektem koncepčního rozvoje
výzkumné organizace 00064203.*

*Článek doručen redakci: 12. 9. 2012
Článek přijat k publikaci: 27. 12. 2012*

MUDr. Jan Kríž

Klinika dětské chirurgie 2. LF UK a FN Motol
V Úvalu 84, 150 06 Praha 5
kriz.uro@seznam.cz