SKRZYWIENIE PRĄCIA WRODZONE ORAZ CHOROBA PEYRONIEGO / STWARDNIENIE PLASTYCZNE PRĄCIA.

DAMIAN D. BRLEA

www.psychoandrologia.com

www.damianbrela.com

SKRZYWIENIE PRĄCIA WRODZONE (łac. curvatura penis congenita / ang. congenital penile curvature) definiowane jest jako wrodzona zmiana kształtu prącia, która nie jest związana ze z włóknieniem lub stwardnieniem błony białawej. Skrzywienie może być brzuszne, boczne lub grzbietowe. Jest to dosyć rzadkie schorzenie, które w różnych badaniach epidemiologicznych wykazuje występowanie na poziomie od poniżej 1% do 4 a nawet 10%.

Jako przyczynę wrodzonego skrzywienia podaje się dysproporcję w budowie błony białawej ciał jamistych powodującą zmiany kształtu. Na ogół skrzywienie nie dotyczy cewki moczowej jednak zdarzają się przypadki z zaburzeniem rozwoju cewki i w ten czas pasmo tkanki łącznej po stronie brzusznej może powodować skrzywienie.

Skrzywienie wrodzone prącia nie pojawia się w stanie wiotkim, dlatego nie jest łatwe do wykrycia zaraz po urodzeniu. Najczęściej do diagnozy dochodzi w wieku nastoletnim, kiedy zaczynają pojawiać się silne erekcje, próby masturbacji i współżycia. Dopiero wtedy w stanie erekcji można zauważyć zmianę kształtu prącia, kąt nachylenia, krzywiznę, która czasami może powodować ból, utrudniać a nawet i uniemożliwiać aktywność płciową.

Potwierdzenie skrzywienia prącia dokonuje się na dwa sposoby:

- dokumentacja zdjęciowa pacjenta, czyli pacjent jest proszony o wykonanie kilku zdjęć maksymalnej erekcji, w pozycji stojącej, w ujęciach: z góry, z boku lewego i prawego oraz z przodu;
- drugi sposób to farmakologiczna stymulacja w gabinecie lekarskim polega na podaniu leku wazoaktywnego np. alprostadil, który wywołuje erekcję i w ten czas lekarz dokonuje oceny krzywizny i zmiany kształtu prącia u pacjenta.

Na podstawie wywiadu, badania fizykalnego w stanie erekcji oraz dokumentacji zdjęciowej lekarz urolog / androlog stawia diagnozę i proponuje leczenie.

W przypadku wrodzonego skrzywienia prącia możliwym leczeniem do zastosowania jest tylko leczenie inwazyjne, czyli chirurgiczne.

Korekta skrzywienia prącia podlega tym samym zasadom leczenia operacyjnego, co choroba Peyroniego. Najczęściej stosuje się technikę plikacji – np. sposobem Nesbita.

Ostatnio powstają też nowe metody korekcji prącia np. technika Shaeers - rotacji ciał jamistych. Po skutecznej operacji korekty prącia i standardowej kontroli pooperacyjnej dalsze monitorowanie nie jest potrzebne.

Techniki operowania prącia w związku ze skrzywieniem zostaną omówione w drugiej części tego artykułu.

W kwestii zapobiegania występowania wrodzonego skrzywienia członka napotykamy na pewien problem, gdyż ze względu na brak znajomości dokładnych przyczyn nie jest możliwe opracowanie strategii działań profilaktycznych.

CHOROBA PEYRONIEGO, inaczej **STWARDNIENIE PLASTYCZNE PRĄCIA** (łac. induractio penis plastica – IPP / ang. Peyronie's disease) jest to choroba tkanki łącznej, która skutkuje zwłóknieniem i stwardnieniem błony białawej prącia powodując tym samym skrzywienie skrócenie lub inne deformacje członka, a także zaburzenia erekcyjne.

Chorobę Peyroniego klasyfikuje się ze względu na stopień skrzywienia i fazę choroby.

Trzy stopnie skrzywienia:

- skrzywienie o małym nasileniu, czyli do około 20 ° - 30 °;
- skrzywienie o średnim nasileniu, od ok. 20 ° - 30 °do ok. 60 ° - 70 °;
- skrzywienie o dużym nasileniu, czyli powyżej 60 ° - 70 °.

Podział ze względu na fazę:

- faza ostra / wczesna / zapalna, czyli jest to początek choroby, w trakcie której pacjent może odczuwać ból podczas erekcji; dochodzi do zauważenia przez pacjenta skrzywienia, skrócenia lub deformacji członka; mogą pojawiać się gródki, płytki w obrębie błony białawej i również może dochodzić do zaburzeń erekcji;
- faza przewlekła, inaczej nazywana fibrotyczna to faza, która trwa resztę życia w przypadku braku leczenia; ustępuje ból w trakcie erekcji; stabilizuje się skrzywienie lub deformacja; rzadko poprawia się sytuacja samoistnie; utwardzają się zmiany w błonie białawej aż do całkowitej kalcyfikacji.

Badacze podają, że występowanie tego rodzaju zaburzenia prącia wynosi od około 0,4 do 11% oraz że ryzyko zachorowania zwiększa się z wiekiem pacjenta i zazwyczaj typowym wiekiem zachorowania jest około pięćdziesiąty / sześćdziesiąty rok życia.

Etiologia, czyli pochodzenie choroby Peyroniego, nie jest w pełni znana i podaje się wiele czynników mogących składać się na powstanie tego zaburzenia. Wymienia się m.in. pourazową teorię mikrourazów, złamanie prącia, zabiegi w obrębie narządów płciowych, teorię o podłożu immunologiczno-zapalnym czy koncepcję dotyczącą powstawania czegoś przypominającego guza.

Natomiast co do czynników ryzyka można zaliczyć: nadwagę, wiek powyżej 45 lat, otyłość, palenie papierosów, cukrzycę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia erekcji, przebyte pęknięcie prącia, operacje w obrębie miednicy i narządów płciowych, hipogonadyzm, kardiomiopatię niedokrwienną. U ok. 9 do nawet 39% pacjentów z chorobą Peyroniego podaje się współwystępowanie przykurczy palców dłoni, czyli chorobę Dupuytrena.

Lekarz podczas wywiadu ustala fazę choroby, aktualne objawy, dolegliwości wynikające ze skrzywienia, wpływ ich na życie i sferę seksualną pacjenta, a także określa czynniki ryzyka i ustala z pacjentem decyzję co do leczenia. Podczas takiego badania można użyć specjalny kwestionariusz do oceny funkcji erekcyjnej IIEF-5 (International Indeks of Erectile Function). Również w badaniu fizykalnym określa się obecność, ilość, wielkość, położenie guzków, blaszek, stwardnień w obrębie prącia i dokonuje się pomiaru długości członka w pełnym wzwodzie.

Jeśli chodzi o badania laboratoryjne w procesie diagnozy choroby Peyroniego, to pozwalają one jedynie wykryć czynnik ryzyka np. lipidogram czy test obciążenia glukozą. W badaniach obrazowych można ocenić w USG wielkość stwardnienia czy płytki.

Tak jak w poprzednim przypadku choroby wrodzonego skrzywienia prącia tak samo i tutaj dokonuje się diagnoz na dwa sposoby, czyli poprzez dokumentację zdjęciową pacjenta lub poprzez farmakologiczną stymulację erekcji w gabinecie androloga / urologa. W przypadku badań morfologicznych standardowo nie wykonuje się oceny histopatologicznej tkanki tworzącej zwłóknienie, blaszkę błony białawej. Jeśli chodzi o inne pomocnicze badania, lekarz może skorzystać z kwestionariusza opracowanego specjalnie dla choroby Peyroniego PDQ (ang. Peyronie's Disease Questionnaire).

W przypadku leczenia dostępne są dwie możliwości postępowania terapeutycznego - leczenie zachowawcze / farmakologiczne oraz leczenie inwazyjne / chirurgiczne.

W przypadku leczenia zachowawczego, które jest zalecane w pierwszej fazie, na samym początku choroby bądź dla pacjentów którzy zostali zdyskwalifikowani z leczenia chirurgicznego lub dla takich pacjentów którzy nie akceptują interwencji chirurgicznej.

Niestety, badania kliniczne nie pokazują jednoznacznych wyników skuteczności tego typu leczenia. Europejskie Towarzystwo Urologicznie (EAU) rekomenduje następujące możliwości w tym zakresie:

- lek paraaminobenzoesan potasu podawany doustnie może powodować redukcję bólu prącia i wielkość płytki błony białawej oraz stabilizację skrzywienia. W Polsce lek ten nie jest zarejestrowany;

- iniekcje werapamilu do blaszki w błonie białawej, która może spowodować redukcję skrzywienia i objętości tej blaszki;
- zastrzyki do ognisk zwapnienia kolagenazy - badania pokazały istotną redukcję kąta skrzywienia oraz szerokości i długości płytki; jest to lek, który uzyskał akceptację rządowej Agencji Żywności i Leków w Stanach Zjednoczonych, natomiast w Europie lek ten funkcjonował od 2011 roku ze wskazaniem dla choroby Dupuytrena, a we wskazaniach do choroby od 2015 do 2020 i następnie został wycofany przez producenta z rynku europejskiego;
- iniekcje dopłytkowe interferonu mogą zmniejszać ból prącia i wielkość płytki oraz poprawiać skrzywienie;
- żel 15% z werapamilem może poprawiać skrzywienie oraz rozmiar płytki w błonie białawej, nakładany bezpośrednio na prącie;
- jonnoforeza z werapamilem oraz deksametazonemrównież może poprawiać skrzywienie prącia i rozmiar płytki;
- terapia falą uderzeniową z pól zewnętrznych (ang. extracorporeal shockwavetreatment – EWST) jest stosowana w przypadku zmniejszenia bólu prącia; nie ma działania wpływającego na poprawę skrzywienia czy wielkości płytki.

Leczenie inwazyjne

W przypadku niedużego skrzywienia można pozostawić prącie bez leczenia operacyjnego, natomiast gdy skrzywienie jest duże i uniemożliwia odbywanie współżycia płciowego, masturbację czy w ogóle erekcję, wtedy należy rozważyć decyzję o korekcie chirurgicznej.

Korektę chirurgiczną można dokonać dopiero wtedy, kiedy choroba wchodzi w fazę drugą - przewlekłą, czyli kiedy dochodzi do stabilizacji objawów, brak bólu i zmian morfologicznych przez co najmniej 3 miesiące; lekarze jednak wydłużają to do okresu 6 a nawet 12 miesięcy, aby się upewnić, że pacjent znajduje się w stabilnej fazie choroby. Procedurę taką stanowią wytyczne EAU.

Wyróżnia się 3 rodzaje metod chirurgicznych:

- metoda plikacji – m.i. metoda Nesbita i jej modyfikacje. Polega na usunięciu eliptycznego fragmentu osłonki białawej. Do tej metody kwalifikuje się skrzywienie prącia nie większe niż 60 °;
- metoda elongacji - polega na nacięciu lub wycięciu blaszki powodującej skrzywienie prącia. Prącie ulega wyprostowaniu, ale powstający w błonie białawy ubytek można wypełnić wszyciem łaty. Taką łatę pozyskiwać można z różnych materiałów: autologiczne np. ściana żyły, skóra, błona śluzowa policzka; allograficzne np. osierdzie, opona twarda, skóra kadawera; cenograficzne np. osierdzie bydła, błona śluzowa jelita, skóra świni, bez komórkowe macierze tkankowe lub materiał sztuczny: goretex ,matryce kolagenowe. Do tego typu zabiegu kwalifikuje się pacjentów, którzy mają ponad 60° skrzywienia, dodatkowe deformacje i dobrą funkcję lekcyjną;

- metodę implantacji protez ciał jamistych stosuje się w skrajnych wypadkach, kiedy deformacja jest na tyle skomplikowana, że inny sposób operowania nie jest możliwy. Wszczepia się protezę ciał jamistych - pół sztywne lub hydrauliczne implanty. Podczas zabiegu dodatkowo można modelować prącie, czyli np. skruszenie twardej płytki włóknistej i suplementację błony białawej łatą jak wcześniej to opisano.

Monitorowanie leczenia polega na co trzymiesięcznych kontrolach prącia w trakcie maksymalnego wzwodu. Również w kwestii zapobiegania chorobie Peyroniego ze względu na brak poznania dokładnej etiologii, brak znajomości precyzyjnych przyczyn nie ma możliwości zastosowania jakiejkolwiek profilaktyki.

LITERATURA

Skrodzka M., Świniarski P. (2021). *Zaburzenia budowy anatomicznej prącia i ich leczenie*. [W:] red. nauk. Jolanta Słowikowska-Hilczer *Andrologia*. *Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie – Warszawa.