

VODIČI ZA PENILNU KURVATURU

E. Wespes , K. Hatzimouratidis , I. Eardley, F. Giuliano,
D. Hatzichristou, I. Moncada, A. Salonia, Y. Vardi

Kongenitalna genitalna kurvatura

Kongenitalna penilna kurvatura nastaje usled nepoznatog uzroka i javlja se sa stopom prevalencije od 4–10% slučajeva kod pacijenata bez uretralnih abnormalnosti.

Bolest se dijagnostikuje iz anamnestičkih podataka. Fizikalni pregled tokom erekcije olakšava detekciju kurvature i isključuje prisustvo druge patologije. Eretilna funkcija je normalna ali može biti i otežana kod većih kurvatura. Kongenitalna penilna kurvatura se leči hirurški koristeći iste principe kao i Peyroniejeve bolesti (hirirgija se može izvoditi samo kod odraslih). Hirurškom korekcijom se rešava kurvatura u 67–97% slučajeva.

Peyroniejeva bolest

Epidemiologija, patofiziologija i prirodni tok

Uzrok Peyroniejeve bolesti je nepoznat, mada se najčešće pretpostavlja da trauma t. albuginee dovodi do ove bolesti. Peyroniejeva bolest je najčešće povezana sa dijabetesom, hipertenzijom, hiperlipidemijom, ishemijskom kardiomiopatijom,

erektilnom disfunkcijom, pušenjem i konzumiranjem alkohola. Bolest se javlja sa stopom prevalencije od 0.4–9%. Dupuytrenovo kontraktura se mnogo češće javlja kod pacijenata sa Peyronie-vom bolešću 9–39%, dok se Peyronie-jeva bolest javlja u 4% pacijenata sa Dupuytren-ovom kontrakturom. Još uvek nije poznato kako ovi faktori dovode do Peyronie-jeve bolesti.

U prvoj fazi bolesti postoji akutna inflamacija koja je često praćena bolom, dok u drugoj fibrotičnoj fazi se stvaraju čvrsti palpabilni plakovi koji mogu biti kalcifikovani. Tokom vremena penilna kurvatura se pogoršava u 30–50% slučajeva dok se stabilizuje u 47–57%. Spontano poboljšanje se javlja u 3–13% slučajeva i to češće u početnoj fazi bolesti. Bol se smanjuje kod 90% muškaraca najčešće 12 meseci nakon početka bolesti.

Evaluacija pacijenata

Posebna pažnja treba da se obrati na tok bolesti het od toga zavisi dalje lečenje. Pacijenti sa aktivnom bolešću najčešće imaju kratkotrajno trajanje simptoma, bol tokom erekcije ili skorašnja promena penilne kurvatures. Ukoliko nakon 3 meseca od nastanka bolesti dođe do prestanka bola ili stabilizacije kurvatures smatra se da je bolest stabilna i da je potrebna hirurška intervencija.

Rutinskim genitor-urinarnim pregledom najčešće se uočava palpabilni nodus ili plak, ipak nije uočena korelacija između veličine plaka i stepena kurvatures. Erektalna disfunkcija se javlja u više od 50% ovih pacijenata usled vaskularnih bolesti.

Ultrazvučno merenje veličine plaka je neadekvatno, subjektivno i ne preporučuje se u kliničkoj praksi. Ultrazvuk se koristi samo u proceni vaskularnih parametara.

Konzervativno lečenje

Ovaj vid lečenja se najčešće koristi u ranim fazama bolesti. Najčešće korišćeni lekovi su vitamin E, K-paraaminobenzoat, tamoksifen, kolhicin, acetil-estri karnitina, pentoksifilin ili intraleziona terapija injekcijama (steroidi, verapamil, klostridijalna kolagenaza, interferon) ili drugi topilani lekovi (verapamil, jonoforeza, ekstrakorporalni šok, vakumi). Još uvek ne postoji konsenzus o lečenju kod muškaraca sa stabilnom i hroničnom bolešću.

Preporuke za ne-operativni tretman Peyronie-jeve bolesti	LE	GR
Konzervativni tretman je izbor za lečenje Peyronie-jeve bolesti u početnoj fazi. To je izbor kod pacijenata kod kojih hirurgija nije opcija	3	C
Oralna primena K paraaminobenzoata može rezutirati u signifikantnom smanjenju veličine plaka i bola i dovesti do stabilizacije kurvatures	1b	B
Intraleziona aplikacija verapamila može dovesti do smanjenja penilne kurvatures i volumena plaka	1b	C
Intraleziona aplikacija klostridijum-kolagenaze dovodi do smanjenja ugla devijacije, širine i dužine plaka	2b	C
Intraleziona primena interferona dovodi do smanjenja kurvatures, bola, veličine i gustine plaka	1b	B
Topikalni verapamil gel 15% ima uticaj na penilnu kurvaturu i veličinu plaka	1b	B
Jonoforeza sa 5 mg verapamila i 8 mg deksometazona može uticati na kurvaturu i veličinu plaka	1b	B

Ekstakorporalna terapija udarnim talasima poboljšava kurvaturu i veličinu plaka, ali ne utiče na redukciju plaka. Ipak može ublažiti bol	1b	B
Uređaji koji vrše trakciju penisa i vakum uređaji mogu redukovati deformaciju penisa i povećati dužinu penisa	3	C
Preporuke PROTIV		
Intralezioni tretman sa steroidima ne dovodi do redukcije penilne kurvature, veličine plaka ili bola i ne preporučuje se	1b	B
Oralna primena vitamina E i tamoksifena se ne preporučuje	2b	B
Ostali oralni preparati (acetil-estri, karnitin, fenoksifilin) se ne preporučuju	3	C

Hirurško lečenje

Iako konzervativni tretman Peyronie-jeve bolesti bi trebao da reši bolne erekcije, samo mali % pacijenata oseti poboljšanje. Cilj hirurgije je da ispravi kurvaturu i dozvoli adekvatan seksualni odnos. Hirurgija je indicovana samo kod pacijenata sa stabilnom bolešću koja traje najmanje tri meseca mada se preporučuje da stabilni period traje 6–12 meseci.

Postoje dva osnovna tipa intervencija u lečenju kongenitalne kurvature ili Peyronie-jeve bolesti: skraćenje ili produženje penisa. Skraćenje penisa podrazumeva resekciju po Nesbitu i tehnike nabiranja sa konveksne strane penisa. Procedure produženja penisa se vrše sa konkavne strane penisa i zahtevaju korišćenje grafta. Oni imaju za cilj sa smanje skraćenje penisa usled Nesbit

resekcije i nabiranja t. albuginee ili u cilju korekcije složenih deformiteta. Koriste se različite vrste graftova: autologni graftovi (koža, venski graft, t. albuginea, t. vaginalis, temporalna fascija, bukalna mukoza), alografti (kadaverični perikard, kadaverična fascija lata, kadaverična dura mater, kadaverična koža), ksenografti (mali deo svinjske intestinalne submukoze, goveđi perikard, svinjska koža) ili sintetički graftovi (dakron, gorteks).

Pacijenti sa ED i Peyronie-jevom bolešću koji ne reaguju na medikamentozno lečenje treba da imaju hiruršku intervenciju kurvature sa stavljanjem penilne proteze. Odluka o tipu hirurške intervencije se zasniva na preoperativnoj proceni dužine penisa, stepena kurvature i ED. Ne postoje randomizovane, kontrolisane studije koje evaluiraju korisnost hirurgije kod Peyronie-jeve bolesti.

Preporuke za hirurški tretman penilne kurvature	LE	GR
Hirurgija je indicovana ukoliko je Peyronie-jeva bolest stabilna najmanje 3 meseca (bez bola i pogoršanja deformiteta), to se obično dešava nakon 12 meseci od nastanka simptoma i ukoliko je seksualni odnos otežan deformitetom	3	C
Dužina penisa, stepen kurvature, ED (uključujući odgovor na farmakoterapiju) kao i pacijentove želje moraju biti procenjene pre hirurgije	3	C
Procedure skraćanja tunike, posebno tehnike nabiranja su najčešće terapijske opcije lečenja kod penilne kongenitalne kurvature kao i kod Peyronie-jeve bolesti sa adekvatnom penilnom dužinom, kurvaturom manjom od 60% i odsustvom deformiteta	2b	B

Tehnike sa upotrebom grafta se koriste kod pacijenata sa Peyronie-jevom bolešću sa neadekvatnom dužinom, kurvaturom većom od 60% i prisustvom deformiteta	2b	B
Implantacija penilnih proteza se preporučuje kod Peyronie-jeve bolesti sa ED koja nije odgovorila na farmakoterapiju	2b	B

Tabela 1: Rezultati hirurškog tretmana Peyronie-jeve bolesti (rezultati različitih, ne-komparibilnih studija)

	Procedure smanjena tunike		Procedure produžavajuća tunike
	Nesbit	Nabiranje	Graftovi
Penilno skraćanje	4.7–30.8%	41–90%	0–40%
Penilno ojačavanje	79–100%	58–100%	74–100%
Perzistentna ili recidivantna kirvatura	4–26.9%	7.7–10.6%	0–16.7%
Postoperativna ED	0–13%	0–22.9	0–15%
Penilna hipoestezija	2–21%	0–21.4%	0–16.7%
Tehničke modifikacije	1	Najmanje 3	Različiti graftovi i tehnike

Algoritam tretmana Peyronie-jeve bolesti

