

Dostępne online www.sciencedirect.com

ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/pepo

Praca poglądowa/Review

Postępowanie w stulejce u chłopców

Management of phimosis in boys

Q1 **Żaneta Malczyk***, Anna Jarzumbek, Magdalena Kleszyk, Katarzyna Ziora,
Joanna Oświęcimska

Katedra i Klinika Pediatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Polska

INFORMACJE O ARTYKULE

Historia artykułu:

Otrzymano: 03.04.2014

Q2 Zaakceptowano: 24.04.2014

Dostępne online: xxx

Słowa kluczowe:

- stulejka
- napletek
- leczenie
- miejscowa glikokortykosteroidoterapia

Keywords:

- Phimosis
- Foreskin
- Treatment
- Topical glucocorticoids

ABSTRACT

Phimosis is a common problem in paediatric practice. The diagnosis of phimosis usually does not cause difficulties, but the treatment options are controversial, moreover than the improper management may contribute to the exacerbation of the problem. The aim of this study is to review current recommendations for phimosis management, in particular addressed to community paediatricians who are responsible for its diagnosis and treatment or patient's referral to paediatric surgeon/urologist.

© 2014 Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. on behalf of Polish Pediatric Society.

Definicja i częstość występowania stulejki

Stulejka jest stanem chorobowym, w którym ujście napletka jest wąskie i całkowicie uniemożliwia (stulejka całkowita) lub utrudnia (stulejka częściowa) jego zsuniecie za żołądź (we wzwodzie i/lub w stanie spoczynku). Stulejką należy nazwać także stan, w którym odprowadzony napletek podczas wzwodu powoduje ucisk i ból [1, 2].

Fizjologiczne zwięźnienie napletka jest obserwowane u 50% chłopców kończących pierwszy rok życia. W wieku 3 lat już tylko 10% chłopców ma wciąż nieodprowadzalny napletek. Liczba ta spada do 8% w wieku 6–7 lat i 1% w wieku 16–18 lat [1, 3].

Pierwsze zanotowane użycie słowa *phimosis* (stulejka) odnaleźć można już w starożytnym Rzymie. Lekarze rzymscy określali tym stwierdzeniem różne przypadłości, których cechą wspólną było opasanie jakiejś części ciała

* Adres do korespondencji: Katedra i Klinika Pediatrii Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. 3 Maja 13/15, 41-800 Zabrze, Polska. Tel.: +48 32 370 42 83; fax: +48 32 370 42 92.

Adres email: zaneta.malczyk@gmail.com (Ż. Malczyk).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.pepo.2014.04.011>

0031-3939/© 2014 Published by Elsevier Urban & Partner Sp. z o.o. on behalf of Polish Pediatric Society.

patologiczną strukturą w rodzaju kagańca. Pierwszym znany autorem, który użył terminu *phimosis* w odniesieniu do prącia był Celsus, określający w ten sposób nieprawidłowe stwardnienie napletka [4].

Przyczyny stulejki

Skóra prącia w miejscu przejścia na żołądź wytwarza cewkowaty fałd zwany napletkiem (*preputium*). Napletek zbudowany jest z blaszki zewnętrznej i wewnętrznej. Pomiędzy powierzchnią żołądź a warstwą wewnętrzną powstaje kieszonka napletka. Podczas wzwodu prącia napletek cofa się z żołądź, a jego blaszka wewnętrzna ulega odwróceniu na zewnątrz. Na dolnej powierzchni żołądź w linii pośrodkowej napletek połączony jest z żołądź wędzidełkiem [5].

U noworodków napletek jest długi i silnie rozwinięty, tak że przekracza znacznie żołądź. Z powodu ścisłego przylegania nabłonka wewnętrznej warstwy napletka do żołądź odciągnięcie napletka jest niemożliwe. W miarę wzrostu prącia, w okresie pierwszych 3-4 lat życia jego część ruchoma wydłuża się, wierzchołek żołądź przesuwają się ku przodowi, a ujście napletka otwiera się szerzej [5, 6]. Gromadząca się pod napletkiem mastka (złuszczony nabłonek i wydzielina gruczołów łojowych) powoduje naturalne, stopniowe oddzielenie się napletka od żołądź [7].

Stan nieodprowadzalności napletka w pierwszych latach życia nazywany jest stulejką fizjologiczną lub fizjologicznie wąskim napletkiem [8]. Wynika ona ze sklejenia nabłonka blaszki wewnętrznej napletka z żołądź prącia [9].

Stulejka patologiczna może występować pierwotnie, jako efekt nieprawidłowo ustępującej stulejki fizjologicznej, oraz wtórnie na skutek urazów (np. zbyt traumatycznego odciągania napletka przez rodziców, często niestety zalecanego przez personel służby zdrowia), powikłań po zabiegach urologicznych, nawracających stanów zapalnych cewki moczowej, żołądź i napletka, liszaja trądzinowatego i zanikowego (*lichen sclerosus et atrophicus*; LSA), będącego rodzajem przewlekłego zapalenia skóry o niejasnej etiopatogenezie oraz zwięzającego zapalenia żołądź (*balanitis xerotica obliterans*; BXO) prowadzącego do marskości żołądź i prącia [10-12]. Stulejka patologiczna może wynikać również z obecności krótkiego wędzidełka napletka (*frenulum breve*), stanu, w którym zbyt krótkie wędzidełko nie pozwala na całkowite zsuniecie napletka, powodując w czasie wzwodu pociąganie żołądź ku dołowi.

Objawy i rozpoznanie stulejki

Rozpoznanie stulejki ma charakter kliniczny i odbywa się na podstawie danych z wywiadu oraz nieprawidłowości stwierdzanych w badaniu fizykalnym.

Fizjologiczną stulejkę charakteryzuje brak obecności blizn w obrębie skóry ujścia napletka, a ujście cewki moczowej widoczne jest dopiero po odciągnięciu napletka. Możliwe jest odwrócenie na zewnątrz warstwy wewnętrznej błony śluzowej napletka. Zaniepokojeni rodzice często zgłaszają tworzenie się „balonika” w czasie mikcji. U małego dziecka jest to jednak zjawisko fizjologiczne, wynikające z przedostawania się moczu pod wewnętrzną warstwę błony śluzowej napletka,

który jest już oddzielony od żołądź, ale jeszcze niecałkowicie odprowadzalny [6].

Zdecydowanie większy niepokój u pediatry powinno wzbudzać podejrzenie u dziecka obecności stulejki patologicznej. Podczas badania fizykalnego można wówczas zaobserwować występowanie białawego pierścienia w dystalnej części prącia, który pojawia się przy próbie odprowadzenia napletka (co może świadczyć o zarostowym zapaleniu żołądź). W okolicy ujścia napletka występują zbliźnowczenia, mogące doprowadzić do uwidocznienia ujścia cewki moczowej i części żołądź, bez wcześniejszej próby odprowadzania napletka. Blaszka wewnętrzna błony śluzowej napletka nie wynicowuje się na zewnątrz, a powyższym objawom może towarzyszyć jego zaczerwienienie i obrzęk [3, 6, 7]. Stulejkę patologiczną podejrzewa się również na podstawie wywiadu obciążonego wcześniejszymi zabiegami urologicznymi oraz nawracającymi infekcjami dróg moczowych [8].

Postępowanie terapeutyczne

Pielęgnacja napletka

Postępowanie uzależnione jest od wieku dziecka, rodzaju stulejki oraz obecności objawów dodatkowych.

U noworodków napletek całkowicie pokrywa żołądź, a jego odprowadzenie możliwe jest zaledwie w 4% przypadków. Ta grupa pacjentów, jeżeli nie występują u nich dodatkowe objawy w postaci np. nawracających infekcji dróg moczowych, wymaga jedynie obserwacji [8, 9].

U noworodków i niemowląt za patologię uznawane jest całkowite zarośnięcie napletka uniemożliwiające uwidocznienie zewnętrznego ujścia cewki moczowej [9, 13], które występuje niezwykle rzadko.

Z chwilą gdy u dziecka napletek zaczyna być częściowo odprowadzalny, rodzicom zaleca się podczas codziennych kąpieli jego odprowadzanie do napotkania pierwszego oporu. Zbyt forsowne odprowadzanie napletka może bowiem skutkować powstawaniem mikrourazów i zrostów doprowadzających do wystąpienia patologicznej stulejki wtórnej [8]. Prawidłowa pielęgnacja napletka u dzieci jest podstawowym środkiem zapobiegającym powstawaniu blizn oraz stanów zapalnych w okolicy napletka i żołądź. W próby odprowadzania napletka powinniśmy zaangażować dziecko, jeśli jego wiek na to pozwala, dzięki czemu będzie ono sygnalizować uczucie dyskomfortu lub bólu, wyznaczające granice odprowadzania napletka. Zachowanie takie uczy chłopców prawidłowej higieny okolic intymnych, która powinna mieć miejsce podczas kąpieli oraz po każdorazowym oddaniu moczu. Po odprowadzeniu napletka należy spłukać go delikatnie wodą z mydłem, a następnie podczas osuszania sprowadzić go z powrotem na żołądź [3].

Należy podkreślić, że zbyt forsownie odprowadzany napletek może prowadzić nie tylko do wytworzenia stulejki patologicznej, ale również do rozwoju załupka. Powstaje on w wyniku niemożności sprowadzenia napletka ponownie na żołądź prącia, który pozostaje w okolicy rowka założednego. Sytuacja taka w skrajnych przypadkach może doprowadzić do jego martwicy [3, 6].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2674455>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2674455>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)