

kazuistika

STRANGULAČNÍ TRAUMATA PENISU – NAŠE ZKUŠENOSTI S KOVOVÝMI MATERIÁLY

STRANGULATION INJURY OF THE PENIS – OUR EXPERIENCE
WITH METALLIC MATERIALS

Vladimír Šámal

**Urologické oddělení, Krajská nemocnice
Liberec, a.s.**

Došlo: 22. 7. 2011.

Přijato: 10. 10. 2011.

Kontaktní adresa

MUDr. Vladimír Šámal
Urologické oddělení Krajská nemocnice
Liberec, a.s.
Husova 10, 460 63 Liberec
e-mail: vladimir.samal@nemlib.cz

Souhrn

**Šámal V. Strangulační traumata penisu –
naše zkušenosti s kovovými materiály**

Kazuistiky prezentují případy pacientů, kteří
za účelem udržení delší nebo kvalitnější erekce

použili konstriční kroužky z kovového mate-
riálu. Vzhledem k povaze použitého materiálu
bylo po vzniku otoku vlivem strangulace jejich
odstranění velice obtížné.

Klíčová slova:

strangulační trauma penisu.

Summary

**Šámal V. Strangulation injury of the penis –
our experience with metallic materials**

This case reports referred about using of cost-
riction ring for maintaining or better quality
of erection. Due to nature of the material was
very difficult to remove it after forming of
edema.

Key words:

strangulation, penile injury.

ÚVOD

Efekt konstričních kroužků a vakuové pumpy
k delšímu udržení erekce nebo její lepší kvalitě
je známý. Používané schválené pomůcky jsou
z elastických materiálů, což umožňuje jejich
bezpečné sejmутí kdykoliv během erekce
a zabraňuje vzniku venostatického a lymfatic-
kého edému.

KAZUISTIKY

Kazuistika 1

Muž 54 let, vysokoškolsky vzdělaný. K udržení
erekce dříve používal komerčně dostupné elas-
tické kroužky. Protože erekce několikrát i při
použití kroužku selhala, použil před příchodem
příteklkyně s několikahodinovým před-



Obr. 1.
Kazuistika 1
Fig. 1.
Case report 1



Obr. 2.
Kazuistika 2
Fig. 2.
Case report 2

stihem kovový prsten z chirurgické oceli (obr. 1). Při příchodu přítelkyně měl již bolesti při ischémii genitálu a pohlavní styk se nezdařil. Z obavy a studu se k vyšetření dostavil až druhý den v ranních hodinách s velkým venostatickým a lymfatickým otokem penisu a retencí moči. Materiál konstričního kroužku byl velice tvrdý a nebylo možné jej přestříhnout standardními kleštěmi z operačních nástrojů traumatologů či ortopedů. V první době jsme založili epicystostomii a následně v celkové anestezii jsme k přerušení kroužku použili velké pákové nůžky z nemocniční dílny. Edém penisu odezněl za 10 dní, endoskopické vyšetření uretry s třítydenním odstupem prokázalo jen hyperemický prstenec v proximální penilní uretře bez zúžení jejího lumina. Pacient nyní 2 roky po příhodě moči spontánně, má trvalou erektilní dysfunkci vlivem fibrózní přestavby kavernózních těles.

Kazuistika 2

Pacient 63 let, dělnické profese, soustružník. K udržení erekce za účelem masturbace si sám vyrobil konstriční kroužek tvaru trubky délky 50 mm, vnitřní průměr 24 mm o síle stěny trubky 4 mm z kvalitní oceli (obr. 2). K vyšetření se dostavil po 7 hodinách od nasazení konstričního kroužku. Pacientovi jsme v celkové anestezii zavedli punkční epicystostomii. Vzhledem k velikosti, charakteru materiálu a především jeho tloušťce nebylo možné použít žádné standardní nářadí. Použití techniky ova-zování oteklého penisu provázkem bylo úspěšné pouze částečně. Nakonec po opakovaných pokusech došlo alespoň k částečnému zmenšení otoku a s použitím lubrikačního gelu se i za cenu částečné skalpace kůže penisu podařilo trubku stáhnout. Rána byla ošetřena eg-alizací, adaptační suturou a byla podávána anti-biotika v terapeutickém režimu. Ke zhojení

rány došlo po 14 dnech a po odstranění epicystostomie pacient močil spontánně. Na další kontroly se již nedostavil.

DISKUSE

Strangulační trauma penisu se vyskytuje převážně v souvislosti se sexuální stimulací penisu, zcela výjimečně s cílem automutilace. V dětském věku jsou pozorována strangulační traumata penisu vznikající omotáním uvolněných vlasů nebo přiložením kroužku z cizího předmětu, nejčastěji hračky (1). Přílišná konstrikce penisu během erekce, kromě jejího prodloužení, v krátkém časovém horizontu indukuje vznik edému vlivem venostázy a lymfostázy s následnou ischemií. Ta pak vede ke vzniku striktury uretry a trofickým změnám kavernózních těles. Při prolongované ischemii dochází ke gangréně penisu. Konstrikční kroužky z elastických materiálů či méně mechanicky odolných tvrdých materiálů lze odstranit použitím standardních ortopedických kleští či pilky. V případě kovových materiálů lze použít techniku dle Browninga a Reeda (obdobně se používá při odstraňování prstenů z oteklých prstů), kdy je pod konstrikční kroužek podsunut proximálním směrem slabý provázek či silnější silonové vlákno. Distální část vlákna je potom omotávána kolem penisu od proximálního konce k distálnímu a tímto je zmenšován objem oteklé části. Tahem za proximální část vlákna a konstrikční proužek distálním směrem je potom kroužek sejmout (2). Sejmutí lze usnadnit použi-

tím dostatečného množství lubrikans. V případě velkého otoku lze provést incizi glandu s vyprázdněním krve ze spongiózního tělesa, eventuálně spongiokavernózní zkrat obdobně jako při řešení nízkoprůtokového priapismu. V literatuře jsou popsány i případy řezání kovových těles, která strangulují penis hasiči (3). Použití pil na kov a rozbrušovacích pil s sebou nese vysoké riziko tepelného traumatu penisu. Všechny výkony vedoucí k odstranění strangulujícího tělesa je vhodné provádět v celkové anestezii. Při použití konstrikčních kroužků z netradičních kovových materiálů je pacient vystaven riziku, že v důsledku venostatického a lymfatického edému se je nepodaří sejmout. V léčbě je rovněž velice důležitý časový faktor, riziko ireverzibilního poškození stoupá časem. V dispenzární péči pacientů po strangulačním poranění se zaměřujeme na vznik a vývoj striktury uretry, eventuálně uretrokutánní píštěle při ischemickém poškození uretry a erektilní dysfunkci vlivem fibrózy kavernózních těles.

ZÁVĚR

Strangulačních poranění penisu patří mezi ojedinělá poranění genitálu. Rozhodující vliv na léčbu má časové prodlení, se kterým se pacient dostaví k lékaři. Riziko nevratného poškození orgánu významně stoupá především s dobou ischemie. Charakter materiálu a někdy i jeho velikosti nás limituje v použití standardních pomůcek a náčiní.

LITERATURA

1. **Kirtune J, Samuel V.** Hair coil strangulation of the penis. *J Pediatr Surg* 1994; 29(10): 1317–1318.
2. **Mory A, Rozanski T.** Genital and Lower urinary tract trauma. In: Wein A, Kavoussi L, Novick A, Partin A, Peters C. *Campbell-Walsh Urology*, 9th edition. Philadelphia: Saunders 2007: 2652.
3. **Kumar T, Jumma S, De'Zoysa N, de Saleemi A.** Genitalia Strangulation – Fireman to the Rescue! *Ann R Coll Surg Engl* 2009; 91(4): 304.