

NEVENERICKÁ KOŽNÍ ONEMOCNĚNÍ ZE VNÍHO GENITÁLU U MUŽŮ

doc. MUDr. Růžena Pánková, CSc.

Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Kožní změny na zevním genitálu u mužů jsou součástí kožních chorob různé etiopatogeneze, vyskytují se však i samostatně. Přehled a rozdělení uvedených nevenerických onemocnění vychází z klinického obrazu. Diferenciální diagnostika zahrnuje i choroby venerické a kožní nádory. Stanovení diagnózy usnadňují cílená vyšetření: histologické, imunofluorescenční, alergologické, biochemické, sérologické, bakteriologické, virologické, venerologické, imunologické.

Klíčová slova: zevní genitál u mužů, nevenerická kožní onemocnění, diferenciální diagnostika.

NON-VENEREAL DISEASES OF MALE EXTERNAL GENITALS

Non-venereal skin disorders localized to the genital area present in a diverse manner clinically. Many belong to skin diseases, and affect male genitals either by distribution or by chance, while others are localized to this area. Differential diagnosis include sexually transmitted infections and malignant epidermal tumours. The possibility to observe and touch skin lesions facilitates diagnostic conclusions. The laboratory tests, skin biopsy, bacterial, fungal and viral culture from skin and other specimens, immunofluorescent and immunohistological examinations are vital for an accurate diagnosis.

Key words: non-venereal diseases of male external genitals, clinical presentation, differential diagnosis.

Nevenerické kožní choroby mužů lokalizované v genitální oblasti jsou *etiopatogenticky i klinicky rozmanité*. Mnohé z nich jsou součástí kožních nemocí a postihují mužský genitál predilekčně nebo náhodně, jiné se vyskytují pouze v této lokalizaci.

Diferenciální diagnostika je široká, protože zahrnuje i nemoci venerické, skupinu infekcí přenosných pohlavním stykem – sexual transmitted infections (STI) a kožní nádory. Pro stanovení diagnózy jsou důležité anamnestické údaje, subjektivní obtíže pacienta a objektivní klinický kožní nález. Viditelnost a možnost palpáce projevů na kůži usnadňuje diagnostické závěry.

V průběhu klinického vyšetření pacienta **hledáme odpovědi na řadu objektivních i subjektivních otázek**. Převládají v klinickém obraze makuly, papuly nebo puchýře obsahující tekutinu? Je obsah vezikul čirý, zkalený, hemoragický nebo hnisavý? Jsou krytyby puchýřů napjaté plihé nebo stržené? Jaká je barva kožních změn? Jsou projevy solitární nebo mnohočetné, se sklonem ke splývání v chorobná ložiska až plochy? Je jejich povrch hladký, bez známek desquamace nebo nerovný, hrbolatý, verukózní se šupinami? Je narušen povrch epidermis? Jaká je konfigurace eflorescencí? Jsou přítomny známky madidace, edému, impetiginizace nebo exulcerace? Jsou kožní projevy na pohmat bolestivé, měkké nebo nebolestivé, tuhé až tvrdé? Je pruritus silný, trvalý nebo pociťuje pacient svědění občasně nebo žádné? Jaké změny jsou viditelné a hmatné v okolí genitálu? Jsou zvětšené regionální lymfatické uzliny?

Pracovní diagnózu upřesní *cílená vyšetření*: histologické, imunofluorescenční, alergologické, laboratorní biochemické, sérologické, mykologické, bakteriologické, virologické, venerologické, urologické a imunologické.

Podkladem rozdělení níže uvedeného přehledu nevenerických nemocí nejsou etiopatogenetické souvislosti, ale na první pohled viditelné *klinické projevy na kůži zevního genitálu u mužů*. Z hlediska diferenciální diagnostiky jsou záměrně zmíněna i onemocnění méně obvyklá a vzácná. *Syndromy* s genitální lokalizací kožních symptomů jsou uvedeny v závěru textu.

ČERVENÁ LOŽISKA

Jsou obvyklá u dermatóz s častým výskytem (1).

• Balanitis-balanoposthitis acuta superficialis

Glans penis a vnitřní list předkožky, klinicky – neostře ohraničená, zarudlá edematózní ložiska s vlhčivým povrchem, často vzniká zánětlivá fimóza s hnisavým sekretem v prepuciu (ne v urethře). Průběh je akutní, subjektivně jsou projevy na genitálu i regionální lymfatické uzliny na dotyk silně bolestivé. Superficiální balanitida může přejít v *balanoposthitis ulcerosa et gangraenosa*. Etiopatogeneze – traumatizace, infekce (streptokoky především *Streptococcus faecalis*, enterokoky, stafylokoky, *Escherichia coli*, Proteus, Gardnerella, fusospirilární flóra, kvasinky), retence smegmatu, anatomické předpoklady (fimóza), lokální působení toxických nebo alergických látek. *Predisponující* jsou *faktory* anatomické, diabetes mellitus, oslabená imunita.

Diagnóza: anamnéza, vyšetření v zástinovém mikroskopu (vyloučení balanitis syphilitica) za předpokladu, že pacient neužívá antibiotika celkově a není lokálně léčen (pouze fyziologický roztok přispívá k nálezu *Treponema pallidum* v nativním preparátu), bakteriologické a mykologické vyšetření, kontroly glykaemie opakovaně.

Léčba: komplexní – viz predisponující faktory, dle klinického nálezu a příčiny onemocnění, lokálně roztok hypermanganu, borová voda, pasty, krémy, (masti nejsou vhodné).

Diferenciální diagnóza: primární syfilis (obtiskové eroze, balanitis syphilitica), kontaktní alergický ekzém, fixní lékový exantém, erythroplazie Queyratova.

• Balanitis erosiva circinata

Vzniká přidružením fusospirilárních bacilů se spirilami. Klinicky se objevují kruhové eroze, splývající v polycyklická až mapovitá ložiska, se šupinami na okraji – *Reiterův syndrom*, viz níže syndromy.

• Balanoposthitis chronica circumscripita benigna plasmocellularis Zoon

Glans penis, vnitřní list předkožky, klinicky – jedno nebo více hnědočervených, v úrovni okolí ležících, lesklých, vlhkých ložisek, nezměněné konzistence s drobnými petechiemi. Výskyt u mužů středního a vyššího věku, chronický průběh,

přechod ve spinocelulární karcinom nebyl popsán, *nejedná se o prekancerózu*. Etiopatogeneze není známa.

Diagnóza: histologie - atrofie epidermis, vazodilatace, ukládání hemosiderinu, výrazný plazmocelulární infiltrát v papilární vrstvě dermis.

Léčba: krátkodobě lokálně glukokortikoidy v krému, koupele v růžovém roztoku hypermanganu, zlepšení hygienických návyků, cirkumcize.

Diferenciální diagnóza: erytroplazie Queyratova.

- **Erythroplasia Queyrat** (obrázek 1)

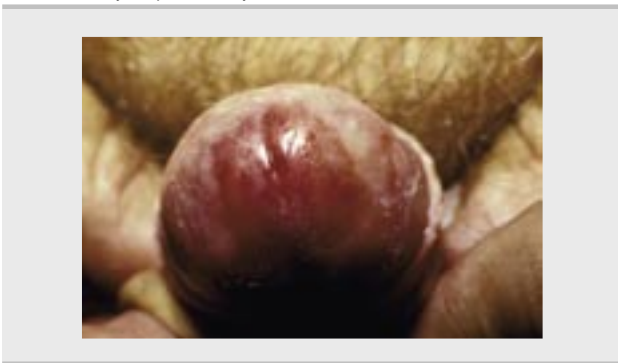
Carcinoma in situ, glans penis, sulcus coronarius, preputium (vnitřní list), klinicky - asymptomatické, ostře ohraničené, okrouhlé nebo nepravidelně utvářené, sytě červené ložisko matného povrchu, pomalu progredující. Diagnóza: histologie - *carcinoma in situ-obraz morbus Bowen*. Léčba: excize, kryoterapie. Prognóza: možnost maligní transformace po několika letech, *tendence k časnějšímu metastazování*. Diferenciální diagnóza: psoriáza, chronický ekzém, superficiální bazaliom, chronický lupus erythematodes.

- **Exanthema medicamentosum fixum-fixní lékový exantém**

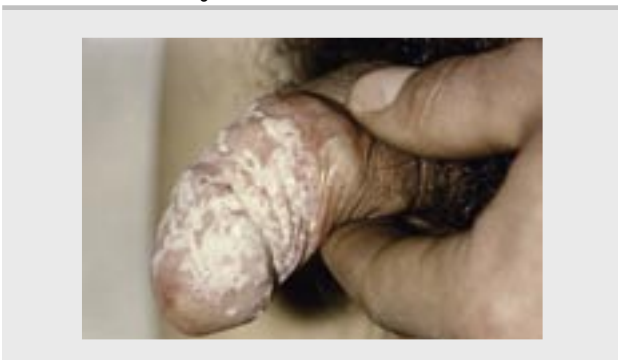
Glans penis, klinicky - většinou solitární, sytě červené až hnědofialové ložisko, okrouhlého tvaru, ostře ohraničené, edematózní, v centru se může vytvořit puchýř. *Recidivy* se objevují *typicky na stejném místě* po užití alergogenního léku (sulfonamidy, chinin aj.). Etiopatogeneze: toxo-alergická reakce na lék.

Diagnóza: anamnéza, histologie - epidermální typ erythema exudativum multiforme.

Obrázek 1. Erythroplasia Queyrat



Obrázek 3. Psoriasis vulgaris



Léčba: vysazení léku (pozor na skupinovou alergii a konzervační látky nebo barviva v potravinách).

Diferenciální diagnóza: balanitis.

- **Lichen ruber planus (lichen planus)**

Penis, skrotum, klinicky - mnohočetné, drobné, lividně červené, lesklé papuly nebo anulární ložiska - *lichen planus annularis (obrázek 2)* obvykle současný výskyt kožních projevů i v jiné lokalizaci a na bukalní sliznici dutiny ústní (síťovitá bílá ložiska). Projevy na genitálu se vyskytují u 20 % pacientů s diagnózou: lichen ruber - většinou na glans penis, ale i na skrotu. Průběh je subakutní nebo chronický. Subjektivně svědění. Etiopatogeneze: není objasněna, předpokládá se virová etiologie a podporující faktory (psychická zátěž aj.). *Léky* mohou vyvolat *lichenoidní erupci* - antimalarika, antidiabetika, psychofarmaka, antibiotika, diuretika, preparáty obsahující zlato, tuberkulostatika aj. Klinicky významný rozdíl: *u lichenoidní erupce nejsou slizniční změny v dutině ústní*.

Diagnóza: histologie - typický obraz *lichen ruber planus*, sérologické vyšetření k vyloučení sekundární syfilis.

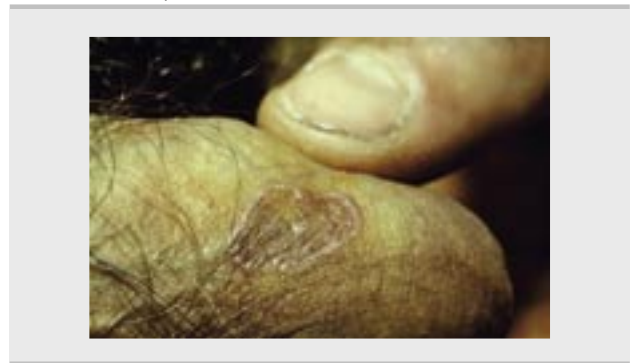
Léčba: lokální a celková (u *lichen exanthematicus*) - glukokortikoidy, retinoidy.

Diferenciální diagnóza: jsou-li kožní projevy pouze na genitálu - Bowenova choroba, erytroplazie Queyratova, Bowenoidní papuly, kandidóza, sekundární syfilis.

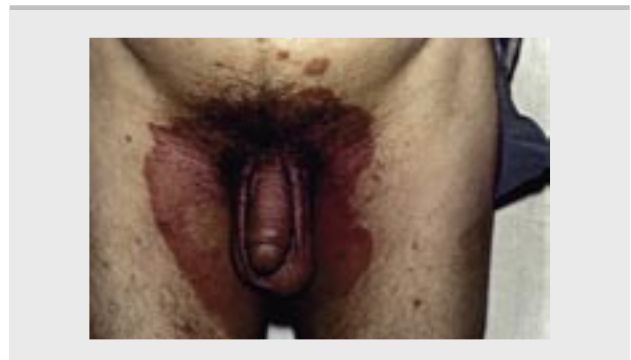
- **Psoriasis vulgaris** (obrázek 3)

Penis, skrotum, klinicky - ostře ohraničená zarudlá ložiska krytá stříbřitými šupinami, po jejich odstranění převládají zarudlá, hladká nebo vlnoucí ložiska, někdy s kapilárním krvácením (Ausspitzův příznak). Lokalizace na glans penis je obvyklá

Obrázek 2. Lichen planus annularis



Obrázek 4. Psoriasis inversa



a může být i jediným projevem psoriázy. Ložiska krytá šupinami jsou bělavá, a proto je možné psoriázu zařadit i do skupiny níže uvedené – bělavá ložiska. **Genitofemorální** oblast je typická pro **psoriasis inversa (obrázek 4)**, která postihuje kůži v intertriginózní lokalizaci. Etiopatogeneze: geneticky podmíněná porucha proliferace a keratinizace epidermálních buněk se zánětlivými změnami v kůži. Původ zánětu není objasněn (autoimunní reakce?). **Spouštěcí faktory**, které mění latentní psoriázu v klinicky manifestní, jsou fokální infekce, často streptokoková angína, psychosociální zátěžová situace, léky (lithium) aj.

Léčba: lokální a celková, dle rozsahu a typu psoriázy, lokálně-keratolytika, antipsoriatika (cignolin, dehty), glukortikoidy, deriváty vitamínu D3, celkově retinoidy (deriváty kyseliny vitamínu A), cyklosporin A (imunopresivum).

Diagnóza: anamnéza (kožní anamnéza rodinná i osobní může být negativní), histologie – typický obraz psoriázy, výskyt psoriatických ložisek na jiných místech těla, postižení nehtů.

Diferenciální diagnóza: Bowenova choroba, balanitis plasmocellularis, kandidóza, sekundární syfilis.

BĚLAVÁ LOŽISKA

Vyskytují se u systémových, ale i výhradně genitálně lokalizovaných chorob.

• Balanoposthitis candidomycetica

Glans penis, vnitřní list předkožky, klinicky – pestrý obraz, zpočátku drobné růžové papule, které se obvykle změňí ve zkalené vezikuly. Po prasknutí kryty zůstávají eroze s límcem olupující se rohové vrstvy. Na předkožce vznikají ložiska ostře ohraničená, červená, erodovaná, pokrytá šedobílými povlaky. Povrch je někdy vlhnuocí a následkem edému může vzniknout i **fimóza**. Průběh bývá akutní, subakutní i chronický, recidivy jsou časté. Subjektivně svědění až pálení. Etiopatogeneze: *Candida albicans* nejčastěji, rozvoj onemocnění podporují diabetes mellitus (balanitida může být prvním projevem diabetu), endokrinopatie, léčba imunopresivy, kortikosteroidy, antibiotiky, chemoterapie, těžká anémie, poruchy buněčné imunity včetně AIDS, zánětlivá onemocnění močové trubice, nedostatečná hygiena, obezita. Četnost onemocnění vzrůstá u mladých mužů (v důsledku **kandidové vulvovaginitidy u sexuálních partnerů**, které dlouhodobě užívají hormonální antikoncepci). Kandidóza se proto řadí do skupiny sexual transmitted infections (STI). Diagnóza: mykologické vyšetření – mikroskopicky louhový preparát s nálezem pseudomycelií a spór, pozitivní kultivace nejčastěji *Candida albicans*, nutné vyšetření stolice a výtěr z rektu. Léčba: komplexní (viz podporující faktory), lokálně koupele v roztoku hypermanganu, fyziologickém roztoku nebo borové vodě. Krémy nebo lotia obsahující nystatin nebo azolové deriváty. Při recidivách vyšetřit i partnerku (vulvovaginitis candidomycetica), u některých pacientů urologové doporučují cirkumcizi. Diferenciální diagnóza: balanoposthitis jiné etiologie, erytroplazie Queyratova, psoriáza.

• Lupus erythematosus cutaneus chronicus (LE chronicus discoides)

Penis: klinicky – ostře ohraničená, červená edematózní ložiska s bělavě skvrnitým nebo síťovitým povrchem, mohou

se vytvořit i bolestivé eroze. Neosvětlené části těla bývají postiženy méně často a genitální lokalizace je součástí klinického obrazu **LE chronicus discoides disseminatus**. Etiopatogeneze je nejasná, pravděpodobně autoimunitní onemocnění s tvorbou autoprotilátek u geneticky predisponovaných jedinců (zvýšený výskyt HLA-B8, HLA-DRw6). Průběh je chronický, střídání exacerbací a remisí trvá i desetiletí. Přechod v systémový LE pouze u 5–10 % pacientů.

Diagnóza: histologické a imunofluorescenční vyšetření, přímá imunofluorescence postižené kůže vykazuje zrnitá depozita imunoglobulinů převážně IgG a komplementu C1, C3 v místě junkční zóny epidermis (lupus band test). Laboratorně pozitivní antinukleární protilátky (ANA) jsou přítomny u 40–70 % pacientů.

Léčba: většinou jen lokální kortikosteroidy, celková – antimalariky (nutné kontroly krevního obrazu, jaterních funkcí a očního pozadí-retinopatie).

Diferenciální diagnóza: leukoplakie, erozivní balanitida.

• Lichen ruber planus

Wickhamovy strie na povrchu papulózniých eflorescencí nebo anulárních ložisek mohou být ve vlhkém prepuciálním vaku zcela bílé. Dle klinického nálezu lze toto kožní onemocnění zařadit do obou skupin, viz výše červená ložiska.

• Lichen sclerosus et atrophicus (balanitis xerotica obliterans)

Zpočátku na glans penis, postupně i na prepuciu, klinicky – atrofická bělavá ložiska se svaštělým povrchem, často i hemoragickými puchýři, hojící se jizvou (striktura zevního ústí uretry). Etiopatogeneze: není známa. Průběh: chronický, výskyt u mužů ve věku 40–60 let. **Koincidence** – cirkumskriptní sklerodermie (morphea) a chronický erytematodes. Diagnóza: histologie – atrofie epidermis, folikulárně akcentovaná hyperkeratóza, subepidermální edém vaziva. Léčba: většinou neúčinná, celkově retinoidy, vitaminy E, A, lokálně kortikosteroidy, cirkumcize. Diferenciální diagnóza: atrofická forma lichen ruber, cirkumskriptní sklerodermie.

• Leukoplakia

Glans penis: klinicky – ostře ohraničené bělavé ložisko různého tvaru, infiltrované, na povrchu drsné-leukoplakia **simplex**. Povrch může být i verukózní – **leukoplakia verrucosa** nebo erodovaný – **leukoplakia erosiva**. Etiopatogeneze: různé exogenní vlivy mechanické, chemické. Subjektivně nebývají žádné obtíže. Průběh je chronický s rizikem **vzniku spinocelulárního karcinomu (cca v 15 %)**, jen některé leukoplakie jsou prekancerózy. Častou komplikací je kandidová infekce.

Diagnóza: histologie – epidermis je hyperkeratotická s projevy dysplazie, dyskeratózy, buněčným polymorfizmem, atypickými mitózami.

Léčba: celkově retinoidy, lokálně kryoterapie nebo totální excize ložiska.

Diferenciální diagnóza: sekundární syfilis, lichen ruber planus, chronický erytematodes, kandidóza.

- **Vitiligo**

Genitál je predilekční lokalizací, klinicky – pozvolný nebo náhlý vznik bílých, přesně ohraničených skvrn, různé velikosti a tvaru, na povrchu hladkých, na okraji s úzkým hyperpigmentovaným lemem. Etiopatogeneze: není objasněna, autoimunní onemocnění? Průběh je chronický, většinou progresivní, spontánní regrese jsou vzácné. Nejčastěji se objevuje ve věku 10–30 let. Koincidence-perniciózní anémie, diabetes mellitus, tyreoiditida Hashimotova, alopecia areata, Addisonova a Crohnova nemoc, sklerodermie, biliární cirhóza, lupus erythematosus.

Diagnóza: iniciální ložiska jsou klinicky typická, Woodova lampa.

Léčba: neuspokojivá, chemofototerapie (psoraleny a UVA záření – PUVA), betakaroteny.

Diferenciální diagnóza: lichen sclerosus et atrophicus.

PIGMENTOVANÉ PROJEVY

Pigmentované projevy na genitálu mohou být *prvním projevem maligního onemocnění*.

- **Acanthosis nigricans maligna**

Signalizuje současně probíhající nádorové onemocnění vnitřních orgánů. Silně pigmentované verukózní projevy v axilách, tříselech a krajině genitálu.

- **Naevus pigmentosus**

Patří mezi névocelulární névy. Klinicky – většinou od narození, ale může se objevit v průběhu života kdykoliv. Změna tvaru, barvy, povrchu, krvácení a subjektivně svědění jsou *varovné znaky možné přeměny v maligní melanom*.

- **Melanoma malignum**

Může vzniknout na klinicky normální kůži, na podkladě kongenitálních nebo získaných melanocytárních névů, především névů atypických, v ložisku lentigo maligna a vzácně i z modrého névu. Diferenciální diagnóza: bazaliom s pigmentem, senilní keratóza, černý histiocytom, angiokeratom, trombotizovaný hemangiom.

PAPULÓZNÍ, NODULÁRNÍ A PRUHOVITÉ PROJEVY

Na zevním genitálu jsou méně běžné a většinou tumorózního charakteru. *Scabies nodularis scroti et penis* se sice vyskytuje často, ale onemocnění je u dospělých v sexuálně aktivním věku řazeno mezi infekce přenášené pohlavním stykem (*STI*), i když způsoby přenosu mohou být i jiné. *Zevní genitál je u mužů predilekční lokalizací svrabu*. Hrboly mohou být patrné i několik týdnů po antiskabiézní léčbě.

- **Angiokeratoma scroti**

Klinicky – mnohočetné zpočátku měkké, hladké papuly, sytě červené, 2–5 mm velké, později tuhé konzistence, s hyperkeratotickým povrchem. Benigní průběh, výskyt u starších mužů. Diferenciální diagnóza: angiokeratom jiného typu, trombotizovaný hemangiom, maligní melanom.

- **Bowenoidní pigmentované papuly penisu**

Penis, perianální oblast, klinicky – častěji větší počet rychle rostoucích, červenohnědých nebo lividních papulí do velikosti jednoho cm. Průběh: spontánní regrese je možná, recidivy také, *vzácně* může dojít k progresi do *invazivního spinaliomu*. Onemocnění je poměrně časté, *výskyt u sexuálně aktivních lidí* ve věku 20 až 40 let, *často u HIV pozitivních*. Etiopatogeneze: pravděpodobně multifaktoriální, v anogenitální lokalizaci často zjištěn lidský *papiloma virus-typ 16* (HPV). Léčba dle průběhu, zpočátku konzervativní, lokálně roztok podofyllinu. Diagnóza: histologie – carcinoma in situ, intraepidermální karcinom jako u morbus Bowen. Diferenciální diagnóza: seboroické keratózy, pigmentové névy.

- **Morbus Bowen**

Intraepiteliální karcinom *s častou přeměnou v karcinom spinocelulární*, viz nádory, anogenitální lokalizace, často zjištěn papiloma virus, nejčastěji typ 16, klinicky – pomalu rostoucí, ostře ohraničené, lehce vyvýšené ložisko okrouhlého nebo nepravidelného tvaru až 10 cm velké, světle hnědé nebo hnědočervené barvy. Povrch je pokryt drobnými šupinami nebo stroupky a ložisko může napodobovat psoriázu. Není tendence ke spontánnímu zhojení. Subjektivně může svědit.

Diagnóza: histologicky atypické buňky, dyskeratóza, mitózy v akantotické epidermis.

Léčba: excize, kryoterapie, frakcionované rtg záření.

Diferenciální diagnóza: psoriáza, chronický ekzém, superficiální bazaliom, chronický lupus erythematosus.

- **Ektopické mazové žlázy**

Předkožka, klinicky – mnohočetné, 1 až 2 mm velké, lesklé, hladké papuly, žlutavé barvy, bez zánětlivé reakce v okolí.

Diagnóza: histologie-lalůčky zralých mazových žláz.

Diferenciální diagnóza: condylomata acuminata, papillae coronis glandis (viz níže).

- **Histiocytosis X – (Langerhans' cells histiocytosis – LCH)**

Anogenitální lokalizace, klinicky – jedno nebo více masivně infiltrovaných, sytě červených, několik centimetrů velkých ložisek *s tendencí k ulceróznímu rozpadu*. Subjektivně jsou ložiska bolestivá. Současně bývají *změny na sliznicích, postižení kostí a diabetes insipidus*.

Diagnóza: histologie – granulomatózní reakce s nahromaděním histiocytů, lymfocytů a eozinofilů.

Léčba: celková glukokortikoidy, imunosupresivy, lokálně symptomaticky, chemoterapie (psoraleny a UVA záření – PUVA), radioterapie.

Diferenciální diagnóza: maligní lymfom, kožní tuberkulóza, lymfogranuloma venereum (5).

- **Epidermální cysty scrota (sebocystomatosis scroti)**

Skrotum, klinicky – většinou mnohočetné, žluté, hladké hrbolky, 5–10 mm velké, často s centrálním otvorem, obsahují žlutobílé masy.

Diagnóza: histologie – epidermoidní cysta.

Diferenciální diagnóza: scabies nodularis.

- **Papillae coronis glandis (hirsuties papillaris penis – pearly penile papules)**

Corona glandis: klinicky – na proximálním okraji žaludu jedna nebo více řad pravidelných, žlutavě červených, 0,5 až 2 mm velkých, hladkých papulek.

Diagnóza: histologie – zmnožené kapiláry ve vazivovém stromatu.

Léčba žádná: *normální nález u 8 % mužů.*

Diferenciální diagnóza: condylomata acuminata.

- **Lymphangoitis penis**

Cirkulárně nebo šikmo v sulcus coronarius těstovitý, pruhovitý útvar 1 až 2 cm dlouhý, sklovitě prosvítající vnitřním listem předkožky, může přesahovat na dorzální plochu penisu. Vzniká obvykle *1 až 2 dny po pohlavním styku*, při pohlavní abstinenci odeznívá spontánně do několika týdnů. Etiopato-genese: virová?, mechanické podráždění lymfatických cest pohlavním stykem?

Diagnóza: histologie – rozšířené až cysticky utvářené lymfatické cévy.

Léčba: není nutná.

Diferenciální diagnóza: thrombophlebitis, lymphangioma circumscriptum, lymphangoitis dorsi penis gonorrhoeica.

- **Metastázy karcinomu jiných orgánů**

Skrotum, klinicky – mnohočetné, hladké, tuhé, později ulcerující papuly a hrboly barvy kůže, ale i plochá, tuhá, infiltrovaná ložiska s hladkým nebo hrbolatým povrchem (při karcinomu prostaty).

Diagnóza: histologie – v korigu i podkoží anaplastické buňky.

- **Thrombophlebitis penis**

Sulcus coronarius, klinicky – tuhý, pruhovitý útvar 1 až 2 cm dlouhý, bez známek zánětu, kůže na povrchu nezměněna, spontánní regrese do několika týdnů. Výskyt u mladých mužů, subjektivně asymptomatický průběh.

Diagnóza: histologie – obliterující tromboflebitida a periflebitida.

Léčba: není nutná.

Diferenciální diagnóza: lymfangitida penisu.

- **Induratio penis plastica**

Morbus Peyronie: mediální část penisu, klinicky – chronická fibrózní indurace tunica albuginea penisu, začíná nenápadně bez subjektivních příznaků, ložiskem chrupavčité konzistence, nejčastěji v dorzální části penisu, většinou ve věku 40 až 60 let. Postupně vede k bolestivému zakřivení penisu při erekci. Barva a pohyblivost kůže v místě infiltrátu nejsou změněny. Koincidence s jinými superficiálními fibromatózami – palmární Dupuytrenovou kontrakturou, „knuckle pads“ nad klouby prstů rukou, keloidy nebo plantární fibromatózou. Etiologie není objasněna. Léčba není úspěšná: zkouší se řada postupů – ultrazvuk, lokální obstríky kortikosteroidy s hyaluronidázou, chirurgické výkony aj., celkově vitaminy A, E.

PUCHÝŘNATÉ CHOROBY

Projevy na zevním genitálu (2).

Lokalizace na penisu a perianálně: pemphigus vulgaris, pemphigoid bullosus, pemphigoid cicatrisans (corona glandis spolu s očními a ústními slizničními změnami), erythema exudativum multiforme, fixní lékový exantém.

Diagnóza: histologické a imunofluorescenční vyšetření – odpovídající nálezu při jednotlivých chorobách. Etiopato-genese není u všech chorob objasněna, autoimunní etiologie – určeny různé typy autoprotilátek. Průběh akutní, subakutní i chronický. Léčba dle typu puchýřnaté choroby, celkově kortikoidy v kombinaci s imunosupresivy, lokálně – symptomaticky antiseptické roztoky na eroze, masti a krémy s glukokortikoidy.

ULCERA NA GENITÁLU

Většinou venerické choroby a nádory (4).

Ulcerata v oblasti genitální a perianální se vyskytují často. Etiologicky se může na vzniku podílet celá řada faktorů, v praxi se problematika většinou zužuje na choroby pohlavně přenosné – venerické. Diferenciální diagnóza: syphilis primaria, secundaria (chancro redux), tertiaria (pseudochancro redux, gumma), ulcus molle, ulcus mixtum, lymphogranuloma inguinale, donovanosis, herpes progeneralis, balanitis erosiva, condylomata acuminata, tuberculosis ulcerosa, akutní gangréna mužského genitálu, genitální tumory.

- **Carcinoma spinocellulare-spinaliom (obrázek 5)**

Glans penis, sulcus coronarius, preputium: klinicky – *infiltrující, ulcerózní a exofytická* forma, sytý červený útvar, současné pronikání do hlubších tkání, vznik ulcerace a pozdních *metastáz do regionálních uzlin*. U mužů po 50. roce věku. Často vzniká i v *ložisku lichen sclerosus et atrophicus, morbus Bowen, extramamární Pagetovy choroby, erytroplazie Queyrtovy nebo v ložisku leukoplakie*. Diagnóza: histologie – vysoce diferencovaný spinocelulární karcinom s různým stupněm keratinizace a s nízkou mitotickou aktivitou, prognóza koreluje se stupněm dediferenciace keratinocytů (anaplastické buňky). Léčba: radikální odstranění nádoru a postižených uzlin, radioterapie, cytostatika. Dispenzarizace pacienta nejméně po dobu pěti let. Diferenciální diagnóza: keratosis actinica, keratoacanthoma, seboroická keratóza, adnexální nádory, bazaliom, amelanotický melanom, pseudoepiteli-

Obrázek 5.



omatózní hyperplazie, condyloma acuminatum. *Condylomata gigantea - chybné označení*, jedná se o *spinocelulární karcinom nízkého stupně malignity, vzácně metastazující*, klinicky – rozsáhlé verukózní splývající útvary s agresivním lokálním prorůstáním do uretry a vznikem píštělí. Diagnóza: histologie – široké nádorové pruhy pronikající hluboko do koria, s jadernými atypii v pozdní fázi. Léčba: kryoterapie, chirurgické odstranění.

- **Carcinoma basocellulare-basalioma**

Vychází z bazálních buněk epidermis a terminálního folikulu, *místně infiltruje a destruuje tkáň*, nemá tendenci k metastazování. *Klinicky - různé formy*: uzlovitá, sklerodermiformní, plochá jizvici, pigmentová, ulcus rodens, ulcus te-rebrans – nádor proniká do hlubších tkání a vzniká rozsáhlé, hluboké, granulující ložisko, mnohočetné – basalioma superficiale multiplex. Diagnóza: histologický obraz nádorových čepů z bazaloidních buněk s palisádovitým uspořádáním na okraji, někdy s projevy dediferenciace nebo se zvýšeným obsahem melaninu ve stromatu. Léčba: dle lokalizace a velikosti nádoru, totální excize s úzkým lemlem do zdravé kůže, kryoterapie, fotodynamická léčba. Dispenzarizace pacientů po léčbě. Diferenciální diagnóza: morbus Bowen, fibrom, seboroická keratóza, maligní melanom.

- **Melanoma malignum**

Viz pigmentované projevy na genitálu.

- **Morbus Paget – extramamární forma**

Penis, skrotum, perineum, perianální oblast, nádor posti-huje apokrinní žlázy, klinicky – solitární, ostře ohraničené, pomalu se zvětšující, několik cm veliké, červené, svědící ložisko s vlhčivým nebo krustózním povrchem. Přibližně u 20 % pacientů s m. Paget v anogenitální oblasti se současně odhalí *primární karcinom močové trubice, močového měchýře, prostaty nebo rekta*. Diagnóza: histologie-nález velkých, světlých Pagetových buněk v epidermis. Léčba: excize s lemlem zdravé tkáň. Diferenciální diagnóza: chronický ekzém, morbus Bowen (2).

PHIMOSIS ACQUISITA

Nezánětlivá z jizevnatých kontraktur (po traumatech, ulceracích), *zánětlivá* jako komplikace balanitid, měkkého vředu, syfilitické sklerózy, kapavky a uretritid. Léčba dle etiologie, lokálně výplachy fyziologickým roztokem.

Literatura

1. Vosmik F. Choroby zevního genitálu. In: Záruba F, Vosmik F. Diferenciální diagnostika kožních chorob. Avicenum Praha 1988: 147-153.
2. Brawerman IM. Cancer. In: Skin Signs of Systemic Disease. WB Saunders Company 1998: 1-71.
3. Hunter JAA, et al. Bullous Diseases. In: Clinical Dermatology. Blackwell Science 1996: 116-123.

FOLLICULITIS, FURUNCULUS, FURUNCULOSIS

Folikulárně vázané pyodermie, většinou *Staphylococcus pyogenes aureus haemolyticus*. Lokální léčba – antiflogistika s keratolytiky – Saloxyl, Ichtoxyl mast.

ERYSIPELAS

Akutní streptokokové onemocnění, (*Streptococcus beta-hemolyticus skupiny A*), alterace celkového stavu – třesavka, zimnice, horečka, nauzea, vomitus, bolesti hlavy a kloubů většinou předchází vzniku erytému o několik hodin, u některých pacientů o 1-2 dny. Diagnóza: erytém, otok, zvětšené a bolestivé regionální lymfatické uzliny, celkové příznaky. Klinické formy: erysipelas bullosum, bullosum haemorrhagicum, gangraenosum, phlegmonosum. Recidivy vedou k lymfedému až obrazu elephantiasis nostras scroti. Léčba: celková – prokain PNC v denní dávce 1,5-3,0 mil. jednotek i.m, po dobu 10-14 dnů, pokračovat (Pendepon 2×). Při alergii širokospektrá antibiotika. Lokálně chladivé obklady se sol. Burow.

SYNDROMY

Syndromy s postižením zevního genitálu u mužů (3).

Behcetův – okulo-orálně-genitální syndrom, nejasné etiologie, triáda symptomů: recidivující aftózní stomatitida, *ulcerace na genitálu*, zánět duhovky, často i symptomy neurologické, bolesti kloubů, postižení srdce a plic (HLA-B5, -Bw51, -B27 a -B12, imunologické změny).

Reiterův – nespecifická urethritida, polyarthritis, konjunktivitida a jiné oční symptomy, *balanitis circinata*, psoriáziformní kožní změny, keratoderma blenorrhagicum dlaní, plosek a *glans penis*, infekce chlamydiemi, mykoplazmaty, často enteritis (shigella, klebsiella, salmonela).

Stevensův-Johnsonův – u těžké formy erythema exsudativum, *eroze a ulcerace* na sliznicích i *na genitálu*. Syndrom bývá vyvolán virovou a bakteriální infekcí, léky nebo je etiologie nejasná.

Závěr

Z klinického průběhu a diferenciální diagnostiky četných kožních onemocnění zevního genitálu u mužů jednoznačně vyplývá nutnost mezioborové spolupráce dermatovenerologů s urology. Nejen z hlediska prevence a včasné diagnózy, ale i účinné léčby.

4. Rook A, Wilkinson DS, Ebling FJG, et al. Fibromatosis. In: Textbook of Dermatology. Blackwell Science 1998: 2044-2047.
5. Mallory SB, et al. An Illustrated Dictionary of Dermatologic Syndromes. Parthenon Publishing 1994: 250.
6. Resl V. Venerické a nevenerické choroby genitálu. In: Vosmik F, et al. Dermatovenerologie. Karolinum 1999: 361-372.