

Peyronies sygdom

Definition og baggrund

Peyronies sygdom er en erhvervet bindevævssygdom i tunica albuginea, der omkranser svulmelegemerne i penis. Tilstanden kan medføre krumning og forkortning under erektion. Den rammer ca. 5 % af alle mænd oftest med symptomdebut omkring 50 til 60-årsalderen. Man mener, at plaques opstår pga. mikrotraumer mod penis og kombineret med genetisk prædisponering, medfører det en forstyrret helingsproces. Risikofaktorer inkluderer diabetes mellitus, hypertension, hyperkolesterolemie, iskæmisk kardiomyopati, rygning og alkoholmisbrug. Der er en sammenhæng mellem Dupuytren's kontraktur, plantar fibromatose og Peyronies sygdom.

Sygdommen forløber først i en aktiv fase, hvor bindevævsplaquet udvikler sig gradvist så krumningen tiltager. Fasen varer typisk 6-18 måneder, og kan være ledsaget af smerter, som regel kun ved rejsning, men nogle gange også i slap tilstand. Det understreges at forløbet kan være meget vekslende. Dernæst kommer sygdommen i en kronisk fase, hvor plaquet ikke tiltager yderligere. Her er krumningen typisk stabiliseret men en bedring er observeret hos ca. 20 % i systematiske undersøgelser. Chancen er bedst ved mindre, ikke-kalcificerede plaques. Smerterne forsvinder hos > 90 %.

Tilstanden kan være en stor belastning både fysisk og psykisk for mændene og deres partnere og der er konstateret en høj forekomst af depression hos mænd med Peyronies sygdom.

Udredning:

Anamnese

Co-morbiditet/medicin

- Særligt fokus på risikofaktorer inkl. hjertekar-sygdom og diabetes
- Dispositioner (Peyronies, Dupuytren's kontraktur og plantar fibromatose i familien)

Udvikling og status af krumningen

- Udvikling, varighed og status for symptomer. Ved ophørt smerte/udvikling skal spørges til, hvornår dette sidst blev oplevet
- Billeddokumentation af penis i erigeret tilstand - både ovenfra og fra begge sider – evt. på ternet baggrund. Krumningen måles på den konkave side med en vinkelmåler eller et goniometer (se billede).
- Kan patienten pga. rejsningsproblemer ikke tage billeder kan man overveje injektion af alprostadil intracavernøst i ambulatoriet. Billeder bør gemmes i patientens journal – med patientens accept.

Seksual anamnese

- Besværliggør krumningen samleje?
- Forårsager den smerte for patient og/eller partner?
- Rejsningsfunktion og evt. brug af medicin i den sammenhæng: Det er vigtigt at konstatere om der samtidigt er ED, da det kan have betydning for valg af behandling!
- Evt. brug af validerede spørgeskemaer, som Peyronies sygdom spørgeskema (PSS) og/eller International Index of Erectile Dysfunction Erectile Function (IIEF).

Andre symptomer/overvejelser

- Vurdering af psykisk påvirkning (OBS depression!)
- Øvrige psykosociale forhold og partnerstatus samt evt. problemer i parforholdet
- Evt. seksuel dysfunktion hos partneren

Objektiv undersøgelse

- Almindelig objektiv undersøgelse – særligt OBS på uerkendt hjertekarsygdom og diabetes
- Undersøgelse af genitalia externa:
 - o Plaques palperes og beskrives (størrelse og placering)
 - o Til yderligere klassificering af plaquet kan man anvende ultralyd
 - o Længden af strakt penis i slap tilstand måles eventuelt (fra penis rod til corona glandis)

Både efter non-kirurgiske og kirurgiske tiltag kan patienterne opleve en større subjektiv forandring af penislængde og -udformning end den reelt fremstår, og det kan derfor være værdifuldt at dokumentere udgangspunkt ved billeder og udførlig beskrivelse af penis inden der initieres en behandling.

Paraklinisk

Der er ikke specifikke parakliniske undersøgelser for Peyronie's sygdom. Hvis værdierne ikke er kendte, bør der dog tages kolesterol og lipider samt HbA1 som undersøgelse af mulige hjertekarproblemer eller diabetes. I praksis kan patienten rådes til at få disse undersøgelser udført hos egen læge.

Differentialdiagnoser

- Kongenit krumning af penis,
- Følger efter tidligere penisfraktur

Behandling

Ved mistanke om udiagnosticeret hjerte-kar-sygdom, diabetes og/eller depression bør man sikre den nødvendige lægefaglige vurdering og behandling. I praksis kan dette foregå via patientens egen læge. Uanset behandlingstiltag bør det vurderes på individuel basis om patienterne kan have gavn af sexologiske, psykologiske eller psykiatriske samtaler, da Peyronies sygdom kan have stor indvirkning på patienternes livskvalitet

I forhold til selve Peyronies sygdom skelnes behandlingsmæssigt mellem den aktive og kroniske fase:

Aktiv fase:

I den aktive fase anbefales smertestillende behandling med f.eks. paracetamol eller NSAID (OBS bivirkninger ved længere behandling). I 3 placebokontrollerede studier hvor man undersøgte effekten af shockbølge behandling (ESWT) på Peyronies sygdom, fandt man, at det reducerede smerterne sammenlignet med placebo, men det ændrede ikke på krumningen. For nogle kan ESWT derfor være en hjælp ved manglende effekt af håndkøbsanalgetika. Desuden ved man fra eksperimentelle og observationelle studier at PDE5-hæmmere potentielt kan bremse udviklingen af sygdommen. Derfor kan medicinen benyttes. Der kan ikke gives præcise anvisninger om optimal dosering og behandlingsvarighed, men man kan f.eks. benytte 5 mg tadalafil dagligt indtil stabilisering.

Der er muligvis effekt af strækkeøvelser og/eller daglig brug af vacuum pumpe, men evidensen er begrænset. Patienterne kan informeres om dette men det er svært at give præcise anvisninger.

Oral behandling med carnitin, vitamin E, potaba og pentoxyfyllin samt injektionsbehandling med calcium antagonist, verapamil og nicardipin anbefales ikke på grund af manglende effekt.

Stabil fase:

Kirurgi: Med stabil krumning og ophørte smerter i mindst 3 måneder kan kirurgisk behandling tilbydes, hvis krumningen besværliggør samleje og/eller giver smerter for patient eller partner. Det opleves typisk ved en krumning > 30 grader eller ved ventral krumning.

Der findes to typer af operationer hvor man forkorter den raske del af penis modsat krumningen. Her kan man enten fjerne et elipseformet stykke af tunica albuginea, (Nesbit operation) eller foretage en plikatur, hvor ikke-resorberbare tråde sættes i tunica albuginea og strammes. Penis afkortes med ca. 1 cm per 15 graders reduktion af krumningen. Begge operationer medfører risiko for nedsat følesans på penis samt rejsningsbesvær og der kan forekomme recidiv af krumningen.

Som et alternativ kan udføres en lidt større operation, hvor plaquet excideres og erstattes med kunstigt eller biologisk graft-materiale. Denne type operation anbefales dog generelt ikke, da risikoen for komplikationer og seksuel dysfunktion efterfølgende er betydelig.

Hvis der før operationen er rejsningsbesvær i en grad så patienten ikke kan gennemføre samleje selv med en PDE5-hæmmer, bør patienten tilbydes primær indsættelse af et penisimplantat med samtidig udretning af krumningen. Sidstnævnte kan foretages ved modulering eller grafting,

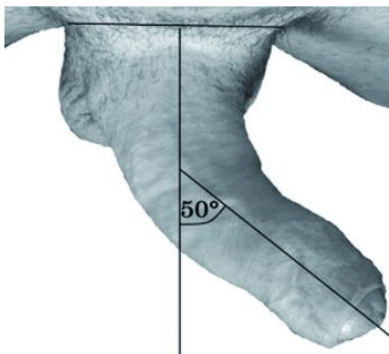
Timeglasformet penis ved erektion er sværere at behandle. På grund af den øgede risiko for komplikationer ved grafting vil penisimplantat oftest være at foretrække.

Traktionsterapi: To nylige studier vist positive resultater af penil traktionsterapi. Et randomiseret studie fra 2019 udgående fra Mayo klinikken, Minnesota, viste at penil traktionsterapi 30-90 minutter dagligt i tre måneder bedrede kurvaturen og længden på penis hos 77 %. Ligeledes fandt man i et spansk multicenter studie fra 2018, at mænd der anvendte traktionsterapi igennem tre måneder < 4 timer dagligt reducerede deres kurvatur med 20° og at mænd der anvendte terapien > 6 timer dagligt reducerede den med 38°. Dette kan derfor være en mulighed for særligt motiverede patienter som et alternativ til kirurgisk korrektion.

Andre tiltag:

Collagenase præparatet Xiapex var i en kort årrække en mulighed til behandling hos mænd med krumning < 90 grader. Ved udgangen af 2019 blev det afregistreret i Europa og Mellemøsten og er derfor ikke længere en behandlingsmulighed i Danmark.

Billede 1



A

