

برخورد اورژانس با پارافیموز

پارافیموز یک بیماری نسبتاً نادری است که در اثر گیر کردن پره پوس پشت شیار کرونال ایجاد میشود به گونه ای که قدرت بازگشت جمع شدگی پره پوس از بالای گلنس به موقعیت طبیعی خود ندارد.

این بیماری فقط در افراد ختنه نشده یا ناقص ختنه شده رخ می دهد. حلقه ی محکم جمع کننده ی پوست پره پوس ، دیستال پنیس را منقبض می کند به گونه ای که شریان ها مسدود شده و در نتیجه ی آن درد ، جریان ادماتو هم در گلنس و هم در گردن داخلی پره پوس پشت شیار کرونال و التهاب پوست گلنس را ایجاد می کند. نوزادان و کودکان ممکن است دچار علامت های انسدادی ادراری و در موارد شدید انسداد کامل ادرار شوند. به ندرت انسداد شریان ها میتواند نکرورز گلانس و قطع شدن خود بخودی آلت را ایجاد کند.

اتیولوژی :

فیموز مادرزادی یا اکتسابی پیش نیاز پارافیموز است.

فیموز مادرزادی در بچه های کوچک و فیموز اکتسابی در سنین بالاتر اتفاق می افتد؛ که در نتیجه ی بهداشت ضعیف ، التهاب پوست پره پوس مزمن یا انقباض قوی پره پوس و نفوذ یک حلقه ی فیبروتیک محکم ایجاد می شود.

پارافیموز با معاینه پنیس ، کاتتریزاسیون پنیس ، سیستوسکوپی ، یا جراحی اندوسکوپی مثانه یا یورترا بدون جایگزینی پره پوس در موقعیت طبیعی تشدید می شود.

Erection و فعالیت جنسی زیاد بعنوان عوامل مستعد کننده ی پارافیموز گزارش شده است.

تشخیص افتراقی ها:

از علل دیگر تورم پنیس می توان خارش ، هاتوما ی پنیس ، شکستگی پنیس و ادم ایدیوپاتیک پنیس را نام برد.

بییهوشی:

بندرت بییهوشی لازم می شود و در صورت لزوم جراحان از مخدرها و برای بییهوشی موضعی از لیگنوکائین ۲% یا کرم EMLA (۲.۵% لیگنوکائین و ۲.۵% پیرلوکائین) استفاده می کنند.

در موارد جراحی تهاجمی شدید عصب پشتی پنیس با استفاده از هیدروکلراید لیگوکائین بدون اپی نفرین بلاک می شود؛ تزریق مستقیم مواد بی هوشی به داخل شکاف دورسال نیز موثر است.

روش های درمانی:

درمان پارافیموز بر اساس کاهش ادم پنیس و بازگرداندن پره پوس به موقعیت اصلی خود است. که هم به صورت *invasive non* و هم *invasive* انجام می شود.

در ترمیم پره پوس باید اول مایع ادماتورا از گلنس و پره پوس خارج کرد و سپس باند انقباضی بالای گلانس را دستکاری نمود.

پس از از بین رفتن التهاب و ادم بای ختنه صورت گیرد برای جلوگیری از عود.

Manual reduction:

بعد از اطمینان از عدم وجود اجسام خارجی حلقه زنده اطراف پنیس متراکم سازی مکانیکی و انتشار مایع ادماتو و دستکاری باند انقباضی بالای گلانس صورت میگیرد.

به این روش که با دست اطراف دیستال پنیس را به آرامی به مدت ۵ دقیقه فشار می دهیم تا مایع ادماتو خارج گردد.

استفاده از یخ روی پره پوس و گلانس و استفاده از اسمز به وسیله ذرات ریز شکر زیاد روی سطح پره پوس و گلانس و پوشاندن آلت با یک کاندوم برای مدت ۱ ساعت می توان ادم را کاهش داد.

پس از از بین بردن ادم گلانس را با انگشت شست و سیبانه دست راست و حلقه ی انقباضی را با شست و سیبانه دست دیگر در یک جهت کشیده ، این کار با لیگنوکائین و وازلین راحت تر انجام می شود.

Non crushing clamp

استفاده از انبرک های جراحی Babcock در هر ربع حلقه ی انقباضی و کشیدن آن ها به طرف گلنس

Puncture technique

ایجاد یک یا چند سوراخ روی پره پوس ادماتو دیستال به حلقه انقباضی با نیدل ۱۸-۲۵G

Hyaluronidas

تزریق هیالورونیداز در یک یا چند ناحیه از پره پوس ادماتو

Dorsal slit

ایجاد یک برش در سطح طولی پشت پنیس در موقعیت ساعت ۱۲. و یک برش شارپ در شیار کرونا

Emergen circumcision

انجام ختنه معمولاً ۶ هفته بعد از رفع ادم و التهاب

Aspiration technique

آسپیره کردن با یک نیدل ۱۸ یا ۲۰ به موازات یورترا در شیار کرونا

بستری در موارد نادری که فرد دچار عوارض شده است لازم می باشد.