

Trång förhud är oftast en benign åkomma

SAID ZEIAI, doktorand, AT-läkare, Karolinska universitetssjukhuset; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm said.zeiai@karolinska.se
NILS WÄHLIN, med dr, överläkare, sektionen för urologi, barnkirurgen, Astrid Lindgrens barn-

sjukhus, Stockholm
MAGDALENA FOSSUM, med dr, överläkare, sektionen för urologi, barnkirurgen, Astrid Lindgrens barnsjukhus; institutionen för kvinnors och barns hälsa, Karolinska institutet, Stockholm

Med några exempel vill vi åskådliggöra de förhudsproblem som oftast ger upphov till remiss för specialistbedömning.

Exempel 1: En förälder inkommer med sin 7-årige son och är orolig över pojkens förhud. I anamnesen framkommer att han aldrig kunnat retrahera förhuden och att förhuden blåser upp sig vid miktion. Pojken är i övrigt frisk och har inte haft några andra besvär eller infektioner från urinvägarna. I status finner man en strutformad förhud som inte går att retrahera (Figur 1).

Exempel 2: En 10 år gammal pojke har börjat klaga över sin förhud. Det framkommer att han det senaste året inte kunnat retrahera sin förhud och att han de närmast föregående veckorna upplevt smärta vid miktion. I 3-årsåldern har pojken haft balanit. I status finner man en icke-retraherbar förhud med en vitaktig förträngning längst ut (Figur 2).

Förhudens normala utveckling

Trång eller icke-retraherbar förhud är en normal företeelse hos pojkar fram till tonåren. Uppemot 96 procent föds med synekier, dvs sammanväxningar mellan förhud och glans [1]. Fram till 3 års ålder minskar denna siffra till 10 procent, och runt 14-årsåldern har endast 1 procent av alla pojkar en icke-retraherbar förhud [2]. Detta är förhudens normala fysiologiska utveckling. En teori bakom denna process är att förhuden fungerar som ett skydd för glans mot fysisk skada fram till dess barnet mognat. Teorin styrks av att sår på meatus nästan uteslutande drabbar pojkar utan förhud eller med »slapp« förhud [1]. Förhuden behöver senare i samband med sexuell aktivitet kunna dras tillbaka.

Skötsel av förhuden

Normal skötsel av förhuden innebär att den inte tar skada. Så länge förhuden inte är retraherbar finns ingenting under förhuden som kräver rengöring. När förhuden väl är retraherbar kan varsam rengöring ske. Barnet kan instrueras att själv försiktigt föra tillbaka förhuden och tvätta under med tvål och vatten. Efteråt måste förhuden alltid föras tillbaka över glans för att undvika parafimos [3].

Benigna åkommor

Barn kommer ofta i kontakt med sjukvården med anledning av förhudsåkommor som är helt benigna men som kan väcka oro hos föräldrarna, såsom smegmakropp och ballonering.



Figur 1. Strutformad förhud.



Figur 2. Förhud med vitaktig förträngning.

Smegmakropp (inklusionscysta) är en gulaktig utbuktning under förhuden och förväxlas ofta med en fettknöl eller en begynnande malignitet. I själva verket är utfyllnaden rester av döda epitelceller och körtelsekret och är absolut godartad. Ballonering vid miktion är likaså ett återkommande orosmoment. Bilden kännetecknas av en uppblåst förhud vid miktion och är oftast inte relaterad till några besvär. I båda dessa fall sker förbättring när förhuden med åren blir mera öppen, och därför krävs inga åtgärder [3]. Tjänjning av förhuden rekommenderas inte då det snarast tenderar att ge sprickor med ärrbildning och permanent trängsel som följd.

Patologiska åkommor

Återkommande infektioner och ärrbildning är de övergripande indikationerna för utredning och behandling av förhuden. Om ett barn får återkommande balaniter trots god förhudshygien eller om man vid den fysiska undersökningen påvisar ärrbildning, med andra ord en hård, vitaktig ring av förtjockad hud, ska behandling påbörjas. Därtill finns indikation för behandling om pojken nått tidig pubertet och fortsatt inte kan retrahera sin förhud [2].

I första hand bör medicinsk behandling prövas med steroidkräm, såsom en grupp IV-steroid (klobetasol 0,05 procent), morgon och kväll i fyra veckor. Förhuden retraheras och krämen smörjs på i ett tunt lager över det trånga partiet på förhuden. Denna behandling är kostnadseffektiv och har en lyckandefrekvens på över 80 procent [4, 5]. Nästa behandlingssteg är kirurgisk åtgärd i form av antingen förhudsplastik eller cirkumcision beroende på barnets och föräldrarnas önskemål. Förhudsplastik är fördelaktig på grund av lägre kostnad, färre komplikationer och mindre sjukhusvård [4]. Återfallsfrekvensen är endast 4–8 procent och det kosmetiska resultatet är gott. På Astrid Lindgrens barnsjukhus utförs trippelincisionsplastik [4, 6, 7]. Vid misstanke om balanitis xerotica obliterans är cirkumcision förstahandsval.

Balanitis xerotica obliterans

Balanitis xerotica obliterans (BXO) är den manliga formen av lichen sclerosus och beskrevs 1928 av A Stühmer. Det är en

SAMMANFATTAT

Trång förhud är en benign åkomma som bör lämnas ifred.

Den normala fysiologiska utvecklingen leder till en öppning av förhuden med åren, ibland inte förrän i tonåren.

Vid besvär eller vitaktiga förändringar på förhuden kan fimos eller balanitis xerotica obliterans vara orsaken och kan kräva behandling.

lymfocytmedierad kronisk inflammatorisk hudsjukdom som har benägenhet att drabba genitalorganen. Den kliniska bilden är oftast begränsad till en vitaktig förtätning på förhuden och/eller glans men kan även ge symtom som klåda, sveda och smärta. BXO ger ofta upphov till en cirkumferent fibrös förändring på förhuden och orsakar sekundär fimos. Obehandlad kan åkomman resultera i meatusstenos och uretrastrikur och är associerad med högre incidens av humant papillomvirus. Lokal steroidkräm har visat sig ha en dålig kurativ effekt. Behandlingen är därför cirkumcision och leder till remission i 96 procent av fallen [8].

Under senare tid har man, speciellt i Sverige, i högre grad börjat behandla fimos med förhudplastik. Oftast görs ingen rutinbiopsi under operation för diagnostisering, trots att BXO är en histologisk diagnos. I stora patientmaterial av fimos har man visat en prevalens på upp mot 40 procent med histopato-

logiska tecken på BXO. Barnkirurger kan endast i hälften av alla fall ställa diagnosen BXO kliniskt [9, 10]. Bedömt utifrån ovanstående fakta är det troligt att många BXO diagnostiseras i ett sent skede eller inte alls. Detta kan leda till ökad morbiditet och eventuellt vara orsaken till återfall efter förhudplastik. I nuläget saknas prospektiva studier kring denna frågeställning.

Konklusion

Patienten i exempel 1 bedöms ha normal förhud, och föräldern får lugnande besked. Föräldern ombeds dock höra av sig om pojakens förhud är fortsatt trång i tonåren.

Patienten i exempel 2 misstänks ha BXO och remitteras till barnurolog för ställningstagande till cirkumcision.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

- Gairdner D. The fate of the foreskin, a study of circumcision. *Br Med J.* 1949;2(4642):1433-7.
- Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child.* 1968;43(228):200-3.
- McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Pathologic and physiologic phimosis: approach to the phimotic foreskin. *Can Fam Physician.* 2007;53(3):445-8.
- Van Howe RS. Cost-effective treatment of phimosis. *Pediatrics.* 1998;102(4):E43.
- Berdeu D, Sauze L, Ha-Vinh P, et al. Cost-effectiveness analysis of treatments for phimosis: a comparison of surgical and medicinal approaches and their economic effect. *BJU Int.* 2001;87(3):239-44.
- Wahlin N. »Triple incision plasty«. A convenient procedure for preputial relief. *Scand J Urol Nephrol.* 1992;26(2):107-10.
- Cuckow PM, Rix G, Mouriquand PD. Preputial plasty: a good alternative to circumcision. *J Pediatr Surg.* 1994;29(4):561-3.
- Pugliese JM, Morey AF, Peterson AC. Lichen sclerosus: review of the literature and current recommendations for management. *J Urol.* 2007;178(6):2268-76.
- Kiss A, Kiraly L, Kutasy B, et al. High incidence of balanitis xerotica obliterans in boys with phimosis: prospective 10-year study. *Pediatr Dermatol.* 2005;22(4):305-8.
- Bochove-Overgaauw DM, Gelders W, De Vylder AM. Routine biopsies in pediatric circumcision: (non) sense? *J Pediatr Urol.* 2009; 5(3):78-80.