

บทความพิเศษ



การรักษาทางเลือกอื่นนอกเหนือไปจากการขริบ หนังหุ้มปลายสำหรับหนังหุ้มปลายองคชาติบใน เด็ก

พิชญ มทวงค์ พ.บ.

บทคัดย่อ

หนังหุ้มปลายองคชาติบ (phimosis) เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็ก ส่วนใหญ่ phimosis สามารถหายได้เองเมื่อเด็กมีอายุ 3-4 ปี มีเพียงส่วนน้อยที่ phimosis ไม่หายไปและก่อให้เกิดปัญหา เช่นมีการอักเสบติดเชื้อของปลายองคชาติหรือปลายองคชาติร่วมกับหนังหุ้มปลายบ่ยครั้ง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษา ถึงแม้ว่าการขริบหนังหุ้มปลาย (circumcision) จะเป็นวิธีการรักษาที่เป็นมาตรฐาน (standard treatment) สำหรับ phimosis แต่ในปัจจุบันก็เริ่มมีแนวโน้มของการรักษาไปทาง conservative management มากขึ้น การรักษาทางเลือกอื่น (alternative treatments) ที่ได้รับความนิยมมากที่สุดคือ topical steroid ร่วมกับการทำ stretching method ร่องลงไปก็ได้แก่การผ่าตัดตกแต่งหนังหุ้มปลาย (prepuce plasty) การรักษาเหล่านี้นอกจากจะมีผลทาง function ใกล้เคียงกับการทำ circumcision แล้วอาจมีข้อดีกว่าในแง่ของค่าใช้จ่ายและความสวยงามอีกด้วย

คำสำคัญ: การรักษาทางเลือก, การขริบหนังหุ้มปลาย, หนังหุ้มปลายองคชาติบ, เด็ก

Alternative Treatments to Circumcision for Phimosis in Children

Phitsanu Mahawong M.D.

Abstract

Phimosis is a common condition among children. Physiologic phimosis resolves spontaneously by 3-4 years of age. Only a few older children have persistent phimosis which may cause problems such as recurrent balanitis or balanoposthitis. These children absolutely need treatment for their phimosis. Although circumcision is a standard treatment of phimosis, there is a trend toward more conservative management. The most popular alternative treatment is topical steroid with stretching method and the second most popular is prepuce plasty. Not only these optimal treatments yield similar functional outcomes but they cost less and produce more pleasant cosmetic outcomes when compared with conventional circumcision.

Key words: Alternative treatments, circumcision, phimosis, children

บทนำ (Introduction)

ภาวะหนังหุ้มปลายองคชาติ (phimosis) คือ ภาวะที่มีการตีบแคบของรูเปิดของหนังหุ้มปลายองคชาติ มีผลทำให้ไม่สามารถดึงหนังหุ้มปลายออกมาจากปลายองคชาติได้ [1] เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในเด็กผู้ชาย โดยมีการศึกษาถึงอุบัติการณ์ของภาวะนี้ในเด็กพบว่าที่อายุ 1-3 เดือนและ 10-12 เดือนจะสามารถพบ phimosis ได้ถึงร้อยละ 88.5 และร้อยละ 58 ตามลำดับ และลดลงเหลือร้อยละ 35 ในเด็กอายุ 3 ปี [2] ในขณะที่เดียวกันได้มีการแบ่ง phimosis ออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. หนังหุ้มปลายตีบตั้งแต่กำเนิด (physiologic phimosis, primary phimosis, or physiologic preputial adhesion) [3-4] คือภาวะที่หนังหุ้มปลายติดกับ glans penis ตั้งแต่แรกเกิด มีความยืดหยุ่นดีและอ่อนนุ่ม โดยทั่วไปแล้วภาวะนี้ไม่ก่อให้เกิดปัญหา มักหายได้เองเมื่ออายุ 3-4 ปี และไม่จำเป็นต้องได้รับการรักษา บางท่านจึงไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติ โดยมีรายงานว่าพบ non retractile foreskin ได้เพียงร้อยละ 10 และร้อยละ 1 ที่อายุ 3 ปี และ 16 ปี ตามลำดับ [5]

2. หนังหุ้มปลายตีบที่มีสาเหตุจากพยาธิสภาพอื่น (pathologic phimosis, secondary phimosis, or acquired phimosis) [6] phimosis ชนิดนี้จะพบได้ในเด็กบางราย และอาจทำให้เกิดการอักเสบเรื้อรังที่เราเรียกว่า chronic balanitis หรือ balanoposthitis สาเหตุที่พบบ่อยก็คือ balanitis xerotica obliterans (BXO) [7-9] บางครั้งอาจเกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน [10] หรือแม้กระทั่งการใส่ intravesical BCG therapy ก็เคยมีรายงานว่าทำให้เกิด phimosis ได้ [11] หนังหุ้มปลายชนิดนี้จะไม่ค่อยมีความยืดหยุ่น เนื่องจากมี scar และ fibrosis เกิดขึ้น มักจะเจ็บปวดเมื่อมีการ retraction หรือ erection บางครั้งก็อาจมีเลือดออกได้ อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าอุบัติการณ์ของ (pathologic phimosis) ที่จำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดนั้นค่อนข้างต่ำ โดยพบว่ามีเพียง 0.4 รายต่อ เด็กผู้ชาย 1,000 ราย/ปี [12]

ข้อบ่งชี้ของการขลิบหนังหุ้มปลายองคชาติ (Indications for circumcision)

European Association of Urology (EAU) guidelines on Pediatric Urology ปี ค.ศ. 2010 ได้ให้ความเห็นว่า absolute indication ของการทำ circumcision

คือ secondary phimosis ส่วนข้อบ่งชี้ของการทำ circumcision ใน primary phimosis คือ มีการอักเสบติดเชื้อของหนังหุ้มปลายและหรือปลายองคชาติหลายครั้ง, มีการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหลายครั้งในเด็กที่มี urinary tract abnormalities ร่วมด้วย ส่วนการพองตัวเป็นกะเปาะของหนังหุ้มปลายมากเวลาปัสสาวะหรือการทำ routine neonatal circumcision นั้นยังไม่มีข้อสรุปชัดเจน [13] ข้อบ่งชี้ที่จำเป็นอีกอย่างหนึ่งก็คือเป็นข้อปฏิบัติทางศาสนา (religious practice) [14]

การขลิบหนังหุ้มปลายองคชาติ (Circumcision)

การทำ circumcision เป็นวิธีการผ่าตัดที่เป็นมาตรฐาน (standard treatment) ในการรักษา phimosis โดยจะทำการตัดเอาหนังหุ้มปลายออกทั้งหมด เป็นการผ่าตัดที่มามีมาตั้งแต่สมัยยุคหิน (Stone ages) มีด้วยกันหลายเทคนิค เช่น Mogen clamp, Plastibell, Kocher clamp, sleeve-resection technique, guillotine technique, TaraKlamp, window technique, Gomco clamp และ free-hand technique เป็นต้น [15-23] โดยมีรายงานว่า Gomco clamp เป็นวิธีที่นิยมทำสำหรับผู้ป่วยเด็กมากที่สุดในสหรัฐอเมริกา [24] การผ่าตัดแต่ละวิธีนั้นก็จะมีจุดเด่นและจุดด้อยแตกต่างกันไป โดยมีจุดมุ่งหมายพื้นฐานเหมือนกันคือ วิธีการทำไม่ยุ่งยาก รวดเร็ว และมีภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ภาวะแทรกซ้อนหลังการทำ circumcision พบได้ไม่บ่อยนัก มีรายงานว่าเกิดได้ ตั้งแต่ร้อยละ 0-16 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 1.5 ส่วนใหญ่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่ไม่รุนแรง (mild complication) ในบางรายงานอาจพบภาวะแทรกซ้อนรุนแรง (severe complication) ได้ประมาณ 2% [25] การเสียเลือด (bleeding) เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยที่สุด ในรายงานผู้ป่วยเด็ก 48 รายที่มี severe complications ของ Ceylan และคณะ [26] พบ preputio-glanular fusion 52%, meatal stenosis 23%, urethral fistula 10.4%, partial glanular amputation 8%, และ opening distal urethra 6% ภาวะแทรกซ้อนอื่นที่อาจพบได้แก่ balanitis xerotica obliterans (BXO), penile adhesion, redundant foreskin, recurrent phimosis, buried penis, และ penile rotation [27]

จะเห็นได้ว่าการทำ circumcision นั้นถึงแม้จะจัดว่าเป็นการผ่าตัดเล็ก แต่ก็มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายประการ อีกทั้งยังมีข้อบ่งชี้ที่หลากหลายที่ยังไม่มีข้อสรุป

ชัดเจน ที่สำคัญการทำ circumcision คือการตัดหนังหุ้มปลายออกทั้งหมดซึ่งบางครั้งอาจมีปัญหาทางด้านความสวยงามและการรับรู้ทางเพศได้ ในปัจจุบันจึงมีการพัฒนาการรักษา phimosis ด้วยการใช้ยาทา การดึงรูด การใช้ลูกโป่งถ่างขยายหรือการผ่าตัดวิธีอื่น ซึ่งได้ทำการรวบรวมไว้โดยละเอียดในบทความนี้ อย่างไรก็ตามผู้นิพนธ์ขอเน้นย้ำว่าวิธีการต่างๆ ที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ รวมทั้ง circumcision ให้นำมาใช้หลังเด็กอายุเกิน 4 ปีแล้ว เว้นแต่เด็กมี complication จาก phimosis ตั้งแต่อายุน้อย

การผ่าตัดตกแต่งหนังหุ้มปลาย (Prepuce plasty)

การผ่าตัดตกแต่งหนังหุ้มปลาย (prepuce plasty) เป็นการผ่าตัดรักษา phimosis โดยที่ไม่มีการตัดหนังหุ้มปลายออก (prepuce sparing surgery) มีอยู่ด้วยกันหลายวิธีเช่น

การผ่าตัด Y-V plasty

เทคนิคการผ่าตัดวิธีนี้มีรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1984 โดย Hoffman และคณะ[28] ทำโดยการกรีดหนังหุ้มปลายทางด้าน dorsum เป็นรูปตัว Inverted Y และทำการเย็บเข้าหากันในรูปของตัว Inverted V ในบางรายอาจต้องทำการกรีดถึง 2 หรือ 3 ด้านจนกว่า constriction ring จะหายไป ต่อมา Nieuwenhuijs และคณะ[29] ได้รายงานเทคนิคนี้ในผู้ป่วยเด็ก phimosis จำนวน 47 รายเปรียบเทียบกับการทำผ่าตัดโดยวิธี transverse closure of longitudinal incisions of the narrow preputial ring จำนวน 18 ราย ผลปรากฏว่า วิธีแรกมีผู้ป่วยที่ต้องได้รับการผ่าตัดซ้ำเนื่องจากมี recurrence of phimosis จำนวน 2 (ร้อยละ 4.3) ราย แผลผ่าตัดมีความสวยงาม ในการผ่าตัดวิธีหลังมี recurrence of phimosis จำนวน 2 (ร้อยละ 11) ราย บางรายผู้ป่วยมีความกังวลเรื่องของ skin tag ผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ผลการผ่าตัดวิธีนี้ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ก็ได้ผลดีเช่นกัน โดยมีผู้ป่วย 7 รายที่ต้องทำการผ่าตัดซ้ำจากจำนวนทั้งหมด 89 ราย[30]

การผ่าตัด Transversal widening on the dorsal side

ในปี ค.ศ. 2005 Dessanti และคณะ[31] ได้เสนอ

วิธีการผ่าตัดนี้ในผู้ป่วยเด็ก 26 ราย ภายใต้การให้ยาชาเฉพาะที่ lidocaine-prilocaine EMLA cream ทา 30-45 นาทีก่อนทำการผ่าตัด เทคนิคก็เริ่มต้นโดยการกรีดที่หนังหุ้มปลายทางด้าน dorsum ในแนว transverse ห่างจาก stenotic ring ประมาณ 3 มิลลิเมตร และกรีดหนังหุ้มปลายในแนว longitudinal อีก 3 แนว จะเกิดเป็นรูปตัวอักษร T เรียงกันสามตัว หลังจากนั้นจึงเย็บรอยที่กรีดเข้าหากันเป็นเส้นตรงในแนว transverse ก็เป็นอันเสร็จสิ้น ผู้ป่วยทุกรายไม่รู้สึกเจ็บปวดขณะทำการผ่าตัดไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆ เกิดขึ้น ผลการรักษาที่ 1 ปี ผู้ป่วยทุกรายสามารถ retract หนังหุ้มปลายได้เองโดยง่าย

การผ่าตัด Triple incision plasty

การผ่าตัดวิธีนี้มีรายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1936 โดย Welsh และได้รับการพัฒนาต่อโดย Wahlin[32] ในปี ค.ศ. 1992 มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 63 ราย เทคนิคก็โดยการกรีดหนังหุ้มปลายเป็นแนวยาวและเฉียงจำนวน 3 แนว และเย็บตามแนวขวาง ซึ่งรายงานว่าได้ผลดี ง่ายและสวยงาม ล่าสุดในปี ค.ศ. 2003 Fischer-Klein และ Rauchenwald[33] ได้ทำการผ่าตัดวิธีนี้ในผู้ป่วยเด็กจำนวน 128 ราย แล้วให้ผู้ป่วยครอบตบแบบสอบถามพบว่า ร้อยละ 84 พอใจกับ function, ร้อยละ 80 มี good cosmetic outcome, ร้อยละ 94 เห็นควรแนะนำให้ผู้ป่วยครอบอื่นใช้การผ่าตัดชนิดนี้ ในขณะเดียวกัน ร้อยละ 71 มีความกังวลใจหากลูกชายต้องถูกทำ circumcision

การผ่าตัด Longitudinal incision and transverse closure

Barber และคณะ[34] ได้รายงานผู้ป่วยเด็กจำนวน 23 รายที่ได้รับการผ่าตัดโดยวิธีนี้ ติดตามไปหลังผ่าตัดระยะเวลาเฉลี่ย 20 เดือน พบว่ามีเพียง 1 รายที่ผู้ป่วยครอบไม่พอใจในเรื่องความสวยงาม แต่มี 8 รายที่ผู้ป่วยครอบเห็นว่าอาจต้องทำ circumcision ในภายหลัง สุดท้ายมีอยู่ 3 รายที่แพทย์นัดผ่าตัดซ้ำ วิธีการผ่าตัดนี้นั้นง่ายมากคือหลังจากที่ retract หนังหุ้มปลายลงมาจนหมดแล้ว ก็ทำการกรีดเฉพาะ inner surface ทางด้าน dorsum ตรงจุดที่คอดที่สุด ในแนว longitudinal แล้วเย็บกลับตามแนว transverse นั้นเอง

การผ่าตัด Lateral preputioplasty

การผ่าตัดวิธีนี้ก็คล้ายคลึงกับการทำ Longitudinal incision and transverse closure ต่างกันตรงที่ว่าวิธีนี้จะทำการกรีดหนังหุ้มปลายทางด้าน lateral ทั้ง 2 ข้างไม่ใช่กรีดทางด้าน dorsum หลังจากนั้นก็เย็บแผลเข้าหากันในแนว transverse เช่นกัน Lane และคณะ[35] ได้รายงานไว้ในปี ค.ศ. 1999 เป็นผู้ป่วยเด็ก 30 ราย ติดตามหลังผ่าตัด 2 เดือน พบว่ามีเพียง 1 รายที่มีการติดเชื้อ และ restenotic จึงต้องทำการผ่าตัดเพิ่มเติม

การผ่าตัด Sutureless prepuce plasty

การผ่าตัดวิธีนี้ก็กระทำเช่นเดียวกับวิธี Longitudinal incision and transverse closure ของ Barber และคณะ[34] มีความแตกต่างก็ตรงที่ไม่มีการเย็บปิดแผลผ่าตัดนั่นเอง และมีการทำ tissue stretching โดยการใช้ mosquito clamp ร่วมด้วย ทำการห้ามเลือดด้วย heated probe หรืออาจใช้ bipolar diathermy หลังจากนั้นก็ป้ายแผลด้วย fucidic acid and bethamethasone valerate (Betafusin) เป็นอันเสร็จสิ้น แผลผ่าตัดจะหายโดย secondary intention ในปี ค.ศ. 2008 Christianakis[36] ได้ทำการผ่าตัดวิธีนี้ในผู้ป่วยเด็ก 87 ราย มีอยู่ 2 รายมี transient subcutaneous trauma edema อยู่เพียง 1-2 วัน ส่วนใหญ่แล้วแผลจะหายสนิทใน 20 วัน เมื่อติดตามการรักษานานมากกว่า 2 ปี พบว่าไม่ recurrence of phimosis เลย

การผ่าตัด Four V-flap repair

Emmette[37] ได้นำเสนอเทคนิคนี้ในปี ค.ศ. 1975 สำหรับผู้ป่วยเด็กที่มี small penis และ shortage of skin ซึ่งอาจจำเป็นต้องเก็บ prepuce ไว้สำหรับการผ่าตัดในอนาคต วิธีนี้จะคล้ายกับมี Z-plasty จำนวน 2 ตัวรวมกัน ในบางรายที่ตีบแคบมากอาจต้องทำเป็น Eight V-flap repair

การผ่าตัด Z-plasty reconstruction

เช่นเดียวกันในปี ค.ศ. 1982 Emmette[38] ก็ได้เสนอวิธีนี้สำหรับการรักษา phimosis ซึ่งมีรายละเอียดของการผ่าตัดที่คล้ายคลึงกับ V-flap repair แต่มีจำนวนของแผลน้อยกว่าเดิม

การใช้ลูกโป่งกางขยายหนังหุ้มปลาย (Balloon dilate treatment)

มีเพียงรายงานเดียวของ He และ Zhou[39] ในปี ค.ศ. 1991 ได้ใช้วิธี Balloon dilate treatment รักษาผู้ป่วยเด็ก phimosis จำนวนมากถึง 512 ราย โดยการใช้ special designed balloon catheter (patented) ร่วมกับการให้ยาเฉพาะที่ ผลการรักษาที่ 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยทุกรายไม่มีการกลับเป็น phimosis ซ้ำ

การดึงรูดหนังหุ้มปลาย (Stretching or retraction method)

เป็นวิธีการที่ทำกันมานานมาก นิยมทำในเด็กที่อายุน้อย และลักษณะของหนังหุ้มปลายไม่ใช่ pathologic phimosis จึงจะได้ผลดี วิธีการก็โดยการสอนให้ผู้ป่วยครอบหรือตัวเด็กเองทำการ retract หนังหุ้มปลายทุกวัน รวมทั้งคอยดูแลความสะอาดของหนังหุ้มปลายอยู่เสมอ การ retract ที่ถูกต้องจะต้องไม่ทำให้เกิดความเจ็บปวดหรือมีเลือดออก บางครั้งการทำเช่นนี้ก็มักมีผู้เรียกว่า Physiotherapy ด้วยเช่นกัน[40] อย่างไรก็ตามในปี ค.ศ. 2005 Zampieri และคณะ[41] ได้ทำการรักษาผู้ป่วยเด็กทั้งหมด 337 ราย โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ กลุ่มแรก 247 ราย ให้การรักษาด้วย preputial gymnastic (retract the prepuce gently for 1 minute, 4 times a day) เป็นเวลานาน 1 เดือน ร่วมกับการทา betamethasone cream ร่วมด้วย เทียบกับ อีกกลุ่มคือผู้ป่วย 90 รายที่ทำแค่ preputial gymnastic อย่างเดียว ผลปรากฏว่า ในกลุ่มแรกได้ผลร้อยละ 96 โดยมีผู้ป่วยที่ต้องผ่าตัดเพียงแค่ 10 ราย ในทางกลับกันผู้ป่วยในกลุ่มหลังนั้นได้ผลเพียงร้อยละ 76 เท่านั้น อย่างไรก็ตามจากรายงานของ Ghysel และ คณะ[42] เกี่ยวกับความสำเร็จในระยะยาวของการทำ Stretching method ร่วมกับ Topical potent steroid ในผู้ป่วยเด็กชายจำนวนมากถึง 462 ราย ได้ผลสำเร็จที่ 6 สัปดาห์และ 22 เดือน เท่ากับร้อยละ 86 และร้อยละ 83 ตามลำดับ

การใช้ยาทาภายนอก (Topical therapy)

การรักษา phimosis อีกทางเลือกหนึ่งที่เริ่มได้รับความนิยมมากขึ้นเรื่อยๆ ก็คือ medical treatment ซึ่งยาที่ได้รับคามนิยมและมีการศึกษามากที่สุดก็คือ topical

steroids ผลของการรักษาด้วยวิธีนี้ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย ทั้ง potency ของ steroids วิธีการบริหารยา ลักษณะของ phimosis และจะได้ผลดีมากหากทำร่วมกับ stretching method มีรายงานว่าวิธีนี้สามารถลดค่ารักษา phimosis ลงได้ถึงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับการทำ circumcision[43] topical therapy ตัวอื่นที่มีการใช้บ้างก็คือ Estrogen, และ NSAIDs เป็นต้น

Topical steroids

การใช้ topical steroids รักษา phimosis มีมานานมากกว่า 50 ปี เริ่มแรกนั้นนิยมใช้ในรายที่เป็น physiologic phimosis ต่อมาก็ได้นำมาใช้ในรายของ pathologic phimosis ด้วย[44] กลไกในการออกฤทธิ์ของยากี้โดยการที่ยามีผลต่อ fibroblast ทำให้เกิดการ balance of collagen synthesis และทำให้หนังหุ้มปลายมีความยืดหยุ่น phimosis ก็จะหายจาก natural erection และ manual reduction นั้นเอง steroids ที่ใช้ในผู้ป่วยเด็กนั้นมีด้วยกันหลายชนิดเช่น 0.02%, หรือ 0.1% triamcinolone acetonide cream, 0.05% betamethasone cream or ointment, 0.1% mometasone furoate cream และ 0.05% fluticasone propionate[45-53]

Topical steroid ที่ได้รับความนิยมมากที่สุดได้แก่ 0.05% betamethasone มีการศึกษาที่น่าสนใจของ Palmer และ Palmer[53] ในปี ค.ศ. 2008 มีผู้ป่วยเด็กทั้งสิ้น 400 ราย ทุกรายเป็น severe phimosis (complete glanular coverage with non-visible meatus) แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก 200 รายให้การรักษาโดย 0.05% betamethasone ทา 2 ครั้งต่อวันติดต่อกัน 30 วัน กลุ่มที่สอง 200 รายให้ทา 3 ครั้งต่อวันติดต่อกัน 21 วัน ทั้งสองกลุ่มต้องทำ manual retraction ก่อนทายาร่วมด้วย ผลปรากฏว่า ที่ 2 เดือน หลังการรักษาพบว่ามี moderate to no phimosis ไม่แตกต่างกัน (84.5% และ 87% ตามลำดับ) ในประเทศไทยก็มีรายงานการใช้ 0.05% betamethasone valerate cream ทาร่วมกับการนวดหนังหุ้มปลาย 2 ครั้งต่อวันติดต่อกัน 2 เดือน โดย Sookpotarom และ คณะ[54] ในปี ค.ศ. 2010 ในผู้ป่วยเด็ก 92 ราย ติดตามการรักษาที่ 32 เดือน พบว่าได้ผลดีถึงร้อยละ 85.9 และไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ป่วย 13 รายที่เหลือถึงแม้ว่าจะได้ผลบ้างจาก

steroid แต่ผู้ป่วยก็ขอทำ circumcision ทุกราย

มีการศึกษาที่ใหญ่มากของ Zavras และ คณะ[53] ในการใช้ 0.1% mometasone fuorate cream ทา 2 ครั้งต่อวันร่วมกับการทำ gentle retraction นานติดต่อกัน 4-8 สัปดาห์และติดตามผลการรักษาที่ 6 เดือน ผู้ป่วยเด็กมีทั้งสิ้น 1,185 ราย ผู้ป่วยจะถูกแบ่งหนังหุ้มปลายเป็น 4 types[55] โดยเรียงลำดับความ severe จากมากไปหาน้อย (types I-IV) ผลปรากฏว่าอัตราความสำเร็จโดยรวมอยู่ที่ร้อยละ 88.3 โดยแยกเป็นดังนี้ Type I 87.8%, Type II 87.3%, Type III 85.% และ Type IV 100% กล่าวโดยสรุปว่าการรักษา phimosis ด้วย topical steroids ในผู้ป่วยเด็กนั้น ได้ผลดีถึงดีมาก มีค่าใช้จ่ายไม่มาก การบริหารยาไม่ยุ่งยาก ผลข้างเคียงน้อย แต่ที่สำคัญมากคือต้องทายาอย่างต่อเนื่องและควรทำ stretching method ร่วมด้วยเสมอ

Topical estrogen

Topical estrogen นั้นมีการใช้อยู่บ้างแต่ไม่ได้รับความนิยมมากนักถึงแม้จะมีการรายงานไว้ไม่น้อยกว่า 15 ปี[56] กลไกการออกฤทธิ์นั้นยังไม่เป็นที่เข้าใจแน่ชัดเนื่องจากบริเวณหนังหุ้มปลายนั้นไม่มี estrogen receptor แต่สันนิษฐานว่าอาจมีผลในการเพิ่ม elastic properties ของ dermis เป็นหลัก จากการศึกษาของ Yanagisawa และคณะ[57] ในปี ค.ศ. 2000 ทำการรักษาผู้ป่วยเด็ก 15 ราย โดยการทา 0.1% conjugated equine estrogen (Premarin) ointment 1 ครั้งต่อวัน เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ได้ผลสำเร็จถึงร้อยละ 87 ที่ 2 เดือนหลังการรักษา ผู้ป่วย 2 รายที่ไม่ได้ผลเป็นผู้ป่วยที่มี scarred fibrotic foreskin ผลข้างเคียงพบในผู้ป่วยเพียง 1 ราย คือมี painful swelling of both nipples หลังได้รับยาทาไป 2 เดือน อาการดังกล่าวหายได้เองหลังหยุดยาแล้ว 3 วัน

Topical NSAIDs

มีรายงานของ Atilla และ คณะ[58] ในปี ค.ศ. 1997 เกี่ยวกับการใช้ topical NSAIDs ในผู้ป่วยเด็ก phimosis จำนวน 52 ราย โดยมี 32 รายได้รับการทา diclofenac sodium ointment (not commercially available) และอีก 20 ราย ทายาหลอก ผลปรากฏว่ากลุ่มที่ได้รับยาจริง 24 รายตอบสนองต่อการรักษา ส่วนกลุ่มที่ได้รับยาหลอกมีเพียง

แค่ 3 รายที่ตอบสนองต่อการรักษา อย่างไรก็ตาม topical NSAIDs ก็ยังไม่มีผู้ทำการศึกษาวิจัยต่อกันเลย

บทสรุป (Conclusion)

จากข้อมูลทีกล่าวข้างต้นเราสามารถสรุปได้ว่าเด็กแรกเกิดเกือบทุกรายจะมี physiologic preputial adhesion หรือ primary phimosis ภาวะดังกล่าวจะหายได้เองเมื่ออายุ 3-4 ปี แต่จะมีเด็กเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่จะมี pathologic

phimosis หรือ secondary phimosis ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการรักษา ถึงแม้ว่าการทำ circumcision จะเป็นวิธีการรักษาหลักของ phimosis แต่ในปัจจุบันเริ่มมีแนวโน้มมากขึ้นที่จะใช้ topical steroids ร่วมกับการทำ stretching method ก่อนซึ่งหากถ้าไม่ได้ผลแล้วผู้ปกครองและเด็กยังคงต้องการเก็บ prepuce เอาไว้การทำ prepuce sparing surgery ก็เป็นทางเลือกหนึ่งที่ให้ผลดี ทั้งในแง่ของความสะดวกและความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Hsieh TF, Chang CH, Chang SS. Foreskin development before adolescence in 2149 schoolboys. **Int J Urol** 2006; 13(7): 968-70.
2. Imamura E. Phimosis of infant and young children in Japan. **Acta Paediatr Jpn** 1997; 39(4): 403-5.
3. McGregor TB, Pike JG, Leonard MP. Phimosis-a diagnostic dilemma? **Can J Urol** 2005; 12(2): 2598-602.
4. Kumar P, Deb M, Das K. Preputial adhesions-a misunderstood entity. **Indian J Pediatr** 2009; 76(8): 829-32.
5. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish school boys. **Arch Dis Child** 1968; 43(228): 200-3.
6. Jasaitiene D, Valiukeviciene S, Vaitkiene D, Jievaltas M, Barauskas V, Gudinaeviciene, et al. Lichen sclerosus et atrophicus in pediatric and adult male patients with congenital and acquired phimosis. **Medicina (Kaunas)** 2008; 44(6): 460-6.
7. Gargollo PC, Kozakewich HP, Bauer SB, Borer JG, Peters CA, Retik AB, et al. Balanitis xerotica obliterans in boys. **J Urol** 2005; 174(4 Pt 1): 1409-12.
8. Bochove-Overgaauw DM, Gelders W, De Vylder AM. Routine biopsies in pediatric circumcision: (non) sense? **J Pediatr Urol** 2009; 5(3): 178-80.
9. Kiss A, Kiraly L, Kustasy B, Merksz M. High incidence of balanitis xerotica obliterans in boys with phimosis. **Pediatr Dermatol** 2005; 22(4): 305-8.
10. Bromage SJ, Crump A, Pearce I. Phimosis as a presenting feature of diabetes. **BJU Int** 2008; 101(3): 338-40.
11. Yusuke H, Yoshinori H, Kenichi M, Akio H. Granulomatous balanoposthitis after intravesical Bacillus-Calmette-Guerin instillation therapy. **Int J Urol** 2006; 13(10): 1361-3.
12. Shankar KR, Rickwood AM. The incidence of phimosis in boys. **BJU Int** 1999; 84(1): 101-2.
13. Machmouchi M, Alkhotani A. Is neonatal circumcision judicious? **Eur J Pediatr Surg** 2007; 17(4): 266-9.
14. Shah T, Raistrick J, Taylor I, Young M, Menebhi D, Stevens R. A circumcision service for religious reasons. **BJU Int** 1999; 83(7): 807-9.
15. Tausch HW, Martinez AM, Partridge JC, Sniderman S, Armstrong-Wells J, Fuentes-Afflick E, et al. Pain during Mogen or Plastibell circumcision. **J Perinatol** 2002; 22(3): 214-8.
16. Mahomed A, Zapparackaite I, Adam S. Improving outcome from Plastibell circumcision in infants. **Int Braz J Urol** 2009; 35(3): 310-3.
17. Lau JT. A filed Kocher clamp for circumcision in children. **Singapore Med J** 1983; 24(2): 113-4.
18. Tucker SC, Cergueiro J, Sterne GD, Bracka A. Circumcision: a refined technique and 5 year review. **Ann R Coll Surg Engl** 2001; 83(2): 121-5.

19. Harahap M, Siregar AS. Circumcision: a review and a new technique. **J Dermatol Surg Oncol** 1988; 14(4): 383-6.
20. Schmitz RF, Schulpen TW, Rediopawiro MS, Lien MS, Madem GC, Van Der Werken C. Religious cir cumcision under local anaesthesia with a new disposable clamp. **BJU Int** 2001; 88(6): 581-5.
21. Basar H, Yilmaz E, Baar MM, Batislam E, Tuglu D. Window technique on circumcision. **Int Urol Nephrol** 2006; 38(3-4): 599-601.
22. Amir M, Raja MH, Niaz WA. Neonatal circumcision with Gomco clamp-a hospital-based retrospective study of 1000 cases. **J Pak Med Assoc** 2000; 50(7): 224-7.
23. O'Sullivan DC, Heal MR, Powell CS. Circumcision: how do urologist do it? **Br J Urol** 1996; 78(2): 265-70.
24. Horowitz M, Gershbein AB. Gomco circumcision: When is it safe? **J Pediatr Surg** 2001; 36(7): 1047-9.
25. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male neonates, infants and children: a systemic review. **BMC Urol** 2010; 16: 10: 2.
26. Ceylan K, Burhan K, Yimaz Y, Can S, Kus A, Mustafa G. Severe complications of circumcision: an analysis of 48 cases. **J Pediatr Urol** 2007; 3(1): 32-5.
27. Yegane RA, Kheirollahi AR, Salehi NA, Bashashati M, Khoshdel JA, Ahmadi M. Late complications of circumcision in Iran. **Pediatr Surg Int** 2006; 22(5): 442-5.
28. Hoffman S, Metz P, Ebbelhei J. A new operation for phimosis: prepuce-saving technique with multiple Y-V plasties. **Br J Urol** 1984; 56(3): 319-21.
29. Nieuwenhuijs JL, Dik P, Klijn AJ, de Jong TP. Y-V plasty of the foreskin as an alternative to circumcision for surgical treatment of phimosis during childhood. **J Pediatr Urol** 2007; 3(1): 45-7.
30. Munro NP, Khan H, Shaikh NA, Appleyard I, Koenig P. Y-V preputioplasty for adult phimosis: a review of 89 cases. **Urology** 2008; 72(4): 918-20.
31. Dessanti A, Ginesu G, Iannuccelli M, Balata A. Phimosis. Preputial plasty using traversal widening on the dorsal side with EMLA local anesthetic cream. **J Pediatr Surg** 2005; 40(4): 713-5.
32. Wahlin N. "Tripple incision plasty". A convenient procedure for preputial relief. **Scand J Urol** 1992; 26(2): 107-10.
33. Fischer-Klein Ch, Rauchenwald M. Tripple incision to treat phimosis in children: an alternative to circumcision? **BJU Int** 2003; 92(4): 459-62.
34. Barber NJ, Chappell B, Carter PG, Britton JP. Is preputioplasty effective and acceptable? **J R Soc Med** 2003; 96(9): 452-3.
35. Lane TM, South LM. Lateral preputioplasty for phimosis. **J R Coll Surg Edinb.** 1999; 44(5): 310-2.
36. Christianakis E. Sutureless prepuceplasty with wound healing by second intention: an alternative surgical approach in children's phimosis treatment. **BMC Urol** 2008; 8: 6.
37. Emmett AJ. Four V-flap repair of preputial stenosis (phimosis). **Plast Reconstr Surg** 1975; 55(6): 687-9.
38. Emmette AJ. Zplasty reconstruction for preputial stenosis-a surgical alternative to circumcision. **Aust Paediatr J** 1982; 18(3): 219-20.
39. He Y, Zhou XH. Balloon dilation treatment of phimosis in boys. Report of 512 cases. **Chin Med J (Engl)** 1991; 104(6): 491-3.
40. Lee JW, Cho SJ, Park EA, Lee SJ. Topical hydrocortisone and physiotherapy for nonretractile physiologic phymosis in infants. **Pediatr Nephrol** 2006; 21(8): 1127-30.
41. Zampieri N, Corroppolo M, Camoglio FS, Giacomello L, Ottolenghi A. Phimosis: Stretching methods with or without application of topical steroids? **J Pediatr** 2005; 147(5): 705-6.
42. Ghysel C, Vander Eeckt K, Bogaert GA. Long-term efficacy of skin stretching and a topical corticoid cream application for unretractable foreskin and phimosis in prepubertal boys. **Urol Int** 2009; 82(1): 81-8.
43. Berdeu D, Sauze L, Ha-Vinh P, Blum-Boisgard C. Cost-effectiveness analysis of treatments for phimosis: a comparison of surgical and medical approaches and their economic effect. **BJU Int** 2001; 87(3): 239-44.

44. Orsola A, Caffaratti J, Garat JM. Conservative treatment of phimosis in children using a topical steroids. **Urology** 2000; 56(2): 307-10.
45. Ng WT, Fan N, Wong CK, Leung SL, Yuen KS, Sze YS, et al. Treatment of childhood phimosis with a moderately potent topical steroid. **ANZ J Surg** 2001; 71(9): 541-3.
46. Letendre J, Barrieras D, Franc-Guimond J, Abdo A, Houle AM. Topical triamcinolone for persistent phimosis. **J Urol** 2009; 182(4 Suppl): 1759-63.
47. Yilmaz E, Batislam E, Basar MM, Basar H. Phychologic trauma of circumcision in the phallic period could be avoided by using topical steroids. **Int J Urol** 2003; 10(12): 651-6.
48. Marques TC, Sampaio FJ, Favorito LA. Treatment of phimosis with topical steroids and foreskin anatomy. **Int Braz J Urol** 2005; 31(4): 370-4.
49. Zampieri N, Corroppo M, Zuin V, Bianchi S, Camoglio FS. Phimosis and topical steroids: new clinical findings. **Pediatr Surg Int** 2007; 23(4): 331-5.
50. Palmer LS, Palmer JS. The efficacy of betamethasone for treating phimosis: a comparison of two regimens. **Urology** 2008; 72(1): 68-71.
51. Pileggi Fde O, Vicente YA. Phimotic ring topical corticoid cream (0.1% mometasone furoate) treatment in children. **J Pediatr Surg** 2007; 42(10): 1749-52.
52. Esposito C, Centonze A, Alicchio F, Savanelli A, Settini A. Topical steroid application versus circumcision in pediatric patients with phimosis: a prospective randomized placebo controlled clinical trial. **World J Urol** 2008; 26(2): 187-90.
53. Zavras N, Christianakis E, Mpourikas D, Ereikat K. Conservative treatment of phimosis with fluticasone propionate 0.05%: a clinical study in 1185 boys. **J Pediatr Urol** 2009; 5(3): 181-5.
54. Sookpotarom P, Porncharoenpong S, Veichapipat P. Topical steroid is effective for the treatment of phimosis in young children. **J Med Assoc Thai** 2010; 93(1): 77-83.
55. Kayaba H, Tamura H, Kitajima S, Fujiwara Y, Kato T. Analysis of shape and retractibility of the prepuce in 603 Japanese boys. **J Urol** 1996; 156(5): 1813-5.
56. Kotera S. Conservative method for the treatment of phimosis with an estrogen containing cream on children. **Jpn J Urol Surg** 1995; 8: 575-8.
57. Yanagisawa N, Baba K, Yamagoe M, Iwaoto T. Conservative treatment of childhood phimosis with topical conjugated equine estrogen ointment. **Int J Urol** 2000; 7(1): 1-3.
58. Atilla MK, Dundaroz R, Odabas O, Ozturk H, Akin R, Gokcay E. A nonsurgical approach to the treatment of phimosis: local nonsteroidal anti-inflammatory ointment application. **J Urol** 1997; 158(1): 196-7.