

DR. MED. PATRICK SAWAYA

Die Penisverkrümmung (Penisdeviation)

Ein nicht vollständig gerader Penis ist zunächst einmal nicht ungewöhnlich. Etwa fünf Prozent aller Männer sind jedoch von schwereren Penisverkrümmungen betroffen, die häufig zu Schwierigkeiten oder Schmerzen beim Geschlechtsverkehr führen. Eine ausgeprägte Penisverkrümmung kann damit zur Belastung für die Betroffenen und ihre Partnerschaft werden. Mittlerweile gibt es gute Behandlungsmöglichkeiten.



Bei vielen Männern ist der erigierte Penis nicht komplett gerade, sondern hat eine leichte Krümmung nach oben, unten oder zur Seite. Mancher Penis ist auch korkenzieherartig um seine Achse gewunden. Gehen Verkrümmungen und Deformationen über das normale Maß hinaus, spricht man von einer klinisch relevanten Penisdeviation, welche angeboren oder erworben sein kann.

Bei der angeborenen Penisdeviation führen Hormonstörungen während der Schwangerschaft zu ungleichem Längenwachstum von oberer und unterer Schwellkörperwand, woraus typischerweise eine Verkrümmung nach unten (ventral) resultiert, gelegentlich in Kombination mit einer Fehlmündung der Harnröhre im unteren Bereich der Eichel, der Kranzfurche oder sogar unterhalb des Penisschafts.

Betroffen von einer erworbenen Penisverkrümmung sind vor allem Männer in der mittleren Altersgruppe von 45 bis 65 Jahren. Sie entsteht am häufigsten auf dem Boden einer Schwellkörperwandverhärtung, der sog. Induratio penis plastica (IPP, Peyronie-Krankheit) und ist gelegentlich auch Folge einer Penisfraktur. Bei der IPP kommt es zu einer fibrotischen Verhärtung der bindegewebigen Hülle der Schwellkörper, ähnlich einer Narbenbildung, teils auch mit Einlagerung von Verkalkungen in der Schwellkörperwand. Diese sogenannte Plaque-Bildung führt im Laufe der Erkrankung zu Verkrümmungen der Penisachse in erster Linie nach oben und/oder zur Seite sowie Einkerbungen am Penisschaft, einem unterschiedlich starken Verlust an Penislänge und im fortgeschrittenen Stadium auch zu erektiler Dysfunktion.

Eine erworbene Penisverkrümmung kann sehr unterschiedlich verlaufen. Die innerhalb einiger Wochen bis zu mehreren Monaten entstehenden, vom Patienten meist auf der Oberseite des Penisschafts tastbaren Verhärtungen haben unterschiedliche Größe und können sich im

Extremfall über die gesamte Penisschaftlänge ausbreiten.

Die genaue Ursache für die Ausbildung einer IPP ist bis heute nicht endgültig geklärt. Zum einen geht man davon aus, dass es während des Geschlechtsverkehrs durch Abknicken des Penis insbesondere bei beginnender bzw. nicht vollständiger Erektion zu kleinsten Schädigungen bzw. Verletzungen, sog. Mikrotraumata der bindegewebigen Schwellkörperwand und deren Blutgefäßen kommt. Eine darauffolgende lokale Entzündungsreaktion des Körpers zur „Reparatur“ dieser Regionen mit Hilfe des Einbaus von Bindegewebe führt schließlich zur Narben- bzw. Plaque-Bildung. Zum anderen ist eine genetische Disposition für derartige Ereignisse gegeben, da ca. 25–40% der betroffenen Männer auch an einer Dupuytren-Krankheit leiden, bei der es ebenfalls durch Bindegewebswucherungen zu Knoten insbesondere an der Handinnenfläche kommt und daraus Handsehnenverkrümmungen resultieren. Ebenso ist ein höheres Erkrankungsrisiko für eine IPP bei der Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus), dem Bluthochdruck (arterielle Hypertonie) sowie bei Nikotin- und Alkoholkonsum nachgewiesen.

Zur Diagnosestellung erfolgt nach einem ausführlichen Arztgespräch beim Urologen zunächst eine körperliche Untersuchung, insbesondere des Penisschafts. Im nicht-erigierten Zustand ist die Penisverkrümmung nur selten sichtbar, die zugrundeliegende Plaque jedoch meist gut tastbar. Das Ausmaß der Penisverkrümmung kann nur am vollständig erigierten Penis optimal beurteilt werden, weshalb der Urologe auf die „Autofotografie“ des Patienten angewiesen ist. Hierbei werden Aufnahmen des erigierten Glieds von oben, von der Seite und wenn möglich auch von vorne angefertigt, mit breitbeinigem Stand und neutralem Hintergrund.

Im Rahmen der Basisdiagnostik werden beim Urologen ebenso mittels Ultraschall die Ver-

dickungen der Schwellkörperwand bzw. Schwellkörperwandverkalkungen dargestellt sowie Lage und Abmessungen der Plaques dokumentiert.

Die IPP ist eine zweiphasige Erkrankung. In der aktiven Phase mit zunehmender Verkrümmung (Deviation) tritt oft eine deutliche Schmerzhaftigkeit des Penis bei Erektion auf, gefolgt von einer stabilen Phase mit stabiler Deviation ohne weitere Verschlechterung des Krümmungswinkels und fehlenden Schmerzen. Eine spontane Besserung der Schmerzen erfolgt meist innerhalb eines 6-Monatszeitraums.

Medikamentöse Behandlungsansätze sind bei dieser Erkrankung eingeschränkt. In Deutschland zugelassen ist lediglich Kaliumaminobenzoat (Potaba), welches in Kapsel- oder Pulverform verabreicht, den Bindegewebsumbauprozess lediglich im Anfangsstadium in einem Behandlungszeitraum von mindestens 3 Monaten mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 15–20% stoppen oder zumindest reduzieren kann. Ebenso kann sich die IPP in 13% der Fälle auch wieder spontan zurückbilden.

Um den Erkrankungsverlauf konservativ zu beeinflussen und zu stoppen, beginnt sich aktuell ein neues multimodales Therapiekonzept der IPP zu etablieren, bestehend aus folgenden Behandlungsbausteinen:

1. Medikamentöse Therapie mit PDE-5-Inhibitoren:

Sie führen zu einer verminderten Ausschüttung eines bestimmten Botenstoffs, welcher bei der IPP eine zu hohe Aktivität aufweist und zumindest mitverantwortlich für eine vermehrte Kollagenbildung (Bindegewebeinlagerung) mit den bekannten Folgen wie Knotenbildung, Penisverformung, -verkrümmung und -schrumpfung ist. Diese Medikation, konsequent für mindestens 1,5 Jahre fortgesetzt, kann in einem hohen Prozentsatz der Fälle einen Stopp des Fortschreitens der IPP bewirken.

2. Mechanisches Penismodelling:

Hierbei werden gezielte Penisstreck- und Biegeübungen erlernt, welche der Patient zuhause täglich selbst durchführen kann.

3. Penisstreckapparate und Vakuumtherapie:

Diese Therapiebausteine kommen insbesondere dann begleitend zur Anwendung, wenn es durch die IPP bereits zu einer Schrumpfung der Penis-/Schwellkörperlänge gekommen ist. Durch die mechanische Strecktherapie können innerhalb von ca. 12 Monaten erneut 2–3 cm an zuvor verlorener Penislänge zurückgewonnen werden.

4. Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT):

Die Extrakorporale Stoßwellentherapie kommt vor allem dann zum Einsatz, wenn es in den Plaques bereits zu relevanten Verkalkungen gekommen ist, was sich durch die Penis-Sonographie darstellen lässt. Die insbesondere in der „aktiven Phase“ des Erkrankungsbeginns der IPP oft vorhandene deutliche Schmerzhaftigkeit der Erektion kann durch die ESWT schnell beseitigt werden.

Die Indikation für eine operative Korrektur der Penisverkrümmung ist gegeben, sobald Kohabitationsschwierigkeiten auftreten, d.h. Probleme, den erigierten Penis beim Geschlechtsverkehr einführen zu können. Dies ist im Durchschnitt je nach Lage und Art der Deviation ab einem Krümmungswinkel von 30–60 Grad der Fall.

Bevor die Begradigungsoperation einer IPP durchgeführt werden kann, ist es sehr wichtig, dass kein Fortschreiten der Erkrankung mehr zu bemerken und der penile Krümmungswinkel für mindestens 9–12 Monate zum Stillstand gekommen ist.

Bei der sogenannten Keilexzisionsmethode nach Nesbit werden auf der nicht erkrankten Seite ovale Teile der bindegewebigen Schwellkörperhülle herausgeschnitten (Exzision) und die entstandenen Löcher mit Nähten verschlossen, somit also die gesunde Schwellkörperseite verkürzt und der erkrankten gegenüberliegenden Penisschaftseite bzgl. der Länge angepaßt. Eine zweite mögliche Vorgehensweise ist die Technik nach Eszed-Schröder. Hierbei wird auf Exzisionen verzichtet und lediglich die nach außen gewölbte Penisseite durch Raffungsnähte, sog. Plikationen, der Gegenseite angeglichen. Bei beiden Methoden werden die Verhärtungen (Plaques) im Penisschaft belassen. Der Eingriff ist für das Gewebe wenig traumatisierend und das Risiko einer resultierenden Erektionsstörung gering. Durch das Zusammenziehen der gesunden Seite wird die Penislänge jedoch zwangsläufig reduziert.

Alternativ kommen bei der erworbenen Penisverkrümmung auch verschiedene sog. Plaqueexzisions- und Graftingverfahren zur Anwendung. Bei diesen werden die entstandenen Plaques partiell oder vollständig exzidiert und nachfolgend mit plastischem Material (Venen, Goretex, etc.) gedeckt.

Diese Graftingverfahren bergen ein etwas höheres Risiko, dass es zur Verletzung der Dorsalnerven am Penisschaft mit nachfolgender Gefühllosigkeit von Teilen der Penishaut oder der Eichel kommt.

Die Operationsmethode nach Nesbit sowie die Plikationsverfahren haben zur Folge, dass die postoperative Gliedverkürzung in der Regel ausgeprägter ist als bei den Graftingverfahren.

Leidet ein Patient sowohl an einer Penisverkrümmung als auch an einer schweren Erektionsstörung, wozu es insbesondere in weit fortgeschrittenen Stadien der IPP oft kommt, kann eine rein operative Penisbegradigung das zugrundeliegende Problem nicht korrigieren. In solchen Fällen ist dann lediglich ein vollständiger Schwellkörperersatz mit Hilfe der Implantation einer Penisprothese sinnvoll.

Bei der operativen Korrektur der angeborenen Penisdeviation kommen ausschließlich die oben genannten Keilexzisions- und Plikationsmethoden (nach Nesbit bzw. Eszed-Schröder) zur Anwendung. Konservativ-medikamentöse oder mechanische Strecktherapien haben keinerlei Stellenwert.

Ihr Facharzt für Urologie in Aschaffenburg

Dr. med. Patrick Sawaya

Praxis



Urologie



Wir sind Mitglied im Expertenportal für Vasektomien in Deutschland

Zusatzbezeichnung Männerarzt durch das Institut cmi

männerarzt^{cmi e.V.}



Kontakt



Dr. med.
Patrick Sawaya
Urologische
Praxis

Ludwigstraße 4
63739 Aschaffenburg
Telefon: 0 60 21 / 1 33 55
Fax: 0 60 21 / 21 90 01
✉ info@dr-sawaya.de
🌐 www.dr-sawaya.de

