

Deckung von Defektwunden am Penis mittels Brückenlappenplastik aus der Skrotalhaut

H. Winter

Universitätsklinikum Charité, Dermatologische Klinik und Poliklinik, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin (Direktor: Prof. Dr. med. W. Sterry)

Partielle oder totale Hautdefekte am Penis werden nicht nur nach unterschiedlichen traumatischen Schädigungen beobachtet, sondern resultieren auch nach erforderlicher Exzisionsbehandlung bei narbig veränderter oder radiogen geschädigter Penishaut sowie nach Entfernung von benignen, semimaligenen und malignen Hauttumoren. Ziel der operativen Behandlung ist der optimale Ersatz der fehlenden Penishaut unter Berücksichtigung funktioneller und ästhetischer Aspekte. Die psychische Führung des Patienten erweist sich in allen Phasen der Behandlung von besonderer Bedeutung.

Zur plastischen Deckung ausgehnter Defekte der Penisschafthaut werden unterschiedliche plastische Operationsmethoden beschrieben. Dabei handelt es sich überwiegend um Transplantationen von Vollhaut oder Spalthaut (auch Mesh-graft-Technik).

Trotz subtiler Operationstechnik ist die Anheilung derartiger Transplantate am Penis schon wegen der mangelnden Ruhigstellung und störender Erektionen nicht immer erfolgversprechend. Darüber hinaus sind die funktionellen und ästhetischen Spätergebnisse häufiger unbefriedigend. Demgegenüber sind Lappenplastiken aus der Skrotalhaut zur Deckung von Hautdefekten unterschiedlicher Genese ein einfaches und erfolgssicheres Operationsverfahren.

Schon DIEFFENBACH empfahl gestielte Skrotallappen zur Defektdeckung am Penis. In diesem Zusammenhang ist es kaum zu verstehen, daß bei kritischer Wertung der Literaturangaben nur vereinzelt gezielte Hinweise auf den Ersatz der fehlenden Penishaut durch Skrotalhaut gefunden werden. Selbst in den neueren Operationslehren über plastische Eingriffe am

männlichen Genitale werden derartige Operationstechniken meist nicht beschrieben.

PATIENTEN

Seit 1987 wurden in der Abteilung für Dermatochirurgie der Universitäts-Hautklinik der Charité in Berlin mehrfach ausgedehnte Hautdefekte am Penis mittels Brückenlappenplastik aus der Skrotalhaut gedeckt. Meist handelte es sich um semimaligne Tumoren des Penisschafes oder maligne Hauttumoren mit niedrigem Malignitätsgrad und oberflächlicher Tumorausbreitung, aber auch um radiogene Schädigungen mit Ulkusbildung (Abb. 1).

OPERATIONSTECHNISCHES VORGEHEN

Um das operationstechnische Vorgehen aufzuzeigen, wird beispielhaft ein 68jähriger Patient mit verrukösem Karzinom am Penis vorgestellt: 3 Jahre vor der stationären Behandlung in unserer Klinik bemerkte der Patient umschriebene, nicht schmerzhaft Rötungen an der Penishaut, die sich trotz intensiver ärztlicher Behandlung mit unterschiedlichen Salben zunehmend vergrößerten. Bei der Aufnahmeuntersuchung fanden sich am gesamten Penis großflächige und unregelmäßig begrenzte Ulzerationen, umgeben von grau-weißen bis fleischfarbenen, warzenartigen Wucherungen ohne wesentliche entzündliche Begleitreaktionen (Abb. 2a). Die histologische Untersuchung einer Probeexzision ergab ein verruköses Karzinom ACKERMAN.

Im Rahmen der präoperativen Vorbereitung erhielt der Patient eine systemische Zytostatikatherapie mit Bleo-



Abb. 1
72jähriger Patient mit Radioderm und Strahlenulzera nach Bestrahlung wegen Induratio penis plastica vor 18 Jahren.



Abb. 2a
68jähriger Patient mit histologisch gesichertem verrukösem Karzinom am Penischaft.



Abb. 2b
Deutliche Tumorrückbildung nach systemischer Bleomycintherapie. Eingezeichnete Schnittführung.

Abb. 2c
Haut des Penisschaftes weit im Gesunden entfernt (mikrographisch kontrollierte Exzision).

Abb. 2d
Bildung eines Brückenlappens aus der ventralen Skrotalwand und temporäre Verlagerung des Penis in das Skrotum.

Abb. 2e
Intraoperatives Abschlußfoto nach Einlage einer Redondrainage und atraumatischer Hautnaht.

Abb. 2f
Penisplastik 8 Wochen nach komplikationsloser Einheilung: türflügelartige Umschneidung der Skrotalhautschichten. Eingezeichnete Schnittführung.

Abb. 2g
Mobilisation der umschnit-tenen Skrotalhautanteile.





Abb. 2h
Spannungsfreie Vereinigung
der Skrotalhautanteile an
der Penisunterseite sowie
Rekonstruktion des Skro-
tums nach Einlage einer
Redondrainage.

Abb. 2i
Intraoperatives Abschluß-
foto.

Abb. 2j
Ergebnis 3 Jahre nach
Penisplastik. Ansicht von
vorn. Rezidivfrei, keine
Störungen der Miktio-
n und Kohabitation.

mycin. Darunter konnte eine deutliche Rückbildung der ulzerösen und verrukösen Tumorareale beobachtet werden (Abb. 2b). In diesem Stadium wurde die mikrographisch kontrollierte Exzision der gesamten Haut des Penischaftes bis zur Fascia penis profunda in Allgemeinanästhesie durchgeführt (Abb. 2c).

Nach Bildung eines Brückenlappens aus der ventralen Skrotalwand temporäre Verlagerung des Penis in das Skrotum (Abb. 2d). Einlage einer Redondrainage und atraumatische Hautnaht im Bereich des Mons pubis und des Sulcus coronarius (Abb. 2e). Danach erfolgt die stationäre Entlassung nach komplikationslosem postoperativen Verlauf.

8 Wochen nach dem Ersteingriff Wiederaufnahme zur Penisplastik in All-

gemeinanästhesie. Türflügelartige Umschneidung der Skrotalhaut bilateral vom reizfrei eingehheilten Penischaft (Abb. 2f). Nach Mobilisation der umschnittenen Skrotalhautanteile (Abb. 2g) werden diese an der Penisunterseite miteinander vereinigt und spannungsfrei vernäht. Rekonstruktion des Hodensackes aus der restlichen Skrotalhaut. Atraumatische Hautnaht nach Einlage einer Redondrainage (Abb. 2h, 2i). Komplikationsloser postoperativer Verlauf. Die systemische Bleomycintherapie wurde in niedriger Dosierung (15 mg wöchentlich) bei guter Verträglichkeit noch über einen Zeitraum von 3 Monaten postoperativ fortgeführt. Die Abbildung 2j dokumentiert das Ergebnis 3 Jahre nach der Penisplastik. Letzte Kontrolluntersuchung 8 Jahre nach der Primäroperation: Reizfreie Narben-

verhältnisse ohne Störungen der Miktio-
n und Kohabitation mit gutem ästhe-
tischen Ergebnis. Kein Anhalt für loka-
les Rezidiv oder Metastasierung.

ERGEBNISSE UND DISKUSSION

Die temporäre Verlagerung des Penis nach Entfernung von tumorös veränderter oder strahlengeschädigter Penisschafthaut in das Skrotum erwies sich als ein einfaches und erfolgreiches Operationsverfahren. Zwischenzeitlich konnten die Patienten nach primärer Wundheilung beschwerdefrei und meist ohne Katheter in ambulante Kontrolle entlassen werden. Die abschließende Penisplastik – 4 bis 8 Wochen nach der Primäroperation – mit Wiederherstellung der Hautbedeckung des Penischaftes aus der Skrotalhaut sowie die Rekonstruktion des Skrotums aus der restlichen Skrotalhaut war ohne Schwierigkeiten möglich und führte zu überzeugend guten funktionellen und ästhetischen Spätergebnissen. Die Skrotalhaut ist optimal für den Penishautersatz geeignet. Dafür spricht der vielschichtige Wandaufbau mit eingelagerten Muskelfasern (M. cremaster). Volumenschwankungen bei der Erektion werden vollständig ausgeglichen, und die notwendigen Hautverschiebungen sind weiterhin möglich. Darüber hinaus ist die problemlose Einheilung der reich vaskularisierten Skrotalhaut ein weiterer wesentlicher Vorteil. Bei Nachuntersuchungen zeigte keiner der Patienten ein Lymphödem des Penis sowie Störungen der Miktio-
n und Kohabitation. Bei Patienten mit Hauttumoren fand sich kein Anhalt für Tumorrezidive oder Metastasierungen.

Bei rechtzeitiger Diagnosestellung und großflächiger mikrographisch kontrollierter Tumorexzision können bei malignen Hauttumoren der Penisschafthaut mit niedrigem Malignitätsgrad und oberflächlicher Ausbreitungstendenz ohne tiefere Invasion mittels dieser Operationstechnik Penisamputationen vermieden werden.

*Prof. Dr. H. Winter
Universitäts-Hautklinik der Charité
Schumannstraße 20/21
10117 Berlin*

Literatur beim Autor