

*Szegedi Tudományegyetem
Általános Orvostudományi Kar
Urológiai Klinika*

Doktori értekezés (Ph.D.) tézisei

A vazelin öninjekciózás, mint nem megfelelő pénisznagyobbító módszer

dr. Rosecker Ágnes

Témavezető: Dr. habil. Bajory Zoltán

Szeged

2014

Bevezetés

Emberemlékezet óta kísérleteznek a pénisz méretének növelésével. A pénisz a férfiasság, termékenység és hatalom szimbóluma, különféle módokon próbálták megnagyobbítani. Egyes szubkultúrákban napjainkban is elterjedt szokás a pénisz önkárosítása. A péniszbe helyezett idegen anyagok célja a szexuális teljesítmény fokozása, az erekció meghosszabbítása, szexuális kíváncsiság, erotikus illetve autoerotikus hatás elérése, maszturbáció, fogamzásgátlás, illetve enuresis megakadályozása. A páciensek szégyenérzetük miatt nem fordulnak időben orvoshoz, vagy saját maguk távolítják el az idegentestet. A szövődmények gyakoriak, mivel az idegen anyagot nem steril körülmények között helyezik be saját maguknak vagy társuknak. Gyakori börtönviseltek, tengerészek, munkások, katonák körében.

A péniszbe helyezett idegentestek régóta, több kultúrában is ismertek. Az első régészeti leletek, melyek a pénisz díszítésére történő sebészeti beavatkozásokra utalnak, a késő-paleolitikorból származnak (12 700 éve). Az első írásos emlék a Káma-Sutrában lelhető fel, a szexuális öröm fokozására, illetve a pénisz nagyobbítására apró kerek tárgyakat fűztek rá, illetve a bőr alá helyezték őket. A pénisz átfúrása a rómaiaknál is elterjedt, fát, fémet, csontot tettek bele.

A péniszbe helyezett idegen anyagok, melyek a szexuális teljesítményt kívánják fokozni négy csoportba sorolhatók, úgymint strangulációs esetek, a húgycsőbe dugott tárgyak merevítés céljából, a pénisz bőre alá helyezett merev vagy folyékony anyagok a pénisz vastagítására és esztétikai szempontból.

A normál pénisz méret és a nagyobbításra való igény.

Sok férfinak téves elképzelése van a normál pénisz méretről, aggódnak, hogy péniszük nem elég nagy, partnerüket nem tudják kielégíteni. A téves testkép, mely a normál méretű péniszt kisebbnek gondolja a pszichosis egyik formája, a dysmorphophobia. A dysmorphophobia komoly pszichiátriai kórképekhez, erektilis diszfunkcióhoz, szociális problémákhoz vezethet. A méret téves megítélése már gyermekkorban kialakulhat. A páciensek a társaikhoz képest kisebbnek látják péniszüket. Ezt a komplexusukat később fokozza a pornográfia, az internet is. Valójában mi számít normál méretű pénisznek? Pár tanulmány foglalkozott a pénisz mérésével. A mérés technikájáról megoszlanak a vélemények.

Wessels és munkatársai tanulmányukban összehasonlították a pénisz mérésének technikáit. A pénisz hosszt a pénisz bőrének a szeméremcsontra való áthajlásától

húgycsőnyílásig mérték. A péniszt megmérték normál, kifeszített és merev állapotban is. A normál állapotú hossz átlaga 8.8 cm volt, a kifeszítetté 12.4 cm és merev állapotban 12.8 cm. A pénisznagyobbító műtéket nem javasolják a normál állapotban mért 4 cm-nél kisebb és merev állapotban 7.5 cm-nél kisebb pénisz esetén. Kevan és munkatársai több tanulmányt véve alapul a kifeszített pénisz átlagos méretét 12-13 cm között, és a merev pénisz hosszát 14-16 cm között határozták meg. A az átlagos körméret normál állapotban 9-10 cm és a merev pénisz esetén 12-13 cm.

A dysmorphophobiát mindig el kell különíteni a micropenistől, mely esetben a pénisz valóban kicsi. A dysmorphophobia kezelése lehet konzervatív vagy sebészi. Konzervatív terápia a pszichoterápia, önismeret oktatása, valamint a nem-invazív pénisznagyobbító lehetőségek, gyógyszeres terápia (SSRI és anxiolytikumok). A tesztoszon terápiát csak valódi micropenis esetén javasolják. A nem-invazív pénisznagyobbító módszerek közé tartozik a vákuum-kezelés, pénisz húzatása, pénisz nyújtására alkalmas gyűrűk alkalmazása. Ezek a módszerek nem túl hatékonyak. Normál méretű pénisszel rendelkező férfiaknál is fellép a pénisznagyobbító műtétekre való igény. Ezekkel a műtétekkel a hosszt 1-2 cm-el, a vastagságot átlagosan 2.5 cm-el lehet növelni. A műtéteknek számos komplikációja is lehet, úgymint a pénisz deformálódása, instabilitása, paradox módon pénisz rövidülése alakulhat ki, hegesedés, granulómák, szexuális diszfunkció.

Húgycsőbe dugott tárgyak

A húgycsőbe különféle tárgyakat dugnak, az erekció meghosszabbítására, szexuális kíváncsiságból, maszturbáció céljából, vagy fogamzásgátlás miatt, illetve enuresis megakadályozására. Börtönben raboskodók börtönön kívüli egészségügyi kezelés reményében helyeznek különféle tárgyakat a húgycsőjükbe. Gyermek interneten olvasott félrevezető információ miatt kísérletezhetnek. A páciensek életkora változó, lehetnek akár mentálisan retardáltak, vagy pszichiátriai betegségben szenvedők is.

A húgycsőbe üvegbotot, horgot, kötőtűket, tűket, ceruzát, golyós tollat, tolltartót, hajtűt, gyufát, elektromos kábelt, szőlővesszőt, gumigyűrű darabját, nyakláncot, villát, fogót, szívószálat, csavart, kés nyelét, pisztácia héját, borotvapengét, fogkefe nyelét, imbuszkulcsot, fűrófejet, szemcseppentőt, cumit stb. dugnak. Extrém esetben egy 45 cm-es lefejezett kígyóról, törött tűkorról számoltak be. Fogamzásgátlási céllal a meatust eltömítik rágógumival, gyertyaviaszt csepegtetnek, babot dugnak bele. A húgycsőbe nemcsak merev tárgyakat lehet dugni, egyesek folyadékot (legtöbbször vizet) töltenek bele autoerotikus céllal, így tágítják húgycsőüket, az eljárás neve: „urethral souding”. Az „urethral souding”-ot

alkalmazók szexuális szempontból magas rizikójú csoportba tartoznak (promiszkuitás) és gyakrabban szenvednek nemi betegségben. A húgycsőbe dugott idegen anyagok mechanikai irritációt, gyulladást, húgycsőfolyást, felszálló húgyúti fertőzést, haematuriát, dysuriát, fájdalmas erekciót, sepsist, uraemiát okozhatnak. Hosszú távú következmény lehet a húgycső szűkület, divertikulum, inkontinencia, erektilis diszfunkció. A diagnózis felállításához nélkülözhetetlen a gondos anamnesis felvétel. A betegek gyakran szégyellik tettüket vagy mentálisan retardáltak és ezért anamnesis nem nyerhető. Amennyiben az első ellátónak nincs gyanúja a húgycsőben lévő idegentestre, hólyagkatéterezés kapcsán könnyen feljebb lökheti azt a húgyhólyagba, esetleges további komplikációkat okozva, illetve az elkésett diagnózis miatt a megfelelő kezelés is késhet. Amennyiben az idegentest sugárfogó, képkötő vizsgálatok segíthetnek. Kezelésüknél fontos az idegen tárgyat minél előbb eltávolítani, urethro-cystoscopia vagy nyílt műtét segítségével. Ez függ a tárgy méretétől, anyagától, további sérülést okozó hatásától. A kezelés elsősorban endoscopos. Antibiotikum adása minden esetben javasolt. Amennyiben a beteg ki tudja üríteni a hólyagját, katétert behelyezni nem kell.

Stranguláció

Strangulációs esetekben a páciensek azért fordulnak orvoshoz, mert nem tudják eltávolítani a péniszükre szorult tárgyat. A sikeres terápia feltétele az, hogy minél előbb eltávolítsák a leszorítást okozó eszközt. Sajnos a betegek sokszor napokat, heteket, de akár hónapokat, vagy éveket is várnak az orvoshoz fordulással. 72 óra elteltével már maradandó következményekkel lehet számolni.

A páciensek életkora széles határok között változik. Céljuk erotikus illetve autoerotikus hatás elérése, az erekció meghosszabbítása. Fiatalabb korosztálynál az enuresist kívánják megelőzni. A péniszre különböző tárgyakat húznak, melyek lehetnek fémből vagy nem fémből. Strangulációt okozott, fém gyűrű, jegygyűrű, vas hüvelyek, anya, csövek, csapágy, bicikli alkatrészek, mindenféle üvegek, PET palack, szerszámok, haj, gumigyűrű. A haj rátekerésével, gumigyűrűvel gyermekek enuresisét próbálják megelőzni. A péniszre húzott tárgyak, vagy rátekerget anyagok mechanikai sérülést okozhatnak. Bhat és munkatársai 5 csoportba sorolják a sérüléseket. Az 1 fokozat: ödéma a disztális területen. 2 fokozat: a bőr és a corpus spongiosum sérülése, csökkenő érzékelés 3 fokozat: a bőr és az urethra sérülése, disztálisan érzés kiesés, 4 fokozat: corpus spongiosum szétválás, urethra fistula és corpus cavernosum leszorítása, disztálisan érzés kiesés, 5 fokozat: gangrena, necrosis, vagy disztálisan a pénisz teljes amputációja. Silberstein és munkatársai egyszerűsítették a

csoportosításon, a sérüléseket nagyon súlyos és kevésbé súlyos fokozatra osztják. A pénisz leszorítása vénás pangást, elzáródást okoz. A vénás pangás következtében a pénisz megduzzad, majd a nyirokerek és az artériák is elzáródhatnak, melynek következménye az ischaemia, esetleg infarktus. Órák elteltével necrosis, gangraena alakulhat ki. Bizonyos esetekben nemcsak a péniszt, hanem a scrotumot is leszorítják. A kezelés és az eszköz eltávolítása függ a leszorítás módjától, idejétől, a páciens együttműködésétől és az orvos rendelkezésére álló eszközöktől. Az érsérülés mértékét a tárgy eltávolítását követően elvégzett Color-Doppler ultrahang vizsgálattal állapíthatjuk meg. A nem fém tárgyak sokkal súlyosabb sérüléseket tudnak okozni, viszont ezeket könnyebb eltávolítani, mint a fém tárgyakat. A nem fém tárgyak rugalmasságuknál fogva nagyobb nyomást fejtenek ki a péniszre így jobban károsítják azt. A legfontosabb feladat az idegentest eltávolítása, mely fémek esetén komoly technikai nehézséget okozhat, fémvágó eszközökre lehet szükség. Ezt követően kerülhet sor a pénisz károsodott szöveteinek konzervatív vagy sebészi kezelésére. Ritka esetekben a sérülés annyira súlyos, hogy a pénisz nem menthető meg és amputálni kell. A leszorító tárgyak eltávolítását követően a további fertőzések kialakulását meg kell akadályozni, a betegeket Tetanus és antibiotikum profilaxisban kell részesíteni. A vizelet vizsgálata és mikrobiológiai tenyésztés elengedhetetlen. Vizelet elterelés akkor szükséges, ha a páciens nem tud vizelni, ilyenkor epicystostoma szúrás ajánlott.

Intim piercingek

Napjainkban a nyugati kultúrákban a tetoválás mellett egyre divatosabb az intim piercing viselése. A modern piercingek orvosi fémből vagy titániumból készülnek. Sajnos a férfiak által viselt piercingek nemcsak a makkot, hanem a húgycsővet is átlyukaszthatják, ami komoly szövődmények kialakulásához vezethet, illetve a vizelet sugarát is megváltoztatja. A piercinget legtöbbször erre specializálódott szalonokban helyezik be, ahol többnyire ügyelnek ugyan az egészségügyi előírásokra, de komplikációk ettől még kialakulhatnak. A testékszer behelyezése könnyű, helyét berajzolják a bőrön, fertőtlenítik, majd egy fogóval a bőrt összecsípi, branüllel átszúrják, végül a piercinget behelyezik. A legelterjedtebb ékszertípus a Prince Albert piercing, ami egy karika a pénisz ventrális oldalán és a húgycsővet is átfúrja. Az Ampallang piercing keresztben fúrja át a makkot a húgycsővel együtt, az Apadravya pedig hosszában, szintén érintve a húgycsővet. A Frenumot a frenulumba teszik, a Dydoe a sulcus coronariust fúrja át, ezek kevésbé népszerűek.

Több kérdőíves felmérés is készült a piercinget viselők körében, a kérdések demográfiai jellemzőkre, motivációra és az egészségügyi problémákra irányultak. A

válaszadók jellemzően fiatal korosztályból kerültek ki. A piercing viselésénél a fő motiváció többnyire a szexuális stimuláció és kísérletezés, valamint a divat volt. Szövődmények lehetnek STD, vérzés, gyulladás, endocarditis, fournier gangréna, allergiás reakció, húgycsőszűkület, fisztula, hegek, keloidok, paraphimosis, priapismus, laphámrák, illetve a partnerre ért sérülések. A páciensek csak a súlyos esetekben fordulnak orvoshoz, mivel a testékszer eltávolítása önmagában megoldhatja problémájukat.

Golyók

Másfél ezer éve Indokínából terjedt el a szokás, hogy a pénisz bőre alá apró jádekövet vagy fémet tettek. A főleg szláv és ázsiai kultúrákban elterjedt nemiséget fokozó implantátumok immár elérték a nyugati kultúrákat is. A módszert valószínűleg Thaiföldről a második világháborúban a katonák terjesztették el, bár ezt egyes szerzők vitatják. Napjainkban Ázsiában, Kelet-Európában, Argentínában, Oroszországban apró golyókat tesznek a pénisz bőre alá. Az eljárás különösen népszerű börtönviseltek körében, indonéz, thai, orosz börtönökben, valamint Japánban a Yakuza emberei között, Dél-Californiaában a spanyol ajkú raboknál. A golyók behelyezésének célja a szexuális partner örömeinek fokozása. Kifejezetten a női partner gyönyörét kívánják fokozni vele, homoszexuálisok körében nem terjedt el. A golyókat törött üvegből vagy műanyagból csiszolják a megfelelő méretűre. Készülhetnek még elefántcsontból, drágakőből, kőből, aranyból. Helyenként más-más elnevezéssel illetik Bolitas (Fülöp-szigetek), chagan balls (Korea), fang muk vagy Tancho (Thaiföld), sputnyik (Oroszország). A behelyezett golyók száma és mérete különböző lehet, általában 1 centiméteresek. Többnyire 2-4 darabot helyeznek be, azonban előfordul, hogy 10 darabot is. A golyókat úgy helyezik be a pénisz bőre alá, hogy először egy éles tárggyal apró metszéseket ejtenek, a kis nyíláson át helyezik be a házilag műanyagból (esetleg fogkefe nyeléből) csiszolt golyókat, majd egy bot vagy golyóstoll segítségével a bőr alatti szövetekben feljebb tolják.

Szövődménynek gyakran kialakulhatnak. Ha nem okoznak problémát viselőjüknek, ritkán fordulnak orvoshoz vele. Sokszor a golyók eltávolítását is saját maguk végzik a páciensek. A szövődmény többnyire vérzés, gyulladás, granuloma kialakulása, fekély, abscessus, vagy a partner hüvelyének felhorzsolása lehet. Néhányan a golyók mellett vazelin is fecskendeznek péniszükbe nagyobbítás céljából. A kezelés a golyók sebészi eltávolításából és lokális sebkezelésből áll, mely többnyire teljes gyógyulást eredményez.

Pénisznagyobbítás vazelin és egyéb anyagok injektálásával

A pénisz vastagítása különböző anyagok befecskendezésével lehetséges, mint saját zsírszövet, hialuronsav, szilikon, metakrilát, poliakrilamid gél, vazelin, paraffin olaj, formailin, alkohol.

Talán a legtöbb és legsúlyosabb komplikációkat okozó pénisz önkárosító eljárás a vazelin öninjekciózás. Ázsiában és Kelet-Európában, főleg börtönviseltek körében elterjedt módszer a pénisz vastagítására. A vazelint több mint 100 éve használják a pénisz megnagyobbítására, vastagítására. A vazelint először egy bécsi sebész *Robert Gersuny* alkalmazta kasztráció után herék pótlására 1899-ben, egy fiú tuberculosis következtében elvesztette mindkét heréjét.

A felforrósított vazelint (10-80 ml) a pénisz bőre alá fecskendezik, többnyire rossz higiénés körülmények között, az egészségügyben járatlan laikusok. A vazelint elmasszírozzák egyenletesen a pénisz bőre alatt, majd péniszt egy napra a hasra fektetik, hogy a vazelin ne folyjon le a fitymába, mert ott súlyos szűkületet okozna. A péniszbe injektált zsírnemű anyagok (vazelin, paraffin olaj, szilikon) granulomatosus idegentest-reakciót váltanak ki a károsított szövetben. Az idegentest reakció következménye az akut gyulladás, majd hónapok múlva a krónikus gyulladás következményeként fibrózis és mikrokeringési zavarok alakulnak ki az érintett bőrben. A károsodás szövettanilag sclerotizáló lipogranuloma. Korai reakció, hogy a pénisz megduzzad, bőre vörös, meleg, fájdalmas. A páciensek lehetnek lázasak, majd fekély, tályog, sipoly alakulhat ki. A heveny tünetek után késői szövődmények alakulhatnak ki, mint a phimosis, vizeletelési nehezítettség, hegesedés, krónikus kifekélyesedés, bőr necrosis, gangrena, erectilis diszfunkció.

A vazelin öninjekciózást a páciensek a férfiasságuk hangsúlyozása érdekében teszik, de sokszor a kívánt hatás helyett komplikációk alakulnak ki. A kezelés műtéti, konzervatív terápia végleges megoldást nem hoz. A vazelin eltávolítása csak az érintett bőrrel együtt lehetséges. Minden esetben korai sebészi rekonstrukció hozhat gyógyulást, a károsodott területeket ki kell metszeni, és plasztikai pótlás szükséges. A hiányzó bőr pótlása nagy gyakorlatot igénylő beavatkozás, elsősorban a scrotum bőréből történik, de súlyos esetekben több helyről nyert bőrpótlásra is szükség lehet. A bőrhiányt a scrotum bőréből kétoldali nyeles lebennyel vagy Z-plasticával lehet egy ülésben pótolni. Súlyos esetben két lépésben történik a rekonstrukció, először a lecsupaszított péniszt 3 hónapra a scrotumba helyezik, majd újabb műtét kapcsán előemelik.

Pénisznagyobbítás autolog zsírszövettel és xenografittal

Pénisznagyobbításra a saját zsírszövet is alkalmas. A zsírt a has és a comb subcutan területeiről szívják le, majd megtisztítás után injektálták egyenletesen a pénisz bőre alá. A beadott zsír mennyisége 25-49 ml között van. A módszerrel 1-2 cm-es vastagodás érhető el. Szövődmények előfordulhatnak, gyulladás, fibrózis, cysta, ecchymosis alakulhat ki. A komplikációk kezelése műtéti.

Péniszvastagításra saját szövetből nyert, fibroblastok is alkalmasak, melyeket biológiailag lebomló vázra visznek fel. Az így nyert implantátumot a tunica dartos és a Buck-fascia közé helyezik be. Az elért eredménnyel a betegek 80%-a elégedett, átlagosan 3.15 cm-el növelhető a pénisz vastagsága. A szövődésméyrata nem nagy.

Plasztikai sebészek allograftot vagy xenograftot használnak szövethiányok pótlására. Ezt a technikát a pénisz vastagítására is fel lehet használni. A graftot a Buck's fasciára fektetik. A graft származhat cadaverből vagy élő donorból, illetve sertésből. A módszer segítségével közel 3 cm-es vastagítás érhető el. Szövődmények gyakran előfordulnak, ami lehet infekció vagy teljes graft veszteség. A komplikációk miatt ez egy elég vitatott módszer a pénisz vastagítására.

Nem-invazív pénisznövelő módszerek

Vákuum kezelés

A vákuum terápiát az erektilis diszfunkció kezelésére használják. Bár a vákuum kezelésnél szignifikáns pénisznövekedést nem lehet kimutatni, néhány páciensnek pszichológiai megelégedettséget okoz.

A pénisz húzása

A pénisz húzását a Peyronie-betegség kezelésére és a pénisz nagyobbítására is alkalmazzák. Viszonylag hatékony módszer és mellékhatásokkal nem jár. A betegek jól tolerálják és az eredményekkel elégedettek.

Az eszköz egy műanyag gyűrűből áll, amibe a péniszt rögzítik, a makkot egy szilikone szalag tartja. A kettő között a húzást két dinamikus fém bot végzi. Az eszközt napi 4-9 órán át viselik hónapokig, minimum 6 hónapon át a páciensek. A húzás erejét és idejét fokozatosan emelik. Az eszköz progresszív mechanikai nyújtást fejt ki. Az elért eredmények alig haladják meg a 1.5 cm-t, a páciensek mégis elégedettek, az eljárást könnyen tolerálják és mellékhatások alig fordulnak elő.

Invazív beavatkozások a pénisz növelésére

Növelés bordaporccal

A dissassembly technikát alkalmazzák veleszületett fejlődési rendellenességek korrekciójánál, illetve a férfiból nővé történő nemi átalakító műtétek esetén. Perovic és munkatársai a pénisz hosszának növelésére kombinálták dissassembly technikát bordaporc beültetésével. A műtétet olyan pácienseknél végezték el, akik elégedetlenek voltak péniszük méretével, erectált péniszük eredetileg 6-10 cm-es volt. A műtéti technika lényege, hogy a péniszt anatómiai egységeire választják szét, megkímélve a neurovascularis köteget. A húgycsövet lepreparálják a corpora cavernosákról, majd a makkot is leválasztják a neurovascularis köteggel együtt. A glans és a corpora cavernosák között keletkezik egy rés, ahová a bordaporcot beillesztik. A pénisz subcutan szövetének jó vérellátása táplálja a bordaporcot így az életképes marad. A lehetséges hossznövelésnek az urethra rugalmassága és a neurovascularis köteg szab határt. Perovicék 2-4 cm-el tudták a péniszt meghosszabbítani, mellyel a pácienseik elégedettek voltak.

Pénisznagyobbítás kétoldali saphena grafttal

A tunica albugineát saphena folt segítségével megnövelik, ezen keresztül nő a corpus cavernosumok átmérője erekció alatt (átlagosan 4.2 cm-el növelhető).

Ligamentum suspensorium penis átvágása

A pénisz nagyobbbítására törekvő eljárás a ligamentum suspensorium penis átvágása. A módszer önmagában 1.3-2 cm-es növekedéssel jár, a páciensek mégsem elégedettek. Gyakran egyéb pénisznagyobbító módszerrel egészítik ki a műtétet. A ligamentum suspensorium penis funkciója a pénisz stabilizálása, átvágásával optikai növekedés érhető el. A műtét során a ligamentumot leválasztják a szeméremcsonttól. A keletkezett részbe egy silikon protézist tesznek (kisméretű here protézis). Ez a sebészi megoldás is korlátozott eredményekkel jár.

Suprapubius zsírpárna eltávolítása

Sok kövér páciensnek eltűnik a pénisz a suprapubicus zsír alatt, vagy besüllyed a scrotumba. Plasztikai sebészek műtéttel, a zsírszövet leszívásával eltüntetik a felesleges zsírpárnákat így a pénisz nagyobbak tűnik.

Célkitűzés

Célunk a pénisz önkárosításának egy speciális esetének vizsgálata volt. A vazelin öninjekciózást tanulmányoztuk elítélteken, valamint az ennek következtében elszenvedett károsodás miatt rekonstrukciós műtéten átesett betegeinken. A vazelin öninjekciózás által okozott szövődményeket, motivációt, epidemiológiát tártuk fel egy szubkultúrában Magyarországon.

Módszerek

Kérdőíves felmérés börtönökben

Az ország hat legnagyobb és leghigorúbb börtönében (Budapest, Márianosztra, Sátoraljaújhely, Sopronkőhida, Szeged, Vác) az elítéltek megkérdezése alapján felmértük a vazelin öninjekciózás elterjedését, okát és szövődményeit. Az elítélteknek felvilágosító előadást tartottunk, majd egy 17 pontból álló kérdőívet osztottunk szét. A kérdőívet az elítéltek önkéntesen, anonim módon, minden kötelezettség nélkül töltötték ki. A kérdések kitértek arra, hogy ki javasolta a vazelin öninjekciózást. Milyen komplikációk alakultak ki a vazelin beadását követően. A vazelint alkalmazók elégedettek-e a vazelin befecskendezést követően péniszükkel, valamint alávetnék-e magukat műtétnek, hogy a vazelint eltávolítsák. A kérdőívekre adott válaszokat statisztikailag értékeltük.

Saját beteganyagunk, akiken rekonstrukciós műtétet végeztünk

A Szegedi Egyetem Urológiai Klinikáján 2006-2012 között 78 beteget operáltunk vazelin öninjekciózás következtében kialakult károsodás miatt. Prospektív vizsgálattal követtük pácienseinket. Felmértük a vazelin öninjekciózás körülményeit, rákérdeztünk a befecskendezett vazelin mennyiségére és a motivációra. A betegeket a szövődmények súlyossága és az alkalmazott műtéti típusok alapján három csoportra (A, B, C) osztottuk. Az A csoportba (n=40) az esztétikai problémát, illetve phimosis okozó eseteket soroltuk. Ezeknél a pácienseknél circumcisiót, valamint a vazeline granuloma lokális kimetszését és primér sebzarást végeztünk. Néhány esetben scrotum bőrből nyeles lebennyel fedtük a defektust. A B csoportba (n=32) azokat az eseteket soroltuk, akiknél a vazelin okozta elváltozások (granuloma, fekély, necrosis) a penis bőrre lokalizálódtak, de a scrotum bőre sértetlen volt. Ezekben az esetekben, az érintett penis bőr eltávolításra került, megőrizve a lehető legtöbb érintetlen bőrt. A pénisz bőrét distális irányból szabadítottuk fel proximal felé,

a corpus cavernosumok, dorzális neurovascularis köteg és a húgycső felett. A bőrpótlást a scrotum bőrével végeztük el. Kezdeti eseteinknél (B/1, n=20) a lecsupaszított péniszt, a scrotumban kialakított subcutan alagútba helyeztük be, úgy hogy a subcutan alagút hosszát a kinyújtott hosszúságú pénisz testéhez méreteztük. 3-5 hónap múlva, miután a kollaterális keringés már kialakult, a péniszt, a felette levő scrotum bőrrrel együtt kiemeltük. A scrotumon a metszéseket úgy végeztük, hogy a bőrt a pénisz ventralis felszínén feszülésmentesen tudtuk zárni. Ezután a herék felett is zártuk a maradék scrotum bőrt. A műtéti gyakorlatunk előrehaladtával, a scrotális bőrpótlást egy ülésben végeztük, egy új módszer alkalmazásával (B/2, n=12). A pénisz bőrét a korábbi gyakorlat szerint eltávolítottuk. Ezt követően a scrotum dorsalis felszínét a raphe mentén megnyitottuk és oldalról, erős fényel átvilágítottuk a bőrlebenyeket. Ennek során jól láthatóvá válnak az arteria pudenda externa mély scrotumot ellátó elülső ágai és az arteria pudenda interna hátsó ágai. Így a bőrmetszéseket a képletek megkímélésével tudjuk vezetni és megelőzhetjük a posztoperatív bőrnecrosist. Az elülső scrotális ágak ellátási területéhez tartozó bilaterális scrotalis lebenyeket a pénisz dorzális felszínén csomós öltésekkel egyesítettük, majd a glans alatt körben is rögzítettük a sulcus coronarius mentén. Az így kialakított bőrlebenyek általában nem tudják befedni feszülésmentesen a pénisz ventralis-distális részét, egy háromszög alakban. Ezt a területet, a többnyire vazelintól érintetlen fityma belleméz dorzális oldalon történő szétválasztása után, a kétoldali belleméz lebeny ventrális irányba fordításával és a középvonalban történő egyesítésével fedtük. A C csoportba (n=6) azokat az eseteket soroltuk, akiknél a vazelin a pénisz bőrén kívül a scrotum bőrét is infiltrálta. Ezeknél az eseteknél nem csak a pénisz bőrét kellett eltávolítani, hanem a scrotum bőrből is nagyobb bőrterületet ki kellett metszenünk. A pénisz bőrpótlását a vazelintól érintetlen scrotalis bőrrrel végeztük el a már leírt módon, azonban a herék fedésére már nem maradt így elegendő bőr. A herék bőrrrel való fedését, plasztikai sebész segítségével, femorális bőrlebenyek felhasználásával végeztük. A betegeket egy és három hónap után kontroll vizsgálatra hívtuk, és fizikális vizsgálatot végeztünk, valamint kikérdeztük őket a megelégedettségükről és a szexuális életük alakulásáról. Felmértük a hospitalizációs időket is. Az eltávolított bőrdarabokat szövettani vizsgálatra küldtük.

Statisztikai analízis

A statisztikai feldolgozást Statistica 7.0 (StatSoft Inc. Tulsa, OK, USA) szoftverrel végeztük. Az adatok leíró statisztikáját két- vagy többutas gyakorisági táblázatokban és a

megfelelő százalékos értékek kiszámításával adtuk meg. A statisztikai összehasonlításokat Pearson Chi-négyzet próba és Fisher exact teszt alkalmazásával végeztük.

Eredmények

Demográfiai adatok

Magyarországon 12000 elítéltet tartanak fogva. Az elítéltek 17,6 %-a 18-24 éves, 16,8%-a 25-29 éves, 36,3%-a 30-39 éves, 21,2%-a 40-49 éves és 8,2%-a 50 évesnél idősebb. Iskolázottságukat tekintve a rabok 0,7%-a analfabéta, 64,8%-a általános iskolát, vagy pár osztályt végzett, 19,6%-a szakközép iskolát, 13,6% -a gimnáziumot és 1,3%-a főiskolát vagy egyetemet végzett. Családi állapotukra jellemző, hogy 54,6% házas vagy élettársa van, 8,8% elvált, 0,4% özvegy és 36,2% egyedülálló.

Kérdőíves felmérés eredménye

A vizsgálatnak alávetett 6 börtön elítélteinek 40,23%-a (n=1905) töltötte ki a kérdőívünket. A válaszadók 37,5%-a (n=714) 5 évnél kevesebb időre, 34,8%-a (n=663) 5-10 évre, 16,8%-a (n=320) 10 évnél hosszabb időre volt elítélve.

A válaszadók 15,7%-a (n=299) ismerte el, hogy van vazelin fecskendezve a péniszébe, 8,7%-uknak (n=26) 6 hónapnál nem régebben, 15,4%-uknak (n=46) 6-24 hónapja és 71,9%-uknak (n=215) 24 hónapnál régebben történt a beavatkozás. A vazelin befecskendezését 44,1%-ban rabtárs, 20,7%-ban barát/rokon, 3,7%-ban idegen, 18,1%-ban senki, és csak 9,7%-ban ajánlotta a szexuális partner. Azoknál a válaszadóknál, akik nem alkalmaztak vazelint, csak 7,6%-nak (n=122) volt merevedési gondja, 77,9% (n=1246) elégedett volt a szexuális életével és 75,1% (n=1202) elégedett a pénisz méretével. A vazelint alkalmazók 21,1%-ban (n=63) elégedetlenek voltak a péniszük eredeti méretével, 19,0%-ban (n=57) elégedetlenek voltak a korábbi szexuális életükkel.

A vazelin befecskendezése után 15,1%-uk (n=45) elégedetlen a péniszük méretével és 28,8%-uk (n=86) elégedetlen a péniszük külalakjával, 21,4%-nak pedig (n=64) de novo erektilis diszfunkciója alakult ki (3. ábra). Ez az érték szignifikánsan magasabb ($p < 0,001$, Pearson χ^2 -próba a tapasztalt és várt gyakoriságok között) azoknál, mint akik nem fecskendeztek be vazelint. A szexuális élettel ($p < 0,001$, Pearson χ^2 -próba a tapasztalt és várt gyakoriságok között) és a pénisz mérettel ($p < 0,001$) kapcsolatos megelégedettség szignifikáns különbséget mutatott a két csoport között, a vazelint nem használók javára. A vazelint

használó csoporton belül csak marginális javulás látható a pénisz méretével kapcsolatos megelégedettség tekintetében a vazelin befecskendezése előtt és után ($p=0,044$, Pearson χ^2 -próba). A vazelint befecskendezőknek 25,4%-a ($n=76$) számolt be valamilyen péniszüket érintő problémáról. Ezen elítéltek 31,6%-ának ($n=24$) phimosisa alakult ki, 22,4% ($n=17$) fájdalomról számolt be, míg 52,6%-nál ($n=40$) seb/fekély alakult ki.

A vazelint alkalmazók 29,1%-a ($n=87$) megbánta a befecskendezést, míg ez az arány azok között, akiknél komplikáció lépett fel 53% ($n=35$). Akik megbánták a beavatkozást, azok 72,4%-ban ($n=63$) alávetnék magukat műtétnak a vazelin eltávolítása céljából.

Rekonstrukciós műtéttel elért eredményeink

A Szegedi Tudományegyetem Urológiai Klinikáján 2006-2012 között 78 beteget operáltunk pénisz vazelin öninjekciózás következtében kialakult szövődmények miatt. Betegeink 87%-a ($n=59$) számolt be börtönviseltségről az előéletében, ami során beültették, vagy tanácsolták a vazelin beültetést. További 5,1% ($n=4$) számolt be arról, hogy ő ugyan nem volt börtönben, de a vazelin beültetést börtönviselt ember ajánlotta. Eszerint, a vazelint alkalmazók 92,3% ($n=72$) kapcsolatba került börtönviselt emberekkel.

A betegek között 87,2%-nak ($n=68$) volt phimosisa, 100%-ukban ($n=78$) tömött, göbös vazelin granulómák alakultak ki a péniszben, 50%-uknak ($n=39$) a penis bőre kifeléyesedett és 20,5%-uknak ($n=16$) kiterjedtebb bőrnecrosis alakult ki.

Az A csoportba sorolt 40 betegünkénél a granulómákat kimetszettük és/vagy circumcisiót végeztük. A kimetszések, vagy circumcisiók során az esetek többségében nem történt maradéktalan vaseline eltávolítás. 31 páciensünk (77,5%) per primam gyógyult, beavatkozást indokló szövődmény nem lépett fel. 9 páciensnél (22,5%) sebgyógyulási zavar lépett fel, valószínűleg a reziduális vazelin miatt, itt sebkezelést és antibiotikum terápiát alkalmaztunk. Ezek a betegek 100%-ban elégedettek voltak az elért eredménnyel. Az átlagos hospitalizációs idő 1-3 nap volt. Az A csoport betegeinél az injektált vaseline mennyisége 10-15ml volt.

A B csoportba sorolt betegeknél a pénisz teljes bőrét érintő elváltozás miatt teljes bőreltávolítást végeztünk. A B/1 csoportban, a pénisz scrotumba beültetése utáni időszakban egyetlen betegünkénél sem lépett fel szövődmény és korai postoperatív szövődmény a második műtét után sem volt. Ezen csoport második műtete után bőrnecrosis alakult ki a péniszre forgatott scrotalis lebenyeken 5 esetben (25%) az 5-7. posztoperatív napon. A B/2 csoportban 3 esetben alakult ki postoperatív bőrnecrosis a penisre forgatott bőrlebenyeken (25%), szintén

az első postoperatív hét végén. Ezekben az esetekben necrectomiát végeztünk és lokális sebkezeléseket alkalmaztunk. A bőrhiányos területek per secundam hámosodtak. A B/1 csoportban egy esetben (5%) a vaselin granulomás bőr eltávolításakor húgycsősrülés keletkezett a sulcus coronarius szintjében. Az egy ülésben végzett primér varrat elégtelennek bizonyult és sebszétválás, húgycsőfistula alakult ki a 8. postoperatív napon. Itt, második ülésben előemeltük a pénist a scrotumból és zártuk a fistulát valamint a fistula feletti területet félvastag szabad bőrrel fedtük, hogy elkerüljük a terület feszülését. Ezután már újabb szövődmény nem lépett fel. A B csoportba sorolt betegek közül 26 elégedett volt az elért műtéti eredménnyel (81,2%), míg 6 beteg (18,7%) panaszkodott a pénisz küllemével kapcsolatban, de emiatt újabb műtétet egyikük sem igényelt. A hospitalizáció ideje 5-28 nap volt. A B csoport betegeinél az injektált vazelin mennyisége 20-40 ml volt.

A C csoportban a péniszre forgatott bőrlebenyekkel nem volt probléma, azonban a herék fedésére használt femoralis lebenyek mind a hat esetben zsugorodtak, mely azonban a betegeknek szubjektív panaszt nem okozott. Mind a hat beteg elégedett volt az elért műtéti eredménnyel (100%). A hospitalizáció 14-20 nap között változott. A C Csoport betegeinél az injektált vaseline mennyisége 30-50 ml volt.

A három-hónapos kontroll alkalmával 48 beteg (61,5%) jelent meg és mindannyian sikeres szexuális aktusról számoltak be.

A szövettani vizsgálat krónikus gyulladást, óriássejtes idegentest granulómát, fibrózist, ulcerációt, krónikus abscessust véleményezett.

Megbeszélés

Idegen anyagok péniszbe helyezésének gyakorlata az emberiséggel egyidős és napjainkban változatlan népszerű egyes szubkulturákban. Ez a gyakorlat ugyanakkor magával hozza a testidegen anyagok okozta defektusok gyógyításának szükségességét, terhet róva az egészségügyi ellátó rendszerekre. A bevándorlók révén nemcsak a keleti országokban vezet népegészségügyi problémához a pénisz önkárosítása, hanem a világ más részeire is terjed.

A pénisz nagyobb méretére való törekvés napjainkban is növekvő tendenciát mutat. Sok férfi manapság is alulértékeli pénisz méretét és műtéttel szeretné megnagyobbíttatni. Sajnos a média is azt sugallja, hogy a „nagyobb jobb”. Így a normál péniszmérettel rendelkező férfiak is alávetik magukat a pénisznagyobbító beavatkozásoknak. Pénisznagyobbító műtét csak valódi micropenis esetén ajánlott. Kevés közlemény foglalkozik a műtétek indikációjával és a péniszhossz, illetve átmérő mérési technikáival. A mérési

eredmények különbözőek, függnnek a mérési módszertől, illetve a mért populációtól. A normál péniszméret meghatározása sem egységes. Kérdéses, hogy a pár centiméteres pénisznövelés valóban elégedettséget okoz a pácienseknek. Akik fiatal, szexuálisan aktív, egészséges emberek, valójában pszichológiai diszfunkcióval bírnak. A sebészi beavatkozások mellett a nem sebészi, illetve pszichológiai kezelési módok is alkalmazhatók. A pénisznagyobbító technikákat akkor lehet elfogadni, ha kevés komplikációval járnak. Még mindig kevés az adat, kevés páciens követek hosszútávon, ezért egyik technikát sem lehet előtérbe helyezni.

Spyropoulos és munkatársai kidolgoztak egy kérdőívet („Augmentation Phalloplasty Patient Selection and Satisfaction Inventory/APPSTI”), mely segít nekik kiválasztani a megfelelő pácienseket a pénisznagyobbító műtéteikhez. Bár esetszámuk kicsi, munkájuk felhívja a figyelmet arra, hogy a dysmorphophobia sebészi gyógyításánál érdemes lenne standardizálni a preoperatív vizsgálatokat. A páciensek kellő motívációja elengedhetetlen feltétele a sikeres műtéteknek. A pácienseket műtét előtt nemcsak fizikális, hanem pszichológiai vizsgálatnak is alávetették. A műtétek után kevés szövődmény ugyan előfordult, de pácienseik elégedettek voltak az elért eredménnyel.

Colombo és Casarico felvetik a sebészi pénisznagyobbítás etikai és pszichológiai kérdéseit. Javasolják a preoperatív urológiai, pszichosexuális, pszichológiai, pszichiátriai vizsgálatot, ahol egy multidiszciplináris team működik együtt.

Panfilov szerint a pénisz mérete a nők számára nem kritikus pont. Az idegvégződések 90%-a a clitorisnál és 1 cm-re az introitustól helyezkednek el. A férfiak nem a partnerüknek, hanem saját maguknak akarnak megfelelni. Önbizalmukat úgy növelik, hogy plasztikai sebészhez fordulnak. Felhívja a figyelmet arra, hogy a cm-ben elért eredmények a műtétek után egy évvel még zsugorodhatnak. Az idegen anyagokkal való péniszfeltöltés helyett a saját zsírszövettel való feltöltést javasolja, ahol nem lép fel idegentestreakció. A normálisnál nagyobb péniszű férfiaknál nem javasolja a pénisznagyobbító műtétet, inkább a partnert irányítja nőgyógyászhoz vaginaszűkítésre.

A vazelin öninjekciózás célja a pénisz vastagítása és a szexuális teljesítmény fokozása. A komplikációk a pénisz és/vagy a scrotum egyszerű vagy többszörös vazelin granulómájától kezdve a bőr gyulladásán, kifekélyesedésén át a gangrénáig terjedhetnek. Mivel az eljárás illegális és kellemetlen szituációt illetve komplikációt okoz az érintetteknek, a rekonstrukciós műtét pedig költséges, ezért mind az eljárást mind pedig a szövődményeket igyekeznek eltitkolni. Az érintett populáció ritkán fordul orvoshoz, és emiatt nincsenek megfelelő szakirodalmi adatok a vazelin öninjekciózás valódi incidenciájáról és a szövődmények gyakoriságáról. Néhány közlemény van csak az irodalomban, amelyek azonban többnyire

egyedi esettanulmányok, amelyek a sebészi eljárásokra és a komplikációkra fókuszálnak. Lee és munkatársai 23 ázsiai, Nyirády és munkatársai pedig 16 európai rekonstrukciós műtéten átesett páciens adatait elemezték a vazelin öninjekciózás következményei, az injekciózás és a komplikációk megjelenése között eltelt idő, az alkalmazott rekonstrukciós műtéti technika és az eredmények szempontjából. Lee és munkatársai megállapították, hogy az ázsiai populációban átlagosan 18,5 hónappal a beavatkozások után fejlődtek ki a komplikációk. Az említett európai tanulmányban a szerzők 3 csoportot különítettek el (akut, szubakut és krónikus), vizsgálták a páciensek szövődményeiket, részletezve az elváltozások szövettani jellemzőit. Különböző sebészi technikákat alkalmaztak, a granuloma egyszerű kimetszésétől kezdve a bonyolult kétüléssel műtétekig, amikor a péniszt a scrotumba ültették be. Lee és munkatársai a scrotumot ellátó erek elágazásaival is foglalkoztak, de nem számoltak be a pontos technikáról mellyel az ereket azonosítani lehet. Egy másik ázsiai közlemény a vazelin öninjekciózást végző személyek szexuális, emocionális és pszichológiai státusát vizsgálta. Megállapították, hogy a legtöbb esetben a páciensek nem voltak elégedettek a péniszükkel, és különböző komplikációktól szenvedtek, pszichiátriai rendellenességet azonban nem sikerült kimutatni.

A vazelin öninjekciózás még mindig elterjedt módszer a pénisz vastagítására Kelet-Európában és Magyarországon, börtönviselt férfiak körében. Reprezentatív vizsgálatunkban meghatároztuk a vazelin öninjekciózás incidenciáját Magyarország leginkább érintett populációjában, a börtönbüntetésüket töltő elítéltek körében. A vazelint alkalmazók több, mint 80%-a roma származású. A pénisz eredeti nagyságával és a szexuális élettel való elégedettség közel egyforma volt az öninjekciózók csoportjában a beavatkozást megelőzően, hasonlóan a vazelint nem alkalmazók csoportjához. A lehetséges motivációk között szerepel a pénisz méretének téves megítélése, erektilis diszfunkció, a rabtársak helytelen példájának követése és a pénisz méretének szerepe a börtönhierarchiában, de a szexuális partner esetleges igénye a beavatkozásra nem volt fontos motiváció. A vazelint befecskendezőknél nagy számban alakultak ki szövődmények. A vazelint alkalmazók tettüket megbánták, és műtéttel szeretnék a vazelint eltávolíttatni. A beavatkozások népszerűségét ebben a populációban csupán a rossz szociális körülményeknek és a tudatlanságnak tulajdoníthatjuk, hiszen a vazelint alkalmazók túlnyomó többsége elégedetlen az esztétikai eredménnyel. A súlyosabb esetek bonyolult, sokszor többlépcsős rekonstrukciós műtéteket igényelnek, ahol nem elhanyagolható további szövődményrátaival kell számolnunk. Magyarországon a rekonstrukciós műtéteket a társadalombiztosítás nem finanszírozza, a gyógyulni vágyók önerőből a műtétet nem tudják kifizetni, ezzel kezelésük késik, vagy elmarad.

Bizonyos szubpopulációkban a vazelin-öninjekciózás incidenciája magasabb, mint az átlagpopulációban. A beavatkozás legfontosabb motivációja a rabtársak rossz példája, ezért ezen szubpopulációk felvilágosítása a vazelin öninjekció káros és haszontalan voltáról mindenképpen esszenciális jelentőségű. Vizsgálatunk a vazelin injekciózás és szövődményeinek magas előfordulási gyakoriságának demonstrálásával a prevenció és felvilágosító programok fontosságát hangsúlyozza, az érintett szubpopuláció szociális és egészségi státuszának javítása érdekében.

Következtetések

1. Kérdőíves felmérés a vazelin öninjekciózás incidenciájáról, hazai börtönökben

A legjobban érintett populáción, a börtönbüntetésüket töltő elítélteken végzett nagy esetszámú, reprezentatív felmérésünk során képet kaptunk a vazelin öninjekciózás magas incidenciájáról. Tanulmányunk által feltárt magas incidencia, illetve szövődményráta ismerete hozzájárulhat az érintett szubpopuláció egészségi szintjének javításához.

2. Új műtéti technika kidolgozása a vaselin penis rekonstrukciós sebészi ellátásában.

Saját beteganyagunkon, mely az eddig publikált legnagyobb beteganyag, beszámoltunk a vazelin öninjekciózás szövődményeiről, ezek sebészi megoldásairól, egy rekonstrukciós sebészi újításról, illetve a rekonstrukciós megoldások komplikációiról. Mindezeket túl, sikerült egy újítással, a scrotum átvilágításával jól láthatóvá tett vérerek mentén végzett lebenyplastikával, illetve a praeputium bellemezének szétválasztásával, majd a ventrális oldalon történt egyesítésével, az esetek egy részében kiváltani a több lépcsős műtéteket és egy ülésben elvégezni a rekonstrukciót.

A tézis alapjául szolgáló közlemények

Cikkek:

I. *Rosecker Ágnes, Bordás Noémi, Pajor László, Bajory Zoltán*

Hungarian "Jailhouse Rock": Incidence and Morbidity of Vaseline Self-Injection of the Penis

J Sex Med. 2013; 10(2):509-15

IF: 3.523 (2012)

II. *Bajory Zoltán, Mohos Gábor, Rosecker Ágnes, Bordás Noémi, Pajor László*

Surgical Solutions for the Complications of the Vaseline Self-Injection of the Penis

J Sex Med. 2013; 10(4):1170-7

IF: 3.523 (2012)

III. Rosecker Ágnes, Pajor László, Bajory Zoltán

A vazelin pénisz incidenciája és morbiditása

Magyar Urol. 2012; 24(2): 58-63

IV. Ágnes Rosecker, László Pajor, Zoltán Bajory

From body piercing to vaseline. Self-injuries of the penis.

European Urology Today. 2013; 25(3): 26

Idézhető absztrakt

V. Rosecker Ágnes, Bajory Zoltán, Pajor László

A vazelin öninjekciózás incidenciája és szövődményrátája

Magyar Urol. 2011; 23(3):138

Poszter

VI. Rosecker Ágnes, Pajor László, Bajory Zoltán

A vazelin pénisz végleges gyógyítása többlépcsős műtéttel

MUT XVIII. Kongresszus, Eger 2013.10.24.-26.

Köszönetnyilvánítás

Szeretném kifejezni hálámat Dr. Pajor László professzor úrnak, amiért lehetőséget adott és folyamatos segítséget nyújtott tudományos munkám elvégzésében.

Külön köszönöm témavezetőmnek, Dr. Bajory Zoltán és tutoromnak, Dr. Pintér Olivér docens uraknak állandó segítségüket és inspirálásukat a munkám során.

Köszönettel tartozom Dr. Acsai Károlynak a statisztikában nyújtott segítségéért.

Köszönöm valamennyi kollégám támogatását a betegek kezelésében és a hétköznapi munkában egyaránt.

Kimondhatatlan köszönet a családomnak, akik nélkül soha nem juthattam volna idáig.