

PENİS FRAKTÜRÜNDE ACİL CERRAHİ GİRİŞİM VE SONUÇLARI

Cankon GERMYANOĞLU, Hakan ÖZKARDEŞ, Levent PEŞKİRCİOĞLU,

Uğur ALTUĞ, Demokan EROL

S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği

ÖZET

1983-1992 yılları arasında erken cerrahi tedavi uygulanan 19 penis fraktürlü hastada elde edilen sonuçlar değerlendirilmiştir. Bir hastada, ek olarak üretral yaralanma mevcuttu. Penil cilt nekroza gelişen ve greft konulması gereken 1 hasta dışında majör erken postoperatif komplikasyon görülmedi. Ortalama hastanede kalış süresi 5 gün idi. İzlem süresi 2-26 ay arasında değişiyordu. Kosmetik görünüm ve cinsel aktivite yönünden bütün hastalarda doyurucu sonuç elde edildi.

Anahtar sözcükler: Korpus kavernozum, penil fraktür, cerrahi tedavi

Penis fraktürü, penise künt travma sonucu korpus kavernozum tunika albugineasının yırtılmasıdır(1). İnsidansı 175.000 hastane başvurusunda 1'dir (2). Ancak 1981'de Arkansas'da yapılan bir taramada bildirilmemiş 25 olgunun ortaya konulması penis fraktürünün sanıldandan daha yaygın olduğunu düşündürmektedir(3).

Etyolojide genellikle künt travma vardır(4). Travma, hastaların üçte birinde koitus sırasında oluşurken, diğerlerinde ereksiyonu azaltmak için

SUMMARY

Between 1983 and 1992, 19 patients with traumatic penile fracture underwent immediate surgery for repair. One patient was found to have associated urethral injury. No early post-operative major complication was noted except one patient with penile skin necrosis that required autologous skin grafting. The mean hospital stay was 5 days. The follow-up time ranged from 2 to 26 months. Full patient satisfaction in terms of both cosmetic appearance and sexual activity was obtained in all cases.

Key words: Corpus cavernosum, penile fracture, surgery

elle zorlama, yataktan düşme, hatta at çiftesi gibi nedenler bildirilmiştir(5,6).

Karakteristik patoloji, ereksiyon sırasında oldukça incelen tunika albugineanın yırtılmasıdır (7-9). Hastalar genellikle travma sırasında kırılma sesi benzeri bir sesi izleyerek ereksiyon kaybı, peniste ağrı, şişlik, renk değişikliği ve eğrilik geliştiğini tanımlar.

Penis fraktürlerine korpus spongiyozum ve üretra yaralanmaları da eşlik edebilir(7,10-12). Bu

olgularda hematüri veya üretrorajinin eşlik ettiği idrar ekstravazasyonu sıklıkla vardır(5,9).

Penis fraktüründe standart bir tedavi yaklaşımı yoktur. Bazı yazarlarca konzervatif tedavi yöntemleri önerilirken(5,6), genelde acil cerrahi girişimi ön plana çıkaran görüşler ağır basmaktadır (2,3,8,9,11,12). Bu yazıda, penis fraktürü tanısı konulup acil cerrahi tedavi uygulanan 19 hastada elde edilen sonuçlar gözden geçirilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

1983-1992 yılları arasında S.B. Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği'nde 19 hasta penis fraktürü tanısıyla tedavi edildi. Hastaların yaş dağılımı 24-53 arasında (ortalama, 33) idi. Fraktür 11 hastada cinsel ilişki sırasında oluşurken, 4 hastada detümesans sağlamak amacıyla penislerini bükmeleri sonucu, 4 hastada ise yatakta erekte penis üzerine dönme nedeniyle meydana gelmişti.

Hastalar yaralanmayı izleyen 2-24 saat içerisinde kliniğimize başvurmuşlardı. Ağrı, skrotal ve pubik bölgelere yayılan hematoma, ödem ve renk değişikliği, lezyonun ters tarafına penil deviasyon genel bulgularıydı. Bir hasta dışında miksiyon sorunu saptanmamıştı. Hematüri ve miksiyon güçlüğü tanımlayan ve eksternal meatusta kan saptanan bir hastanın retrograd üretrogramlarında bulböz üretra proksimalinden ekstravazasyon saptandı.

Öykü, fizik muayene, rutin laboratuvar tetkikleri sonrası tüm hastalara erken cerrahi girişim

yapıldı. Genel anestezi altında subkoronal sirkumferansiyel insizyon yapılarak penis cildi sıyrıldı, hematoma temizlenip tunika albuginea'daki defekt ortaya çıkarıldı. Onarım 2/0 poliglaktin veya polipropilen tek sütürlerle yapıldı. Bir hastada saptanan transvers üretra yırtığı ise 4/0 poliglaktin sütürle onarıldı. Hemostaz sonrası dren konulmadan, penis cildi yukarı çekilip anatomik olarak kapatıldı. Tüm hastalara Foley üretral kateter konulup, penis elastik baskılı bandajla sarıldı. Postoperatif geniş spektrumlu antibiyotik ve sedasyon uygulandı. İzlem süresi 2-26 ay (ortalama, 14 ay) idi. İzlemlerde ayrıntılı cinsel öykü alındı.

BULGULAR

Tunika albuginea defektleri 12 hastada sağ, 7 hastada sol tarafta idi. Defekt boyutu 1 ile 3cm arasında (ortalama 1,5cm) değişiyordu. Hastanede kalış süresi 4-10 gün arasında (ortanca 5 gün) idi. Postoperatif dönemde, bir hastanın penis cildinde yaygın nekroz ortaya çıktı. Yara bakımı sonrası bu hastaya otograft uygulandı. Bunun dışında herhangi bir erken komplikasyon gözlenmedi. Hastalar şifa ile çıkarıldılar. Bir ay sonra yapılan ilk kontrolde hastalar normal cinsel fonksiyonlarını en geç 4 hafta içinde kazandıklarını belirttiler. Üretra onarımı yapılan hastanın kontrol üretrogramında minimal darlık dışında patoloji bulunmadı. Hasta normal projeksiyon ve kalibrasyonda idrar yapabilmekteydi. Başka 2 hastada eski hematoma yerinde endurasyon bulundu.

TARTIŞMA

Penis fraktürünün sık rastlanmayan bir patoloji olması, tedavisi üzerinde farklı yaklaşımlar ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bugün için bazı kliniklerde uygulama alanı bulabilen konzervatif tedavinin temeli 1950'li yıllara dayanır(5). Konzervatif tedavinin esasları, üretral kateter veya suprapubik sistostomiyle diversiyon, penise baskılı bandaj, penoskrotal süspansiyon, buz uygulaması, yatak istirahati, antibiyotik ve antiinflamatuvar ilaçlardır(5,6). Ayrıca fibrinolitik ajan (8) ve tripsin kullanımı da (13) literatürde yer almaktadır. Bu önlemlere ek olarak ereksiyonu azaltmak ve hematoma rezorpsiyonunu hızlandırmak için östrojen ve diazepam kullanılabilir(3,6).

Konzervatif tedavide penis deformite, yetersiz ve ağrılı ereksiyon, psödodivertikül oluşumu ve koitus güclüğü belli başlı komplikasyonlardır (5,9). Bu komplikasyonlar genellikle %10-30 arasında bildirilmiştir. Ancak bir çalışmada %53'e kadar ulaşan komplikasyon gözlenmiştir(9). Konservatif tedavide hastanede kalış süresi 4-71 gün (ortalama 14 gün) arasında değişmektedir(5). Ayrıca normal cinsel fonksiyonların kazanılabilmesi en az 2 ay sonra olabilmektedir (6).

Penis fraktürlerinde acil cerrahi tedavi 1969 yılından itibaren klinik kullanıma girmiş ve gittikçe yaygınlaşmıştır (3,4,8,9,10,11,12). Hastanede kalış süresi oldukça kısalmıştır. Bu süre bir çalışmada 2-9 gün (ortalama 3,5 gün),

başka bir çalışmada ise 2-11 gün (ortalama 4,3 gün) olarak bildirilmektedir(7,8,9,11,12). Bir çalışmada bu sürenin 2-4 hafta arası olduğu bildirilmiştir(12).

Yurdumuzda yapılan çalışmalarda cerrahi tedavi sonrası cinsel fonksiyonları engelleyen ve ek cerrahi tedavi gerektiren ciddi bir komplikasyon gözlenmediği bildirilmiştir(8,11,12). Bu çalışmalarda başkaca erken veya geç belirgin bir komplikasyon gözlenmemiş, hastanede kalış süresi 2 gün gibi oldukça kısa olabilmektedir. Ayrıca lokal anesteziyle bile uygulanabilmektedir (12).

Penis fraktürünün üretra yaralanmasıyla birlikte görülmesi %14-33 arasında bildirilmektedir (1,8,13). Aslında bu oranın sanılandan daha yüksek olduğu, hastaların çoğunda retrograd ürethrografi ile az da olsa bir ekstremitasyon görülebileceği bildirilmiştir. Fakat bunların çoğunda ek tedavi gerekmemektedir(2). Üretral yaralanmanın konzervatif yaklaşımla tedaviye çalışılması daha sonra cerrahi tedavi gerektiren komplikasyonlar oluşturabilmektedir(5). Üretra travmaları da acil cerrahi girişim sırasında onarılmalıdır(4,11,12).

Sonuç olarak, düşük morbitide, kısa hastanede kalış süresi, cinsel fonksiyonların hızlı kazanılabilmesi, gerektiğinde lokal anesteziyle bile uygulanabilmesi penis fraktürlerinde tedavi seçeneğinin erken cerrahi girişim olması gerektirdiğini düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

1. Antony J. Fracture of the penis. *Int Surg* 1977; 62: 561-3.
2. Farah RN, Stiles R, Cemy JC. Surgical treatment of deformity and coital difficulty in healed traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J Urol* 1978; 120: 18-20.
3. Redman JF, Miedema EB. Traumatic rupture of the corpus cavernosum. A case report and survey of the incidence in Arkansas. *J Urol* 1981; 126: 830-1.
4. Gross M, Arnold TL, Peters P. Fracture of penis with associated laceration of the urethra. *J Urol* 1977; 127: 725-7.
5. Creecy AA, Beazlie FS Jr. Fracture of penis. Traumatic rupture of corpus cavernosa. *J Urol* 1957; 78: 620-7.
6. Jallo A, Wani NA, Rashid PA. Fracture of the penis. *J Urol* 1980; 123: 285-6.
7. Bergner DM, Wilcox ME, Prentz GD. Fracture of penis. *Urology* 1982; 20: 278-81.
8. Özen HA, Erkan İ, Alkibay T, Remzi D. Fracture of the penis and long term results of surgical treatment. *Br J Urol* 1986; 58: 551-2.
9. Meares EM. Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J Urol* 1971; 105: 407-8.
10. Cass AS, Gleich P, Smith C. Male genital injuries from external trauma. *Br J Urol* 1985; 57: 467.
11. Kuyumcuoğlu U, Erol D, Baltacı L, Tekgül S, Özkardış H. Traumatic rupture of corpus cavernosum. *Int Urol Nephrol* 1991; 22: 137-40.
12. Altuğ U, Turay N. Penis fraktüründe cerrahi tedavi ve sonuçları. *Türk Uroloji Dergisi* 1990; 16: 211-4.
13. Övrüm E. Rupture of the penis. *J Urol Nephrol* 1981; 12: 83-7.