

## RANDOM İNGUİNAL FLEPLERLE PROTEZ BASISINA BAĞLI PENİS DOKU DEFEKTİNİN ONARIMI

Metin GÖRGÜ\*, Bülent ERDOĞAN\*, Tayfun AKÖZ\*,  
Öztuğ ADSAN\*\*, Mesut ÇETİNKAYA\*\*

Ankara Numune Hastanesi I. Plastik Cerrahi Kliniği\*  
Ankara Numune Hastanesi I. Üroloji Kliniği\*\*

### ÖZET

*Dünyada yaygın olan penis protezi ile empotans tedavisi ülkemizde de artmaktadır. Üroloji ve plastik cerrahi uzmanlarınca uygulanan penis protezlerinin değişik tiplerinin farklı komplikasyonları görülmektedir. Biz semirigid penis protezi uygulamasından sonra görülebilen bası nekrozu komplikasyonunun random inguinal fleplerle onarımına ait bir olgumuzu sunduk.*

*Anahtar sözcükler: Penis protezi, Bası yarası, Lokal flep*

Penis protezleri vajinal penetrasyon için yeterli sertlikte ve hasta ile arasında tatminkar koitus sağlayacak bir penis oluşturabilmek amacı ile uygulanmaktadır. Eski dönemlerde kosta grefti, sentetik implantlar (Akrilik) kullanılmıştır. Silikon protezlerin çıkması ve teknolojik ilerleme ile orantılı olarak penis protezleride gelişmiş ve başarı oranları artmıştır. Uygulanan protez sayısının artması ile orantılı olarak değişik komplikasyonlarla karşılaşılmaktadır. Protez komplikasyonlarından biri olan distal peniste bası nekrozu gelişmiş bir hastanın random inguinal fleplerle onarımına sunuldu.

### OLGU SUNUMU

Üç ay önce empotans nedeni ile penis protezi takılmış hasta distal penil bölgede bası

### SUMMARY

*As in the world number of impotence cases treated by penile prosthesis are increasing in our country. Plastic surgery and urology confront with different complications by different types of prosthesis. We present a case of distal penile pressure necrosis as a complication of semirigid prosthesis which was treated by bilateral random inguinal flaps.*

*Key words: Penile prosthesis, Pressure sores, Local flaps*

nekrozu tanısı ile kliniğimize kabul edildi. Hastanın lokal muayenesinde penisin distalinde lateral yerleşimli sağdaki 3x2 cm ve soldaki 2x1.5 cm boyutlarında, tabanda protezin ekpoze olduğu, nekroza bağlı iki adet defekt olduğu gözlemlendi (Şekil 1). Rutin laboratuvar tetkikleri normal olan hasta lokal anestezi altında opere edildi. Nekrotik dokular temizlendikten sonra her iki inguinal bölgeden hazırlanan lateral pediküllü random deri flepleri defektlere adapte edildi (Şekil 2a). Sol flebin pedikülü kanlanması kontrol edildikten sonra 11. günde kesildi (Şekil 2c-3a). Sağ tarafta flep distalinde nekroz olması ve distalden kanlanmasının yeterli olmaması üzerine flep defekten ayrıldı ve flep boyu uzatılarak tekrar defekte adapte edildi (Şekil 2b). 11. gün sonra distalden

kanlanma yeterli bulunarak pedikül ayrıldı (Şekil 3b). Hastaya 1. ayın sonunda koitus için izin verildi.



Şekil 1. Sağ taraftaki defektin görünüşü



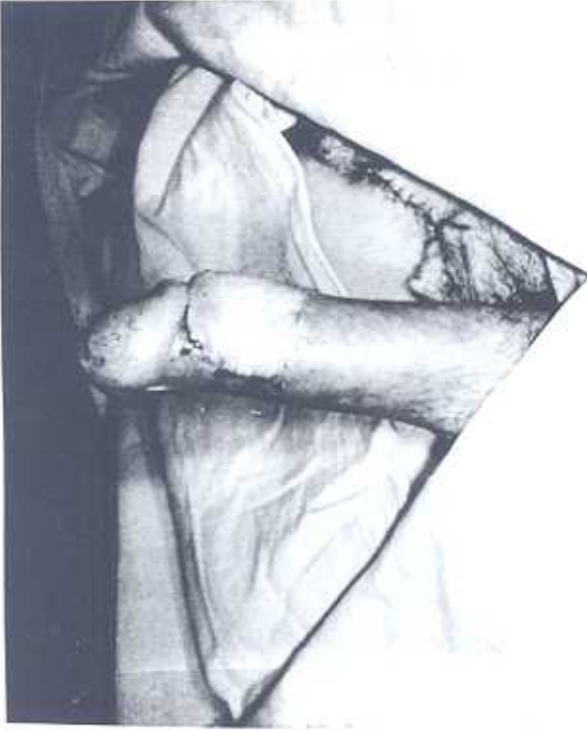
b) Sağ flebin distalinde nekroz gelişimi



Şekil 2. a) Bilateral random inguinal flepler uygulanıldıktan sonra 8. gün



c) Sol flepte 11. günde yeterli iyileşme sağlanmış



Şekil 3. Pediküller kesildikten sonra

a) Sol fleb (Postop. 25. gün)



b) Sağ fleb (Postop. 14. gün)

### TARTIŞMA

Penis protezi uygulamalarının amacı vajinal penetrasyonu sağlayacak bir sertlikte bir penis oluşturmak ve koitusun hasta ile part -

neri için tatminkar olmasını sağlamaktır. Günümüzde empotans tedavisi için penis protezi uygulamalarının sayısı hızla artmaktadır. Olgu sayısında ki artış karşılaşılan komplikasyon sayısını da arttırmaktadır. Erken dönemlerde Bergman, Howard ve Bams (3) tarafından kosta grefti konularak başlanan cerrahi girişimler günümüzde gelişmiş implant materyalleri ile sürmektedir. Günümüzde uygulanan protez tipleri onun üzerindedir.

Penis protezi ile mükemmel sonuç ağrı ve fleksiyon deformitesi olmayan, tatminkar ilişki sağlayan bir penis elde edilmesidir. Protezleri komplikasyonlarının değerlendirilmesinde üç gruba ayırarak incelemek mümkündür. Semirigid, inflatable ve self-contained inflatable (3). Her üç grup protezinde ortak komplikasyonu olarak enfeksiyon, devam eden ağrı ve hematom görülebilirken, üretra ve glans erozyonu, penil ödem, parafimozis, gizlemede güçlük gibi diğer komplikasyonlar sadece semirigidlerde karşımıza çıkmaktadır (3). Protez basısına bağlı olarak, üretral erozyon veya glansa penetrasyon genellikle uygun olmayan uzunluk ve çapta protez kullanımına bağlıdır (3). Corpora dilatasyonu sırasında t. albigunea rüptürü olabilir. Inflatable protezlerde mekanik yetersizlik, silikon zarın incelmesine veya yırtılmasına bağlı sıvı sızıntıları, t. albiguneada olacak zayıf bir alandan balonlaşma karşılaşılan komplikasyonlardır (3). Self inflatable protezlerde şişirme ve boşaltma sorunları yanısıra koitus sırasında kendiliğinden ani protez boşalması

olabilir. Ancak protez konulan hastalardaki en ciddi sorun, protezin çıkarılmasına yol açacak infeksiyon ve doku nekrozu komplikasyonlarıdır. İnfeksiyon oranı yaklaşık %0.5-16.7 olup, protezi içerdiğinde çıkarılmalıdır (1,3). Protez çıkarıldığında yeniden yerleştirilmesi oluşan fibrozis ve kısalmış penis nedeni ile zordur. Penis protez uygulanması sonrası flep ile onarımı gerektirecek boyutta doku nekrozu nadir bir komplikasyondur. Abe ve arkadaşları penis protezi uygulamasından sonra gelişen doku nekrozunun süperfisiyel ekstrenla pudental arter flebi ile onarımını bildirmişlerdir (2). Olgumuzun protezi başka bir klinikte konul-

duğundan nekrozun nedeni bilinmemektedir. Hastamızda oluşan bası nekrozuna rigid bir protez olması nedeni ile sadece iyi bir örtü gerekliydi. Ancak fleplerin tabandan beslenemeyecekleri ve yan kenarlarında zaten geçirilmiş cerrahi girişimler nedeni ile fibrotik ve skarlı olduğu göz önünde tutularak hastaya protezin çıkarılması önerildi. Hasta kabul etmeyince bilateral inguinal random pediküllü fleplerle protezin üzeri örtüldü. Hastanın erken dönemde problemlili olmadı. Ancak gergin bir ortamda bulunan ve devamlı travmaya uğrayacak fleplerin, altındaki yabancı cismi örtmeyi geç dönemde de sürdüreceği tartışmalıdır.

#### KAYNAKLAR

1. Teloken C, Souto J.C, Da-Ros C, Thorel E, Souto C.A. Prosthetic penile infection: "rescue procedure" with rifamycin. J-Urol 1992; 148 (6): 1905-1906.
2. Abe, S, Takami, Y, Yamaguchi Y, Hata K, Yamaguchi T. Penile reconstruction with de-epithelized superficial external pudental artery flap. J-Urol 1992; 147 (1): 155-157.
3. Horton C.E, Stecker J.F, Jordan G.H. Management of erectile dysfunction, genital reconstruction following trauma, and transsexualism. Ed. McCarthy J.G, M.D, Plastic Surgery Philadelphia W.B. Saunders Co 1990; 6: 4213-4245.