

PENİS FRAKTÜRLÜ 14 OLGUDA CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

OUR SURGICAL TREATMENT OUTCOMES IN 14 CASES WITH PENIL FRACTURES

TAHMAZ L., KİLCİLER M., GÖKALP A., SOYDAN H., DAYANÇ M., PEKER A.F.
GATA Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

Penisin fraktürü ve penisin penetran travması nadir rastlanan bir olaydır. Etyoloji farklı olsa da patoloji aynı olup tunika albugineada yırtık meydana gelmektedir. Küçük lezyonlarda dahi oluşacak komplikasyonlardan kaçınmak için tedavi cerrahi yaklaşımdır.

Penis fraktürü ile beraber üretra rüptürü bulunabilir. Böyle ek bir patoloji varsa mutlaka teşhis edilmelidir. Çünkü uygulanacak cerrahi yöntemi ve vakanın seyrini değiştirmektedir. Üretranın penis fraktürüne eşlik ettiği vakalarda üretroraji mevcuttur ve retrograd ürethrografi tanıda yardımcı olmaktadır.

Bizim serimizde, karşılaştığımız 14 vakanın etyoloji, patoloji, tedavi ve prognozları yönünden durumları değerlendirildi. Erken cerrahi yöntemin uygulandığı vakalarımızın biri hariç tümünde sonuçlar yüz güldürücü idi.

Anahtar Kelimeler: Penis, fraktür, tedavi

ABSTRACT

Penil fracture and penetrating trauma of the penis is a rarely seen event. Although the ethiology is different, the pathology is the same: there is a rupture in the tunica albuginea. Approach to this event must be surgical. In order to avoid the complications, surgical treatment must always be used even in minor lesions.

Presence of urethral rupture must be carefully examined because this may change the surgical treatment method and it's progress. Urethral bleeding is present in patients with urethral rupture and retrograd urethrography may be helpful in the diagnosis of these cases.

In our series, the etiology, pathology, treatment and prognosis of 14 cases evaluated. The results of early applied surgical treatment in penile fracture are successful except one.

Key Words: Penile, fracture, treatment

GİRİŞ:

Penis fraktürü, ereksiyon halindeki penisin künt bir travmaya maruz kalması sonucunda oluşan korpus kavernosum ve/veya korpus spongiosum rüptürü olarak tanımlanır. Penis fraktürü nadir görülen ancak acil müdahale gerektiren bir durumdur. Gerçek insidansı bilinmemekle beraber, 1988 yılına kadar literatürde 110 vaka yayınlanmıştır¹.

Seksüel ilişki esnasında erekte penisin simfiz pubis veya perineye çarpması veya erekte peniste detümesans oluşturmak için yapılan manipülasyonlar etyolojide rol almaktadır^{1,2}. Diğer sebepler arasında; nokturnal ereksiyon sırasında ani hareketler ve masturbasyon sayılabilir^{3,4}. İntrakavernozal enjeksiyon tedavisini takiben oluşan bir penis fraktürü vakası da yayınlanmıştır⁵.

Klasik bulguları; kırılma sesi ile beraber ani ve şiddetli ağrı, hızlı bir şekilde ereksiyonun kaybolması, peniste şişlik, ekimoz ve deviasyondur. Hematom genellikle Buck fasiası ile penise sınırlıdır. Eğer Buck fasiası da perfore olmuşsa hematom scrotum ve perineye ilerleyebilir. Va-

kaların %10-30'unda, korpus spongiosum ve üretra yaralanmaları vardır. Bu vakalarda üretroraji, idrar ekstravazasyonu, idrar yapamama, gecikmiş vakalarda ise üretra darlığı meydana gelebilir^{4,6,7,8}.

Penis fraktürünü düşündüren tüm bu bulgulara rağmen, derin dorsal ven ve/veya süperfisyel ven yaralanması da akut penis tablosu yapabilir^{9,10}.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma 1988-1999 yılları arasında GATA Üroloji A.D.'a penis fraktürü nedeni ile başvurmuş 14 olgu üzerinde retrospektif olarak yapıldı. Hastaların yaş ortalaması 36 (20-56) idi. Olgularımızın tümünde fraktür sonrasında ağrı, ereksiyon kaybı ve değişik büyüklük ve lokalizasyonda hematom ve ekimoz oluşmuştu. 9 hasta fraktür olduğu esnada kırılma sesi duyduğunu ifade etti. 2 hastada üretroraji tespit edildi. Olgularımızın doktora başvurma süresi 1-8 saat arasında değişmekte idi.

Hastalarımıza penis fraktürü tanısı, anamnez ve fizik muayene ile konuldu. Sadece üretrorajisi olan iki hastaya retrograd ürethrografi yapıldı.

Dergiye Geliş Tarihi: 02.03.2000

Yayına Kabul Tarihi: 22.05.2000 (Düzeltilmiş hali ile)

Olgularımızın tümü başvurma anından itibaren ortalama 3 saat (2-4) sonra operasyona hazırlandı. Genel anestezi altında, 16-18 F Foley üretral kateter takılmasını takiben, sirkümsizyonel subkoronal insizyon yapıldı. Penisin deglove edilmesini takiben, hematoma temizlendi, debritleme yapıldı. Özellikle tunika albuginea yırtığı olan tarafta hematoma fazla olup karşı tarafa deviasyon vardı. Buck fasyası açılarak fraktür hattı tespit edildi. Tüm yırtıklar penise transvers şekilde idi. Tunika albuginea penisin uzun aksına paralel olacak şekilde 2:0 poliglaktin ile sütüre edildi. Loja gentamisinli irrigasyon yapıldı. Diğer katlar kromik sütürlerle kapatıldı.

Hastalarımızın hepsine postoperatif buz uygulaması ve 24 saat elastik bandaj uygulaması yapıldı. 5 gün süreyle analjezik, antienflamatuvar ve geniş spektrumlu antibiyotik uygulandı. 48 saat sonra üretral kateter çıkarıldı. Postoperatif 3.veya 4.günde hastalarımız taburcu edildi.

Patolojik olarak tüm yırtıklar tek taraflı olup ortalama 12mm (3-20mm) uzunluğunda idi. Kavernöz cisimlere göre dağılımı; sol korpus kavernozum 3 olguda (%22), sağ korpus kavernozum 11 olguda (%78) yırtılmıştı. Yırtık 8 olguda (%55) proksimal peniste, 6 olguda (%45) distal peniste idi. 2 olguda üretroraji olmasına rağmen retrograd üretrografiyle üretra yaralanmasına rastlanmadı.

Tüm olgularımız ortalama 1 yıl (6- 24 ay) süreyle takip edildi. Hiçbir vakada erken ve geç komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA

Penisin iyi korunmuş lokalizasyonu ve yüksek dereceli mobilitesi nedeni ile penis fraktürü sık rastlanmayan bir yaralanmadır. Ancak ereksiyon esnasında tunika albuginea 2mm'den 0,25-0,5mm'e kadar inceler, bu da penis fraktürüne predispozan bir faktör oluşturmaktadır⁹.

Literatürde, etyolojik olarak penis fraktürüne en sık cinsel ilişki esnasında (%33-60) rastlanmaktadır^{3,4,8,9,11}. Bu oran bizim vakalarımızda %40 idi. Hastalarımızın yaş ortalaması 36 (20-56) olup, hastaların cinsel yönden aktif oldukları bir dönemi yansıtmaktadır.

Hastalarımıza penis fraktürü tanısını anamnez ve fizik muayene ile koyduk. Hastalarımızın hepsinde fraktür sonrası ağrı, ereksiyon kaybı, peniste şişlik ve ekimoz vardı. Kırılma sesi 9 hastada duyulmuştu. Sadece 2 hastaya intraope-

ratif kavernozografi yaptık. Bu hastalarda da yırtık küçüktü. Bazı yazarlar tarafından, tanı amaçlı tüm hastalara preoperatif kavernozografi yapılması önerilmiştir¹³. Kavernozografi de, korporal ektravazasyonun görülmesi tanı koydurucudur. Ancak, korporal defektin bir pıhtı ile kapanmasına bağlı olarak yanlış-negatif sonuçlar alınabilir⁹. Bazı yazarlar ise, tanı için anamnez ve fizik muayenenin yeterli olacağını bildirmektedir¹⁴. Penil ultrasonografi ve MR görüntüleme yöntemlerinin de başarıları sınırlıdır¹⁴. Penisin Mondor hastalığı nadir görülen bir flebotrombozu olup penisin dorsal yüzünde kordon gibi sert ve fiks şekilde kendini gösterir. Fizik muayene esnasında bu da akla getirilmelidir. Çoğunlukla uzamış cinsel ilişkiyi takiben ortaya çıkar. 4-6 haftada kendiliğinden geçer. Ayırıcı tanıda akla getirilmelidir.

Bazı yazarlar, penil fraktüre eşlik eden üretral yaralanma olup olmadığını araştırmak için tüm hastalara preoperatif retrograd üretrografi yapılmasını önermişlerdir^{15,16}. Ancak, diğer yazarlar ise, retrograd üretrografinin, üretra yaralanmasını düşündüren, üretroraji ve hematurisi olan hastalara uygulanması gerektiğini belirtmişlerdir⁹. Biz sadece üretrorajisi olan 2 hastamıza retrograd üretrografi yaptık. Ancak bunlarda üretra yaralanması saptamadık. Bizim vakalarımızdaki üretroraji, üretral mukozanın kanaması sonucunda oluşmuş olabilir². Retrograd üretrografi operasyon öncesi önemlidir. Operasyon sırasındaki bir üretral kateter uygulaması inkomplet bir rüptürü komplet hale getirebilir.

Penis fraktürünün tedavisine yaklaşım tarzı tarih içerisinde değişmiştir. Konservatif yaklaşım, üretral yaralanması olmayan hastalarda önerilmiş ve penise basınçlı sargı, buz uygulaması ve analjezik tedavisi şeklinde uygulanmıştır¹⁷. Her ne kadar, penis fraktüründe konservatif ve cerrahi bir çalışma yoksa da, Orvis ve McAninch⁸, literatürdeki birçok seriyi yeniden değerlendirmiş ve konservatif olarak tedavi edilen 46 hasta ile cerrahi olarak tedavi edilmiş 80 hastanın morbidite ve postoperatif sonuçlarını karşılaştırmıştır. Konservatif tedavi uygulanan 46 hastanın (%35)'sında komplikasyon gözlenmiş; 2'sinde penis absesi, 2'sinde parsiyel üretra yaralanmasının atlanması, 6'sında penil angulasyon ve 6'sında ise eksplorasyon gerektiren persistan veya genişleyen hematoma şeklinde bildirilmiştir. 15

hastada ise geç komplikasyonlar gözlenmiş; 14'ünde fibrosis ve 1'inde atlanmış üretra yaralanmasına bağlı penis absesi şeklinde bildirilmiştir. Cerrahi olarak tedavi edilen 80 hastanın ise sadece 7(%9)'unda komplikasyon gözlenmiş; 4'ünde seksüel fonksiyonu etkilemeyen orta derecede penil angulasyon 1'inde penil sellülit, 1'inde süperfisyal yara enfeksiyonu ve bilateral korpus kavernozum yaralanması ve parsiyel üretra yaralanması olan bir vakada total impotans şeklinde bildirilmiştir. Ayrıca, cerrahi olarak tedavi edilen hastaların hastanede kalış süreleri daha kısa olarak tespit edilmiş. Bu sonuçlara bakılacak olursa; erken cerrahi girişimin daha uygun olacağı görülmektedir. Erken cerrahi girişim, penil kurvature neden olan fibröz doku oluşumunu engellemek, iyi sonuçlar elde etmek, hastanede kalış süresini kısaltmak, oluşabilecek penis deformitesini önlemek açısından önemlidir.

Penis fraktürünün cerrahi tamiri, hematomun boşaltılması, kanama kontrolü, debritleme ve yaralanmış tunika albugineanın kapatılmasını gerektirir. Tercih edilen insizyon sirkümleransiyel subkoronal insizyondur^{1,2,9,14}. Her iki korpus kavernozum ve korpus spongiosuma kolaylıkla müdahale imkanı sağlar. Özellikle, üretra yaralanması olan vakalarda kullanışlıdır. Dezavantajı ise penise yayılmış ödem varlığında diseksiyon zorluğudur. Özellikle, masif penil ödemi olan olgularda kullanımı daha uygun olan bir insizyon şekli de; ingiunal scrotal insizyondur¹⁸. Operasyon sonrası penise elastik bandaj uygulaması 48 saat tutulması, antienflamatuar ve antibiyotik başlanması önerilir. Hastalara hastaneden çıkışta 4-6 hafta cinsel ilişkiden uzak durmaları ve masturbasyon yapmamaları söylenir.

SONUÇ

Penis fraktörü kendini, karakteristik bulgularla gösteren bir durumdur. Şüphelenildiği zaman, hızlı bir şekilde değerlendirilmeli ve gecikmeye bağlı doğabilecek komplikasyonları önlemek için acil olarak opere edilmelidir¹⁹.

KAYNAKLAR

- 1- **Fergani AF, Angermeier KW, Montague DK, Kenneth WA, Drogo KM.**: Review of Cleveland clinic experience with penil fracture. *Urol*, 54: 2: 352-5, 1999
- 2- **Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad MR, Samadzadeh B, Bardideh AR.**: Penil fractures: evaluations, therapeutic approaches and long-term results. *J Urol*.155: 148-9, 1996
- 3- **Oosterwitz H, Bick C, Brawn E.**: Fracture of the penis. *J Family Proct*, 23, 71, 1986
- 4- **Tsang T, Demby AM.**: Penil fracture with urethral injury. *J Urol*, 147: 466-8, 1992
- 5- **Fazeli-Matin S, Montague DK, Angermeier KW, Lakin MM.**: Penil fracture after intracavernosal enjection therapy. *J Urol*: 159: 2094, 1998
- 6- **Cendron M, Whitmore KE, Corpinello V et al.**: Traumatic rupture of the corpus cavernosum: evaluation and management. *J Urol* 144: 987-991, 1990
- 7- **Nymark J, Kristensen KJ.**: Fracture of the penis with urethral rupture. *J Urol* 129: 147-148, 1983
- 8- **Orvis BR, Mc Aninch JW.**: *Urol Clin N Am* 16: 369-375, 1989
- 9- **Karadeniz T, Topsakal M, Acimen A, Ertan H, Başak D.**: Penil fracture: differential diagnosis, management and outcome. *Br J Urol* 77: 279-281, 1996
- 10- **Nehru-Babu M, Hendey D, Ai-Saffar N.**: Rupture of the dorsal vein mimicking fracture of the penis. *BJU int* 84: 179-180, 1999
- 11- **Nicolaisen GS, Melamed A, Williams, RD, Mc Aninch JW.**: Rupture of the corpus cavernosum: surgical treatment. *J Urol.*, 130:917, 1983
- 12- **Taha SA, Sharuyah A, Kamal BA., Kwaja S.**: Fracture of the penis: surgical management. *Int.Surg.*,73: 63, 1988
- 13- **Dever DP, Saraf PG, Catanese RP, Feinstein MJ, Davis RS.**: Penil fracture: operative management and cavernosography. *Urology* 22: 394-6, 1983
- 14- **Haas CA, Brown SL, Spirnak JP.**: Penile fracture and testicular rupture. *World J Urol* 17: 101-6, 1999
- 15- **Agrawal SK, Murgan BE, Shafique M, Shazely M.**: Experience with penil fracture in Saudi Arabia, *Br J Urol* 67:644-6, 1991
- 16- **Turan T, Aybek Z, Yonguç T, Tuncay ÖL.**: Komplet üretral rüptür ile birlikte her iki kavernöz cismi içeren penis fraktörü. *Türk Üroloji Dergisi*. 25: 473-475, 1999
- 17- **Creecy AA, Beazlie FS Jr.**: Fracture of the penis: traumatic rupture of the corpora cavernosa. *J Urol* 78:620-7, 1957
- 18- **Seftel DA, Has CA, Vfa A, Brown sl.**: İngiunal scrotal incision for penile fracture. *J Urol*, 159: 182-4, 1998
- 19- **Nane I, Esen T, Tellaloğlu S, Selhanoglu M, Akıncı M.**: Penile fracture: Emergency surgery for preservation of penile functions. *Andrologia* 23(4): 309-11, 1991.