

PENİS KURVATÜRÜNDE CERRAHİ TEDAVİ SONUÇLARIMIZ

OUR SURGICAL RESULTS IN PENILE CURVATURE

METİN A., KAYIGİL Ö., AHMED S.İ.

TCDD Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA

ÖZET

TCDD Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği'nde Ocak 1990 ile Ocak 2000 tarihleri arasında penis kurvatürü nedeniyle opere edilen 32 hastadaki cerrahi tedavi sonuçları incelenmiştir.

Konservatif tedavinin başarısız olduğu, koitusu zorlaştıran 30 derecenin üzerinde eğriliği olan vakalar opere edilmiştir. Beş vakada konjenital etyoloji, 27 vakada akkiz etyoloji mevcut olup, 9 vakada lateral, 10 vakada ventral, 13 vakada dorsal kurvatür mevcuttu. Lateral ve ventral kurvatürü olan hastalara (n=19) Nesbit plikasyonu, dorsal kurvatürü olan hastalara (n=13) ise plak insizyonu+venöz patch graft (n=9), plak eksizyonu+ dermal graft (n=2), plak insizyonu+penil protez implantasyonu (n=2) yapılmıştır.

Nesbit plikasyonunda başarı oranı %78.9, plak insizyonu+venöz patch graft de %88.8 oranında bulunmuştur.

Sonuç olarak kliniğimizde lateral ve ventral kurvatürlü olgulara Nesbit plikasyonu, dorsal kurvatürlü olgulara ise plak insizyonu+venöz patch grafti tercih ederek başarılı sonuçlar almaktayız.

Anahtar Kelimeler: Penis kurvatürü, cerrahi tedavi

ABSTRACT

Outcomes of 32 patients who had surgical treatment for penile curvature between January 1990 and January 2000 in Urology Clinics of TCDD Ankara Hospital were evaluated.

Patients in whom conservative treatment failed and with curvatures more than 30 degrees preventing the coitus were operated. Five patients have congenital, 27 have acquired etiologies. Nine patients have lateral, 10 have ventral and 13 have dorsal curvatures. Nesbit plications were done in lateral and ventral curvature groups (n=19) while plaque incision+venous patch grafting (n=9), plaque incision+penile prosthesis implantation (n=2) and plaque excision+dermal grafting(n=2) were done in dorsal curvature groups.

The success rates were found in 78.9 and 88.8 percents respectively in Nesbit plication and plaque incision+venous patch grafting groups.

As a result we preferred Nesbit plication in lateral and ventral curvatures and plaque incision+venous patch grafting in dorsal curvatures because of our satisfactory results.

Key Words: Penile curvature, surgical treatment

GİRİŞ

Konjenital veya edinsel nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan penis kurvatürü, en sık olarak ağrılı ereksiyon ve ereksiyon zorluğu gibi nedenlerden dolayı cerrahi tedavi gerektirmektedir¹. Eretil disfonksiyon; strüktürel, vasküler veya psikojenik faktörlere bağlı olabilir². Konservatif tedavinin başarısız olduğu, penis kurvatürün 30 derecenin üzerine çıkarak koitusu engellediği durumlarda cerrahi tedavi endikasyonu ortaya çıkmaktadır³. Hastalığın stabilizasyon gösterdiği, en az bir yıldır ilerlemediği, koitusun zorlaştığı dönem operasyon için ideal kabul edilmektedir⁴.

Cerrahi yöntemin seçimi penisteki deformitenin tabiatına, kurvatürün derecesine ve yönüne, hastanın yaşına ve ereksiyon kapasitesine göre yapılmalıdır. Cerrahi yöntemler arasında Nesbit

plikasyonu⁵, plak çıkarılması ve greft konulması⁶, plak insizyonu ve dorsal ven grefti konulması⁴ ve plak insizyonu ve penil protez implantasyonu sayılabilir⁷.

Bu çalışmada konjenital ve akkiz nedenlerden dolayı penis kurvatürü tespit edilen 32 hastadaki cerrahi tedavi sonuçları araştırılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

TCDD Ankara Hastanesi Üroloji Kliniği'nde Ocak 1990 ile Ocak 2000 tarihleri arasında penis kurvatürü nedeniyle opere edilen 32 hastadaki cerrahi tedavi sonuçları irdelenmiştir. Ortalama hasta yaşı 54.4 (22-69) olup hastaların tümünde en az bir yıldır devam eden penil kurvatür öyküsü mevcuttu.

Dergiye Geliş Tarihi: 14.03.2000

Yayına Kabul Tarihi: 30.05.2000

Hastalardan detaylı bir anamnez ile hastalığın süresi, ilerleme gösterip göstermediği, travma öyküsü, penis rijiditesi, eğriliğin derecesi ve yönü, koitusla ilgili problemleri sorgulanmıştır. Fizik muayenede fibröz plak olup olmadığı, varsa yeri ve boyutu, intrakavernöz 60 mg papaverin enjeksiyonunu takiben oluşan ereksiyonun kalitesi, eğriliğin yönü ve derecesi kaydedilmiştir.

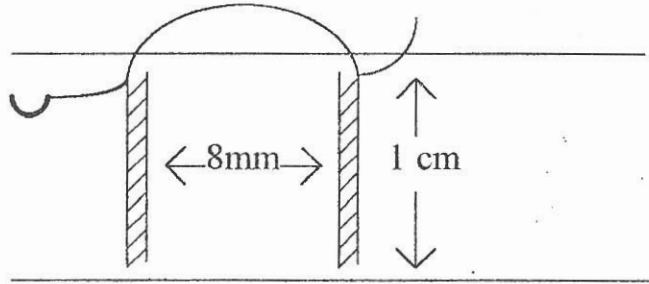
Penil kurvatürlerden 5'inin (%15.6) konjenital olduğu, bunlardan 3'ünde korpus kavernosumların birbirinden farklı boyutta geliştiği ve lateral kurvatüre sebep olduğu, 2'sinde ise sebebi tespit edilemeyen ventral kurvatür olduğu gözlenmiştir. Penil kurvatürlerin sonradan oluştuğu ve en az 1 yıldır stabilizasyon gösterdiği 27 olgu (%84.3) akkiz kabul edilmiştir. Bu 27 akkiz olgudan sadece 2 sinde (%7.4) etyolojik faktör ortaya konulabilmiş; birinde geçirilmiş penis fraktürü öyküsü, diğerinde ise geçirilmiş hipospadias onarımı öyküsü mevcuttu. Etiyolojisi ortaya konulabilen bu iki olguda ventral kurvatür mevcut (Tablo-1).

Konjenital (n=5)	
	Lateral kurvatür (n=3)
	Ventral kurvatür (n=2)
Akkiz (n=27)	
	Lateral kurvatür (n=6)
	Ventral kurvatür (n=8)
	Dorsal kurvatür (n=13)

Tablo 1: Penil kurvatürlü olguların dağılımı

Peroperatuar olarak tüm hastalara 60 mg intrakavernöz papaverin verilerek artifisiyel ereksiyon oluşturulmaya çalışılarak, operasyonun ilk aşamaları erektil veya semieretik bir peniste gerçekleştirilmiştir. Subkoronal insizyonla penis cilt ve cilt altı dokuları penis tabanına kadar deglove edilmiştir. Etiyolojik faktör dikkate alınmaksızın tüm lateral ve ventral kurvatürlü olgulara Nesbit plikasyonu yapılmıştır. Lateral kurvatürlü olgulara (Grup A) kurvatürün maksima olduğu konveks kenardan penis eksenine dik, aralarında 8 mm mesafe bulunan 2 adet 1 cm lik paralel tunica albuginea kesisi yapılmış ve kesilerin iki dış kenarı 2-0 propilene sütür ile birbirine yaklaştırılmıştır (Şekil-1). Daha sonra penis tabanına turnike konularak korpus kavernosuma kelebek set ile girilerek ereksiyon oluşuncaya kadar serum

fizyolojik verilerek eğriliğin düzelip düzelmediği kontrol edilmiştir. Kurvatürün düzelmediği durumlarda, bir adet ilave paralel plikasyon sütürü konulmuştur.

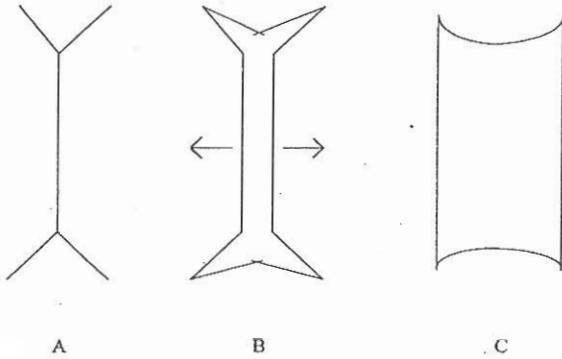


Şekil 1: Tunica albugenia plikasyonu

Ventral kurvatüre sahip olgulardan (n=10), 6'sına penis soyulduktan sonra nörovasküler bundle ortada 0,5 cm eninde kalacak şekilde minimal diseksiyon yapılmış ve maksima kurvatür olan yerden penis eksenine paralel 1 cm lik vertikal kesiler yapılarak, bu kesiler 2-0 propilene sütür ile transvers olarak dikilmiştir (Grup B) (Modifiye Nesbit). Korpus kavernosuma serum fizyolojik verilerek ereksiyon sağlandığında kurvatür düzelmiyorsa aynı şekilde ikinci bir çift sütür konulmuştur. Ventral kurvatürlü 10 olgudan 4'ünde ise x4 lüp büyütmesi altında nörovasküler bundle tam olarak penis tabanından glansa kadar serbestleştirilmiş ve altındaki korpus kavernosumun tunica albugineasına maksima eğrilip tespit edildiği yerden, penis eksenine dik ve aralarında 8 mm bulunan iki adet 1.5 cmlik paralel kesi yapılmış ve kesinin iki dış kenarı birbirine 2-0 propilene sütür ile dikilmiştir. Kurvatür düzelmediği takdirde ikinci bir plikasyon yapılmıştır (Grup C).

Dorsal kurvatürü olan 13 olgudan 2 sine x4 lüp büyütme altında nörovasküler bundle diseksiyonu, Subrini penil protez implantasyonu ve penil protez mevcutken maksimal dorsal kurvatür olan yerden plak insizyonu yapılmıştır. Bu iki vaka penil protez implantasyonu nedeniyle opere edilen vakaydı ve implantasyonundan sonra protezin dorsal kurvatüre sebep olduğu gözlenerek nörovasküler bundle diseksiyonu ve plak insizyonu yapılmıştır. İnsize edilen plak üzerine greft konulmamış, nörovasküler bundle defektin üzerine gelecek şekilde bırakılmıştır (Grup D). 2 olguda nörovasküler bundle diseksiyonu yapılamamıştır.

miş ve ovoid olarak çıkarılan plağın yeri gevşetici insizyonlarla satellit forma dönüştürülmüş ve epidermisi çıkartılmış dermal greft defekti kapatmak şeklinde sütüre edilmiştir (Grup E). Dorsal kurvatürlü 9 olguya ise x4 lup büyütmeye altında nörovasküler bundle disseksiyonunu takiben maksima kurvatür olan konkav sahaya penis eksinine dik 3 cm lik tunica albuginea kesisi yapılmış ve kesinin uçlarına iki adet gevşetici ve uzatıcı kesi yapılmıştır (Şekil 2). Ayaktan malleolus tibialis önünden ortalama 10 cm lik safen ven çıkartılmış ve ven vertikal olarak açıldıktan sonra ortadan ikiye kesilerek yanyana 4-0 propilene sütür ile dikilmiştir. Bu ven yaması plak insizyonu yapılan sahaya getirilerek 3-0 propilene ile sütüre edilmiştir (Grup F). Serum fizyolojik verilerek kurvatür kontrolü yapılan tüm vakalarda eğriliğin düzeldiği gözlenmiştir.



Şekil 2: Plak insizyon tekniği

Operasyon sonrası tüm hastalara uretral kateter konulmuş, penise elastik bandaj uygulanmış ve 48 saat sonra uretral kateter ve elastik bandaj alınmıştır. Koitusa 2 ay sonra izin verilmiştir. Hastalar postoperatif komplikasyon yönünden değerlendirilmek üzere 15.günde, penil kurvatür yönünden ise 4 ve 12 aylarda kontrol edilmişlerdir.

BULGULAR

Ameliyat sonrası erken dönemde 4 olguda (%12.5) peniste ödem, 2 olguda düğüm yerinde ağrı ve rahatsızlık hissi gözlemlendi. Fakat 4. aydaki kontrolde bu komplikasyonların bulunmadığı tespit edildi. 4 ve 12. aylardaki kontrollerde ereksiyon anında kurvatürün kaybolup kaybolmadığı, ilişki esnasında ağrı şikayetine olup olmadığı sorgulandı.

Lateral kurvatürü olan Nesbit plikasyonu yapılan 9 olgudan (Grup A) sadece 1 inde (%3.1) kurvatürün 30 derecenin altında devam ettiği ve koitusta bir problem oluşturmadığı gözlemlendi. Başarı oranı % 88.8 di (Tablo 2).

Ventral kurvatürü olup modifiye Nesbit yöntemiyle penis dorsale iki adet vertikal kesi yapıp transvers dikildiği 6 olgudan (Grup B) 1 inde 30 derecenin üzerinde kurvatürün devam ettiği, 1 inde 30 derecenin altında aynı yönde kurvatürün devam ettiği,, 1 inde de 30 derecenin altında tersi yönde kurvatür olduğu gözlemlendi. Bu yöntemde başarı oranı %50 bulundu. Ventral kurvatürü olup, nörovasküler bundle disseksiyonu sonrası penis dorsale 1 adet geniş Nesbit plikasyonu yapılan 4 olguda (Grup C) hiç bir komplikasyon gözlenmedi, başarı oranı %100 olarak bulundu.

Dorsal kurvatürlü 13 olgudan, plak insizyonu+protez implantasyonu yapılan 2 olguda (Grup D) hiçbir komplikasyon gözlenmezken, plak eksizyonu+dermal greft konulan 2 olgudan (Grup E) 1 inde 30 derecenin üzerinde, diğerinde de 30 derecenin altında kurvatürün devam ettiği gözlemlendi. Plak insizyonu+safen venöz patch greft konulan 9 olgudan (Grup F) ise sadece 1 inde 30 derecenin altında kurvatürün devam ettiği gözlemlendi. Olguların hiçbirinde ereksiyon yönünden preoperatif duruma göre farklı bir ereksiyon zorluğu gözlenmedi.

Grup	Sayı	Kurvatürün yönü	Yapılan işlem	Başarı oranı
A	9	Lateral	Nesbit plikasyonu	8 (%88.8)
B	6	Ventral	Modifiye Nesbit	3 (%50)
C	4	Ventral	Nesbit plikasyonu	4 (%100)
D	2	Dorsal	Plak insizyonu+penil protez impl.	2 (%100)
E	2	Dorsal	Plak eksizyonu+dermal greft	0 (%0)
F	9	Dorsal	Plak insizyonu+venöz patch greft	8 (%88.8)
	32			25 (%78.1)

Tablo 2: Penis kurvatüründe cerrahi yöntem ve başarı oranlarının dağılımı

TARTIŞMA

Penis kurvatüründe yapılan cerrahi girişimin amacı ereksiyon anında düz bir penis yanı sıra, hasta ile partnerini tatmin edici bir koitus sağlamaktır³. Konjenital penis kurvatüründe en önemli faktör penisteki korpus kavernosumların farklı boyda gelişmiş olmasıdır. Nesbit operasyonu ile uzun olan korpus kavernosumu plikasyon ile kısaltarak kurvatür giderilmeye çalışılmaktadır⁸. Nesbitin ilk kez 1965 yılında ortaya koyduğu bu yöntemin çeşitli modifikasyonları yapılmıştır. Tunica albuginea 2 adet vertikal insizyon yapıp, bunlar transvers olarak kapatıldığında %93-95 oranında başarılı sonuçlar alındığı bildirilmiştir^{9,10}. Biz bu modifikasyonu uyguladığımız 6 olguda %50 oranında başarılı sonuç aldık.

Lateral kurvatürlü olgularda ve Grup C yi oluşturan olgularda, penis eksenine dik iki adet paralel kesi yapıp bu iki kesinin dış kenarlarının birbirlerine sütüre edildiği Nesbit plikasyonundan, lateral kurvatürlü olgularda %88.8, ventral kurvatürlü olgularda ise %100 başarılı sonuç aldık. Bizim bulgularımıza göre Nesbit plikasyonu, vertikal kesilip transvers dikilen modifiye yöntem göre daha başarılı sonuç vermektedir. Baskin ve Duckett'in tanımladığı bu yöntemin uygulandığı 22 olguluk bir seride başarı oranı %91 olarak bildirilmiştir¹².

Ereksiyon problemi olan ve intrakavernöz papaverine iyi yanıt alınamayan vakalarda peniste düzleşme ve ereksiyon sağlamak amacıyla penil protez uygulanmaktadır. Plak insizyonu yapılırken ortaya çıkan defekt açık bırakıldığı gibi bu saha dermal greft veya polytetrafluoroethylene (Goretex) sentetik greft ile de kapatılabilmektedir. Levine ve ark protez takılan olgularda postoperatif %95 oranında peniste düzleşme ve ereksiyonu sürdürme bildirmişlerdir¹². Gelbard ve ark penil protez takılan vakalarda korpus kavernosum üzerine çok sayıda genişletici kesiler yapıp düzleşme sağlandığını bildirmişlerdir¹³. Biz yaşı ileri olup ereksiyon problemi de olan 2 olguya penil protez implantasyonu esnasında kurvatür gözlenerek plak insizyonu+penil protez implantasyonu yaptık ve penis düzleşmesi ve ereksiyon yönünden iyi sonuç aldık. Plak eksizyonu+dermal greft yapılan 2 olgudan birinde kurvatürün 30 derecenin altında, diğerinde ise 30 derecenin üzerinde devam ettiğini gördük. Plak eksizyonu+

dermal greftin %94 oranında peniste düzleşme ve %75 oranında potensin sürdüğünü bildiren yayınlar vardır¹².

Nesbit plikasyonunun peniste kısmen bir kısılmaya sebep olabileceği düşünülerek plak insizyonu+venöz patch greft yöntemi ortaya konulmuştur. Venöz greft otolog oluşu, kontraksiyon göstermeyeceği ve iyi bir kompliansa sahip olması nedeniyle tercih edilmektedir. Safen venin üst veya alt kısmından alınmaktadır. Graft öncesi plak direkt olarak kesilebileceği gibi, H insizyonu şeklinde veya direkt kesip uç kısımlarından defekti genişletecek iki adet lateral kesi yapılarak da kesilebilmektedir^{4,14}. H şeklinde yapılan tunica albuginea kesisi+venöz patch greft sonrası peniste %95-96 oranında düzleşme, %88 oranında potensin korunduğu bildirilmiştir^{4,14}. Bizim dorsal kurvatürlü 9 olguya uyguladığımız Arena ve ark.nın tekniğiyle %88.8 oranında başarılı sonuç aldık, sadece 1 olguda kurvatürün 30 derecenin altında sürdüğünü gözledik.

Sonuç olarak kliniğimizde, lateral ve ventral kurvatürlerde Nesbit plikasyonunu, dorsal kurvatürlerde ise plak insizyonu+venöz patch grefti uygulamasını olumlu sonuçlar aldığımız için tercih etmekteyiz.

KAYNAKLAR

- 1- **Levine AL, Lenting EL:** A surgical algorithm for treatment of Peyronie's disease. J Urol. 158: 2149-2152, 1997
- 2- **Ralph DJ, Hughes T, Lees WR et al.:** Preoperative assessment of Peyronie's disease using colour doppler sonography. Brit J Urol., 69: 629-632, 1992
- 3- **Rehman J, Benet A, Minsky LS et al.:** Results of surgical treatment for abnormal penil curvature: Peyronie's disease and congenital deviation by modified Nesbit plication (Tunical shaving and plication). J Urol. 157: 1288-1291, 1997
- 4- **Arena F, Peracchia G, Stefano C et al.:** Peyronie's disease- incision and dorsal vein grafting combined with contralateral plication in straightening the penis. Scand J.Urol Nephrol. 31: 181-185, 1999
- 5- **Essed E, Schroder FH.:** New surgical treatment for Peyronie's disease. Urology 25: 582-586, 1985
- 6- **Devine CJ, Horton CE.:** Surgical treatment of Peyronie's disease with dermal graft J Urol. 111: 44-49, 1974

- 7- **Eigner EB, Kabalin JN, Kessler R.:** Penile implants in treatment of Peyronie's disease. J Urol, 145: 69-72, 1991
- 8- **Usta MF, Köksal İT, Armağan A ve ark.:** Konjenital penil kurvatürün tedavisinde tunica albugenia plikasyonu. T.Üroloji Dergisi, 25(4): 402-408, 1999
- 9- **Ronald LW, Licht MR.:** Modified Nesbit procedure for treatment of Peyronie's disease: A comparative outcome analysis. J Urol., 158: 460-463, 1997
- 10- **Lemberger RJ, Bishop MC, Bates CP.:** Nesbit's operation for Peyronie's disease. Brit J Urol., 56: 721-724, 1984
- 11- **Saskin LS, Duckett JW.:** Dorsal tunica albugenia plication for hypospadias curvature. J Urol., 151: 1668-1671, 1994
- 12- **Levine AL, Lenting EL.:** A surgical algorithm for the treatment of Peyronie's disease. J Urol. 158: 2149-2152, 1997
- 13- **Gelbard MK.:** Relaxing incisions in the correction of penile deformity due to Peyronie's disease. J Urol. 154: 1457-1460, 1995
- 14- **Lue TL, Sakka A.:** Venous patch graft for Peyronie's disease: part I, J Urol 160: 2047-2049, 1999