

EMPOTANS TEDAVİSİNDE BÜKÜLEBİLİR TİP PENİL PROTEZ UYGULANMASI

MALLEABLE PENILE PROSTHESIS IMPLANTATION IN THE TREATMENT OF IMPOTENCE

GÜNLÜSOY B., SÜELÖZGEN T., TUNA A., MİNARECİ S., AYDER A.R.
SSK İzmir Eğitim Hastanesi Üroloji Kliniği, İZMİR

ÖZET

Penil protez implantasyonu erektil disfonksiyon tedavisinde en etkili ve popüler bir yöntemdir.

Kliniğimizde 1990-1999 yılları arasında yaşları 24-65 arasında değişen (ortalama 54) çeşitli nedenlere bağlı erektil disfonksiyon tanısı alan 106 hastaya bükülebilir tip penil protez uygulanmıştır. 1 hastada (%0.94) üretral rüptür, 1 hastada (%0.94) glans erezyonu, 3 hastada (%2.82) flakid glans görüldü. 1 hastaya corporal fibrozis nedeniyle protez takılamadı. 2 hastada (%1.88) postoperatif enfeksiyon gelişti. 3 hastada (%2.82) meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle protez çıkartıldı. Hastalar tarafından kolay kullanımı, düşük ekonomik maliyeti, mekanik problemlerin olmaması nedeniyle bükülebilir protezler tercih edildi.

Anahtar Kelimeler: Erektil disfonksiyon, penil protez, komplikasyon

ABSTRACT

Penile prosthesis implantation is most effective and popular method in the treatment of erectile dysfunction. In between 1990-1999, malleable penile prosthesis were applied in our clinic to 106 patients (ages 24-65, mean 54) with erectile dysfunction due to different etiologies. Urethral rupture was seen in 1 patient (0.94%), glans erosion in 1 patient (0.94%) and flaccid glans in 3 patients. Prosthesis implantation was unsuccessful in 1 patient (0.94%) due to fibrosis in corporal bodies postoperative infection was seen 2 patient (1.88%) easy usage, cost effectiveness and no mechanical problems were imported factors in malleable prosthesis selection. Penile prosthesis were extracted in 3 patients (2.82%) because of complication.

Key Words: Erectile dysfunction, penile prosthesis, complication

GİRİŞ

Erektil disfonksiyonun tedavisinde günümüzde öncelikli olarak intrakavernöz enjeksiyonlar ve ilaç tedavileri tercih edilmektedir. Özellikle tip 5 fosfodiesteraz inhibisyonu ile etkili sildenafilin geniş kullanımı tedavide önemli bir yer oluşturmaya başlamıştır. Literatürde venöz cerrahi iyi seçilmiş vakalarda bile %50 civarında başarılıdır¹. Diğer tedavi yöntemlerinin başarısız olduğu değişik nedenlere bağlı erektil disfonksiyonda penil protez uygulaması ürologlar tarafından yaygın uygulanan bir yöntemdir.

Penil protezlerin kullanımı ve gelişimi 1970'li yıllarda başlamıştır². 1989'da Jones dışı silikon içi metal destekli protezleri geliştirmiş ve AMS 600 modeliyle tanıtılmıştır^{2,3}. Daha sonra Mentor, Duraphase ve Omniphase modelleri geliştirilmiştir. Sonraki yıllarda Hydroflex ve Dynaflex gibi pompalı şişirilebilir protezler, en son olarak da çok parçalı protez modelleri geliştirilmiştir (AMS-CX, Ultrex, Mentor alpha 1-alpha 2).

Protez takılan hastalarda operatif ve postoperatif gelişen problemler protezin çıkarılmasına

kadar uzanan sonuçlar doğurmaktadır. Bunun yanı sıra takılan protezlerden hasta ve partnerinin ne düzeyde memnun olduğu merak konusudur. Yaptığımız çalışmada kliniğimizde protez takılan 106 hasta etyolojik yönden ve postoperatif komplikasyonlar yönünden incelenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Penil protez planlanan 106 hasta operasyon öncesi değerlendirildi. Hastaların yaş ortalamaları 54 idi (24-65). Hastaların öyküleri alındı, fizik muayeneleri yapıldı. Kavernozografi ve penil Doppler USG yapıldıktan sonra operasyon planlanan hastalar uygulanacak protez ve komplikasyonları konusunda bilgilendirildi. Operasyondan bir akşam önce hastanın genital bölgesi antiseptik solüsyonla temizlendi. Preoperatif 24 saat önce IV ciprofloksasin başlandı. Antibiyotik tedavisine postoperatif 2. günden sonra oral olarak 3 gün daha devam edildi. Hastanın tıraşı operasyon odasında yapıldı. Operasyonlar için infrapubik kesi tercih edildi.

Operasyon esnasında kavernöz cisimler dilüe edilmiş gentamisin solüsyonu ile sürekli irri-ge edildi. Her hastaya üretral kateter takıldı ve 24 saat sonra çekildi. Protez takılması esnasında üretral rüptür gelişen ve primer onarım yapılan hastanın kateteri 2 hafta tutuldu. Tüm hastalar postoperatif 2. gün taburcu edildi ve 6 hafta süresince protezlerini kullanmamaları önerildi.

BULGULAR

Erektile disfonksiyonun etyolojisinde 58 hastada (%54.8) vaskülojenik nedenler (arteriyel yetmezlik ve başarısız venöz cerrahi), 27 hastada (%25.5) diyabet, 10 hastada nörojenik (%9.4), 8 hastada (%7.5) peyroni hastalığı, 3 hastada (%2.8) travmatik nedenler yer aldı (Tablo 1).

	Hasta sayısı	%
Vaskülojenik	58	54.8
Diyabet	27	25.5
Nörojenik	10	9.4
Peyroni hastalığı	8	7.5
Travmatik	3	2.8
Toplam	106	100

Tablo 1. Erektile disfonksiyonda etyolojik faktörler.

Tüm hastalara bükülebilir tip protezler takılmıştır. Tablo 2’de kullanılan bükülebilir protezler görülmektedir.

	Hasta sayısı	%
AMS 600	23	21
AMS 650	38	36
Mentor Malleable	31	30
Mentor Acu-form	14	13
Toplam	106	100

Tablo 2. Kullanılan bükülebilir protezler

1 hastada (0.94) üretral rüptür, 1 hastada (%0.94) glans erezyonu, 3 hastada (%2.8) flask glans görüldü. 2 hastada (%1.88) postoperatif enfeksiyonlar gelişti. 3 hastada (%2.88) enfeksiyon ve glans erezyonu nedeniyle takılan protezler çıkartıldı. 1 hastaya (%0.94) korporal fibrozis nedeniyle protez takılamadı.

TARTIŞMA

Günümüzde empotansın tedavisinde en kesin çözüm penil protez implantasyonudur. Seksüel fonksiyon açısından bükülebilir tip ve şişirilebilir tip protezler arasında belirgin fark yoktur⁴. 71 hastalık bir çalışmada şişirilebilir tip protezle-

rin 5 yıllık normal fonksiyonu konumu oranı %95 bulunmuştur⁴.

Bükülebilir protezlerin uygulanım kolaylığı ve düşük maliyeti nedeniyle tercih edilebilir. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük hasta popülasyonunda mekanik sorunların nadir görülmesi önemli bir tercih sebebidir.

Enfeksiyon penil protezlerde en korkulan komplikasyondur. Penil protez uygulamasından sonra enfeksiyon riski %1-17 arasındadır⁵. Bilinen risk faktörleri arasında üriner sistem enfeksiyonları, vücutta herhangi bir enfeksiyon kaynağı ve kan yoluyla yayılım sayılabilir⁶. Diyabetik ve spinal kord yaralanması mevcut hastalarda enfeksiyon oranları oldukça tartışmalıdır⁵. Ancak enfeksiyonlarda en önemli risk faktörü iyi çalışmadığı veya hatalı olduğu için değiştirilen protezlerdir^{7,8,9}.

Revizyona uğrayan protezlerde en önemli enfeksiyon nedeni primer implantasyonda görülmeyen, protez çevresinde oluşan cerrahi kapsüldür. Bundan dolayı revizyon gerektiren protez vakalarında devamlı irrigasyonlar ve protez etrafında gelişen kapsülün çıkarılması önemlidir. Ayrıca enfeksiyonu önlemede perioperatif uygun antibiyotik seçimi, antiseptik solüsyonlar ve intraoperatif tıraş önemlidir.

Protezin erezyonu ve migrasyonu rijid protezlerde sık görülür ve kalıcı kateter ya da aralıklı kateterizasyonla birlikte, aynı zamanda nöroplejik, radyoterapi görmüş, steroid alan veya üretra darlığı olan hastalarda da görülür². Erezyonu uğrayan silindir çıkarılır ve 4 gün kadar sonra yenisi takılabilir. Glandüler iskemi ve penil nekroz çok nadir görülen kan sıkıcı bir komplikasyondur¹⁰. Korpus spongiosuma ve kavernosuma giden damarların hasarı sonucu gelişir.

Aşırı korporal fibrozisi mevcut hastaya penil protez implantasyonu en deneyimli protez cerrahi için bile oldukça zordur¹¹. Knoll ve arkadaşları belirgin korporal fibrozisli hastalara AMS 700 CXM tipi protezi başarı ile takmışlardır¹². Diğer bir çalışmada sentetik vasküler greftler kullanarak korporal rekonstrüksiyon sağlanmış daha sonra penil protez yerleştirilmiştir¹¹. Ancak oldukça yüksek oranda enfeksiyon riski mevcuttur. Jarow korporal rekonstrüksiyonla %21.7 enfeksiyon oranı bildirmiştir⁵.

Penil protez uygulanımı takiben ürolog ve hastanın temel beklentisi maksimum cinsel tatmindir. Bu durum hasta ve eşinin birlikte değerlendirmesi ile mümkündür. Bu konudaki araştırmalar sınırlıdır. Sadettin Küpeli ve arkadaşlarının 71 olguluk bir çalışmada hastaların tatmin oranı ile eşlerinin tatmin oranı birbirine yakındır (%94-%95). Protez implante edilen hastalarda seksüel arzu %83 oranında artarken orgazmda gelişme %86 olarak bulunmuştur⁴. Genellikle kabul edilen hastalar tarafından rijidite ve seksüel fonksiyonun önemsendiği protez boyunun ise en alt düzeyde önemi olduğudur.

Sonuç olarak erektil disfonksiyonu olan hastanın tedavisinde penil protez uygulanması kabul edilebilir ve başarılı bir yöntemdir. Yeterli seksüel tatmin sağlanması, kolay uygulanması, düşük maliyet oranı ve yeterli rijidite sağlanması gibi kriterler göz önüne alındığında özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük hasta grubunda bükülebilir protezlerin iyi bir seçim olduğuna inanmaktayız.

KAYNAKLAR

- 1- **Anafarta K, Göğüs O, Bedük Y, Arıkan N:** Erkek Cinsel İşlev Bozuklukları: Temel Üroloji, 1045-1084, 1998.
- 2- **Evans C:** The use of penile prosthesis in the treatment of impotence. Brit. J. of Urol. 81: 591-598, 1998.

- 3- **Altay B, Kefi A, Apaydın E ve ark:** Penil protez deneyimlerimiz. Türk Üroloji Dergisi. Cilt: 25, 405-413, 1999.
- 4- **Küpelı S, Aydos K, Budak M:** Penile Implants in Erectile Impotence. Eur. Urol. 36: 129-135, 1999.
- 5- **Jarow PJ:** Risk factors for penile prosthetic infection. J. Urol. 156, 402-404, 1996.
- 6- **Carson CC and Robertson CN:** Late hematogenous infection of penile prosthesis. J. Urol. 139: 50, 1988.
- 7- **Thomella JU, Thompson JT, Rowland RG and Mulcahy JJ:** Infections complications of penile prosthetic implants. J. Urol. 138: 65, 1987.
- 8- **Qvesade ET and Light JK:** The AMS 700 inflatable penile prosthesis: Long-term experience with the controlled expansion cylindres. J. Urol. 149: 46, 1993.
- 9- **Wilson SK and Delk JR:** Inflatable penile implant infection: Predisposing factors and treatment suggestions. J. Urol., 153: 63, 1995.
- 10- **Maclea DJ, Mesih BK:** Gangrene of the penis as a complication of penile prosthesis. J. Urol. 133: 862-3, 1985.
- 11- **Carbone JD, Daitch AJ, Angermeier WK and et al:** Management of severe corporeal fibrosis with implantation of prosthesis via a transverse scrotal approach. J. Urol. 159: 125-127, 1998.
- 12- **Knoll CD, Funlow WL, Benson RC and et al:** Management of non dilatable cavernous fibrosis with the use of a downsped inflatable penile prosthesis. J. Urol. 153: 366, 1995.