

PENİS KIRIKLARI ve CERRAHİ TEDAVİNİN GEÇ SONUÇLARI**FRACTURE OF THE PENIS AND LONG-TERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT**

ÜNLÜER, E., ÖZTÜRK, R., URUKAL, K.

SSK. Okmeydanı Hastanesi I. Üroloji Kliniği

ÖZET

Penis kırıklığı olan 9 hasta acil cerrahi müdahale ile tedavi edildi. 7 hastada uzun süreli takip mümkün oldu. 6 hastada hiçbir komplikasyon görülmedi, 1 hastada empotans görüldü. Bu nedenle penis kırıklarında en iyi tedavi yolunun acil cerrahi girişim olduğuna inanıyoruz.

SUMMARY

9 patients with fracture of the penis were treated surgically. Long term follow up was obtained in 7. There were no complications in 6 patients, 1 patients suffered from impotence. So we strongly recommend early surgical intervention in patients with fracture of the penis.

GİRİŞ

Ereksiyon halindeyken penis korporal cisimciklerine olan künt travmalar neticesinde tunica albuginea ve diğer fasiyaların yırtılması penis kırığı olarak tanımlanır. Literatürde seyrek veya sporadik olarak rapor edilmesine rağmen, penis kırıkları o kadar az değildir. (1) Hatta penisin minor kırıkları tanı konmadan geçirildiği için daha sonra poliklinikte karşımıza kordi, Peyroni plakları benzeri endürasyonlar veya empotans ön tanılarıyla da çıkabilirler.

Bu nedenle son üç yıl içerisinde hastahanemizde acil cerrahi girişim ile tedavi ettiğimiz 9 olguyu ve geç dönemdeki sonuçları yayınladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Penis kırığı nedeniyle ameliyata alınan hastalar 23-58 yaşları arasındaydı. (Ortalama yaş 39,3) Öykülerinde, 1 olgu cinsi münasebet, 2 olgu mastürbasyon, 6 olgu gene ani uyanma neti-

cesi çarpma, üstüne devrilme esnasında olduğunu belirtti. Olguların hastahaneye başvurma süreleri 4-36 saat arasındaydı. (Ortalama 8 saattir) Tüm hastalar olay esnasında kırılma sesini duyduklarını söylediler. Peniste ağrı, şişme, ekimoz ve hematoma mevcuttu. (Fotoğraf 1) Bunun yanında



Resim 2: İdrar ve kanın süperfizyal ekstrevasyonu. elektrik gücünü kabetme ve suçluluk bunalımı içindeydiler. Hiçbir olguda işeme güclüğü, hematüri ve meatusta kan gözlenmedi. Bu nedenle hiçbirine urethrografi çekilmedi.

Acil ameliyata alınan olgularda, penise sirküler koranal insizyon (sünnet insizyonu) yapıldı. Penis derisi penoskrotal bölgeye kadar soyuldu. Hematom drene edilip, hemostazdan sonra tunica albugineadaki yırtık 3/0 kromik katgüt ile tek tek dikildi. Dren koymadan, deri yukarı çekilip, sirküler insizyon kromik katgüt ile dikilip, baskılı bandaj ile operasyon bitirildi.

SONUÇLAR

Hastahanede yatış süresi 2-10 gündür. (Ortalama 4,8 gün) Korpus kavernozumdaki yırtıklar 0,5-2,5 cm.'dir. 58 yaşındaki olgumuzda postoperatif anesteziye bağlı idrar retansiyonu nedeniyle 48 saat süreyle urethral sonda takıldı. Hiçbir cerrahi komplikasyon olmadan hastalar şifa ile taburcu edildi.

Tüm olgular post operatif aralıklı olarak kontrole çağrılıp, ereksiyon kalitesi, ağrı ve penil eğrilik yönünden değerlendirildi. 9 olgunun 7'sinde uzun süreli takip mümkün oldu. Takip süresi 3-30 aydır. (Ortalama 16,2 ay) Kotrollar neticesinde, 6 olgumuzun tamamen normal cinsel aktivite yaptığını, 58 yaşındaki bir olgumuzda (2 cm.'lik yırtık) ise progressif olarak ilerliyen ereksiyon güçlüğü ve empotans geliştiğini gördük. Hiçbir olgumuzda peniste endurasyon, eğrilik ve ağrılı ereksiyon olmadı.

İRDELEME

Flask durumdayken korporal cisimciklerin duvarının kalınlığı ortalama 2 mm.'dir, ereksiyon halindeyken ise kalınlık 0,25-0,50 mm. kadardır. Bu nedenle korporal cisimcikler ereksiyon halindeyken travmayla daha kolay yararlanırlar. Künt travma neticesinde sıklıkla penis distal 1/3 kısmında, santral kısmında veya nadiren kök kısmında longitudinal yırtıklar olur. Penis kırığı % 14-30 oranında urethra rüptürü ile birlikte olabilir. (2), (3) Kesin tanısı uretrografi ile konur. Ancak hastada hematüri, meatustan kan gelmesi ve işeme zorluğu varsa mutlaka urethrogarafi endikasyonu vardır. Biz olgularımızda bu tip bulgular olmadığı için uretrografi çekmedik. Korpus kavernosografi, korpus kavernosomdaki yırtığın yeri ve boyutunu tespit açısından faydalı bir tanı yöntemidir. (4)

Urethra rüptürü yoksa iki farklı tedavi yöntemi uygulanmaktadır. Konservatif tedavi yönteminde, baskılı bandaj, urethral sonda, buz tatbiki, antibiyotik ve anti-inflamatuar ilaçlar, streptokinase, tripsin gibi antifibrinolitik ajanlar, ereksiyonları azaltmak için sedatif ve östrojenler kullanılır. Konservatif yaklaşımda hastahanedeki yatış süresi 4-71 gün, ortalama 14 gündür. (5) Konservatif yöntem ile erken dönemlerde % 90 oranında başarı elde edilir ve seksüel fonksiyonların geri dönmesi sağlanır. Ancak çeşitli serilerde, geç dönemlerde komplikasyon oranları % 10-30, (1), (2), (6) ve hatta Kalash ve Young'a göre % 53 oranına kadar çıkmaktadır. Hastalarda geç dönemlerde kordi, organize hematoma ve drene edilmesi, kaverno fibrositis, ağrılı ereksiyon ve empotans gibi komplikasyonlar ortaya çıkmaktadır.

Cerrahi eksplorasyon, hematoma drenajı ve yırtığın suture edilmesinde hastahanedeki yatış süresi 1-14 gün arasındadır. (1), (7) Bizim olgularımızda hastahanedeki yatış süresi 4,8 gündür ve hiçbirinde erken cerrahi komplikasyon görmedik. Operasyon sonrası geç dönemlerde kordi, ağrılı ereksiyon ve empotans gibi komplikasyonlar % 10 oranında görülmektedir. (5) Bizde takip edebildiğimiz 7 hastanın sadece birinde progressif ereksiyon zayıflaması ve empotans gelişmesini gözledik. Hiçbirinde kordi ve ağrılı ereksiyon görmedik.

Penis kırıklarında hematoma üzerinden longitudinal insizyon ile yapılan operasyonlardan sonra, geç dönemlerde insizyon yerinde endurasyon ve minimal penil angulasyon olabilir. (8) D.A. Culp'un belirttiği gibi, penis künt travmalarında en iyi yaklaşımın sirküler koronal insizyon olduğu inancındayız. (9) Bu yolla yapılan operasyonlarda ekspozur daha iyi ve rahat olmaktadır, ayrıca erken ve geç komplikasyonlar daha az görülmektedir.

Sonuç olarak, düşük komplikasyon ve morbitide nedeniyle penis kırıklarında acil cerrahi müdahale en iyi tedavi yöntemidir. Konservatif tedavi, kavernosografi ile tespit edilen minor yırtıkları olan seçilmiş olgularda uygulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Redman, J.F., Miedema, E.B.: Traumatic rupture of the corpus cavernosum: a case report and survey of the incidence in Arkansas. J. Urol. 126, 830-831, 1981.
2. Waltom, J.K.: Fracture of the penis with laceration of the urethra. J. Urol., 51, 308-310, 1979.
3. Dougal, W.S., Persky, L.: Traumatic injuries of the genitourinary system. International Perspectives in Urology volume 1, Williams and Wilkin Baltimore-London 1981, chapter 3, page 50, 1981.
4. Das, S.: Fracture of the penis. Current Urologic Therapy, Kaufman J.J. (ed.), W.B. Saunders Comp., second ed., 1986 page 394.
5. Kalash, S.S., Young, J.D.: Fracture of penis, controversy of surgical versus conservative treatment. Urology, 24:21-25, 1984.
6. Davies, D.M., Mitchell, I.: Fracture of the penis. Br. J. Urol. 50, 426, 1978.
7. Bergner, D.M., Wilcox, M.C., Frentz, G.D.: Fracture of penis Urology. 20, 278-281, 1982.
8. Özen, H.A., Erkan, I., Alkibay, T., Kendi, S., Remzi, D.: Fracture of the penis and long term results of surgical treatment. Br. J. Urol., 58, 551-522, 1986.
9. F. (ed), J.B.: Lippincott Comp., Philadelphia-Toronto, Third edition, 1983, Chapter 79, page 813-815.