

## PENİS FRAKTÜRÜ

### FRACTURE OF THE PENIS

INCI, O., HÜSEYİN, İ., ALAGÖL, B., KAYA, E., AYDIN, S., GÖZEN, S.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

#### ÖZET

Penis fraktürü, diğer bir deyimle tunika albugineanın travmatik rüptürü oldukça nadir bir olaydır. Tedavisinde lezyonun şiddetine göre konservatif veya cerrahi yöntem ileri sürülmektedir.

Belirgin açılanma olan ve hematoma gittikçe arttığı olgularda erken cerrahi reperasyonun, oluşacak komplikasyonları önlemede etkili bir yöntem olduğu ve medikal tedavi, elastik bandaj ve uretral kateterizasyon gibi konservatif yöntemlerin de cerrahinin başarı şansını artırdığı kanısındayız.

Literatür bilgileri ile karşılaştırarak sunduğumuz 3 penis fraktürlü olgumuzun tedavisini ve sonuçlarını değerlendirdik.

#### SUMMARY

Fracture of the penis, in other words traumatic rupture of the tunica albuginea is relatively a rare case. Conservative or surgical management is proposed, concerning the severity of the lesion.

We recommend early surgical reparation for the cases with marked angulation and progressive haematoma to prevent the complications. Conservative means, such as medication, urethral catheterisation and elastic bandage probably increase the success rate of surgery.

We report three cases with penis fractures, review the literature and discuss the results of our treatment.

#### GİRİŞ

Penis fraktürü (penil rüptür), erekte penisin бүkүlmesi sonucu corpus cavernosumları çevreleyen tunica albugineanın yırtılmasıdır (1,2,3,4,5,8,9,10,11). Bu yırtılan yerden kan Buck fasciası içine dolar ve penis shaftında hematoma meydana gelir. Bu hematoma skrotum ve karın alt bölümüne de yayılabilir (2).

Penis fraktürü nadiren görülen bir durumdur. En sık cinsel temas esnasında meydana gelir. Bunun yanında masturbasyon, yatakta yuvarlanma, karanlıkta eşyalara çarpma gibi durumlarda da meydana gelebilir. Hastalar öykülerinde tipik olarak ereksiyon anında kütleme sesi, ani bir ağrı ve ereksiyon kaybı tarif ederler (1,8,10). Fizik muayenede peniste şişlik ve sağlam tarafa deviasyon, lezyon tarafından ekimoz ve hematoma vardır. %20 vakada urethra travması görülür ve çoğunlukla parsiyeldir (2,8,10).

Tanı tipik öykü ve muayene bulguları ile kolaylıkla konabilir. Atipik durumlarda kaverno-zografi, ultrason (US), nükleer manyetik rezonans (NMR) ve urethrografi yardımcı yöntemlerdir. Kaverno-zografide önce hematoma bağlı dolum defekti, geç dönemde ise yırtık hatında ekstravazasyon izlenir (10).

Tedavi, lezyonun şiddeti ve yerine bağlı olarak cerrahi veya konservatiftir. Bir çok yeni yayında cerrahi tedavi desteklenmektedir (1,2,3,5,6,7,8). Bunun yanında seçilmiş vakalarda konservatif tedaviyle de başarılı sonuçlar alınmıştır (2,4,5,10).

#### OLGULAR

**Olgu 1:** Y.A. 21 y. Asker. Prot: 3730/90

Peniste ağrı, morarma, şişme şikayetleriyle

başvurdu. Sabah içtimasında penisini kilodunun içinde düzeltirken ani bir ağrı, kütleme sesi ve sonrasında süratle şişme ve morarma olmuş. Fizik muayenede peniste hematoma, ekimoz ve meae eksternde ödem vardı. Eksplozasyonda hematoma boşaltıldı ve sağ korpus kavernozumda orta hat-tan başlayarak transvers olarak sağ laterale uzanan yaklaşık 2 cm boyundaki yırtık 3/0 vicryl ile primer olarak repare edildi. Uretraya 16 F Foley kateter uygulanarak penis elastik bandaj ile sarıldı. Postoperatif dönemde akut epididimit (sağ) gelişti. Sondası 6. günde alınan hasta 7. günde taburcu edildi. Yaklaşık 6 ay sonra ereksiyon normal, peniste lezyon tarafına minimal deviasyon saptandı.

**Olgu 2:** M.P. 27 y. Çiftçi. Prot: 4373/90.

36 saat önce penisinde şiddetli ağrı ile uyan-dığını tarif eden hastaya, acilen başvurduğu doktor tarafından medikal tedavi başlanmış. Şikayetleri gittikçe artan hasta bir gün sonra peniste ağrı, morarma ve şişme nedeniyle polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede penis shaftının sağ lateralinde hematoma saptandı. Eksplozasyonda hematoma boşaltıldı. Sağ corpus cavernozum orta bölümünde dorsolateral 0.8 - 1 cm transvers yırtık tespit edildi. 5/0 prolene ile separe olarak suture edildi. Urethral sonda ve elastik bandaj uygulandı. 5. günde bandaj açılıp sonda alındı ve 1 gün sonra taburcu edildi. 15 ay sonra ereksiyon normal, penil deviasyon yoktu.

**Olgu 3:** O.K. 41 y. Çiftçi. Prot: 129/92.

Peniste ağrı ve şişme şikayetleriyle başvurdu. Sabah ereksiyonda penisinin üzerine düşmesi sonucu peniste ani şişme ve sola bükülme olmuş. Acilen polikliniğimize başvuran hastanın fizik muayenesinde sağda daha fazla, cilt altına yayılmış hematoma ve penis shaftında orta kısımda acılı olarak sola deviasyon saptandı. Eksplozasyonda sağ korpus cavernozum orta kısım ventralinde urethra altına doğru uzanan yaklaşık 2.5 cm 'lik transvers rüptür görüldü. 5/0 Vicryl ile separe olarak kapatıldı. Urethraya 16 F Foley sonda takıldı. Penise elastik bandaj uygulandı.

Ereksiyonu önlemek amacıyla 10 mg/gün diazepam IM. verildi. 4. günde bandaj açıldı ve

sonda alındı. 5. günde taburcu edildi. Taburcu edilirken penisteki şişlik belirgin azalmış, açılma düzelmişti. 12 ay sonra kontrol edilen hastada penil deviasyon ve ereksiyon kusuru görülmedi. Kavernoziyografi bulguları normal olarak değerlendirildi.

## TARTIŞMA

Penis rüptürünün en sık (%33-58) koitus esnasında olduğu bildirilmiştir (8,10). Bizim vakalarımızın hiçbiri ısrarlı sorgulamamıza rağmen koitus tarif etmemekteydi. Fizik muayenede, tipik bulgulardan hematoma ve ekimoz 3 hastamızda, penil deviasyon ve şişlik ise 2 hastamızda mevcuttu. Yırtılma anındaki tipik kütleme sesini (1,4,9) sadece 1 hastamız tarif ediyordu.

Tunica albugineadaki yırtık sıklıkla tek taraflı ve transversdir, ayrıca genelde corpus cavernosum çevresinin yarısını aşmaz ve 1/3 distal kısımdadır (7). Hastalarımızın tamamında lezyon tek taraflıydı ve 3 vakada da yırtık transversdi. 2 vakada lezyon penis orta seviyesinde, birinde distaldeydi. Hiçbir vakanın yırtığı kavernoziyosim çevresinin yarısını aşmıyordu.

Yayınlarda uretral travmanın %20 oranında eşlik ettiği bildirilmektedir (4,8,10). Hiçbir hastamızda urethra travmasını düşündürecek urethroraji veya üriner retansiyon saptanmadı.

Tedavi cerrahi ve konservatif olarak sınıflandırılabilir (2,3,4,5,9,10,11). Önceleri konservatif tedavinin de yaygın olarak kullanılmasına rağmen birçok yazar cerrahi tedavinin penil deformite ve ereksiyon kusuru komplikasyonlarını azaltmada daha etkili olduğu bildirilmiştir (1,6,7,8,11). Küçük yırtıklarda konservatif tedavi yeterli olabilir (2,5).

Cerrahi tedavi pıhtıların temizlenmesi, kanamanın durdurulması, debridman ve tunica albugineadaki defektin emilebilir sütürlerle separe olarak kapatılmasından ibarettir. Konservatif tedavi ise penisin elastik bandajla sarılması, Foley kateterizasyon ve bazen de antibiyotik ve anti-enflamatuar uygulamasını içerir. Bazı yazarlar streptokinaz veya streptodornaz gibi fibrinolitik ajanların da faydalı olduğunu bildirmişlerdir.

Ayrıca ereksiyonun şiddet ve sıklığını azaltmak için diazepam veya östrojenin faydalı olduğu savunulmaktadır (10).

Hastalarımızın tümüne cerrahi tedavi planlandı. 3 hastamıza da penis cildinin olabildiğince distalinde dairesel insizyonlar ile eksplorasyon yapıldı. Pıhtı drenajı ve debridmanı takiben yırtıklar separe olarak sütüre edildi. Elastik bandaj tatbik edildi ve hepsine Foley kateter kondu. Postoperatif dönemde ereksiyon sıklığı ve şiddetini azaltma amacıyla bir hastamızda 10 mg/gün diazepam intramusküler verildi.

Postoperatif dönemde bir hastamızda akut epididimit gelişti, medikal olarak tedavi edildi.

Hastalarımızda sadece birinde 6. ayda ereksiyonda lezyon tarafına minimal deviasyon vardı. Bütün hastalarımızda penil tümesans normaldi. Hastalarımızın tümünde postoperatif dönemde belirgin bir deviasyon ve ereksiyon kusuuru olmadığı için erken dönemde yapılan cerrahi müdahalenin penis fraktürünün tedavisinde etkili bir yol olduğu, medikal tedavi, elastik bandaj ve urethral kateterizasyon gibi ilave konservatif yöntemlerin de cerrahinin başarı şansını arttırdığı kanısındayız.

## KAYNAKLAR

- 1- Al Suleh, B.M.S., Ansari, E.R., Al Ali, I.H., Tell, J.Y. and Saheb, A.: Fractures of the penis seen in Abu Dhabi. *J. Urol.*, 134: 274, 1985.
- 2- Bozkurt, İ.: Ürogenital sistem travmaları. In: Yeni Üroloji. Ankara, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayını, bl. 21, sf. 621-654, 1987.
- 3- Davies, D.M. and Mitchell, I.: Fracture of the penis. *Brit. J. Urol.*, 50: 526, 1978.
- 4- Jallu, A., Wani, N.A. and Rashid, P.A.: Fracture of the penis. *J. Urol.*, 123: 285, 1980.
- 5- Korkud, G., Karabay, K.: Ürogenital sistem hastalıkları. In: Üroloji. İstanbul, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Yayınları, bl. 7, sf. 173-587, 1985.
- 6- McAninch, J.W.: Injuries to the genitourinary tract. In: Smith's General Urology. Eds: E.A. Tanagho and J.W. McAninch. Connecticut: Appleton and Lange, 13th edit., ch. 18, pp. 308-326, 1992.
- 7- Naraynsingh, V. and Raju, G.C.: Fracture of the penis. *Brit. J.Surg.*, 72: 305, 1985.
- 8- Nicolaisen, G.S., Melamud, A., Williams, R.D. and McAninch, J.W.: Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. *J. Urol.*, 130: 917, 1983.
- 9- Nymark, J. and Kristensen, J.K.: Fracture of the penis with urethral rupture. *J. Urol.*, 129: 147, 1983.
- 10- Orvis, B.R. and Mc Aninch, J.W.: Penil rupture. *Urol. Clin. Nor. Am.*, 16 (2): 369, 1989.
- 11- Özen, H.A., Erkan, İ., Alkubay, T., Kendi, S. and Remzi, D.: Fracture of the penis and long-term results of surgical treatment. *Brit. J. Urol.*, 58: 551, 1986.