

PENILE FRACTURES AND OUR TREATMENT POLICY

SAPORTA, L., EKİNCİ, M., KENDİRCİ, M., KILIÇ, F., ÜSTÜN, H., MİROĞLU, C.

ÖZET

Amaç: Penis fraktürlerindeki tanı ve tedavi politikamızı değerlendirmek.

Materyal ve Metod: 1992 - 1995 yılları arasında penis fraktürü ön tanısıyla 13 hasta tedavi edildi.

Bulgular: Hastalardan 10'una erken cerrahi girişim yapıp yırtık olan korpus kavernosumun tunique repara edildi. Bu olgulardan 1'inde süperfisiyal dorsal ven rüptürü vardı beraberinde korpus kavernosumda defekt yoktu. Diğer 1'inde ise korpus kavernosum defektiyle birlikte üretral rüptür de vardı. 2 hastada minimal hematoma saptanması üzerine konservatif tedavi uygulandı. Diğer 1 hastaya ise daha önceden başka bir merkezce konservatif tedavi önerilmiş ancak olaydan 1 ay sonra tarafımızdan elektif koşullarda operasyon uygulandı. Konservatif tedavi gören hastalardan kontrole gelen 1'inde fraktür yerinde endürasyon, ereksiyonda ağrı ve deviasyon saptandı. Buna karşılık erken opere edilen grupta hiçbir komplikasyona rastlanmadı. Geç reparaşyon uygulanan hastada ise hafif deviasyon ve endürasyon kaldı.

Sonuç: Bu bulguların ışığında penis fraktürlerinde olabildiğince erken cerrahi onarımın en iyi sonuçları vereceği kanısındayız.

SUMMARY

Objective: To evaluate our diagnosis and treatment policy of penile fractures.

Material and Method: Between 1992 and 1995, 13 patients have been treated with the diagnosis of penile fracture.

Findings: To ten patients, early surgical manipulation is made and the ruptured tunica of the corpus cavernosum is repair. In one patient the only defect was rupture of superficial dorsal vein. In another patient there was urethral rupture associated with the defect in the corpus cavernosum. To two patients who had minimally bulging haematoma, conservative treatment was suggested. To a patient who had early been suggested conservative therapy by another center, a month after the event, we applied an elective surgical intervention.

In the follow-up from the patients who had conservative therapy, only one patient came to control and he complained of fixed enduration in the fracture area and pain, mild deviation in the erection. In the group who had an early surgical reparation, there was no complications. In a patient who had a delayed procedure, small enduration and minimal deviation was found.

Conclusion: At the light of these findings, we think that in penile fractures the early surgical repair gives the best results.

ANAHTAR KELİMELEER: Penis, fraktür

KEY WORDS: Penis, fracture

GİRİŞ

İlk defa 1925 yılında Malis tarafından tanımlanan penis fraktürü (1); penisin künt travmaya maruz kalması sonucu korpus kavernosumu saran tunika albugineanın rüptürüdür (2). Rüptür genellikle penis ereksiyonda iken olmaktadır. Çünkü bu fazda tunika albuginea flask faza göre daha ince ve gergindir. Ereksiyon fazında iken penise gelen ani bir darbe veya dişsetli bir bükülme sonucu tunika albugineada yırtılma meydana gelebilir (2,3). Korpus kavernosum rüptürüyle birlikte %10-20 olguda üretral yaralanmanın da olabileceği bildirilmektedir (1). Yırtılma ile birlikte erekte vaziyetteki korpusların içindeki kan tuniklerin dışına sızar ve üretra ile Buck fasyasının da yırtığa eşlik edip etmemesiyle paralel olarak peniste hematoma, şişlik, renk değişikliği, sağlam tarafa doğru penisin eğilmesi gibi şekil bozukluklarının yanısıra hematomun perine ve surapubik bölgelere yayılması, üretral meadana kan gelmesi, işeyememe veya işemede zorlukla hasta karşımıza gelebilir (1,3,4). Hastalar bu yırtılma esnasında tipik olarak kırılma sesi duyduklarını söylerler. Oluşan ağrıyla birlikte ani detumesans gelişir (3,5). Tanıda öykü ve tipik fizik muayene genellikle yeterlidir (3). Öyküde %33-58 olguda olayın cinsel ilişki sırasında olduğu bildirilmiştir (6).

Bu yazımızda 13 olgu dolayısıyla penis fraktürleriyle olan deneyimlerimizi sunmak istedik.

MATERYAL VE METOD

1991 ile 1995 yılları arasındaki sürede kliniğimize penis fraktürü şüphesiyle başvuran 13 hasta tedavi edildi. Hastaların yaşları 22 ile 45 arasında değişmekte idi (ortalama 30 yaş). Tedavi politikamız doğrultusunda peniste belirgin deformiteye yol açmamış, işeme problemi olmayan ve minimal hematoma olan 2 hasta gözlem amacıyla servisimize yatırılarak konservatif tedavi uygulandı. Tipik öykü ve fizik muayene bulguları olan diğer olgulardan 10'una acil, daha önce başka bir merkez tarafından konservatif tedavi önerilen ve travmadan 1 ay sonra polikliniğimize kontrol için başvuran, muayenesinde penisin sol tarafında; ultrasonografik olarak doğrulanan, 3x3x6 cm'lik organize hematoma saptanan ve peniste belirgin deformitesi olan 1 hastaya ise elektif koşullarda cerrahi girişim planlandı. Üretral

meada kan görülmeyen 10 olguda operasyon öncesi veya operasyon esnasında üretral kateter takıldı. 1 olguda üretroraji vardı ve çekilen retrografisinde inkomplet rüptür saptandı. Cerrahi girişimlerin tümü genel anestezi altında yapıldı. 9 olguda subkoronal sikrumsizyonel insizyon kullanıldı. Penis soyulup defekt bulunduktan sonra 0 veya 1 numara monofilaman nonabsorbable polypropylen (Prolen) ile kontinü ve su sızdırmayacak şekilde repare edildi. Katlar diren konulmadan kapatılıp işlem sonuçlandırıldı. 1 olguda direkt hematoma bölgesi üzerinden penis aksına paralel insizyon ve 1 olguda da orta hat ventral penoskrotal insizyon kullanıldı. Üretra rüptürü de olan olguda tunik reparasyonu yanısıra 6/0 Vycril sütür materyeli kullanılarak üretra reparasyonu da yapıldı.

Operasyon sonrasında sondalı olarak bırakılan penisler elastik bandajla çevrildi. Tüm hastalara sondalı kaldıkları sürece profilaktik olarak oral kotrimaksazol verildi. Üretral kateter üretra rüptürü olan hasta dışında postoperatuar 2. günde çıkartıldı. Üretra rüptürlü olguda silikon sonda kullanıldı ve 10 gün üzerinde bırakıldı. Postoperatuar dönemde tüm hastalara ağrılı ereksiyonları önlemek amacıyla diazepam oral yolla verildi.

Geç dönem sonuçları değerlendirmek amacıyla hastalar olaydan sonraki 3. ay ve 1. yıl kontrole çağrılıp peniste eğrilik veya plak benzeri oluşumların varlığı ile ereksiyon kalitesi açısından kontrol edildiler.

SONUÇLAR

Hastaların başvuru süresi olaydan sonra 1 saat ile 1 ay arasında değişmekteydi. 13 hastadan birine daha önce başka bir merkez tarafından konservatif tedavi önerilmişti ancak hasta olaydan 1 ay sonra servisimize başvurarak kontrolümüze girdi. Bunun dışında bir olgu minimal hematoma ile 48 saat sonra ilk başvurusunu yaptı. Bu iki olgu dışında, başvuru süresi 1 saat ile 9 saat arasında değişmekte olup ortalama 4 saattir. Olguların sadece 4'ü (%30) olayın cinsel ilişki sırasında olduğunu belirtti. Geri kalan olgularda, sabah penis ereksiyonda iken, yatakta dönme veya eşyaya çarpma gibi nedenler gösterildi. Penis fraktürü şüphesiyle başvuran 13 hastadan 11'i opere edildi. Opere edilen olgularda rüptür yeri 6 olguda (%55) penisin 1/3 proksimal bölümünde,

2 olguda (%18) penoskrotal bileşke civarında ve geri kalan 3'ünde (%27) midshaft veya penisin 1/3 distal kısmındaydı. Tunikteki defektin boyu 0.5 ile 2.5 cm. arasında değişmekte olup ortalama 1.5 cm idi. Olguların 1'inde (%8) tunikte defekt saptanmadı. Tek patoloji vena dorsalis penisin rüptürü idi. Bu yüzden ven bağlanarak işleme son verildi. Yine olguların 1'inde (%8) büyük bir tunik defektiyle birlikte üretrada inkomplet rüptür saptandı ve repare edildi.

Postoperatuar erken dönemde hiçbir hastada komplikasyon görülmedi. Opere edilen 11 hastanın hospitalizasyonu ortalama 4.5 gün olup 3 ile 8 gün arasında değişmekteydi. Konservatif tedavi önerilen grupta ise hospitalizasyon 1.5 gün oldu.

Postoperatuar dönemdeki izlem süremiz 4 ay ile 3 yıl olup ortalama 9 aydır. Olaydan sonraki 3. ay ve 1. yıl kontrole çağırılan hastalardan ancak 10'u kontrole geldi. Erken cerrahi geçiren 10 hastadan kontrole gelen 8'inde hiçbir deformite, ereksiyon kalitesinde ve şeklinde bozulma saptanmadı. Geç reparasyon uygulanana hastada 3. ayda peniste hafif kurvatür vardı ancak hasta ereksiyon kalitesinden memnundu ve kurvatürün cinsel ilişkiye engel olmadığını bildirdi. Tarafımızdan konservatif tedavi önerilen 2 hastadan kontrole yalnız 1'i geldi ve onda da rüptür yeri olarak tahmin ettiğimiz bölgede endürasyon ve cinsel ilişkiye engel olmayacak şekilde minimal kurvatür saptandı.

TARTIŞMA

Penis fraktürü veya diğer bir deyişle korpus kavernosumun travma sonucu yırtılması oldukça nadir görülen bir durum olup yakın tarihlere kadar dünya literatürüne bildirilmiş 200 olgu mevcuttu (3). Olguların büyük çoğunluğunda tipik anamnez ve muayene bulguları ile tanı rahatlıkla konulabilmektedir. Korpus kavernosumdaki defekti göstermek üzere yapılabilen kavernosografi bazı yazarlarca önerilmesine rağmen bugün için elzem olarak kabul edilmemektedir (3,4,7). Ayrıca kuşkulu olgularda yeri olmasına rağmen minimal laserasyonlarda pıhtının rüptür yerini tıkmaması sonucunda ekstrasvasasyonunun olmayabileceği olasılığını da (3) unutmamak gerekir ki; bu da tedavi politikası açısından önemli olacaktır.

Olgularımızın hiçbirinde tanı problemimiz

olmadığı için kavernosografi yapılmadı. Penis fraktürlerinde en önemli ikilem, tedavinin konservatif mi yoksa operatif mi olacağıdır. 1954 yılına kadarki bildirilenlerin çoğunda konservatif tedavi savunulmaktaydı (3). Bu amaçla üretral kateterizasyon, elastik bandaj, penoskrotal süspansiyon, buz tatbiki, antibiotik ve antiinflamatuvar ajanlar kullanılmıştır (3). Bunların dışında streptokinaz veya streptodornaz gibi fibrinolitik ajanlar önerilmiş ancak pek etkili olmadıkları görülmüş (3,5). Yine ereksiyonu önlemek için östrojenler ve/veya diazepam türevi ajanlar da denenmiştir (3). Konservatif tedavideki en önemli risk sonradan gelişebilecek fibrosis ve buna bağlı olarak cinsel ilişki sırasında doğabilecek ağrılardır. Konservatif tedaviler sonucunda %30'lara varan komplikasyonlar bildirilmiştir (3). Bizim serimizde de konservatif tutum izlediğimiz 2 hastadan kontrole gelen 1'inde minimal endürasyon ve deviasyon ile birlikte cinsel ilişki sırasında ağrı tarif edilmekteydi. Cerrahi girişimlerin ilk savunucularından Meares, 1971 yılında, hematoma boşaltılması ve tunika albugineadaki defektin primer onarımı görüşünü ileri sürmüştür (5). Daha sonraki yıllarda genel kabul gören yöntem, cerrahi olmuştur (2-4, 8-10). Biz de konservatif tedavinin doğuracağı komplikasyonlara göze almadığımızdan temel politikamız uyarınca olabildiğince erken cerrahi girişim yanlısıyız. Cerrahi girişim için genellikle subkoronal sirkumsizyonel insizyon ve kuşkulu lezyon bölgesi üzerinden longitudinal veya transvers insizyonlar kullanılabilmektedir (3,8). Biz de vakaların çoğunda daha iyi bir görüş sağladığı inancıyla subkoronal insizyonu tercih ettik ve penis cildinin tamamıyla köke kadar soyulmasıyla hem her iki korpus kavernosum hem de korpus spongiosumlara hakim olduk.

Penis fraktürlerinde ayırıcı tanıda önemli sayılabilecek bir konu da penisin vasküler yapısındaki rüptürlerdir ki; etyoloji ve muayene bulguları hemen hemen fraktürle aynıdır (7). Bizim serimizde de erken cerrahi reparasyon amacıyla girişim yapılan 10 hastanın 1'inde süperfisiyal dorsal ven rüptürü saptanmıştır.

Erken cerrahi uygulanan olgularda konservatif tutumun aksine peniste endürasyon ve buna bağlı kurvatür oluşma olasılığının daha az olduğu ve ereksiyon kapasitesinin hızla normale döndüğü, ayrıca hospitalizasyon süresi de daha kısa olduğu bir çok çalışmada vurgulanmaktadır (2-4, 8-10).

Bizim olgu serimizde de erken cerrahi girişim yapılan 10 olgudan kontrole gelen 8'inde hiçbir komplikasyon gözlenmedi. Konservatif tedavi sonrası cerrahi girişim yapılan vakada ise hafif kurvatur ve endürasyon saptandı. Hospitalizasyon açısından verilerimiz literatürdeki diğer verilere benzememektedir. Bunun nedeni; tüm hastalara uyguladığımız üretral kateterin 2. gün alınması ve genellikle parenteral tedavi görmeyen hastaları servis politikamız dolayısıyla taburcu etmemizdir.

Sonuçta; anamnez ve tipik bulgularıyla penis fraktürü tanısı konan tüm hastalarda erken cerrahi girişimin ilk tercih edilmesi gereken yöntem olduğu, daha önceden konservatif tedavi görüp te endürasyondan dolayı ereksiyon kalitesinden rahatsızlık hisseden kişilerde de yine cerrahi düzeltmenin yapılması gerektiği, aynı zamanda konservatif tedavinin de sadece minör kanaması olan ve majör ekstremitasyonu olmayan olgularda uygulanabileceği kanısındayız.

KAYNAKLAR

- 1) **Tsang, T., Demby, A.M.:** Penile fracture with urethral injury. *J. Urol.*, 147: 466-4678, 1992.
- 2) **Özen, H.A., Erkan, I., Alkıbay, T., Kendi, S., Remzi, D.:** Fracture of the penis and long - term results of surgical treatment. *Br. J. Urol.* 58: 551-552, 1986.
- 3) **Orvis, B.R., McAninch, J.W.:** Penil rupture. *Urol. clin. North. Am.* 16: 369-375, 1989.
- 4) **El-Sherif, A.E., Dauleh, M., Allowneh, N., Vijayan, P.:** Management of fracture of the penis in Qatar. *Br. J. Urol.* 68: 622-625, 1991.
- 5) **Meares, E.M.:** Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *J. Urol.* 105: 407-408, 1971.
- 6) **Biase, J.N., Whitehead, E.D., Miller, F., Hoffman, S.:** Unilateral unitary inflatable penile prosthesis to correct impaired tumescence and severe

penile deformity resulting from traumatic rupture of I corpus cavernosum. *J. Urol.* 152: 2098-2100, 1994.

- 7) **Nicely, E.R., Costabile, R.A., Moul, J.W.:** Rupture of the deep dorsal vein of the penis during sexual intercourse. *J. Urol.* 147: 150-152, 1992.
- 8) **Tan, L.B., Chiang, C.P., Huang, C.H., Chou, Y.H., Wang, C.J.:** Traumatic rupture of the corpus cavernosum. *Br. J. Urol.* 68: 626-628, 1991.
- 9) **Herbert, C.R., Hadley, H.R., Paul, D.L.:** Fracture of penis: Diagnosis and management. *Urology* 40: 33-35, 1992.
- 10) **Agrawal, S.K., Morgan, B.E., Shafique, M.:** Experience with penil fractures in Saudi Arabia. *Br. J. Urol.* 67: 644-646, 1991.