



# İstemli cinsel aktivite sırasında oluşan cinsel yaralanmalar

## Sexual injuries during consensual sexual activity

Aysun SAVAŞ,<sup>1</sup> Ozan EFESOY,<sup>2</sup> Filiz ÇAYAN,<sup>1</sup> Selahittin ÇAYAN<sup>2</sup>

### AMAÇ

Bu çalışmada kliniğimizde tedavi edilen cinsel yaralanmalar geriye dönük olarak değerlendirildi.

### GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2004-Aralık 2010 tarihleri arasında acil servise istemli cinsel aktivite sırasında oluşan yaralanma nedeniyle başvuran 31 olgu (17 erkek, 14 kadın; ort. yaş 31,97±11,64; dağılım 18-60 yıl) değerlendirildi. Olguların yaşı, yaralanmaya sebep olan travma şekli, yaralanmadan sonra hastaneye gelene kadar geçen süre, fiziki/operatif inceleme sonuçları, uygulanan tedavi yöntemleri, hastanede kalış süreleri ve görülen komplikasyonlar incelendi.

### BULGULAR

Cinsel yaralanmalar kadınlarda vajina laserasyonu, erkeklerde ise penis kırığı idi. Olguların tamamına erken dönemde cerrahi tedavi uygulandı. Vajina yaralanmalarının çoğu bakirelerde, ilk cinsel ilişki esnasında oluşmuştu, olguların genellikle vajinal ağrı ve cinsel aktivite sırasında kanamadan şikayeti vardı. Yaralanmaların çoğu arka fornikte idi. Penis kırığı etyolojisi cinsel ilişki ve masturbasyon idi. Olguların tamamında sertleşmiş peniste ağrı, sertleşmenin hızlı bir şekilde kaybolması ve sonrasında penisin şişerek morarması şikayeti vardı. Olguların 11'inde sağ, 5'inde sol ve birinde bilateral korpus kavernozum tunika albuginea-sında 0,5-3 cm arasındaki uzunluklarda yırtık saptandı. İki tarafta yırtılma olan olguda aynı zamanda inkomplet üretra rüptürü de vardı.

### SONUÇ

Genellikle detaylı bir anamnez ve fiziksel inceleme ile tanı konulabilen cinsel yaralanmalarda erken dönemde cerrahi tedavi ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Cinsel travma; penis kırığı; vajina laserasyonu.

### BACKGROUND

The aim of this study was to retrospectively evaluate sexual injury treated in our clinic.

### METHODS

We evaluated the results of 31 patients (17 males, 14 females; mean age 31,97±11,64; range 18 to 60 years) with sexual injury during consensual sexual activity, who presented to the emergency department between January 2004 and December 2010. Patients' age, etiology of injury, time passed since trauma, physical/operative examination results, type of treatment, duration of hospitalization, and postoperative complications were investigated.

### RESULTS

Sexual injury occurred in women as vaginal laceration and in man as penile fracture. All of the cases were treated with early surgical repair. Vaginal injuries were formed in virgin girls during the first sexual intercourse. Cases usually complained of vaginal pain and then bleeding during sexual activity. The commonest site of injury was the posterior vaginal fornix. Etiology of penile fracture was sexual intercourse and masturbation. Sudden pain in the penis, edema, color change, and sudden detumescence were the main complaints. Eleven patients had right, 5 had left and 1 had bilateral tunical ruptures, with defects of 0.5-3 cm in length. The patient with bilateral injury had accompanying incomplete urethral rupture.

### CONCLUSION

Sexual injury can be diagnosed effectively based on history and physical examination, and may be treated successfully with early surgical procedure.

**Key Words:** Sexual trauma; penile fracture; vagina laceration.

Cinsel aciller içerisinde önemli bir yer tutan cinsel yaralanmalar, cinsel aktivite (cinsel ilişki ve mastürbasyon) sırasında meydana gelen travmalar sonucunda oluşan yaralanmalardır. Cinsel yaralanmalar kadınlarda sıklıkla vajina laserasyonu, erkeklerde ise penis kırığı şeklinde görülmektedir.<sup>[1,2]</sup>

Cinsel yaralanma olguları utanma ve korku gibi dürtüsel, dini ve kültürel baskı gibi sosyal, yoksulluk gibi ekonomik nedenlerden ötürü hastaneye başvurma konusunda isteksizdirler, olayın meydana geliş şekli hakkında fazla konuşmak istemezler ve yaralanmanın gerçek nedenini açıklamaya yanaşmazlar.<sup>[3,4]</sup> Ayrıca çoğu vajina laserasyonu küçüktür, hızla kendini sınırlar ve bu olgular hastaneye gidilmeden de iyileşebilirler. Sağlık çalışanlarının bu özel durumu rapor etmedeki isteksizlikleri de tüm bu faktörlere eklendiğinde cinsel yaralanmalar hakkında detaylı bilgi elde edilememekte, sıklığı tam olarak saptanamamakta ve gerçek sıklığının bildirilenden çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.<sup>[5]</sup>

Ülkemizde ve dünyadaki cinsel yaralanma sıklığının tam olarak hesaplanması, risk faktörlerinin saptanması, tanı ve tedavi prensiplerinin belirlenmesi amacıyla, kadınlarda görülen cinsel yaralanmalar başta olmak üzere, tüm cinsel yaralanmaların bildirilmesi önem arz etmektedir. Bu çalışmada, istemli cinsel aktivite sırasında meydana gelen travmalar sonucunda oluşan 31 cinsel yaralanma olgusu sunuldu.

## GEREÇ VE YÖNTEM

Ocak 2004 ile Aralık 2010 tarihleri arasında hastanemiz acil servisine cinsel yaralanma nedeniyle müra-caat eden olgular geriye dönük olarak değerlendirildi. Cinsel saldırı ile taciz olguları çalışma dışı bırakılarak istemli cinsel aktivite sırasında oluşan penis veya vajen yaralanmalı 31 olgu (17 erkek, 14 kadın; ort. yaş 31,97±11,64; dağılım 18-60 yıl) çalışmaya alındı. Değerlendirmede olguların yaşı, yaralanmaya sebep olan travma şekli, yaralanmadan sonra hastaneye başvuruya kadar geçen süre, fiziksel ve operatif inceleme sonuçları, hastanede kalış süreleri ile operasyon sonrası erken ve geç dönemde (12. ay) görülen komplikasyonlar incelendi.

### Tanı ve cerrahi teknik

Vajen yaralanması ön tanısı anamnez ve fiziksel inceleme ile konuldu. Olgulara genel anestezi altında ve litotomi pozisyonunda vajinal ekartör takıldı, koagülomları temizlendi ve eksplorasyon ile vajinal/rektal detaylı fiziksel inceleme yapıldı. Olgulara ameliyat sırasında üretral katater takıldı. Yırtıklar iç tabaka 3/0, dış tabaka 2/0 atravmatik iğneli kromik katgüt veya rapid vikril dikişlerle devamlı-kilitlemeli olarak iki tabaka halinde onarıldı ve antibiyotikli sıvı ile steril vazelinle ıslatılmış spanç tamponlar vajen içine

yerleştirildi. Tüm olgulara operasyon öncesi tek doz intravenöz ve operasyon sonrası 7 gün peroral antibiyotik profilaksisi ile analjezik/antiinflamatuvar tedavi verildi. Vajinal tampon ve üretral kateter operasyon sonrası 1. günde çıkarıldı.

Penis kırığı ön tanısı anamnez ve fiziksel inceleme ile konuldu. Üretrorajisi olan bir hastada ek olarak üretrografi çekilerek üretra yaralanması değerlendirildi. Penis kırığı ön tanısı konulan olgulara genel anestezi altında sirkümsizyon hattından subkoronal sirküler cilt insizyonu yapılarak penis deglove edildi. Koagülomlar temizlenerek korpus kavernozumlar eksplore edildi. Olgulara ameliyat sırasında üretral katater takıldı. Bilateral korpus kavernozum yırtığı ile birlikte inkomplet üretra rüptürü saptanan bir olguda ek olarak skrotuma 2 cm'lik uzunlamasına bir kesi yapılarak içeride biriken hematoma ile idrar boşaltıldı, üretra proksimal ve distal uçlardan serbestleştirilerek 4/0 vikril dikişle uç-uca anastomoz edildi. Derin dorsal vende yırtık saptanan bir olguda ise ven her iki uçtan 2/0 ipek dikişle bağlandı. Olguların korpus kavernozumlardaki yırtıklar 2/0 vikril dikişle tek tek kapatıldı. Diğer katlar ise kromik katgüt veya rapid vikril dikişlerle kapatılarak penis elastik bandajla sarıldı. Tüm olgulara ameliyat öncesi tek doz intravenöz ve ameliyat sonrası 7 gün peroral antibiyotik profilaksisi ile analjezik/antiinflamatuvar tedavi verildi. Elastik bandaj her gün değiştirilerek 7 gün süreyle uygulandı. Üretral kateter üretra yırtığı olan olguda ameliyat sonrası 21. gün, diğer olgularda ise 1. günde çıkarıldı.

Veriler "Statistical Package for the Social Sciences version 11.5.2.1" (SPSS Inc, Chicago, IL, ABD) kullanılarak analiz edildi. Tanımlayıcı veriler ortalama±standart sapma, oran ve yüzde olarak sunuldu.

## BULGULAR

Cinsel yaralanmalar kadınlarda vajina laserasyonu, erkeklerde ise penis kırığı şeklinde görüldü.

Vajina laserasyonlu olguların yaş ortalaması 26,57±9,63 (dağılım 18-52) yıl ve yaralanma sonrası hastaneye başvuru süreleri 3,00±2,11 (dağılım 1-8) saattir. Yaralanma, 9 olguda (%64) bakirelerde ve ilk cinsel ilişki, 5 olguda (%36) ise mükerrer cinsel ilişki esnasında oluşmuştur. Dokuz olguda (%64) bekaret, 2 olguda (%15) puerperium, 1 olguda (%7) vajinal histerektomi ve 1 olguda (%7) intravajinal yabancı cisim kullanımı etyolojik faktör olarak saptanırken, 1 olguda (%7) etyolojik faktör bulunamadı. Cinsel ilişki sırasında ani ve şiddetli vajinal ağrı, sonrasında vajinal kanama ile künt vulvo-vajinal ağrı ve/veya rahatsızlık hissi en sık rastlanan başvuru şikayeti idi. Olguların tamamının fiziksel incelemesinde vajinal kanama ve hassasiyet/ağrı, dört olguda hipotansiyon (%29) ve bir olguda (%7) presenkop saptandı. Yaralanmanın görül-

düğü anatomik bölgeler; 6 olguda (%43) arka forniks, 3 olguda (%21,5) yan forniksler, 3 olguda (%21,5) yan duvarlar ve 2 olguda (%14) arka furşet olarak saptandı. Ayrıca bir olguda vajina sağ yan duvar laserasyonuna labium minus yırtığı da eşlik etmekteydi. Olguların hastanede kalış süreleri  $1,57 \pm 0,76$  (dağılım 1-3) gündür. Komplikasyonlar değerlendirildiğinde üç olguya (%21,5) erken dönemde kan nakli yapıldığı, bir olguda (%7) erken dönemde enfeksiyon, iki olguda (%14) ise geç dönemde disparoni geliştiği saptandı. Vajina laserasyonlu olguların yaşları, travma etyolojileri, yaralanma lokalizasyon ve boyutları, hastaneye başvuru ve kalış süreleri ile gelişen komplikasyonlar Tablo 1’de sunulmuştur.

Penis kırıklı olguların yaş ortalaması  $36,41 \pm 11,51$  (dağılım 23-60) yıl ve yaralanma sonrası hastaneye başvuru süreleri  $5,88 \pm 3,46$  (dağılım 2-14) saattir. Yaralanma, 13 olguda (%76) cinsel ilişki, 4 olguda (%24) ise mastürbasyon sırasında oluşmuştur. Olguların tamamında sertleşmiş penisin değişik yönlere bükülme ve/veya zorlanması sonucu peniste ağrı, sertleşmenin hızlı bir şekilde kaybolması ve sonrasında penisin şişerek morarması şikayeti vardı. Ek olarak, 11 olgunun (%65) travma esnasında kırılma sesi duyduğu, bir olgunun (%6) ise idrar deliğinden kan geldiği ve işemekte zorlandığı saptandı. Olguların tamamının fiziksel incelemesinde peniste şişlik ve ekimoz/hematom, bir olguda üretroraji saptandı. Yaralanmanın görüldüğü anatomik bölgeler; 11 olguda (%65) sağ korpus kavernozum, 5 olguda (%29) sol korpus kavernozum ve bir olguda ise (%6) her iki korpus kavernozum olarak sap-

tandı. Ayrıca bir olguda (%6) inkomplet üretra yırtığı, bir olguda (%6) ise derin dorsal ven yırtığı yaralanmaya eşlik ediyordu. Olguların hastanede kalış süreleri  $2,18 \pm 2,24$  (dağılım 1-10) gündür. Komplikasyonlar değerlendirildiğinde bir olguda (%6) erken dönemde yara enfeksiyonu ile geç dönemde üretra darlığı, bir olguda (%6) ise geç dönemde ağrılı ereksiyon geliştiği saptandı. Penis kırıklı olguların yaşları, travma etyolojileri, yaralanma lokalizasyon ve boyutları, hastaneye başvuru ve kalış süreleri ile gelişen komplikasyonlar Tablo 2’de sunulmuştur.

## TARTIŞMA

Kadın üreme sistemi yaralanmalarının büyük çoğunluğu obstetrik travmalar nedeniyle oluşurken, obstetrik nedenlere bağlı olmayan kadın üreme sistemi yaralanmalarının çoğunluğu ise cinsel yollu travmalar nedeniyle oluşur.<sup>[6,7]</sup> Cinsel yaralanmaların genel jinekoloji pratiğindeki sıklığı muhtelif yayınlarda %0,05 ile %0,7 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir.<sup>[5,7-10]</sup> Ancak gerçek sıklığının bildirilenden çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.<sup>[5]</sup> Kadınlarda cinsel yaralanmalar sıklıkla izole vajina laserasyonu şeklinde görülmekle beraber izole veya vajina laserasyonu ile birlikte vulva, üretra, mesane ve rektum yaralanmaları da görülebilmektedir.<sup>[1]</sup> Yaralanma istemli veya istemsiz, ilk veya mükerrer cinsel ilişki ile mastürbasyon sırasında meydana gelebilir.<sup>[7]</sup> Bekaret, sert cinsel ilişki, cinsel saldırı ve taciz, penovajinal orantısızlık, premenerşal ve postmenapozal dönem, puerperium, kadınların cinsel ilişki için yetersiz duygusal ve fiziksel hazırlığı, geçirilmiş vajina ameliyatları, pelvik

**Tablo 1.** Vajina laserasyonlu olguların yaş, travma etyoloji, lokalizasyon ve boyutları, hastaneye başvuru ve kalış süreleri ile gelişen komplikasyonlar

| No | Yaş | Travmanın oluş şekli   | Başvuru süresi (sa) | Lezyon lokalizasyonu                 | Hastanede kalış (gün) | Komplikasyon                                     |
|----|-----|--|---------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|
| 1  | 19  | İlk cinsel ilişki  | 8                   | Arka furşette 1 cm                   | 1                     | Yok  |
| 2  | 22  | Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişki                               | 3                   | Sağ yan fornikte 2,5 cm              | 1                     | Yok  |
| 3  | 26  | İlk cinsel ilişki  | 1                   | Arka fornikte 4,5 cm                 | 3                     | Erken dönemde kan nakli                          |
| 4  | 19  | İlk cinsel ilişki  | 2                   | Arka fornikte 2 cm                   | 1                     | Yok  |
| 5  | 20  | İlk cinsel ilişki  | 1                   | Sol yan duvarda 3,5 cm               | 2                     | Yok  |
| 6  | 52  | Vajinal histerektomi ve ön onarım sonrası ilk cinsel ilişki      | 1                   | Arka fornikte 4 cm                   | 2                     | Erken dönemde kan nakli                          |
| 7  | 38  | Mükerrer cinsel ilişki   | 2                   | Arka fornikte 3 cm                   | 1                     | Yok  |
| 8  | 23  | İlk cinsel ilişki  | 6                   | Sağ yan duvarda 2,5 cm               | 1                     | Yok  |
| 9  | 33  | Mükerrer cinsel ilişki sırasında vajinal yabancı cisim kullanımı | 1                   | Arka fornikte 4 cm                   | 3                     | Erken dönemde kan nakli<br>Geç dönemde disparoni |
| 10 | 19  | İlk cinsel ilişki  | 5                   | Arka fornikte 1,5 cm                 | 1                     | Geç dönemde disparoni                            |
| 11 | 24  | İlk cinsel ilişki  | 3                   | Sol yan forniks 2,5 cm               | 2                     | Yok  |
| 12 | 34  | Doğumdan sonraki ilk cinsel ilişki                               | 2                   | Sağ yan fornikte 3 cm                | 2                     | Yok  |
| 13 | 25  | İlk cinsel ilişki  | 3                   | Arka furşette 2 cm                   | 1                     | Yok  |
| 14 | 18  | İlk cinsel ilişki  | 4                   | Sağ yan duvar ve labium minusta 2 cm | 1                     | Erken dönemde enfeksiyon                         |

**Tablo 2.** Penis kırığı olan olguların yaşları, travma etyoloji, lokalizasyon ve boyutları, hastaneye başvuru ve kalış süreleri ile gelişen komplikasyonlar

| No | Yaş | Travmanın oluş şekli | Başvuru süresi (sa) | Lezyon lokalizasyonu           | Hastanede kalış (gün) | Komplikasyon                 |
|----|-----|----------------------|---------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1  | 23  | Cinsel ilişki        | 3                   | Sağ korpus kavernozum 2 cm     | 2                     | Yok                          |
| 2  | 23  | Mastürbasyon         | 4                   | Sağ korpus kavernozum 1,5 cm   | 1                     | Yok                          |
| 3  | 60  | Cinsel ilişki        | 14                  | Sol korpus kavernozum 1,5 cm   | 2                     | Yok                          |
| 4  | 41  | Cinsel ilişki        | 6                   | Sağ korpus kavernozum 1 cm     | 1                     | Yok                          |
| 5  | 37  | Cinsel ilişki        | 4                   | Sol korpus kavernozum 1,5 cm   | 2                     | Yok                          |
| 6  | 26  | Mastürbasyon         | 8                   | Sol korpus kavernozum 0,5 cm   | 1                     | Yok                          |
| 7  | 50  | Cinsel ilişki        | 5                   | Sağ korpus kavernozum 3 cm     | 2                     | Geç dönemde ağrılı ereksiyon |
| 8  | 48  | Cinsel ilişki        | 12                  | Sağ korpus kavernozum 0,5 cm   | 1                     | Yok                          |
| 9  | 28  | Mastürbasyon         | 4                   | Sağ korpus kavernozum 1 cm     | 1                     | Yok                          |
| 10 | 43  | Cinsel ilişki        | 3                   | Sağ korpus kavernozum 1,5 cm   | 1                     | Yok                          |
| 11 | 26  | Cinsel ilişki        | 2                   | Sol korpus kavernozum 1 cm     | 5                     | Yok                          |
|    |     |                      |                     | Dorsal vende rüptür            |                       |                              |
| 12 | 53  | Cinsel ilişki        | 5                   | Sağ korpus kavernozum 1 cm     | 2                     | Yok                          |
| 13 | 37  | Cinsel ilişki        | 2                   | Sağ-Sol korpus kavernozum 2 cm | 10                    | Erken dönemde enfeksiyon     |
|    |     |                      |                     | Üretrada inkomplet rüptür      |                       | Geç dönemde üretral darlık   |
| 14 | 41  | Mastürbasyon         | 6                   | Sağ korpus kavernozum 2,5 cm   | 2                     | Yok                          |
| 15 | 29  | Cinsel ilişki        | 4                   | Sol korpus kavernozum 3 cm     | 2                     | Yok                          |
| 16 | 26  | Cinsel ilişki        | 10                  | Sağ korpus kavernozum 2 cm     | 1                     | Yok                          |
| 17 | 28  | Cinsel ilişki        | 8                   | Sağ korpus kavernozum 1,5 cm   | 1                     | Yok                          |

radıyoterapi, afrodisyakların vajinal lumbrikan olarak kullanımını ile intravajinal yabancı cisim kullanımı vajina laserasyonu için predispozan etyolojik faktörlerdir.<sup>[4,11,12]</sup> Olgularımızda en sık etyolojik faktör bekalet iken diğerleri puerperium, vajinal histerektomi ve intravajinal yabancı cisim kullanımınıdır.

Vajina laserasyonlu olgularda cinsel aktivite esnasında ani ve şiddetli vajinal ağrı ile sonrasında vajinal kanama en sık rastlanan semptomlardır. Künt vulvo-vajinal ağrı ve/veya rahatsızlık hissi, ağrılı vulvar şişlik, vulvo-vajinal yırtık görülebilen diğer semptomlardır. Kanama miktarına göre presenkop, senkop ve hipovolemik şok gelişebilir.<sup>[5,9,12,13]</sup> Laserasyonlar sıklıkla 3-5 cm büyüklüktedir ve cinsel saldırı ile taciz esnasında oluşanlar sıklıkla vajinal duvarda, istemli cinsel aktivite esnasında oluşanlar ise vajinal vaultta (özellikle arka forniks) lokalizedir.<sup>[4,7]</sup> Serimizde de vajinal ağrı ve kanama en sık semptom, laserasyon büyüklüğü 1-4,5 cm ve en sık görüldüğü lokalizasyon arka forniks olarak saptandı. Dört olguda hipotansiyon, bir olguda presenkop tespit edilirken hipovolemik şok gelişen olguya rastlanmadı.

Vajina laserasyonlu olguların çoğu ciddi yaralanmalar olmasa da hipovolemik şokla sonuçlanabilecek düzeyde kanama olabileceği unutulmamalı ve tedavide ilk basamak hastayı travma olgusu olarak kabul ederek temel yaşam desteği sağlamak olmalıdır. Daha sonra zaman kaybetmeden detaylı fiziksel inceleme ile lezyon ve çevre dokular ile olan ilişkisi değerlendirilerek laserasyon tabakalar halinde ve anatomik planda

emilebilen dikişlerle devamlı-kilitlemeli olarak onarılmalıdır. Bu işlemler sırasında yeterli eksplorasyona ve rahat onarıma imkan sağlayan genel anestezi tercih edilmelidir.<sup>[4,12]</sup> En sık görülen komplikasyonlar erken dönemde kan nakli, resüsitasyon ve yara yeri enfeksiyonu iken geç dönemde disparoni, yaranın skarla iyileşmesi ve inatçı genital enfeksiyonlardır.<sup>[8]</sup> Olgularımızda rastlanan komplikasyonlar erken dönemde kan nakli ve enfeksiyon iken geç dönemde disparoni gelişimidir.

Penis ve skrotumun kısmen de olsa hareketli olmaları nedeniyle erkek üreme sisteminde yaralanmalar nadir görülür. Görülen yaralanmaların hemen tamamı erekte peniste, künt travmaya bağlı olarak, korpus kavernozumları çevreleyen tunica albugineanın yırtılmasıyla oluşan penis kırığıdır. Penis ve/veya skrotum cildi laserasyonları ile testiküler yaralanmalar ise çok ender görülürler.<sup>[2]</sup> Penis kırığı insidansı ve etyolojisi ülkeler arasında farklılık gösterir. İngilizce literatürde 1985 yılına kadar 135 olgu bildirilmesine karşın olgu sayısı 2001 yılında, 117'si Türkiye'den olmak üzere, 1331'e ulaşmıştır.<sup>[3]</sup> Günümüzde bu sayı çok daha artmış ve yurtdışı yayınlarda Türkiye'den bildirilen penis kırıklı olgu sayısı 460'a ulaşmıştır. Ülkemiz dünya genelinde penis kırığının oldukça sık görüldüğü bir ülkedir ve literatür bilgileri bunu kanıtlamaktadır.<sup>[14]</sup> Amerika ve Avrupa ülkelerinde en sık etyolojik neden cinsel ilişki iken, Ortadoğu ülkelerinde ereksiyonu sonlandırmak için penisin bükülmesi gibi manüplasyonlar ve mastürbasyon ilk sırada yer alır.<sup>[3]</sup> Yatakta uyku esnasında

erekte penis üzerine dönme, erekte penis üzerine düşme, erekte penise eşya çarpması ve hayvan çiftlemesi gibi nedenler de bildirilmiştir.<sup>[15]</sup>

Penis kırığı tanısı zor değildir; anamnez ve fiziksel inceleme ile çoğu zaman tanı konulabilir. Ancak çok küçük kırığı olan, tanı konulamayan ve çevre dokularında da yaralanmadan şüphelenilen olgularda radyolojik incelemeye ihtiyaç duyulur.<sup>[14,16]</sup> Klasik anamnez sertleşmiş penisin değişik yönlerde bükülme ve/veya zorlanması sonucu gelişen penil ağrı, sertleşmenin hızlı bir şekilde kaybolması ve sonrasında penisin şişerek morarmasıdır. Bazı hastalar kırılma sesi duyduklarını da ifade ederler. Ayrıca, penis kırığına üretra yaralanması eşlik ediyorsa, üretroraji ve/veya idara yapmada güçlük veya idrar yapamama şikayetleri de görülebilir. Fiziksel incelemede hemen daima penil şişlik ve ekimoz vardır. Penis, tek taraflı kırıkta, sağlam tarafa deviyebilir ve lokal olarak hassastır. Hematom sıklıkla penis shaftındadır ve lasere alanın palpasyonuna engel olur. Yırtık büyükse ve fasyaları da aşmışsa hematom perine ve skrotuma yayılır.<sup>[17,18]</sup> Serimizdeki olguların tamamına, radyolojik incelemeye ihtiyaç duymadan, anamnez ve fiziksel inceleme ile penis kırığı tanısını koyduk. Üretrorajisi olan bir hastada ek olarak üretrografi çekilerek üretra yaralanması değerlendirildi.

Tunikal yırtık çoğunlukla tek taraflıdır, tranverster, korpus kavernozumun ½'sini aşmaz ve proksimal lokalizasyondadır.<sup>[3]</sup> Penis kırığı olgularının Amerika ve Avrupa ülkelerinde %38'ine, Asya ve Ortadoğu ülkelerinde ise %3'üne üretral yaralanma da eşlik etmektedir.<sup>[2]</sup> Ülkemizden bildirilen penis kırığı olgularının ise %2,5'inde üretra yaralanması kırığa eşlik etmektedir. Ayrıca, üretra yaralanmasının yanı sıra bazı serilerde derin dorsal ven yaralanması ve testis yaralanması da kırığa eşlik ettiği bildirmiştir.<sup>[18]</sup> Serimizdeki tunikal yırtıkların %94'ü tek taraflıydı, bir olguda (%6) iki taraflı yırtıkla birlikte inkomplet üretra rüptürü ve bir olguda (%6) ise derin dorsal ven yırtığı yaralanmaya eşlik ediyordu. Penis kırığı tedavisinde önceleri konservatif yaklaşımlar tercih edilmişse de hastanede kalış süresini ve komplikasyon oranını çok daha aza indiren erken cerrahi tedavinin gündeme gelmesiyle konservatif tedavi terk edilmiştir. En sık görülen komplikasyonlar enfeksiyon, penil kurvatur, ağrılı ereksiyon, fibrotik plak oluşumu ve erektil disfonksiyondur.<sup>[3,17]</sup> Olgularımızın tamamına acil cerrahi girişim yapılarak yırtıklar onarıldı. Komplikasyon oranlarımız literatüre benzer ve oldukça düşüktü.

Sonuç olarak, tanı konulmayan ve tedavide geç kalınan cinsel yaralanmalar ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Genellikle detaylı bir anamnez ve fiziksel inceleme tanı için yeterlidir. Erken dönemde uygulanan cerrahi tedavi ile yüz güldürücü sonuçlar elde edilmektedir. Bu hastalara gerekli primer tedavi

ve bakımdan sonra psikoseksüel destek sağlanmalıdır. Ülkemizde dünya geneline göre oldukça sık görüldüğü tahmin edilen cinsel organ yaralanmaları hakkında yeterli bilgi sahibi olunmalı ve bu olgular ülkemiz verilerinin doğru bir şekilde ortaya konulabilmesi için daha geniş seriler halinde bildirilmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Ahmed E, Syed SA, Parveen N. Female consensual coital injuries. *J Coll Physicians Surg Pak* 2006;16:333-5.
2. Morey AF, Rozanski TA. Genital and lower urinary tract trauma. In: Wein AJ, Kavoussi LR, Novick AC, Partin AW, Peters AP, editors. *Campbell-Walsh urology*. 9th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007. p. 2649-62.
3. Eke N. Fracture of the penis. *Br J Surg* 2002;89:555-65.
4. Sloin MM, Karimian M, Ilbeigi P. Nonobstetric lacerations of the vagina. *J Am Osteopath Assoc* 2006;106:271-3.
5. Danso KA, Turpin CA. Vulvo-vaginal injuries: analysis of 170 cases at Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi, Ghana. *Ghana Med J* 2004;38:116-9.
6. Fallat ME, Weaver JM, Hertweck SP, Miller FB. Late follow-up and functional outcome after traumatic reproductive tract injuries in women. *Am Surg* 1998;64:858-61.
7. Rush R, Milton PJ. Injuries of the vagina. *S Afr Med J* 1973;47:1325-6.
8. Sau AK, Dhar KK, Dhall GI. Nonobstetric lower genital tract trauma. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 1993;33:433-5.
9. Abasiattai AM, Etuk SJ, Bassey EA, Asuquo EE. Vaginal injuries during coitus in Calabar: a 10-year review. *Niger Postgrad Med J* 2005;12:140-4.
10. Omo-Aghoja LO, Ovbagbedia O, Feyi-Waboso P, Okonofua FE. Coitally Related Traumatic Injury of the Female Genital Tract in a Nigerian Urban Setting: A-5 year review. *Niger Postgrad Med J* 2009;16:59-63.
11. Anate M. Vaginal trauma at sexual intercourse in Ilorin, Nigeria. An analysis of 36 cases. *West Afr J Med* 1989;8:217-22.
12. Smith NC, van Coeverden de Groot HA, Gunston KD. Coital injuries of the vagina in non-virginal patients. *S Afr Med J* 1983;64:746-7.
13. Jeng CJ, Wang LR. Vaginal laceration and hemorrhagic shock during consensual sexual intercourse. *J Sex Marital Ther* 2007;33:249-53.
14. Gedik A, Kayan D, Yamiş S, Yılmaz Y, Bircan K. The diagnosis and treatment of penile fracture: our 19-year experience. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17:57-60.
15. Kiliçarslan H, Gökçe G, Kaya K, Ayan S, Gültekin YE. Surgical treatment of penil fractures. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2003;9:54-6.
16. Beysel M, Tekin A, Gürdal M, Yücebaş E, Sengör F. Evaluation and treatment of penile fractures: accuracy of clinical diagnosis and the value of corpus cavernosography. *Urology* 2002;60:492-6.
17. Aksoy Y, Özbey İ, Biççi O, Polat Ö, Demirel A, Okyar G. Penis fraktürü ve tedavi sonuçları. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 1999;5:93-5.
18. Soyulu A, Güneş A, Uğraş MY, İpek D, Baydınç C. Penil fraktür: 11 yıllık deneyim. *Türk Üroloji Dergisi* 2003;29:344-50.