

Penil protez cerrahisi esnasında kullanılan düzeltme manevraları: Tekniksel seçenekler ve sonuçlar

Segal R.L., Cabrini M.R., Bivalacqua T.J., Burnett A.L.
International Journal of Impotence Research (2014) 26, 182–185

Penil eğrilik gelişimi; ilişkide penetrasyonu engelleyebileceği için önemli bir problemdir. Penil deformiteler, en sık Peyronie hastalığı ile ilişkilendirilse de, prostat kanser tedavisi (radikal prostatektomi ya da radyoterapi gibi) sonrasında da görülebilmektedir. Penil eğrilik aşikar bir şekilde meydana gelebileceği gibi; erektil disfonksiyonu (ED) olan birçok hasta, sert ereksiyon elde edemediği için penil eğriliği ilk defa şişirilebilir penil protez (IPP) implantasyonu esnasında fark edilir. Tek başına IPP implantasyonu ile fonksiyonel doğrultma (genellikle <30 derece eğrilik kalması olarak tanımlanır) sağlanamadığı durumlarda; birkaç doğrultma manevrası (DM) uygulamak mümkündür

Şişirilmiş bir IPP üzerinde manuel penil düzeltme manevrası, tipik olarak ilk uygulanan manevradır ve hastaların %86'sında başarılı bir şekilde doğrultma sağladığı bildirilmiştir. Rezidüel eğrilikler ise, korporal rekonstrüksiyon yöntemi ile düzeltilebilir. Korporal rekonstrüksiyon yönteminde tunikal insizyon ya da eksizyon yöntemi ile gevşeme sağlanır, işlem greftli ya da greftsiz gerçekleştirilebilir

Bu çalışmada; IPP uygulanan hastalardan; işlem esnasında SM yapılanlar ile SM yapılmayan hastaların; cerrahi sonuçlar (IPP enfeksiyonu, erozyon, ve prostetik mekanik başarısızlık) yönünden karşılaştırılması amaçlanmıştır. Cerrahi yaklaşım olarak; orta hatta peno-skrotal insizyon açıldıktan sonra, pre-peritoneal Retzius noşluğuna, sağ inguinal kanal üzerinden rezervuar yerleştirildi.

Eğer klinik açıdan anlamlı (>30 derece) eğrilik varsa; şişirilen cihazın üstüne manuel penil modelleme yapılmakta; daha sonra ise korporoplasti manevraları (gevşetici tunikal insizyonlar, plak eksizyonu) ve son olarak eğer halen düzelmediyse greft teknikleri uygulandı. Bu işlem; aynı insizyondan gerçekleştirildi (tipik olarak başlangıçta tunika albugine'nin elektrokoterizasyonu ile dorsal eğrilik için nörovasküler yapıların diseksiyonunun gerekip gerekmediği test edildi) Eğer geniş (>2 cm) defekt oluştuysa;

allogreft (dermis, perikard ya da sentetik gore-tex grefti) uygulanarak defekt kapatıldı.

Ocak 2000—Aralık 2011 tarihleri arasında; IPP implantasyonu yapılan bütün hastaların klinik kayıtları Johns Hopkins Hastanesinin verileri taranarak retrospektif olarak değerlendirildi. İşlemden birkaç ay sonra fonksiyonellik ve implante edilen cihazın kabul edilebilirliği değerlendirildi. IPP implantasyonu yapılan toplam 391 hasta belirlendi. Bunlardan 84'üne işlem esnasında SM uygulandı. Toplam 7 hasta çeşitli sebeplerle analizden çıkartıldı. Hastalar 2 gruba ayrılarak; SM yapılanlar (n=84 hasta) ve SM yapılmayanlar (n=300 hasta) karşılaştırıldı. SM yapılan gruptaki hastalar yaşça daha gençler (56.3 yaş vs. 62.3 yaş).

SM yapılan hastalarda Peyronie hastalığı daha fazla saptanırken; prostat kanseri varlığı veya radikal prostatektomi öyküsü ise daha az saptandı. Ortalama cerrahi süresi, SM grubunda daha uzundu (173.8 dk vs. 152.9 dk). SM yapılan grupta; 84 hastadan 39'una (%46.4) modelleme; 31 hastaya (%36.9) tunikal insizyon ve 14 hastaya da (%16.7) tunikal rekonstrüksiyon gerçekleştirildi.

Ortalama IPP uzunluğu (silindirler + extender toplamı) iki grupta benzer (18+3=21 cm) saptandı. Ortalama hastanede yatış süresi; iki grup için benzer bulundu (1.1 gün vs. 1.07 gün). SM grubu ile SM yapılmayanlar hastalarda, ortalama implante edilen protez uzunluğu benzer (ort. 18 cm) saptandı.

SM yapılan grupta efor harcandığı için ameliyat süreleri daha uzundu. Aslında klasik olarak bilinen uzamış operasyon süresi artmış enfeksiyon riski ile beraber olmasına rağmen SM yapılan gruptaki hastalara postop ortalama 15.7 gün antibiyotik verilirken; yapılmayan gruptaki hastalara ise ortalama 12.5 gün antibiyotik tedavisi verildi ve protez enfeksiyonu, erozyon ya da mekanik başarısızlık oranları her iki grup için benzer saptandı.

Literatürde bu konu ile ilgili yapılan çalışmalar, çelişkili sonuçlar ortaya koymuştur; bazı yazarlar eğer mümkünse IPP implantasyonu sürecinde greftleme de dahil olmak üzere korporoplasti işlemlerinden kaçınılması gerektiğini; bu sayede enfeksiyon riskinin azaltılabileceğini bildirmişlerdir.

Wilson ve ark. ise; mekanik başarısızlık, hasta tatmin oranı, cihaz-ilişkili enfeksiyonlar ya da başarısızlık oranlarının; penil modelleme yaptıkları 104 hasta ile modelleme yapılmadan sadece IPP implantasyonu yapılan 905 hastada benzer bulduklarını bildirmişlerdir bu çalışmanın sonuçları da mevcut çalışma ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmanın en önemli yeniliği; aynı grupta sadece IPP implantasyonu yapılan hastalar ile, IPP implantasyonu ve SM yapılan hastaların karşılaştırılması olmuştur.

Bu çalışmanın sonuçları; “penil deformitesi olan erkek

hastalarda IPP implantasyonu ile birlikte düzeltici manevraların (SM) yapılmasının güvenilir ve etkili bir müdahale olduğu” hipotezini desteklemektedir. Bu müdahalelerle, erektil disfonksiyon ve penil eğriliği olan erkek hastalarda; seksüel fonksiyonun geriye döndürülmesi mümkün olabilmektedir. Bütün bu bulgular göstermektedir ki; IPP implantasyonu ve SM manevraları, hastalarda yüksek tatmin oranları ile fonksiyonel doğrultma sağlamakta, ek olarak düzeltme cerrahisi komplikasyon riskini de arttırmamaktadır.

SM ile enfeksiyon, erozyon gibi istenmeyen yan sonuçların riski de artmaz; böylece SM yapılmasının fonksiyonel ereksiyonu geri kazandırmada önemli bir rolü olduğu, az sayıda hasta üzerinde de olsa, ispatlanmıştır.

Çeviri

Dr. Salih Manav, Doç. Dr. Ahmet Gökçe
Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji AD