

Penil fraktür ve beraberinde üretral yaralanma: Bir üçüncü basamak hastane deneyimi

Attam AMIT et al.

Can Urol Assoc J 2013; 7: E168-E170

Penil fraktür, erekte penisin zorlanarak bükülüp kıvrılmasıyla korpus kavernozumun rüptüre olması sonucu gelişen ve acil cerrahi gerektiren bir travmadır. Anamnez ve klinik muayene tanıda büyük önem taşır. Seksüel ilişki sırasında duyulan “çıtırtı sesi”, şiddetli ağrı ve penil detümesans tipik klinik bulgulardır. Ayrıca ödem, hematoma ve penil deformite de eşlik edebilir. Olguların %1-38’inde üretral travma da gelişebilir. Eksternal meatusta kanama, hematüri ve zorlanarak işeme semptomları da varsa beraberinde üretral travma akla getirilmelidir. Muayenede; peniste ödem ve karşı tarafa penil deviasyon görülür. Palpasyonla hematoma üzerini örten penis derisi elde yuvarlanma hissi verebilir ve bu duruma “rolling sign” adı verilir. Buck fasyası dışına kan ekstrevasyonu olmuşsa perinede “kelebek şekli” görünümü oluşabilir.

Bu yayında 2005-2011 yılları arasında penil fraktür tanısıyla başvuruda bulunan 34 olgu retrospektif olarak incelenmiş ve bunların 8’inde beraberinde üretral travmanın da eşlik ettiği saptanmıştır. Hastaların tamamı acil olarak operasyona alınmış, subkoronal sirkümsizyon insizyonuyla açılarak penis derisi deglove edilmiş ve 4/0 emilebilir polyglaktin sütür materyali kullanılmıştır. Tüm hastalara intraoperatif olarak 16 Fr üretral foley kateter takılmıştır. Hastaların tamamına oral antibiyotik ve post-op ağrılı ereksiyonları önlemek için 3 hafta süre ile oral 0,05 mg estradiol reçete edilmiştir. İki hafta sonra foley kateterin yanından inserte edilen 5 Fr feeding tüp ile kontrast madde uygulanarak herhangi bir ekstrevasyon olmadığı görüldükten sonra üretral foley kateter çekilmiştir.

Üretral travma oluşan penil fraktürlü hastaların yaşları 23-51 (ortalama: 30,4) olup, bunların 6’sında koitus esnasında, 2’sinde ise penil manüplasyona bağlı olarak gelişen penil fraktür saptanmıştı. Üç hasta penil travmanın ilk gününde başvururken, 1 hasta bir hafta sonra geç dönemde başvurmuştu. Erken başvuran hastalarda cerrahi işlem estetik ve fonksiyonel açıdan daha iyi sonuçlar vermesine

rağmen, geç dönemde başvuran hastada da iyi bir sonuç alındı. Altı hastaya tanı tipik klinik bulgular ve anamnezle (üretral kanama, zorlanarak işeme) konuldu. İki hastada ise mevcut anamneze rağmen, ventral tarafta üretranın arkasında yer alan korporal defektin oluşturduğu şüpheli alan dışında klinik bulgu yoktu. Bu hastalarda cerrahi eksplorasyon sırasında, üretra korpus kavernozumdan ayrılarak mobilize edilince defekt ortaya çıkarılabildi. Korporal defekt 8 hastanın 6’sında proksimal kısımda ve 5 hastada sağ tarafta yer almaktaydı. Bir hastada bilateral korporal yaralanma komplet üretral rüptür ile beraberdi. Bu hastada üretra, yeterince mobilize edilerek gerilimsiz olarak 4/0 interrupted emilebilir sütür ile anastomoz edildi. Bir hasta dışında üretral travma alanı korporal defekte yakındı. Ancak bir hastada korporal defektin 1 cm uzağında idi. İntraoperatif olarak SF ile sulandırılmış metilen mavisi üretra içine uygulanarak üretral defektin yeri tam olarak belirlendi.

Hastalar post-op 2. günde taburcu edilmiş olup, önemli bir sorun görülmedi. Ortalama izlem süresi 34.3 ay olup, 2 hasta izlem dışı kaldı. Bütün hastaların işeme değerleri ve ereksiyon kapasiteleri normal düzeylerde saptandı. İki hastada koitusa engel oluşturmayan hafif penil kurvatur oluşumu görüldü.

Mevcut çalışmada penil fraktüre eşlik eden üretral yaralanma %24 olarak saptanırken, Agarwal ve arkadaşları da buna yakın bir değer (%23,5) bildirmişlerdir. Aynı şekilde irdediğimiz bu çalışmada üretral travma oluşumuna neden olan penil fraktür etyolojinin en sık nedeni (%75) koitus olurken, çoğu serilerde de durum benzerdir. Orta-doğu ülkelerinde “Taqaandan” prosedürü en sık penil fraktür nedenidir. Taqaandan “çıtırtı” anlamına gelen körtçe bir kelime olup, erekte penisin şaftının bir el ile tutulup, glansın diğer el ile çıtırtı duyulana kadar bükülmesi işlemidir. Bu işlemin muhtemelen penil detümesansı sağlamak için yapılan bir işlem olduğu düşünülmektedir.

Meatusta kanama, zorlanarak işeme, mikroskopik ya da

gros hematüri semptomları eşlik ettiğinde üretral travma düşünülmelidir. Ancak bu semptomlar bu çalışmada yer alan 2 hastada görülmediği gibi bazen oluşmayabilir. İdrar tahlilinin rutin olarak istenmesi önemlidir. Mevcut çalışmada 8 hastanın 7'sinde idrar analizinde hematüri saptanmış olup, Abdullah ve arkadaşları ise 107 hastanın sadece 6'sında mikroskopik hematüri bulduklarını bildirmişlerdir.

Retrograd üretrografi üretral yaralanmanın varlığını kanıtlamada yardımcı olabilir. Ancak yanlış negatif sonuçlar verebilir ve pratikte önerilmez. Mydlo ve arkadaşları küçük bir seride (2/7 hasta) %28,5 yanlış negatif oran bildirmişlerdir. Defekti maskeleyen hematomun, yanlış negatifliğin nedeni olabileceği düşünülmektedir. Acil cerrahi eksplozasyon yapılarak korporal yırtığın primer onarımı standart bir yaklaşım olup, tipik klinik bulgular ve anemnez varlığında hemen uygulanmalıdır. Cerrahi işlemde spongo-kavernozal fistül gelişimine neden olarak, post-op erek-

til disfonksiyon gelişimini önlemek için, kavernozum ve spongiozum arası çok dikkatli eksplere edilmelidir. Spongiozum ayrılarak sütür hattının üzerine gelen bölge, fistül gelişimini önlemek için bir subdartos vaskülarize fleple kapatılmalıdır. Bu çalışmada uygulandığı gibi Shaer ve arkadaşları da intraoperatif metilen mavisi uygulamasını güvenli bulmuşlardır.

İncelediğimiz bu çalışmada hasta sayısının az olması, post-operatif ereksiyon ve işeme fonksiyonlarının yeterince objektif değerlendirilmemiş olması dezavantaj olarak düşünülebilir. Ancak penil fraktürlü hastalara yaklaşımda, oluşabilecek üretral travmanın da akılda tutulması yönünden dikkat çekicidir.

Çeviri

Uzm. Dr. Sadi Turkan

Özel Kastamonu Anadolu Hastanesi Üroloji Kliniği