

Tipik muayene bulguları olmadan üretral yaralanmanın eşlik ettiği penil fraktür: Nadir bir olgu sunumu

Penile fracture with concomitant urethral injury without typical examination findings: A rare case report

Berk Yasin Ekenci¹, Hüseyin Mert Durak², Ömer Akın Özkan³, Hilmi Sarı⁴, Ahmet Nihat Karakoyunlu⁵, Fatih Yalçınkaya⁶

ÖZ

Penil fraktür genellikle tek taraflı görülür, %2–10 oranında iki taraflı da görülebilmektedir. Penil fraktüre eşlik eden üretral yaralanma daha da nadirdir ve ürolojik bir acil olarak tanımlanmaktadır. Acil cerrahi yapılması standart yaklaşım olarak kabul edilir. Olgumuzda 25 yaşında bir erkek hasta, cinsel ilişki sırasında penisine aldığı künt travmadan yaklaşık iki saat sonra acil servise başvurdu. Aniden bir çatırtı sesi duyduğunu iletti. Penil fraktüre özgü fizik muayene bulguları olan patıcan deformitesi, kelebek işareti ve penil deviasyon gözlenmedi. Fizik muayene sırasında üretroraji görüldü. Penis ultrasonografisinde her iki kavernoöz cismin distalinde tunika albugineada defekt mevcuttu. Retrograd üretrografiye opak maddenin üretradan korpus kavernozumunu doldurduğu gözlemlendi. Cerrahi eksplorasyon yapıldı. Üretranın dorsal tarafında iki fraktür hattında rüptür vardı. Üretra, foley kateter üzerinden primer anastomoz edildi. Her iki korpus kavernozumdaki defektler sütürize edildi. Sonuç olarak penil fraktüre özgü muayene bulguları her zaman mevcut olmayabilir. Semptomların eşlik ettiği penil fraktürlü olgularda üretral yaralanma mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: penis sertleşmesi, üretra, travma

ABSTRACT

Penile fractures typically present unilaterally, although bilateral occurrences account for 2–10% of cases. Urethral injury concomitant with penile fracture is exceedingly rare and constitutes a urologic emergency. Emergency surgery is widely accepted as the standard approach. In the presented case, a 25-year-old male patient presented to the emergency department approximately two hours after experiencing blunt trauma to the penis during sexual intercourse, accompanied by a sudden crackling sound. Physical examination did not reveal classic signs of penile fracture such as eggplant deformity, butterfly sign, or penile deviation; however, urethrorrhagia was evident. Ultrasonography revealed a defect in the tunica albuginea at the distal portion of both cavernous bodies. Retrograde urethrography demonstrated filling of the corpus cavernosum from the urethra with an opaque substance. Surgical exploration identified rupture along two fracture lines on the dorsal aspect of the urethra. Primary anastomosis of the urethra was performed over a Foley catheter, and defects in both corpus cavernosum were sutured. This case underscores the variability in presentation of penile fractures and emphasizes the necessity of considering urethral injury in cases of penile fracture with associated symptoms.

Keywords: penile erection, urethra, trauma

GİRİŞ

Penil fraktür çoğunlukla erekte penise travma sonrası korpus kavernozumun rüptürü sonucu oluşur. Ereksiyon halindeki korpus kavernozumdaki incelmış tunika albugineanın travmatik rüptürü sonucu oluşan ürolojik bir acildir. ^[1] Genellikle tek taraflı görülmeyle birlikte penil fraktür olgularının %2 ila 10'unda çift taraflı olarak görülebilir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Şehir Hastanesi, Üroloji Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Yazışma Adresi/ Correspondence:

Dr. Berk Yasin Ekenci

Varlık, Halil Sezai Erkut Cd. No: 5, 06170 Yenimahalle/ankara Ankara - Türkiye

Tel: +905553267751

E-mail: ekenciberk@gmail.com

Geliş/ Received: 29.12.2023

Kabul/ Accepted: 20.02.2024

Penil fraktürle birlikte üretral yaralanma daha nadir görülebilir ve %1–38 oranında bildirilmiştir. ^[2] Penil fraktüre eşlik eden üretral yaralanma ürolojik acil durum olarak tanımlanmaktadır. Penil fraktürlerin tedavisinde acil cerrahi yapılması standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir. ^[3] Olgu sunumumuzda belirgin ekimoz ve penil deviasyon gibi tipik fizik muayene bulguları olmayan, ancak yapılan tetkikler ve operasyon sonucunda bilateral korpus kavernozumuna ek olarak üretral rüptür tespit edilen hastamızın tanı ve tedavi yönetimini sunmayı amaçladık.

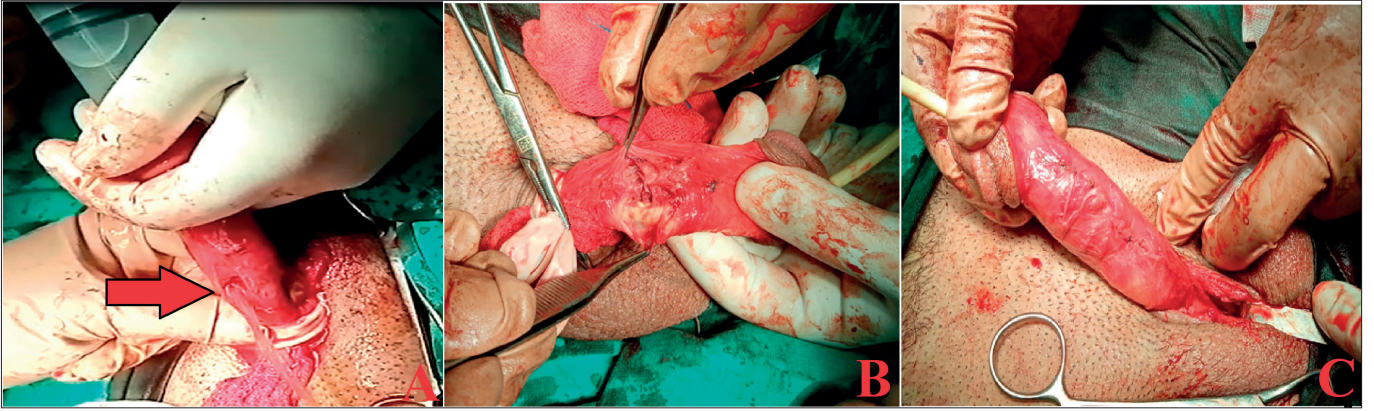
OLGU

Ek bir hastalığı olmayan yirmi beş yaş erkek hasta, cinsel ilişki sırasında penisine aldığı künt travmadan yaklaşık iki saat sonra acil servise başvurdu. Partnerinin penise yaptığı





Şekil 1. A: Tipik fizik muayene bulguları olmayan penis. B: Üretral kanama. C: Ameliyat öncesi retrograd üretrografi



Şekil 2. A: Eksternal meadan verilen izotonik solüsyonun üretral yaralanma bölgesinden ekstrasvazasyonu. B: Penil fraktür hattı ve üretral yaralanma. C: Penil fraktür ve üretra onarımı sonrası penis.

baskı sonucunda aniden bir çatırtı sesi duymuş, şiddetli ağrı ile ereksiyon tamamen kaybolmuş ve masif üretorajisi gelişmiş. Fizik muayenede sünnetli bir penis ve penis şaftının sadece proksimal kısmında ekimotik bir alan vardı. Penil fraktüre özgü fizik muayene bulguları olan patlıcan deformitesi, kelebek işareti ve penil deviasyon gözlenmedi. Skrotum normaldi (Şekil 1a). Fizik muayene sırasında üretoraji görüldü (Şekil 1b). Palpasyon ile fraktür hattı tespit edilmedi. İdrar tahlilinde mikroskobik hematüri vardı. Penisin yüzeysel ultrasonografisinde her iki kavernoöz cismin distalinde tunika albugineada defekt ve hematoma izlendi. Hastaya retrograd üretrografi (RGÜ) yapıldı ve eksternal meatustan verilen opak maddenin üretradan korpus kavernozumunu doldurduğu ve RGÜ sırasında hastada semi-ereksiyon oluştuğu gözlemlendi (Şekil 1c).

Penil subkoronal sirkumferensiyel insizyon yapıldı. Her iki korpus kavernozumda fraktür hatları gözlemlendi (Şekil 2a). Üretranın dorsal tarafında, iki fraktür hattının ortasında rüptür mevcuttu (Şekil 2b). Üretral foley kateter yerleştirildi. Hasarlı üretra, kateterin üstünden 4/0 vikril sütür ile primer anastomoz edildi. Her iki korpus kavernozumdaki defektler 2/0 vikril sütür ile onarıldı (Şekil 2c). Yapay ereksiyon intrakavernoza salın enjekte edilerek sağlandı. Herhangi bir ekstrasvazasyon gözlenmedi. Hasta

ameliyat sonrası ikinci gün foley kateter ile taburcu edildi. Operasyondan üç hafta sonra foley kateter çıkarıldı. Hastanın RGÜ'sünde ekstrasvazasyon gözlenmedi. Ameliyat sonrası üçüncü ay kontrolünde hastanın fizik muayene bulguları normal olarak değerlendirildi ve hasta ereksiyon sorunu yaşamadığını belirtti. Hastanın Uluslararası Eretil İşlev Formu-5 (IIEF-5) skoru 22 idi.

TARTIŞMA

Penil fraktürün en yaygın nedeni cinsel ilişkidir (%60). Cinsel ilişki sırasında travma mekanizması ereksiyon halindeki penisin vajinadan dışarı çıkması ve simfizis pubis veya perineye çarpmasıdır.^[4] Hastalar genellikle travma sonrası bir çatırtı sesi tanımlar ve şiddetli ağrı ile birlikte penil detümesans meydana gelir. Fizik muayenede peniste ekimoza bağlı patlıcan deformitesi, Buck fasyasında kelebek görüntüsü ve fraktür hattında hematoma bağlı kontralateral penil deviasyon görülebilir. Ayrıca fraktür hattında 'rolling' palpe edilebilir.^[1,2,4] Üretral yaralanma penil fraktür hastalarının yaklaşık %15'inde eşlik edebilir. Eksternal meatusta kan, hematüri ve işemde zorluk gibi semptomları olan hastalarda üretral yaralanma düşünülmelidir. Ancak bu semptomların olmaması üretral yaralanmayı dışlamaz.^[2,4]

Mohan ve ark.'nın sunduğu vakada, bizim vakamızda olduğu gibi, fizik muayenede normal görünümlü bir penis dikkat çekiciydi ve korpus kavernozumların palpasyonunda önemli bir defekt saptanmamıştı. Ancak bu vakada bizim vakamızdan farklı olarak, üretral yaralanmaya rağmen RGÜ görüntüsü tamamen normaldi.^[5] Olgumuzda üretra yaralanması ile birlikte bilateral korpus kavernozum rüptürü olmasına rağmen penil hematoma, deviasyon, patlıcan deformitesi gibi tipik fizik muayene bulgularının olmaması, kavernoöz cisimlerin hasarlanması sonucu gelişen kanamanın üretradaki yaralanma ile birlikte eksternal meatus-tan dışarı atılması ile açıklanabilir. Retrograd üretrografi sırasında verilen opak maddenin korpus kavernozumlarına dökülmesi hastada semi-ereksiyon oluşması da aslında bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Bir diğer atipik durum olan fraktür hattının palpe edilememesi de kavernoöz yaralanmanın üretranın dorsal yüzünde oluşmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Barros ve ark., 157 hastadan oluşan penil fraktür serisinde hastaların %15,4'ünde üretral yaralanma tespit etmiş ve bu üretral yaralanmaların yaklaşık yarısında (%51,8) bizim olgumuza benzer şekilde bilateral kavernoöz defekt ve parsiyel üretral rüptür olduğunu bildirmişlerdir.^[6]

Onuk ve ark.'nın 10 yıllık deneyimlerini aktardığı 71 penil fraktür hastasını içeren çalışmalarında 12 (%17) hastanın üretral yaralanması olduğu, üretra yaralanması olan hastaların hepsinde penil ekimoz veya şişlik bulgularının olduğu, üretroraji saptandığı vurgulanmıştır. Ayrıca bizim olgumuza benzer şekilde tüm üretra yaralanması olan hastalarda bilateral korpus kavernozum rüptürü ve parsiyel üretra hasarı geliştiğini belirtmişlerdir. Üretral rüptürü gösteren en önemli bulgunun meada kan saptanması ve bilateral korpus kavernozum rüptürü olduğu belirtilmiştir.^[7] Olgumuzun nadir olmasının sebeplerinden biri de çalışmadaki 12 hastadan farklı olarak penil ekimoz ve şişliğin saptanmaması olarak değerlendirilebilir.

Kandemir ve ark.'nın sunduğu vakada ise tipik penil fraktür muayene bulguları ve üretroraji saptanması üzerine yapılan RGÜ'de, olgumuzda olduğu gibi üretradan korpus kavernozumuna opak geçiş gözlenmiş ve bu durumun oldukça nadir olduğu belirtilmiştir.^[8]

Günümüzde, penil fraktürlerin tedavisinde acil cerrahi yapılması standart yaklaşım olarak kabul edilmektedir.^[3] Üretral defektler ince bir üretral foley kateter üzerinden 4/0 veya 5/0 emilebilir sütürlerle onarılabılır ve üretral kateter en az 7–10 gün boyunca hastada tutulmalıdır.^[9]

Cerrahi tedavi, konservatif seçeneklere göre daha düşük uzun dönem komplikasyon riskine sahiptir.^[3]

Sonuç olarak, penil fraktür değişken etiyojilere sahip nadir bir ürolojik acildir. Genellikle öykü ve fizik muayene tanı için yeterli olmaktadır. Penil fraktüre özgü muayene bulguları her zaman mevcut olmayabilir. Üretroraji, hematüri ve idrar retansiyonu gibi semptomların eşlik ettiği penil fraktür olgularında üretral yaralanma mutlaka düşünülmelidir.

Hakem Değerlendirmesi

Dış bağımsız

Çıkar Çatışması

Yazarlar çıkar ilişkisi olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek

Herhangi bir mali destek alınmamıştır.

Peer-review

Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Financial Disclosure

No financial disclosure was received.

KAYNAKLAR

1. Tufan Suelozgen, Hakan Türk, Sıtkı Un, Osman Kose, Yusuf Ozlem Ilbey, Ferruh Zorlu. Our results in penile fractures. J Urol Surg. 2016;2:42–4. [CrossRef]
2. Tarik Yonguc, Ibrahim Halil Bozkurt, Bumin Ors, Burak Arslan, Nilufer Goksin Yonguc. Penile fracture with bilateral corporeal rupture without urethral involvement. Can Urol Assoc J. 2014;8(1-2):E51–3. [CrossRef]
3. Kamdar C, Mooppan UM, Kim H, Gulmi FA. Penile fracture: preoperative evaluation and surgical technique for optimal patient outcome. BJU Int. 2008;102(11):1640–4; discussion 1644. [CrossRef]
4. Serafetinidis E, Campos-Juanatey F, Hallscheidt P, Mahmud H, Mayer E, Schouten N, et al. Summary paper of the updated 2023 European Association of Urology Guidelines on urological trauma. Eur Urol Focus. 2024;10(3):475–85. [CrossRef]
5. Mohan VC, Ramakrishna P, Swamy PM, Panda R, Ganesan S, Anandan H. Occult penile fracture: an atypical presentation. Urol Case Rep. 2022;40:101933. [CrossRef]
6. R Barros, MIS Silva, V Antonucci, L Schulze, L Koifman, LA Favorito. Primary urethral reconstruction results in penile fracture. Ann R Coll Surg Engl. 2018;100:21–5. [CrossRef]
7. Onuk Ö, Çilesiz NC, Özkan A, Hazar Aİ, Arslan B, Gezmiş CT, et al. Penil fraktür ve neden olduğu üretral yaralanmaya yaklaşımımız; 10 yıllık cerrahi deneyim. Androl Bul. 2017;19(3):69–73. [CrossRef]
8. Kandemir A, Balasar M, Poyraz N, Piskin MM. Fracture with urethral injury: evaluation by retrograde urethrogram. Eurasian J Med. 2017;49:217–9. [CrossRef]
9. Derouiche A, Belhaj K, Hentati H, Hafsia G, Slama MR, Chebil M. Management of penile fractures complicated by urethral rupture. Int J Impot Res. 2008;20(1):111–4. [CrossRef]