

**NADİR BİR ÜROLOJİK TRAVMA, PENİL FRAKTÜR:
ERKEN CERRAHİ TEDAVİ VE SONUÇLARI***PENILE FRACTURE, AN UNCOMMON UROLOGIC TRAUMA:
EARLY SURGICAL REPAIR AND RESULTS*

Dr.Ahmet DANIŞMAN Dr.Sağfettin KAYA Dr.Erdal KUKUL Dr.Sahir KILIÇ Dr.Metin SEVÜK

ÖZET: Bu çalışmada tedavi ettiğimiz 7 penil fraktürlü olgudaki tecrübelerimiz sunulmaktadır. Bütün olgular acil olarak operasyona alınmış ve hematoma boşaltımı ile tunika albugineadaki yırtığın tamiri şeklinde tedavi edilmiştir. Penil fraktüre eşlik eden üretral yaralanma bir olguda görülmüştür. Ortalama takip süresi 9 aydır. Erektile fonksiyonun erken kazanılması ile sonuçlar yüzgüldürücüdür. Bir olguda ağrılı ereksiyonlar görülmüştür. Bu başarılı sonuçlar ve konservatif tedavinin bildirilen yüksek komplikasyon oranları nedeniyle, penil fraktürde acil cerrahi tedavinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Penil Fraktür, Cerrahi Tedavi.

SUMMARY: In this study, we present our experience in the management of 7 patients with penile fracture. All the patients were managed by immediate surgical repair, consisting complete evacuation of the hematoma and repair of the tear in the tunica albuginea. Urethral injury associated with penile fracture was seen in one patient. Mean follow-up time was 9 months. The results were excellent with early recovery of erectile function. Painful erections were observed in one patient. Because of these good results and the reported high complication rate of conservative treatment, the need for immediate surgical repair is emphasized.

Key Words: Penile Fracture, Surgical Treatment.

Korpus kavernozum'ların travmatik rüptürü sonucu gelişen penil fraktür nadir görülen bir ürolojik acil olup, gerçek insidansı bilinmemektedir. Günümüze kadar 200 olgu literatüre geçmiştir (1). Bildiren olguların hemen tümünde yaralanmanın nedeni, erekte penisin koitus veya başka nedenlerle uğradığı direkt künt travma sonucu anormal bükülmesi olarak tesbit edilmiştir. Korpus kavernozumları saran tunica albugineanın tipik bir yırtılma sesi ile genellikle transvers olarak bütünlüğünün bozulması sonucu, şiddetli ağrıya beraber ani detümesans, penis shaftında ödem, hematoma ve distorsiyon patolojinin tablosunu oluşturur (Resim-1). Bazı olgularda travma sonucu korpus spongiozum ve uretra da rüptüre olabilir.

Penil fraktürün tedavisi konusunda halen iki farklı görüş vardır. Birincisi, soğuk kompresler ile baskılı pansuman,

üretral kateterizasyon, antienflamatuvar ilaçlar ve profilaktik antibiyotikoterapiden oluşan konservatif tedavi, diğer yöntem ise tanı konulduğu anda cerrahi eksplorasyon ve tunikadaki yırtığın primer onarımıdır.

Günümüzde erken cerrahi tedavinin yüzgüldürücü sonuçları ve kısa hospitalizasyon süresi ile daha çok tercih edildiği bilinmekle beraber, literatürde konservatif tedaviyi benimseyen yazarlara da rastlanmaktadır.

Bu çalışmada Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalınca penil fraktür tanısı konularak erken cerrahi onarım ile tedavi edilen 7 olgunun sonuçları literatür eşliğinde irdelenmiştir (2,3).

MATERYEL-METOD

Ocak 1993-Mayıs 1997 tarihleri arasında kliniğimizde yedi olgu penil fraktür tanısı ile acil operasyona alındı. Olguların yaşları 23 ile 45 (ortalama 30.6) arasında değişmekte idi. Alınan anamnez ile travmanın nedeni ve başvuruya kadar geçen süre belirlendikten sonra fizik muayenede penil hematoma boyutu, penil deviasyonunun

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji ABD,

Yazışma Adresi: Dr.Ahmet DANIŞMAN

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı Arap-suyu / Antalya.

Resim-I: Travmadan 4 saat sonra başvuran olguda penis fraktürünün tipik görüntüsü



yönü ve üretral travmanın göstergesi olabilecek, üretra measında kan değerlendirildi. Tunikadaki yırtık palpasyon ile hissedilmeye çalışıldı. Olguların idrar analizi ve üretral mea muayenesinde kan görülmediğinden retrograd üretrografi hiçbir olguda uygulanmadı.

Bütün olgulara rutin preoperatif tetkikler sonrası cerrahi eksplorasyon uygulandı. Muayende hematoma ve penil deviasyonu az olan ve tunika albugineadaki defekt palpe edilebilen iki olguda penil shaftın lateral yüzünden longitudinal insizyon ile girilirken, 5 olguda sirküler subkoronal insizyon uygulandı. Hematom drene edilerek tunikadaki defekt bulundu ve tek tek konulan 4-0 poliglaktin sütürler ile primer onarıldı. 1 olguda intraoperatif üretranın da parsiyel olarak rüptüre olduğu tespit edildi. Rüptür, konulan üretral kateterin üzerinden 5-0 sütürler ile uçuca anastomoze edildi. Tüm olgulara 18 F Foley kateter konuldu ve hafif baskılı elastik bandaj uygulandı. Postoperatif 5 gün oral sefalosporin ve nonsteroidal antiinflamatuar medikasyon verildi. Olguların penil bandajları postoperatif 12. saatte çözüldü. Üretral yaralanması olan ve 10 gün kateterli kalan 1 olgu dışında kateterler 1. ile 2. günlerde çekildi.

Takipte anamnez ile ereksiyonun kalitesi, ağrılı ereksiyon, koitus engel deviasyon değerlendirilirken, muayene ile yırtık bölgesinde deformasyon ve fibröz plak oluşumu araştırıldı.

BULGULAR

Olguların yaş, etyolojik faktör, hastaneye başvurana kadar geçen süre, rüptürün lokalizasyonu ve komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi Tablo-I'de gösterilmiştir. Tüm olgular zorlanarak da olsa preoperatif spontan olarak işeyebilmiş ve idrar tetkiklerinde hematüri saptanmamıştır. 6 olguda sadece bir kavernoöz cisimin yaralandığı tesbit edilirken 45 yaşındaki serinin en yaşlı olgusunda her iki kavernoöz cisimle beraber spongiöz cisim ve üretranın da rüptüre olduğu görülmüştür. Tüm olgularda tunika albugineada tek bir yırtık olduğu ve yırtık uzunluğunun 8mm. ile 20mm. arasında değiştiği tesbit edilmiştir.

Olguların hastanede yatış süreleri 2 ile 5 (ortalama 3.5) gün arasında değişmektedir. Bütün olgular komplikasyonsuz olarak taburcu edilmiş ve 6 hafta cinsel ilişki kurmamaları önerilmiştir.

Olguların postoperatif takip süresi 4 ile 15 (ortalama 9) ay arasında olmuştur.

TARTIŞMA

Korpus kavernozumları saran ve penis ereksiyon halindeyken kalınlığı 2 mm'den 0.5mm'ye kadar azalan tunika albugineanın karşılaştığı künt travmalar neticesi yırtılması sonucu gelişen penil fraktür ile sık karşılaşılmaz. Ol-

Tablo-I: Penil fraktürlü olguların değerlendirilmesi

Olgu No.	Yaş	Etyoloji	Başvuruya kadar geçen süre (saat)	Rüptür lokalizasyonu	Erken komplikasyon	Erken komplikasyon
1	29	Koitus	6	Sağ K. kavernozum	Yok	Yok
2	23	Yatakta yuvarlanma	7	Sağ K. kavernozum	Yok	Yok
3	38	Koitus	4	Sol K. kavernozum	Yok	Ağrılı ereksiyon
4	25	Mastürbasyon	1	Sol K. kavernozum	Yok	Yok
5	33	Mastürbasyon	48	Sağ K. kavernozum	Yok	Yok
6	24	Mastürbasyon	2	Sağ K. kavernozum	Yok	Yok
7	45	Koitus	15	Sağ K. kavernozum Sol K. kavernozum +Üretra	Yok	Yok

guların %60'ında yaralanma koit sırasında penisin perine veya sinfisis pubise yönelmesi sonucu gelişir (4). Geri kalanlarda etyoloji mastürbasyon sırasında agresif manüplasyon, yatakta yuvarlanma, erekte penisi pantolon içine sokma, hayvan teknesi, karanlıkta duvara çarpma gibi nedenler bildirilmektedir (5). Bizim serimizde etyolojik neden olarak 3 olguda cinsel ilişki, 3 olguda mastürbasyon, 1 olguda yatakta yuvarlanma tesbit edildi.

Patolojinin tanısı anamnez ve tipik fizik muayene bulguları ile kolaylıkla konulur. Bazı çalışmalarda preoperatif kavernozaografi yapılarak korporeal rüptürün kesinleştirilmesi, eğer ekstravazyon görüntülenemiyorsa konservatif tedaviye gidilmesi önerilmektedir (6). Buna karşılık bu tetkik sırasında kontrast madde reaksiyonu ve ekstravazyona bağlı kavernoöz cisim fibrozisi gibi komplikasyonlar da gözardı edilmemelidir.

Yine bazı yazarlar olguların üretral measında kan olsun veya olmasın mutlaka retrograd üretrografi yapılmasını savunmaktadır (7,8). Bizim küçük hasta grubumuzda olguların hepsi işeyebildiği ve üretral meası ve idrar tetkiklerinde kan görülmediğinden preoperatif retrograd üretrografi uygulamadık. 1 olgumuzda intraoperatif üretranın da rüptüre olduğunu tesbit etmemiz, özellikle hematoma, deviasyon gibi travmatik bulguları çok belirgin vakalarda retrograd üretrografinin gerekli olabileceğini

düşündürmektedir.

Penil fraktürün tedavisi hakkında ürologlar arasında kesin bir fikir birliği sağlanamamıştır. Konservatif tedaviyi savunan yazarlar baskılı pansuman, üretral Foley kateter, buz tedavisi, antibiyotik ve antiinflamatuvar ajanlar, streptokinaz veya tripsin gibi fibrinolitik ilaçlar ve ereksiyonu baskılayıcı medikasyonu önerirken (2,9), yazarların çoğu hematomun boşaltılması, kanamanın kontrolü ve tunika albugineadaki defektin anatomik onarımdan oluşan erken cerrahi tedaviyi savunmaktadır (4,10,11). Konu ile ilgili literatür taranarak komplikasyonlar karşılaştırıldığında cerrahi tedavinin belirgin başarısı ortaya çıkmaktadır. Skar oluşumu ile iyileşen tunika albugineanın meydana getireceği penil deformite, ağrılı ereksiyonlar, koit güçlüğü, Peyronie plağına benzer fibröz plakların gelişimi, penil abseler ve üretral yaralanmanın atlanması gibi geç dönem komplikasyonlar, konservatif tedavi grubunda %29 ile %53 arasında değişirken, bu oran cerrahi onarım grubunda %11 civarındadır (1,4,12). Ayrıca hastanede yatış süresi cerrahi tedavi gruplarında ortalama 3.8 gün iken, konservatif tedavide 14 güne çıkmaktadır.

Bizim serimizde ortalama izlem süresi 9 ay olup erken postoperatif dönemde hiçbir komplikasyonla karşılaşılmanmıştır. 1 olgu takiplerinde ağrılı ereksiyondan yakınmakta fakat cinsel ilişkiye rahat girebildiğini tarif et-

mektedir. Ortalama hastanede yatış süresi 3.5 gün olup literatür ile uyumludur.

Penil fraktürün konservatif tedavisiyle ilgili fazla tecrübemiz olmamakla beraber, erken cerrahi tamir uyguladığımız küçük serimizdeki başarılı sonuçlar cerrahinin iyi bir alternatif olduğunu kuvvetle ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

1. Orvis BV, McAninch JW: Penile rupture. Urol Clin North Am 16: 369, 1989.
2. Jallu A, Wani NA, Rashid PA: Fracture of the penis. J Urol 123: 285, 1980.
3. Walton JK: Fracture of the penis with laceration of the urethra. Brit J Urol 51: 308, 1979.
4. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, et al.: Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. J Urol 130: 917, 1983.
5. Mansi MK, Mahmoud E, El-Mahrouky A, et al.: Experience with penile fractures in Egypt: Long-term results of immediate surgical repair. J Trauma 35: 67, 1993.
6. Dever DP, Saraf PG, Catanese RP, et al: Penile fracture: Operative management and cavernosography. Urology 22: 394, 1983.
7. Godec CJ, Reiser R, Logush AZ: The erect penis-injury prone organ. J Trauma 28: 124, 1988.
8. Özen HA, Erkan I, Alkibay T, et al.: Fracture of the penis and long-term results of surgical treatment. Brit J Urol 58: 551, 1986.
9. Bergner DM, Wilcox ME, Frenz GD: Fracture of penis. Urology 20: 278, 1982.
10. Cendron M, Whitmore KE, Carpiniello V, et al.: Traumatic rupture of the corpus cavernosum: Evaluation and management. J Urol 144: 987, 1990.
11. Asgari MA, Hosseini SY, Safarinejad MR, et al: Penile fractures: Evaluation, therapeutic approaches and long-term results. J Urol 155: 148, 1996.
12. Kalash SS, Young JD: Fracture of penis: Controversy of surgical versus conservative treatment. Urology 24: 21, 1984.