

Semirigid penil protez uygulanan 15 hastanın değerlendirilmesi

Dr. T. Ahmet SEREL*, Dr. Ahmet ÖZTÜRK*, Dr. Alim KOŞAR*, Dr. Mehmet TAHOĞLU*

* S.D.Ü. Üroloji Anabilim Dalı, ISPARTA

ÖZET

1994-1997 yılları arasında organik erektil disfonksiyon tanısı konulan 15 hastaya tedavi olarak semirigid penil protez implantasyonu yapıldı ve klinik sonuçları tartışıldı. Ayrıca tüm hastalara bir soru formu dağıtılarak kendilerinin ve partnerlerinin implantasyonla ilgili olarak düşünceleri araştırıldı. Hastaların çoğunda etyolojik nedeni vasküler patolojiler oluşturmuyordu. Hiçbir hastada perioperatif ve postoperatif ciddi bir komplikasyon oluşmadı. İmplantasyonla ilgili olarak hasta ve partnerlerinin tümü olumlu düşünce bildirdiler. Organik erektil disfonksiyon tedavisinde semirigid penil implantasyonlarımızın ilk sonuçları bu tedavi yönteminin hastalarda güvenli ve başarılı bir şekilde uygulanabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Eretil disfonksiyon, penil protez

SUMMARY

Clinical experiences with semirigid penile prosthesis: preliminary results

Penile prostheses are a well-established form of therapy for erectile dysfunction. We report our initial clinical experience with 15 cases using semirigid penile prosthesis. Patient and partner satisfaction were also evaluated with a questionnaire. Our study showed that the main etiological cause was vascular pathologies. We did not observe any serious perioperative and postoperative complication. The evaluation demonstrated that patients and partners were satisfied with use of penile implant. We concluded that the semirigid penile implants had good clinical results in the management of organic erectile dysfunction.

Key Words: Erectile dysfunction, penile prosthesis

GİRİŞ

Eretil disfonksiyon tedavisinde vakum araçları, hormonal ilaçların kullanımı ve vazoaaktif ajanların self enjeksiyonu gibi çok çeşitli konservatif yöntemler uygulanmaktadır. Bunlara cevap alınamayan durumlarda penil protez implantasyonu ve vasküler girişimler gibi cerrahi uygulamalar yapılmaktadır (1,2). Penil protezler başlıca inflatabl ve semirigid olmak üzere iki çeşittir. Semirigid penil protezler mekanik komplikasyonlara yol açmaması, ucuz olması, kolay uygulanabilir bir cerrahi teknik

gerektirmesi ve hastaların protezin kullanılmasına daha kolay uyum gösterebilmesi gibi nedenlerle daha çok uygulama alanı bulmaktadır (3-4).

Bu çalışmada penil protez implantasyonu yaptığımız erektil disfonksiyonlu hastalarda ilk klinik sonuçlar değerlendirildi ve hastaların implantasyonla ilgili olarak düşünceleri bir soru formu düzenlenerek araştırıldı.

MATERYAL ve METOD

1994-1997 yılları arasında Süleyman Demirel

Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim dalına başvuran organik erektil disfonksiyonlu 15 hasta çalışma kapsamına alındı. Tüm hastalar anamnez, fizik muayene, rutin kan ve biyokimyasal incelemeleri, hormon analizleri, papaverin testi, dinamik infüzyon kavernozometri, kavernozografi ve penil renkli doppler ultrasonografi ile değerlendirildi. Hastaların yaş dağılımı 30 ile 73 arasında (Ortalama 52.7) değişmekte olup ortalama takip süresi 11.3 ay idi (2-26 ay). Erektile disfonksiyon etyolojisine göre hastaların dağılımı Tablo 1'de görülmektedir. Vasküler nedenler etyolojide daha geniş bir yer tutmaktadır. Penil protez tedavisine karar verilen hastalar ayrıca psikiyatri kliniği ile konsülte edildiler. Hastalarda tedavi öncesi uygulamanın nasıl yapılacağı ve komplikasyonları hakkında bilgi verildikten sonra hepsinden ayrıca yazılı izinler alındı. Operasyona alınmadan önceki gece hastalarda 1 gr seftriakson profilaktik amaçlı olarak parenteral yoldan yapıldı. Ameliyathanede hastaların ameliyat bölgesi sabun ve klorheksidin solüsyon ile 5 dakika fırçalandı. Daha sonra üretraya 18 F iki yollu Foley sonda takıldı. Cerrahi teknik olarak dorsal subkoronal transvers kesi tercih edildi. Dilatasyon işlemi sırasında bujiler ve korpus kavernozumlar izotonik-antibiyotik karışımı bir solüsyonla irrige edildi. Operasyon sonrası penis elastik sargı ile dolaşımı bozmayacak şekilde sarıldı.

Postoperatif 1. gün elastik sargı açıldı ve üretral sonda alındı. Hastalara postoperatif dönemde oral geniş spektrumlu bir antibiyotik 1 hafta süre ile verildi. Operasyonu takip eden 2. günde tüm hastalar taburcu edildiler. Hastalar 1 ay süre ile cinsel ilişki perhizine alındı.

Tablo 1. Hastalardaki erektil disfonksiyon etiyolojisinin dağılımı

Etiyoloji	Hasta Sayısı
Arteriyel yetmezlik	8
Venöz kaçak	2
Endokrinolojik	3
Nörojenik	1
Arteriyel yetmezlik + venöz kaçak	3

Hastalar postoperatif 1. hafta, 1. ay ve 3. ayda kontrole çağırılarak komplikasyonlar yönünden değerlendirildiler. Üçüncü ayda yapılan kontrollerde ayrıca hastalara 6 soruluk bir form dağıtıldı ve protez uygulaması ile ilgili olarak düşünceleri soruldu.

SONUÇLAR

Hastaların tümünde papaverin testi negatif olarak kabul edildi. Kullanılan protez cinsine göre 4 hastaya Mentor, 6 hastaya Subrina ve geri kalan 5 hastaya ise Dura Faz II penil protez implante edildi. On hastada (% 66.6) çeşitli sistemik hastalıklar sözkonusu idi. Bunlardan 4 hastada sistemik hipertansiyon, 3 hastada iskemik kalp hastalığı ve 3 hastada ise en az 10 yıldan beri bulunan diabetes mellitus varlığı tespit edildi. Bir hastada spinal kord travması nedeni ile erektil disfonksiyon gelişmişti.

Üç hasta penil protez implantasyonundan önce hormonal ilaç kullanılması, penil arterializasyon ve dorsal ven ligasyonu gibi yöntemlerle tedavi edilmişlerdi.

Operasyon esnasında hiçbir hastada komplikasyon oluşmadı. Postoperatif olarak 3 hastada tedaviye yanıt veren yara enfeksiyon ve 8 hastada ise en uzununu 1 haftayı geçmeyen penil ağrı mevcuttu. Hastaların tümü soru formlarını tam olarak cevapladılar. Hastaların penil implantasyonla ilgili düşüncelerinin analizinde hastaların tümü de protezden memnun olduklarını ve yeniden bu operasyonu geçirebileceklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca protez uygulaması sonucu partnerlerinde herhangi bir sorunla karşılaşmadıklarını bildirmişlerdir. Ayrıca hastaların çoğu postoperatif dönemdeki ağrıyı hafif olarak tanımlamışlardır.

TARTIŞMA

Son yıllarda erektil disfonksiyon tedavisinde penil protez implantasyonları yaygın olarak kullanılmaktadır. Günümüzde penil protezler semirjid protezler ve inftabl protezler olmak üzere başlıca iki ana kategoride toplanmaktaydı. İnflatabl penil protez implantasyonlarının klinik değerlendirme sonuçlarına göre komplikasyon oranları % 4 ile %

43 arasında değişmektedir (5,6). Biz penil protez endikasyonu olan erektil disfonksiyonlu hastalarda komplikasyonların inflatabl protezlere göre daha az olması, ucuz olması, hastanın kolay uyum gösterebilmesi ve daha kolay implante edilebilmesi nedeniyle semirijid penil protezleri tercih etmekteyiz.

Erektil disfonksiyon nedeni ile değerlendirmeye alınan hastalarda vasküler nedenler etyolojide önemli bir yer tutmaktadır. Karacan ve arkadaşları erektil disfonksiyon etyolojisinde organik nedenlerin vakaların %50'sinden daha fazlasında bulunduğunu bildirmişlerdir (7). Daha sonraki yıllarda yapılan çalışmalarda vasküler nedenlere bağlı erektil disfonksiyonların organik nedenlerin büyük bir kısmını oluşturduğu ortaya konulmuştur (8-10). Bizim etyolojiye yönelik olarak yaptığımız değerlendirmelerimiz bu sonuçlarla uyum göstermektedir. Ayrıca bizim hastalarımızın büyük çoğunluğunda çeşitli sistemik hastalıkların varlığı saptanmıştır.

Penil protez implantasyonu esnasında en sık karşılaşılan intraoperatif komplikasyon tunika albuginea perforasyonudur (11). Biz bu komplikasyonu hiçbir hastamızda gözlemlemedik. Postoperatif dönemde ortaya çıkabilen en ciddi komplikasyon ise protezin çıkarılmasını da gerektirebilen infeksiyon varlığıdır (12,13). Çalışmamızda sadece 3 hastada yara infeksiyonu oluştu ve bunlarda uygun antimikrobiyal tedaviye alındıktan kısa bir süre sonra olumlu klinik alındı. Vakalarımızda ciddi bir infeksiyon gelişmesinin nedenini biz korpus kovernozomların büyük bir titizlikle antibiyotikli solüsyonlarla irrije edilmesine

bağlamaktayız. Fishman ve arkadaşları infeksiyon nedeni ile protezleri çıkarılan hastaların sadece korpus kovernozomlarını antibiyotikli solüsyonlarla irrije etmek suretiyle yeni bir protez takmışlar ve %83.7'lik bir klinik başarı elde etmişlerdir (14). Postoperatif ağrı semirijid protez implantasyonlarında daha sıklıkla karışımıza çıkan bir durumdur. Bizim implantasyon uyguladığımız hastalarda gördüğümüz ağrı geçici nitelikte olup daha ziyade hastanın proteze uyum göstermesi ile birlikte ortadan kaybolan bir rahatsızlık hissi şeklindedir.

Kısa dönemli sonuçlarımız hastalarımızın ve partnerlerinin tümünün semirijid penil protez implantasyonundan memnun olduklarını ve herhangi bir zorlukla karşılaşmadıklarını ortaya koymaktadır. Krauss ve arkadaşları malleabl penil protez takılan erektil disfonksiyonlu hastaların çoğunun protez uygulamasından memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir (15). Hollander ve Diokno'nun çalışmalarına hastalar ve partnerlerindeki memnuniyet oranı % 89 oranında tesbip edilmiştir (16). Diğer taraftan Pedersen ve arkadaşlarının çalışmalarında ise 4 yıllık takip sonucunda hastaların % 79'u bu uygulamayı yeniden geçirebileceklerini ifade etmişlerdir (17). Çalışmamızda daha yüksek oranlara sahip olmamızın nedenini biz hasta sayımızın daha az ve takip süremizin daha kısa olmasına bağlamaktayız. Sonuç olarak semirijid protez implantasyonlarının daha fazla sayıda hastayı kapsayan ve daha uzun bir takip süresine sahip olan klinik çalışmalarla desteklenmesi daha güvenilir ve daha doğru sonuçların ortaya konulmasını sağlayacağına inanmaktayız.

KAYNAKLAR

1. Jonas U, Jacobi GH. Silicone-silver penile prosthesis: description, operative approach and results. J Urol 1980; 123: 865-17.
2. Garber BB. Mentor alpha 1 inflatable penile prosthesis: Patient satisfaction and device reliability. Urol 1994; 43: 214-7.
3. Subrini L. Subrini penile implants: surgical, sexual and psychological results. Eur Urol 1982; 8:222-16.
4. Krauss DJ, Lantigna LJ, Carey MP, Meisler AW, Kelly CM. Use of the malleable penile prosthesis in the treatment of erectile dysfunction: A prospective study of post operative adjustment. J Urol 1989; 142:988-91.
5. Wilson SK, Wahaman GE, Lange JL. Eleven-years experience with the inflatable penile prosthesis. Urol 1988; 139: 951-2.

6. Fallon B, Rosenberg S, Culp DA. Long-term follow-up in patients with an inflatable penile prosthesis. *J Urol* 1984; 132: 270-1.
7. Karacan I, Moore CA. Nocturnal tumescence: an objective diagnostic aid for erectile dysfunction. In: Bennett Ah (ed). *Management of male impotence*. Baltimore: Williams and Wilkins 1982: 62-72.
8. Michal V, Kovac I, Belan A. Arterial lesions in impotence: phalloarteriography. *Int Angiol* 1984; 3: 247-54.
9. Lue TF, Hricak H, Marich KW. Evaluation of vasculogenic with high-resolution ultrasonography and pulsed Doppler spectrum analysis. *Radiol* 1985; 155: 777-81.
10. Virag R, Boulliy P, Frydman D. Is impotence an arterial disorder? *Lancet* 1985; 1: 181-4.
11. Krane RJ. penile prostheses. *Urol Clin North Am* 1988; 15: 103-9.
12. Thomalla JV, Thompson ST, Rowland RG, Mulcahy JJ. Infectious complications of penile prosthetic implants. *J Urol* 1987; 138: 65-7.
13. Kabalin JN, Kessler R. Infectious complications of penile prosthesis surgery. *J Urol* 1988; 139: 953-55.
14. Fishman IJ, Scott FB, Selim AM. Rescue procedure: An alternative to complete removal for treatment of infected penile prosthesis. *J Urol* 1987; 137: 396-400.
15. Krauss DJ, Lantigna LJ, Carey MP, Meisler AJ, Kelly CM. Use of the malleable penile prosthesis in the treatment of erectile dysfunction: a prospective study of postoperative adjustment. *J Urol* 1989; 142:988.
16. Hollander JB, Diokno AC. Success with penile prosthesis from patient's viewpoint. *Urology* 1984; 230 141-3.
17. Pedersen B, Tiefer I, Ruiz M, Melman A. Evaluation of patients and partners 1 to 4 years after penile prosthesis surgery. *J.Urol* 1988; 139: 956-8.