

PENİS FRAKTÜRÜ

Dr. Ali ACAR*, Dr. Esat ARSLAN*, Dr. Zafer YAMAN*, Dr. Şükrü ÇELİK*,
Dr.Şenol ERGÜNEY*, Dr.Mehmet ÖZEROĞLU*

* S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

*Penis fraktürü tunika albugineanın rüptüre ol-
masıdır. 1991-1993 yılları arasında kliniğimize peniste
ani gelişen şiddetli ağrı, şişlik ve renk değişikliği
şikayetleri ile başvuran 10 vakaya fizik muayeneleri
sonucu penis fraktürü tanısı kondu. 4 hasta erken
dönemde ameliyet edildi, primer onarım yapıldı. 6
hasta konservatif olarak tedavi edildi. Tedaviden
sonra tüm hastalarda mükemmel bir erektil rijidite
sağlandı. Penil deviation görülmedi. Corporeal ci-
simlerin fraktürlerinin cerrahi tedavisinde güvenli
ve etkili olduğu görüşüne vardık.*

*Anahtar Kelimeler: Penil fraktür, tedavi, komp-
likasyon.*

SUMMARY

Fracture of the Penis

*Fracture of the penis is a rupture of the tunica
albugines. In between 1991 and 1993 10 patients
who were diagnosed to have penile fractures. 4 patients
were treated by early surgical intervention and primary
repair. 6 patients were treated conservatively. All
patients perated excellent rigidity of a straight penis.
We conclude that operative management of a fractured
corporeal body is safe and effective.*

*Key Words: Penile fracture, treatment, comp-
lication.*

Penis fraktürü ereksiyon halindeki penisin künt travma veya aşırı bükülme sonucu korpus kavemosumları çevreleyen tunika albugineanın yırtılmasıdır (1,2,3,4). Penik fraktürü yaygın görülen bir patoloji değildir. Ancak nadir de değildir. En yaygın olarak cinsel temas esnasında meydana gelmektedir (1,4,5). Nadir olarak da masturbasyon sırasında anormal bükülme, ereksiyon halindeki penisle pantolon giymeye çalşıma, yatakta dönme, karanlıkta eşyalara çarpma, at tepmesi gibi nedenler bildirilmektedir (1, 2, 5, 6, 7,8).

Cinsel temas esnasında oluşan penis fraktürü penisin vaginanın dışında perineye veya sympis pubise çarpmasıyla oluşmaktadır. Çarpma esnasında int-rakorporeal basınçtaki ani artış, tunika albugineanın yırtılmasına neden olmaktadır (1).

Fizik muayenede peniste şişlik sağlam tarafa deviasyon, lezyon tarafında ekimoz ve hematoma vardır (1,3,4). En yaygın uygulanan tedavi, erken dönemde tunika albugineadaki yırtığın tamiridir (1-9). Kronik

vakalarda (Gecikmiş vakalarda) iyileşme sırasında oluşan fibrozis sonucu peniste deviasyon ve ereksiyon bozuklukları ortaya çıkabilir (10). Bu nedenle konservatif tedavi yöntemi önemini yitirmektedir (1,2,3,10). Bununla birlikte seçilmiş vakalarda konservatif tedaviyle de başarılı sonuçlar alınmaktadır (3).

Penis fraktürü nedeniyle ameliyat ettiğimiz 4 ve konservatif tedavi uyguladığımız 6 olmak üzere toplam 10 vakayı ve geç dönem sonuçlarını sunuyoruz.

MATERYAL ve METOD

1991-1993 yılları arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim dalında penis fraktürü nedeniyle 10 hasta başvurdu. Tüm hastalar seksüel olarak aktifti. Yaşları 25-55 arasında değişiyordu. Hastaların 7'si, sabah kalktığıında sertleşmiş olarak buldukları penislerine elleri ile baskı yapmayla, 2 tanesi cinsel ilişki esnasında rüptürün olduğunu ifade ediyordu. Bir hastada etyoloji belli değildir.

Hastaların anemnez ve fizik muayene ile tanı

konuldu. Hastaların tümü ağırlı penil şişlikten şikayetçi idiler. Fizik muayenede ekimoz, ve sağlam yana deviasyon mevcuttu. Vakaların hiç birisinde ürethoraji ve hematüri olmadığından üretral yaralanma düşünülmedi ve bu nedenle üretrogram yapılmadı.

Fizik muayenede sadece ekimoz bulunan 6 hastaya konservatif tedavi uygulandı. Üretral Foley kateter yerletirilerek penis elastik bandajla sarıldı, antibiyotik ve antienflamatuar uygulandı. Elastik bandaj 2 gün sonra açıldı ve Foley kateter alındı.

Ciddi hematomi, ağrısı ve deviasyonu olan 4 hastaya acil cerrahi tedavi uygulandı. Önce ürethraya bir kateter konuldu. Bir sirkumferential sukronal insizyon yapılarak penis cildi geriye doğru soyuldu (Deglove edildi). Hematom boşaltıldıktan sonra, korpus kavernosumda tesbit edilen rüptür yerleri 2 vakada 4/0 vcryl, 2 vakada 4/0 prolent sütün ile kapatıldı. Hastaların 3'ünde rüptür kaverno cisimde, birisinde sol kaverno cisimdeydi ve hepsinde transvers yöneydi. Daha sonra penis elastik bandajla sarıldı.

Postoperatif dönemde geniş spektrumlu bir antibiyotik ve antienflamatuar kullanıldı. Hastalarda üretral yaralanma olmadığından postoperatif 2 inci gün üretral kateter ve elastik bandaj alındı. Hastalar komplikasyonsuz olarak taburcu edildiler. 6 ay - 1 yıl sonraki kontrollerimizde hastalarda penil deviasyon ve ereksiyon kusuru görülmedi.

SONUÇLAR

Penis fraktürü nedeniyle başvuran hastaların yaşları 25-55 arasında değişmektedir. Ortalama yaş 33 olarak bulunmuştur. Hastaların tümü fraktürden hemen sonra başvurmuşlardır.

Hastaların 6'sında fizik muayenede sadece ekimoz vardı. Bunlara konservatif olarak Foley kateter, elastik bandaj, antibiyotik ve antienflamatuar tedavi uygulandı. Uygulamalarla olumlu sonuçlar alındı.

Ciddi hematomu, ağrısı ve deviasyonu olan 4 vaka hemen ameliyata alındı. Mevcut hematom boşaltılıp rüptür yeri suture edildi.

Tedavi sonrası dönemde hastaların hiçbirisinde infeksiyon, hematom veya penil duyu kaybı yoktu. Uzun süreli takiplerde de penil deviasyon ve ereksiyon kusuru tesbit edilmedi.

TARTIŞMA

Penis fraktürleri nadir bir yaralanmadır ve büyük bir kısmının gizli tutulması muhtemeldir (1). Şimdiye kadar literatürde 200 vaka bildiriği mevcuttur (1, 10). Her 175.000 hastahane başvurusunda birisinin penisinin künt travması olduğu bildirilmektedir (8,10).

Penis fraktürü en sık olarak (%33-58) koitus esnasında meydana gelmektedir (10). Nadir olarak da masturbasyon esnasında anormal, bükülmeler, erekte penisle pantolon giymeye çalışma, yatakta yuvarlanma, karanlıkta eşyalara çarpma, at tepmesi gibi nedenler bildirilmiştir (1,2,5,6,7).

Vakalarımızın büyük bir çoğunda ısrarlı sor-gulamalara rağmen koitus anemnezi alınmadı. Hastalarımızın 7 tanesi sabah kalktıklarında sertleşmiş buldukları penislerini elleri ile baskı yapınca kütleme sesi ve sonrasında ağrı ve morarmadan şikayetçi idiler. Yalnız 2 hastamızda etkenin koitus olduğu belirlendi.

Penis fraktürlü hastalar tipik olarak kütleme sesi ve bunu takiben ağrı, hematom ve ani detümösanstan şikayet etmektedirler (10).

Literatürde penis fraktürlerinde %20 oranında üretra yaralanması bildirilmektedir (10). Bizim vakalarımızın hiçbirisinde üretral yaralanma belirlenmemiştir.

Fizik muayenede şişlik, ekimoz, penisin sağlam tarafa deviasyonu, lokal hassasiyet tesbit edilebilmektedir. Bazen tunika albugineadaki defekt palpe edilebilir. Hematom genellikle penis şaftındadır. Ancak Buck fasyası da yırtılmışsa kan veya idrar skrotum ve perineye yayılabilir (10).

Fizik muayeneyle hastalarımızın 6'sında sadece penis derisinde ekimoz mevcuttu. 4 hastamızda hematom, ekimoz, Buck fasyasında da yırtık ve bunun sonucu skrotum ve perine bölgesinde ekimoz, penisin sağlam yana deviasyonu belirlendi.

Tunica albugineadaki yırtık genellikle tek taraflı ve transverstir ve sıklıkla corpus kavernosum çevresinin yarısını aşmaz ve 1/3 distal lokalizasyonludur (11).

Hastalarımızın tamamında yırtık tek taraflı olarak belirlendi. Opere edilen hastalarda yırtığın transvers

olduğu ve tunika albuginea yırtığında Buck fasyası yırtığının eşlik ettiği belirlendi.

Penil fraktürlerin tedavisi konservatif ve cerrahi olarak sınıflandırılabilir (1,10,12). Önceleri konservatif tedavi yaygın olarak uygulanmasına rağmen birçok yazar cerrahi tedavinin penil deformite ve ereksiyon kusuru komplikasyonlarını azaltmada daha etkili olduğu bildirilmektedir (1,2,11,12). Küçük yırtıklarda konservatif tedavi yeterli olabilmektedir (3). Literatürde konservatif tedaviden sonra ortalama % 10 oranında penil deviasyon bildirilmiştir (1).

Cerrahi tedavi pıhtıların temizlenmesi, kanamının durdurulması, debridman ve tunika albugineadaki defektin sütüre edilmesini içermektedir. Konservatif tedavi ise penisin elastik bandajla sarılması üretral kateterizasyon ve bazen de antibiyotik ve antienflamatuar uygulanmasını içerir. Bazı yazarlar streptokinaz ve streptodornaz gibi fibrinolitik etkili preparatların faydalı olduğunu bildirmektedir. Ayrıca ereksiyonun şiddet ve sıklığını azaltmak için diazepam ve östrojenin faydalı olduğu ileri sürülmektedir (10).

Hastalarımızın 6'sına konservatif tedavi olarak Foley kateter, elastik bandaj, antibiyotik ve antienflamatuar uygulandı. 4 vakada ise üretral kateter ve eksplorasyonu takiben yırtıklar stüre edildi. Penise elastik bandaj sarıldı. Antibiyotik ve antienflamatuar uygulandı. Postoperatif erken ve geç dönemde hastalarımızda komplikasyon görülmedi. Takiplerde penil deviasyon ve ereksiyon kusuru tesbit edilmedi.

Penil fraktürlerde yırtık tunika albugineaya ulaşım için 2 farklı cilt insizyonundan yararlanılmaktadır. Bunlardan birisi rüptür bölgesi olarak şüphelenilen bölgenin üzerinden direkt insizyondur. Bu, özellikle yırtığın proximal şaftta olduğu ve üretral yaralanmanın olmadığı durumlarda seçkin ulaşımıdır.

İkincisi distal sirküferensiyel insizyonla penis cildinin distale, penisin gerisine doğru retrakta edilmesiyle (Deglove) gerçekleştirilmektedir. Bu ulaşımın avantajı rüptüre olmuş korpusun mükemmel görünümünü sağlamanın yanında kontrateral korpus ve korpus spongiosumun yeterli değerlendirilmesini sağlamasıdır (10).

Opere ettiğimiz vakalarda distal sirküferensiyel subkoronal insizyondan yararlandık. Penis cildinin geriye doğru retrakte edilmesiyle rüptüre korpusun mükemmel görünümü sağlandı. Ayrıca kontrateral korpus ve korpus spongiosumunda gözden geçirilmesi sağlandı. İnsizyon hattı sirküferansiyel hatında olduğundan postoperatif kozmetik görünüm de mükemmel olarak değerlendirildi.

Korpus kavernosumun rüptürü nadir bir yaralanmadır. Genellikle anamnez ve fiziki muayene tanı için yeterlidir. Tunika albugineadaki defektin erken dönemde cerrahi olarak tamiri penil deviasyon riskini azaltır, hastahanedeki kalış süresini ve ereksiyonun normale dönüş süresini kısaltır. Ekstrakorporeal ektravazasyonun olmadığı minimal kanamalı vakalarda konservatif tedavide uygulanabilir.

KAYNAKLAR

1. Herbert CR, Hadley HR, Paul DL. Fracture of penis: Diagnosis and Management. Urology 1992; 40: 33-5.
2. Al Saleh BMS, Ansari ER, Al Ali IH, Tell JY, Saheb A. Fracture of the penis seen in Abu Dhabi. J. Urol. 1985; 134: 274-7.
3. Bozkırlı İ. Ürogenital sistem Travmaları. In: Yeni Üroloji. Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayın. 1987: 621-54.
4. İnci O, Hüseyin İ, Alagöl B, Kaya E, Aydın S, Gözen S. Penis Fraktürü. Türk Üroloji Dergisi 1993; 19: 185-7.
5. Nicoliasen GS, Melamud A, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosum: Surgical management. J.Urol. 1983; 130: 917.
6. Özen HA. Fracture of the penis-long term result of surgical treatment. Br. J. Urol. 1986; 58: 551-3.
7. Jallu A, Wani NA, Rashid PA. Fracture of the penis. J. Urol. 1980; 123: 285-8.
8. Özkan S, Yiğitbaşı O, Özmen E, Ersoy H, Topaloğlu H, Yalçınkaya F. Penis fraktürü tedavi ve takibi. Üroloji Bülteni 1991; 3: 132-3.
9. Klein FA, Smith MJ, Miller N. Penil Fracture: Diagnosis and management. J. Trauma 1985; 25: 1090.
10. Orsiv BR, McAninch JW. Penil Rupture. Urol. Clin. North Am. 1989;25: 1090.
11. Naraynsingh V, Raju GC. Fracture of the penis. Brit. J. Surg. 1985; 72: 305-8.
12. Mellinger BC, Dauenas R. New surgical approach for operative management of penile fracture and penetrating trauma. Urology 1992; 39: 429-32.