

## PEYRONİE HASTALIĞI (Peyronie's Disease)

Dr. Ali ACAR\*, Dr. Şenol ERGÜNEY\*, Dr. Esat M. ARSLAN\*, Dr. Kadir CEYLAN\*,  
Dr. Mehmet ÖZEROĞLU\*, Dr. Zafer YAMAN\*

\* S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı

Peyronie hastalığı, ismini 1743'de yaşamış olan Fransa Kralı XV. Lui'nin cerrahı Francois de la Peyronie'den almıştır. Hastalıkta, tunika albugineanın korpus kavernosumu çevrelediği kısımlarda çeşitli nedenlere bağlı olarak skar dokusu oluşmakta (plak), bu da tutulmuş olan kısımda elastisite kaybına, dolayısıyla ereksiyon esnasında o kısımda bükülmeye neden olmaktadır. Yapılan araştırmalarda insidensi %1 olarak belirlenmiş olan hastalık daha çok orta yaşlı hastalarda görülür. Gençlerde ve çok yaşlılarda nadirdir. Siyahlarda az, doğulularda ise hemen hemen hiç görülmemektedir (1).

Hastalıkta vücudun diğer yerlerindeki elastik dokular da hadiseye eşlik edilir. Örneğin palmar fasyada Dupuytren kontraktürleri, plantar fasyada Ledderhouse hastalığı (1) ve kulak zarında timpano-sklerozis gibi. Bu tür birden fazla organın tutulduğu hastalarda olayın genetik yönü incelenmiş, ancak HLA-B7 antijenleriyle herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Leffell ve ark. 1982; Nyberg ve ark. 1982). Bu hastalarda genetik riski belirleyebilecek bir test mevcut değildir (1,2,3).

### ETİYOLOJİ

Hastalığın etyolojisi hala tam olarak anlaşılamamıştır. İlk defa 1966'da Smith patolojik hadisenin tunika albuginea ve erektil doku arasındaki alanda mevcut olan perivasküler enflamasyondan kaynaklandığını göstermiştir. Buck fasyasının içinde ve altında da enflamasyon vardır. Yaygın olan düşünceye göre; enflamasyon tunikada altta yatan bir süreçle ilgili olabilir. Hastalıkta oluşan skarların oto immün bir hadiseyle ilişkili olduğu düşünülmektedir (1,2,3,4,5).

### FİZYOPATOLOJİ

Plaklardan alınan kesitler özel boyama teknikleri ile incelendiğinde tipik olarak kollagen ve elastik fibril depozisyonu görülür. Biokimyasal ve immunolojik tetkikler sonucu damardışı materyalin fibrin olduğu anlaşılmıştır (1). Plaklarda aşırı kollogen birikimi varken, buradan alınan hücreler doku kültürlerinde aşırı kollagen üretimi yapmazlar, elastin üretiminde de azalma göze çarpar (1,4). Plaklar genellikle septal liflerin birleştiği dorsal ve ventral orta hat üzerinde oluşur. Burada yer alan intrakavernosal fibröz yapı, iskelet vazifesi görerek karakteristik olarak ereksiyon esnasında penisin düz olmasını temin eder (1,2,4,5).

Bazı araştırmacılar Peyronie hastalığının etyolojisinde, buna yatkın kişilerde seksüel ilişki esnasındaki travmanın rol oynayabileceğini düşünmektedirler. İlerleyen yaşla beraber tunika dokusunun elastisitesinin azalması buna uygun bir zemin teşkil edebilir (1,2,5,7,9).

Ereksiyon halindeki penise gelen bir travma, çok şiddetli olmasa bile şiş vaziyetteki penil kolumnaların aniden bükülmesine, zaten sıkışık durumda olan septal liflerde ani gerginliğe, turnika liflerinde delaminasyona yol açabilir. Muhtemel küçük damarların yırtılmasına, kanamaya ve pıhtı gelişmesine neden olur (1,4,8).

Pıhtı absorbe (resolve) olunca hasara uğramış olan dokuda fibrin kalır. Bu da;

- 1- Fibroblastları aktive ederek sellüler proliferasyonu başlatır.
- 2- Vasküler permeabilityyi artırır.
3. Histiyositler için kemotaktik faktörlerin üretimini sağlar.

Haberleşme Adresi: Yrd. Doç. Dr. Ali ACAR, S.Ü.T.F. Üroloji Anabilim Dalı, KONYA



Aslında bu, doku iyileşmesinde normal bir hadisedir. Fakat tunika albuginea hipovasküler bir alan olduğu için dokuda kalan fibrin tam olarak temizlenemez. Hatta bu arada travma faktörü tekrarlanırsa üzerine ilave fibrin çöker, lezyon iyileşmez. Sahaya kollagen oturur ve patolojik fibrozis gelişir. Bu aşamaya genelde 1-1,5 yılda ulaşılabilir (1,2,3).

Peyronie hastalığı daha çok orta yaşlı erkeklerde görülür. Genç ve yaşlılarda pek görülmez. Bunun nedeni şöyle açıklanabilir. Gençlerde intrakorporal basınç, cinsel ilişki esnasındaki bükülme vs. gibi tazyiklere direnebilecek kadar fazladır. Yaş ilerledikçe dokuların elastisitesi azalacağından, eğer cinsel aktivite aynen sebat ederse, daha önce bahsedilen yırtıklar oluşabilir. Araştırıldığında, hastalığın akut devresinden bir hafta ile bir ay öncesinde böyle bir epizot bulunabilir. Daha yaşlı erkeklerde ise cinsel aktivite ve rijiditede azalma nedeniyle bu tür travma ihtimali daha azdır (1).

Etyolojide travmanın rol oynadığı düşüncesi, belki akut hadiseleri açıklayabilir. Halbuki vakaların büyük bir kısmında başlangıç oldukça sinsidir. Hastaların yaklaşık yarısında, hastalık aniden ortaya çıkar ve pek az gelişim gösterir veya gelişim başlar ve yavaş gelişim gösterir. Skar dokusu septumun birden fazla kenarını tutabilir (1,5,6).

Operasyonlarda erektil dokunun etkilenmediği görülmüştür. Plakların çoğu dorsalde yer alarak penisin yukarı doğru, ventraldekiler de aşağı doğru kıvrılmasına neden olur. Tutulum asimetrik ise laterale deviasyon olabilir. Dorsal ve ventral plakların aynı anda varlığında ise birbirini dengeleyerek penis düz gibi görülebilir veya yana bükülebilir (1).

Doppler çalışmaları tunikayla sınırlı olan plakların penis arterlerini obstrükte etmediğini göstermiştir. Eretil disfonksiyon çoğu zaman hastalığa eşlik eder. Distorsiyon ve ağrı aynı zamanda ciddi bir psikolojik etki de meydana getirir. (Eğer hastada Peyronie ve venöz kaçışa bağlı olmayan impotans birarada ise müdahale esnasında bir de penil protez yerleştirilmelidir) (1).

### HASTALIĞIN SEYRİ

Bazen lezyonlar aniden ve tamamen kaybolabilir. Akut derecede belirgin olan ağrı antienflamatuar

uygulamaları ile düzelebilir. 1 yıl veya 6 ay zarfında lezyonlan ilerlemesi durabilir ve hasta cinsel aktivitesini devam ettirebilir. Skor olgunlaşınca bu durumda çiftlerin seksüel problemleri yoksa operasyon anlamsızdır. Aksi takdirde operasyon gerekir (1).

### TEŞHİS

Hastanın hikayesi ve dikkatli bir penis palpasyonu, sistemik muayene ile teşhis rahatlıkla konabilir. Aşırı araştırmalar gereksizdir. Basit radyogramlar ve yeni bir teknik olan xeroradyografi ile kalsifikasyonlar görülebilir. Hastaların dörtte birinde palpasyondan pek üstün değildir. Ancak spongios dokuda gizlenen kalsifikasyonları gösterebilir. Basit korpus kavernozografi plakların yaygınlığını gösterebilir ama pek ilave bilgi sağlamaz. Magnetik rezonans gereksizdir. Genç hastalarda sarkom ihtimalini ekarte etmek açısından biopsi yapılabilir (1).

### Hastanın Değerlendirilmesi:

Değerlendirilmede hastayı eşiyile birlikte ve yalnız sorgulamak gerekir. Hastadan penisin ereksiyon halinde iki adet polaroid fotoğrafı istenir. Bununla ereksiyonun kalitesi ve bükülmenin derecesi belirlenir. Hastaya ve eşine bunun kanser olmadığını, seksüel yaşamlarının son bulmayacağını izah edilmesi iyi olacaktır. Hasta hala seksüel fonksiyon görüyorsa E vitamini tavsiye edilerek kontrole çağrılır. 45 yaşından daha küçük ve kıvrılmanın yukarı doğru olduğu hastaların bu konuda şansı daha fazladır. Laterale veya ventrale kıvrılma problemleri daha da artırmaktadır (1).

### TEDAVİ

1- Medikal Tedavi: Akut fazda uygulanan tıbbi tedavilerin çoğu enflamasyona ve ağrıya yönelik olup, erken dönemde oldukça faydalı olabilir (1,2,4,7).

Dimetil sülfoksit (DMSO), ultrason tedavisi, steroidlerle iyontoforez, kollagenoz veya hiyalüronidaz enjeksiyonları, para - amino benzoik asit (Potaba) ve terfenadin, uygulanan medikal tedavilerin başlıcalarıdır. Ancak bu tedavilerin kontrollü çalışmaları maalesef yetersizdir. Gelbard 1985'de kollagenaz enjeksiyonlarının kısmen faydalı olduğunu öne sürmüştü de 1989'da yaptığı çift kör çalışmada bunun pek ümit verici olmadığını belirlemiştir. Potaba ise spesifik bir ilaç gibi lanse edilmesine rağmen günde 24 tablet



gerektirmesi, ileri derecede gastrointestinal yan etkilerinin olması ve maliyetinin yüksek olması düşündürücüdür (1,4,5).

Steroid enjeksiyonları pek fayda sağlamamasının yanısıra doku atrofisine yol açmaktadır. Sadece ultrasound tedavisi denenmiştir. Ultrasound ve hidrokortison pomadları (ultrason jeli olarak) kombine kullanılmış ağrının giderilmesinde, deviasyonun düzelmesinde ve fibröz plak ebatlarında küçülme konusunda etkili olduğu iddia edilmiştir (1983) (2). Burada kortisonun enflamasyonu önlediği, ultrasound enerjisinin de kan akımı artırabileceği, böylece intrasellüler fibroblast bağlanması azalacağı ve eski lezyonlarda bile işe yarayabileceği öne sürülmüştür (2).

Radyasyon tedavisi tümöröidal dozlarda kullanılmış, ağrı gidermede çok etkili bulunmuş, ancak lezyonun kaybolmadığı ve atrofi oluşturduğu gözlenmiştir (1,2,5,7,9).

Terfenadin bir non-sedatif, antihistaminik olup hastalığın aktif döneminde bazı hastalıklarda ağrılı ereksiyonda faydalı olduğu görülmüştür (1,2,3).

E vitamini, peyronie hastalığında mutlaka tavsiye edilmektedir. Her yemekle beraber 200 mg veya günde 2 kez 400 mg alınmalıdır (1,2,3,4,5).

## 2- Cerrahi Tedavi:

Peyronie hastalarından cerrahi tedavi, medikal tedaviye cevap vermeyen, hastalığın iyice oturup kronikleştiği ve cinsel ilişkinin imkansız hale geldiği vakalarda uygulanmalıdır. Uygulanmakta olan başlıca üç çeşit girişim vardır:

1. Plak eksizyonu ve greft koyma (Dermal, tunika vaginalis, duramater veya monofilament polipropilen).

2. Nesbit prosedürü.

3. Penil protez takılması (plak eksizyonuna ilaveten) (6).

Nesbit 1965'te ismiyle anılan yöntemi geliştirdi. Bu operasyon için hastada penisin yeterli ebatta olması gerekmektedir. Zira korporal plikasyon uygulandığı için kozmetik yönden iyi olmasına rağmen peniste kısılma ortaya çıkmaktadır. Nesbit yöntemi ile minimal

distorsiyonlar ve dermal greft operasyonundan sonra minimal eğrilik olan hastalar düzeltilbilir (8).

Cerrahi girişimle plak eksizyonu ve oluşan açıklığa dermal greft uygulanabilir. Bazı cerrahlar bu yama için değişik materyaller kullanmışlardır. Dermis, tunika vaginalis, duramater, temporal fasya greftleri veya sentetik materyaller gibi (7). Cildin tüm tabakalarıyla alınması sebace kist oluşma riski nedeniyle pek tavsiye edilmez. Tunika vaginalis ince olup küçük lezyonlarda kullanılabilir, büyük greftler için yeterli mukavemete sahip değildir. Damar segmentleri ve fasya parçaları fleksibl, fakat elastik değildir. Yapay materyeller de elastik değildir ve altlarında kollagen birikimine yol açarlar (8).

Dermal greft uygulamasından sonra venöz kaçışa bağlı olarak erektil inpotans oluşabilir (8). Hastada operasyon stresine bağlı olabileceği düşünülmüştür. Ancak yine de operasyon sırasında profilaktik olarak dorsal venin ligasyonu postoperatif empotansı önlemektedir. Dermal greft uygulamaları için çeşitli insizyonlardan yararlanılmaktadır. Genellikle vertikal veya sirkumsizyon geçirmiş hastalarda aynı insizyon hattından girilir. 1989'da Edward proksimal yaklaşımı öne sürmüş, ve daha çok plak eksizyonu ve penil protez konacağına güvenli bir alternatif olacağını bildirmiştir. Peyronie hastalığının düzeltilmesinde alternatif tekniklerden birisi de korporal plikasyondur (G.R. Muftu ve M. Asthchison, 1990). Yazar tekniğin en az Nesbit ve tunika albugenanın eksizyonu ve transvers kapatılma tekniği kadar başarılı olduğunu vurgulamaktadır. Ancak ağrı varlığı operasyon için bir kontrendikasyon teşkil etmektedir (10).

Hastalara preoperatif erektil disfonksiyon değerlendirilmesi mutlaka yapılmalıdır. Dopler ultrasonografide fonksiyon bozukluğu varsa korpus kavernosografi ve kavernozeometri yapılır. Günümüzde rutine giren bu incelemelerde farmakolojik ereksiyon sonrası 50mmHg ve daha fazla basıncı devam ettirebilen hastalar postoperatif dönemde de 40-50 mmHg basıncı devam ettirebilmiştir. Bunun altındaki değerlerde hastaya penil protez takılabilir (10).

Preoperatif dönemde cinsel ilişkiyi başaramayan hastalardan postoperatif dönemde ancak %53'ü bunu başarabilmiştir. Melman ve Holand 7 hastada plak



eksizyonu ve dermal graft uygulamış, ancak başarısız olmuştur. Bruskewitz ve Raz da bu şekilde tedavi edilen 5 hastada iyi sonuç alamamıştır. Klinik yetersizlik çoğunda rekürren veya sebat eden kurvatura veya postoperatif dönemde sertleşmede azalma olmasına bağlıydı (11). Penil protez yalnız başına uygulanabildiği gibi diğer cerrahi tekniklerle de beraber yapılabilir. Cohen yakın zamanda plak insizyonu veya eksizyonu ile kombine ettiğini açıkladı. Operasyonda aynı insizyonda penil silindirleri de koymanın mümkün olduğu proksimal yaklaşımı tercih etmişti. İnflatable protezler plak eksizyonu olmadan düz ereksiyonu sağlayacak güce sahip değildir (11).

Yapılan araştırmalarda ağrı, eğrilik, cinsel ilişki kabiliyeti, hastalıkla ilgili problemler, psikolojik etkiler, alınan tedaviler ve hastalığın ilerleme derecesi gibi parametreler değerlendirilmiştir (12). Hastaların

yaklaşık % 40'ı hastalığın seyrinde ağrı, eğrilme, ilişki kurabilme vs. parametrelerde hiçbir değişiklik olmadığını söylemektedir.

Aynı süre zarfında %40'ında eğrilme ve buna bağlı şikayetler daha da kötüleşmiş, halbuki ağrı sadece %6'sında artmıştır. Hastaların %77'si Peyronie hastalığına bağlı psikolojik olarak etkilendiklerini, bunların % 28'i düzeldiğini, % 36'sı değişmediğini, % 36'sı ise daha da kötüleştiğini ifade etmiştir. Hastalığın süresi ve penisteki bükülmenin spontan olarak düzelmesi arasında istatistiksel bir anlam bulunamamıştır (12).

Tüm medikal ve cerrahi gelişmelere rağmen Peyronie hastalığında kesin tedavi kriterleri hala tartışmalıdır. Medikal tedaviden cerrahiye geçiş süresine karar vermek zordur. Hastalığa eşlik edebilen empotans ise probleme başka bir boyut kazandırmaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Devine C.J., MD., Jordan G.H., MD., Schlossberg S.M., MD. Surgery of the penis and urethra. In: Walsh P.C., M.D., Retik A.B., M.D., Stamey T.A., M.D., Vaughan E.D., M.D., Campbells Urology. Philadelphia: W.B. Saunders, 1992:3011-21.
2. Harry C. Miller, Joseph Ardizzone: Peyronie disease treated with ultrasound and hydrocortisone. Urology, 1983; 21: 584-5.
3. Anafarta K. Uroloji. Ankara; 1989; 544-5.
4. Mc. Aninch J.W., M.D. Disorders of the penis, male urethra. In: Tanagho E.A., M.D., Mac Aninch J.W., M.D., Smith's General Urology. Lebanon: Typopress., 1988: 575-8.
5. Bozkırlı İ. Üroloji. Ankara, 1987; 517-9.
6. Devine C.J. Peyronie's disease. In: Glenn J. F., M.D., Urologic Surgery. Philadelphia. 1991: 864-75.
7. Martin K. Gelbard and Barbara Hayden: Expanding contractures of the tunica albugena due to peyronie's disease with temporal fascia free grafts. U. orul, 1991; 145: 772-6.
8. Bruce L. Dalkın and Michael F. Carter: Venogenic impotence following dermal graft repair for Peyronie's disease. J. Urol., 1991; 146: 849-51.
9. Edward s. Cohen, Joseph D. Schmidt and Lowell Parsons: Peyronie's disease: Surgical experience and presentation of a proximal approach J. Urol., 1989; 144: 740-2.
10. G. R. Muftı, M. Aitchison S.P. Bramwell, P.j. Paterson and R. Scott: Corporal plication for surgical correction of Peyronie's disease. J. Urol., 1990; 144: 281-2.
11. Edward B. Eigner, John N. Kabalin and Robert Kessler: Penile implants in the treatment of Peyronie's disease. J. Urol., 1991; 145: 69-72.
12. Martin K. Gelbard, Frederick Dorey and Katheen James: The natural history of Peyronie's disease. J. Urol., 1990; 144: 1376-9.