

Penil Fraktür ve Eşlik Eden Üretral Travma:

Tam İdrar Tahlili Rutinde Yapılmalı mıdır?

Penile Fracture Associated with Urethral Trauma: Is Routine Urinalysis Required?

Ali Kayıkçı, Coşkun Kaçağan, Dursun Baba, Haydar Kamil Çam

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Ana Bilim Dalı, Düzce

Özet

Penil fraktür erekte olan peniste, korpus kaverosum ve/veya korpus spongiosumların yırtılmasından kaynaklanmaktadır. Bu duruma üretral rüptür, dorsal sinir ve damar yaralanmaları da eşlik edebilmektedir. Penil fraktürün sebepleri arasında, seksüel ilişki, masturbasyon, zorlayıcı penil manüplasyon bulunmaktadır. Yaklaşık %40 varan oranlarda üretral yaralanma da görülmektedir. Bu vakada penil fraktüre eşlik eden üretra travması olgusu tartışılmıştır. Tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri saptanması üretra travmasını düşündürmüştür. Dolayısıyla her vakada üretral travma eşlik edebilir. Bu sebeple tüm hastalarda işemeyle ilgili yakınması olmasa da tam idrar tahlili yapılmalıdır Özellikle de mikroskopik hematüri saptananlarda cerrahi eksplozasyon- da üretral dokunun bütünlüğü kontrol edilmelidir.

Abstract

Penile fracture occurs due to rupture of corpus cavernosum and/or corpus spongiosums in erect penis. Urethral rupture, dorsal nerve and vascular injuries may accompany this situation. Among the reasons for penile fracture, sexual intercourse, masturbation, penile manipulations have been presented. Up to 40% simultaneous urethral injury is seen. In this manuscript, a case of penile fracture associated with urethral trauma was discussed. Urinalysis revealed microscopic hematuria that suggested associated urethral trauma. Therefore, as a fact that each case can be accompanied by urethral trauma, all patients even with no voiding symptoms at least should have simple urinalysis. In particular if microscopic hematuria is seen, urethral tissue integrity should be ensured during surgical exploration.

Anahtar Kelimeler: Penis, fraktür, üretra.

Keywords: Penis, fracture, urethra.

Giriş

Genital organ travması, penis ve skrotumun mobil olmasından dolayı göreceli olarak daha az görülür (1). Penil fraktür erekte olan peniste, korpus kaverosum ve/veya korpus spongiosumların yırtılmasından kaynaklanmaktadır (2). Bu duruma üretral rüptür, dorsal sinir ve damar yaralanmaları da eşlik edebilmektedir. Penil fraktürün en önemli sebepleri arasında, seksüel ilişki, masturbasyon, zorlayıcı penil manüplasyon bulunmaktadır.

Penil fraktürün tanısı için genellikle anamnez ve fizik muayene yeterlidir, çünkü hastanın hikayesinde yırtılma sesiyle birlikte ağrı, hematoma, şişlik, ekimoz ve ani detumesens olmaktadır (3). Hematom, Buck Fasyası'nın bütünlüğü bozulursa skrotum ve pubik bölgeye yayılarak penis genellikle karşı tarafa doğru eğilmektedir, beraberinde de çok önemli bir özellik olarak yaklaşık %40'a varan oranlarda üretral yaralanma da görülmektedir (3). Üretral yaralanmayla birlikte makroskopik hematüri, işeme bozukluğu gelişebilir veya hiçbir bulgu olmayabilir. Dolayısıyla her penil fraktür vakasında üretral travmanın da eşlik ede-

bileceği düşünülmelidir. Bu vakada penil fraktüre eşlik eden üretra travması olgusu tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

58 yaşında erkek hasta noktürnal ereksiyon halindeyken yatak içi dönüş sırasında yırtılma sesi, ardından ani detumesensla birlikte şişlik, ağrı şikayetleri ile acil servisimize olayın üstünden 8 saat geçtikten sonra başvurdu (Resim 1).

Yapılan muayenede penisin sol tarafa eğriliği olduğu, skrotum ve perineye kadar ilerlemiş ekimoz, penis cildinde özellikle sağda daha fazla olmak üzere penis köküne kadar devam eden çepeçevre ödem alanı izlendi. İşeme ile ilgili bir yakınma tariflenmedi. Hasta ilk işemede çok şüpheli bir ifadeyle idrarın ilk başında bir kan görmüş olabileceğini belirtti. Tarafımızca yapılan tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri (bol eritrosit) saptandı. Anamnez ve fizik muayene sonucunda penil fraktür tanısı konularak hasta operasyona alındı. Operasyon esnasında penis cildinde circumsizyon hattından insizyon yapılarak

İletişim Bilgisi / Correspondence

Yrd. Doç. Dr. Ali Kayıkçı, Düzce Tıp Fakültesi Hastanesi Üroloji Servisi 81620 Konuralp / Düzce

E-mail: aalii1@mynet.com

Tel: +90 380 542 13 90

Geliş tarihi / Received: 09.10.2012

Kabul tarihi / Accepted: 23.10.2012

Çıkar Çatışması / Conflict of Interest: Yok / None



cilt tunika dartos ile birlikte penis köküne kadar deglove edildi. Penisin sağ tarafında korpus kavernozumun, tunikasında albugeniasında yaklaşık 2 cm'lik defekt alanı gözlemlendi (Resim 2).



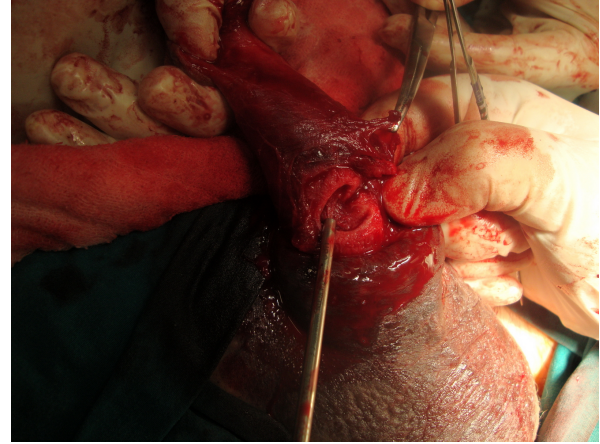
Resim 1: Penis ve skrotumda ödemli, ekimotik alan.

Dikkatli bir gözlem neticesinde bu lezyon komşuluğundaki üretrada da 5 mm'lik kesi izlendi. Üretral yoldan 16 F foley üretral kateter konuldu. Tunikadaki ve üretradaki yaralanma alanları 4/0 vikril ile sütüre edildi. Artifisial ereksiyon yöntemi ile ereksiyon oluşturularak penis de başka defekt olmadığı tespit edildi. Daha sonra Buck fasyası 4/0 vikril ile onarıldı. Penis cildi 4/0 Medron ile sütüre edilerek, kanama ve ödem kontrolü amaçlı koban bandajı ile sarıldı. Postoperatif hasta takiplerinde ereksiyonu engellemek amacıyla klorpromazin HCL başlandı. 2 gün sonra hasta taburcu edildi. Hastanın 1 hafta sonra sondası alınarak 3 ay süresince cinsel ilişkiden uzak durması önerildi. 3 aylık takibimiz sonucunda ereksiyon ve işeme fonksiyonlarının tam olarak normale döndüğü gözlemlendi.

Tartışma

Ereksiyon esnasında korporeal cisimciklere kan dolması sonucunda tunika albuginea, 2 mm'den 0,5-0,25 mm ye kadar incelmektedir (4). Aynı anda intrakorporeal basıncın artması sonucunda, ereksiyon esnasında künt bir travma ile karşılaşıldığında rüptür oluşması kolaylaşmaktadır. Fraktürün arkasından, fraktür olan bölgede hematoma meydana gelir. Buck Fasyası yırtılırsa hematoma hızla skrotuma, perineye ve suprapubik alana yayılmaktadır. Fraktürün mekanizması erekte penisin ani bir şekilde kıvrılması esasına dayanmaktadır. Dolayısıyla en sık sebep olarak

cinsel ilişki esnasında sert penisin kadın perine veya pubik kemiğine çarpıp bükülmesi ile karakterize künt travma olması beklenmektedir. Ancak penil fraktürün diğer sebepleri olarak masturbasyon esnasında penisin fazla bükülmesi, erekte penis üzerine düşme ve bilinç dışı nokturnal manipulasyonlar da bildirilmektedir (2). Diğer nadir görülen sebeplerden biride bizim kliniğimizde tedavi ettiğimiz hastamızda olduğu gibi yatak içinde ani dönüşler sonrasıdır.



Resim 2: Korpus kavernozum ve üretradaki yaralanma bölgesi.

Penil fraktürün tanısında fizik muayene ve anamnez son derece önemlidir. Bazı hastalarda peniste şişme ve ekimoz olmasına rağmen hızlı bir detümesans olmaması yalancı fraktürü gösterebilir. Bu nedenle fizik muayene her zaman tek başına yeterli olmayabilir. Penil fraktürü taklit eden diğer bir durum da dorsal penil arter veya venin cinsel ilişki esnasında rüptüre olmasıdır (5). Bazı yazarlar penil fraktür olgularında dorsal ven rüptürü ayırıcı tanısını yapmak açısından hastalara rutin bir şekilde kavernezografi yapılmasını önermektedirler. Ancak bu işlem sırasında dikkate alınması gereken nokta, opak maddeye bağlı anafilaktik reaksiyon gelişme ihtimali ve opak maddenin ekstrasvazasyonu sonrasında belki de gereksiz bir şekilde fibrosizasyonuna sebep olabilmesidir. Ayrıca, kavernezografi büyük hematoma varlığında rüptüre olmuş segmentin boyutunu yanlış verebileceğinden dolayı yanlış negatif sonuçlara sebep olabilir (3). Biz de tüm bu sebeplerden dolayı hastamıza kavernezografi çekilmesini uygun görmedik. Ayrıca Pandyan ve arkadaşlarının 2006 yılında 26 serilik penil fraktür çalışmasını da sadece 2 vakada ultrasonografi uygulanmış ve

tanısal bir değerinin bulunmadığı görülmüştür (6).

Öte yandan penil fraktüre eşlik eden üretral travma önemli bir sorun olarak değerlendirilmelidir. Bu durum %40'ye varan oranlarda bildirilmektedir (7). Üretral travma olduğunda makroskopik hematüri, eksternal meada kan, işeme sorunları gibi bulgular sıklıkla beklenmektedir. Ancak bunların olmaması asla üretral travmayı ekarte ettirmez. Dolayısıyla üretral travma konusunda özellikle de bilateral vakalarda şüpheli davranmak en uygun yaklaşımdır. Hatta bazı yazarlar rutin retrogradüretrografi önermektedir. Ancak göreceli olarak kolay ve basit yöntem olsa da bazı serilerde sensitivitesi %50 gibi oldukça düşük olarak bildirilmektedir. Buna karşılık aynı serilerde mikroskopik hematürinin de pozitif öngörü değeri en fazla %50 olarak bildirilmiştir (7). Bizim vakamızda üretral travma açısından çok şüpheli bir ifadeyle bir kez olan inisyel hematüri yakınması mevcuttu. Burda önemli olan tam idrar tahlilinde mikroskopik hematüri saptanmış olmasıdır. Dikkatli olarak yapılan cerrahi ekspolarasyonda da üretra travması saptanmıştır. Dolayısıyla her penil fraktür vakasında üretral travmadan şüphelenilmelidir. Buna özgü hematüri ve işeme zorluğu gibi yakınmalar olmasa bile her hastada, üretragrafi de invaziv bir girişim olarak değerlendirilirse en azından basit bir idrar analizi yaptırılmalı ve her ne olursa olsun komşu üretral doku da ekspolarasyon esnasında dikkatlice gözlenmelidir.

Yapılan bazı yayınlarda operasyon sonrası antierektile medikasyonun gerekli olmadığı, postoperatif ağrının oluşabilecek ereksiyona engel olacağı söylenmiştir (6). Ancak biz hastamızda antierektile

olarak klorpromazin HCL kullandık. Ayrıca yapılan farklı çalışmalarda penil fraktürün konservatif bir şekilde tedavi edilebileceği vurgulanmaktadır ve bunlardan bazıları ise elastik bandaj, soğuk uygulama, fibrinolitikler, antiinflamatuvar ve antibiyotik tedavidir (8). Konservatif şekilde tedavi edilen hastaların uzun dönem takiplerinde kronik penil ağrı, penil kurvatur, arterovenöz fistül, erektil disfonksiyon gelişme ihtimalinin %10-53 arasında olduğu saptanmıştır (8). Muentener ve arkadaşları 2004 yılında yaptıkları çalışmada cerrahi ve konservatif tedaviyi karşılaştırmışlardır. Başarı oranları cerrahi tedavide %92, konservatif tedavide %59 olarak bulunmuştur (3). Biz de hastamızda erken dönemde cerrahi tedavi yöntemini uyguladık. Erken cerrahi tedavi seksüel fonksiyonların korunmasını sağladığı gibi hastanede kalış süresini de azaltmaktadır. Bu nedenle de erken cerrahi tedavinin konservatif tedaviye göre üstün olduğu görülmüştür (9). Öte yandan literatürde ülkemizden bir çalışmada konservatif tedavinin kavernoziyografi sonuçlarına göre uygulanabileceği ve bunun da gereksiz cerrahi ortadan kaldırdığını savunulmuştur (10).

Sonuç olarak penil fraktürde farklı izlem ve tedavi yaklaşımları uygulansa da olası ürolojik etkileri açısından oldukça önemli bir acildir. Dolayısıyla hem hasta değerlendirilmesinin hem tedavisinin çok hızlı bir şekilde yapılması, kişinin bundan sonraki cinsel ve sosyal hayatı açısından son derecede önemlidir. Bu bağlamda her vakada üretral travmanın da eşlik edebileceği akılda bulundurulmalı, işemeyle ilgili yakınması olmayan her hastada en azından tam idrar tahlili yapılmalı ve özellikle de mikroskopik hematüri saptananlarda cerrahi ekspolarasyonda komşu üretral dokunun bütünlüğü kontrol edilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Mydlo J: Blunt and penetrating trauma to the penis. In Urological Emergencies. A practical guide. 1st edition edited by Wessells H. McAninch JW, Totowa NJ: Humana press 2005; 95-112
2. Mensah J. E, Morton B, KYEI M. Early surgical repair of penil fraktures ,Ghana Medical Jour 2010; 44: 119-121
3. Gedik A, Kayan D, Yamiş S. The diagnosis and treatment of penil fraktüre: our 19- year experience. Turkish journal of trauma and emergency surgery 2011; 17(1): 57-60
4. Eke N. Fracture of the penis. Br J Surg 2002; 89: 555-565
5. Morey AF, Rozanski TH: Genital and lower urinary tract trauma. In Campbell-Walsh Urology. Volume 3. 9th edition. Edited by Wein AJ. Philadelphia, PA: Saunders 2007; 26: 49-50.
6. Sounra Pandyan G.V, Zaharani A.B. Fracture penis: An analysis of 26 Cases. The Scient World Jour 2006; 6: 227-233
7. Jack GS, Garraway I, Reznicek R. Current treatment options for penile fractures. Rev Urol. 2004; 6(3): 114-120.
8. Mydlo JH. Surgeon experience with penile fracture. J Urol 2001; 166: 526-529.



9. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. J Urol 2000; 164: 364-366.
10. Melih Beysel, Ali Tekin, Mesut Güldal, E. Yücebaş, F. Sengör. Evaluation and treatment of penile fractures: Accuracy of clinical diagnosis and the value of corpus cavernosography. Urology 2002; 60: 492-496.

