



Acil Servisimize Müracaat Eden “Penil Fraktür” Olguları: Beş Olgunun Sunumu

Penile Fracture Cases Admitted to our ED: Review of 5 Cases

Birdal Güllüpinar, Aslı Acarer, Burcu Demirdöven, Gürkan Ersoy

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

ÖZET

Penil fraktür, ereksiyon halindeki penisin zorlanması ve/veya künt travmaya maruz kalması sonucu korpus kavernosumun yırtılması ile oluşur. Klasik bulguları; peniste kırılma sesi ile beraber ani başlayan şiddetli ağrı, ereksiyon halinin süratle kaybı, şişlik, ekimoz ve deviasyondur. Tanısı, dikkatli anamnez ve fizik muayene ile konulabilir. Olguların çoğunda ek tanı yöntemlerine ihtiyaç duyulmaz. Tedavide cerrahi onarım altın standart olarak kabul edilmektedir. Bu yazıda acil servisimize başvuran beş penil fraktür olgusu sunulmuş, tanı ve tedavi yöntemleri güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

ABSTRACT

Penile fracture is caused by rupture of the corpus cavernosum with increased internal pressure due to straining of the erectile penis and/or exposure to an obtuse trauma. Its classical findings are sudden intense pain in the penis following a rupture sound, sudden loss of erection, swelling, ecchymoses and deviation. Diagnosis of penile fracture can be made with a careful history and physical examination. There is no need for additional diagnostic tests for most of the patients. Surgical intervention is accepted as the golden standard for the treatment of penile fracture. In our paper, five cases of penile fracture who were admitted to our emergency department are presented, and the diagnostic and treatment methods are discussed according to the recent literature.

Anahtar Kelimeler: Penil fraktür, üretral rüptür, acil servis
Geliş Tarihi: 16.12.2010 **Kabul Tarihi:** 01.03.2011

Keywords: Penile fracture, urethral rupture, emergency medicine
Received: 16.12.2010 **Accepted:** 01.03.2011

Giriş

Penil fraktür, ereksiyon halindeki penisin zorlanması ve künt travmaya maruz kalması ile içindeki basıncı artmış olan korpus kavernosumun yırtılması sonucu oluşmaktadır. Penis fraktürünün en sık nedeni cinsel ilişkide pozisyon değişimi sırasındaki travma olduğu bildirilmektedir (%33-60). Klasik bulguları; peniste kopma sesi, ani başlayan ağrı, ereksiyon halinin anında kaybolması, peniste şişlik, ekimoz ve deviasyonun ortaya çıkmasıdır. Penil fraktür vakalarının tedavisi tartışılmakla birlikte standart tedavisi acil cerrahi girişimdir. Bu yazıda acil servisimize başvuran beş penil fraktür olgusu sunulmuş, tanı ve tedavi yöntemleri güncel literatür bilgileri eşliğinde tartışılmıştır.

Olguların Sunumları

Hastane bilgisayar kayıt sistemi 1998-2010 yılları arasında acil servise başvuran ve penil fraktür tanısı alan hastalar için taranmış, sadece 5 olgu saptanmıştır. Belirtilen tarihlerde acil servise toplam başvuru sayısı 550 bindir. Penil fraktür tanısı almış hastaların tümü Türk vatandaşı olup, yaşları 29-49 arasında değişmekte idi (yaş ortalamaları: 37). Dört hastada penil fraktür cinsel ilişki sırasında ortaya çıkmışken, bir vakada etiolojide künt travma söz konusu idi.

Olgu 1

Yirmi dokuz yaşındaki hasta penisinde ani ortaya çıkan ağrı, şişlik, eğrilik ve şekil bozukluğu şikâyetleri ile müracaat etti. Anamnezinde cinsel ilişki sırasında penisinde kırılma sesi duyduğunu, takiben bahsedilen semptomların ortaya çıktığını söyledi. Penis eğri, ağrılı, şiş, ödemli, üzerinde mor renkte fraktür hattı vardı (Resim 1). Penil fraktür tanısı ile hastaya üroloji konsültasyonu istendi, ek tetkik yapılmadı, üroloji kliniğince ameliyata alındı.

Yazışma Adresi/Address for Correspondence:

Dr. Birdal Güllüpinar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Balçova, İzmir, Türkiye
Tel: +90 232 412 27 01 E-posta: birdalg@yahoo.com



Resim 1. Penil fraktürlü olgunun görünümü (Penis eğri, ağrılı, şiş, ödemli, üzerinde mor renkte fraktür hattı)

Olgu 2

Otuz bir yaşında, futbol maçı yaparken genital bölgesine tekme darbesi gelen hastada mead'dan kan gelmesi, penisinde zaman içinde artan hematoma şekli ve bozukluğu şikâyetleri ile müracaat etti Ürologlar tarafından doppler ultrasonografi istenen hasta penil fraktür tanısı ile ameliyata alındı.

Olgu 3

Otuz dokuz yaşındaki hasta, cinsel ilişki sırasında penisinde kırılma sesi ve ağrı şikâyetleri ile başvurdu. Üroloji konsültasyonu sonrası penis ultrasonografisi istendi ve penil fraktür tanısı ile opere edildi.

Olgu 4

Otuz beş yaşında, cinsel ilişki sırasında penisinde ani ağrı oluşmuş ve ses duymuş. Acil servisimize müracaat eden hastada üretroraji mevcuttu. Üroloji konsültan hekimince penil doppler ultrasonografi, retrograd üretrogram ve kavernozonografi tetkikleri istendi. Penil fraktür tanısı konan hasta tedavi ve ameliyatı kabul etmeyerek hastaneden ayrıldı.

Olgu 5

Kırk dokuz yaşında, cinsel ilişki sırasında penisinde ani ağrı oluşmuş ve ses duymuş. Acil servisimize müracaat eden hastada ürologlar tarafından penil doppler ultrasonografisi istendi ve penil fraktür tanısı ile opere edildi.

Tartışma

Penil fraktür, ereksiyon halindeki penisin zorlanması ve künt travmaya maruz kalması ile içindeki basıncı artmış olan korpus kavernosumun yırtılması sonucu oluşmaktadır. Peniste hematoma, şişlik, şekil bozukluğu ve penisi örten deride ekimoz ile kliniğe yansır. Ereksiyon esnasında tunika albuginea 2 mm'den 0.25-0.5 mm'e kadar incelik, bu da penis fraktürüne predispozan bir ortam oluşturur yani penisi travmatik hasara daha açık hale getirir. Tunika albuginea'nın yırtılması için içindeki basıncın 1500 mmHg'ı geçmesi gerekir. Cinsel

ilişki sırasında erekte penisin simfizis pubis veya perineye çarpması, arasında sıkışması veya erekte peniste detümesans oluşturmak için yapılan manipülasyonlar penil fraktür etiolojisinde rol oynar (1-8).

Literatürde penis fraktürünün en sık nedeni cinsel ilişkide pozisyon değişimi sırasındaki travma olduğu bildirilmektedir (%33-60). Diğer nedenler arasında; nokturnal ereksiyon sırasındaki ani hareketler, yataktan düşme ve masturbasyon sayılabilir. Çoğu hastada ise utanma duygusu nedeni ile doğru ve ayrıntılı anamnez almak mümkün olmayabilir (2-5). McEleny ve ark. (6) cinsel ilişkide bayan partnerin üstte olduğu pozisyonlarda penis fraktürü insidansının arttığını iddia etmektedir ki bizim bir vakamızda aynı şekilde ortaya çıkmıştı. Diğer dört vaka retrospektif dosya taraması şeklinde değerlendirildiği için bu konudaki ayrıntılı bilgilere ulaşılamadı.

En sık 12-82 yaşları arasında görülür. Ülkemizde ve dünyadaki gerçek insidansı bilinmemektedir. Çünkü ya tüm vakalar kayda geçmiyor ya da hastalar utanma duygusu nedeni ile tanı ve tedavi için özel hekim veya hastanelere gidiyor olabilirler. Literatürde bildirilen vakaların çoğu Akdeniz ve kuzey yarımküre ülkelerine aittir (Japonya, Tayvan ve Singapur vs). Son yıllarda görülme sıklığının arttığı, bununda erektil disfonksiyon tedavisinde kullanılan ilaçlara (sildanefil vb.) bağlı olabileceği iddia etmektedir (6, 9, 10). Literatürdeki en büyük seri Atat ve arkadaşlarına (3) aittir. Üçyüz hastanın bulunduğu bu seride tanı ve tedavi yöntemleri bizim vakalarımız ile benzerdir.

Klasik bulguları; peniste kopma sesi, ani başlayan ağrı, ereksiyon halinin anında kaybolması, peniste şişlik, ekimoz ve deviasyonun ortaya çıkmasıdır. Bu ses bazı yazarlarca mısır koçanının kopartılması veya bir cam çubuğun kırılması ile ortaya çıkan sese benzetilmiştir. McEleny ve ark.'ları ise penisin bu görünümü "patlıcan deformitesi" (eggplant deformity) veya "patlıcan belirtisi" (aubergine sign) olarak tanımlamıştır (4-8).

Hematoma genellikle Buck fasiyası ile penise sınırlıdır. Eğer Buck fasiyası da perfor olmuşsa hematoma skrotum ve perineye ilerleyebilir. Vakaların %10-30'unda, ek olarak korpus spongiosum ve üretra yaralanmaları vardır. Mikroskopik hematüri üretral yaralanma konusunda uyarıcı olmakla birlikte pozitif prediktif değeri sadece %50'dir. Bu vakalarda üretroraji, idrar ekstravazasyonu, idrar yapamama, gecikmiş vakalarda üretra darlığı meydana gelebilir. Penil fraktür tanısı kolaydır, dikkatli anamnez ve fizik muayene ile tanı konur. Şüpheli vakalarda kavernozonografi, klasik ve/veya renkli doppler ultrasonografi, manyetik rezonans görüntüleme, anjiyografi, yine üretral travma şüphesi olan olgularda üretrografi tetkikleri yapılabilir. Penil ultrasonografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemlerinin tanıda başarıları sınırlıdır (2-8). Teşhis anamnez ve inspeksiyon ile konulabildiği için eğer aynı zamanda üretra rüptüründen de şüphelenilmiyor ise ek tanı yöntemlerine gerek yoktur (1-10).

Penil fraktür vakalarının tedavisi tartışılmakla birlikte standart tedavisi acil cerrahi girişimdir. Cerrahi tedavide, hematoma boşaltılmakta, yırtılmış tunika albuginea tamir edilip, kanama kontrolünden sonra ameliyat sonlandırılmaktadır. Ahmad ve ark.'nın (5) cerrahi ve konservatif yöntemi karşılaştırdıkları çalışmalarında cerrahi grubunda %92, konser-

vatif grupta ise %59'luk başarı elde edilmiştir. Penil fraktür tedavisinde erken cerrahi onarım, konservatif tedavi ile karşılaştırıldığında düşük morbiditesi, iyi fonksiyonel sonuçları ve hastanede kısa kalış süresi nedeniyle önemli avantajlara sahiptir ve tedavide önerilen yöntemdir. Bizim olgularımızdan dört tanesi acil operasyona alınmış ve postop erken dönemde komplikasyonsuz taburcu edilmişlerdir. Bir hasta işe tedaviyi kabul etmeyerek acil servisten ayrılmıştır.

Erken cerrahi onarım ile penil kurvatur, fibrotik plak oluşumu, ağrılı ereksiyon gibi komplikasyonlar büyük oranda önlenmekte, cinsel fonksiyon korunmakta ve hastanede kalış süresi azalmaktadır. Geç dönem komplikasyonlar: peniste eğrilik, ağrılı ereksiyon, cinsel ilişki sırasında peniste ağrı, ereksiyon kusurları, üretro-kavernöz fistül, üretro-kutanöz fistül, üretral darlıktır (1-6, 8-10).

Az sayıda da olsa acil servisimize müracaat etmiş ve "penil fraktür" tanısı almış hastalarımızın yaş aralıkları ve ortalamaları, etiyolojik nedenleri literatür bilgileri ile uyumlu idi fakat olgu sayısı literatür bilgilerine göre daha az idi. Bunun nedeni ise üniversite hastanesi olmamız, sosyal güvence nedeni ile sadece emekli sandığına bağlı hastaların müracaat etmesi ile açıklanabilir (Sosyal Güvenlik Kurumu kurulmadan önce). Hastalarımızın biri haricinde diğer dört tanesinde teşhis koymak veya tanıyı doğrulamak amacı ile ultrasonografi vs. gibi ek tanı yöntemleri kullanılmıştır. Biz acil hekimleri olarak tanıda sadece anamnez ve fizik muayeneden yararlandık. Diğer tetkikler üroloji kliniği tarafından istenmiş ama teşhis değişmemiştir. Yapılan ek görüntüleme yöntemleri hastanın daha uzun süre acil serviste kalmasına, masrafların artmasına, ameliyatın gecikmesine ve acil servis ile hekimlerini daha uzun süre meşgul etmesine neden olmaktadır. Hasta acil serviste değerlendirilmeli ve gecikmeye bağlı ortaya çıkabilecek komplikasyonları önlemek için acil operasyon endikasyonu ile üroloji konsültasyonu istenmelidir. Bu tanı grubundaki hastalar, utandıkları için, acil servise müracaat etmekte zorlanabilirler ki bu da tedavilerinde gecikmelere neden olabilir. Acil hekimlerinin empati yaparak bu şikayetler ile müracaat eden hastaların utanma ve

mahremiyet duygularına saygı duymaları ve onları izole bir ortamda muayene etmeleri uygun olacaktır.

Sonuç

Penil fraktür ereksiyon halindeki penise uygulanan direkt travma ve/veya cinsel ilişki sırasında zorlanması sonucu ortaya çıkan ürolojik acildir. Bu hastaların acil serviste süratle değerlendirilerek acil operasyon amacı ile üroloji servsinden konsültasyon istenmesi uygundur. Tanı için ileri tanı yöntemlerinin kullanılması cost-effective değildir, şüpheli olgular ve üretra rüptürü varlığı dışında kullanılması önerilmemektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Kaynaklar

1. Michael A. Miller. A Sudden Snapping Sound. West J Emerg Med 2010; 11: 93.
2. N EKE. Fracture of the penis, British Journal of Surgery 2002; 89: 555-65. [CrossRef]
3. El Atat R, Sfaxi M, Benslama MR, Amine D, Ayed M, Mouelli SB, et al. J Trauma, 2008; 64: 121-5. [CrossRef]
4. Chung CH, Szeto YK, Lai KK. 'Fracture' of the penis: a case series. Hong Kong Med J 2006; 12: 197-200.
5. Ahmad M, El-Taher, Hassan A, Aboul-Ella, Mohamed A. Sayed, and Atef A. Gaafar. Management of Penile Fracture. J Trauma 2004; 56: 1138-40.
6. McEleny K, Ramsden P and Pickard R. Penile fracture, Nat Clin Pract Urol 2006; 3: 170-4. [CrossRef]
7. Ishikawa T, Fujisawa M, Tamada H, Inoue T, Shimatani N. Fracture of the penis: Nine cases with evaluation of reported cases in Japan. International Journal of Urology 2003; 10: 257-60. [CrossRef]
8. Esterlit A, Chaimowitsh G, Tzabari A, Shental J. Fracture of the penis: results of an immediate surgical approach. Urol Int 1996; 57: 62-4. [CrossRef]
9. Coşkun B, Ermeç B, Sönmez NC, Akça O, Güney S, Ergenekon E. Penil fraktürlü olgularda operasyon öncesi değerlendirme ve cerrahi deneyimlerimiz. Ş.E.E.A.H. Tıp Bülteni, 2009; 43: 57-9.
10. Soylu A, Güneş A, Uğraş MY, İpek D, Baydınç C, Penil Fraktür. 11 Yıllık Deneyim. Türk Üroloji Dergisi, 2003; 29: 344-50.