

BÖLÜM 11

PENİL FRAKTÜR

Murat DEMİR¹

GİRİŞ

Penil fraktür, penisin ereksiyon halinde iken maruz kaldığı künt yaralanma sonucunda korpus kavernozumunu çevreleyen tunika albugineanın yırtılmasına denir. Ereksiyon halinde korpus kavernozum içindeki basın yüksek seviyelere ulaşabilmektedir. Yüksek basın altındaki penisin travma sonucu bükülmesi sonucunda korpus kavernozumlarında yırtılma meydana gelir. Ürolojinin acil olgularındandır (1).

Eke ve ark yaptıkları çalışmada vakaların yarısından fazlasının Ortadoğu Müslüman ülkelerden bildirildiği görülmüştür (1). Ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre penil fraktür etyolojisi farklılık göstermektedir. Gerikalmış ortadoğu ve diğer ülkelerden daha çok penisin bükülmesi (takandan manevrası) sonucu penil fraktür bildirilirken gelişmiş batılı ülkelerde daha çok zorlu cinsel ilişki sonucu meydana geldiği bildirilmiştir. Bunların yanında mastürbasyon, düşme, saldırı gibi sebeplerle de gelişebilmektedir (1, 2). Ayrıca penil fraktür gelişen hastalarda önemli ölçüde daha yüksek oranda madde bağımlılığı olduğu görülmüştür. Travmatik cinsel ilişkiye bağlı penil fraktür en çok doggy style ve kadının üstte olduğu pozisyonlarda meydana gelir. Vajenin içinden penisin kayması sonucu peniste bükülme sonucu meydana gelir (1,3).

Penis, iki adet korpus kavernozum ve bir adet korpus spongiozumdan meydana gelmektedir. Bu üç korpusu tunika albuginea tek tek sararken buck fasyası bu katmanların tümünü tek fasyayla sarar. Korpus kavernozum etrafındaki tunika albuginea ortalama 2 mm kalınlığındadır. Ancak ventralde daha incedir. Penis ereksiyonu sırasında kavernozum içindeki kan miktarı artıka basın 1000 mm Hg'i aşacak düzeylere ulaşır. Yüksek basınç altında tunika albuginea 2 mm'e kadar incelenebilmektedir. Yüksek inrakavernoza basın ve incelmış tunika albugine durumunda penisin künt travmaya uğraması korpus kavernozumda rüptüre neden olur (4). Rüptür alanı genellikle penisin proksimalinde, ventral alanda, transvers olarak meydana gelir. Genellikle tek taraflı olmakla beraber bilateral hatta korpus spongiosum ve penil dorsal venin de dahil olduğu olgular meydana gelebilmektedir (5).

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, urologmurat72@gmail.com

Hastalar genellikle penil vasküler yapıların daha sağlıklı ve cinsel aktif dönem olan orta yaş grubundadır (1). Genellikle hastalar akut evrede başvuru larken bazen utanma, çekinme nedeniyle daha geç dönemde de başvurabilmektedir. Penil travma esnasında genellikle bir kırılma sesi duyulur. Daha sonrasında peniste morarma (patlıcan görüntüsü), şişlik ve eğrilik meydana gelmektedir (1). Üretra yaralanması olaya katılması durumunda üretroraji, hematüri, üriner retansiyon gibi durumlar meydana gelebilir. Buck fasyasının sağlam olduğu durumda hematoma penis ile sınırlı iken buck fasyası yırtığında perineye ve pelvik bölgeye uzanabilir (Kelebek görüntüsü) (6).

TANI

Anamnez ve fizik muayene aslında vakaların çoğunda tanı için yeterlidir. Ancak bazen fizik muayene bulgularının yetersiz olması veya hekimin yasal sorumluluktan kaçınması için ek tetkiklere ihtiyaç duyulabilmektedir. Bu tetkikler arasında ucuz, basit ve kolay erişilebilirlik açısından penil ultrasonografidir. Ultrasonografi ile rüptürün yeri, boyutu hakkında bilgi sahibi olunabilir ancak bazen yoğun hematoma nedeniyle yalancı negatiflik söz konusu olabilir (7). Magnetik rezonans (MR) diğer yöntemlerin yetersiz kaldığı durumlarda daha net bir sonuç verebilmektedir. Ancak MR'nin pahalı olması, çekiminin uzun sürmesi, ulaşılabilirlik sorunu nedeniyle pek tercih edilen bir yöntem değildir (8). Ayrıca tedavide gecikmeye neden olması da muhtemeldir. Bir diğer tanı yöntemi kavernoğrafidir. Kavernozografinin sensitivite ve spesifitesi yüksek olmasına rağmen invaziv bir yöntemdir. İntrakavernozal perkütan iğne yardımıyla kontrast maddenin verilmesi ve floroskopik görüntü alınması şeklinde uygulanır. Üretral eksternal meada kan görülmesi, üretroraji, hematüri veya sonda takılamaması durumunda retrograd üretrografi çekilerek üretral yaralanma araştırılmalıdır (8,9).



Şekil 1: Penil fraktürlü penis görüntüsü

TEDAVİ

Konservatif Tedavi

Bu tedavi yaklaşımı daha hafif olduğu düşünülen olgularda tedavi seçeneği olarak uygulanırken günümüzde bu tedavi yöntemi önerilmemektedir. Konservatif tedavi penil hematoma alanına soğuk uygulama, sonda takılması, antibiyotik ve antiinflamatuar tedavi yöntemleri ile takip etmek şeklindedir. Ancak bu tedavi yönteminde yüksek oranda erektil disfonksiyon ve penil kurvatura meydana gelmesi nedeniyle artık önerilmemektedir (10,11).

Cerrahi Tedavi

Penil fraktür olgularında cerrahi tedavi erken iyileşme, daha az erektil disfonksiyon ve kurvatura görülmesi nedeniyle önerilen yöntemdir. Erken onarım ile beraber hastalarında %90'ından fazlasında ereksiyon korunabilirken onarım yapılmayan hastalarda bu oran oldukça azdır.

Cerrahi tedavide daha sık sirkümsizyon insizyonu sonrası degloving yöntemi kullanılırken, bazı cerrahlar vertikal insizyon veya rüptür alanının üzerine küçük kesiyi de tercih edebilmektedir (12,13). Biz olgularımıza sirkümsizyon insizyonu tercih etmekteyiz. Bu insizyonun bize daha geniş penil görüş alanı sağlanması, küçük kavernoza ve olası üretral rüptürü tespit etmemizi sağladığını düşünüyoruz. Ayrıca rüptür alanının üzerine kesi alanının olmamasının da enfeksiyon riskini azalttığını düşünmekteyiz. İşlem öncesi uretranın kataterize edilmesi önemlidir. Bu cerrahi esnasında uretradan daha kolay ortaya konulmasını ve olası yaralanması göstermesi açısından kolaylaştırıcı etki sağlar (12). Kavernoza rüptür için absorbabl ve non-absorbabl sütürler kullanılabilir (12). Biz vakalarımıza 3.0 veya 4.0 vicryl sütür kullanmayı tercih etmekteyiz. Defektin tespit edilemediği durumlarda penis kökünden bir turnike ile bağlanarak kavernoza izotonik mayi ile şişirilerek tespit edilmesi mümkündür.

Eksternal meada kan gelmesi, hematüri veya sonda takılamaması durumunda üretral yaralanmadan şüphelenmeli. Üretral yaralanmadan şüphelenildiği durumda esnek sistoskopi ile üretral değerlendirilmesi önerilmektedir. Genellikle uretrada parsiyel rüptür gerekmede uç-uca emilebilir sütür ile anastomoz yeterli olmaktadır. Sondanın 2-3 hafta kalması önerilmektedir (12,14).

KAYNAKLAR

1. Eke N. Fracture of the penis. *British Journal of Surgery*; 2002; 89:555-565
2. Zargooshi J. Penile fracture in Kermanshah, Iran: report of 172 cases. *Journal of Urology*; 2000 Aug;164(2):364-6.
3. Al-Shaiji TF, Amann J, and Brock GB. Fractured penis: Diagnosis and management. *Journal of Sexual Medicine* ; 2009;6:3231-3240.
4. Mansi MK, Emran M, El Mahrouky A, El-Mateet MS. Experience with penile fractures in Egypt. Long-term results of immediate surgical repair.; *Journal of Trauma*; 1993; 35: 67-70
5. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury.; *Journal of Urology*; 1992;147:466-468.
6. Morey AF, Dugi DD, Genital and lower urinary tract trauma. EAU guideline. In: Alan J. Wein, Louis R. Kavoussi, Andrew C. Novick, Alan W. Partin, and Craig A. Peters. *Campbell-Walsh Urology*, Tenth Edition, Saunders, an imprint of Elsevier Inc. 2012: 2507-2508.
7. Koga S, Santo Y, Arakaki Y, Nakamura N, Matsuoka M, Sarta H, Yosjhikawa M, Ohyama C. Sonography in fracture of the penis. *British Journal of Urology*; 1993; 72:228-229.
8. Choi MH, Kim B, Ryu JA, Lee SW, Lee KS. MR imaging of acute penile fracture.; *RadioGraphics*; 2000;20:1397-1405.
9. Gontero P, Sidhu PS, Muir GH. Penile fracture repair: assessment of early results and complications using color Doppler ultrasound. *International Journal of Impotence Research*; 2000 Apr;12(2):125-8
10. Nicolaisen GS, Melamud A, Williams RD, McAninch JW. Rupture of the corpus cavernosus: Surgical management. *Journal of Urology*; 1983;130:917-9
11. Wespes E, Libert M, Simon J, Schulman CC. fracture of the penis: Conservative versus surgical treatment. *European Urology*; 1987;13:166-8.
12. Ibrahiem el-HI, el-Tholoth HS, Mohsen T, Hekal IA, el-Assmy A. Penile fracture: long-term outcome of immediate surgical intervention. *Urology*; 2010;75:108-111.
13. Kamdar C, Mooppan UM, Kim H, Gulmi FA. Penile fracture: Preoperative evaluation and surgical technique for optimal patient outcome. *BJU International*; 2008;102:1640-4; discussion 1644
14. Tsang T, Demby AM. Penile fracture with urethral injury. *Journal of Urology*; 1992;147:466.