

PENİS KAYIPLARINDA ONARIM

Dr. Bedrettin GÖRGÜN (*) Dr. Hülya KUT (**)

Ö Z E T

Penis yaralanmasını içeren iki olgu sunuldu. Onarıma yaklaşım prensiplerimiz kaynakların ışığı altında tartışıldı.

G İ R İ Ş

Penis, testis gibi urogenital organları içeren perine yaralanmaları gerek yaratacağı üriner fonksiyon bozukluğu ve gerekse seksüel potensin kaybindan dolayı hasta için büyük önem taşımaktadır. Bu bölgeyi içeren yaralanmalar ender de olsa uygulanacak tedavinin gözden geçirilmesi tartışmaya değer. İşte bu nedenle kliniğimize penis yaralanması ile gelen iki olgumuzu sunacağız.

OLGULAR

Olgu 1 : S.S., 23 yaşında erkek.

Yakınma : Penis ve skrotumundaki deri kaybindan ve miksiyon yapamamaktan. Av tüfeği ile yaralandığını söyleyen hastada glans ve 3/4 distal penis shaftında nekroz, penis 1/4 proksimal shaftında ve skrotum duvarlarında deri kaybı saptandı (Şekil 1).

(*) İstanbul Tıp. Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerr. Kl. Direktörü Prof. Dr.
(**) İstanbul Tıp Fak. Plastik ve Rekonstrüktif Cerr. Kl. Uz. Dr.



Şekil 1 : S.S. Av tüfeği ile yaralanan hastada penis nekrozu görülüyor.

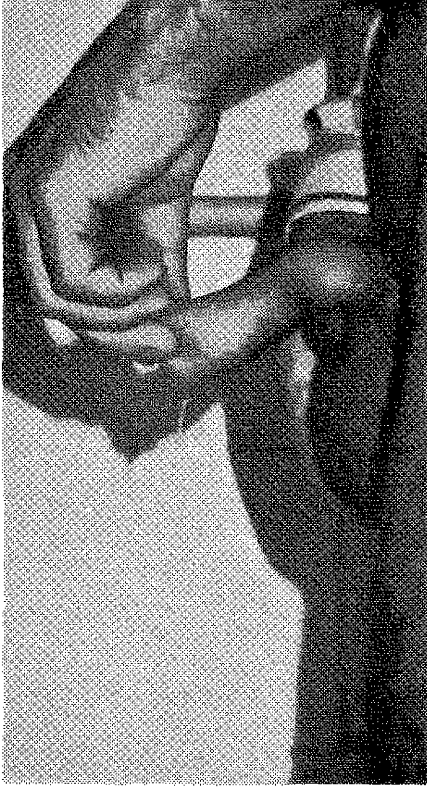


Şekil 2 : Abdominal tüp fleple penis onarımı görülüyor.

Karından hazırlanan ve içerisinde yeni üretra bulunan tüp flep ile penis rekonstrüksiyonu tamamlandı (Şekil 2, 3, 4). Skrotumdaki deri kayıpları serbest deri grefti ile onarıldı. Daha sonra sert silastikten oluşturulan 11 cm boyunda ve 1,5 cm çapında bir çubuk yerleştirilerek peniste sertlik sağlandı. Onarım sonucu fonksiyon görünüm ve fertilitate yönünden başarılı olmuştur.

Olgu 2 : M.A., 12 yaşında erkek.

Yakınma : Penis, skrotum ve testislerin olmayışından, idrar yapamamaktan, sağ uyluk iç yan ve sol kasık bölgesindeki deri kay-



Şekil 3 : S.S. Penis rekonstrüksiyonunun fonksiyon yönünden başarılı olduğu görülüyor.



Şekil 4 : S.S. Penis rekonstrüksiyonunun görünüm yönünden başarılı olduğu görülüyor.



Şekil 5 : M.A. Trafik kazası geçiren hastada total testis ve penis kaybı görülüyor.

bından, pelviste iskiyon-pubis ve ramus-pubis kollarındaki kırıklardan.

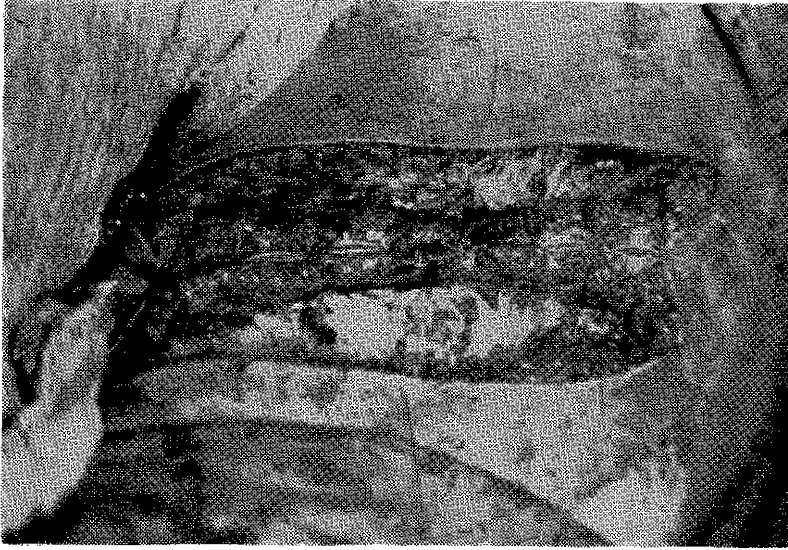
İki ay önce trafik kazası geçirdiğini söyleyen hastaya acilen baş vurduğu klinikte sistostomi yapılmıştır (Şekil 5). Hastanın tedavisinde aşağıda belirtilen sıra izlenmiştir.

1 — Uyluk iç yan ve karın alt kadrانlarındaki deri kayıpları serbest deri grefti ile onarıldı. Torako-abdominal duvarda 3 cm eninde, 18 cm boyunda yeni üretrayı oluşturacak tüp flep hazırlandı (Şekil 6).

2 — İkinci oturumda, yeni üretradan nelaton sondası geçirildik-

ten sonra, 11 cm eninde 18 cm boyunda deriden tp flep oluşturuldu. Bu tp flebin ortasında yeni üretra bulunmaktaydı.

3 — nc oturumda sistostomi yerinden pubise doğru uzatılan deri kesisi ile mesane eksplere edildi. Mesane i deliğinden Benique sondası ile perine derisine ulaşılarak yeni penis üretrası ile anastomoz yapılmak üzere bir ağız oluşturuldu. Mesanenin eksplorasyonu sırasında rologlarla yapılan konsültasyonda, mesanenin atonik olduğu, i sfinkterin çalışmadığı saptandı.



Şekil 6 : Torakoabdominal duvarda neretranın hazırlanışı görülüyor.

4 — İkinici cerrahi girişimden 3 hafta sonra yeni üretrayı içeren tüp flep perineal üretraya ağızlaştırıldı.

5 — Yine 3 hafta sonra flebin distal ucu karın duvarından kesilerek penis biimlendirildi (Şekil 7, 8).

6 — Üretra prostatika ile yeni üretranın ağızlaşma çizgisinde darlık oluştu ki bu durum spontan miksiyonu engelledi. Darlık yöresinde oluşturulan fleplerle ağızlaşma hattı genişletildi. Sistostomi kanülü zaman zaman klampe edilerek kontrol edilmesine karşın spontan miksiyon yine de sağlanamadı. Asendan ve transvezikal yolla yapılan ürografilerde mesane içinde fındık büyüklüğünde taş saptanarak Fakültemiz Üroloji Kliniği'nde ultrasonla litotripsi yapıldı. Mesane taşının çıkarılmasından sonra sfinkter mekanizmasının da denetimi ile spontan miksiyonun gerçekleştiği görüldü. Seksüel potensin düzenlenmesi için hasta İç Hastalıkları Endokrinoloji bölümünde tedaviye alındı.



Şekil 7 : M.A. Penis onarımı tamamlanan hastanın postoperatif görünümü.



Şekil 8 : M.A. Penis onarımı tamamlanan hastanın postoperatif görünümü.

TARTIŞMA

Ürogenital yaralanmalar çoğu kez skrotum ve penis deri kaybı, penis ve testis amputasyonu, bu lezyonlarla birlikte perine ve karın alt duvarlarını da içeren yumuşak doku kayıpları biçiminde olabilir (1, 3).

Etyolojik faktörlerin önde geleni travmalardır. Endüstriyel iş kazaları, harb yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları, kriminal yaralanmalar, gangrenle sonuçlanan infeksiyon ve yanıklar, fitik, sünnet gibi ameliyatlarda oluşabilecek travmalar, hayvan ısırılmaları etyolojide rol oynayan bazı örneklerdir (3). Bazen psikolojik defektli kişilerde de self amputasyonlar olabilir (1, 3).

Birinci olgumuz ateşli silahla, ikinci olgumuz trafik kazası sonucu yaralanmışlardır.

Perineal bölgedeki defektler küçük deri kayıpları biçiminde ise, skrotumdan ve komşu dokulardan hazırlanan flepler ya da serbest deri greftleri ile onarılır. Defekt parsiyel ya da total penis kaybı, testis kaybı biçiminde ise ve kalan penis kısmında korpora kavernoza varsa testislerde sağlıklı ise onarımda bu oluşumların korunması zorunludur ve defektin rekonstrüksiyonuna gidilmesi gereklidir (3). Genital organ onarımına geçmeden önce hastanın fizyolojik durumu normale getirilmeli ve tedavinin uzun süreli olacağı hastaya bildirilmelidir. Falloplastinin başarılı olabilmesi için öncelikle üriner diverسیون yapılmalı, korpora kavernoza etrafındaki nedbe dokuları temizlenmeli, yeni penis yapımında kullanılacak derinin gevşek, yumuşak ve kılsız olmasına özen gösterilmelidir (1).

Total penis amputasyonunda onarım, ilk kez 1936 yılında Bogoras tarafından bildirilmiştir. Penis onarımının esası, içine yeni üretra yerleştirilmiş iki tüp flebin hazırlanmasıdır (1). Cowan (1944), Julian (1969), uyluk derisi, Goodkin Scott (1952) skrotum derisinden hazırladıkları tüp flepleri kullanmalarına karşın, günümüzde ise en çok Frunkin (1944), Morgan (1963), Thorek ve Egel (1949) uyguladıkları abdominal tüp flepler kullanılmaktadır (1). Onarım için karın derisinin uygun olmadığı zamanlarda uyluk ya da skrotum derisi kullanılabilir (1).

Her iki olgumuzda da donör bölge olarak karın derisi seçilmiştir. Yeni penis yapımında rijiditeyi sağlamak için otojen kartilaj, akrilik ve silastik implantlar, periostal greft önerilmekte ise de Majal, McIndoe, Farina gibi yazarlar tüp flebin kendisinde oluşan fibrozisin yeterli rijiditeyi sağladığını bildirmişlerdir (1). Biz birinci olgumuzda silastik implant kullandık.

Testis yaranmasında sadece skrotal deri kaybı varsa, onarım serbest deri grefti ile yapılabilir. Fakat, fekal kontaminasyon, bölgede immobilizasyon güclüğü, perineal deri altı yağ dokusunun bakteri direncinin düşük oluşu, serbest deri greftleri uygulamasında zorluklar yaratabilir (3). Örtücü amaçla yapılan onarımda seçilecek derinin ince, gevşek ve yumuşak olmasına özen gösterilmelidir (1). Tunika albugineaya kadar giden yaranmalarda testisler, ya tek oturumda oluşturulan fleple (5), ya da bir kaç oturumlu ameliyatla oluşturulacak fleplerle onarılır. Son uygulama biçiminde, önce uyluk iç yanda testisler deri altına gömülür, daha sonra fleple onarıma geçilir (4). Bu yöntemde, testislerin derin dokulara gömülmemesine özen gösterilmelidir. Çünkü termoregülasyon spermatogenezi etkilemektedir (4). İkinci olgumuzda her iki testiste ampute olduğundan bu tedavi uygulanamamıştır.

SUMMARY

Two patients with traumatic loss of penis are presented. Our principles of approach to the treatment are discussed.

KAYNAKLAR

1. Converse, J.M.: *Reconstructive Plastic Surgery*. W.B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto. p: 3909. 1977.
2. Engelman, E.R., Polito, G., Perley, J.: Traumatic amputation of the penis. *J. Urol.*, 112: 774, 1974.
3. Furnas, D.W., McCraw, J.B.: Resurfacing the genital area. *Clin. Plast. Surg.*, Vol.: 7, No: 2, 235, 1980.
4. Huffman, W.C., Culp, D.A., Greenleaf, J.S.: Injuries to the male genitalia. *Plast. Reconstr. Surg.* 18: 344, 1956.
5. Millard, D.R., Jr.: Scrotal construction and reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 38: 10, 1966.