

GENİTAL VE PERİNEAL BÖLGE YANIKLARI

Deniz İŞCEN ÇEK*, Selma SÖNMEZ ERGÜN*, Mete ÇEK**,
Seyfi AKBAY*, Ethem GÜNEREN*

Bezm-i Alem Valide Sultan Vakıf Güreba Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği (*), Üroloji kliniği (**), İSTANBUL

ÖZET

1993-1995 yılları arasında kliniğimize başvuran kısmi veya tam katlı genital ve perineal bölge yanığı olan 9 hasta tedavi edilmiştir. Bölgenin özelliği nedeniyle hastalarda üriner ve fekal diversion, testislerin inguinal kanala gömülmesi, orşiektomi ve erken debridman gibi girişimler literatür verileri ışığında irdelenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yanık, perine, genital

SUMMARY

Burns of the genital and perineal region.

9 patients with partial or full thickness burns in genital and perineal regions have been treated in our clinic between 1993-1995. Urinary and fecal diversion, embedding the testes into the inguinal region, orchiectomy and early debridement have been discussed with regard to some special features of this area.

Key Words: Burns, perineum, genitals

GİRİŞ

Genital ve perineal bölge yanıkları bu bölgenin anatomik yerleşimi ve refleks olarak iyi korunması nedeniyle seyrek görülür. Perine uyluklar arasına gizlenen bir oluk olması nedeni ile genellikle yanıktan korunur. Anüs ve vulva yerleşimleriyle yanıktan daha az etkilenirken, erkek dış genital organları yanığa daha çok maruz kalır. Penis ve skrotum derisinin gevşek yapıda olması tam katlı yanık oluşumunu engeller. Kremasterik refleks ise testisleri yukarı çekerek koruyabilir. Bütün bunlara rağmen bu bölgede oluşan ve ihmal edilen yanıklar yara sepsisine, dolayısıyla da ölüme ya da kalıcı şekil bozukluklarına yol açarlar^{1,2}.

Genital ve perianal bölge yanıkları sıklıkla gövdenin alt kısmını ve uylukları içine alan geniş yanıklarla birlikte görülür. Sıklıkla etken suyla haşlanma, alev, elektrik ve kimyasal maddelerle temastır. Lokalize genital bölge yanıkları çok ender olmakla birlikte bu durumla daha çok çocuklara yönelik şiddet olaylarında (child abuse) karşılaşılır^{3,4}.

Ağır yanıklarda ortaya çıkacak kontraktürler

nedeniyle yürüme, oturma, rahat yatma, miksiyon, defekasyon, seksüel fonksiyonlar ve kadınlarda doğum olayı engellenebilir⁵.

Bu çalışmanın amacı, tedavide genital ve perineal bölgeyi içeren geniş yanıklarda öncelik sırasını belirlemek, erken debridman ve greftleme, testislerin inguinal kanala gömülmesi, üriner diversion ve kolostominin yerin gözden geçirmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Kliniğimize 1993-1995 yılları arasında kısmi veya tam katlı genital ve perineal bölge yanığı olan 9 hasta başvurmuştur.

Hastaların yaşları 2 ay-35 yaş arasında (ort. 12,4) değişmekteydi. Beşi erkek (%55), dördü kadındı (%48). Yedi olguda yanık derinlikleri 2.-3. derece olarak belirlendi. İki olguda yüzeysel 2. derece yanık mevcuttu. Etkilenen total vücut yüzeyi %3 ila %80 arasında (ort. %22,3) değişmekteydi. Yanık etkeni 7 olguda (%77) alev, 1 olguda (%11) haşlanma, 1 olguda (%11) sodyum hidroksit ile temastı. Hastalarımızın biri 10. günde diğerleri ise akut (ilk 48 saat içinde) dönemde kliniğimize başvurdu. Bu hastalarda

GENİTAL VE PERİNEAL YANIKLAR

Tablo 1: 1993-1995 yılları arasında tedavi edilen genital-perineal yanıklı hastalarımıza ait özellikler.

Cinsiyet - Yaş	Yanık Nedeni	Lokalizasyon	Yanık Yüzdesi	Yanık Derecesi	İlk Debridman Günü	Spesifik Ameliyat
E, 2 aylık, H.D.	Alevle	Her iki gluteal bölge	%3	2 ⁰ -3 ⁰	6. gün	Kolostomi
E, 4 yaş, U.Y.	Haşlanma	Sırt, lomber bölge, her iki uyluk ön yüz, genital bölge	%15	2 ⁰	Pansuman	(-)
E, 20 yaş, L.T.	NaOH	Yüz, gövde, ekstremiteler, penis, skrotum, perianal bölge	%25	2 ⁰ -3 ⁰	5. gün	Orşiopeksi Suprapubik kateter
E, 24 yaş, E.A.	Alevle	Yüz, gövde, ekstremiteler, penis, skrotum	%80	2 ⁰ -3 ⁰	4. gün	Suprapubik kateter (Eksitus letalis)
E, 35 yaş, H.S.	Alevle	Her iki uyluk ön-arka yüz, gluteal bölgeler, penis, skrotum, perianal bölge	%15	3 ⁰	4. gün	Orşiopeksi Kolostomi Suprapubik kateter
K, 4 yaş, A.Y.	Haşlanma	Her iki uyluk ön-iç yüz, genital bölge	%8	2 ⁰	4. gün	(-)
K, 4 yaş, S.T.	Haşlanma	Abdomen alt kısmı, suprapubik bölge, sol uyluk ön yüz, sağ uyluk-sağ bacak ön-arka yüz, glutealar, vulva, perine	%30	2 ⁰ -3 ⁰	10. gün	(-) (Eksitus letalis)
K, 8 yaş, S.Y.	Alevle	Sol ön kol, göğüs-karın duvarı, her iki uyluk ön yüz, sağ poplitea üst bölümü, sol uyluk arka yüz, vulva	%15	2 ⁰ -3 ⁰	4. gün	Suprapubik kateter
K, 13 yaş, D.Y.	Alevle	Her iki uyluk ön yüz, pubis, perine	%10	2 ⁰	Pansuman	(-)

vücudun diğer taraflarındaki yanıklarla birlikte 4 hastada vulva, 5 hastada penis ve skrotum, 4 hastada perianal bölgede yanık mevcuttu.

Olguların çoğu greftlemeye gereksinim gösterirken (7 olgu), 2 olgu pansumanla tedavi edildi. Altı olgu 4-6. günlerde debridmana alındı, geç başvuran hasta 10. günde debride edildi.

Penis ve skrotumu yanık olan hastalarda ikisinde ilk debridman sırasında (4.-5. gün) yanık dokular eksize edilerek penisin yüzeyel fasyası üzerine greft kondu. Üç olguda kısmi skrotum rezeksiyonu yapıldı. İki olguya ilk debridman sırasında, birinde bir testis, diğerinde iki testisin- inguinal bölgeye gömülme işlemi uygulandı. Ayrıca bu hastalardan birine testisteki yanık nedeniyle parsiyel orşiektomi yapıldı. Hastaların erken postoperatif ve 3. aydaki testosteron düzeyleri normal bulundu. Testisleri gömülen hastaların birisinde testisler yerine 6. ayda indirildi, diğerinde ise suprapubik bölgeye gömülen tek testis henüz indirilmemiştir (diğer testis skrotum içindedir). Birinci hastanın iki yıl sonra yapılan spermiogramında değerlerin fertil sınırlar içinde kaldığı görüldü.

Glans penis yanığı olan üç olgumuzda ve vulva yanığı olan bir olgumuzda suprapubik kateterle üriner diversiyon uygulandı. Vulva yanığı olan iki kız çocuktan birisine 10. günde, diğerine 28. günde ince deri grefti uygulandı

(karnı da yanık olan ikinci hastaya suprapubik drenaj uygulanamadı). Geniş yanıklı hastalarda debridman ve greftlemeye daima genital bölgeden başlandı. Diğer defektler 2. ve 3. seanslarda kapatıldı.

Perianal bölgeye 2.-3. seanslarda tek parça halinde alınan orta kalınlıklı greftler ortası delinerek ve anüse devamlı katgüt sütür ile tespit edilerek uygulandı. Perianal greft konulan 4 olgudan ikisine kolostomi yapıldı. Kolostomiler 1. ve 3. ayda kapatıldı. Hastaların diğer defektleri daha sonra çeşitli seanslarda greftlendi.

Olgularımızdan biri (%80 3. derece yanık sonrası 28 günde) ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome) nedeniyle, bir diğeri (%30 2.-3. derece yanık sonrası 30. gün) sepsis nedeniyle kaybedildi.

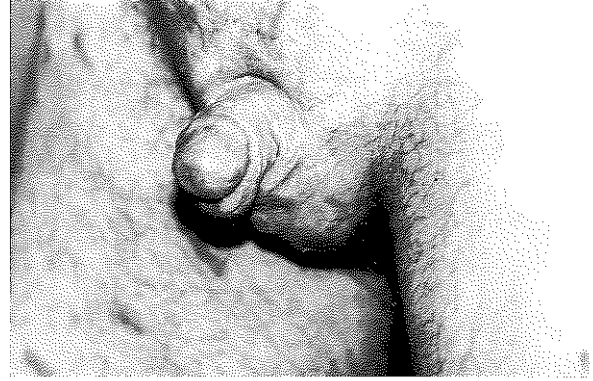
Diğer olgular ise tüm defektleri iyileştirilerek taburcu edildiler. Erişkin hastalar seksüel yakınmaları olmadığını belirttiler. Bir hastada bacakların bükülememesi nedeni ile pozisyonel defekasyon güçlüğü mevcuttur ve daha ilerdeki seanslarda düzeltimi planlanmaktadır. Hastalara 6 aydan az olmamak üzere baskılı bandaj uygulaması önerilmiştir. Olgulara ait veriler Tablo 1 de özetlenmiştir.

TARTIŞMA

Genital ve perineal bölge yanıkları çoğu zaman geniş yanıklara eşlik eder. Ciddi yanığı



Şekil 1: NaOH yanığı sonucu penis, skrotum ve testisleri yanmış olan hastanın peroperatif görünümü.



Şekil 2: Aynı hastanın postoperatif 6 ay sonraki görünümü.

olan hastada ilk yapılacak olan sıvı, elektrolit tedavisi, enfeksiyonun kontrolü, gerekiyorsa erken debridman ve greftlemedir.

Üriner drenaj idrar retansiyonunu önlemek, çıkarılan sıvı takibi ve renal fonksiyonu değerlendirebilmek amacıyla erkenden sağlanmalıdır. Kateterizasyonla asından enfeksiyon riski arttığı için, ödem azalıp hasta spontan idrar yapabildiğinde kateter çıkarılır⁶. Erişkinlerde foley sondasının ürogenital abselere neden olduğu fakat pediatrik yaş grubunda böyle bir komplikasyon görülmemesi nedeniyle çocuklarda tercih edilebildiği bildirilmiştir¹. Foley sondasının ağır yanıklarda stent görevi yaparak stenozu önleyebildiğini öne sürenler varsa da yanığın corpus spongiosuma dek ilerlediği durumlarda ve vajen ön duvarı yanıklarında suprapubik drenaj tercih edilmelidir. Bunun nedeni hastalarda sondaya bağlı üretral dekübitustan kaçınmaktır^{7,8}. Suprapubik drenaj yapılan çocuk ve erişkin hastalarımızda buna bağlı bir komplikasyonla karşılaşılması.

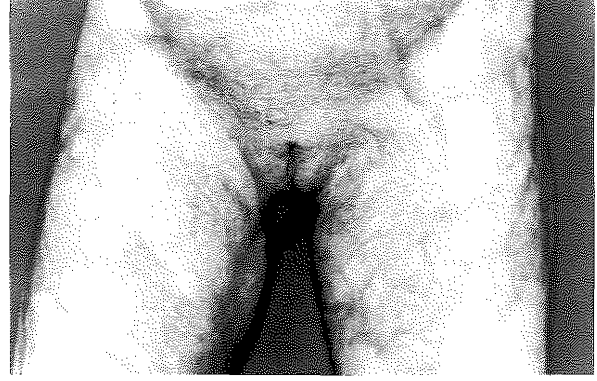
Glans penis yanıklarında bu bölgenin mukoza ile örtülü oluşu ve kontraktür bölgesi olmaması nedeniyle epitelizasyonla iyileşme beklenir. Penis cisminin derin dermal ve tam katlı yanıklarında erken dönemde greftleme yapılmalı veya prepüsyum onarımında kullanılmalıdır^{1,7,8}. Ülkemizde sünnetin erken yaşta yapılması nedeniyle prepüsyumun çoğunlukla bulunmaması bu derinin kullanılmasını engellemektedir, yine aynı nedenle parafimozis sorunu da pek görülmez. Greftleme 5.-10. günden itibaren yapılabilir. Peniste dolaşım problemi varsa dorsal

eskarotomi ve sünnet mutlaka yapılmalıdır. Derin yanıklarda ürtera tabanının etkilenmesi nedeniyle yanığa bağlı olarak veya debridman esnasında iatrojenik fistül oluşabilir, bunun çeşitli yöntemlerle onarımı planlanmalıdır. Penis cisminin greftlenmesi sırasında yanık derinliğine göre ince greftin gevşek yüzeysel fasyaya koyulması deri mobilitesini sağlar. Bu kat sağlam değilse derin fasya üzerinde de koyulabilir fakat bu bölgede fasya fiksedir ve greft esnekliği sağlayamaz⁹. Doğru ve zamanında yapılan greftlemenin hastaların seksüel fonksiyonlarını bozmadığı görülmektedir. Kontroller sırasında hastalar bu yönde bir şikayetleri olmadığını belirttiler.

Skrotumun yüzeysel 2. derece yanıklarında konservatif tedavi önerilir. Ancak tunica albuginea ekspoze ise greftleme yapılmalıdır⁷. Daha derin yanıklarda ise fasyokutan veya muskulokutan flepler kullanılabilir. Testis dokusu yanmışsa erken dönemde eksize edilmeli ve sağlam bir cep şeklinde örtü altına yerleştirilmelidir^{1,7,8} (Şekil 1,2). Bu gibi durumlarda 3 hafta beklenilmesini öneren yazarlar olmasına karşılık 3 hafta sonra yapılacak tek işlem orşiektomi olabilir^{6,8}. Bu yüzden skrotum derisinin tam katlı yanıklarında erken debridman sonrası testis dokusu suprapubik bölge, kasıklar gibi sağlam bir bölgede saklanmalı, testis yanıkta rezeksiyonu gerçekleştirilmeli, konservatif tedavi ile masere olup abseleşmesi önlenmelidir. Bu yöntem aynı zamanda hastayı sepsisten korur. Hastalarımızda böyle bir komplikasyon ile karşılaşılmamıştır. Testis fonksiyonları açısından bir hastada iki yıl sonra yapılan spermiogramın fertil sınırlar içinde



Şekil 3: Alev yanığı sonucu oluşan genital bölge yanığı olan hastaya uygulanan vulva greftinin 10. günde görünümü



Şekil 4: Aynı hastanın postoperatif birinci yıldaki görünümü

bulunması kısa süreli gömmelerin fertilitiyi pek etkilemediğini düşündürmektedir.

Yüzeyel vulva yanıklarında konservatif tedavi, derin yanıklarda ise erken greftleme yapılması önerilmektedir^{7,10}. Geniş yanıklarda greftlemenin birinci haftadan sonra vulvadan başlayarak yapılması sepsis profilaksisinde kesin önem taşımaktadır. Vulvayı da içeren geniş yanıklarda greftlemeye vulvadan başlanması ve onarımın seanslar halinde devam etmesinin hastaların geç sonuçlarını olumlu yönde etkilediğine inanmaktayız. Geç dönemde düzenli masajla labiumlar birbirinden uzaklaştırılarak vulvada darlık oluşması engellenmelidir⁷ (Şekil 3,4). İki olguda kısmi kalınlıklı greft uygulanmış ve geç dönemde herhangi bir problemle karşılaşmamıştır.

Perianal bölgedeki yanıklarda da konservatif tedavi önerilir. Bu bölgede tam katlı yanıklarda ise enfeksiyon gelişmeden debridman yapılarak mümkünse orta kalınlıklı greft ortası delinerek tek parça halinde koyulmalıdır. Klinik deneyimimiz, bu şekilde anüse dikilen tek parça greftlerin kayıpsız iyileştiğini göstermiştir. Hastalarda 4-5 gün yapay konstipasyon uygulanmalıdır. Bölgenin temiz tutulabilmesi için kolostomi yapılması pek önerilmemektedir, ancak bakım veya sistemik bir problemi olan hastalarda greftlenmiş alanların korunması amacıyla gereğinde kolostomiden kaçınılmalıdır. Çocuklarda yapay konstipasyonun sakıncaları da gözönüne alınarak 2 aylık bebek hastamızda ve kooperasyonun kurulamadığı alkolik bir erişkinde kolostomi yapılarak greftlenmiş alanların iyileşmesi sağlanmıştır. Yapay

konstipasyonun sağlanabildiği diğer iki hasta sorunsuz iyileşmiş, karın, bacaklar, vulva ve gluteaları yanık olan hastaya ise kolostomi yapılamamış ve hasta sistemik enfeksiyon ile kaybedilmiştir. Perianal bölgede anal striktür, psödostenoz, prolapsus, prestenotik megarektum gibi yanık komplikasyonları görülebilir². Hastalarımızın hiç birinde bu komplikasyonlarla karşılaşmamıştır.

%80 3. derece yanıklı bir hasta 28 günde ARDS nedeniyle, 10. günde başvuran çocuk hasta ise 2.-3. derece %30 yanığa bağlı sepsis nedeniyle 30. günde kaybedilmiştir. Karın derisi yanık olan bu hastada enfeksiyonla mücadelenin yetersiz kalması kolostominin yerinin bu gibi ağır yanıklarda yeniden tartışılması gerektiğini göstermektedir.

Özellikle çocuklarda bu bölgede gelişecek hipertrofik nedbe ve keloide engel olmak için baskılı bandaja ve uyluğu abdüksiyona zorlayan fizik tedaviye hemen başlanmalı ve bu 6-18 ay sürdürülmelidir¹¹.

Sonuç olarak genital ve perineal bölgede derin yanıklarda erken debridmandan kaçınılmalıdır. Glans penis ve vajen ön duvarı yanıklarında sürapubik üriner diversiyon ve perianal yanıklarda kolostomi iyileşmeyi olumlu yönde etkileyen girişimlerdir. Testisler açıkta kaldığında mutlaka sağlam bir örtü altına yerleştirilmelidir.

Bu sırada hastaların psikolojik desteğe olan gereksinimi unutulmamalıdır.

Deniz İŞÇEN ÇEK

4. Gazeteciler Sitesi a 18/2

80630 Levent /İSTANBUL

KAYNAKLAR

1. Alghanem AA, WC Cauley RC, Robson MC, Rutan RL, Herndon DN: Management of pediatric perineal and genital burns : Twenty - year review. J. Burn Care Rehabil. 11: 308 1990
2. Sagi A, Freud E, Mares A, Ben-Meir P, Ben-Yakar Y, Mahler D: Anal stenosis with megarectum: An unusual complication of a perineal burn. J. Burn Care Rehabil. 14: 350-2 1993.
3. Renz BM, Sherman R: Exposure of buttock burn wounds to stool in scald-abused infants and children stool staining of eschar and wound sepsis. Am. Surg. 59(6):379 1993.
4. Hobbs CJ, Wynne JM: The sexually abused battered child. Arch Dis Child 65(4) 423-7 1990.
5. Keçik A, Erk Y, Hazarlı G: İnguinal ve genital bölge yanıklarının rekonstrüksiyonu. Birinci Ulusal Yanık kongresi Kitabı 26-27 Mayıs 1979, Ankara, s: 93-95, 1979.
6. Muir IFK, Morgan BDG: Burns of genitalia and perineum. Plastic and Reconstructive Surgery of the Genital area. Horton C.G., Boston, Little Brown G, s: 443-449, 1973.
7. Bangma Chr. H, van der Molen ABM, Boxma H: Burns to the perineum and genitalsmanagement, results and function of the thermally injured. Perineum, in a 5 year-review. Eur J. Plast Surg, 18:111 1995.
8. Edelman GC, Sweet ME, Messing EM, Helgeson RB: Treatment of severe electrical burns of the genitalia and perineum by early excision and grafting. Burn 17(6), 506, 1991
9. Laitung JKG, Luthra PK: Isolated penile burns: a plea for early excision. British J. Plast. Surg., 41:644, 1988
10. Peck MD, Boileau MA, Grube BJ, Heimbach DM: The management of burns to the perineum and genitals. J. Burn. Care Rehabil. 11(1):54, 1990.
11. Joucdar S, Kismoune H, Boudjmia F, Bacha D, Abehiche M: sequelles de brulures abdomino-perineales a propos de trente cas. Ann. Medit. Burns Club 8(2): 103, 1995.