

ERKEKLERDE GENITAL ORGAN YARALANMALARI

INJURIES OF MALE GENITAL ORGANS

Dr. Mustafa Karacagil* Dr. Ahmet Bölükbaşı** Dr. Murat Sade**
Dr. Kemal Sariteke***

ÖZET : Genital organ travmaları, anatomik lokalizasyon özelliği nedeniyle oldukça seyrek görülür (1, 4, 6, 8). Son zamanlarda kliniğimize başvuran genital yaralanma vaka sayısında oldukça artış gözlenmiştir. Bu nedenle kliniğimize baş vuran, içlerinde glans penis yaralanmasında içeren ateşli ve kesici silah yaralanmaları 3, kimyasal maddeyle (Benzalkonium Klorid % 10) yanıklı 2, sıkıştırma sonucu 1 ve oyun kazası sonucu 9 vaka olmak üzere 15 genital organ travma olgusu takdim edilmiş, taranan kaynaklarla tartışılmıştır.

SUMMARY : Genital organ injuries are encountered infrequently, due to their special anatomic localisation. Recently we have observed an increase in the number of genital traumas seen in our clinic. Traum was due to a gunshot in 2, knife in 1, chemicals (Benzalkonium chloride 10 %) in 2, constrictive rubber ring in 1 and various reasons in 9. In this report a discussion of genital organ injuries with review of the literature is presented.

GENEL BİLGİLER :

Vücudun diğer kısımlarında olduğu gibi genital organ yaralanmalarında aynı tarzda sınıflandırılır (1, 2, 4).

I. DELİCİ OLMAYAN YARALANMALAR :

Epitel yüzeyinde ayrılma olmadan, ezme veya sıkıştırma kuvvetinin derecesine bağlı olarak dokularda geniş hasar husule getirir. Genital organların dokusundaki fazla elastik yapı nedeniyle kanama ve ödem doku basınç desteğiyle sınırlanamaz (7). Damar dışına çıkan kan perineum ve karın ön duvarı içine yayılarak tüm bölgenin rengini de-

* Kayseri Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Fakültesi Üroloji İBlim Dalı öğretim görevlisi.

** Aynı Bilim Dalı Öğrenim Üyesi

*** Aynı Bilim Dalı Asistanı

giştirebilir. Sıkıştırmayla husule gelen penil yaralanmalar çoğunlukla lastik, ip veya madeni halkayla meydana gelir. Bu gibi durumlarda sıkıştırıcı materyel derhal çıkartılmalıdır. Gecikmiş vakalarda üretral füstül veya penisin bir kısmının kaybı meydana gelebilir.

Skrotum travmadan hemen sonra yükseltilmelidir. Ve travma bölgesine buz tatbik edilmelidir. Soğuk, ağrı, hemoraji ve ödemin azalmasına yardım eder. Ayrıca hemoraj ile ödemin kontrolü için baskılı sarğı tatbik edilmelidir (3, 9, 10,). Derin dokularda travmaya bağlı hasar olduğundan şüphelenildiğinde cerrahi olarak eksplorasyon gereklidir (1, 5).

II. DELİCİ YARALANMALAR :

Genital organların cildine açılan yaralar kesilme, yırtılma ve delinme sonucu oluşur. Her delici yara biraz yabancı materyal ve bakteri ihtiva eder (1). Başlangıçta mikroorganizmalar ancak yaranın yüzeyinde bulunur. Mikroorganizmaların invazyonu ve proliferasyonu için takriben 6-8 saate ihtiyaç vardır (1, 8). Bu gibi durumlarda uygulama, genel yöntemlerin aynıdır, ki bunlar; lavaj, debridman, yabancı cisimlerin çıkartılması, hemostaz, yeterli drenaj, yaranın kapanması ve tamiri, sistemik antibiyotikler ve tamir sonrası tedavidir.

Tamirden sonra husule gelecek kan sızıntısı ve ödemi önlemek için baskılı pansuman faydalı olur. Ağrı, hassasiyet ve ateş yükselmesi halinde mutlaka yaranın gözlenmesi için 48 saat sonra pansuman açılmalıdır. Bunun haricinde pansuman olduğu gibi bırakılır (1, 8, 10).

III. YANIKLAR :

Isı, kimyasal veya elektrikle husule gelen yanıklarda kısmi veya tamamen doku kaybı sekonder olarak husule gelir.

Kimyasal bir maddeyle husule gelen yanıklarda genel olarak bol miktarda su veya salin solüsyonuyla yıkanarak kimyasal etkeni kaldırmak veya dilüe etmek gereklidir (1). Eğer kimyasal etkenin cinsi biliniyorsa spesifik nötralle edici mayi kullanılmalıdır. Bundan sonra yapılacak işlem ısı ve elektrikle husule gelen yanıklarda olduğu gibidir.

Lokal olarak yanık sahasında enfeksiyona zemin hazırlayıcı yabancı materyal temizlenir ve yanık doku, demarkasyon sınırına kadar debride edilir. Yanık bölgesi % 0.5'lik gümüş nitrat solüsyonuyla ıslatılmış gazlıbezle sarılır. Genellikle 10-15 günde granülasyon dokusu ile yanık skarı meydana gelir. Eğer granülasyon temiz ve enfekte değilse bölge deri grefti için hazırlanır.

VAKALARIN TAKDİMİ

Kliniğimize 6 yılda başvuran 15 genital organ yaaflanma vakaları:

— Ateşli silah ve kesici aletle meydana gelen penil ve skrotal yaralanma: 3 vaka.

— Konsantre zefiran solüsyonu ile husule gelen, penis ve skrotum cildini içeren yanık : 2 vaka.

— Sıkıştırıcı lastik halkayla husule gelen penis yaralanması : 1 vaka.

— Çocukluk çağında oyun kazalarına bağlı çeşitli skrotal laserasyon : 9 vaka.

Bu 15 genital organ yaralanma vakalarımızdan ilginç olanlar şunlardır.

A.Ç. 30 yaşında erkek. Prot. No: 152988. Kavga esnasında bıçakla yaralanmış ve hadiseden 3 saat sonra hastanemize getirilmiştir. Penoskrotal bölgede, korpus spongiosum ve sol korpus kavernosumun yarısına kadar penis korpusuna oblik yönde ve glansta üretra boyunca fossa navikularise kadar uzanan kesi mevcuttu (Resim : 1).

Kanamakta olan damar ağzları, sol korpus kavernozumdaki derin arterde dahil klemlenerek ligatüre edildi. Dartos fasyası 2-0 kromik katgütlesütüre edildi. Uretra uçları serbestleştirilip 4-0 kromik katgütütle, düğüm uçları lümen tarafında kalacak şekilde sütüre edildi. 18 F foley ürebral kateter olarak konuldu. Glans peniste, üretra ve yara dudakları 4-0 kromik katgütütle sütüre edildi. Diğer tabakalar usulüne uygun olarak kapatıldı. Hastaya sistostomiyle üriner diversiyon sağlandı (Resim : 2).

Postoperati ikinci haftada sistostomi kateteri kapatılarak hastaya miksiyon yaptırıldı. Bu devrede çekilen üretrogramda (Resim : 3) reanastomoz yerindeki açıklığa bağlı ekstravazasyon olduğu görüldü.

Bir hafta daha diversiyona devam ettirilerek üretral açıklık spontan olarak kapandı. Postoperatif 3. haftada sistostomi kateteri çıkarılarak hasta şifayla taburcu edildi.

Postoperatif 3 ay sonra çekilen üretrogram resim 4'de görülmektedir. Hastanın potansının ve ereksiyonunun normal olduğu ve bir şikayetin olmadığı tesbit edildi.

Kimyasal ajana bağlı 2 yanık vakamız resim 5 ve 6'da görülmektedir. Bunların hastanemizde kateterizasyon öncesi dezenfeksiyon sıra-



Resim : 1 Ameliyat öncesi durum görülmektedir.

sında kullanılan konsantre Benzalkonium klorid % 10 (Zefiran)'la husule geldiği saptanmıştır.

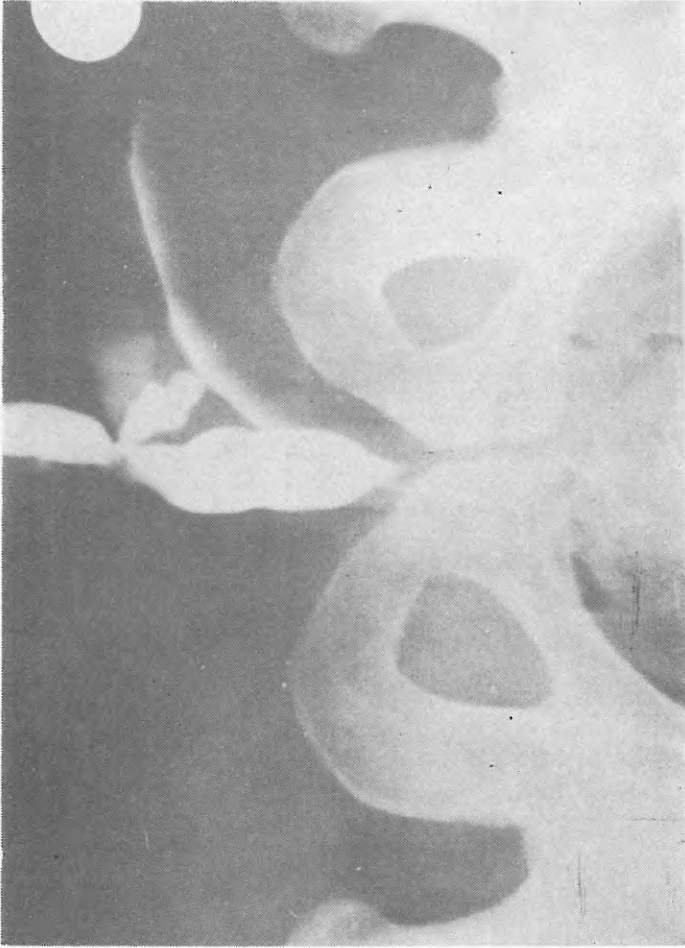
Kuadrplejik, debil ve inkontinanslı bulunan hastada idrar toplamak amacıyla kullanılan prezervatif ve eldiven parmağının konstiriksiyonu sonucu, glansta meydana gelen beslenme bozukluğu neticesinde gangren olmuştur. Hastaya penil amputasyon uygulandı. Ancak hasta primer hastalığının neticesinde eksitus olmuştur.

Çocukluk çağında oyun kazalarına bağlı husule gelen 9 skrotal laserasyon vakalarımızda yaş ortalaması 13.4 idi. Bu vakalarda skrotum cildine ait yırtılmalar değişik uzunluk ve derinlikteydi. Kazadan

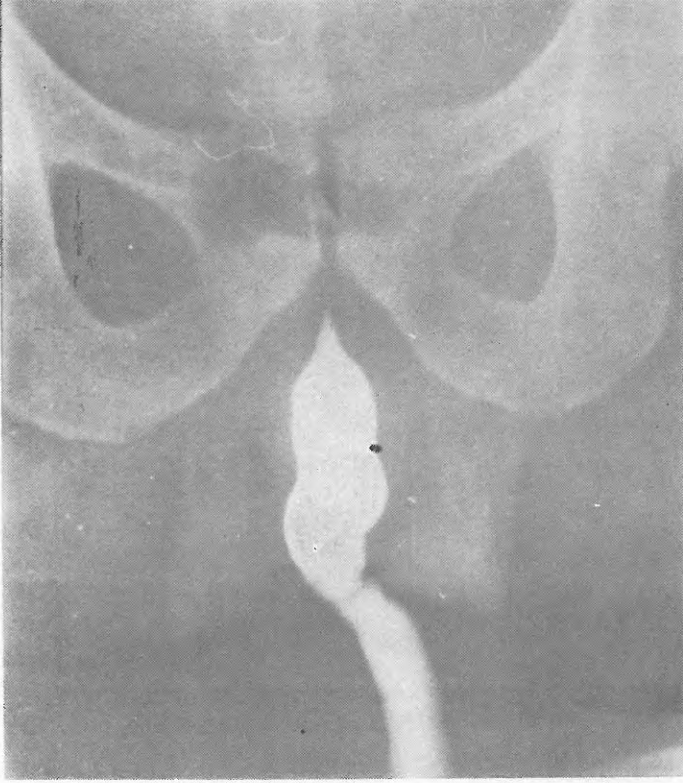


Resim : 2 Postoperatif 4. günde baskılı pansuman açıldıktan sonraki durum.

sonra erken devrede hastanemize başvuranlar primer olarak suture edildi. Geç gelenlerde yara dudakları debride edilerek suture edildi. Bütün vakalar 2-4 günde taburcu edildiler ve bunlarda 7-10 günde şifa temin edildi.



Resim : 3. Reanastomoz yerinde açıklığa bağlı ekstravazasyon



Resim : 4. Hastanın postoperatif 3 ay sonraki üretrogramı.



Resim : 5



Resim : 6

TARTIŞMA :

Ülkemizde silahla yaralanma vakalarının artmasına paralel olarak genital organ yaralanmalarının da arttığı gözlenmiştir. Nitekim bizim ateşli silah ve kesici aletle meydana gelen 3 vakamızda son 5 ay içerisinde hastanemize başvurmuştur.

Kesici aletle meydana gelen parsiyel veya komplet penis amputasyon vakalarında, taradığımız literatürlerde (1,3,4,8,10) mikroskop altında tamir yapılması ve en az dorsal arter ve venlerden birer tanesinin reanastomoz yapılmasının gerekli ve şart olduğu belirtilmektedir. Bizim takdim ettiğimiz vakada tamir için mikroskop kullanılmamıştır. Penisin dorsal arter ve venleride intakt olduğu için reanastomozda gerekmemiştir.

David A.C. (4), Charles J.D.(2) ve Creery C.D.(3) üretral reanastomozda komplet olarak kesilen üretranın iki ucunda kama şeklinde rezeksiyon yapılarak reanastomoz yapılmasını önermektedirler. Biz, vakamızda, kamaşeklindeki rezeksiyonun uzunluğu kadar üretrada kısalma meydana getireceğinden böyle bir işlem yapmadan, doğrudan iki üretral ucu reanastomoz yaptık. Resim 4'de görüldüğü gibi reanastomoz yerinde ring şeklinde pasajı daraltmayan bir konstrikسیون oluşmuştur. Son kontrolümüzde hastanın normal ereksiyonunun olduğu ve impotans şikayetlerinin olmadığı öğrenilmiştir.

Iatrojenik olarak zefiranla genital organların cildinde meydana gelen yanık vakalarına taradığımız literatürlerde rastlanmamıştır. Bu konuda hekim arkadaşlarımızın daha dikkatli olmaları gerekmektedir. Peni gangren oluşan ve bu nedenle amputasyon yapılan vakamızda da etiyolojik neden iatrojenik olarak saptanmıştır. Bu konuda hemşirelerimizin ve hekim arkadaşlarımızın bu gibi hastaları daha yakından takip etmelerini tavsiye ederiz.

Çocukluk çağında husule gelen genital organ yaralanmaları düşme esnasında genital organların kesici veya delici bir cisme takılması sonucu oluşmaktadır. Vilayet ve belediye hizmetlerinde, sağlıklı oyun alanlarının yapılmasında çaba sarfetmeleriyle bu gibi durumların azalacağı kanısındayız. Ayrıca ebeveynleri çocuklarını başıboş bırakmalarını ve bu gibi konularda uyarıcı olmalarını tavsiye ederiz.

SONUÇ :

Anatomik özelliği nedeniyle genital organlar dış travmalardan oldukça korunmaktadır. Kuruluş halinde bulunan kliniğimize 6 yılda 15 genital organ yaralanma vakası başvurmuştur. İlginç olan, kesici

aletle meydana gelen penis yaralanması, iatrojenik olarak ihusule gelen penis amputasyonu ve genital bölge cildinde kimyasal ajanla oluşan iki yanık vakası takdim edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Campbell, M.F.: Urogenital Injuries. In: Urology (eds). Campbell, M.F. and Harrison, J.H. Philadelphia: W.B. Saunders Company Third ed. Vol. II. Chapt 45. P: 1899 - 1902.
2. Ckarles, J.D., Patric, C.D.: Anterior Urethral Injurry: Etiology, Diagnosis, and Initial Management, In: The Urologic Clinics of North America. Vol: 4, Number : 1, P: 125-131, February 1977.
3. Creery C.D.: Operation on the Penis and Urethra In: Urologic Surgery Ed. by. Glenn, J.F. Newyork. Harper and Row, Publishers Sec. ed. C. Chapt. 43. P : 642 - 646. 1975.
4. David, A.C.: Genital Injuries: Etiology and Initial Management. In: Urologic Clinics of North America. Vol: 4, No: 1, P: 143 - 157. February 1977.
5. Edwin, M. and Meares, Jr.: Traumatic Rupture of The Corpus Cavernosum. The Journal of Urology. Vol: 105, P: 407-408. 1971.
6. Karabay, K. Penis Yaralanmaları Türk Üroloji Dergisi. Cilt: 3 Sayı: 1, Sayfa: 13-18, 1977.
7. Lich, R. Jr. and Howerton, L.W.: Anatomy and Surgical Approach to Male Urogenital Tract. In: Urology (eds) Campbell, M.F. and Harrison, J.H. Philadelphia, W.B. Saunders Company Third Ed. Vol: 1. Chapt: 1, P: 28-38. 1970.
8. Peters, P.C. Complications of Penil Surgery. In oCmplications of Urologic Surgery Prevention and Management (eds) Smith, R.B. and Sikkner, D.G. Philadelphia: W.B. Saunders Company. Chapt: 21, P: 408-421. 1976.
9. Shiraki and Trichell, B.E.: Traumatic Dislocation of the Penis. The Journal of Urology, Vol: 101, P: 186-188, 1969.
10. Smith, D.R.: Injuries to the Penis. In General Urology. Blackwell Scientific Publications, oLndon, P: 247, 1972.