

# Üriner İnkontinans Nedeni ile Yabancı Cisim Kullanımına Bağlı Gelişen Penis Laserasyonu

## Penile Laceration Due to Foreign Body Use for Urinary Incontinence

Ekrem GÜNER<sup>a</sup>,  
Ramazan UĞUR<sup>a</sup>,  
Kamil Gökhan ŞEKER<sup>a</sup>,  
Özdem Levent ÖZDAL<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Üroloji Kliniği,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
İstanbul, TÜRKİYE  
<sup>b</sup>Üroloji Kliniği,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Yüksek İhtisas Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Ankara, TÜRKİYE

Received: 31.07.2018  
Received in revised form: 18.09.2018  
Accepted: 28.09.2018  
Available online: 28.12.2018

Correspondence:  
Ramazan UĞUR  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve  
Araştırma Hastanesi,  
Üroloji Kliniği, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
rugur23@gmail.com

**ÖZET** Erkek alt üriner sistemi semptomları; depolama, işeme ve işeme sonrası semptomlar olarak üç gruba ayrılmakta ve yaşlanma ile artış göstermektedir. Altta yatan nedenler benign prostat hiperplazisi başta olmak üzere; üriner enfeksiyon, alt üriner sistem taşı, mesane ve prostat kanseri, üretral darlık ve de üretral maligniteler olabilmektedir. Bu çalışmada, transüretoral prostat rezeksiyonu (TUR-P) sonrası idrar kaçırma problemi yaşayan birey tarafından penisin bir ip aracılığıyla bağlanması sonrası peniste sirküler tarzda laserasyon gelişen olgunun sunulması amaçlanmıştır. Peniste sirküler laserasyon ve kanama şikâyetleri ile başvuran olgunun 2 yıl önce yapılan TUR-P sonrası total üriner inkontinans olduğu öğrenildi. Laserasyon hattı ortasında üriner inkontinansı önlemek için kullanıldığı öğrenilen sirküler tarzda ve düğümlemiş ip görünümünde materyal izlendi. Retrograd ürethrografi çekilerek üretral yaralanma olmadığı doğrulandı. Eksplorasyonda üretranın intakt olduğu görüldü ve ek patoloji izlenmedi. Nekrotik dokular debride edildikten sonra yara yeri primer olarak kapatıldı. Penil travmalarda korpus kavernozum yaralanması veya üretral yaralanma şüphesi varsa eksplorasyon mutlaka yapılmalıdır. Herhangi bir tıbbi tedavi öncesinde gerekli aydınlatma ve bilgilendirmeler detaylı şekilde yapılarak hasta-hekim arasında güven ortamı tesis edilmelidir. Yan etki ve komplikasyon gelişmesi durumunda başvurulacak ve direktifleri uygulanacak kişinin tedaviyi uygulayan hekimin olması sağlanmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Penil laserasyon; TUR-P; üriner inkontinans

**ABSTRACT** Symptoms of male lower urinary tract are divided into three groups as storage, voiding and post-voiding symptoms and increase with aging. The underlying causes are mainly benign prostatic hyperplasia; urinary infection, lower urinary tract stones, bladder and prostate cancer, urethral stricture, and urethral malignancies. In this case report we aimed to present the phenomenon of laceration in the penile circulatory style after the connection of the penis via a rubber rope due to urinary incontinence after transurethral resection of the prostate (TUR-P). It was learned that the patient who applied with penile circulatory laceration and hemorrhage had total urinary incontinence after TUR-P 2 years ago. The learned material was used to prevent urinary incontinence in the middle of the laceration line and the material was observed in the appearance of knotted rope. Retrograde urethrography confirmed that there was no urethral injury. At the exposition, the urethra was found to be intact and no additional pathology was observed. After the necrotic tissue was debrided, the wound site was closed as a primer. If there is any doubt about corpus cavernosum injury or urethral injury in penile trauma, exploration should definitely be done. Prior to any medical treatment, necessary lighting and informants should be made in detail and a trust environment should be established between the patient and the doctor. In the event of side effects and complications, the person to whom the instructions are to be applied should be the treating physician.

**Keywords:** Penile laceration; TUR-P; urinary incontinence

Yapılan çalışmalarda; 60 yaşındaki erkeklerin %50'sinde, 80 yaşındaki erkeklerin ise %90'ında iyi huylu prostat büyümesinin görüldüğü bildirilmektedir.<sup>1</sup> Buna bağlı olarak alt üriner sisteme ait obstrüktif ve iritativ semptomlar görülmektedir. Bu durumda ilk planda yaşam tarzı değişikliği önerilse de yaygın olarak medikal tedavi uygulanmaktadır. Medikal tedaviye yanıt alınmaması durumunda cerrahi tedavilere geçilmektedir. Cerrahi olarak 80 g altında altın standart tedavi yöntemi transüretral prostat rezeksiyonu (TUR-P) iken daha büyüklerde basit/açık prostatektomidir.<sup>2</sup> 30 g altında cinsel aktif, genç fertilitte beklentisi olan kişilerde transüretral prostat insizyonu tercih edilmektedir.<sup>3</sup> TUR-P'ye bağlı kanama, TUR sendromu, enfeksiyon, üriner inkontinans, retrograd ejakülasyon, erektil disfonksiyon, mesane boynu sklerozu, üretra darlığı olmak üzere peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar görülebilmektedir.<sup>4</sup> TUR-P'nin uzun dönem komplikasyonlardan olan üriner inkontinans, güncel kılavuzlarda %2,2 oranında görülmekle birlikte günlük hayatta önemli kısıtlamalara neden olarak çeşitli sosyal ve psikolojik sorunlara kapı açmaktadır.<sup>2</sup>

Bu çalışmada, geçirdiği TUR-P sonrası total inkontinans gelişen olgunun, bu duruma çözüm olarak penisini lastik iple klemplemesiyle penisinde laserasyon gelişmesi sebebiyle sunulması amaçlanmıştır.

## OLGU SUNUMU

Altmış sekiz yaşındaki erkek olgu, penis shaftı orta hattına yakın 1 cm eninde sirküler kesi ve kanama şikâyetleri ile kliniğimize başvurdu (Resim 1). Öz geçmişinde hipertansiyon, 40 yıl önce apendektomi, 10 yıl önce sol kasık fıtığı ve 2 yıl önce iyi huylu prostat büyümesi (BPH) nedeni ile yapın TUR-P bulunmakta idi. Olgu, TUR-P sonrası üriner inkontinans nedeni ile verilen tedavilere yanıt alamaması neticesinde kendince çözüm arayışı içine girdiğini ve lastik bir ip yardımıyla penisini sıkarak bir çözüm ürettiğini ifade etmekte idi. Uyguladığı bu yöntem, özellikle penisin ereksiyona geçtiği dönemde ciddi ağrıya ve hatta kısmi yüzeysel kesiklere neden oluyormuş. Üriner inkontinans nedeni ile yaşam kalitesinin çok kötü etkilendiğini,

sosyal ve psikolojik problemler yaşadığını, bu durumdan kurtulmak için bulduğu çözümün yaşatmış olduğu ızdıraba da bu nedenle katlandığını bildirmekte idi.

Diğer taraftan olgu, ereksiyon problemi yaşamadığını ve düzenli cinsel ilişki yaşadığını, gerçekleştiren bu durumun da cinsel ilişki sırasında olduğunu ifade ediyordu. Normalde cinsel ilişki öncesinde penise bağladığı lastik ipi çözdüğünü, ancak son ilişkisinde iple yaşamaya uyum göstermenin de etkisiyle ipin varlığını unuttuğunu ve koitus sırasında yaşadığı ciddi ağrı sonrası farkına vardığını ifade etmiştir.

Olgunun rutin laboratuvar tetkiklerinde ve tam idrar tahlilindeki mikroskopik hematüri dışında patolojik bulgu yoktu. Üretral bütünlüğü değerlendirmek ve eksplorasyon öncesi güvenli ilerlemek adına retrograd üretrografi çekildi. Retrograd üretrografide üretranın intakt olduğu görüldü.<sup>5,6</sup> Daha sonra genel anestezi altında eksplorasyon kararı verildi ve gerekli anestezi hazırlıkları yapıldı.

Genel anestezi altında olgunun penis cildi deglove edildi. Lastik ipe bağlı kesinin sırasıyla cilt, Dartos tabakası, Buck's fasiyası boyunca devam ettiği, bilateral kavernözal cisimlerde yaklaşık 0,2 cm'lik laserasyona neden olduğu izlendi. Spongios cisimde ve üretrada laserasyon izlenmedi (Resim 2). Mevcut penil travma, Amerikan Travma Cerrahisi Birliği sınıflamasına göre tip 3 yaralanma ile uyumluydu.<sup>7</sup> Üretral yoldan mesaneye 18 F foley



RESİM 1: Başvuru anındaki görünüm.



**RESİM 2:** Operasyon sırasında laserasyonun derinliğini gösteren görüntü.

kateter gönderildi. Kavernoözal cisim üzerindeki defekt primer olarak sütüre edildikten sonra, artifisyonel ereksiyon oluşturularak başka defekt alanı olup olmadığı kontrol edildi, ek patoloji izlenmemesi üzerine katlar küçük debridmanlar sonrası anatomik planda kapatıldı, penis koban bandaj ile sarılarak operasyona son verildi. Operasyon sonrası birinci gün üretral kateteri çekildi, koban bandaj açıldı, yara yerinin doğal olduğu görülen olgu antibiyotik ve analjezik reçete edilerek taburcu edildi. Operasyon sonrası birinci aydaki kontrolünde yara yerinin tamamen iyileştiği görüldü.

Üç ay sonra üriner inkontinans açısından değerlendirme amaçlı yapılan muayene, laboratuvar tetkiklerinde ve üriner ultrasonografide patoloji izlenmedi. Üretral patolojiler açısından lokal anestezi altında yapılan üretrosistoskopide üretrada patoloji izlenmedi, sfinkterin lümeni koapte etmediği saptandı, prostatik üretra açık izlendi, mesanede patolojik oluşum gözlenmedi. Olguya yapay üriner sfinkter takılması önerildi. Olgunun gerekli bilgilendirilmesi yapıp onayı alındıktan sonra, pe-

rineal yaklaşımla yapay üriner sfinkter takılması operasyonu yapıldı.<sup>8</sup> Operasyon sonrası ikinci aydaki kontrolünde olgu tamamen kontinandı ve işeme sonrası mesanede rezidü idrar kalmamakta idi. Yaşam kalitesinin inanılmaz derecede arttığını, artık tamamen sosyal hayatın içinde olduğunu, yaşamış olduğu psikolojik sorunlar nedeni ile kullandığı antidepresan ilaç tedavisinden kurtulduğunu, TUR-P öncesi sosyal-ruhsal duruma geri döndüğünü ifade etmekteydi. Bu çalışmada sunulan olgumuzdan kendisi ile ilgili kullanılacak tüm bilgilerle ilgili onam alınmıştır.

## TARTIŞMA

Altmış yaşından sonra erkeklerin yarısından fazlasında alt üriner sistem semptomlarına neden olan BPH'de ilk planda: genel tıbbi durum bilgisinin alınması, tam idrar tetkiki, üriner ultrasonografi, böbrek fonksiyon testleri, prostat spesifik antijen üroflowmetri ve işeme sonrası rezidü idrar tayini yapılması gerekmektedir.<sup>2</sup> Bunun dışında mevcut durumun saptanması ve verilecek tedavi sonrasında objektif değerlendirme amaçlı uluslararası prostat semptom skoru [International Prostate Symptom Score (IPSS)] gibi sorgulama formlarından mutlaka yararlanılmalıdır.<sup>2</sup> Öncelikli olarak yaşam tarzı değişikliği önerilmelidir. IPSS sonucuna göre orta ve ciddi semptomu olan hastalarda alfa-bloker, 5-alfa redüktaz inhibitörleri, anti-muskarinik, beta-3 agonist fosfodiesteraz-5 inhibitörlerinden oluşan tekli veya kombinasyon tedavileri verilmektedir.<sup>2</sup> Buna rağmen etkin yanıt alınmadığı durumlarda prostat büyüklüğüne göre TUR-P veya açık/basit prostatektomi yapılmalıdır. Genel performans skoru iyi olmayan, komorbiditeleri olan hastalarda prostatik stent, prostatik üretral lift gibi daha az invaziv yöntemlerde tedavi modaliteleri arasında yer almaktadır.<sup>2</sup>

TUR-P yapılacak hastalarda operasyon öncesinde komplikasyonlar hakkında bilgilendirme ve aydınlatmalar yapılmalıdır. TUR-P'ye bağlı TUR sendromu (%0,8), transfüzyon gerektiren kanama (%2), üriner enfeksiyon (%4,1), akut üriner retansiyon (%4,5), üriner inkontinans (%2,2) mesane boynu kontraktürü (%4,7), üretral darlık (%3,8), retrograde ejakülasyon (%65,4), ve erektil disfonk-

siyon (%6,5) yaşanabileceği konusunda hasta bilgilendirilmeli.<sup>9</sup>

Yukarıda sözü geçen komplikasyonlardan üriner inkontinans gelişmesi durumunda, hasta ile görüşülerek bunun tedavi edilebilir durum olduğu anlatılmalıdır. Erken dönemde invaziv tedavilere başvurulmayarak kahve, alkol ve baharatlı gıdalar gibi mesane iritasyonlarının alınımının azaltılmasından oluşan yaşam tarzı değişikliği, pelvik taban kas egzersizleri veya bu egzersizlerin biofeedback, pelvik taban kaslarının manyetik innervasyonu-stimülasyonu gibi yöntemlerle kombinasyonu önerilmelidir. Hafif ve orta düzeyde üriner inkontinans geçici düzelme kabul eden kişilerde bir serotonin-noradrenalin geri alım inhibitörü olan duloksetin kullanılabilir. Bunun dışında penil kompresyon cihazları, üretral enjeksiyon tedavisi, üretral askı cerrahileri ve altın standart tedavi olan yapay üriner sfinkter takılması, cerrahi tedavi seçenekleri arasında yer almaktadır.<sup>10</sup>

Pendüloz üretrayı dıştan baskılayarak idrar kaçağını önlemek için kullanılan değişik tipte üretilmiş penis kompresyon cihazı bulunmaktadır. Ucuz, invaziv olmayan ve kullanımı kolay ürünlerdir. Ancak; penil ödem, üretral erozyon, ağrı, ciltte bozulma gibi yan etkileri bulunmaktadır.<sup>11</sup>

Çalışmamızda da olgu kendince lastik bir bantla penil klemp benzeri bir metot uygulayarak idrar kaçırmasını engellemek istemiştir. Bu da tunica albuginea'da da hasar oluşturacak bir penil yaralanma ile sonuçlanmıştır. Literatüre bakıldığında, penil klempin erişkinlerde uzun süreli veya yanlış kullanıma bağlı veya cinsel tatmin amaçlı kullanılan yabancı cisimlere bağlı penil laserasyonlar görülmektedir.<sup>12</sup> Çocuklarda ise daha ziyade penisin vida gibi yabancı cisimler, saç kılı gibi maddeler ile yaralandığı hatta amputasyonlara neden oldukları görülmektedir.<sup>13</sup> Olgumuzda, kontinans süresinin yaklaşık 2 yıl olması ve olgunun kalıcı çözüm istemesi, yapılan değerlendirmelerde de olgunun da uygun olması nedeni ile yapay üretral sfinkter takılması seçeneği tercih edilmiştir.

Tedavinin her basamağında hasta ile yakın temasta olunmalı ve en uygun tedavi yöntemi hak-

kında ortak karar verilmelidir. Hastanın genel durumu ve beklentileri göz önünde bulundurularak yukarıda geçen tedavilerden o hasta için en uygun tedavi modalitesi noninvazivden invazive doğru uygulanmalıdır. Verilen her tedavi sonrası mutlaka tedavi etkinliğini ve hasta memnuniyetini değerlendirme amaçlı hastaların kontrolleri gerçekleştirilmelidir. Yapılan değerlendirmeye göre; uygulanan tedavi kesilebilmekte, tedaviye devam edilebilmekte veya bir üst basamak tedaviye geçilebilmektedir.

Hastalar tedavilerin, özellikle de yapılacak cerrahi müdahalelerin öncesinde başarı oranı, komplikasyonlar ve yaşanabilecek olumsuz diğer durumlar açısından detaylı şekilde bilgilendirilmelidir. İşlem sonrası hastanın izlemlerinin düzenli şekilde yapılması sağlanmalıdır. Gelişen komplikasyonlar uygun şekilde, zamanında tedavi edilmeli, hasta-hekim arasındaki güven ortamı sağlanmalı ve hastaların modern-bilimsel tıp dışında çözüm arayışlarının önüne geçilmelidir.

#### **Finansal Kaynak**

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğru bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

#### **Çıkar Çatışması**

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

#### **Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Ekrem Güner, Ramazan Uğur, Kamil Gökhan Şeker, Özdem Levent Özdal; **Tasarım:** Ekrem Güner, Ramazan Uğur, Kamil Gökhan Şeker, Özdem Levent Özdal; **Denetleme/Danışmanlık:** Ekrem Güner, Ramazan Uğur, Kamil Gökhan Şeker, Özdem Levent Özdal; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Ekrem Güner, Ramazan Uğur; **Analiz ve/veya Yorum:** Ekrem Güner, Ramazan Uğur; **Kaynak Taraması:** Ramazan Uğur; **Makalenin Yazımı:** Ekrem Güner, Ramazan Uğur; **Eleştirel İnceleme:** Kamil Gökhan Şeker, Özdem Levent Özdal; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Ekrem Güner; **Malzemeler:** Ekrem Güner.



## KAYNAKLAR

- Li MK, Garcia L, Patron N, Moh LC, Sundram M, Leungwattanakij S, et al. An Asian multinational prospective observational registry of patients with benign prostatic hyperplasia, with a focus on comorbidities, lower urinary tract symptoms and sexual function. *BJU Int* 2008;101(2):197-202.
- Gravas (Chair) S, Cornu JN, Drake MJ, Gacci M, Gratzke C, Herrmann TRW, Madersbacher S, Mamoulakis C, K.A.O. Tikkinen Guidelines Associates: Karavitakis M, Kyriazis I, Malde S, Sakkalis V, Umbach R. Management of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms (luts), incl. benign prostatic obstruction (BPO). *EAU-Guidelines*; 2018. p.72.
- Taylor BL, Jaffe WI. Electrosurgical transurethral resection of the prostate and transurethral incision of the prostate (monopolar techniques). *Can J Urol* 2015;22 Suppl 1:24-9.
- Cornu JN, Ahyai S, Bachmann A, de la Rosette J, Gilling P, Gratzke C, et al. A systematic review and meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic obstruction: an update. *Eur Urol* 2015;67(6): 1066-96.
- Lucky M, Brown G, Dorkin T, Pearcy R, Shabbir M, Shukla CJ, et al; BAUS Section of Andrology and Genitourethral Surgery (AGUS). British Association of Urological Surgeons (BAUS) consensus document for the management of male genital emergencies-testicular trauma. *BJU Int* 2015;121(6): 840-4.
- Kitrey ND (Chair), Djakovic N, Kuehhas FE, Lumen N, Serafatinidis E, Sharma DM. Guidelines on Urological Trauma. *European Association of Urology*; 2018.
- Mohr AM, Pham AM, Lavery RF, Sifri Z, Bargman V, Livingston DH. Management of trauma to the male external genitalia: the usefulness of American Association for the Surgery of Trauma organ injury scales. *J Urol* 2003;170(6 Pt 1):2311-5.
- Kretschmer A, Nitti V. Surgical treatment of male postprostatectomy incontinence: current concepts. *Eur Urol Focus* 2017;3(4-5):364-76.
- Ahyai SA, Gilling P, Kaplan SA, Kuntz RM, Madersbacher S, Montorsi F, et al. Meta-analysis of functional outcomes and complications following transurethral procedures for lower urinary tract symptoms resulting from benign prostatic enlargement. *Eur Urol* 2010;58(3):384-97.
- Onur R, Bayrak Ö. Üriner İnkontinans Tanı ve Tedavi. *TÜD/Türk Üroloji Akademisi Yayını No: 2. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. p.457.*
- Moore KN, Schieman S, Ackerman T, Dzus HY, Metcalfe JB, Voaklander DC. Assessing comfort, safety, and patient satisfaction with three commonly used penile compression devices. *Urology* 2004;63(1):150-4.
- Silberstein J, Grabowski J, Lakin C, Goldstein I. Penile constriction devices: case report, review of the literature, and recommendations for extrication. *J Sex Med* 2008;5(7):1747-57.
- Saiad MO. Penile injuries in children. *Turk J Urol* 2017;44(4):351-6.