

Prepisyum Hastalıkları

Üz. Dr. Hasan BAKIRTAŞ*

Prepisyum embriyolojik hayatın 8. haftasında epidermal bir yapı olarak penis şaftı ile glansın birleşim bölgesi olan kolum glanisten distale doğru gelişmeye başlar ve glansın üzerine yapışık olarak gelişimini tamamlar. Bu yapışıklık yeni doğanda bebek glansını idrarın şimik etkisinden ve eksternal travmalardan korumaya yarar. Altı ay ile 14 yaş arasında bu yapışıklıklar lizise uğrar ve sünnet derisi glansın gerisine rekrakte edilebilir hale gelir. Japonyada 4521 sağlıklı süt çocuğu ve 3 yaş altı çocukta yapılan bir araştırmada; ilk 3 ayda ancak %11, 6. ayda %25, 9. ayda %36, 12. ayda %42 ve 3 yaşında %65 oranında glandüloprepsiyal lizisin tamamlandığı ve prepisyumun rekrakte edilebildiği rapor edilmiştir. Normal şartlarda puberte sonrası hiçbir çocuğun prepisyal adezyonu kalmaz. Üç yaş öncesi dönemde sünnet derisinin rekrakte edilip edilemeyeceğini tahmin etmek güçtür ve herhangi bir işeme problemi olmayan çocukta bunu denemek gereksizdir.

FİMOZİS

Fimozis, prepisyumun distal ucunun fibrozisle daralması sonucu glans gerisine rekrakte edilememesi durumudur. Bu durum özellikle ilk 3 yaştaki fizyolojik adezyonlarla karıştırılmamalıdır. Bu dönemde prepisyumu rekrakte etmek için yapılan zorlamalar fibrozis oluşturarak gerçek fimozise neden olabilir. Fimozis konjenital olabileceği gibi, daha sık olarak prepisyal derideki tekrarlayan enfeksiyonlara bağlı olarak oluşur. Genellikle hijyen bozukluğuna bağlıdır. Fizyolojik adezyonlar lizise uğradıkça, bu bölgede bakteriyel enfeksiyonlar için uygun ortam oluşur. Tyson glandlarından salgılanan simegma da bu lizis bölgelerinde birikerek enfeksiyonu kolaylaştırabilir.

* SSK İhtisas Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA

Fimozis genellikle çocukluk çağında görülmesine karşın sünnetsiz erişkinlerde de gözlenebilir. Fimozis halkası çok darsa ve prepisyumla glans arasındaki yapışıklıklar da tamamen ayrılmışsa, işeme esnasında prepisyal bölge balon gibi şişer. İdrar damlalar halinde akar ve dizürü vardır. Çocuklarda işerken ağlama dikkati çeker. Bu zorlanmalara bağlı olarak inguinal herni ve hatta rektal prolapsus bile olabileceği bildirilmiştir. Eğer halka çok dar değilse, ancak genital fonksiyonların başladığı zaman şikayete neden olur. Ereksiyonda prepisyum geri çekilmez, ağrıya ve gerilmeye sebep olur. Nadiren koitusa bile engel olabilmektedir.

Fimozis olgularında çeşitli komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Fibrotik halkaya sahip prepisyum geri çekilemediği için, bu bölgenin lokal temizliği yapılamayacağından, irritasyon ve enfeksiyonlara bağlı olarak glans iltihabı (balanit) ve prepisyum iltihabı (postit) veya her ikisi birden (balanopostit) gelişebilir. Eğer zamanında önlem alınmazsa enfeksiyon penil şafta yayılarak Fornier gangrenine kadar giden çok ciddi ve hayatı tehdit edici komplikasyon gelişebilir. Ayrıca biriken simegmanın idrar tuzları ile enkruste olması sonucu prepisyum taşları oluşabilir. Bu da hem lokal semptomlara yol açar hem de enfeksiyonu davet eder. Parafimozis ise diğer önemli bir komplikasyondur.

PARAFİMOZİS

Parafimozis, sünnet derisinin rekrakte edilebilecek kadar geniş, ancak yeniden glans üzerine dönmeyecek kadar dar bir halkaya sahip olduğu fimozis olgularında ortaya çıkar. Bir şekilde çocuk veya ailesi tarafından rekrakte edilen prepisyum tekrar eski konumuna getirilemez ve korona bölgesinden penis şaftını turnike benzeri etki oluşturarak boğar. Geçen zamana ve fimozis halkasının darlığına bağlı olarak önce lenfatik konjesyon, sonra venöz konjesyon ve en son olarak ta arteriyel dolaşım bozukluğu meydana gelir. Prepisyumun dar halkanın distalinde kalan kısmı şişer, bunun arkasında derin bir sulkus ve bunun da arkasında ikinci bir ödemli halka oluşur. Zamanında tedavi edilmezse prepisyumda nekroz ve enfeksiyon oluşur. Ancak glans penis korpus spongiozumdan kanlandığı için glansta nekroz gelişmez.

TEDAVİ

Fimoziste tedavi dorsal slit veya sirkumsizyon olarak bilinir. Ancak klinik deneyimlerimizde fimozis halkasının ürolog tarafından bir klemple genişletildikten sonra rekrakte edilmesi ve aile tarafından düzenli aralıklarla prepisyumun geri çekilmesi de genellikle sorunu çözümlenmektedir. Birkaç ay bu şekilde düzenli retraksiyonlardan sonra fimozis kaybolmaktadır. Ancak buna rağmen fibrotik halka yeniden oluşuyorsa veya aile koopere değilse dorsal slit veya sünnet endikasyonu vardır. Sünnetin seksüel problem riski yoktur ve erişkinlerde penis kanserinden koruduğu bilinmektedir. Sosyal sünnet ABD'nin bazı bölgelerinde %90, Avusturya'da %50 oranında uygulanmaktadır. Avrupa'da toplam sünnet oranı %7 iken, Danimarka'da bu oran sadece %1'dir. Dini sünnet ise yahudi ve müslümanlarda zorunludur.

Parafimoziste eğer çok zaman kaybedilmemişse konservatif yöntemle düzeltilebilir. Glans üzerine lubrikan bir pomad sürülerek, penisi boğan parafimozis halkası mekanik olarak parmaklarla glans distaline çekilirken, başparmak yardımı ile glans içeri iteklenir. Daha sonra ılık oturma banyoları ile ödem çözülmesine yardımcı olunur. Akut dönemi geçtikten sonra mutlaka sirkumsizyon tavsiye edilir. Bu klasik yöntemle başarılı olunamayan olgularda bazı yeni yöntemler de önerilmektedir. Turner, Adson klempler ile parafimozis halkasını iki taraftan karşılıklı asarak dar halkaya traksiyon uygulamış ve bu şekilde 9 olguda dorsal slite gerek kalmadığını ifade etmiştir. Kumar ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada; basit yöntemle rekrakte edilemeyen parafimozis olgularının ödemli halkasına ponksiyon yapılarak ödemin azaltıldığını ve 45 parafimozis olgusunun yalnızca ikisinde dorsal slite gereksinim olduğunu belirtmişlerdir. Konservatif yöntemle başarılı olunamazsa dorsal slit yapılarak parafimozis halkası kesilir ve enine dikilerek halka genişletilmiş olur. Akut dönemden sonra sünnet yapılması daha uygun olacaktır. Akut dönemde yapılacak sünnette hem enfeksiyon riski olacaktır hem de ödem nedeni ile kozmetik açıdan sorun çıkabilecektir.

Fimozise sekonder gelişen balanit ve balanopostit olguları, olayın şiddetine göre oral veya parenteral antibiyotik tedavisi, lokal yara bakımı ve ılık su banyoları ile tedavi edilmelidir. Enfeksiyon tedavi edilip

akut dönem geçtikten sonra mutlak sirkumsizyon endikasyonu vardır.

Fimozis tedavi edilmediği takdirde assendan üriner sistem enfeksiyonlarına yol açabilir. Ayrıca infravezikal obstrüksiyona yol açarak bilateral

hidroüreteronefroza kadar giden ciddi tıbbi problemlere neden olabilmektedir. Bu nedenlerle basit konservatif yöntemlerle tedavi edilebilecek bu olguları gözden kaçırmamak ve zaman geçirmeden tedavi etmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Aygün C, Kendi S. Sık rastlanılan genital problemler güncel yaklaşımlar. Katkı, 1998;19:17.
2. Choe JM. Paraphimosis: current treatment options. Am Fam Physician, 2000;15:62:2623.
3. Dawson C, Whitfield H. ABC of Urology, Urological emergencies in general practice. BMJ, 1996;30;312:838.
4. Griffiths M. Çocuk Cerrahisi. Temel Cerrahi Teknikleri, 1997; s.175.
5. Korkud G, Karabay K. Penis hastalıkları. Üroloji, 1985;7: 452.
6. Kumar V, Javle P. Modified puncture technique for reduction of paraphimosis. Ann R Coll Surg Engl, 2001;83:126.
7. Imamura E. Phimosis of infants and young children in Japan. Acta Paediatr Jpn, 1997;39:403.
8. Sade M, Esen A, Çelebi İ ve ark. Ürogenital sistemin acil yaklaşım gerektiren hastalıkları. Temel Üroloji, 1998;24:969.
9. Turner CD, Kim HL, Cromie WJ. Dorsal band traction for reduction of paraphimosis. Urology, 1999;54:917.

**Yayınevimiz tarafından yayınlanan
kitap ve dergilere online ulaşabilmek için:**

www.cty.com.tr

ÇİZGİ TIP YAYINEVİ

Alper Sokak No: 6/5 Çankaya/ANKARA, Tel: 0312 442 67 92, e-mail: info@cty.com.tr