

Złamanie prącia z towarzyszącym urazem cewki moczowej — opis przypadku

Penile fracture with associated urethral trauma — case report

Jacek Karaszewski, Barbara Darewicz, Jacek Kudelski, Tadeusz Werel, Paweł Wołyniec

Klinika Urologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Złamanie prącia jest rzadko spotykanym urazem narządów płciowych, który wymaga pilnego leczenia operacyjnego. W pracy przedstawiono analizę przypadku złamania prącia z towarzyszącym urazem cewki moczowej u 51-letniego mężczyzny. Leczenie operacyjne polegało na zszywaniu pękniętej osłonki szwem ciągłym oraz zespoleniu cewki moczowej szwami pojedynczymi. Leczenie operacyjne złamania prącia daje dobre efekty czynnościowe.

Słowa kluczowe: urologia, seksuologia, złamanie prącia, uraz cewki moczowej

Seksuologia Polska 2015; 13 (2): 59–61

Abstract

Penile fracture is rare genital injury that requires urgent surgical treatment.

The authors described case report of penile fracture with an associated urethral trauma in 51-year old man. Surgical treatment consisted of suturing the cracked tunica albuginea using continuous suture and combining the urethra using single sutures. Surgical treatment of penile fracture gives good functional results.

Key words: urology, sexuology, penie fracture, urethral trauma

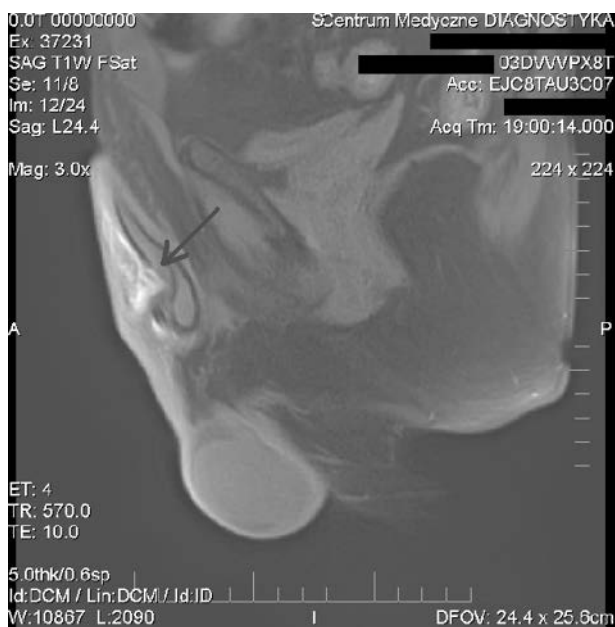
Polish Sexology 2015; 13 (2): 59–61

Wstęp

Złamanie prącia to jeden z rzadziej spotykanych urazów narządów płciowych. Stanowi od 1–2% wszystkich urazów prącia. Jest spowodowane przerwaniem ciągłości osłonki białawej ciała jamistego prącia znajdującego się w stanie erekcji. Do złamania prącia najczęściej dochodzi w wyniku urazu podczas stosunku płciowego lub masturbacji, rzadziej podczas snu. Uraz objawia się najczęściej silnym bólem i obrzękiem prącia, charakterystycznym trzaskiem oraz natychmiastowym ustąpieniem erekcji. W ciężkich przypadkach złamaniu prącia może towarzyszyć uszkodzenie cewki moczowej. Zalecanym postępowaniem w złamaniu prącia jest leczenie chirurgiczne. W pracy przedstawiono przypadek chorego ze złamaniem prącia oraz towarzyszącym urazem cewki moczowej.

Opis przypadku

Pięćdziesięcioletni pacjent został przyjęty do Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku z powodu podejrzenia złamania prącia. W czasie odbywania stosunku płciowego chory usłyszał trzask i poczuł silny ból u podstawy prącia oraz nagłe ustąpienie wzwodu. W wywiadzie pacjent nie zgłaszał chorób współistniejących. Badaniem przedmiotowym stwierdzono obrzęk i krwiak u podstawy prącia po stronie prawej oraz krwisty wyciek z cewki moczowej. Z powodu zatrzymania moczu pacjentowi założono cewnik Foleya. W wykonanych badaniach laboratoryjnych nie stwierdzono odchyłeń od stanu prawidłowego. Badanie ultrasonograficzne prącia wykazało nieregularne przestrzenie płynowe u podstawy prącia po stronie prawej. W wykonanym badaniu rezonansu magnetycznego prącia zaobserwowano odcinkowe przerwanie osłonki białawej prawego ciała jamistego oraz nieograniczone zbiorniki płynowe w tkankach podskórnych u podstawy prącia (ryc. 1, 2). W obrębie



Rycina 1. Rezonans magnetyczny prącia (przekrój strzałkowy) — strzałka wskazuje miejsce uszkodzenia osłonki



Rycina 2. Rezonans magnetyczny prącia (przekrój poprzeczny) — strzałka wskazuje miejsce uszkodzenia osłonki

ciała gąbczastego stwierdzono krwiak oraz odcinkowe uszkodzenie cewki moczowej.

Zabieg operacyjny przeprowadzono w znieczuleniu podpajęczynówkowym. Cięciem podłużnym po stronie prawej nacięto skórę i osłonki prącia. Po usunięciu krwiaka zlokalizowano miejsce pęknięcia osłonki białawej na długości około 2 cm z częściowym przerwaniem ciągłości cewki moczowej w sąsiedztwie uszkodzenia osłonki (ryc. 3, 4). Osłonkę zszyto szwem ciągłym (ryc. 5). Cewkę zaopatrzono szwami pojedynczymi. Okolicę



Rycina 3. Lokalizacja miejsca uszkodzenia osłonki oraz cewki moczowej



Rycina 4. Stan po założeniu szwów na osłonkę oraz cewkę moczową



Rycina 5. Stan tuż po operacji

uszkodzenia drenowano. Wynik badania kontrolnego przeprowadzone po 6 miesiącach od operacji wykazał prawidłowe wzwody oraz brak deformacji prącia.

Dyskusja

Złamanie prącia jest najważniejszym i najczęstszym przypadkiem tępego urazu prącia. Główny mechanizm, w wyniku którego dochodzi do złamania prącia, to sytuacja w jakiej prącie wyslizguje się z pochwy i uderza o spojenie łonowe bądź krocze partnerki. Około 60% przypadków występuje podczas stosunku płciowego [1] i jest bardziej prawdopodobne, gdy partnerka znajduje się na górze (pozycja na jeźdźca). Uraz ten jest spowodowany pęknięciem osłonki białawej ciała jamistych prącia, w wyniku czego dochodzi do powstania podskórnego krwiaka. W 10–22% przypadków może również dojść do uszkodzenia ciała gąbczastego lub cewki moczowej [2, 3].

Grubość osłonki białawej prącia w stanie wiotkim wynosi około 2 mm, natomiast w stanie erekcji zmniejsza się do 0,25–0,5 mm, przez co jest bardziej podatna na uszkodzenia [4, 5]. Złamaniu prącia towarzyszy charakterystyczny dźwięk trasku lub pęknięcia, ból oraz jednoczesne ustąpienie erekcji. W wyniku powiększającego się krwiaka bardzo szybko rozwija się miejscowy obrzęk trzonu prącia. W przypadku uszkodzenia powięzi Bucka, krwiak może rozprzestrzenić się wzdłuż powięzi prącia do jamy brzusznej oraz worka mosznowego. W nielicznych przypadkach miejsce pęknięcia osłonki białawej może być wyczuwalne badaniem palpacyjnym. Mniej poważne urazy prącia można stosunkowo łatwo odróżnić od złamania prącia, ponieważ nie są one zwykle związane z nagłym ustąpieniem erekcji. Dokładnie zebrany wywiad oraz badanie przedmiotowe najczęściej potwierdzają diagnozę, jednak w niektórych przypadkach pomocna może okazać się diagnostyka obrazowa. Badania, takie jak kawernozografia, ultrasonografia oraz rezonans magnetyczny prącia (MRI, *magnetic resonance imaging*) [6–8], pomagają zidentyfikować miejsce uszkodzenia osłonki białawej prącia w niejasnych przypadkach [9], lub dają gwarancję, że osłonka jest nienaruszona. W sytuacji, gdy podejrzewa się towarzyszące uszkodzenie cewki moczowej, można wykonać uretrografię wsteczną (RUG, *retrograde urethrography*), bardziej zalecana jest jednak giętka cystoskopia w znieczuleniu przed zabiegiem naprawczym.

Obecność krwiaka podskórnego bez stwierdzenia przerwania ciągłości osłonki białawej prącia nie wymaga interwencji chirurgicznej. W tego typu przypadkach zaleca się stosowanie niesteroidowych leków przeciwbólowych oraz okładów z lodu [10].

W przypadku zdiagnozowania złamania prącia zaleca się leczenie operacyjne w trybie nagłym polegające na ewakuacji krwiaka oraz zaopatrzeniu uszkodzonej osłonki białawej prącia. Dostęp do miejsca uszkodzenia zwykle uzyskuje się przez okrężne

nacięcie skóry prącia proksymalnie do rowka założonego i oskalpowanie prącia. Coraz częściej stosowane jest jednak podłużne nacięcie zlokalizowane w miejscu uszkodzenia osłonki. Zamknięcie pękniętej osłonki przeprowadza się zakładając szew ciągły wykonany z materiału wchłanialnego. Jak wskazują dane z piśmiennictwa i własne obserwacje kliniczne autorów, powikłania pooperacyjne stwierdzono u 9% leczonych. Najczęstsze z nich to powierzchowne zakażenie rany i impotencja u 1,3% pacjentów [11]. Leczenie zachowawcze złamania prącia nie jest zalecane, ponieważ zwiększa możliwość powikłań, takich jak: ropień prącia, niezdiagnozowane uszkodzenie cewki moczowej, skrzywienie prącia oraz pozostały krwiak wymagający opóźnionej interwencji chirurgicznej [11]. Do najczęściej występujących późnych komplikacji po przebyłym leczeniu zachowawczym można zaliczyć: zwłóknienie osłonki białawej, skrzywienie prącia około 30% oraz impotencję do 62% [11].

Podsumowanie

Rozpoznanie złamania prącia nie stwarza trudności diagnostycznych. W przypadku pojawienia się krwistego wycieku z cewki moczowej lub trudności w oddawaniu moczu należy podejrzewać uszkodzenie cewki moczowej. Wczesne leczenie chirurgiczne daje dobre efekty czynnościowe.

Piśmiennictwo:

1. Haas C.A., Brown S.L., Spirnak J.P. Penile fracture and testicular rupture. *World J. Urol.* 1999; 17: 101–106.
2. Nicolaisen G.S., Melamud A., Williams R.D. i wsp. Rupture of the corpus cavernosum: surgical management. *J. Urol.* 1983; 130: 917–919.
3. Tsang T., Demby A.M. Penile fracture with urethral injury. *J. Urol.* 1992; 147: 466–468.
4. Mydło J.H., Hayyeri M., Macchia R.J. Urethrography and cavernosography imaging in a small series of penile fractures: a comparison with surgical findings. *Urology* 1998; 51: 616–619.
5. Lee S.H., Bak C.W., Choi M.H. i wsp. Trauma to male genital organs: a 10-year review of 156 patients, including 118 treated by surgery. *BJU Int.* 2008; 101: 211–215.
6. Karadeniz T., Topsakal M., Ariman A. i wsp. Penile fracture: differential diagnosis, management and outcome. *Br. J. Urol.* 1996; 77: 279–281.
7. Fedel M., Venz S., Andreessen R. i wsp. The value of magnetic resonance imaging in the diagnosis of suspected penile fracture with atypical clinical findings. *J. Urol.* 1996; 155: 1924–1927.
8. Pretorius E.S., Siegelman E.S., Ramchandani P. i wsp. MR imaging of the penis. *Radiographics* 2001; 21 Spec No: S283–298, discussion S298–299.
9. Uder M., Gohl D., Takahashi M. i wsp. MRI of penile fracture: diagnosis and therapeutic follow-up. *Eur. Radiol.* 2002; 12: 113–120.
10. Summerton D.J., Campbell A., Minhas S. i wsp. Reconstructive surgery in penile trauma and cancer. *Nat. Clin. Pract. Urol.* 2005; 2: 391–397.
11. Orvis B.R., McAninch J.W. Penile rupture. *Urol. Clin. North Am.* 1989; 16: 369–375.