

گزارش یک مورد نادر آمپوتاسیون کامل پنیس و بیضه چپ

حمید شافی^{۱*}، ابانر اکبرزاده پاشا^۱، محمد خاکزاد^۲، وحید زمانی^۳

۱- استادیار گروه ارولوزی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۲- استادیار گروه جراحی دانشگاه علوم پزشکی بابل ۳- پزشک عمومی

سابقه و هدف: آمپوتاسیون پنیس از ترومای ناشایع دستگاه ادراری تناسلی می باشد که شایعترین علت آن خودزنی در بیماران روانی می باشد و با شیوع کمتر می توان به تصادفات و درگیریهای جنگی و درگیریهای شخصی اشاره نمود لذا در این مقاله ما به گزارش یک مورد قطع کامل پنیس و بیضه که توسط تیم جراحی درمان شد می پردازیم. **گزارش مورد:** آقای ۴۴ ساله ای که در اثر کار با وسیله کشاورزی کمباین دچار آمپوتاسیون کامل پنیس از قاعده و کندی کامل بیضه چپ از محل طناب اسپرماتیک در ناحیه اینگوئینال شده بود. به علت خونریزی شدید و با حالت شوک به اورژانس آورده شده بود.

بیمار تحت سیستوستومی باز قرار گرفت و با هدایت بنیکه پروگزیمال مجرا مشخص گردید. بطوریکه پارگی در محل آپکس مجرای پروستات مشهود بود و بیمار تحت پرینه آل یورتروستومی و فیکاسیون بیضه راست قرار گرفت. در حال حاضر بیمار اختیار کامل ادرار را داراست و بعد از ۱۸ ماه کاندید گذاشتن پروتز پنیس و یا ترمیم آن از طریق عضلات رادیوس و یا گراسیلیس می باشد ولی بیمار خود تمایلی برای انجام آن ندارد.

نتیجه گیری: اگرچه آمپوتاسیون کامل پنیس و بیضه در تصادفات بسیار نادر می باشد لیکن باید در صورت مواجه شدن با آن یک تیم جراحی شامل ارولوزیست، جراح پلاستیک و جراح میکروسرجری تشکیل گردد تا در صورت قابل حیات بودن دیستال پنیس و امکان آناستوموز، آمادگی جهت Replantation وجود داشته باشد.

واژه های کلیدی: آمپوتاسیون، پنیس، بیضه، ترومای، پیوند.

مجله دانشگاه علوم پزشکی بابل، دوره هشتم، شماره ۳، خرداد - تیر ۱۳۸۵، صفحه ۶۷-۶۵

مقدمه

آمپوتاسیون پنیس از تروماهای ناشایع دستگاه ادراری تناسلی می باشد که معمولا به دنبال خودزنی، درگیریهای جنگی، نزاعهای شخصی و تصادفات صورت می گیرد (۱) ولی شایعترین علت آن خودزنی در بیماران روانی می باشد. تا سال ۱۹۹۶، ۹۸ مورد آمپوتاسیون پنیس گزارش شده که ۳۷٪ آن آمپوتاسیون کامل پنیس بوده که تقریبا همه آنها سابقه ای از بیماری روانی داشته اند. در زمان جنگ ۴۰ تا ۶۰٪ از تروماهای ارولوزی، زخمهای ژنیتال بوده است. آمپوتاسیون پنیس یک ترومای نادر است که معمولا در اثر گلوله ایجاد می شود و در ۸۰٪ موارد با ضایعات اسکروتوم لگن، کشاله ران و همچنین ضایعات داخل شکمی و پارگی شریان رانی

همراه می باشد (۲و۳). با توجه به خونریزی زیاد شریانی در ضایعات

پنیس و بیضه، بیمار ابتدا باید تحت اقدامات احیاء و تثبیت علائم حیاتی قرار گیرد و توسط تیم پزشکی متشکل از ارولوزیست، جراح میکروسرجری، جراح پلاستیک و روانپزشک ارزیابی گردد. تقریبا ۹۵٪ از بیماران روانی که از لحاظ روحی و روانی مورد حمایت و مراقبت قرار می گیرند عمل خودزنی (self mutilation) را تکرار نمی کنند (۳). در اولین قدم جهت بازسازی، پنیس و بیضه قطع شده باید دبریدمان مناسب شده و در داخل گاز استریل که با نرمال سالین مرطوب شده است قرار گیرد. پس از قرار دادن در یک کیسه پلاستیکی استریل، به منظور به حداقل رساندن آسیب بافتی ناشی از

۲ هفته، پس از کشیدن سوند مجرا در محل پرینه و با توجه به اینکه بیمار اختیار کامل ادرار را داشته است سوند سیستوستومی نیز خارج گردید. یکماه بعد از جراحی بیمار مشغول کارهای روزمره خویش گردید. در پیگیری ۳ ماه بعد از جراحی، دستور (Clean CIC (Intermittent Catheterization) هفتگی به بیمار داده شد. بعد از ۱۸ ماه بیمار کاندید گذاشتن پروتز پنیس و یا ترمیم آن از طریق عضلات رادیوس و یا گراسیلیس می باشد ولیکن بیمار خود تمایلی جهت انجام آن ندارد.

بحث و نتیجه گیری

در بیمار مورد مطالعه آمپوتاسیون کامل پنیس و بیضه چپ در اثر کار با وسیله کشاورزی کمباین، یک ترومای فوق العاده نادر بوده که در متون پزشکی گزارش نگردیده است. چرا که شایعترین علت آن در جوامع مختلف self mutilation در بیماران روانی می باشد. گرچه این مورد ممکن است در زمان جنگ در اثر گلوله و یا ترکش خمپاره ایجاد گردد ولی این ضایعه در اثر کار با وسایل کشاورزی، ترومای بسیار نادر می باشد (۷ و ۳). در برخورد اولیه با این گونه بیماران کام اول، کنترل و تثبیت علائم حیاتی می باشد و بلافاصله باید تیم جراحی متشکل از ارولوژیست، جراح میکروسرجری و جراح پلاستیک تشکیل گردد (۷ و ۳).

با رعایت شرایط هایپوترمیک ۱۸ الی ۲۴ ساعت زمان برای آناستوموز مجدد وجود دارد و در تصمیم گیری نهائی در صورتیکه قطعه آمپوته شده برای آناستوموز مجدد مناسب باشد باید تکنیک جراحی Microsurgical replantation انجام می پذیرد (۱۰ و ۹ و ۴). البته با توجه به شدت تروما و میزان آسیب بافتی یکی از روشهای جراحی Penile replantation, Partial penectomy, Near total penectomy و یا Perineal urethrostomy انجام می شود (۹ و ۷ و ۵ و ۳ و ۲).

مورد معرفی شده از موارد نادری است که با توجه به وسعت ترومای وارد شده و عدم امکان آناستوموز مجدد، به علت نکروتیک بودن قطعه دیستال پنیس تکنیک جراحی Perineal urethrostomy در مورد وی انجام شد (۱۱). در صورتیکه امکان

ایسکمی، باید پنیس و بیضه را توسط آب و یخ تا دمای ۴ درجه سانتیگراد در شرایط هایپوترمیک نگهداری کرد. پنیس در شرایط هیپوترمی ۱۸ الی ۲۴ ساعت و در شرایط ایسکمی گرم و بدون تمهیدات خاص تا ۸ ساعت می تواند جهت آناستوموز مورد استفاده قرار گیرد. برخلاف پنیس، در بیضه به علت کوتاهتر بودن زمان ایسکمی گرم، حداکثر زمان جهت Replantation آن کمتر از ۴ تا ۶ ساعت می باشد (۴ و ۳). برحسب شدت تروما و میزان آسیب بافتی یکی از روشهای جراحی Partial, Penile Replantation, Penile Penectomy, Near total penectomy و یا Perineal urethrostomy صورت می گیرد (۵ و ۳ و ۲). بنابراین هدف از این گزارش معرفی بیمار و آمادگی تیم جراحی در مواجهه با این بیماران و management درست آنها می باشد.

گزارش مورد

بیمار آقای ۴۴ ساله ای می باشد که در هنگام کار با وسیله کشاورزی کمباین به علت خونریزی شدید از دستگاه تناسلی با حالت شوک به اورژانس آورده شد. پس از احیاء و تثبیت علائم حیاتی، بلافاصله بیمار به اتاق عمل منتقل گردید که در معاینه، قطع کامل پنیس از قاعده و کندگی کامل بیضه چپ از محل طناب اسپرماتیک در ناحیه اینگوینال، خونریزی از محل شریانها و وریدها همراه با Degloving و سوختگی شدید پوست پرینه و کشاله ران مشهود بود. پس از کنترل خونریزی و هموستاز، دبریدمان وسیع انجام و لبه های پوست بهم نزدیک گردید ولی به علت نکروتیک بودن آن و با توجه به شدت ضایعه و عدم رویت پروگزیمال پنیس امکان آناستوموز و Replantation وجود نداشت.

بیمار با شکاف طولی زیر ناف تحت سیستوستومی باز قرار گرفت و در ادامه با هدایت بنیکه پروگزیمال مجرا مشخص گردید بطوریکه پارگی در محل آپکس مجرای پروستات مشهود بود و تکنیک جراحی پرینه آل یورتروستومی صورت پذیرفت. بیضه راست که همراه با هماتوم بود پس از ترمیم در محل پرینه فیکس گردید. در روز دوم بعد از عمل، پانسمان تعویض و روز پنجم بیمار با داشتن سوند سیستوستومی و سوند مجرا از بیمارستان مرخص گردید. بعد از

Replantation وجود نداشته باشد تکنیکهایی جهت Reconstruction وجود دارد که می توان به Radial forearm free fasciocutaneous flap, Myocutaneous gracilis flap, Rectus flap, Lower-extremity free flap اشاره نمود (۱۳ و ۱۲ و ۲۰).

بیمارستان شهید بهشتی و خانمها مهرانگیز بالعی، فاطمه بنار و حسین خانی کمال تقدیر و تشکر را داریم.

تقدیر و تشکر

بدینوسیله از پرسنل محترم بخش ارولوژی بخصوص آقای ملکشاه سرپرستار بخش ارولوژی، پرسنل محترم اتاق عمل

References

1. Jezior JR, Brady JD, Schlossbery SM. Management of penile amputation injuries. *World J Surg* 2001; 25(12): 1602-9.
2. Mcaninch JW, Santucci RA. Genitourinary trauma in: Patrick C. Walsh, Alan B. Retik, E. Darracott Vaughan, Alan J. Wein. *Campbell's urology*, 8th ed, Philadelphia, Saunders Co 2002; pp: 3707-44.
3. Brandes SB, Yu M. Urologic trauma, in: Philip M. Hanno, Bruce S. Mal Kowicz, Alan J. Wein. *Clinical manual of urology*, 3rd ed, New York, Mc Graw Hill Co 2001; pp: 271-309.
4. Tanagho EA, Mcaninch JW. *Smith's general urology*, 15th ed, New York, Mc Graw Hill Co 2000; pp: 330-49.
5. Shaw MB, Sadove AM, Rink RC. Reconstruction after total penile amputation and emasculation. *Ann Plast Surg* 2003; 50(3): 321-4.
6. Darewicz B, Galek L, Darewicz J, et al. Successful microsurgical replantation of an amputated penis. *Int Urol Nephrol* 2001; 33(2): 385-6.
7. Sunil K, Purohit Wayne JG. Hellstrom penis trauma, in: Leonard G. Gomella. *The 5-minute urology consult*, Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins Co 2000; pp: 98-9.
8. Volkmer BG, Maier S. Successful penile replantation following autoamputation: *Int Impot Res* 2002; 14(3): 197-8.
9. Leibovici D, Yaffe B, Zisman A. Incomplete penile amputation: diagnostic and theraputic challenge. *Hare Fuah* 1997; 133(11): 522-4, 591.
10. Galek L, Darewicz B, Werel T, et al. Microsurgical replantation of sexual organs in three patients. *Scand J Urol Nephrol* 2002; 36(1): 14-7.
11. El Bahnasawy MS, El Sherbiny MT. Paediatric penile trauma. *BJU Int* 2002; 90(1): 92-6.
12. Greenberger ML, Lowe BA. Penile stump advancement as an alternative to perineal urethrostomy after penile amputation. *J Urol* 1999; 161(3): 893-4.
13. Sasaki K, Nozaki M, Morioka K, Huang TT. Penile reconstruction: combined use of an innervated forearm osteo cutaneous flap and big toe pulp. *Plast Reconst Surg* 1999; 104(4): 1054-8.

* آدرس نویسنده مسئول: بابل، بیمارستان شهید بهشتی، گروه ارولوژی، تلفن: ۰۱۱۱-۲۲۵۲۰۷۱-۵.
h.shafi@mubabol.ac.ir

Archive of SID