

Penil protez cerrahisi sonrası lokal enfeksiyonlu hastalarda konservatif tedavi; etkili bir seçenek

Habous M., Farag M., Williamson B., et al
J Sex Med 2016; 13: 972–976

Penil protez implantasyonu (PPI), organik erektil disfonksiyon (ED) tedavisinde, etkili ve güvenli ilaçlar çağında dahi, büyük bir role sahiptir. Penil protez tasarımındaki gelişmeler, implantın uzun dönem kullanımını arttırıp, komplikasyonları azalttı. Ancak PPI'nda enfeksiyon, en yıkıcı komplikasyondur. Geniş PPI serilerinde düşük riskli vakalarda enfeksiyon insidansı %1–4 iken, yüksek riskli komplike hastalarda bu oran %20'lere çıkmaktadır.

Eski klasik yaklaşım tüm protezin hemen çıkarılması, uzun dönem iv/oral antibiyotik tedavisini takiben 3–6 ay sonra reimplantasyonu. Bu yaklaşımın ana dezavantajı intrakorporeal fibrozis; buna bağlı penis uzunluğunda azalma ve sonraki cerrahi prosedürlerin güçlüğüdür. Salvage prosedürlerde ise enfekte protezin çıkarılması, kavitenin tamamen organizma ve biyofilm tabakasından irrigasyonla eradike edilmesi sonrası aynı seansta yeni PPI yapılmaktadır.

Son zamanlarda konservatif antibiyotik tedavisinin başarısı, hastayı invaziv cerrahiden kurtarması ve maliyet kazancı nedeni ile ilgi çekmekle birlikte bu çalışmada konservatif tedavinin başarı oranları ve prediktif faktörlerin etkileri araştırıldı.

Çalışma Suudi Arabistanda yılda 70 den fazla PPI yapılan 3 üroloji kliniğinde, Haziran 2011–Temmuz 2014 yılları arasında yapıldı. Hastalar postoperatif 7, 14, 30. gün ve 3, 6, 12, 18, 24, 30, 36. aylarda kontrollere geldi. Operasyondan 1 hafta sonra ile 6 ay arasında penil eritem, hassasiyet, şişlik, yara açılması, fluktuasyon, erozyon, persistan ağrı semptom ve bulguların en az biri olan hastalar çalışmaya dahil edildi.

Ateşin 37,5 dereceden daha yüksek olması, lökositoz, cilt nekrozu gibi sistemik semptomu olan hastalar hariç tutuldu. Pürülan drenajı olandan kültür alınarak antibiyogramaya uygun antibiyoterapi verildi. Negatif kültür gelen hastalara 10 gün 1 gr seftriakson parenteral, sonrasında enfeksiyon bitimine dek amoksisilin klavulanat potasyum

tedavisi verildi. Bu sürede hastalar haftalık kontrole geldi ve artan penoskrotal ağrı, sistemik semptom (37,5 üstü ateş, üşüme, 13000 üstü lökositoz) olan hastalara beklenmeden cerrahi girişim uygulandı.

Penil protez implantasyonu yapılan 411 hastanın, çalışma kriterlerine uygun olan 37'si (%9) dahil edildi. Retrospektif çalışmanın yaş ortalaması 58,1 (37–85, SD 9.89) idi. Tüm hastalar diyabetik ve ortalama HbA1c %9.2 (6–11.2, SD 1.36) idi. Ortalama BMI 31.8 (24–47, SD 5,03). Otuz üç hastaya malleable, 4 hastaya inflatable PPI yapılmış idi.

On altı hasta (%43) sigara kullanmakta, 30 hastada peyronie (%81) mevcuttu. Dört hasta revizyon PPI, 1 hasta priapizm sonrası şiddetli fibrozisli ve 12 hasta peyronie nedeniyle zor vaka idi. On dört hastada lokal enfeksiyon bulguları, 10 hastada insizyon yerinde akıntı, 9 hastada insizyonda akıntılı ülser alan, 1 hastada glans ve frenulumda yüzeysel gangrenöz doku mevcuttu. Pürülan akıntısı olan 19 hastadan alınan kültür sonuçlarına bakıldığında S.epidermidis 8 (%42), pseudomonas 4 (%21), E.coli 4 (%21) saptandı.

Protez çıkarılmadan tedavisi tamamlanan hastaların ortalama tedavi süresi 49 gün (29–97,SD 15.8) idi. Konservatif tedavi (KT) başarısız olan (ortalama tedavi süresi 75±1.8 gün) ve sistemik semptom veren 4 hastanın protezi çıkarıldı. İki hastanın protezi KT ile tam yara iyileşmesine rağmen, persistan penil ağrı nedeniyle (128±2.5 gün sonra) çıkarıldı. KT başarı oranı %83.8 (31 hasta) olup sonrasında ortalama takip süresi 14.6 ay (6–30 ay) idi.

KT den fayda görmeyerek protezi çıkarılan 4 hastanın hepsinin kültüründe pseudomonas üredi. Persistan ağrı nedeniyle protezi çıkarılan 2 hastanın intraoperatif alınan kültüründe ise S. Epidermidis ve E.coli üredi. KT ye cevap veren 31 hasta (yaş ort 57,5) ile vermeyen 6 hastanın (yaş ort 61.3) yaşları arasında anlamlı fark yoktu (p=0.39). 37 hastadan 2 si KBY nedeniyle hemodiyalize girmektedir ve bu hastalar KT ye cevap vermedi. Protezi çıkarılan 6 has-

tanın 5'inde peyronie olup, 4'ünde şiddetli fibrozis vardı. Kontrollü diyabet KT ye yanıtta belirleyici değildi (p=0,97).

Prostat kanseri tedavisi alan hastaların, şiddetli diyabet ve metabolik sendromlu hastaların artan prevelansı ve PDE5 inhibitör dirençli ya da kullanmak istemeyen hastalar nedeniyle yıllık PPI sayısı artmıştır. Tüm protezler gibi PPI'da da postoperatif enfeksiyon riski mevcuttur. Perioperatif antibiyotik kullanımı, antiseptik scrubs, diyabet kontrolü, steril idrar kültürü, sağlam cilt dokusu, operasyonun hemen öncesinde cilt temizliği, ameliyathane salonunda minimum trafik sağlanması, uzun süreli scrub uygulanması, çift steril eldiven kullanımı, antibiyotik kaplı/hidrofilik protez seçimi, titiz cerrahi teknik, cerrahi sırasında devamlı antibiyotik irrigasyonu gibi yöntemler enfeksiyon riskini azaltmak için uygulanmaktadır.

Tüm bu önlemlere rağmen bazı PPI hala enfekte hale gelmektedir. PPI enfeksiyonu ciddi maliyetli ve morbiditesi yüksektir. Çalışılan kliniklerde malleable PPI maliyeti 6000 Dolar, inflatable implant maliyeti 13500 Dolar olup, KT nin günlük maliyeti 15–20 Dolar düzeyinde, ortalama tedavi süresini 48 gün olarak kabul edecek olursak, KT maliyeti bir malleable PPI'nın yaklaşık %15'i maliyetine

denk gelmektedir.

Bu aşamada %84 gibi yüksek KT başarı oranı, dikkatli KT alacak hastaları seçmeye bağlı olduğu düşünülebilir. KT de diyabetin etkisinin anlamlı fark çıkmaması; çalışmadaki tüm hastaların diyabet hastası olması ve çalışma grubunun sayıca düşük olmasından kaynaklı olabilir.

Çalışmanın sınırlılığı olarak randomize kontrolü çalışma olmaması, kliniğimizin enfeksiyon oranı düşük olması nedeni ile çalışma popülasyonunun düşük olması ve kültürün sadece 19 hastadan alınmış olması sayılabilir.

Bu ön raporda; konservatif tedavi, penil protezlerin lokal enfeksiyonlarının tedavisinde geçerli bir seçenek olarak görünmektedir. Penil protez korunmuş ve hastaların seksüel ilişkilerine devam edebilmeleri sağlanmıştır. Bu yaklaşımın doku değişikliği ve sistemik semptomu olmayan tüm penil protez enfeksiyonlarında güvenle tercih edilebilir olduğunu düşünüyoruz.

Çeviri

Dr. M. Yiğit Yalçın, Doç. Dr. Zafer Kozacıoğlu
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Üroloji Kliniği