

Adelosan Dönem Sonrasında Primer Fimozis: Olgu Sunumu

Primary Phimosis After Adolescence: Case Report
Üroloji

Başvuru: 27.06.2014
Kabul: 05.08.2014
Yayın: 05.09.2014

Zeki Özsoy¹, Fatih Fırat²

¹ Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi
² Turhal Devlet Hastanesi, Üroloji Kliniği

Özet

Fizyolojik fimozise, üç yaşa kadar olan erkek çocuklarda sık rastlanmakla birlikte, en sık 0-6 aylık yaş grubunda görülmektedir. Adelosan dönem sonrasında ise oldukça nadir görülür. Burada literatür bilgileri eşliğinde 19 yaşındaki primer fimozisli olgumuzu sunmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: *Fimozis, Sünnet Adult*

Abstract

Although physiological phimosis is common in boys up to the age of three, it is seen most frequently in the age group of 0-6 months. It is quite rare condition after adolescence. Here, we presented the diagnosis and management of a 19-year old patient with primary phimosis and also discussed this rare condition based on the literature

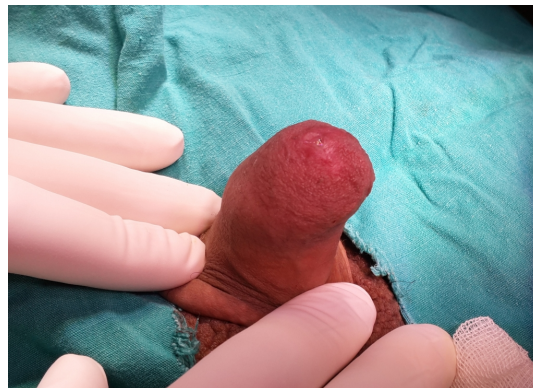
Keywords: *Phimosis, Circumcision Adult*

Giriş

Fimozis prepisyumun geriye çekilememesi sonucu glans'ın tam olarak görülemediği durumdur ^{1,2}. Fizyolojik fimozise, 3 yaşa kadar olan erkek çocuklarda sık rastlanmakla birlikte, en sık 0-6 aylık yaş grubunda görülmektedir ³. Prepisyum ile glans arasındaki yapışıklıklar büyük oranda yaşla birlikte geriler ve fimozis kaybolur. Adelosan dönem sonrasında ise oldukça nadir görülür ⁴. Burada, literatür bilgileri eşliğinde 19 yaşındaki fimozisli olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Ondokuz yaşında erkek hasta idrar yaparken zorlanma şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde fimozis tespit edildi. Orifisyal açıklık yaklaşık 3 mm idi ve prepisyum retrakte edilemiyordu (Şekil 1).



Şekil 1 : Retrakte edilemeyen prepisyum

Hastanın sorgusunda idrar yaparken zorlanma dışında, prepisyumunda balonlaşma, ereksiyon ve ejakülasyon sırasında ağrı şikayetleri de vardı. Tıbbi özgeçmişinde geçirilmiş üriner sistem enfeksiyonu ya da balanopostit öyküsü olmadığı anlaşıldı. Hastanın laboratuvar tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Hastaya yapılan üriner sistem ultrasonografi incelemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Bunun üzerine sünnet işlemine karar verildi. Lokal anestezi altında cerrahi sirkümsizyon ile sünnet işlemi gerçekleştirildi (Şekil 2).



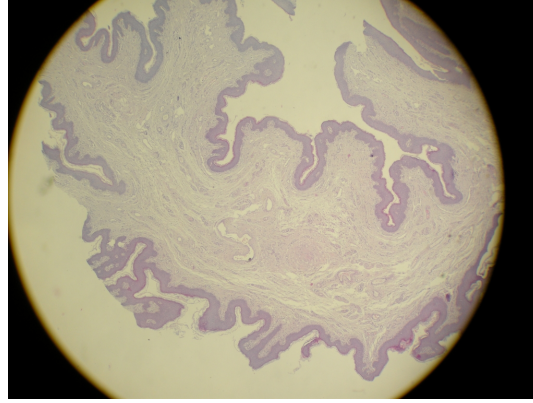
Şekil 2 : Cerrahi sirkümsizyon ile sünnet işlemi

Fimozisli olgularda çocukluk döneminde sık rastlanan glans ve prepisyum arasında yapışıklık olgumuzda yoktu. Postoperatif dönemde cerrahi ya da enfeksiyona bağlı komplikasyon yaşanmadı.

Tartışma ve Sonuç

Bütün erkekler fimozisli doğar ⁵. Yaşamın ilk yılının sonunda, sünnet derisinin glanüler sulkus arkasına çekilmesi erkek çocukların yalnızca yaklaşık %50'sinde mümkün olmaktadır ⁶. Fimozis tanısında fizik muayenede prepisyumun geri çekilememesi, ucundaki açıklığın 5 mm altında olması ve işeme esnasında prepisyumun balonlaşması anlamlıdır ⁷⁻⁹. Bizim olgumuzda bu açıklık yaklaşık 3 mm idi. Glans ile prepisyum arasındaki yapışıklık fizyolojiktir. Bu yapışıklıklar yaş ilerledikçe lizise uğrayarak azalır ve fizyolojik fimozis kaybolur. Japonya' da yapılan bir çalışmada fizyolojik fimozis 0-6 aylık çocuklarda %84 iken 11-15 yaş arasında bu oranın %8'e gerilediği görülmüştür ⁴. Yine 9000 Danimarkalı olgunun gözlemlendiği çalışmada %90' ının ilk 3 yaşta fimozisinin çözüldüğünü ve %1 den azında 17 yaşına kadar devam ettiğini bildirilmiştir ¹⁰. Yang ve arkadaşları tarafından yapılan 10.421 olgunun alındığı başka bir çalışmada ise 0-18 yaş arasında fimozis oranının doğumda %99,7 olduğu ve bunun adolosan dönemde %6,81 olduğu bildirilmiştir ¹¹.

Fimozisli olgularda prepisyum ve idrar yollarında tekrarlayan enfeksiyonlar, işeme bozuklukları ve işeme esnasında prepisyumda balonlaşma görülebilir ⁵. Balanopostit sünnetsiz erkeklerin yaklaşık %4-11' inde görülür ⁵. Yaş ortalaması 76,1 olan fimozisli 8 tane olgunun alındığı bir çalışmada hastalara sünnet işlemi uygulanmış ve hastalarda fimozis nedeni olarak balanitis xerotika obliterans tesbit edilmiştir ¹². Minagawa ve arkadaşları tarafından bildirilen 67 yaşında fimozis nedeniyle üriner retansiyon gelişen bir olguda patolojik incelemede sünnet derisinde fibrozis görülmüştür ¹³. Yine buna benzer pek çok çalışmada yetişkin dönemde fimozis için enfeksiyon, mekanik travma, kontakt irritasyon ve kontakt alerji, HPV, liken sklerozis, penil tümörler başta olmak üzere pek çok sekonder neden bildirilmiştir ¹⁴. Olgumuzda da patolojik incelemede fibrozis tespit edilememiştir (Şekil 3).



Şekil 3 : Skuamöz epitel düzensiz ve lamina propria hafif derecede mononükleer infiltrasyon (4X100)

Fimozisde çocukluk çağında işerken ağlama semptomu ön planda olup ilerleyen yaşlarda ereksiyon bozuklukları ile karşımıza çıkabilmekte ve bazen koitusa da engel olabilmektedir. Hastalar ereksiyon esnasında ağrıdan şikayet edebilir⁵. Prepisyumla glans arasındaki yapışıklıkların tamamen ayrıldığı ve fimozis halkasının çok dar olduğu durumlarda bu balonlaşma daha belirgin hale gelir. Hastamızda idrar yaparken zorlanma, prepisyumunda balonlaşma, ereksiyon ve ejakülasyon sırasında ağrı şikayetleri mevcuttu. Sünnet uygulaması fimozis tedavisinde sıklıkla uygulanan tedavi seçeneğidir¹⁵. Ancak son yıllarda sünnetin kozmetik ve psikolojik olarak kabul edilemeyeceği durumlarda dorsal split, prepisyel plasti, balon dilatasyon gibi alternatif cerrahi yöntemler de kullanılmaktadır¹⁶. Bununla birlikte prepisyumun korunması gerektiğinde ve 3 yaş öncesinde enfeksiyonun eşlik etmediği durumlarda topikal steroid uygulamaları, antienflamatuvar, immunosupresif ve deriyi inceltici özellikleri ile önerilmektedir¹⁷.

Literatürde bizim olgumuzda olduğu gibi adölesan dönem sonrasında primer fimozisli olguya rastlanmamıştır. Bizim olgumuz ise mevcut şikayetlerine rağmen sosyal ve kültürel nedenlerden dolayı 19 yaşına kadar sünnet olmayı ertelemiş ve polikliniğimize başvurduğunda sorgusunda herhangi bir sekonder fimozis nedeni bulunamamıştır. Ülkemizdeki tıbbi imkanlara ulaşımın kolaylığına rağmen özellikle doğu ve güneydoğu Anadolu bölgelerinde sosyokültürel nedenler ve geleneksel olarak utanma duygusu ile sünnet işlemi hastanın şikayetleri varken bile adölesan dönem sonrasına kalabilmektedir. Olgumuzda adölesan dönem sonrası tanı konulmasını da bu durum açıklamaktadır

Sonuç olarak, işeme gücünü yakınlığı ile başvuran erişkin olguda pek çok mesane ve üretral kökenli patolojinin yanında fimozis de akla getirilmelidir. Bu nedenle fizik muayene çok önemlidir.

Kaynaklar

1. Ashfield Je, Nickel Kr, Siemens Dr. Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. J Urol. 2003; 169: 1106-8.
2. Dobanovacki D, Lucić Prostran B, Sarac D. Prepuce in boys and adolescents: what when, and how? Med Pregl. 2012; 65: 295-300.
3. Rübber I, Rübber H. Phimosis. Urologe A. 2012; 51: 1005-16.
4. Kayaba H, et al. Analysis of shape and retractibility of the Prepuce in 603 Japanese boys. J Urol. 1996; 156: 1813- 55.
5. Morris BJ. Why circumcision is a biomedical imperative for the 21st century. Bioessays. 2007; 29: 1147-58.

6. Tekgöl S, Doğan HS, Hoebcke P, et. al. EAU Working group on Paediatric urology. EAU Guidelines on Paediatric Urology. 2014: 10-11.
7. Ellis DG, Mann CM. Abnormalities of the urethra, penis, and scrotum In: O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. Pediatric Surgery. 5th edition. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.1998. p.1783-95.
8. Rowe MI, O'Neill JA, Grosfeld JL. Essentials of Pediatric Surgery. St. Louis: Mosby-Year Book, Inc.1995.p.769.
9. Balkan E, Kırkpınar A, Kılıç N. Çocuklarda geri çekilemeyen prepusiyum. Gülhane Tıp Dergisi. 2004; 46: 29-32.
10. Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. Arch Dis Child. 1968; 43: 200-3.
11. Yang C, Liu X, Wei GH. Foreskin development in 10,421 Chinese boys aged 0-18 years. World J Pediatr. 2009; 5: 312-5.
12. Nemoto K, Ishidate T. Balanitis xerotica obliterans with phimosis in elderly patients presenting with difficulty in urination. Hinyokika Kyo. 2013; 59: 341-6.
13. Minagawa T, Murata Y. A case of urinary retention caused by true phimosis. Hinyokika Kyo. 2008; 54: 427-9.
14. Fornasa CV, Calabro A, Miglietta A. Mild balanoposthitis. Genitourin Med. 1994; 70: 345-6.
15. Dewan PA, Tieu HC, Chieng BS. Phimosis: Circumcision necessary? J Pediatr Child Health. 1996; 32: 285-9.
16. Hayashi Y, Kojima Y, Mizuno K. Prepuce: Phimosis, Paraphimosis and Circumcision. TheScientific World Journal. 2011; 11: 289-301.
17. Kikiros CS, Beasley SW, Woodward AA. The response of phimosis to local steroid application. Pediatr Surg Int. 1993; 8: 329-32.

Sunum Bilgisi

19. Ulusal Cerrahi Kongresi, Antalya, 16-20 Nisan 2014 (Poster)