

الأذيات الرضية للقضيب

الدكتور لؤي نداف*

(قبل للنشر في 1999/1/26)

□ الملخص □

يمكن أن تتجم الأذيات الرضية للقضيب، إما عن جرح نافذ كالذي يسببه الطلق الناري، أو طعنة، أو يمكن أن ينجم عن تمزق الأجسام الكهفية بسبب رض كليل، يؤدي إلى نزف الأجسام الناعظة عبر لفافة بوك إلى انتشار التسرب الدموي حتى حدود الارتكاز للفاقة كولس. يؤدي الإصلاح المبكر إلى التقليل من القصور الناجم عن التندب التالي، الذي يمكن أن يؤدي إلى مشاكل خصوصاً أثناء الانتصاب.

قمناً في دراستنا في مشفى الأسد الجامعي باللائقية بدراسة تسعة مرضى، سبعة منهم كان لديهم كسر قضيب، ومرض واحد كان لديه جرح قضيب مفتوح، ومرض لديه بتر قضيب وتمت معالجة هؤلاء المرضى عموماً بالطريقة الجراحية، والنتائج كانت جيدة جداً ما عدا حالة واحدة حيث كان لدى المريض بتر قضيب.

* أستاذ في قسم الجراحة - كلية الطب - جامعة تشرين - اللائقية - سورية.

The Traumatic injuries of the Penis

Dr. Louai NADDAF*

(Accepted 26/1/1999)

□ ABSTRACT □

Traumatic injuries of the penis may occur from a penetrating wound caused by a bullet or a stab, it may also occur from rupture of the corpora as a result of blunt trauma.

Bleeding of the corpora through Buck's fascia results in a diffusion of the blood leakage till the attachment limits of the Colles fascia. A prompt repair may minimize the inability caused by scar formation which leads to some problems especially during erection.

In our study in Al Assad University Hospital-Lattakia we evaluated 9 patients; 7 of them had penis fracture, 1 patient had an amputated penis and one had an open penile fracture.

All of these patients were treated by surgery and the results were very good except for one case whereas the patient had an amputated penis.

* Prof. at the Department of Surgery, Faculty of medicine, Tishreen University, Lattakia, Syria.

مقدمة:

تتطلب العناية الناجحة بالمرضى المصاب برض على القزيب معرفة عميقة بأساسيات الجراحة البولية، والجراحة التجميلية مع الانتباه إلى حاجات المريض الفيزيولوجية.

من الممكن أن يراجع هؤلاء المرضى، وهم مصابون بصدمة نقص حجم، وذلك بسبب كمية النزف الكبيرة الحاصلة بعد الرض، الأمر الذي يستدعي المعالجة الإسعافية لحالة الصدمة بتعويض السوائل، والدم للمريض، وذلك بعد القيام بالإجراءات اللازمة لوقف النزف.

من جهة أخرى غالباً ما يراجع هؤلاء المرضى، وهم مصابون بصدمة نفسية شديدة، بينما يكون لديهم استقرار دوراني، وهنا يكفي الانتباه لهذا الأمر، وتقديم الدعم النفسي للمريض.

يجب التركيز أثناء المعاينة الأولية (بعد استقرار العلامات الحياتية طبعاً) على شدة الأذية، طبيعتها- درجة عمقها، حالة الجلد المغطى وسلامة الإحليل مع الانتباه إلى الأذيات الأخرى المرافقة [1].

تصنف رضوح القزيب إلى:

1-أذيات الاختناق: تنجم هذه الأذيات عندما توضع أنوات غير قابلة للتمدد حول القزيب، وذلك من أجل ممارسة الجنس، أو ممارسة العادة السرية، ويكون العلاج بإزالة الأداة حول القزيب.

2-كمور القزيب: تحدث عندما توجه ضربة إلى القزيب، وهو بحالة الانتصاب، وقد ينجم هذا الرض عن لوي القزيب بقوة، أو بسبب اصطدام بعظم العانة عند الشريك.

يسمع المريض لحظة وقوع الكسر صوتاً ناجماً عن تمزق الغلالة البيضاء، وبسبب النزف الحاصل، والناجم عن تمزق الغلالة البيضاء، ولفافة بوك، نلاحظ حدوث تورم القزيب مع وجود كدمة بلون أزرق، ويمكن أن نجس منطقة التمزق، يحدث لدى حوالي ثلث المرضى أذية إحليلية.

تدبير الحالة: على الرغم من النتائج المشجعة للمعالجة غير الجراحية، والتي تشمل وضع القزيب في حقيبة، تحتوي على جليد، رفع العضو، حقن عوامل أنزيمية داخل القزيب فإن المعالجة الجراحية ما تزال هي المعالجة المثلى لأنها تقلل من المراضة المرافقة للإصابة مع الحصول على نتائج وظيفية، وتجميلية ممتازة.

يشمل العمل الجراحي:

-استقصاء مكان الإصابة.

-خياطة الغلالة البيضاء للأجسام الكهفية بخيوط صغيرة القياس (5.0 أو 6.0).

-وضع مفجر في مكان الأذية [2 , 3].

3-انفلاق جلد القزيب: تحدث هذه الإصابة في سياق إصابات القزيب الخطيرة، كالتى تحدث عندما يعلق القزيب مع الثياب فوقه ضمن آلة (غالباً ما تكون آلة زراعية أو آلة حديقة) وغالباً ما ينسلخ الجلد هنا على مستوى النسيج اللعوي تحت الجلد مباشرة فوق لفافة بوك، في حال كانت الإصابة دائرية على كامل محيط القزيب، فإن على الجراح أن يزيل جلد القزيب المتبقي على الجزء القاصي حتى 1-2 ملم عن الأخدود الإكليلي الحشفي، وفي حال لم يقم الجراح بهذا الإجراء فإنه سيتشكل وذمة قاسية على جلد القزيب البعيد مؤدية إلى نتائج وظيفية، وتجميلية غير مقبولة [4 , 5]

يجب أن ينظف مكان الأذية بشكل جيد مع تحضير الأنسجة المتوترة، أما بالنسبة لتطعيم الجلد، فيجب استخدام شرائح جلدية جزئية السماكة تصل إلى (0.15 سم)، وذلك للسماح للقزيب بالتمدد بالشكل الطبيعي بعد الشفاء خلال الانتصاب، مع الانتباه إلى وضع خطة خياطة الشرائح على الوجه الظهري للقزيب، وذلك لوجود احتمال حصول انكماش مكان الخياطة، وحصول حبل ليفي، وفي حال وجود هذا التندب على الوجه الظهري، فإن القزيب يظل وظيفياً [6].

4-بتر القزيب: الأذيات التي يمكن أن تسبب ببت القزيب، تشمل إصابات محدثة بسبب الآلات، أو بسبب اعتداء بأداة حادة، أو بطلق نارى، أو أن المريض نفسه قد قام بالبتر لأسباب نفسية.

يجب صرف الانتباه أولاً في هذه الأذيات إلى إيقاف النزف (غالباً بوضع عاصبة عند جذر القزيب)، وتصحيح حالة الصدمة بتعويض السوائل، والدم المفقود، أما بالنسبة للجزء المبتور ففي حالة إيجادها يجب أن تروى الشرايين، والأوردة في هذا القسم بمحلول رنجر لاكتات مبرد، ويضاف له هيبارين ويوضع هذا الجزء في محلول رنجر لاكتات مجلد يحتوي على ستربتومايسين وبنسلين.

يجب تحديد شريان ظهر القزيب، وشريان القزيب العميق، ثم يحقن بمحلول رنجر لاكتات حاوي على الهيبارين، ثم يغلقان بواسطة ملاقط أوعية دقيقة.

يجري فغر المثانة فوق العانة، وتوضع قنطرة فولى ضمن الإحليل، في جزء القزيب الداني تصل إلى المثانة، أما بالنسبة لإعادة وصل القزيب، فالشرط الأساسي لها وجود الجراحة المجهرية في مركز المعالجة، بعدها يتم وصل مكونات القزيب بالترتيب التالي: شرايين القزيب العميقة ثم الغلالة البيضاء ثم وريد ظهر القزيب العميق بعدها يتم وصل شريان ظهر القزيب، وأعصاب ظهر القزيب، ثم خياطة الجلد، تكون عملية إعادة وصل القزيب ناجحة في حال تمت المداخلة خلال 18 ساعة من الإصابة.

في حال لم تتمكن من إيجاد الجزء المبتور، أو تجاوزنا الزمن الذي يمكن إعادة الوصل فيه، فإننا هنا نقوم بإجراء تنضير الجرح، وإجراء فغر إحليل عجاني، ثم نقوم بتصنيع عضو صغير غير وظيفي عن طريق إجراء شريحة أنبوبية، إما صغرية، أو سديلة بطنية، أو شريحة موعاة من المغين مع زرع خصية ضمن هذه الشريحة، أو ضلع أو جهاز صناعي، وذلك للحصول على عضو فعال.

أهمية البحث وأهدافه:

بسبب التأثير الكبير الذي تحدثه رضوض القضيب على المستقبل الجنسي، والنفسي معاً للمريض لذلك قمنا بإجراء هذه الدراسة لمعرفة انتشار رضوض القضيب، والأعمار التي راجعت بشأنها، وأسبابها والطرق العلاجية المتبعة، والاختلاطات اللاحقة لهذه الإصابات.

طرق البحث:

دراسة أضايبير المرضى الذين راجعوا مشفى الأسد الجامعي باللاذقية من تاريخ افتتاحه، وحتى عام 1997 بشكوى إصابة رضحية للقضيب.

النتائج والمناقشة:

1- أعمار المرضى: راجع مشفى الأسد الجامعي باللاذقية تسعة (9) مرضى بشكوى إصابة رضحية على القضيب، تراوحت أعمارهم بين 20 سنة وحتى 49 سنة كما في الجدول (1):

جدول رقم (1): يبين توزع مرضى الدراسة حسب مجموعات العمر

العمر	عدد المرضى	النسبة
20 - 29	5	55.6 %
30 - 39	2	22.2 %
40 - 49	2	22.2 %
المجموع	9	100 %

نلاحظ من الجدول السابق أن أكثر من نصف المرضى كانت أعمارهم تتراوح بين 20 - 29 سنة أي أنهم مرضى شباب معظمهم غير متزوجين حيث كان لدينا أربعة مرضى من أصل خمسة غير متزوجين بعد أي ما نسبته 80 % الأمر الذي يشكل عبئاً نفسياً كبيراً على المريض من ناحية الخوف على الوظيفة الجنسية والتناسلية.

2- الشكوى التي راجع بها المرضى:

راجع ثمانية مرضى بشكوى ألم وتورم في القضيب مع سماع صوت طقة، ومريض واحد راجع بنزف شديد بسبب بتر القضيب، ترافقت هذه الشكاية مع خروج دم من الإحليل خارج وقت التبول، ومريض آخر راجع إضافة للشكوى الرئيسية بجرح بالصفن كما في الجدول (2):

جدول رقم (2) يبين الأعراض التي راجع فيها مرضى الدراسة

الشكوى	عدد المرضى	النسبة
سماع الطقة	8	88.9 %
ألم في القضيب	8	88.9 %
وذمة في القضيب	8	88.9 %
نزف شديد	1	11.1 %
خروج دم من الإحليل	1	11.1 %
جرح صفن	1	11.1 %

3- السبب المؤدي إلى الرضخ:

حدث الرضخ لدى خمسة مرضى بسبب ارتطام القضيب مع عظم العانة عند الشريك الجنسي أثناء الجماع، سمعوا بعدها صوت طقة، وحدث تورم مفاجئ في القضيب، وأزرقاق لونه بينما حدث الرضخ لدى مريضين بسبب وثي شديد للقضيب أثناء الانتصاب وذلك بسبب الخوف من رؤية المحيطين للقضيب المنتصب تحت الثياب. ولدنيا مريض حدث له الرضخ على القضيب بسبب السقوط على حافة قاسية من ارتفاع حوالي المتر أدى إلى حدوث جرح في القضيب والصفن ترافق مع حدوث خروج دم من الإحليل. أما المريض الأخير فقد حدثت الإصابة لديه بسبب جرح قاطع بسكين قام به المريض لإصابته بمرض نفسي كما في الجدول (3):

جدول رقم (3) يوضح السبب المؤدي إلى أذية القضيب

سبب الإصابة	العدد	النسبة
ارتطام القضيب بجسم العانة أثناء الجماع	5	55.6 %
وثي شديد للقضيب	2	22.2 %
سقوط على حافة قاسية	1	11.1 %
جرح قاطع بواسطة آلة حادة	1	11.1 %

4- الزمن الفاصل بين الإصابة ومراجعة المريض المشفى:

تراوحت المدة التي انقضت على الإصابة حتى مراجعة المريض ما بين نصف ساعة إلى 35 ساعة كما في الجدول (4):

جدول رقم (4) يوضح الفترة الفاصلة بين حدوث الأذية ومراجعة المريض

النسبة	عدد المرضى	الزمن بالساعة
44.5 %	4	10 ← 0.5
11.1 %	1	20 ← 10
11.1 %	1	30 ← 20
33.3 %	3	35 ← 30

5-درجة الإصابة:

أصيب سبعة مرضى بنزف الأجسام الكهفية (كسر قضيب)، ومريض واحد كان لديه جرح قاطع في القضيب، وصل للغلالة البيضاء فقط بينما راجع مريض واحد فقط بتر قضيب كما في الجدول (5):

جدول رقم (5) يوضح درجة الإصابة الموجودة عند مرضى الدراسة

النسبة	العدد	نوع الإصابة
11.1 %	1	جرح قضيب مفتوح
11.1 %	1	بتر قضيب
77.8 %	7	كسر قضيب

6-طريقة العلاج المتبعة:

لم تتبع المعالجة المحافظة في أي من الحالات التي راجعت المشفى، بل كانت المعالجة في جميع الحالات معالجة جراحية، ففي ثماني حالات من مرضى الدراسة تم إجراء شق جراحي على مستوى الأخدود الإكليلي للحشفة، وتم كشف الغلالة البيضاء حتى جذر القضيب، وإزالة الخثرات المتراكمة والوصول إلى منطقة الإصابة حيث تمت الخياطة فوق الأجسام الكهفية بخيوط قابلة للامتصاص (فكريل 2.0) خياطة عرضانية، ثم خياطة الغلالة البيضاء فوقها بخيوط قابلة للامتصاص (فكريل 2.0) خياطة طولانية بقطب متفرقة ومن ثم تم وضع مفجر في مكان الإصابة أخرج بواسطة جرح طعني في جلد القضيب ثم تم وضع ضماد ضاغط.

أما بالنسبة لحالة بتر القضيب فقد تم علاج حالة الصدمة لدى المريض بتعويض الدم، والسوائل مترافقاً مع إجراء العمل الجراحي الإسعافي لوقف النزف وذلك بعد وضع قثطرة فولفي في الجزء الداني للإليل ثم أجريت خياطة إرقائية بخيوط (كروميك 2.0) وإغلاق الجرح دون إجراء أية عملية تصنيعية للحصول على عضو تجميلي للمريض ودون إجراء فغر لإليل عجاني.

7- الاختلاطات بعد العمل الجراحي:

حدثت أربعة اختلاطات مبيئة في الجدول (6):

جدول رقم (6) يوضح الاختلاطات الحادثة بعد العمل الجراحي.

النسبة	العدد	الاختلاط
11.1 %	1	فقدان الوظيفة الجنسية
33.3 %	3	تزوي قضيب يعيق الجماع

يلاحظ من الجدول (6) أنه حدث لدينا اختلاطات في أربعة حالات أي بنسبة 44.4 % ونلاحظ أنه لم تحدث أي حالة قصور جنسي (ما عدا في حالة البتر الكامل للقضيب) حيث أن التزوي الحاصل لم يعيق المريض المصاب به عن أداء الوظيفة الجنسية.

النتائج:

بالعودة إلى الجداول السابقة نلاحظ أن:

1- عدد حالات رضوح القضيب التي راجعت مشفى الأسد الجامعي باللاذقية كان قليلاً (9 حالات خلال 10 سنوات)، وهذا عائد إلى انخفاض حوادث الاعتداء الجنسي، والجسدي، وكذلك إلى انخفاض الممارسات الجنسية الشاذة واستخدام العنف أثناءها.

2- غالبية المرضى كانت من الشباب (55.6 % دون الثلاثين من العمر).

3- كان سبب الأذية في 55.6 % من الحالات، ارتطام القضيب في جسم العانة، أثناء الجماع، وهذا يدل على جهل بالممارسة الجنسية.

4- شوهد كسر القضيب (تمزق الجسمين الكهفيين) في 77.8 % من الحالات.

5- جميع المرضى عولجوا معالجة جراحية.

6- حدثت اختلاطات فقط في 44.4 % من الحالات، وهي اختلاطات بسيطة (تزوي بسيط في القضيب)، ولم تحدث أي حالة قصور جنسي (ما عدا حالة البتر الكامل للقضيب).

التوصيات:

1- التوعية الجنسية خاصة عند الشباب، لما لذلك من أهمية في إنقاص حالات رضوح القضيب.

2- إسعاف المرضى فوراً إلى أقرب مركز مختص، وعدم التأخر بإجراء العمل الجراحي إن لزم الأمر.

3- في حالة بتر القضيب: المحافظة على القضيب المبتور وإرسال المريض إلى مركز مختص بالجراحة المجهرية.

REFERENCES

المراجع

- [1]-Tamai S., Nakamura Y., Motomiya Y., Microsurgical replantation of a completely amputated penis and scrotum: case report
Plastic and reconstructive surgery 1997; 60: 287-291.
- [2]-Rob and Smith's operative surgery. 4th ed. Urology, 1986. P.P 539-547.
- [3]-Peters P. C., and Sagalowsky A. I., Genitourinary Trauma. Campbell's urology, 5th -ed. Philadelphia W. B., Saunders Co., 1986, P.P 1192-1246.
- [4]-Mc Dougal W. S., Persky L., Traumatic injuries of the genitourinary system. Baltimore: Williams and Wilkins, 1981., P.P 121-123.
- [5]-Paul - Peters m.d. , Arthur. Sagalowsky m.d., Genitourinary trauma. Campbell's urology. 6th ed. Philadelphia W.B., Saunders co., 1992., P.P 2589-2593.
- [6]-Ovrum E., Rupture of the penis. Scandinavian journal of urology and nephrology 1978; 12: 83-84.