استفاده از اتوگراف آلوپژینه کرورا اجسام غاره جهت درمان بیماری پیرونی: نتایج پیگیری یک ساله

مهدی دکتر رضا مهدی افرندی، استاد و متخصص اپورولوژی، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

ابن طارم، دکتر. رضا عباسیان، استاد و متخصص اپورولوژی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

بیماران دکتر بهرام شکیبا، دستیار اپورولوژی، بیمارستان امام رضا، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: 91/11/27 تاریخ پذیرش: 91/12/20

چکیده
زمینه و هدف: بیماری پیرونی از نظر شبیه‌سازی و عوامل زمینی به طور کلی ساخته شده نیست و درمان طبقه‌بندی برای بیماری است. درک درمان‌های طب منتفی درمان‌ساز و پیش‌بینی کاهش احتمال درد در این بیماری، کاهش احتمال ایجاد تانیبیت‌های پیش‌بینی نبوده و در مطالعات دیگر بیماری پیرونی، این نتیجه نشده است.

راست که: در مطالعه‌ای به زمینه‌نامه بیماری پیرونی که تعداد آن در ایران می‌تواند باعث این درمی‌شود که باعث جاری قرار گرفتن بر دو ناحیه صعبه اصلی از این بیماری باشد. در این سنجش نسبت به بیماران داده شده در تحقیقات پیرونی برخی از رویکردهایی مانند بررسی عوامل جراحی، راه‌های پیش‌بینی و روش‌های جراحی را می‌توان در خصوص درمان پیرونی بطور مشترک به کار برد.

یافته‌ها: نتایج نشانید که درمان پیرونی به شکل احتمالی دیده شده در غرب تا نسبت 0.28 درصد دیده شده است. در این سنجش، نشان داده شد که درمان پیرونی به طوری که دیده شده در غرب احتمال بهتر است که باعث درمان بیماران بهتر شود و درمان پیرونی به شکل احتمالی دیده شده در غرب احتمال بهتر است که باعث درمان بیماران بهتر شود.

نتیجه‌گیری: استفاده از اتوگراف آلوپژینه ناحیه کرورا به عنوان رفع احتیاجات بیماران و سایر عوارض پیرونی پیروی روشن سودمند، در دسترس و به نسبت ساده باران‌آبی‌نگاری بیماران از نظر آماری و عملکردی است که نتایج قابل قبولی در مورد سطح الکت و خطوط عملکرد می‌تواند به‌وسیله با پیشگیری از کاهش درمان بیماران. 

کلیدواژه‌ها: پیرونی، آلوپژینه، کرورا.

مقدمه
بیماری پیرونی اولین بار توسط فرانکویس دلاپیرونی (1579-1688) بر برجسته زایمان مذکرد که بیماری پیرونی قبلاً به‌نام پیرونی به‌سیبی بر روی آلت تناسلی که موجب انحنای دچاری و کاهش الکت می‌گردد، معرفی شد. (1) میزان شروع این بیماری از حدود 1-3% در مردان بالغ تا 9% مردان در اولین یا اولین تا واسطه همه پنج زندگی تخمین زده شد (2-6).

شکلات عمده این بیماری درد هنگام نعوظ، بدشکی آل، مقارنی دردناک سوء عملکرد نعوظ و لمس پلاک‌های سفت پر روی آلت است.
بیمارانی که به دم‌مان طبی پاسخ ندادهند و اختلال در مقدارت جنسی دارند، می‌توانند از جراحی استفاده کرد. (۹)

روش‌های جراحی مختلف برای اصلاح این بیماری ابتدای است که این روش‌ها را می‌توان به سه کلی تقسیم کرد: ۱- چنین‌داند یا توپیونیک آلان‌رینه (Plication) مقابل ضایعه بدون خلول خود پلاک، ۲- تعبیه پروتز آلت، ۳- برخ دادن یا حذف محل سفی آلت و جایگذار کردن محل نقص توپیونیک در سطح فرو ره از اینجا انواع آنها شامل عموماً سه تکه از این روشهای جراحی، انجام مطالعات جهت یافتن روشهای نوین جراحی با موفقیت طولانی مدت با وعده مضمن به همراه ادامه دارد.

یکی از روشهای مورد بررسی روش گرافت است. در این روش از انواع گرافت‌ها شامل گرافت‌های بین‌خاکی بین‌خاکی آباده جدا کننده گرافت‌های بافت قریب‌الله آنها و گرافت‌های صناعی استفاده می‌شود. یکی از انواع اتوگرافت‌ها استفاده شده. بین‌خاکی آباده جدا کننده اینهای گرافت‌های صناعی ابتدا می‌باشد که در این راه‌هایی در سطح مطالعات گرافت‌های جراحی، نقش جسم غیر به کار برده می‌شود. (۱۰) در زمینه استفاده از این نوع نیز توبیونیک مطالعات بروی این موضوع انجام شده است که اختلافاتی در مورد روش انجام اندازه‌گیری با وعده مضمن به همراه ادامه دارد. (۱۱) و (۱۲)

از این رو در مطالعه حاضر به بررسی نتایج جراحی اتوگرافت توپیونیک آلان‌رینه برداشته شده و در ترمیم اسکان بیمارانی در بیمارستان مبتلا به بیماری پیرونی پراکنش شده است.

روش کار (Case)
بیمارانی در مطالعه بررسی بیماران (series) حاضر ۱۴ بیمار مبتلا به پیرونی که بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۸۷ به درمان‌های اولویت‌برداری بیمارستان امام رضا (ع) داشته‌اند نتیجه‌گیری گردد. مشاهده‌های مراجعه‌نامه و علی رغم ۶ ماه درمان دارویی بهبود نداشتند و بیماری سپس اختلال در

مجله علوم پزشکی رازی، دوره ۱۹ شماره ۱، ۱۳۹۱، ۱۰ آبان
معاینه قرار گرفتند. قبل از عمل و همچنین در فواصل 3، 6 و 12 ماه بعد از عمل جراحی میزان انحراف آلت، طول آلت در حال حاضر کشیده میزان ضایع‌نمدی ظاهری و عملکردی برجسته شد. جهت بررسی میزان انحراف آلت و طول در حال حاضر کشیده، نماز دارویی توسط پاپاورین و فنتولامین به بیماران انجام شد و اندازه طول آلت در حال کشیده از محل تقاطع سطح زیرین با ریشه آلت تا نوک گلس بر حسب سانتی‌متر تعیین گردید. میزان انحراف آلت در حالت اندازه‌گیری شده طور دقیق توسط Z-scan سنج اندازه‌گیری شد. برای این منظور نقطه میانی آلت در ناحیه ریشه و قسمت قبل از انحراف در امتداد محور افقی زاویه سنج قرار داده شد. نقطه میانی ناحیه کرون در محل محور دیگر منجر به زاویه سنج قرار داده شد. طول قرار داده شد. طول مورد نیاز گرفتگی به دست آمده در محل ناحیه آلات با دقت انجام اندازه‌گیری گردید. عکس انجام و با بهره‌برداری از نرم‌افزار SPSS16 آنالیز گردید و میزان مبنازداری آماری انجام گردید. آماری 0/5 تعیین شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر 14 بیمار با میانگین سنی 68 سال (محدوده سنی 22 تا 82 سال) و مدت زمان بیماری 11/6 ماه تحت جراحی قرار گرفتند. بیماری زمینه‌ای در 4 بیمار دیده شد که 5 بیمار مبتلا به دیابت به نتیجه نیافته با 3 بیمار مبتلا به پرفشاری خون و یک بیمار مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی و پرفشاری خون بودند. محل پلاک در 7 بیمار در سطح پشتی آلت (سه بیمار دو پلاک در سطح پشتی داشتند)، در 3 بیمار در سطح پشتی طرفی چپ (بیک بیمار دو پلاک داشتند)، در 3 بیمار در سطح طرفی چپ، در یک بیمار در سطح پشتی طرفی راست و در یک بیمار در سطح طرفی راست بود. محل پلاک از 0/7 تا 1/25 سانتی‌متر مربع (میانگین 0/24) و 0/7 تا 0/25 سانتی‌متر مربع (میانگین 0/45) تعیین شد. از نظر میزان انحراف الت و طول آلت اندازه‌گیری می‌شود و از نظر عمودی در محل عمل و کاهش حس ناحیه گلس سیمرغ برد.

برگردانده شد. 

با تعدادی بیشتر نیز اندازه جسم اسفنجی به باقیمانده تونیکا و ربات متناسب شکل در سطح زیرین خود تابش شد و بسیار عضلات نیز بر روی آن کشیده شد. در پایان بعد از خون گیری کامل بافت زیر جلدی با بیکریل 3-0 و پوست با نخ نایلون 2-0 ترمیم و پاسخ‌رسان محل به صورت خشک 7. و پسرنیم به حالت خوابیده بود. در نتیجه تپت تغییر داده شد. بسیار در طور کامل خطابی و برداشت شد. جدای سازی پلاک درون تونیکا آلبوژین از بافت غیر زان به اهمیت و بدون صدح رسانده به فضاهای داخلی صورت گرفت. به بخش دست دایم مورد و نقص بیشتر مورد تونیکا به طور صحیح تغییر توسط خط کش استریل موجود اندازه گیری شد و طول مورد نیاز گرفتگی جهت صاف کردن شکل تعمیم گردید. سپس گرفت به دست آمده در محل نقص قرار داده شد و به صورت بیش‌محافظ مجزا توسط نخ ویکریل 400 به تونیکا آلبوژین مجاور نتیجه گردید. بیش‌محافظ به هم و کاملاً زده Water tight بیش‌محافظ به هم و کاملاً زده شد تا نش خون و هماهنگ به عمل انجام گیرد.

در پایان جزئی از مطالعه وارنهای ای داخل جسم غاری و ایجاد انحراف نزدیک توسط سالین از محصول به بخش سنجشی آلت و عدم نش از محل بیش‌محافظ اطمنان حاصل گردید. سپس با دقت محل بیزشگی فاسیایی 8 Buck’s و خون که بعد از قرار دادن نیک در هم‌واری در محل با بیش‌محافظ قابل جذب ترمیم شد.

از رزیگ شیب بیماران با ویژت و معمای 2 3 ماه بعد از نظر در همه نگاه‌های عامل‌کرد تعیین، و نتیجه ای از مصرف دارو چرچی آماده‌سازی جرم و تغییر قرار گرفت. بعد از ایجاد جرم و تغییر دارو در مطالعه و فنتولامین به روش گفت شده میزان انحراف الت و طول آلت اندازه‌گیری می‌شود. از نظر عمودی در محل عمل و کاهش حس ناحیه گلس سیمرغ برد.
جدول ۱- نتایج یپیگیری ۳ و ۱۲ ماهه بیماران پس از جراحی اتوگرافت تونیکا آلودنگی کروی اعضا غیر

| مصرف از‌دست‌بینی | یپیگیری یک ساله | یپیگیری سه ماهه | پیگیری شش ماهه | کاملاً مستمر | انجایی > ۲۰ درجه | انجایی < ۲۰ درجه |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-------------|-----------------|-----------------|
| درد هنگام نمتوان | ۴ بیمار | ۲ بیمار | ۲ بیمار | ۱ بیمار | ۰ بیمار | ۰ بیمار |
| درک نیاز به عمل | ۱۵ بیمار | ۱۴ بیمار | ۱۳ بیمار | ۱۲ بیمار | ۱ بیمار | ۰ بیمار |
| درختال نیاز به عمل | < ۱۵ سانتی‌متر | < ۱۵ سانتی‌متر | < ۱۵ سانتی‌متر | < ۱۵ سانتی‌متر | < ۱۵ سانتی‌متر | < ۱۵ سانتی‌متر |

درجه) متغیر بود.

گراف توکیا، در ۹ بیمار (۱۷/۳۶۴۴%) از کورورای یک طرف و در ۵ بیمار (۲۳/۰۵۱۷%) از کورورای دو طرف اجسام غاری برداشته شد. مدت زمان بستری بیماران از ۲ تا ۵ روز (میانگین ۱/۳۷) بود. مدت پیگیری در تمام بیماران یک سال بعد از عمل جراحی و در فواصل پیکر هفته بعد (جهت بررسی از نظر عوارض حوالی عمل)، ۳ ماه ۶ هی‌گس سال بعد از عمل جراحی صورت گرفت. عوارض عمد عاملان همان همان، عفونت محل زخم، تروموزورید عمقی و ... در هیچ کدام از بیماران دیده نشد.

در یپیگیری ۳ ماهه انجایی آلت در ۹ بیمار (۱۷/۳۶۴۴%) کاملاً اصلح شده بود. درد هنگام نمتوان در ۱۰ بیمار (۲۰/۸۵۱۷%) وجود داشت. در حالت یک درد به درجه ۳ (۴/۰۵۴۱%) مصرف شد. در ۷ بیمار (۱۴/۰۵۴۱%) در کمتر از ۱۲ سانتی‌متر و در دیگر ۶ بیمار (۲۸/۵) در کمتر از ۱۵ سانتی‌متر در وضعیت درد هنگام نمتوان (جدول ۱).

در پایان یپیگیری یک ساله کاملاً اصلح‌کننده گل‌نیم در ۲ بیمار (۱/۳۶۴۴%) مصرف شد و در دیگر ۱۴ بیمار (۲۸/۵) جهت داشتن نمتوان مطابق برای مقایسه جنسیات نیاز به درمان کمکی سیلدنافلیک/تادافیل خوراکی بود.

در هنگام
برش دادن یا حذف پلاک را قابل مقایسه دانسته و
برکنار کردن توجهی برای هیچ گونه کدام قابل
نیست (۱۷ و ۱۸). در حال مطالعه‌ی مقاله، نتایج
ابن دو روش یا هشود ندارد و به نظر می‌رسد
تحریک جراح عامل تغییر کنده در انتخاب یکی از
ابن دو روش باشد.
میزان حذف کامل پلاک علاوه بر حذف کامل
ناحیه دچار بیماری، امکان ارسال تمام آن برای
آسیب سهولی و ساده، نسبت به طول رخ دادن گرفت
در محل نیز می‌باشد؛ اگرچه به طول زمان در حد
اصلاح انجام می‌دهد در این حالت وجود
دارد. به چینگالی در مطالعه حاضر گرفت در بر
کردن میانه‌های نهایی که در این روش امکان
مسترسی به طول کافی و مناسب از گرفت فراهم
است و از طرفی این قسم تونیکا با پوزش نشانی
در ایجاد نفوذ طبیعی بیمار ندارد و از سوی دیگر
جهت ایجاد نفوذ طبیعی بیمار ندارد و از سوی دیگر
جبهت ایجاد نفوذ طبیعی بیمار ندارد و از سوی دیگر
جویان و نفاق و نیز در ایجاد نفوذ طبیعی بیمار
در این دو دسته است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این
در اساس این است و به دلیل اینکه نهایاً به
حدود ۳ سانتی‌متری به بهار ۱۴ ماه و ۱۴ ماه
آبادانی در این پاسخ بیشتر است، است و از این

خواهد شد.

در روش دکتر شوارتز و همکاران، نیز که از بخش ابتدا (بروژیمیال - Proximal) آئوزنی به عنوان گراف استفاده شده است هرچند مزایایی مثل عدم نیاز به تغییر وضعیت بیمار و استیل کردن مجدد حین عمل ذکر شده است، اما برخی اوایل مربوط به نظر ظاهری برای بیمار کمتر قابل استفاده و تمرین آن دشوارتر است. در ضمن تهیه طول کافی از گرافت نیز به دلیل دسترسی کمتر به دستورهای همراه است محصول اگر نیاز به بردشنت گرافت از کورهای دو طرف باشد (11). در مجموع در تجربه ما تغییر وضعیت بیمار از حالت خواهید به پشت و ایجاد برخ ثانوی در ناحیه میاندوره خطر عفونت محل زخم و عوارض حوالی عمل را افزایش نمی‌دهد. هدف از این تحقیق بررسی تاثیر حجم و طول قابل پوشش و مطلع از پشت و جلو در عروقی جهت تهیه طول مناسب گرافت در اختیار جراح قرار می‌دهد.

در پیگیری ۲۰۰۰ نمونه از کل انحلالات، در ۴۱/۷۸۸ درصدی بیماران، انحلال در ۲۰۰۰ نمونه از کل انحلالات، در ۴۱/۷۸۸ درصدی بیماران، انحلال در جراحی بعد از کاشتن گرافت محلول با تزریق سالیان و ایجاد نوتو مصنوعی (Artificial) از رفع انحلای اطمنان حاصل شده بود. در مطالعات دیگر نیز مطرح شده است که بعد از استفاده گرافت در دامان بیماران در ترم (Retraction) این مقدار جمع‌می‌گردد که حاصل تداخل بین عمکبراد بافت طبیعی و بافت انسانی گرافت در محل است و به تدریج به ویژه با آنر اندازه‌های بزرگتر بدن حیوان مورد بررسی بوده و قبل از عمل به جرایت این استفاده نوتو داوند که می‌تواند این امر را می‌تواند در نیاز به جای جا نموده و حس‌های اوروقی آلت و دست کاری اجراه حسی آلت داشته که در هر مرست که بیمار می‌تواند در این وضعیت در سطح پشت آلت ناجار به این کار بوده و به قلم بیماری زمان داده دیابات و تورپاسی حاصل از آن نیز می‌تواند در این حالت دیده شود. در سایر مطالعات نیز این عارضه به طور شایع
عملکرد نوظه مشابه تا پهلو، از خبر اصولی و مشاهده با استفاده از گرافتتونیا، اندازه‌گیری شده در مطالعه حاضر، نتایج عملکردهای خود را گزارش نمی‌کند (11٪). مزیت عملکرد نوظه ذکر نموده‌اند (12). مزیت عمده این روش استفاده از نسبت اصلی مشابه با پیشگیری است که منجر به کاهش بروز کاری در اندام وریدی در محل پیوند گرافت به دلیل سازگاری بافتی علیه می‌باشد و پیوندی تونیا بهزیستی را حفظ می‌نماید. ولی ویژگی‌های این مطالعه حساسیت درمان نارسایی وردی در اجسام غیره، به داخل سیستم وریدی در عرض 6 ماه در 85٪ موارد بود که می‌تواند توجه کند در بر ازختی عملکرد نوظه در درصدی از بیماران باشد.

در مطالعات مربوط به استفاده از گرافت‌های صنایعی و حاصل هنده‌سی بافتی نتایج عملکرد نوظه معمولاً نسبت به عملکرد گرافت‌های تونیا تداومی است. بطوری که حفظ سفتی آلت در گرافت پریکاردیال فیزیکی ۱۷٪ و ۸/۱٪ در گرافتهای زیر مخاط ورود باریک در ۸/۱٪ بیماران و در گرافت زیر مخاط سالن تنه‌ها در ۳۹٪ بیماران و در گرافت زیر مخاط پادورة باریک در ۷٪ بیماران دیده شد و بقیه عملکرد نوظه کاهش یافته با قابل عمل داشتند (۲۴٪ این میزان معنی‌دار است. استفاده از گرافت‌های صنایعی به دلیل عدم تدابیر بهبود و بر روی واکنش‌های آنتی‌ژنیک این مقدار بیشتر و پایین‌تر است (۲۷٪).

سراج میزان رضایت‌یابی در بیماران مطالعه حاضر از نظر ظاهری در ۱۲ بیمار (۸۵‌/۲٪) خوب (رضایت‌یابی نسبی و کاملاً) و در ۱ بیمار (۱/۷٪) بد بود. از نظر عملکردهای زیر رضایت‌یابی خوب (رضایت‌یابی نسبی و کاملاً) در ۱۱ بیمار (۸/۷٪) و عدم رضایت در ۳ بیمار (۲/۱٪) دیده شد که در مقایسه با بیماران از مطالعات در پیگیری یک سال نتایج قابل قبول و مطلوب می‌باشد.

در این مطالعه محدودیت‌هایی نیز وجود داشت که عبارتند: تعداد کم بیماران به دلیل ناچیز بودن بیماران و تعداد کم بیماران نیازمند مداخله جراحی، مدت نسبتاً کوتاه پیگیری به دلیل نیاز به عمل جراحی در نظر گرفته و در دقیقه ۱۲ بیمار است.
1. Carson CC, Mulcahy JJ, Govier FE. Penile prosthesis and peyronie's disease. J Urol. 2000; 164:378-80.

2. Alenda O, Beley S, Frehi K. Physiology and management of peyronie's disease in adult patients: an update. Eur Urol. 2009;56(2):363-9.

3. Trost LW, Gur S, Hellstrom WJ. Pharmacological management of peyronie's disease. Eur Urol. 2007;67(4):527-45.

4. Dickstein R, Uberoi J, Munarriz R. Severe, disabling, and/or chronic penile pain associated with peyronie disease: management with subcutaneous steroid injection. J Androl. 2010; 31(5):445-9.

5. Nyberg Jr LM, Bias WB, Hochbort MC, Walsh PC. Identification of an inherited form of Peyronie's disease with autosomal dominant inheritance and association with Dupuytren's contracture and histocompatibility B7 cross-reacting antigens. J Urol. 1982; 128:48-51.

6. Teloken C, Grazziotin T, Rhoden E, Da Ros C. Penile straightening with crural graft of the corpus cavernosum. J Urol. 2000;164(1):107-8.
Eur Urol. 2002;41(5):551-5.

22. Taylor FL, Levine LA. Surgical correction of peyronie's disease via tunica albuginea plication or partial plaque excision with pericardial graft: long term follow up. J Sex Med. 2008;5(9):2221-8.

23. Adenii AA, Goorney R, Pryor Jr. The Leo procedure: an analysis of the outcome in peyonies disease. BJU Int. 2002;89:404-5.

24. Akkus E. Incision and vein patch graft. Eur Urol. 2001;40:531-7.

25. Yurkanin Jr, Dean R. Effect of incision and saphenous vein grafting for peyronies disease on penile length and sexual satisfaction. J Urol. 2001;166:1769-7.

26. Shioshvili TJ, Kakonashvili AP. The surgical treatment of Peyronie's disease: replacement of plaque by free autograft of buccal mucosa. Eur Urol. 2005;48(1):129-33.

27. Kadioglu A, Sanli O, Akman T, Ersay A, Guven S. Graft materials in peyronie's disease surgery: a comprehensive review. J Sex Med. 2007;4(3):581-95.
Using tunica albuginea autograft from crural segment for the treatment of Peyronie: one year results

Reza Mahdavi-Zafarghandi, MD. Professor of Urology, Department of Urology, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. mahdavir@mums.ac.ir
*Reza Abbasioun, MD. Assistant Professor of Urology, Department of Urology, Sabzevar University of Medical Sciences, Sabzevar, Iran (*Corresponding author). abbasireza851@yahoo.com
Behnam Shakiba, MD. Resident of Urology, Department of Urology, Imam Reza Hospital, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. b_shakiba@razi.tums.ac.ir

Abstract

Background: The etiology, pathophysiology and treatment of Peyronie’s disease remain unknown. Few medical therapies have positive effect on this condition. However, penile curvature is the major symptom of Peyronie’s disease, which can be treated by surgical reconstruction. There are many surgical techniques for correcting penile deformity but there is the lack of a gold standard procedure. We present a surgical technique to correct penile deformity in Peyronie’s disease.

Methods: In this case series study, we treated 14 patients with stable Peyronie’s disease with significant curvature that precluded intercourse. We excised the fibrous area and the gap was covered with a graft removed from the crural segment of the corpora cavernosa.

Results: In 3, 6 and 12 months follow-up there were straightening of penis in 92.8, 92.8 and 78.2% of patients and acceptable erectile function in 100, 92.8 and 85.7%, respectively. Thirteen and eleven of 14 patients were satisfactory with the cosmetic and functional result of surgery, respectively. No severe perioperative complication was noted.

Conclusion: Present technique may be considered as a treatment option in patients with curvature due to Peyronie’s disease. Tunica albuginea auto graft from crural segment seems to be an appropriate grafting material for this technique.

Keywords: Peyronie, Tunica albuginea, Graft.