

ARTEFICIÁLNE NAVODENÝ PRIAPIZMUS

M. Romžová¹, I. Novák

Urologická klinika FN a LF, Hradec Králové

Súhrn

Autori popisujú prípady 2 mužov, ktorí si sami za účelom predĺženia erekcie pri pohlavnom styku vyvolali sekundárny, nízkoprietokový priapizmus aplikáciou strangulujúcich telies na koreň penisu. Pre následnú neschopnosť si tieto cudzie telesá odstrániť sami boli nútení vyhľadať odborné pracovisko. V oboch prípadoch bolo rozhodnuté o operačnej revízii. V prvom prípade sa jednalo o prestrihnutie strangulujúceho predmetu (hrdlo PET fľaše) nožnicami v celkovej narkóze, v prípade druhom o vytvorenie skratu medzi glans penis a kavernoznými telesami s následnou evakuáciou krvi z penisu a pretiahnutím predmetu (hrubostenný, oceľový krúžok z ložiska) cez glans penis.

Kľúčové slová: trauma, erektilná dysfunkcia, arteficiálny priapizmus, terapia sekundárne navodeného priapizmu.

ARTIFICIALLY INDUCED PRIAPISM

Summary

The authors report 2 cases of men with self-induced priapism brought on in an attempt to prolong erection. It was achieved by application of strangulation devices at the base of the penis. The urological team decided to perform a surgical correction. In the first case, the strangulation device was cut, in the second case, a distal shunt by Winter and blood evacuation from the penis had to be performed. Following that, the strangulation ring was removed.

Key words: trauma, erectile dysfunction, artificially induced priapism, treatment of secondary priapism.

Česká urologie 2006; 3: 42–44

Úvod

Priapizmus je definovaný ako prolongovaná, obvykle veľmi bolestivá erekcia, ktorá nie je sprevádzaná sexuálnou žiadostivosťou a nemá súvislosť (okrem vzniku) s erotickou stimuláciou (1). Podľa hemodynamiky sa priapizmus tradične delí na nízkoprietokový (ischemický) a vysokoprietokový (neischemický). Táto klasifikácia bola upravená v roku 1990 Wittom a kol. na veno-okluzívny a ar-

teriálny priapizmus. Podľa etiologie ho delíme na primárny (idiopatický), kde príčina vzniku nie je známa a sekundárny. Dôvodom vzniku druhého spomínaného podľa štúdie Pohl a kol. (1986) je najčastejšie abúzus liekov (antipsychotiká, antidepresíva) alebo návykových látok (alkohol) (21%), perineálna trauma (12%), mesiačikovitá anémia (11%). Okrem toho ho môže spôsobovať aj predávkovanie vazodilatanciami pri intrakavernózne inekčnej terapii erektilnej dysfunkcie (3), tumory v oblasti močového mechúra, prostaty alebo rekta, trauma penisu, niektoré neurologické ochorenia, úplná parenterálna výživa alebo iné krvné ochorenia (leukémia) (2). V neposlednom rade

Obrázok 1. Kazuistika I. Penis v erektilnom postavení pri jeho strangulácii odstrihnutým hrdlom PET fľaše



Obrázok 2. Kazuistika I. Pooperačný stav detumescencie penisu s ilustračným priložením prestrihnutého strangulujúceho telesa



Obrázok 3. Kazuistika II. Penis v erektilnom postavení pri jeho strangulácii ložiskovým krúžkom



Obrázok 4. Kazuistika II. Pooperačný stav detumescencie penisu s ilustračným priložením strangulujúceho telesa



si môže priapizmus pacient navodiť aj sám, jatrogénne v rámci sexuálnych aktivít, za účelom predĺženia erekcie. Podobnými prípadmi sa zaoberajú aj autori článku.

Kazuistika I.

V máji 2004 bol na oddelenie Urologickej kliniky FN v Hradci Králové akútne prijatý pacient pre zaškrtenie penisu hrdlom PET fľaše pri automutilácii s následným rozvojom priapizmu. Zaškrtenie anamnesticky trvalo približne 9 hodín.

Pri prijatí bolo objektívne na koreni penisu nasadené hrdlo PET fľaše s ostrým okrajom, ktorý spôsobil poranenie kože s následným ľahkým krvácaním. Penis bol namodralý, v erektilnom postavení, tuhý a palpačne bolestivý (obrázok 1). Skrotum bez patologického nálezu. Ostatný fyzikálny nález bol v norme.

Na základe klinickej rozvahy bol pacient indikovaný k malému chirurgickému výkonu v celkovej narkóze. Strangulujúci predmet bol prestrihnutý nožnicami na sadru (obrázok 2) s ošetrením kožného krvácania. Penis sa následne rýchlo prekrvil.

Ďalšia terapia obsahovala aktívnu antikoagulačnú liečbu a antibiotické krytie pacienta s plánovanou kontrolou po mesiaci.

Pri kontrole pacient vyjadroval spokojnosť so stavom erekcie, ktorá bola podľa jeho vyjadrenia zachovaná. Naďalej mu boli ponechané antikoagulačné preparáty do ďalšej kontroly. Avšak na túto sa už nedostavil, preto následný vývoj stavu jeho erekcie nie je možno hodnotiť.

Kazuistika II.

V decembri 2005 bol na oddelenie Urologickej kliniky FN v Hradci Králové prijatý pacient s arteficiálnym

priapizmom a edémom penisu. Asi 14 hodín predtým si s partnerkou pri sexuálnych aktivitách nasadil na koreň penisu hrubostenný oceľový krúžok. Následne sa postupne objavil opuch penisu a bolestivosť. Ani pri opakovaných pokusoch nebolo možné krúžok spätne pretiahnuť cez žalud' penisu, neskôr s ním už vôbec nebolo možné pohybovať. V poslednej hodine pred privezením do nemocnice se u neho objavila aj retencia moča.

Pri prijatí mal pacient výrazné bolesti v penise. Objektívne bol na koreni penisu nasadený hrubostenný, oceľový krúžok. Penis bol enormne zväčšený (obrázok 3), opuchnutý, lividný, studený a palpačne výrazne bolestivý. Krúžok nebolo možné pretiahnuť späť pre výrazný nepomer jeho priemeru k priemeru edematózneho penisu. Krúžok bol z tvrdého materiálu, ktorý nebolo možné prepíliť ani inak prestrihnúť bez poškodenia mäkkých tkanív v okolí. Na základe klinickej rozvahy bola aj u tohto pacienta indikovaná operačná revízia.

Na operačnom sále bol urobený bilaterálny spongio-kavernózný zkrat s evakuáciou krvi z kavernózných telies, ktorá i napriek viac ako 14-hodinovému priapizmu nezrazená. Následne ešte boli urobené viacnásobné incízie kože predkožky k uvoľneniu edému. Nakoniec bol strangulujúci kovový krúžok pretiahnutý cez glans penis (obrázok 4). Penis se rýchle prekrvil.

Ďalšia terapia pacienta obsahovala aktívnu antikoagulačnú liečbu, antiproliferačné preparáty a močové antiseptiká s kontrolou po jednom mesiaci.

Pri kontrole pacient udáva zhoršenie erektilnej funkcie a bolesti hlavne pri koreni penisu. Objektívne bol nález miernej fibrózy kavernózných tkanív, bez ložiskového poškodenia. Ošetrojúci lekár vyjadril názor, že nie je isté, či v budúcnosti dojde k fibrotizácii kavernózných telies, preto v terapii ponechal antiproliferačné preparáty.

Diskusia

Priapizmus je dôsledok poruchy kontrolných mechanizmov penilnej detumescencie a podpory penilného ochabovania na podklade náhleho uvoľnenia neurotransmiterov zodpovedných za kontrakciu, malfunkcie vlastných detumescenčných mechanizmov, blokáda drenážnych venúl alebo predĺžená relaxácia intrakavernózne hladkej svaloviny (3, 4).

Diagnostika priapizmu sa odvíja predovšetkým od anamnézy a fyzikálneho vyšetrenia pacienta. Je veľmi dôležitá z hľadiska určenia typu priapizmu, ktorý priamo rozhoduje o ďalšej terapeuticknej stratégii. S tou je nutné začať čo najskôr, najlepšie už do 4 hodín od objavenia sa príznakov. V opačnom prípade hrozí fibrotizácia tkaniva kavernózných telies s následným rozvojom erektilnej dysfunkcie (1–5).

Anamnesticky nás zaujíma čas vzniku príznakov, za akých okolností a podmienok vznikol, osobná anamnéza pacienta (prípadná terapia erektilnej dysfunkcie, trauma, tumor či krvné ochorenie). V oboch prípadoch uvádzanými autormi bola príčina vzniku jasná už na prvý pohľad. Šlo o arteficiálnu mechanickú obštrukciu venózne drenáže penisu. Už samotná táto skutočnosť viedla k podozreniu, že šlo o nízkoprietokový (veno-okluzívny) priapizmus. To bolo následne potvrdené aj fyzikálnym vyšetrením a laboratórne – vyšetrenie krvných plynov z kavernózných telies. Bola zistená metabolická acidóza s nameranými nízkymi hodnotami pO_2 a vysokými hodnotami pCO_2 . Literárne v diagnostike priapizmu je toto vyšetrenie považované za štandardné, spolu s vyšetrením penilnej hemodynamiky ultrasonograficky (bez dekcie venózneho návratu) (1, 3).

Liečba udávaná v literatúre pre tento typ priapizmu zahŕňa mechanické postupy (kompresia a chladenie), farmakologické postupy (intrakavernózne preplach roztokom alfa-adrenergických antagonistov) a chirurgické postupy (spongiokavernozne a venokavernózne skraty). Prvou voľbou sú čo možno najkonzervatívnejšie postupy. V prípade popisovanom autormi sa však terapia uberala

priamo cestou chirurgickou. Dôvodom bola jasná arteficiálna obštrukcia strangulujúcim predmetom na koreni penisu. V prvom prípade postačovalo jednoduché odstránenie predmetu jeho prestrihnutím. V prípade druhom by sa však deštrukcia strangulujúceho predmetu neobišla bez poškodenia okolitého tkaniva genitálu, preto autori pristúpili k vytvoreniu skratu medzi kavernóznymi teliesami a glandom penisu (Winter, 1979) (1, 6). Je to jedna z možností udávaných aj literárne. Z ďalších postupov sa ako vyhovujúce ukazovala drenáž kavernózných telies kaverno-zospongioznym skratom podľa Quackelsa alebo skratom cez vena saphena magna (saphenokavernózne skrat podľa Grayhaka) (1, 7). Následne odsatie krvi z penisu umožnilo definitívne odstránenie strangulujúceho predmetu.

Záver

V súčasnosti sa priapizmus stáva pomerne častejšou záležitosťou než tomu bolo v minulosti. Príčinu možno hľadať jednak v rozmachu oblasti terapie erektilnej dysfunkcie intrakavernóznymi injekciami, jednak zvýšeným výskytom malígnych expanzií DMC a terminálnych častí GIT. V neposlednom rade aj odtabuizovanie sexuálnych otázok v oblasti sexuálnych praktík tu zaberá podstatné miesto. Pokusy o predĺženie stavu erekcie a spestrenie si sexuálneho života mechanickými pomôckami nie sú nijako ojedinelé. Ich relatívne ľahká dostupnosť v súčasnosti stúpa. Na druhej strane jedinci často siahajú aj po neobvyklejších prostriedkoch, ako sú už spomínaný oceľový krúžok z ložiska či hrdlo z PET fľaše. Celá problematika má hlbšie korene, hlavne v oblasti psychologickej a psychiatrickej. Urologická demonštrácia problému je len vrcholom ľadovca.

MUDr. Miroslava Romžová

Urologická klinika FN a LF Hradec Králové
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové 5
e-mail: mirushka7@yahoo.com

Literatúra

1. Breza J. Erektilná dysfunkcia. In: Dvořáček J. et al. Urologie III. Praha: ISV, 1998, s. 1515–1518.
2. Lue TF. Sexual function and dysfunction. In: Walsh, CP, Retik AB, Vaughan ED jr., Wein A. Campbell's urology. Philadelphia: 1998, s. 1207–1209.
3. Van der Horst C, Steubinger H, Seif Ch. et al. Priapism: etiology, pathophysiology and management. Int. Braz J Urol., 29 (5), 2003, s. 391–400.
4. Hauri D, Spycher M, Bruhlmann W. Erection and priapism – a new pathophysiological concept. Urol. Int., 1983, 88, s. 138–145.

5. Breza J. Erektilné poruchy. Ich anatomické a funkčné základy, diagnostika a liečba. Martin: Osveta, 1994, 271 s.
6. Quackels R. Cure d'un cas de priapism par anastomose cavernospongioses. Acta Urol. Belg., 32 (1), 1964, s. 5–13.
7. Grayhak JT, McCullough W, O'Onor VJ jr., Trippel O. Venous bypass to control priapism. Invest. Urol., 1 (2), 1964, s. 509–513.