

O. Šmakal, J. Vrána, F. Aigl, F. Zátura

Urologická klinika FN v Olomouci
Přednosta: doc. MUDr. F. Zátura

PRIAPISMUS JAKO KOMPLIKACE LÉČBY EREKTILNÍ DYSFUNKCE - KAZUISTIKA

KLÍČOVÁ SLOVA:

Priapismus
Erekttilní dysfunkce
Farmakologická léčba
Komplikace

KEY WORDS:

Priapism
Erectile dysfunction
Pharmacological treatment
Complications

SOUHRN:

U 62letého muže, léčeného pro erekttilní dysfunkci po radikální prostatektomii autoaplikací Karonu, došlo při překročení doporučené dávky k vývoji priapismu. Nízko-průtokový priapismus byl vyřešen intrakavernózním podáním ředěného Adrenalinu.

SUMMARY:

PRIAPISM AS A COMPLICATION OF ERECTILE DYSFUNCTION TREATMENT: CASE STUDY

In a 62-year-old man, treated for erectile dysfunction (following the radical prostatectomy) by autoapplication of Karon, priapism developed due to exceeding the dose recommended. The low-flow priapism was managed by the intracavity application of diluted Adrenalin.

ÚVOD:

Nejrozšířenějším způsobem léčby erekttilních dysfunkcí je intrakavernózní aplikace vazoaktivních látek. V současnosti je nejčastěji používán papaverin, fentolamin, vazoaktivní intestinální polypeptid (VIP) a prostaglandin E1. Z těchto léků má nejmenší množství nežádoucích účinků (fibrotizace kavernózních těles či priapismus) prostaglandin E1 (1). Správná, individuálně stanovená minimální dávka léku snižuje možné komplikace na nejmenší míru.

KAZUISTIKA:

62letý muž, v dobrém celkovém stavu, byl léčen v andrologické ambulanci pro erekttilní dysfunkci po radikální prostatektomii stádia pT2, pN0 M0. Podávání Sildenafilu bylo bez efektu, proto byla zahájena léčba intrakavernózní aplikací PGE 1 (Karo-nu). Nemocný dobře zvládl autoaplikaci a při podání 5 mikrogramů PGE1 měl kvalitní erekci. Tuto terapii užíval pravidelně 1 - 2 x týdně během 6 měsíců. Při změně sexuální partnerky z obav před možným selháním léčby si nemocný aplikoval dávku

12,5 mikrogramů. S bolestivou erekcí, která trvala již 4 hodiny, se dostavil k ošetření na ambulanci urologické kliniky FN v Olomouci. Bylo provedeno interní vyšetření (HN II), zajištěn žilní přístup a nemocný byl napojen na monitor se sledováním TK, pulsu a EKG.

Vzhledem k jasné etiologii a krátkému trvání priapismu jsme nepovažovali za nutné čekat na hodnoty krevních plynů z intrakavernózního odběru a okamžitě jsme zahájili léčbu.

Po podání Dolsinu 50 mg i.v. a odsátí 20 ml krve z kavernózního tělesa jsme zahájili intermitentní intrakavernózní aplikaci adrenalinu ředěného 1 : 100 000 v dávce 2 ml v pětiminutových intervalech. Podání 6 dávek bylo bez léčebného efektu, proto jsme přistoupili k irigaci kavernózních těles adrenalinem ve stejném ředění, v množství 15 ml, opakovaným vstříknutím a nasátím jehlou 18 G každé 2 minuty. Krevní tlak a puls byl stabilizovaný. Po 3. irigaci došlo k částečnému ochabnutí erekce a po 4. irigaci již erekce vymizela úplně. Po poslední irigaci došlo ke krátkodobému zvýšení systolického tlaku o 15 mm Hg a zrychlení pulsu na 100/min. Nemocný byl dále zcela bez potíží, během 5 minut došlo k úpravě TK a tepové frekvence. Nemocný byl propuštěn 2. den do domácí léčby, po měsíci si navodil normální erekci aplikací 5 mg PGE 1.

DISKUSE:

Nízkoprůtokový priapismus je jednou z možných komplikací intrakavernózní aplikace vazomotorických látek při léčbě erektilní dysfunkce. Při podání PGE 1 je udáván výskyt farmakologicky navozeného priapismu v 0,9 % (2).

Je nutná rychlá léčba, protože experimentálně bylo prokázáno, že k ischemickým změnám hladké svaloviny kavernózních těles dochází již po 6 hodinách trvající ischemie při prolongované erekci (3). Farmakologicky podmíněná relaxace kavernózní hladké svaloviny je ve včasných stádiích reverzibilní. Se znalostí patofyziologie erekce léčíme priapismus vyvolaný autoaplikací vazomotorických látek neodkladným intrakavernózním podáváním ředěného alfa-adrenomimetika (adrenalin, noradrenalin). Velikost, frekvenci a počet dávek volíme dle interního nálezu a dle výskytu nežádoucích reakcí - vzestup TK, pektanginózní obtíže (4).

Pokud nedojde k ústupu erekce při intermitentní intrakavernózní aplikaci či irigaci kavernózních těles ředěnými alfa-adrenomimetiky, je nutno provést transglandární fenestraci kavernózních těles dle Wintera, při malém efektu léčby fenestraci dle Al Ghoraba (5).

ZÁVĚR:

U nemocného došlo po několikanásobném překročení optimální dávky pro intrakavernózní aplikaci PGE 1 ke vzniku nízkoprůtokového priapismu. Tato komplikace byla zvládnuta irigací

kavernózních těles ředěným roztokem adrenalinu, když pouhá aspirace krve z kavernózního tělesa s intermitentní intrakavernózní aplikací ředěného adrenalinu byla bez efektu. Vzhledem k včasnému ošetření nedošlo k ireverzibilnímu poškození kavernózních těles a nemocný si může i nadále navozovat erekci intrakavernózní aplikací PGE 1. Každého nemocného poučujeme nejen o správné dávce, ale i o možných komplikacích.

LITERATURA:

1. Lue, T.F., Broderick, G.: Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and priapism. In: P.C. Walsh, A.B. Retik, E.D. Vaughan, A.J. Wein, Campbell's Urology 7ed., W.B. Saunders Company, Inc., 1998, s.1181-1214.
2. The European Alprostadil Study Group, Br.J.Urol., 82, 10, 1998, 4, s. 538-43 The long-term safety of alprostadil (prostaglandin - E1) in patients with erectile dysfunction.
3. Dvořáček, J. a kol., Urologie III., Breza, J., Erektilní dysfunkce, s.1491 - 1519.
4. Zátura, F., Reif, R., et. al: Racionální klinické postupy při vyšetření a léčení urologických onemocnění. Česká urologie, 1, 1997, č. 1, s.29-52
5. Winter, C.C.: Priapism. Urol. Europ., 28, 1978, 2, s.163-168.

MUDr. O. Šmakal
Urologická klinika FNO
I. P. Pavlova 6
775 20 OLOMOUC
Česká republika