

Priapismus

MUDr. Marek Hok, MUDr. Jan Novák

Urologické oddělení Nemocnice AGEL Nový Jičín, a. s.

Představujeme kazuistiku 58letého pacienta, který byl pro priapismus odeslán spádovým urologem na naše pracoviště. V úvodu shrnujeme základní charakteristiky pro tento poměrně vzácný akutní stav. Případ demonstruje základní diagnostický algoritmus a léčbu ischemického priapismu od miniinvasivních postupů včetně aplikace sympatomimetik přes provedení distální glanulokavernózního shuntu dle Ebbehoj'e až po definitivní řešení ve formě proximální bulbokavernózní anastomózy dle Quackels'.

Klíčová slova: priapismus, ischemický priapismus, spongiokavernózní shunt, bulbokavernózní anastomóza.

Priapism

We report a case of a 58-year-old patient who was referred to our centre for priapism by his urologist. The introduction section summarizes the basic characteristics of this relatively rare acute condition. The case report demonstrates the basic diagnostic algorithm and treatment of ischaemic priapism, ranging from minimally invasive procedures including the administration of sympathomimetic agents, to performing distal glanulocavernous shunt according to Ebbehoj, to a definitive management in the form of proximal bulbokavernous anastomosis according to Quackels.

Key words: priapism, ischaemic priapism, spongiocavernous shunt, bulbokavernous anastomosis.

Úvod

Priapismus je definován jako více než 4 hodiny trvající erekce vzniklá v souvislosti se sexuální stimulací či bez předchozí stimulace (1). Erektce je obvykle úplná a postihuje obě kavernózní tělesa (KT). Naopak spongiózní těleso (ST) včetně žaluudu penisu zůstává ochablé. Incidence je v obecné populaci odhadována na 0,5–0,9/100 000 a postihuje zejména dospělé muže různého stáří, ale lze se s tímto stavem setkat i u dětských pacientů (2). Název onemocnění je odvozen od jména starořeckého boha plodnosti Priapa, který byl známý svým trvale ztopořeným penisem (3). Rozlišujeme tři základní podtypy: ischemický (nízkoprůtokový, venookluzivní), neischemický (vysokoprůtokový, arteriální) a recidivující (intermitentní, „kockavý“). Recidivující priapismus tvoří ataky ischemického priapismu se spontánním odezněním (4).

Odhaduje se, že více než 95 % všech případů představuje ischemická varianta (5). Tato

kazuistika se bude zabírat léčbou ischemického priapismu. Právě ischemický priapismus (IP) je skutečným akutním stavem. Čas od vzniku potíží do obnovení normálních toků v cévním řečišti KT hraje zásadní roli v úspěšnosti léčby, tedy do jaké míry bude zachována erektilní funkce pacienta (6).

Kazuistika

Na naše pracoviště byl neodkladně odeslán spádovým urologem 58letý pacient s 16hodinovou anamnézou neustupující erekce. Pacient si nestěžuje na výraznější bolesti genitálu, udává pouze pocit tlaku v penisu. Stran osobní anamnézy dominuje proběhlá léčba nádoru močového měchýře. Pacient podstoupil na našem pracovišti před 3 měsíci nekomplikovanou primární endoresekcí lokalizovaného tumoru močového měchýře dle CT urografie. V definitivní histologii byla popsán papilární uroteliální neoplazie nízkého

maligního potenciálu (PUNLMP), pTaN0M0. Po stránce komorbidit není pacient zatížen kardiovaskulárními, neurologickými ani hematologickými onemocněními. Pacient je nekuřák a neguje priapismu předcházející užití alkoholu a jiných návykových a omamných látek. Pacient neguje užívání farmak na podporu erekce. Pacient si není vědom předchozích poranění v oblasti pánve, perinea a genitálu. V chronické medikaci figuruje pouze perorální medikace, konkrétně tamsulosin.

Při fyzikálním vyšetření je nález na bříše, per rectum a na šourku negativní. Na penisu jsou nápadná zcela tuhá kavernózní tělesa (KT), naopak spongiózní těleso (ST) včetně glans zcela měkké. Kůže penisu nejeví známky poranění, je bez tumorózních a jiných změn. Pomocí dopplerovské ultrasonografie byly detekovány snížené toky na a. dorsalis penis a a. cavernosa. Výsledky krevního obrazu, koagulačních parametrů a biochemie krevní