plazmy byly bez patologického nálezu. Dále byl proveden odběr moči na toxikologické vyšetření a vyšetření ethanolu v krvi, obojí s negativními výsledky. S doposud získaných informací byla velmi pravděpodobná přítomnost ischemického priapismu. K definitivnímu odlišení od neischemické varianty bylo realizováno vyšetření acidobazické rovnováhy (ABR) aspirované krve KT. S ohledem na délku trvání priapismu bylo přítomné značné riziko selhání miniinvazivní léčby ischemického priapismu, čímž je aspirace krve a instilace sympatomimetik do cévního řečiště KT. Proto byl pacient indikován k primárnímu řešení v celkové anestezii, které dovoluje v případě neúspěchu první linie léčby vytvořit spongiokavernózní shunt. S pacientem byl probrán léčebný postup včetně eventuální operační léčby. Pacient byl upozorněn na riziko trvalé erektilní dysfunkce.

Tab. 1. *Vlastnosti podtypů priapismu (převzato z EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health, 2022 (2))*

	Ischemický priapismus	Neischemický priapismus
Kavernózní tělesa plně rigidní	běžně	vzácně
Bolest penisu	běžně	vzácně
Abnormální hodnoty ABR krve z kavernózních těles	běžně	vzácně
Onemocnění krvetvorby	občas	vzácně
Užití intrakavernózních farmak	občas	občas
Anamnéza poranění perinea	vzácně	běžně

Tab. 2. *Hodnoty vyšetření acidobazické rovnováhy (převzato z EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health, 2022 (2))*

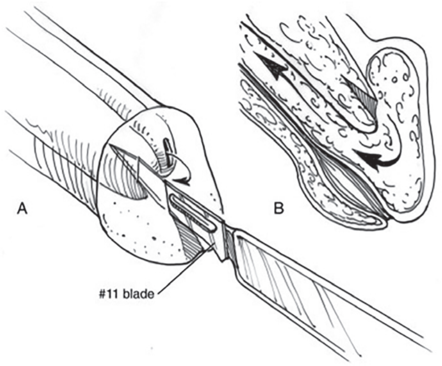
	pO_2 [kPa]	pCO_2 [kP]	pH
Arteriální krev (také neischemický priapismus)	> 11,0	< 5,5	7,4
Smíšená žilní krev	5,5	6,5	7,35
Ischemický priapismus (první aspirát z KT)	< 4,0	> 8,0	< 7,25

Léčba

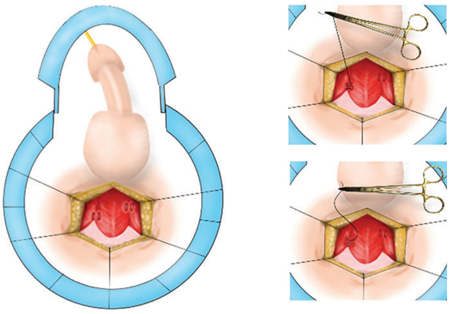
Po 2 hodinách od vyšetření na příjmové ambulanci byl pacient připraven k zákroku na operačním sále. Po přípravě operačního pole v supinační poloze v klidné celkové anestezii byl zaveden permanentní močový katétr 14 F. V antibiotické cloně ampicilinem se sulbaktamem byla zavedena do laterálního aspektu proximální třetiny pravého KT jehla 18Gauge a aspirována tmavě červená krev. První porce krve byla odeslána k ABR s nálezem pH 6,795, pCO_2 14,08 kPa (105,86 mmHg), pO_2 3,13 kPa (23,48 mmHg). Tento nález potvrzuje diagnózu ischemického priapismu. Po aspiraci a proplachu fyziologickým roztokem jsme provedli za monitorace oběhových parametrů instilaci roztoku adrenalinu v množství 2 ml ředění 1 : 100 000 (1 mg adrenalinu ve 100 ml fyziol. roztoku) v odstupu 5 minut mezi aplikacemi, což vedlo pouze k částečné detumescenci. Přistoupili jsme k vytvoření distálního perkutánního glanulokavernózního shuntu dle Winter´a pomocí dvojice vpichů jehlou 18 G skrze glans penis do KT bilaterálně souběžně s podélnou osou penisu. Dále byla provedena série proplachů s roztokem adrenalinu. Za účelem zvětšení průsvitů shuntu byla provedena hrotnatým skalpelem v průběhu vpichů transglanulární incize do KT, jak popsáno u shuntu dle Ebbehoj´e, a dále jeho modifikace, tzv. T-shunt, za pomoci rotace čepele o 90° laterálně od uretry. Vytvořené shunty vedly k výrazné detumescenci. Poté dalším proplachem fyziol. roztokem a ředěným adrenalinem bylo dosaženo již plné ochabnutí těles penisu. Ranky byly ošetřeny jednotlivými stehy z rychlevstřebatelného polyglaktinu 910 síly 4–0. Byl naložen mastný tyl na glans penis, elastická bandáž penisu a pacient byl cestou dospávacího pokoje přeložen na standardní lůžkové oddělení. Z chronické medikace byl vysazen tamsulosin jako možná farmakogenní příčina priapismu.

První pooperační den byl bohužel zaznamenán časný relaps prapismu. Pacient byl indikován k další operační intervenci. Vzhledem k možnostem našeho pracoviště bylo zvoleno provedení proximální spongiokavernózní anastomózy dle Quackels´e. V celkové anestezii v litotomické poloze byla provedena výměna PMK za kalibr 16 F, poté podélná incize cca 5 cm v oblasti perina, preparace m. bulbospongiosum a m. ischiocavernosus k ST, ST tupě preparováno od pravého KT, poté byla provedena fenestrace na ST v délce 1,5 cm podélně a taktéž fenestrace na KT, proveden výplach stagnační krve z KT s efektem okamžité detumescence. Pokračujícím stehem z polypropylenu 5–0 byla dokončena spongiokavernózní anastomóza. Byla dosažena plná detumescence, a proto nebylo přistoupeno k provedení shuntu kontralaterálně (oboustranný shunt dle Sachera). Sutura po anatomických vrstvách, sterilní krytí a bandáž penisu.

Obr. 1. *Distální shunt dle Ebbehoj´e (převzato z Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint, 2019 (5))*



Obr. 2. *Proximální shunt dle Quackels´e (převzato z Hinman's Atlas of Urologic Surgery Revised Reprint, 2019 (5))*



V dalším průběhu hospitalizace byl pacient již bez recidivy priapismu. Pouze v oblasti crura penis přetrvala zřejmě parciální trombóza KT. Denně byly aplikovány chladivé obklady a prováděn převaz. Čtvrtý pooperační den po definitivním snesení bandáže byl extrahován PMK a došlo k obnově spontánní mikce s nulovým postmikčním reziduem. Perioperačně zavedená prevence hluboké žilní trombózy