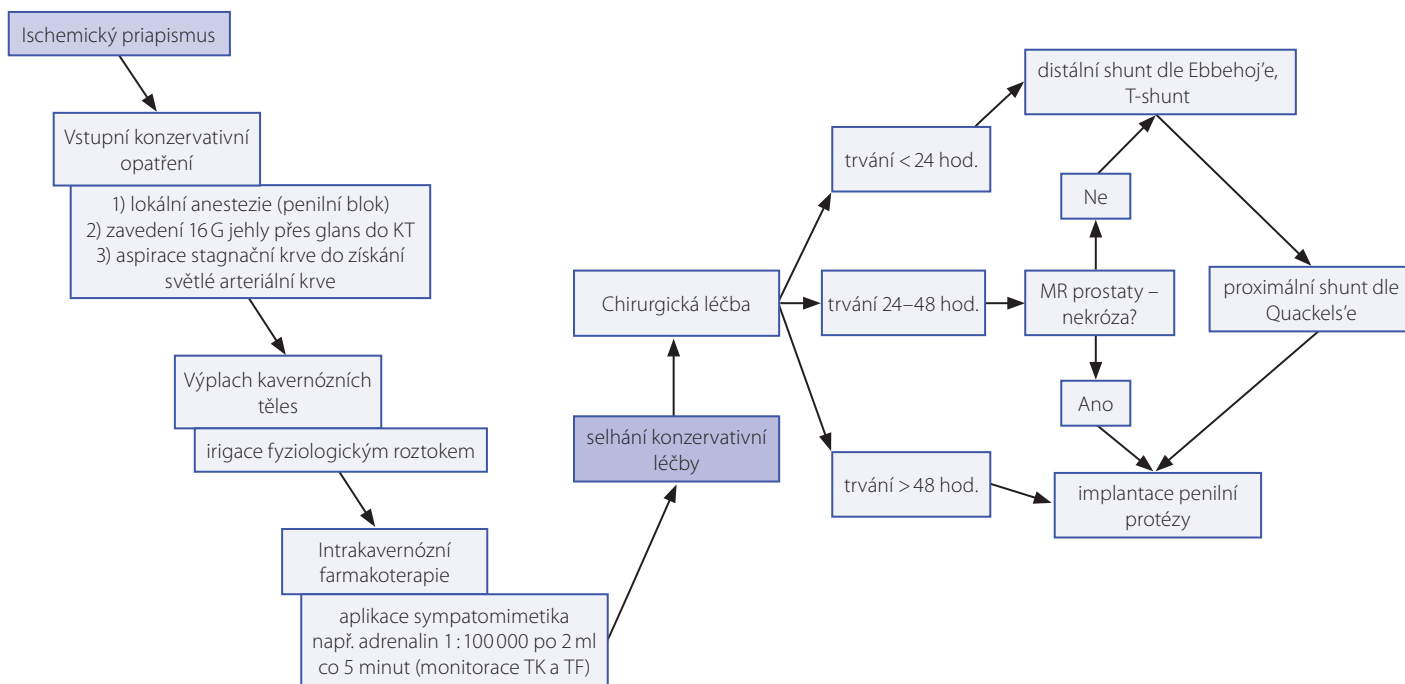


Schéma 1. Algoritmus pro léčbu ischemického priapismu na základě EAU Guidelines 2022



nízkomolekulárním heparinem (LMWH) byla ponechána i pooperačně. Od 5. dne byl LMWH postupně navýšen do terapeutických dávek, což patrně přispělo k trombolýze a odeznění reziduální rigidity v oblasti crura penis. Pacient s kompletní detumescencí penisu a primárně se hojícími ranami byl propuštěn 8. pooperační den. Pacientovi byl předepsán LMWH v terapeutické dávce na 4 týdny a bylo nařízeno vysazení tamsulosinu z chronické medikace.

Při ambulantní kontrole 3 týdny od provedení proximálního shuntu referuje pacient absenci dalších recidiv priapismu. Lokální nález svědčí o primárně zhojených ranách, tělesa penisu jsou plně ochablá, nejsou přítomny známky parciální trombózy ani počínající fibrotizace. Stran mikce po vysazení alfablokátoru byl sledován uspokojivý stav mikce bez nutnosti nasazení jiné farmakoterapie. Pacient byl předán do péče spádového urologa. V případě přetrvávajících erektilních dysfunkcí byl pacient informován o léčebných možnostech včetně implantace penilní protézy. Pacient byl objednan k hematologickému vyšetření za účelem vyloučení krevních dyskrazií. V tomto případě priapismu při medikaci tamsulosinu jsme vyplnili hlášení nežádoucího účinku na stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv (<https://nezadouciucinky.sukl.cz/>).

## Diskuze

Primární priapismus se týká asi třetiny pacientů, kde příčina zůstává neobjasněna. Naproti tomu sekundární priapismus se objevuje ve spojitosti s užíváním rekreačních drog a psychofarmak, s intrakavernózní vazoaktivní léčbou (zejména léčivé přípravky s obsahem papaverinu), s hematologickými onemocněními (např. srpkovitá anémie, chronická myeloidní leukemie), s neurologickými onemocněními (např. syndrom kaudy, stav po míšním poranění), s nádorovou infiltrací topořivých těles nebo s prodělanými poraněními genitálu (1, 6). V tomto případě jsme byli pravděpodobně svědky vzácné komplikace užívání tamsulosinu. V literatuře i SPC všech alfablokátorů jsou popisovány velmi vzácné případy priapismu (četnost < 1/10000) (7). U ischemického priapismu dochází vlivem stagnace krve k suprafyziologickému nárůstu intrakavernózního tlaku, který lze vnímat jako druh kompartment syndromu. To má za následek sníženou perfuzi s následným rozvojem tkáňové hypoxie. Dochází k aktivaci nociceptorů a pacient začne pozorovat bolesti penisu obvykle již po 6–8 hodinách od vzniku potíží. Pokračující ischemie dále vede k nekróze buněk sinusoidálního endotelu, adherenci trombocytů na obnažené bazální membrány sinusoidálních cév až okluzi sinusoidálních prostorů tromby. Proces vede až k nekróze buněk hladké svaloviny a aktivaci procesu fibrotizace. To vysvětluje,

proč léčebné zásahy po 48–72 hodinách trvání priapismu sice mohou odstranit erekci a bolest, avšak pouze malou měrou mohou zajistit obnovení erektilní funkce. Ireverzibilní poškození hladké svaloviny KT vede k erektilní dysfunkci, která je refrakterní k vazoaktivní medikaci (8). Ischemický priapismus jakožto urgentní stav v urologii vyžaduje časnou a adekvátní léčbu ze strany specialisty. Výše je uveden základní algoritmus pro konzervativní a chirurgickou léčbu ischemického priapismu vytvořený na základě doporučených postupů Evropské urologické společnosti.

## Závěr

Pokud pomineme možnosti spolupráce s intervenčními radiology či cévními chirurgy, léčba priapismu spadá zcela do kompetence urologů. Úkolem ostatních lékařských oborů v rámci prvního kontaktu je tento stav rozpoznat a bez odkladu odeslat pacienta na urologické pracoviště. Urolog má za úkol provést přesnou a rychlou diagnostiku, v případě ischemické varianty zajistit neodkladnou léčbu. Zásadní je také důkladné došetření etiologie priapismu. Díky časnému odhalení přítomných hyperkoagulačních stavů můžeme předejít jiným závažnějším zdravotním komplikacím.

*Autor prohlašuje, že zpracování tohoto článku nebylo podpořeno žádnou společností.*