

Konservatif tedavi ve distal şantın başarısız olduğu refrakter priapizm olgusunda erken dönem penil protez implantasyonu

Early period penile prosthesis implantation in a refractory priapism case which conservative treatments and distal shunt surgery were unsuccessful

Ömer Bayrak, Sakıp Erturhan, İlker Seçkiner, Faruk Yağcı, Ahmet Erbağcı

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji A.D.

Geliş tarihi (Submitted): 15.06.2012

Kabul tarihi (Accepted): 25.08.2012

Yazışma / Correspondence

Yrd. Doç. Dr.Ömer Bayrak
Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Üroloji A.D.
27310 Gaziantep / Türkiye
Tel: 0532 642 88 00
Fax: 0342 360 39 98
E-mail: dromerbayrak@yahoo.com

Özet

Priapizm; ürolojik acil durumlardan birisi olup seksüel istek ve ilişkiden bağımsız olarak uzamış ağrılı ereksiyon olarak tanımlanmaktadır. İskemik priapismus gelişmesi durumunda ilk 6-8 saat içerisinde acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Başlangıç tedavisi olarak konservatif yöntemler (ejekülasyon, aspirasyon, alfa adrenerejik agonistlerin enjeksiyonu ve terbutalin tedavisi), ereksiyon süresi 24 saati geçince ise alternatif prosedür olarak şant cerrahisi uygulanmaktadır. Kliniğimizde konservatif tedaviler ve distal şantın başarısız olduğu refrakter priapizm hastasına erken dönemde uygulanan penil protez implantasyonu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Priapizm, distal şant, penil protez

Abstract

Priapism, one of the urgent conditions in the practice of urology, is defined as a persistent and painful erection independent of sexual desire and intercourse. In case of ischaemic priapism, emergency treatment should be done in 6-8 hours. Conservative treatments (ejaculation, aspiration, injection of alpha agonist and terbutaline) should first be tried, if erection time is over 24 hours, alternative procedurs like shunt surgery should be applied. Early period penile prosthesis implantation in a refractory priapism case which conservative treatments and distal shunt surgery were unsuccessful had been presented.

Key Words: Priapism, distal shunt, penile prosthesis

GİRİŞ

Priapizm; ürolojik acil durumlardan birisi olup seksüel istek ve ilişkiden bağımsız olarak uzamış ağrılı ereksiyon olarak tanımlanmaktadır (1). Priapism, etiyoloji bakımından primer (idiyopatik) ve bazı durum ve hastalıklara sekonder gelişenler olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu tanımlama daha çok klinik bir tanımlama olup fizyopatolojik olarak düşük akımlı (iskemik – venooklüziv) ve yüksek akımlı (non-iskemik – arteryel) olarak ikiye ayrılmaktadır (2).

Düşük akımlı olgularda olayın nedeni venooklüzyon olup doku iskemisi ve düz kas hipoksisi sonucunda ağrılı uzamış ereksiyon oluşmaktadır. Başlıca nedenleri; erek-

til disfonksiyon tanı ve tedavisinde kullanılan intrakavernozal vazoaktif ilaç enjeksiyonları, hematolojik hastalıklar (hiperviskozite sendromu ile giden hemoglobopatiler), nörolojik hastalıklar (lomber disk hastalıkları), post-travma neticesinde oluşan penil ödem ve hematoma, kavernöz cisme invazyon ya da metastaz yapmış malign tümörler, antikoagülan ilaç kullanımına bağlı gelişebilen rebant hiperkoagülabilitate ve bazı ilaç (fenotiazinler, paroksetin, fluoksetin, trazodon) kullanımlarıdır (2-4). Yüksek akımlı priapizm ise çok daha nadir görülmekte olup genellikle perineal veya pelvik travmaya sekonder penil arteryel akımdaki değişime bağlı oluşmaktadır (5).

İskemik priapismus gelişmesi durumunda ilk 6-8 saat



Resim 1, 2: Distal şant uygulanan penisin, penil protez implante edilmeden önceki görüntüsü.



Resim 3, 4: Penil protez implante edildikten sonraki penisinin görüntüsü.

içerisinde acil müdahale edilmesi gerekmektedir. Aksi takdirde korpus kavernosumlarda düz kas nekrozu sonucu kalıcı fibrozis gelişimi ve erektil disfonksiyonla sonuçlanmaktadır (2). Literatüre baktığımızda; başlangıç tedavisi olarak ejakulasyon, aspirasyon, başta adrenalin olmak üzere alfa adrenerjik agonistlerin enjeksiyonu ve terbutalin tedavisi gibi konservatif tedavilerin kullanılabilirliği ile ilgili veriler mevcuttur. Ereksiyon süresi 24 saati geçince alternatif prosedür olarak şant cerrahisi denmektedir (4,6-8). Bunun sonrasında ereksiyon devam ederse ne yapılması gerektiği ise tartışmalıdır. Kliniğimizde, konservatif tedaviler ve distal şantın başarısız olduğu refrakter priapizm hastasında, erken dönemde implante edilen penil protez olgusu sunulmuştur.

Olgu Sunumu

Dış merkezde takip edilen 67 yaşındaki erkek hastanın yaklaşık 3 yıldır erektil disfonksiyon şikayeti mevcut-

muş. Libidosu normal olan hastanın, sabah sertleşmesi olmuyormuş. Hastanın fizik muayenesinde penis dorsalinde Peyroni plağı saptanması üzerine potasyum amino benzoik asit (POTABA) tedavisi başlanmış, yaklaşık 4 ay kullanmış ancak pek fayda görmemiş. Hastanın testosteron, FSH, LH değerleri normal sınırlar içerisinde yer almaktaymış. Aynı zamanda 5 fosfodiesteraz inhibitörü de kullanarak ve yeterli ereksiyonu olmayan hastaya penil protez implantasyonu planlanmış. Hastada penil renkli dopler ultrasonografi (USG) için intrakavernozal papaverin enjeksiyonu sonrası priapismus gelişmiş. Hasta bir gün sonra dış merkezde acil servise başvurmuş. Hastanın epikriz bilgilerine göre, adrenalin enjeksiyonu sonrası, hastanın penis lateralinden kelebek iğne yardımıyla korpus kavernosumlardan yaklaşık 1000 cc kan boşaltıldığı, ancak ereksiyon sona ermediği öğrenildi.

Hasta sözkonusu bu girişimden bir gün sonra kliniğimize refere edildi. Hastaya Winter distal shunt açıldı ve rijit ereksiyonun kaybolduğu gözlemlendi. Post-operatif 1.gün penil renkli dopler USG'de penil kan akımları normal-hafif yüksek şekilde değerlendirildi (sistolik akım hızı sağda 47 cm/sn – solda 50 cm/sn, diastolik akım hızı sağda 7 cm/sn– solda 8 cm/sn). Post-op 2. gün yeniden rijit ereksiyon gözlenmesi üzerine yeniden yapılan penil renkli dopler USG'de akım izlenmedi (sistolik akım hızı 0 cm/sn, diastolik akım hızı 0 cm/sn). Bunun üzerine hastaya acil cerrahi girişim, penil protez implantasyonu planlandı (papaverin enjeksiyonu sonrası 96. saat) (Resim 1, 2). Ameliyat sırasında korpus kavernosumların üzerinde tunika albugenianın ileri derece sert, fibrotik, ödematöz olduğu gözlemlendi. Bilateral korporotomi yapıldıktan sonra, korpus kavernosumlardan hematoma boşaltıldı. Takiben korpus kavernosumlardan pulsatil arteriyel kanama başladı. İşlem sırasında korpus kavernosumlar gentamisinli solüsyonla devamlı olarak yıkandı. Korpus kavernosumlar hegar bujileriyle dilate edilip 9 mm - 16 cm malleable penil protez implante edildi. Penil protezin kompresyonuna bağlı olarak kanamanın durduğu görüldü.

Hastanın penisi post-operatif elastik bandaja alınıp 3 gün sonra açıldı. Hastanın yara yerinin temiz, glans tonusunun normal olduğu, ödem veya hematoma olmadığı gözlemlendi (Resim 3, 4). Penil protez implantasyonu sonrası post-operatif 4. gün, hasta 6 hafta cinsel perhiz önerilerek taburcu edildi.

Tartışma

Eretil disfonksiyon tanısı koymak amaçlı Penis Renkli Dopler USG sık başvurulan bir yöntemdir. İşlem öncesi uygulanan papaverin enjeksiyonu sonrası birçok hasta priapizm şikayetiyle acil servislere başvurmaktadır. Konservatif yöntemlere rağmen detümesans sağlanamıyorsa kalıcı düz kas hasarı gerçekleşme riski artar. Priapizm 24 saatten fazla sürerse intrakavernöz kanın viskozitesi artabilir, trabeküller ödem ve drenaj venüllerinde trombus bulunabilir. Kavernozal çıkışı arttırmak için şant operasyonları yapılmalıdır. Bu tür operasyonlarda kavernozal cisimler glans, korpus spongiosum, safen ven gibi vasküler direnci daha az olan dokulara ağızlaştırılır. Bu şant operasyonlarına örnek Winter şantı (Korporoglanüler şant), Quackel şantı (Korporospongiosal şant), Grayhack şantı (Safen ven-korpus kavernozum şantı) verilebilir. Şant operasyonlarına yanıt vermeyen refrakter priapizm hastalarında tedavi net açıklığa kavuşmamıştır (9).

Yapılan çalışmalarda refrakter iskemik priapizmde tartışmalı olsa da penis protez implantasyonunun önemli avantajları tespit edilmiştir. Priapik epizodların çözülmesi, erektil disfonksiyonun tedavi edilmesi, peniste kısılmanın önüne geçilmesi, düşük komplikasyon oranları, erken dönemde seksüel aktiviteye dönülmesi ve yüksek hasta memnuniyeti bunlardan birkaçıdır (7).

Ralph DJ. arkadaşlarının (ark.) yaptığı bir çalışmada, priapizm nedeniyle başvuran 50 hastaya penis protez implante etmişler. Bu hastaların 13'üne öncelikli olarak Winter şant, sonrasında 3'üne Quackel şant, 1'ine Ebbehøj şant açılıp, başarılı olunmayınca penis protez implantasyonu gerçekleştirilmiş. Otuzyediyedi hastaya ise şant denmeden protez implantasyonu yapılmış. Yaklaşık 15,7 aylık takip sonunda başarı oranı % 96 olarak rapor edilmiş. Winter şant uygulanan bir hastada distal erozyon gelişmesi üzerine malleable protez, inflatable protez ile değiştirilmiş (7).

Salem AE. ve ark. yaptığı çalışmada refrakter iskemik priapizm gelişen 12 hastaya erken dönemde [ortalama 120 (60-168) saat] malleable penis protez implante edilmiş. Bu hastaların onbirinin geçirilmiş başarısız şant cerrahisi öyküsü mevcutmuş. Yaklaşık 15 aylık takipte; hiçbir hastada enfeksiyon saptanmamış olup, seksüel aktivite açısından durum memnuniyet vericiymiş (10). Sedigh O. ve ark. yaptığı çalışmada ise uzamış priapizm nedeni-

le şant cerrahisi uygulanan 10 hastanın beşinde başarısız sonuç alınması nedeniyle, erken dönemde inflatable penis protez takılmış. Hasta memnuniyetinin yüksek olduğu ve peniste kısılmaya, apikal erozyona yol açmadığı için basit ve güvenilir olarak uygulanabileceği vurgulanmış (11).

Biz de bu olgu sonrasında; konservatif tedavî yöntemleri ve şant cerrahisinin başarısızlığa uğradığı akut iskemik priapizmde, erken dönem penis protez implantasyonunun güvenilir bir prosedür olarak uygulanabileceğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Lue TF. Physiology of penile erection and pathophysiology of erectile dysfunction and priapism. In: Walsh PC, Retik AB, eds. Campbell's Urology. 8th ed. Philadelphia: WB Saunders; 2002; p:1591-1618.
2. Keoghane SR, Sullivan ME, Miller MA. The aetiology, pathogenesis and management of priapism. BJU Int 2002; 90: 149-154.
3. Spycher MA, Hauri D. The ultrastructure of the erectile tissue in priapism. J Urol 1986; 135: 142-147.
4. Munarriz R, Wenn CC, McAuley I, et al. Management of ischemic priapism with high-dose intracavernosal phenylephrine: from bench to bedside. J Sex Med 2006; 3: 918-922.
5. Muneer A, Minhas S, Freeman A, et al. Investigating the effects of high dose phenylephrine in the management of prolonged ischemic priapism. J Sex Med 2008; 5: 2152-2159.
6. Ciampalini S, Savoca G, Buttazzi L, et al. High-flow priapism: Treatment and long-term follow-up. Urology 2002; 59: 110-113.
7. Ralph DJ, Garaffa G, Muneer A, et al. The immediate insertion of a penile prosthesis for acute ischaemic priapism. Eur Urol 2009; 56: 1033-1038.
8. Erturhan S, Seçkiner İ, Bayrak Ö, ve ark. Priapizm olgularında terbutalin kullanımının etkinliği. Gaziantep Tıp Derg 2011; 17: 20-23.
9. Semerci B. Priapizm ve Peyroni hastalığı. Ankara 5. Türk Üroloji Yeterlilik Kurulları Ders Notları Kitabı; 2008; p: 326-327.
10. Salem EA, El Aasser O. Management of ischemic priapism by penile prosthesis insertion: prevention of distal erosion. J Urol 2010; 183: 2300-2303.
11. Sedigh O, Rolle L, Negro CL, et al. Early insertion of inflatable prosthesis for intractable ischemic priapism: our experience and review of the literature. Int J Impot Res 2011; 23: 158-164.