

Yüksek Akımlı Priapizm: Olgu Sunumu

HIGH FLOW PRIAPISM: A CASE REPORT

Güven ASLAN, Deniz ARSLAN, Erdem CANDA, Hatem KAZIMOĞLU, Alper BAŞAKCI,
A.Adil ESEN

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı

ÖZET

Yüksek akımlı priapizm, erektil dokudaki laküner boşluklara kan akımının artması sonucunda görülen nadir bir patolojidir. Anjiyografi ve selektif embolizasyon en sık uygulanan ve bugün kabul gören tedavi yaklaşımlarıdır. Bunun yanısıra gözleyerek izlem gibi bazı konservatif tedavi yaklaşımlarının da uygulanabileceği ve etkili olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda arteriyel priapizm tespit edilen ve gözleyerek izlem tedavisi uygulanan 32 yaşında bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar sözcükler: Penil ereksiyon, priapizm, gözleyerek izlem

SUMMARY

Arterial high flow priapism is rare pathology which results from unabated blood flow through the lacunar spaces of the erectile tissues. Angiography with selective embolization is the most common procedure of choice. Additionally, conservative management including watchful waiting is reported to be reasonable and efficacious in most cases. In this report we present a 32 year old case of arterial priapism managed with watchful waiting.

Key words: Penile erection, priapism, watchful waiting

A.Adil ESEN

Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Üroloji Anabilim Dalı
35340 Inciraltı-İzmir
Tel: 2595959/ 2301
Fax: 0-232-2599723
e-mail: adil.esen@deu.edu.tr

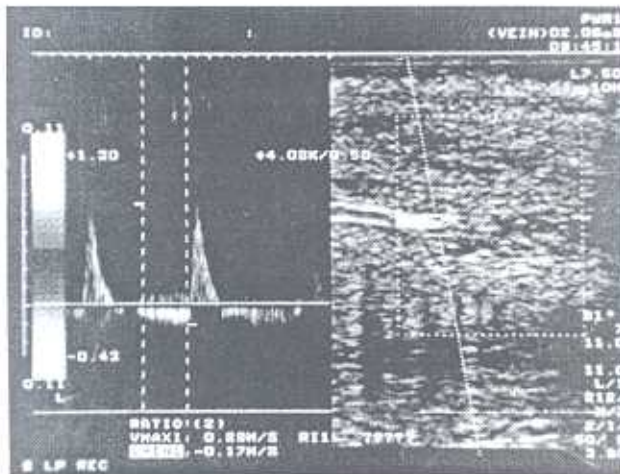
Yüksek akımlı (arteriyel, noniskemik) priapizm, erektil dokudaki laküner boşluklara kan akımının artması sonucunda görülen nadir bir patolojidir (1,2). Arteriyel priapizmde penil ya da perineal travma sonrası kavernoöz arterde laserasyon oluşmakta ve bunu takiben arteriyel-laküner fistül oluşmaktadır (1-4). Bu fistül sonrası kan, yüksek rezistanslı koruyucu helicine arterleri bypass ederek anormal ve düzensiz akımla direkt olarak laküner boşluklara açılır. Fistülize bölgedeki yüksek kan akımı komşu laküner endotelial yüzeylerde hasar oluşturarak nitrik oksit (NO) salınmasına yol açar. Nitrik oksit, guanylate cyclase aktivasyonunu sağlayarak korpus kavernozumda relaksasyon ve sonuçta persistan rijiditeye yol açar (2,5).

Bu hastalarda arteriyel-laküner fistül oklüzyonu sağlanıncaya kadar ereksiyon devam edebilmektedir.

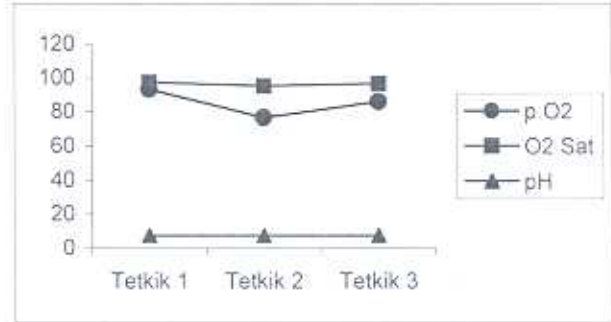
Bu durum daha sonra gelişebilecek erektil disfonksiyon yönünden önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır. Arteriyel priapizmde pek çok tedavi seçeneği mevcuttur. Anjiyografi ve selektif embolizasyon en sık uygulanan ve bugün kabul gören tedavi yaklaşımlarıdır (2,4,6). Cerrahi olarak arterin bağlanması, duplex USG eşliğinde kompresyon gibi tedaviler de uygulanmaktadır (7,8). Bu tedavi seçeneklerinin yanısıra bazı hastalarda konservatif tedavi yaklaşımlarının da uygulanabileceği bildirilmektedir (2,6). Gözleyerek izlem altında tutulan bazı hastalarda spontan olarak laserasyonun kapanabileceği, bazı olguların rekürren priapizm ataklarına rağmen normal potenslerini koruyabildikleri öne sürülmektedir (2,4,6,9). Çalışmamızda arteriyel priapizm tespit edilen ve gözleyerek izlem tedavisi ile başarılı sonuç alınan bir olgu ışığında tanı ve tedavi seçenekleri tartışılmaktadır.

OLGU SUNUMU

32 yaşında erkek hasta 20 saat önce başlayan uzamış ağrılı ereksiyon yakınması ile acil servise başvurdu. Öyküsünde uykudan uyanınca ereksiyonda olduğunu farkettiğini, gün içinde birkaç kez cinsel ilişkiye girmesine rağmen detümesans olmadığını ifade etti. Travma, orak hücreli anemi ya da başka hastalık öyküde yer almıyordu. İlaç kullanımı öyküsü olmayan hasta, daha önce uyusturucu maddeler kullandığını ancak halen bıraktığını ifade etti. Hangi tür maddeleri kullandığı konusunda bilgi alınamayan hastada idrarda toksik madde analizi testi yapılamadı. Fizik incelemede penis erekte pozisyonda ödemli ve minimal hassas olarak tespit edildi. Hastaya kavernoza aspirasyonu, serum fizyolojik ve dopamin irrigasyonu tedavileri uygulandı ancak başarılı olunamadı. Bunun üzerine hastaya penil doppler ultrasonografi testi yapıldı. Doppler USG'de ana kavernoza arterde v-max 82 cm/s ve kavernoza arter dallarında 40-50 cm/s yüksek akımla uyumlu akım hızları tespit edildi (Şekil 1). Kavernoza aspirasyonu sonrası alınan kan gazı analizinde arteriyel kan gazı özellikleri vardı (pH: 7.39, O₂ Sat:%97.4, P_{O₂}:93.2) (Şekil 2). Hasta ile tedavi seçenekleri konuşularak kan gazı analizi, soğuk perineal kompresyon ile konservatif izlem altında tutuldu. İzleminde hastanın 1 gün sonra ereksiyonu normale döndü. Hasta 1 ay sonra aynı yakınmalarla tekrar başvurdu. Aynı tedavi yaklaşımı uygulanan hastada detümesans sağlanarak takiplere çağırıldı. Kontrollerinde hastanın normal ereksiyonlarını sağlayabildiği tespit edildi.



Şekil 1. Doppler USG'de yüksek akımla uyumlu sistolik akım hızları



Şekil 2. Hastada 12 saat arayla alınan 3 ayrı kan gazı sonuçları

TARTIŞMA

Arteriyel priapizm değerlendirilmesinde temel yaklaşım iskemik priapizmden ayırıcı tanı yapılarak tedavinin yönlendirilmesidir. Öyküde penil veya perineal travma varlığı çok önemli bir bulgudur. Ancak travma öyküsü olmadan, etyolojide hiçbir sebep bulunamayan olguların varlığı bildirilmektedir (9). Olgumuzda tam olarak aydınlatılamayan madde bağımlılığı öyküsü mevcuttu. Literatürde kokain kullanımı ve arteriyel priapizm arasındaki ilişki olabileceğine dair bilgiler yer almaktadır (10). Arteriyel priapizm etyolojisinde en önemli faktör olan travma öyküsünün olmayışı bu hastada etyolojide madde bağımlılığının rol oynayabileceğini düşündürmektedir. Bununla birlikte hastada idrar analizinde toksik madde incelenmesi testlerini uygulayamamız ve hastanın uyusturucu madde kullanımını reddetmesi hangi maddeye bağlı olabileceğini göstermemizi engelledi.

Arteriyel priapizmde arteriografi kesin tanıyı sağlayan bir yöntemdir (3). Ancak testin invazif oluşu kullanımını ancak embolizasyon düşünülen hastalarda yapılmasıyla kısıtlamaktadır (4). Günümüzde yaygın olarak doppler USG ve korporal kan gazı analizleri ile tanı konulmaktadır (2,4). Olgumuzda da benzer yaklaşım uygulanmıştır.

Arteriyel priapizmde tedavideki temel amaç kan akımını sabit hızda tutacak ya da laserasyonun iyileşmesini sağlayacak şekilde kavernoza arterin okluzyonunu sağlamaktır. Bu amaçla en sık uygulanan tedavi selektif arteriyel embolizasyondur (2,4,6,11). Bunun dışında pudental arter veya kavernoza arter

veya dallarının ligasyonu, duplex USG eşliğinde kompresyon diğer tedavi seçenekleridir (7,8). Korporaspongiyal shunt ameliyatlarından ve olgumuzda da görüldüğü gibi korporal aspirasyon ve irrigasyondan genellikle yarar görmemektedirler (6). Bununla birlikte bazı olgularda perineye soğuk kompresyon uygulanması, gözleyerek izlem gibi tedavi seçeneklerinin başarılı olabildiği ve başlangıç tedavisi olarak uygulanabileceği belirtilmektedir (2,4,6,9,12). Gözleyerek izlem tedavisi uygulanan bir çok olguda uzun yıllar cinsel sorun yaşamadan normal erektil fonksiyonlar sürdürülebildiği bildirilmektedir (4,6,9). Olgumuzda da benzer yaklaşımla başarılı sonuç alınmıştır. Ancak bu yaklaşımın uzun dönemde korpus kavernozum üzerinde ne tür etkileri olabileceği konusunda henüz yeterli bilgi yoktur. Uzun süreli kronik ereksiyon ve yüksek oksijen içerikli kan akımının korpus kavernozum bağ dokusu matrisinde fibroze yol açabileceği konusunda bazı bilgiler yer almaktadır (4,9). Ancak bu konuda daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Arteriyel priapizm nadir görülen bir durumdur. Travma öyküsü olmadan, etyolojide hiçbir sebep bulunamayan olguların varlığı dikkate alınarak gecikmiş priapizm olgularında veya tekrarlayan priapizm öyküsü varlığında arteriyel priapizm akılda tutulmalı ve ayırıcı tanıda yer verilmelidir. Gözleyerek izlem tedavisi, arteriyel priapizmde başlangıç tedavisi olarak uygulanabilecek basit ve etkili olabilen bir yöntemdir. Mevcut tedavi yaklaşımları hastaya anlatıldıktan sonra gözleyerek izlem tedavisi uygulanabilir ve başarısızlık durumunda selektif arteriyel embolizasyon ya da diğer tedavi seçenekleri hastaya önerilebilir düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

1. Witt MA, Goldstein I, Saenz de Tejada I, et al. Traumatic laceration of intracavernosal arteries: the pathophysiology of nonischemic, high flow, arterial priapism. *J Urol* 1990; 143: 129.
2. Bastuba MD, Saenz de Tejada I, Dmlenc CZ, et al. Arterial priapism: diagnosis, treatment and long term follow up. *J Urol* 1994; 151: 1231-1237.
3. Brock G, Breza J, Lue TF, et al. High flow priapism: a spectrum of disease. *J Urol* 1993; 150: 968.
4. Hakim LS, Kulaksızoğlu H, Mulligan R, et al. Evolving concepts in the diagnosis and treatment of arterial high flow priapism. *J Urol* 1996; 155: 541-548.
5. Palmer RMJ, Ferrige AG, Moncada S. Nitric oxide release accounts for the biological activity of endothelium derived relaxing factor. *Nature* 1987; 327: 524.
6. Goto T, Yagi S, Matsushita S, et al. Diagnosis and treatment of priapism: experience with 5 cases. *Urology* 1999; 53: 1019-1023.
7. Majeeshi NJ, Shemesh D, Abramowitz HB. Posttraumatic high flow priapism: successful management using duplex guided compression. *J Urol* 1999; 161: 215-216.
8. Shapiro RH, Berger R. Post-traumatic priapism treated with selective cavernosal artery ligation. *Urology* 1997; 49: 638-643.
9. Ciampalini S, Savoca G, Buttazzi L et al. High flow priapism: treatment and long-term follow up. *Urology* 2002; 59: 110-113.
10. Altman AL, Seftel AD, Brown SL, et al. Cocaine associated priapism. *J Urol* 1999; 161: 1817-1818.
11. Wear JB, Crummy AB, Munson BO. A new approach to the treatment of priapism. *J Urol* 1977; 117: 252.
12. Ilkay AK, Levine LA. Conservative management of high-flow priapism. *Urology* 1995; 46: 419-424.