

Ateş KADIOĞLU*, Selahittin ÇAYAN**, Mustafa Faruk USTA***

* İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, İSTANBUL

** Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, ANTALYA

*** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, MERSİN

OLGU 1

44 yaşında erkek hasta üç yıldır erektil disfonksiyon nedeniyle kendi kendine enjeksiyon yapmaktadır. Kendi kendine enjeksiyon sonrası 18 saatlik ağrılı ereksiyon nedeniyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede penis tam rijit ve hassastı.

Dr. Kadioğlu: İlk yaklaşımınız ne olur?

Dr. Çayan: İlk yapılması gereken priapizm tipinin belirlenmesidir¹. Fizik muayenede hassas ve rijid penis tespit edilmesi iskemik priapizm göstergesidir. Burada ilk yapılması gereken aspirasyon ve α adrenarjik ilaçlarla beraber aynı zamanda kan gazı analizi yapmaktır.

Dr. Kadioğlu: Kan gazı analizinde PO₂=20 mmHg, Pco₂ =75 mmHg, pH=7,05 olarak saptandı. Hasta hangi tip priapizm tipi olarak değerlendirilmelidir?

Dr. Usta: Bu olgunun kan gazı değerleri hipoksi ve asidotik (PO₂ <30 mmHg, PCO₂ >60 mmHg, pH<7.25) olduğu için iskemik tip priapizm olarak kabul edilmelidir. Ayrıca glukopeni ile hipoksinin kombinasyonu korpus kavernosum düz kas hücrelerinin irreversibl disfonksiyonu ile ilişkili bulunmasından dolayı kan gazı aspirasyonunda glukoz seviyesi de değerlendirilebilir².

Dr. Kadioğlu: Hangi tip semptomimetik intrakavernozal ajanların kullanılmasını önerirsiniz?

Dr. Usta: Epinefrin, norepinefrin, fenilefrin, efedrin ve metaraminol intrakavernozal enjeksiyon için kullanılan alfa adrenarjik ajanlardır. Fenilefrin minimal β -adrenarjik etkiye sahip selektif α -1 adrenarjik agonisttir. Minimal kardiovasküler riski nedeniyle intrakavernozal enjeksiyon için tercih edilen ajan olmalıdır.

Dr. Kadioğlu: Aspirasyon ve α adrenarjik ilaç etkisiz ise yaklaşımınız ne olur?

Dr. Çayan: Tedavinin başarısız olduğuna karar vermeden önce, yaklaşık 1 saat için her 3-5 dakikada bir seyreltilmiş fenilefrin solüsyondan 1 ml yapılması önerilmektedir. Buna rağmen başarı sağlanamazsa distal şantlar, priapizm cerrahi tedavisinde ilk tercih edilmesi gereken prosedürlerdir.

Eğer flasidite sağlanamazsa proksimal şantlar uygulanır. Kavernozoglandüler şant olan Winter şantı lokal anestezi altında uygulanabilen, istenmeyen yan etki oranı düşük, basit ve kolay bir tekniktir³.

OLGU 2

Dr. Kadioğlu: 56 yaşında ve 72 saatlik spontan ve ağrılı ereksiyon nedeniyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenede peniste tam rijidite tespit edildi.

Dr. Çayan: İkinci Cinsel Disfonksiyon Konsültasyonunda 24 saati geçen priapizm varlığında yaklaşık %90 oranında erektil disfonksiyon geliştiği bildirilmektedir⁴. Bu olguda penil protez implantasyonu düşünülebilir.

Dr. Kadioğlu: Penil protez implantasyonunu ne zaman yaparsınız?

Dr. Usta: Erken dönemde yapılan penil protez implantasyonu ile istenmeyen yan etki oranı düşük ve hasta memnuniyeti ise yüksektir⁵. Ayrıca geç dönemde penil protez takılmasına kıyasla penis boyu önemli oranda korunmaktadır.

Dr. Kadioğlu: Protez İmplantasyonu sırasında korpus kavernozumdan biyopsi alır mısınız?

Dr. Çayan: Korpus kavernozumda nekroz göstermek gereklidir. Ayrıca bu durum mediko-legal açıdan da önemlidir.

OLGU 3

36 yaşında erkek hasta priapizm başlangıcından 12 saat sonra kliniğe başvurdu. Hikayesinde orak hücre anemisi olduğu ve bu priapizm atağının 5. olduğu ve ED olmadığı öğrenildi. Kan gazı analizinde; PO₂: 15 mmHg, PCO₂: 90 mmHg ve PH: 7,15 saptandı.

Dr. Kadioğlu: Tedavi yaklaşımınız ne olur?

Dr. Çayan: Bu olgu tekrarlayan priapizmin iskemik epizodu olarak kabul edilmeli ve acil olarak iskemik priapizm tedavisi ve daha sonra orak hücre hastalığının sistemik tedavisi uygulanmalıdır. Hidrasyon ve korporal aspirasyon ve gerekirse

intrakorporal alfa adrenerjik ajanlar ilk tercih olmalıdır.

Dr. Kadioğlu: Nüksü azaltmak için hangi tedaviyi önerirsiniz?

Dr. Usta: Son zamanlarda, tekrarlayan priapizmin patogeneğinde PDE5 disregülasyonunun rolü olduğu gösterilmiştir ve uzun süreli PDE-5 inhibitörleri ile tedavi sonrası tekrarlayan priapizm epizodların da önemli derecede azalttığı görüldüğü bildirilmiştir⁶⁻⁹.

Olguların Eğitici Yönü

Fizik muayene ve aspirasyon sırasındaki kan rengi priapizm tipi hakkında fikir verebilir. Priapizm ayrımında kan gazı analizi büyük önem taşımaktadır. 24 saati geçen priapizm olgularının yaklaşık %90'ında ED gelişmektedir. Aspirasyon ve α adrenarjik tedavi başarısız olduğu olgularda ilk olarak distal şantlar denenmelidir. Priapizm sonrası fibrozise bağlı penis boyu kısalması ve ED kaçınılmazdır. Priapizmde penil protez geç dönem yerine korporal fibrozisin daha az olduğu erken dönemde takılmalıdır. Erken dönemde yerleştirilen protez geç dönemde daha uzun protezler ile değiştirilebilir. Priapizm patogeneğinde PDE-5 disregülasyonu rol oynamaktadır ve PDE-5 inhibitörlerinin uzun süreli kullanımı ile priapizm epizodları azaltılabilir. Ancak bu hasta sayılarının yeterli olduğu klinik çalışmalar ile desteklenmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- **Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al:** American Urological Association Guideline on the management of priapism. J Urol; 170: 1318-24, 2003.
- 2- **Muneer A, Celtek S, Dogan A, Kell PD, Ralph DJ, Minhas S:** Investigation of kavernozaal smooth muscle dysfunction in low flow priapism using an in vitro model. Int J Impot Res; 17: 10-8, 2005.
- 3- **Winter CC, McDowell G:** Experience with 105 patients with priapism: Update review of all aspects. J Urol: 140: 980-3, 1988.
- 4- **Pryor J, Akkus E, Alter G, Jordan G, Lebrete T, Levine L, Mulhall J, Perovic S, Ralph D, Stackl W:** Priapism, Peyronie's disease, penile reconstructive surgery. In Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. Sexual Medicine, Sexual dysfunctions in men and women, Health publications, Paris, 383-409, 2004.
- 5- **Kumar P, Minhas S, Brown C, Muneer A, et al:** Ischemic priapism: Acute implant insertion and long-term follow-up. AUA annual meeting, abstrn no: 1271, 2005.
- 6- **Champion HC, Bivalacqua TJ, Takimoto E:** Phosphodiesterase-5A dysregulation in penile erectile tissue is a mechanism of priapism. PNAS; 102: 1661-6, 2005.
- 7- **Burnett AL, Bivalacqua TJ, Champion HC, et al:** Long-term oral phosphodiesterase-5 inhibitor therapy alleviates recurrent priapism. J Sex Med; 3 (Suppl 1): 14-69, 2006.
- 8- **Pryor J, Akkus E, Alter G, Jordan G, Lebrete T, Levine L, Mulhall J, Perovic S, Ralph D, Stackl W:** Priapism, Peyronie's disease, penile reconstructive surgery. In Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F, editors. Sexual Medicine, Sexual dysfunctions in men and women, Health publications, Paris, 383-409, 2004.
- 9- **Kadioğlu A, Şanlı Ö, Çeltik M, Çakan M, Taşkapu H, Akman T:** Practical management of patients with priapism. EAU-EBU Update Series (Baskıda)