

üroloji

Priapism ve Yeni Görüşler

Ümit ŞİMŞEK*

Priapism kelimesi, mitolojideki tanrıça Afrodite ile tanrı Dionizos'un oğulları olan ve bereket tanrısı Priapus'un adından gelir. Tanrı Priapus'un heykeli yurdumuzda bulunmuş ve halen Efes Arkeoloji müzesinde korunmaktadır. Heykelin görünümündeki en önemli özellik, kendi boyu ile orantısız, çok büyük ve erekte bir penisinin olmasıdır (1).

İlk kez 1945'de Tripe tarafından tarif edilen bu hastalık, penisin erotik uyarılar ve hisler olmaksızın ağrılı ereksiyonu olarak tanımlanabilir (2). Büyük üroloji kliniklerinde, senede üç, dört olgu halinde rastlanır. Mutlaka acil ve etkili bir tedaviye gerek gösteren bu hastalık nadiren spontan, çoğunlukla da medikal ve/veya cerrahi yöntemleriyle düzeltilmektedir. Bu güne kadar yayınlanan en büyük seriler A. B. D. den olup, bunlarda 44 yılda 197 ve 14 yılda 33 olgudan söz edilmektedir (2, 3).

Böylesine ender görülen priapism olgularına her yaşta rastlamak olasıdır. Pediatrik yaş grubunda görülme oranı % 15 ile % 20 arasında değişmektedir (2).

Hastaların başvuru nedenleri ağrılı ve sürekli ereksiyon durumudur. Az da olsa işeme zorlukları, akut idrar retansiyonu da beraberinde bulunabilmektedir (4).

NEDENLER

Priapismde sebep, büyük olasılıkla penisten venöz dönüşün çeşitli nedenlerle olmamasıdır. 1973'de Fitzpatrick korporografi ile bu blokajın varlığını göstermiştir (5). Eğer ereksiyon süresi erotik uyarılar, afrodizyak ilaçlar veya diğer sebeplerden dolayı uzarsa, kavernoöz cisimler içinde bekleyen kan oksijenden fakirleşip karbondioksitçe zenginleşir. Kanın rengi zaman geçtikçe koyulaşır, akışkanlığı azalır ve şekilli elemanların yapısal ve işlevsel özellikleri bozulur. Böylece mikrotrombuslar ve ödem oluşarak venöz sistem tıkanır. Priapism orak hücreli anemideki

sebebi ise eritrositlerin "rulo formasyonu" ile ortaya çıkan mikrotrombuslardır. Lösemi, prostat, penis, kolon, böbrek tümörlerinden lokal infiltrasyon veya damar basıları, priapisme sebep olabilirler. Bunlara rağmen olguların % 40-58'inde neden bilinmemekte, idiopatik olarak sınıflandırılmaktadır (2, 3, 4).

Literatürde tek tük de olsa antikoagülan tedavi, juvenil diabetes mellitus, bazı antipsikotik ilaçlar, spinal ya da genel anestezi, uretra veya penis travmaları, Whitehead (hemorroidektomi) ameliyatları sonrası oluşan priapism olgularından bahsedilmektedir. Bunların bazıları (antikoagülasyon, spinal anestezi gibi) tedavi amacı ile de kullanılmaktadır (6, 7). Görüldüğü gibi kesin bir nedenden bahsetmek olanaksızdır. Nagler, bir olgu için ailevi idiopatik deyimini kullanmıştır (8).

BULGULAR

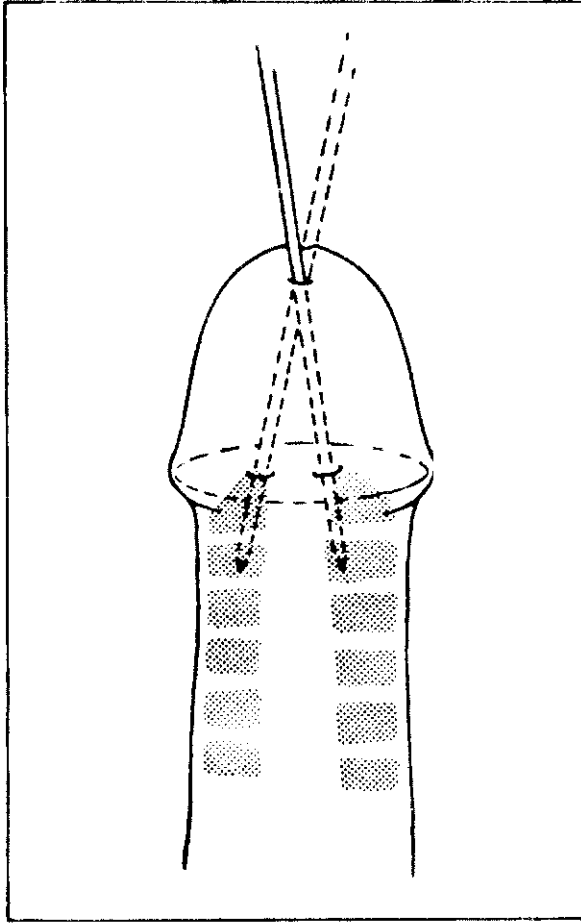
Fizik muayene ile kesin tanıyı koymak mümkündür. Glans penis, spongios şişimin bir uzantısı olarak priapisme katılmadığından, yumuşak ve küçük iken penis erektedir. Laboratuvar testleri daha çok nedeni araştırmaya yönelik yapılmaktadır.

TEDAVİ

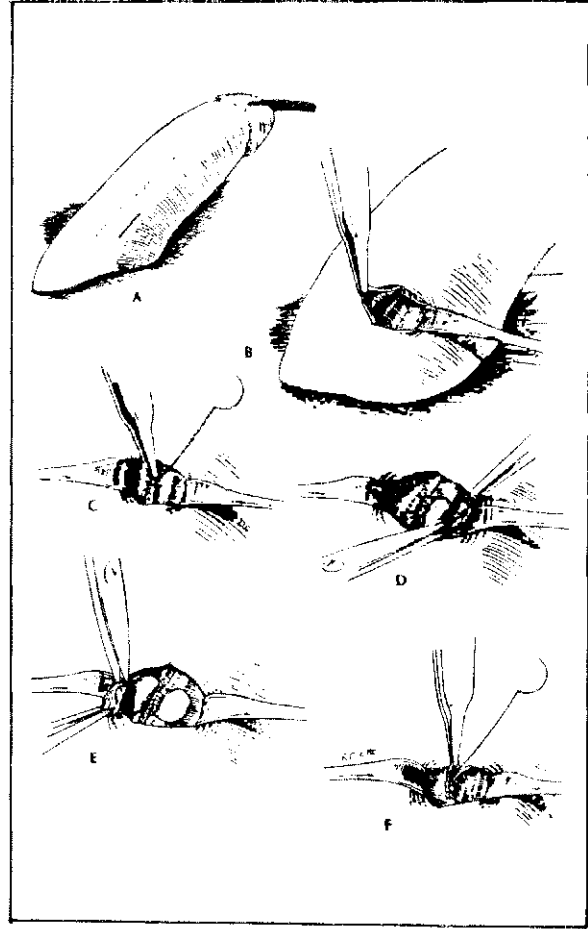
Priapism acil tedavi gerektiren bir hastalıktır. Ancak ilk kez görülen bir hastada hemen cerrahi tedaviyi gerektirmez. Ürologun elindeki koşullara göre, öncelikle medikal tedavi şekilleri seçilerek uygulanmalıdır. Bertram'a göre bu tedavi için ayrılacak süre 12 saati geçmemeli ve cevap alınmadığı takdirde hemen cerrahi yöntemlere başvurulmalıdır (4).

Medikal Tedavi: Burada belirteceğimiz yöntemlerin gerçek anlamda başarıları tartışılabilir. Priapism'in spontan olarak mı, yoksa adı geçen tedavi şekilleriyle mi iyileşeceği konusunu aydınlatmak henüz mümkün değildir. Sedasyon, alkalinizasyon, analjezi, amil nitrit inhalasyonu, dietilsitilbesterol yanında

*Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Üroloji Anabilim Dalı, Yardımcı Doçent.



Şekil 1. Glans-kavernöz şant tekniği (Winter, 1976).



Şekil-2. Spongio-kavernöz şant tekniği (Avackley, 1964).

spinal ya da ketamin anestezi, penise buz uygulanması ters yönde yapılan aşırı prostatik masaj, sıcak su lavmanı, oksijen verilmesi, İV. hidrasyon. medikal tedavi olarak önerilmektedir. Orak hücreli anemiye bağlı priapizm tedavisinde, exchange transfüzyon, eritrosit süspansiyonu verilmesi, kanserli olgularda ise penil veya pelvik radyasyon yararlıdır (2, 3, 4).

Cerrahi Tedavi: Kaynak taramasında, yazarların birleştikleri önemli bir nokta, cerrahi tedavinin daha etkili olduğu yönündedir (2, 3, 4). Priapismmin cerrahi tedavisi, korpus kavernosumlarında sıkışmış, geriye dönüş yolu olmayan kanın boşaltılması ya da oluşturulacak fistüllerle (şant) yeni dönüş yolları yaratılması ana ilkesine dayanır.

Aspirasyon Irrigasyon: İlk denenecek, cerrahi sayılabilecek bu yöntem, korpus kavernosumların geniş çaplı bir iğne ile aspirasyonu ve serum fizyolojik (bazı yazarlar heparin de önerirler) ile yıkanması. Bu yöntem lokal, spinal, ketamin veya genel anestezi altında uygulanabilir. Penis yumuşayınca ve gelen kanın rengi açılana kadar uygulamaya devam edilmelidir. Eğer priapism tekrar olursa, bu durumda

aspirasyon ile vakit kaybetmemeli, hemen aşağıda sıraladığımız şant cerrahilerinden birine başvurulmalıdır.

Şant Yöntemleri

1976 da Winter'in tariflediği Glans-Kavernöz şant, 1964 de Ouackles'in tanımladığı Spongio-kavernöz şant yöntemleri halen en sık kullanılan ve başarı oranı yüksek cerrahi girişimlerdir (Şekil 1, 2). Amaçları aynı olup, spongioz cisim ile, kavernöz cisimler arasında kanın dolaşmasını sağlarlar (2, 3, 4).

Winter'in yönteminde, bir biopsi iğnesi ile oluşturulan fistül yeterli olmayabilir, ya da glansta gelişecek enfeksiyon, dolaşım bozuklukları kötü sonuçlar doğurabilir.

Spongio, kavernöz santiarın en önemli komplikasyonları ise üretra-kavernöz fistüllerdir (9). Ancak tek taraflı yapıldığında, priapismmin düzeltilebilmesi de iyi bir avantajdır.

Kaverno, safen şant kullanılan bir yöntem değildir. Pulmoner embolinin yanında, şantın kapan-

maması durumunda, hastanın ereksiyonunu safen venini eliyle tıkayarak devam ettirebilmesi gibi, önemli komplikasyonları tanımlanmıştır (2).

Şant cerrahisi uygulanan hastalarda, biriken kanın geriye döndürülebilmesi için, penisin periodik olarak bir tansiyon aletinin manşonu ile sıkılıp gevşetilmesi gereklidir.

Kaynaklarda ender olarak yapıldığı yazılan, intemal pudental arterin bağlanması veya perkütan embolizasyonu, sadece hiçbir tedaviye cevap vermeyen priapismde denenmelidir. Sonuçta empotans kaçınılmazdır. Mikroşirürji teknikleri kullanılarak, inferior epigastrik ve dorsal penis venleri ile kavernöz cisimler arasında santiar kısıtlı sayıda da olsa yapılmaktadır (4).

Bütün bu cerrahi girişimlerden önce, hastaya bir üretral kateter konmasını ve güçlü bir antibiotiğin tedavi planına eklenmesini öneriyoruz.

PROGNOZ

Priapismın erken ve etkili bir şekilde düzeltilmesinin, hastanın seksüel yaşamının sağlıklı bir biçimde

davemı için gerekli olduğu kanısındayız. Priapismın düzelme süresi uzadıkça, empotans gelişme şansının yüksekliği belirtilmektedir. En iyi sonuçların 36 saat-ten önceki iyileşmelerde görüldüğü ayrıca vurgulanmaktadır (2).

Büyük serilerde empotans oranı % 40 ile % 80 arasında değişmektedir (3, 4, 6). Kavernöz cisimlerde biriken kan koyulaşır, katılaştıkça uygulanacak bir çok cerrahi yöntem başarısız kalır ve en önemlisi daha sonra gelişmesi beklenen fibrozis daha da şiddetli olur. Böylece empotans şansı yükselir. Böyle gelişmiş empotansın düzeltilmesinin tek yolu ise penil protez uygulanmasıdır.

İki üç ay sonra kontrol korpografilerde şantın kapandığı görülür. Ancak bu süre kesin değildir (4).

Herhangi bir tedavi yöntemini uygulamadan önce, hastanın gelişebilecek empotans konusunda uyarılması gereklidir. Aksi halde hekimin bu durumdan sorumlu tutulması gibi tatsız bir olay ortaya çıkabilir.

KAYNAKLAR

1. Kilichoglu S, Araz N, Devrim H: Meydan Larousse, Gilt X, Meydan Yayınevi, İstanbul, 1979, s. 325-326.
2. Macaluso JN, Sullivan JW: Priapism: Review of 34 cases. Urology, 26 (3) : 233-236, 1985.
3. Bertram RA, et al.: Priapism: Etiology, treatment and results in series of 35 presentations. Urology, 26 (3): 229-232, 1985.
4. Winter CC: Priapism, in Glenn FJ (ed.) Urology. Surgery, Third ed., Philadelphia, J.B. Lippincott Co., 1983, p. 803-811.
5. Smith DR: General Urology, Eight ed., Lange Med. Pub., California, 1975, p. 409.
6. Lansky MR, et al.: Priapism associated with trazodone therapy. Case report, J. Clin. Psych. 45 (5), 1984.
7. Benzon TH, et al.: Ketamine treatment of penile erection in the operating room, Anesth. Analg., 62 (4): 457-458, 1983.
8. Nagler HM, et al.: Familial idiopathic priapism. A case report, J. Urol., 131 (3) : 542-543, 1984.
9. Robbins DM, et al.: Late development of urethrocavernous fistula after caverno-spongiosus shunt for priapism, J. Urol. 132 (1), 1984.
10. Belgrano E, et al.: Percutaneous embolisation of internal pudental arteries in idiopathic priapism, 2 additional cases, J. Urol. 131 (4) : 756-758, 1984.