

PRIAPİZM

Kasım ERTAŞ

Priapizm cinsel aktiviteden bağımsız olarak da oluşabilen ağrının eşlik ettiği ereksiyon halinin uzaması neticesinde görülen ürolojik acil bir hastalıktır (1,2,3). Priapizm adını fertilite tanrısı olarak adlandırılan Priapus'tan almıştır. Priapizm %60'ı idiyopatik olarak gelişmektedir. Olguların %40'ında çeşitli nedenler bulunmaktadır. Bunlar arasında hematolojik hastalıklar, pelvik enfeksiyonlar, travma ve ilaç, madde kullanımları bulunmaktadır(4).Priapizm insidansı düşük olmakla birlikte her yaş grubunda görülebilir (5). Orak hücreli anemili hastalarda 18 yaş üzerinde görülme prevalansı %42'lere kadar olabilmektedir (6).

Sınıflama: Priapizmin iskemik (düşük akımlı), non-iskemik (yüksek akımlı) ve rekürren (tekrarlayıcı) olmak üzere 3 ana tipi tariflenmiştir.

İskemik priapizm

İskemik priapizm (IP) kavernözal arteriyel akımın ileri derecede azalması veya olmaması ile birlikte, kavernözal cisimlerin rijiditesiyle seyreden kalıcı ereksiyon halidir(7). İskemik priapizmde hipoksi, hiperkarbi ve asidoz gibi zaman bağımlı değişiklikler görülür. Hasta tipik olarak penil ağrıdan şikayet eder ve muayene sert bir ereksiyon durumu vardır. Durum kas kompartman sendromuna benzer, düz kasta 12 saat içerisinde histolojik değişiklikler meydana gelir.

Priapizm başlangıcından 48-72 saat sonraki müdahaleler, ereksiyon ve ağrıyı hafifletmeye yardımcı olabilir, ancak erektil potens gücünde ciddi azalmalara engel olunamamaktadır.

Histolojik olarak ilk 12 saatte interstisyel ödem, sinüzoidal endotelin ve bazal membran yıkımı görülür ve 24 saatte trombosit yapışmasına doğru ilerler.

48. saatte sinüzoidal boşluklarda trombüs bulunabilir ve fibroblast benzeri hücre dönüşümü ile düz kas nekrozu görülebilir(8). İskemik priapizm acil bir

günlük oral PDE5 inhibitörü tedavisi kullanılabilir.Tekrarlayıcı priapizmi olan yetişkin hastaların tedavisinde GnRH agonisti veya antiandrojen kullanılabilir(26).

Non-iskemik Priapizm

İlk tedavi seçeneği soğuk uygulama ve penil kompresyondur.Aspirasyon,irrigasyon ve semptomimetik ilaçların kullanımı ilk tedavi seçeneği değildir.Tedavi planlamasındaki asıl amaç altta yatan patolojinin tespiti ve epizotların önlenmesi için koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Tedavi isteyen hastalarda iskemik olmayan priapizmin tedavisi için seçici arteriyel embolizasyon yapılabilir.bu işlemde kullanılan materyaller nedeniyle erektil disfonksiyon gelişebilir(26).

KAYNAKLAR

1. Melman A, Serels S: Priapism. Int J Impot Res, Oct;12 Suppl 4:S133-9, 2000.
2. 2- Rochat MC: Priapism: A review. Theriogenology, Sep 15;56(5):713-22, 2001.
3. 3- Kalsi JS, Arya M, Minhas S, Ralph DJ: Priapism: A medical emergency. Hosp Med, Apr; 63(4): 224-5, 2002.
4. PRIAPİZM DENEYİMLERİMİZ EXPERIENCES WITH PRIAPISM BEDİR S., YILDIRIM İ., IRKILATA C., TAHMAZ L., DAYANÇ M., PEKER A.F. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Üroloji Anabilim Dalı, ANKARA
5. Salonia A, Eardley I, Giuliano, et al. European Association of Urology guidelines on priapism. Eur Urol. 2014 Feb;65(2):480-9.
6. Furtado PS, Costa MP, Ribeiro do Prado Valladares F, et al. The prevalence of priapism in children and adolescents with sickle cell disease in Brazil. Int J Hematol 2012;95:648–51
7. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. J Sex Med 2010;7:476–500.
8. Spycher MA, Hauri D. The ultrastructure of the erectile tissue in priapism. J Urol 1986;135:142– 7.
9. Porst H. The rationale for prostaglandin E1 in erectile failure: a survey of worldwide experience. J Urol 1996;155:802–15.
10. Bivalacqua TJ, Musicki B, Kutlu O, Burnett AL. New insights into the pathophysiology of sickle cell diseaseassociated priapism. J Sex Med 2012;9:79–87.
11. Kuefer R, Bartsch Jr G, Herkommer K, Kramer SC, Kleinschmidt K, Volkmer BG. Changing diagnostic and therapeutic concepts in highflow priapism. Int J Impot Res 2005;17:109–13.
12. Witt MA, Goldstein I, Saenz de Tejada I, Greenfield A, Krane RJ. Traumatic laceration of intracavernosal arteries: the pathophysiology of nonischemic, high flow, arterial priapism. J Urol 1990;143:129–32.
13. Steers WD, Selby Jr JB. Use of methylene blue and selective embolization of the pudendal artery for high flow priapism refractory to medical and surgical treatments. J Urol 1991;146:1361–3.
14. Ricciardi Jr R, Bhatt GM, Cynamon J, Bakal CW, Melman A. Delayed high flow priapism: pathophysiology andmanagement. J Urol 1993; 149:119–21.

15. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol* 2003;170:1318-24.
16. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, et al. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. *J Sex Med* 2010;7:476-500.
17. Broderick GA, Lue TF. Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and priapism. In: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ, Kavoussi AR, Novick AC, eds. *Campbell's urology*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002:1619-71.
18. Lowe FC, Jarow JP. Placebo-controlled study of oral terbutaline in management of prostaglandin E1 induced prolonged erections. *J Urol* 1993;42:51-3.
19. Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowsky RR, Heaton JP, Lue TF, Nehra A, Sharlip ID, American Urological Association Erectile Dysfunction Guideline Update Panel. Urological association guideline on the management of priapism. *J Urol* 2003;170:1318-24
20. Ateyah A, Rahman El-Nashar A, Zohdy W, Arafa M, Saad El-Den H. Intracavernosal irrigation by cold saline as a simple method of treating iatrogenic prolonged erection. *J Sex Med* 2005;2:248-53
21. Broderick GA, Gordon D, Hypolite J, Levin RM. Anoxia and corporal smooth muscle dysfunction: A model for ischemic priapism. *J Urol* 1994;151:259- 62.
22. Broderick GA, Harkaway R. Pharmacologic erection: Time-dependent changes in the corporal environment. *Int J Impot Res* 1994;6:9-16.
23. Teloken C, Ribeiro EP, Chammas M, Teloken PE, Souto CA. Intracavernosal etilefrine self-injection therapy for recurrent priapism. *Urology* 2005;65: 1002.
24. Kovac JR, Mak SK, Garcia MM, et al. A pathophysiology- based approach to the management of early priapism. *Asian J Androl* 2013;15:20-6.
25. Hudnall M, Reed-Maldonado AB, Lue TF. Advances in the understanding of priapism. *Transl Androl Urol*. 2017 Apr;6(2):199-206
26. Priapism: Pathogenesis, Epidemiology, and Management *jsm_1625 476..500* Gregory A. Broderick, MD, Ates Kadioglu, MD, Trinity J. Bivalacqua, MD, PhD, Hussein Ghanem, MD, Ajay Nehra, MD, FACS and Rany Shamloul, MD
27. Adeyolu AB, Olujohungbe AB, Morris J, Yardumian A, Bareford D, Akenova A, Akinyanju O, Cinkotai K, O'Reilly PH. Priapism in sickle cell disease; incidence, risk factors and complications—An international multicentre study. *BJU Int* 2002;90:898-902.
28. Teloken C, Ribeiro EP, Chammas M, Teloken PE, Souto CA. Intracavernosal etilefrine self-injection therapy for recurrent priapism. *Urology* 2005;65: 1002.
29. Chow K, Payne S. The pharmacological management of intermittent priapismic states. *BJU Int* 2008;102:1515-21. Güncel Üroloji 2.Baskı

Referans kitaplar:

- 1)EAU Guidelines
- 2) Temel Üroloji 4. Baskı
- 3) Smith Urology 17. Baskı
- 4) Campbell-Walsh Urology 9. Baskı
- 5)Güncel Üroloji 2.baskı