

PERINEAL TRAVMAYA BAĞLI NADİR BİR YÜKSEK AKIMLI PRIAPİZM OLGUSU

Yusuf Ö. İLBEY¹, Cemal GÖKTAŞ¹, Muhammed KUVEL¹, Selami ALBAYRAK¹

Priapizm, seksüel istek ve uyarı olmaksızın penisin uzun süreli ereksiyon halidir. Etyopatolojisine göre iskemik (veno-oklüziv, düşük akımlı) ve non-iskemik (arteriyel, yüksek akımlı) olmak üzere iki gruba ayrılır. Empotans tedavisi için kullanılan intrakavernöz enjeksiyon iskemik priapizmin en sık sebebi iken, daha nadir görülen non-iskemik priapizm hemen daima travmatik faktörlere bağlı olarak gelişir. Bu çalışmada, perineal travmaya bağlı gelişen bir non-iskemik priapizm vakası sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Priapizm, enjeksiyon, perine, travma

A HIGH FLOW PRIAPISM CASE RESULTING FROM PERINEAL TRAUMA

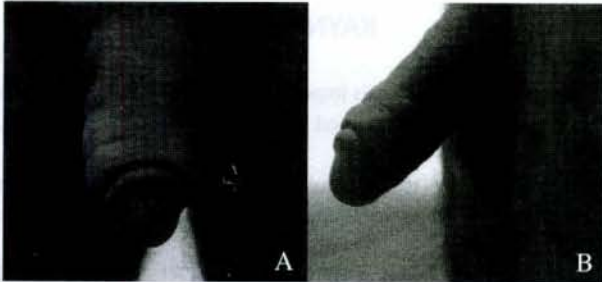
Priapism is an uncommon condition of prolonged erection without sexual desire and stimulation. It is to be classified in two groups in terms of etiopathogenesis; ischemic (veno-occlusive, low-flow) and non-ischemic (arteriyel, high-flow) priapism. While, intracavernous injection therapy for impotence may be the most common cause of ischemic priapism, non-ischemic priapism that is a rare condition is usually secondary to traumatic factors. In this paper, a case of a non-ischemic priapism secondary to perineal trauma is reported.

Keywords: Priapism, injection, perineum, trauma

Seksüel istek ya da uyarı olmaksızın penisin sürekli ereksiyon hali anlamına gelen priapizm, etyopatogenezine göre başlıca iskemik (veno-oklüziv, düşük akımlı) ve non-iskemik (arteriyel, yüksek akımlı) olmak üzere iki gruba ayrılır. Geçmişte nadir bir klinik tablo olarak görülürken, günümüzde intrakavernozal farmakoterapinin otoenjeksiyon şeklinde yaygın olarak kullanımıyla birlikte priapizm insidensi de artmıştır. İntrakavernozal farmakoterapiye bağlı iskemik priapizm sık görülürken, non-iskemik priapizm oldukça nadir görülmektedir.

OLGU

Kırkiki yaşındaki erkek hasta, cinsel istek olmaksızın, yirmi gündür devam eden yarı ereksiyon hali nedeniyle başvurdu. Anamnezinde yaklaşık yirmi gün kadar önce perineal bölgeye bir travma hikayesi mevcuttu. Travmayı takiben iki gün sonra penisinde büyüme başladığını ifade eden olgunun ağrısı yoktu. Fizik muayenede glans ve spongioz cisimlerle birlikte peniste bir bütün olarak semiereksiyon ve semirijidite hali tespit edildi (Şekil 1).



Şekil 1. Perineal travma sonucu gelişen yüksek akımlı priapizmin (A) önden ve (B) yandan görünümü

Arteriyel kan basıncı normaldi ve diğer sistemlerde anormal bulgu saptanmadı. Kavernozal kan gazı değerleri ile arteriyel kan gazı değerleri eşit olarak tespit edildi.

¹Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi 2. Üroloji Kliniği

Hastanın tedavisinde konservatif kalındı ve olgu yakın takibe alındı.

TARTIŞMA

Oldukça nadir görülen non-iskemik (arteriyel, yüksek akımlı) priapizmin etiolojisinde genellikle perineal veya penoskrotal travma mevcuttur. Travmanın etkisiyle lasere olan kavernozal arterden çıkan kan direkt olarak laküner sistemi doldurur ve nöromedyatörlerin kontrolündeki helisin arterler devre dışı kalır. Gerilme etkisiyle fistüle yakın endotel hücrelerinden nitrik oksit salgılanır. Bu medyatör, guanil siklaz enzimi aracılığıyla düz kasları gevşeterek, arteriyel kan akımının artmasına neden olur. Ortamdaki yüksek oksijen konsantrasyonu da nitrik oksit sentezini ve salınımını artırır. Tüm bu etkilerin sonucunda yüksek akımlı arteriyel priapizm ortaya çıkar¹.

Yüksek akımlı priapizm nadir bir hastalıktır. Olguların çoğu, vakamızda da olduğu gibi posttravmatiktir. Priapizm travma sonrası birkaç gün içerisinde ortaya çıkabilir. Penis iskemik priapizmdeki kadar rijit olmayabilir. Artmış arteriyel kan girişi nedeniyle orantılı ve bütün olarak ereksiyonda bir penis mevcuttur. Ağrı yoktur. Kavernozal cisimlerden aspire edilen kanın kan gazı değerleri arteriyel kan değerlerine yakındır ve parlak kırmızı renktedir. Bu durum tanı için tipik özelliklerdendir². Bu vakada da kavernozal kan gazı değerleri ile arteriyel kan gazı değerleri birbirine eşitti.

Noninvaziv, güvenilir ve ucuz olması nedeniyle renkli doppler ultrasonografi başvurulacak ilk tanı yöntemidir. Renkli doppler ultrasonografide yüksek arteriyel akım nedeniyle oluşan türbulansın belirtisi olarak fistül alanında mavi ve kırmızı renkler birarada görülmektedir. Tedavisinde arteriyel embolizasyon düşünülen vakalarda, arteriyel anatomi tespit etmek için işlem öncesi anjiyografi yapılmaktadır.



İskemik priapizmin aksine, doku iskemisinin olmaması nedeniyle, tedavi elektif olarak planlanmak üzere bir süre ertelenebilir. Bu hastaların tedaviye ihtiyaçlarının olup olmadığı, tedaviye ihtiyaç varsa ne zaman tedavinin yapılması gerektiği de ayrıca tartışma konusudur. Yüksek akımlı priapizmde kendiliğinden detümesans olguları bildirilmiştir³. Olgumuzun birinci ay kontrolünde, tümesans ve rijidite tamamen kaybolmuş ve potens normaldi.

Erken evrede lokal buz tatbiki, intra kavernoza alfa agonist ajanların veya guanilat siklaz inhibitörlerinin enjeksiyonu çoğunlukla tam sonuç vermemektedir. Ereksiyonun daha uzun sürdüğü vakalarda, korpus kavernoza arteriyel kan girişini azaltmak ya da daha selektif olarak kavernoza arterden laküner mesafeye olan fistülü kapatmak için, ipsilateral ana penil artere perkütan süper selektif arteriyel embolizasyon yapılabilir. Bu işlem için genellikle otolog kan pıhtısı kullanılmaktadır⁴. Böylece lezyona giden kan akımı geçici olarak durdurulmuş olur. Bir süre sonra pıhtının rezorpsiyonu ile rekanalizasyon oluştuğunda, hasta tekrar normal potensine kavuşur. Bu süre yaklaşık birkaç aydır⁵.

Bir başka tedavi metodu ise kavernoza eksplorasyon ile kavernoza arteri fistülün hemen proksimalinden bağlamaktır. Kavernoza dokunun korunması kaydıyla, bu en etkili tedavi metodudur⁶.

Üroloji pratiğinde nadiren görülen yüksek akımlı priapizm olgularında, hastalığın morbid olmaması, tanı ve tedavi yöntemlerinin invaziv olması ve bazen kendiliğinden düzelebilmesi nedeniyle, bu vakada olduğu gibi seçilmiş bazı vakalarda izlem de akılcı bir yaklaşım olabilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Witt MA, Goldstein I, de Tejada S, Greenfield A, Krane RJ. Traumatic laceration of intracavernosal arteries: The pathophysiology of nonischemic high flow arterial priapism. J Urol 1990; 143: 129.
2. Tuncay S, Yıldız M, Sargın H. Korpus kavernoza arteriyel fistüle bağlı bir yüksek akımlı priapizm olgusu. Üroloji Bülteni 1998; 9: 186-188.
3. İlçay AK, Levine LA. Conservative management of high-flow priapism. Urology 1995; 46(3): 65-68.
4. Visvanathan K, Burnows PE, Schillinger JF, Khoury AE. Posttraumatic arterial priapism in seven-year-old boy: Successful management by percutaneous transcatheter embolization. J Urol 1992; 148: 382.
5. Belgrano E, Puppo P, Qatrin S, et al. Percutaneous temporary embolization of internal pudendal arteries in idiopathic priapism: 2 additional cases. J Urol 1984; 131: 756.
6. Handing JR, Hollander JB, Bendick PJ. Chronic priapism secondary to a traumatic arteriovenous fistula of the corpus cavernosum. J Urol 1993; 150: 1504-1506.