

PRIAPİZM: GÜNCELLEME
PRIAPISM: UPDATEPriapizm: Değerlendirme ve Tanı
Priapism: Evaluation and Diagnosis

Mustafa Faruk Usta

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Üroloji Anabilim Dalı, Androloji Bilim Dalı, Antalya

Özet | Abstract

Priapizm değerlendirme ve tanısında; hikaye, fizik muayene, laboratuvar testleri ile penil görüntüleme yararlanılmaktadır. Tüm bu yöntemlerin kullanılması ile iskemik, non-iskemik ve kekeleme priapizm ayırıcı tanısı ortaya konulmaktadır. Günümüzde; penil kan gazı ölçümü ile penil Doppler ultrasonografi tetkiki en sıklıkla kullanılan tanı yöntemleridir.

Anahtar kelimeler: Ayırıcı tanı, penil Doppler ultrasonografi, penil kan gazı

History, physical examination, laboratory tests and penile imaging are the commonly used tools in the evaluation and diagnosis of priapism. These techniques are used by physicians in making the differential diagnosis between ischemic, non-ischemic and “stuttering” priapism. Nowadays, penile blood gas analysis and penile Doppler ultrasonography are the most widely used tools to differentiate between different kinds of priapism.

Key words: Differential diagnosis, penile blood gas, penile Doppler ultrasonography

Priapizm tedavisine başlanabilmesi için öncelikli olarak priapizmin etiolojisinin ortaya konulması gereklidir. İskemik priapizm acil bir klinik antite olarak ele alınmalı ve teşhis ile birlikte tedavisine başlanmalıdır. Ereksiyon süresi ile doğrudan ilişkili progresif penil ağrı, priapizme neden olabilecek ilaç kullanımı, medulla spinalis ile ilişkili hastalık varlığı ya da orak hücreli anemi varlığında; iskemik priapizm akla gelmelidir. Kekeleme priapizm; seksüel stimülasyon sonrası ya da sabahları oluşan ve uzun süre tekrarlayan tarzda devam eden ereksiyon ataklarının varlığında akla gelmelidir. Noniskemik priapizm ise ağrısız ve progresyon göstermeyen tarzda ortaya çıkan istemsiz ereksiyon olgularında düşünülmelidir. Bu olgularda genellikle penis kökü ya da perineal travma hikayesi bulunmakta olup nadiren ilaç enjeksiyonu sonrası kavernoza arterde meydana gelen yırtılma sonucu da non-iskemik priapizm ile karşılaşılabilmektedir.(1)

Fizik muayene sırasında, ereksiyonun derecesi, ağrının varlığı ya da geçirilmiş travmanın bulguları ile olası bir malignensi araştırması yapılmalıdır. Tümesans ve rijiditenin düzeyi ayırıcı tanının konulmasında büyük önem taşır. Korpus kavernoza, korpus spongioza ve glansın ereksiyona katılması ile penil ağrının varlığı iskemik priapizm olgularında sıklıkla karşılaşılan bulgulardır. Parsiyel ereksiyon varlığında, şiddetli bir penil ağrının bulunmadığı olgularda non-iskemik priapizm varlığı akla gelmelidir.(1)

Laboratuvar araştırmasında hastanın olası bir orak hücreli anemi, talasemi ve kanama-pıhtılaşma bozukluğunun

varlığına yönelik araştırma yapılmalıdır. Tüm bunların dışında iskemik/non-iskemik priapizm ayırıcı tanısına varılmasında korpus kavernoza kan gazı değerlendirmesinin yapılması gereklidir. İskemik olgularda; korpus kavernoza aspirasyon ile elde edilen kan örneklerinde parsiyel oksijen basıncı 30mmHg'nin altında; parsiyel karbondioksit basıncı ise 60mmHg'nin üstündedir.(1)

İskemik/noniskemik priapizm ayırıcı tanısında; aspiratif kan gazı ölçümlerine ek olarak penil ve perineal renkli Doppler ultrasonografi tetkiki ile tanının kesinleştirilmesi sağlanır. Penil Doppler ultrasonografi teknik olarak olanaklı ise mutlaka uygulanmalıdır. İskemik priapizm olgularında; kavernoza arter içinde herhangi bir kan akımının olmadığı izlenirken başarılı bir tedavi sonrası kavernoza akımı gösteren akım dalgalarının yeniden ortaya çıktığı izlenebilir. Noniskemik olgularda ise kavernoza kan akımının normal olarak gerçekleştiği görülecektir. Bununla birlikte olası bir anevrizma ya da arter travması varlığı da renkli Doppler ultrasonografi tetkiki ile ortaya konulabilecektir. Penil arteriografi girişiminin tek başına tanı amaçlı olarak kullanılması çok invazif bir yaklaşım olarak kabul edilmekte olup; non-iskemik priapizm tanısının konulduğu olgularda tanı ile birlikte aynı zamanda tedavi amaçlı olarak kullanılmalıdır. Son yıllarda priapizm tanısında; magnetik rezonans (MRI) kullanımı gündeme gelmiştir. Kircham ve arkadaşları MRI incelemesi ile priapizm olgularında 3 önemli bulgunun ortaya konulabileceğini rapor etmiştir. Buna göre; olası bir korporal

metastaz ya da arteriyel fistülün varlığını ortaya koymada MRI faydalı olabilir. Ek olarak MRI değerlendirilmesi, priapizm olgularında korpus kavernozumda meydana gelmiş kalıcı bir nekrozun tanısının konulması ve erken dönemde penil protez implantasyonu kararının verilmesinde yardımcı olabilecektir.(2-4) Ralph ve arkadaşları yakın zamanda MRI uygulaması sonrası kalıcı korpus kavernozum hasarı olduğuna karar verdikleri; ereksiyon süresi 24 ile 720 saat arasında değişen 50 iskemik priapizm olgusunda erken dönem penil protez uygulaması yapmışlardır. Kalıcı ve geri dönüşümsüz hasarın gerçekleştiği kanıtlandıktan sonra uzun dönemde fibrozis gelişmeden uygulanacak penil protez yerleştirilmesi ile olası cerrahi komplikasyon oranlarının düşürülmesi mümkün olabilmektedir.(4) Ek olarak, kalıcı hasarın geliştiğinin ortaya konulması; cerrahi sonrası oluşa-

bilecek mediko-legal sorunların ortadan kaldırılmasına da imkan sağlayabilecektir.

Kaynaklar

1. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, Ghanem H, Nehra A, Shamloul R. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. J Sex Med 2010;7:476-500. [\[CrossRef\]](#)
2. 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
3. Kirkham AP, Illing RO, Minhas S, Minhas S, Allen C. MR imaging of nonmalignant penile lesions. Radiographics 2008;28:837-53. [\[CrossRef\]](#)
4. Ralph DJ, Garaffa G, Muneer A, Freeman A, Rees R, Christopher AN, et al. The immediate insertion of a penile prosthesis for acute ischaemic priapism. Eur Urol 2009;56:1033-8. [\[CrossRef\]](#)