



Priapismo

C. Guillot-Tantay, M. Galiano

Il priapismo è un’urgenza terapeutica che deve essere gestita in un ambiente dedicato. La diagnosi semplice è soprattutto clinica e deve consentire una gestione nelle prime quattro ore. Il priapismo più frequente è il priapismo venoso ischemico a basso flusso che bisogna differenziare dal priapismo arterioso (alto flusso) non ischemico, dovuto a una fistola arterovenosa. Nella maggior parte dei casi, una cura medica adatta, basata su mezzi fisici (esercizi, applicazione di ghiaccio), aspirazione cavernosa e iniezione disostanze alfastimolanti, permette una detumescenza rapida. In caso di insuccesso, la gestione deve essere chirurgica, nel reparto di urologia. Per un priapismo diagnosticato tardivamente, può essere proposto un impianto precoce di protesi peniena. In tutti i casi, la gestione deve essere accompagnata da un’educazione terapeutica per prevenire le recidive.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Priapismo; Erezione dolorosa; Urologia; Pene

Struttura dell’articolo

■ Introduzione	1
Definizione, generalità	1
Classificazione	1
Fisiopatologia	1
■ Eziologie	2
■ Diagnosi	2
Clinica	2
Paraclinica	2
■ Trattamento	2
Priapismo acuto ischemico	3
Priapismo acuto non ischemico	3
Priapismo ricorrente	3
■ Conclusioni	3

■ Introduzione

Definizione, generalità

Il priapismo è definito come un’erezione persistente dei corpi cavernosi, per più di quattro ore, senza stimolazione sessuale e senza turgore del glande né del corpo spugnoso [1]. Questa erezione diventa progressivamente dolorosa senza che il paziente riesca a tornare allo stato di flaccidità. Il limite di tempo è fissato a quattro ore, in modo da restringere il rischio di anossia dei corpi cavernosi che può insorgere e da prevenire la loro fibrosi, che potrebbe compromettere definitivamente la capacità erettile del paziente.

In Francia, vi sono annualmente da 200 a 300 ricoveri per priapismo, con una percentuale significativa di pazienti trattati a domicilio o in ambulatorio. La condizione può verificarsi a qualsiasi età. La causa principale è l’iniezione intracavernosa di prodotti farmaceutici eretogeni. I priapismi ischemici sono i più frequenti.

Classificazione

Vi sono due grandi tipi di priapismo causati da meccanismi differenti [2].

Priapismo ischemico

Chiamato anche “priapismo venoso” o “a basso flusso”, il priapismo ischemico è un’erezione contrassegnata dalla rigidità dei corpi cavernosi e da un afflusso arterioso scarso o nullo, malgrado un’elevata velocità compensatoria a livello prossimale.

Priapismo non ischemico

Viene chiamato anche “priapismo arterioso” o “ad alto flusso”. In questo caso si tratta di un’erezione persistente, causata da un afflusso arterioso cavernoso non regolato.

Fisiopatologia

Priapismo ischemico

La fisiopatologia del priapismo ischemico è complessa ed è costituita da un blocco del meccanismo della detumescenza dei corpi cavernosi. Il blocco del meccanismo della detumescenza è legato, da una parte, a un’incapacità di contrazione delle fibre muscolari lisce e, dall’altra, a un rallentamento dello scarico cavernoso, per aumento della viscosità del sangue (che rende inefficace una nuova contrazione delle fibre muscolari lisce) o per compressione vascolare estrinseca [3].

Istologicamente, appare precocemente un edema trabecolare che, poi, lascia il posto, a partire dalla 12^a ora, a un’infiltrazione linfocitaria trabecolare. Le cellule muscolari lisce cominciano a trasformarsi in cellule *fibroblast-like*. Le lesioni continuano a evolvere in una necrosi delle cellule muscolari lisce trabecolari e, poi, delle cellule endoteliali. Alla 48^a ora, appare la necrosi del muscolo liscio e il corpo cavernoso evolve verso la fibrosi.

Tabella 1.

Cause di priapismo.

<p>Priapismo acuto ischemico</p> <p>Malattie ematologiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - anemia falciforme e altre emoglobinopatie - leucemia mieloide cronica - malattia di Vaquez <p>Compressione meccanica da cancro urodigestivo localizzato o metastatico</p> <p>Cause iatrogene:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sostanze vasoattive in iniezione intracavernosa - farmaci antipertensivi (idralazina, prazosina) - antipsicotici (clorpromazina) - antidepressivi (trazodone) - alcol - cocaina, marijuana - alimentazione parenterale ipercalorica - emodialisi <p>Altro</p> <ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento del midollo osseo - malattia di Fabry <p>Priapismo acuto non ischemico</p> <p>Fistola arterovenosa</p> <ul style="list-style-type: none"> - trauma perineale - intervento di rivascolarizzazione peniena
--

Priapismo non ischemico

La fisiopatologia del priapismo ischemico è più semplice. Si tratta di un aumento del flusso sanguigno nel corpo cavernoso che oltrepassa i meccanismi della detumescenza, attraverso una fistola arterovenosa. Non vi è anossia; la prognosi è, dunque, migliore.

Istologicamente, si riscontra, come nel priapismo ischemico, un'infiltrazione linfocitaria trabecolare, ma non vi sono lesioni istologiche più severe.

Eziologie

I due principali tipi di priapismo hanno delle eziologie che sono caratteristiche e che si spiegano, come detto sopra, attraverso meccanismi fisiopatologici differenti.

Le malattie che causano un rallentamento dello scarico cavernoso, come le malattie ematologiche (emoglobinopatie, mielopatie), e i prodotti farmaceutici, che sono responsabili di un'incapacità di contrazione delle fibre muscolari lisce (iniezioni intracavernose, tossiche), rappresentano le principali cause di priapismo ischemico. Nel caso di priapismo non ischemico, si tratta, in ogni caso, di una creazione de novo di fistola arterovenosa, il più delle volte attraverso un trauma perineale.

Le cause principali sono riassunte nella [Tabella 1](#).

Diagnosi

Clinica

La diagnosi è clinica e immediata ^[4]. Si tratta di un'erezione prolungata per più di quattro ore, indolore inizialmente e, poi, dolorosa dopo poche ore. Il priapismo può verificarsi a qualsiasi età. L'anamnesi precisa la durata dell'erezione, principale fattore prognostico, nota l'esistenza di dolore e ricerca le circostanze di scatenamento. Bisogna anche precisare la qualità erettile del paziente prima dell'episodio. Gli elementi chiave per la valutazione sono mostrati nella [Tabella 2](#).

L'esame fisico conferma l'erezione dei corpi cavernosi, mentre il resto del glande rimane flaccido, tranne nel priapismo acuto non ischemico, in cui può essere leggermente tumescente. Il dolore spontaneo o causato dalla pressione del pene dimostra una sofferenza ischemica, che può sfumare dopo le prime 24 ore.

È importante distinguere i priapismi ischemici da quelli non ischemici. I diversi elementi suggestivi dei due tipi di priapismo sono riassunti nella [Tabella 3](#). Nel priapismo acuto non ischemico, il dolore è, in genere, meno intenso e la rigidità è meno

Tabella 2.

Sette elementi chiave della storia del priapismo.

<p>Durata dell'erezione</p> <p>Presenza e livello di dolore</p> <p>Precedenti episodi di priapismo e metodi di trattamento</p> <p>Funzione erettile attuale (farmaci eretogeni, supplementi nutrizionali)</p> <p>Farmaci e assunzione di sostanze tossiche</p> <p>Malattie ematologiche</p> <p>Traumi pelvici, perineali o penieni</p>
--

Tabella 3.

Diagnosi differenziale tra priapismo acuto ischemico e priapismo acuto non ischemico.

<p>Priapismo acuto ischemico</p> <p>Idiopatico o malattia favorente nota associata</p> <p>Spontaneo o durante il sonno o durante l'attività sessuale</p> <p>Erezione rigida</p> <p>Erezione dolorosa</p> <p>Glande morbido</p> <p>Sangue nero alla puntura cavernosa</p> <p>Assenza o minimo flusso arterioso cavernoso all'ecodoppler</p> <p>Priapismo acuto non ischemico</p> <p>Trauma perineale o chirurgia del pene</p> <p>Erezione non rigida</p> <p>Erezione non dolorosa</p> <p>Sangue rosso alla puntura cavernosa</p> <p>Flusso normale o elevato arterioso cavernoso all'ecodoppler</p>
--

grave. I sintomi possono essere più fluttuanti che nel priapismo acuto ischemico, con, talora, periodi di detumescenza temporanea e parziale del pene.

Il priapismo ricorrente o intermittente è una condizione distinta caratterizzata da episodi ripetuti e dolorosi di erezioni prolungate. Il meccanismo è lo stesso del priapismo ischemico. La durata degli episodi, di solito, è più breve che nel priapismo ischemico. La frequenza e la durata degli episodi sono variabili e un solo episodio evolve, talvolta, in un vero e proprio priapismo ischemico.

Paraclinica

Nessun esame deve ritardare il trattamento: si tratta di un'urgenza terapeutica. Gli esami complementari sono utili solo per la diagnosi eziologica.

Gli eventuali esami da realizzare sono:

- l'emocromo con formula leucocitaria e conta piastrinica, insieme alla conta dei reticolociti per la ricerca di un'emopatia;
- l'elettroforesi dell'emoglobina per la ricerca di un'emoglobinopatia;
- il dosaggio plasmatico e urinario di eventuali sostanze tossiche o droghe;
- la puntura dei corpi cavernosi con emogasanalisi per porre la diagnosi differenziale fra i due tipi di priapismo (colore del sangue, coagulazione) e valutare la prognosi (la cui severità è proporzionale a una PaO₂ [pressione arteriosa di ossigeno] bassa, a una PCO₂ [pressione parziale di anidride carbonica] elevata e all'acidosi). In genere, nel priapismo ischemico si trovano i seguenti valori:
 - PaO₂ inferiore a 30 mmHg
 - PCO₂ inferiore a 60 mmHg
 - pH inferiore a 7,25;
- l'ecodoppler penieno, per ricercare una fistola arterovenosa con aumento del flusso cavernoso nel caso di priapismo non ischemico.

Trattamento

Il priapismo è un'urgenza terapeutica la cui diagnosi è semplice. Inoltre, il trattamento eziologico deve essere iniziato appena

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757745>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757745>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)