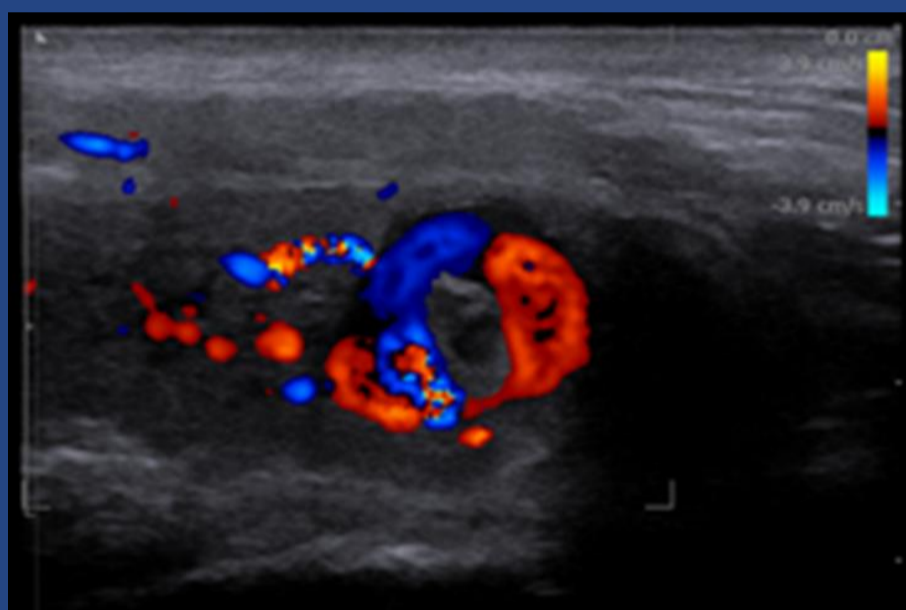
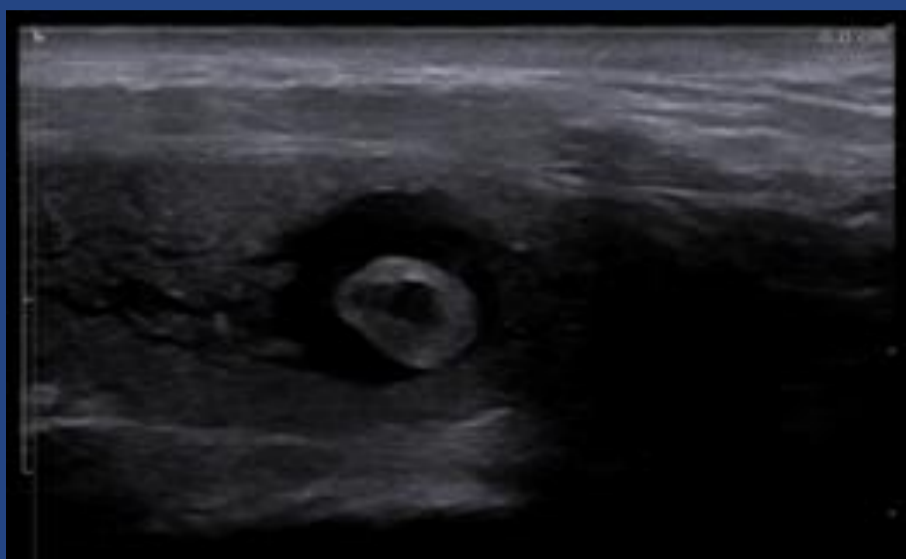


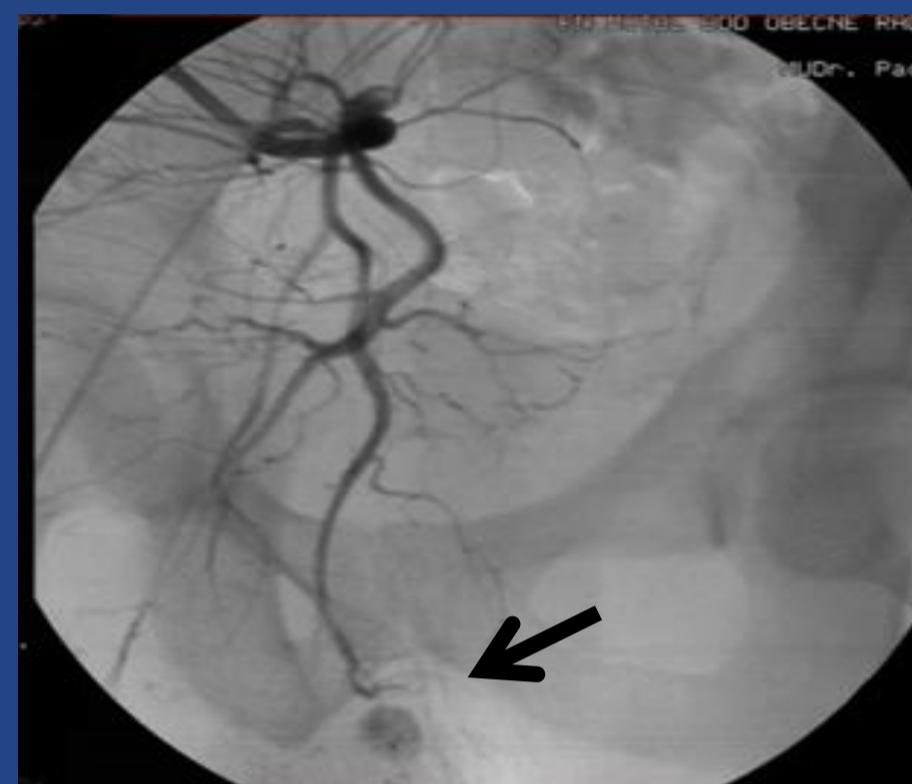
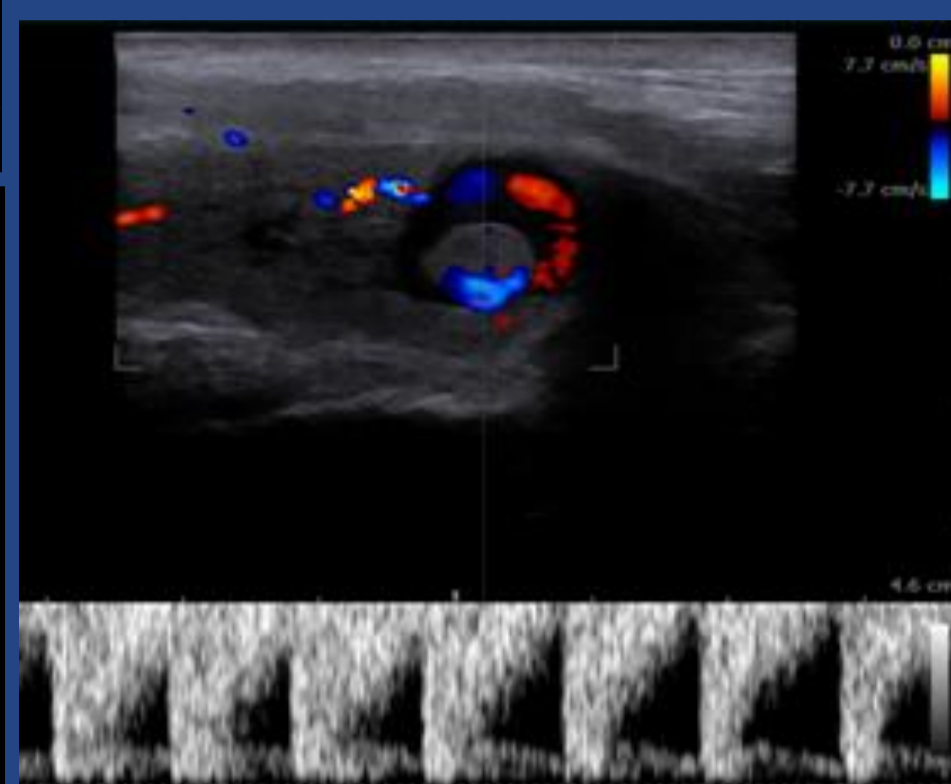
# Konzervativní postup u nemocného s high-flow priapismem při přetrvávající intrakavernózní arteriolakunární fistule po opakované superselektivní embolizaci

Čechová, M.<sup>1</sup>, Chocholatý, M.<sup>1</sup>, Pádr, R.<sup>2</sup>, Hanek, P.<sup>3</sup>, Jarolím, L.<sup>1</sup>

1. Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha
2. Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol, Praha
3. Urologické oddělení, oblastní nemocnice Příbram



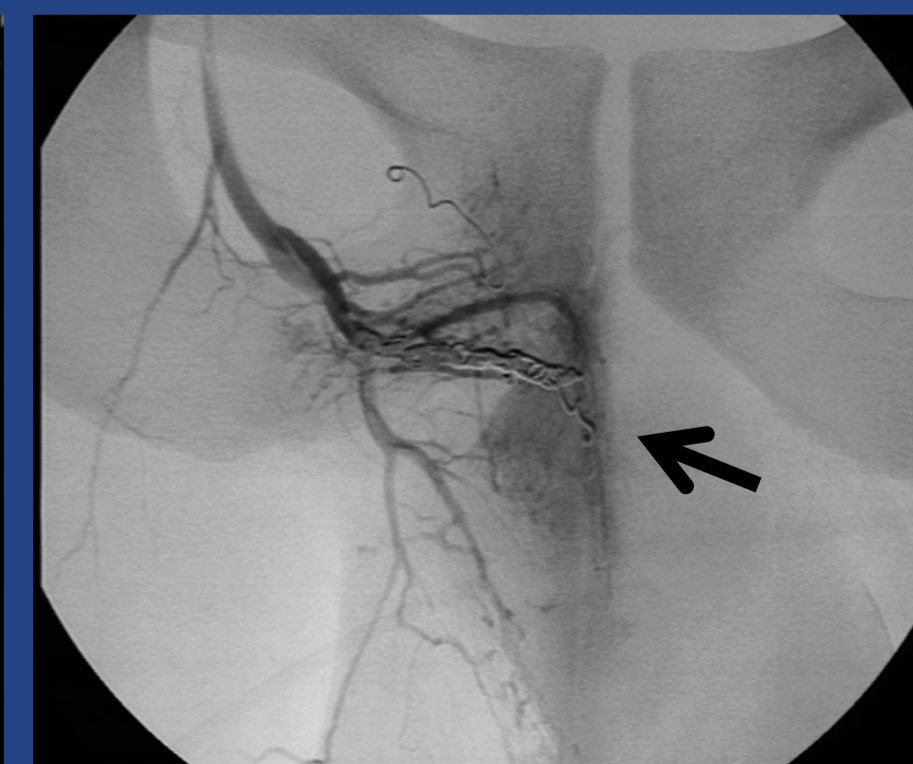
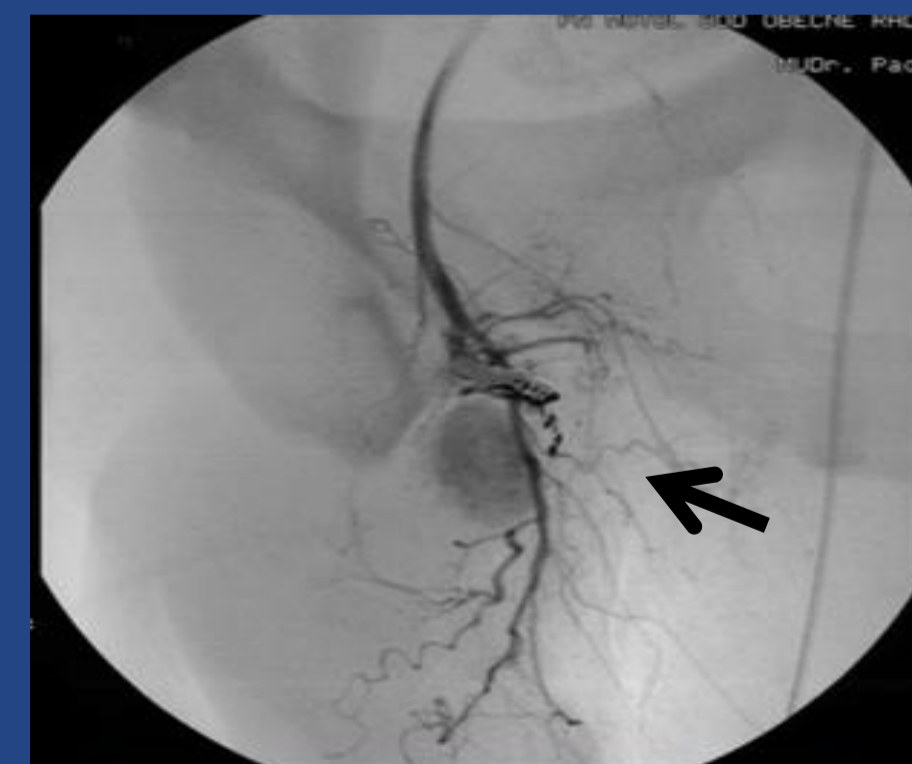
**Úvod:** High-flow priapismus vzniká nejčastěji při tupém poranění perinea, kdy dojde k laceraci kavernózní arterie a vzniku arteriolakunární píštěle. Presentujeme raritní kazuistiku pacienta s high-flow priapismem, kde i přes opakovanou superselektivní embolizaci arteriolakunární fistula přetrvávala a i přesto došlo ke spontánní detumescenci a kompletnímu obnovení erekce.



Obr. 1, 2, 3 – UZ leden 2011 – píštělová dutina uvnitř kavernózního tělesa

Obr. 4, 5 – Angiografie leden 2011 – arteriolakunární fistula v pravém kavernózním tělese, sondáž penilní arterie, uzávěr přívodné arterie

**Kazuistika:** Muž, 25 let, začátkem prosince 2010 utrpěl úder hokejkou na hráz, během týdne došlo k rozvoji trvalé, nebolestivé semierekce. Erektce před úrazem byla dobrá, IIEF-5 25, EHS 4, po úraze pacient udával zhoršení erekce, IIEF-5 7, EHS 2-3. Na UZ byla uvnitř pravého kavernózního tělesa v oblasti perinea patrná píštělová dutina velikosti 8mm s pulzacemi (obr. 1, 2, 3). Angiografie provedená koncem ledna ukázala při koření penisu parasagitálně vpravo opacitu plnění se z penilní arterie. Při superselektivní sondáži penilní arterie byla přívodná tepna do arteriolakunární fistuly uzavřena mikrokoily a emboly Gelasponu (obr. 4, 5). Efekt embolizace byl pouze částečný, semierekce nadále přetrvávala. Za měsíc jsme opakovali angiografii, kde byla patrná recidiva píštěle ve stejné lokalizaci, plněná ze dvou de novo otevřených větví pravostranné a.iliaca interna (obr. 6, 7). Přívodné větve se podařilo zembolizovat. I přes opakované intervence semierekce nadále přetrvávala. Na UZ byla patrná píštělová dutina s progresí velikosti, 12x17 mm, s koaguly. Opakovaná angiografie s měsíčním odstupem ukázala opacitu na shodném místě plněnou z jemných větviček dříve embolizované tepny. Přívodné tepny byly embolizovány, ale již při kontrolním nástřiku docházelo k plnění z dalších nově otevřených větviček a. iliaca interna, bez možnosti další selektivní embolizace (obr. 8, 9). Při kontrole po měsíci tumescence přetrvávala. Došlo k obnovení ranní i noční erekce, při užití Sildenafilu 50mg nebo konstričního kroužku byla erekce dostatečná ke koitu. Po domluvě s pacientem jsme zvolili konzervativní postup. V průběhu dalších 6 měsíců došlo k úplné detumescenci. Erektce se dále zlepšovala, PDE 5 inhibitory pacient užíval pouze intermitentně. Při kontrole na jaře 2013 byl pacient již zcela bez obtíží, erekci udával jako před úrazem, IIEF-5, EHS 4. Na UZ byla i nadále patrná přetrvávající píštělová dutina velikosti 24x16,9 mm, s ojedinělými koaguly.



Obr. 6, 7 – Angiografie únor 2011 – recidiva píštěle ve stejné lokalizaci, nově otevřené přívodné arterie. Při kontrolním nástřiku bez plnění.

Obr. 8, 9 – Angiografie březen 2011 – recidiva opacity ve stejné lokalizaci, četné drobné přívodné arterie. Při kontrolním nástřiku plnění z dalších drobných arterií.

**Závěr:** High-flow priapismus je vzácný. Metodou volby léčby je angiografie se selektivní embolizací přívodné větve. Při přetrvávající AV fistule s high-flow priapismem i po embolizaci je vhodné zvážit konzervativní postup pro možnost spontánního odeznění priapismu a obnovení erekce. Chirurgická léčba by měla být indikována až jako poslední terapeutická možnost pro vysoké riziko erektilní dysfunkce.