

imunogramei (Timalin, Imunofan, Cicloferon, VMM, etc.), preparate hormonale (Dexametazon, Hidrocortizon) și/sau Verapamil administrate local, aplicații locale cu Sol Dimexid 20-25%. Un rol aparte le-a revenit procedurilor fizioterapeutice: electroforeză cu Sol. Lidază, ampipuls, fonoforeză cu Hidrocortizon, etc. Durata tratamentului conservator a variat de la 6 la 12 luni. În caz de ineficiență, am recomandat tratament chirurgical. La 23 (56%) pacienți am practicat intervenția Nesbit în modificările Jonas sau Șceplev.

**Rezultate și discuții.** Conform datelor din literatura de specialitate și a experienței personale, rezultatele pozitive în urma tratamentului conservator al maladiei Peyroni nu constau în dispariția completă a zonei fibrozate, fenomen posibil doar după excizia chirurgicală, ci în dispariția sau în diminuarea acuzelor subiective și restabilirea funcției erectile. La 37 pacienți care au urmat tratamentul conservator am semnalat următoarele rezultate: dispariția sau diminuarea durerii în erecție – 20 (54%) cazuri, ameliorarea activității sexuale – 14 (38%) cazuri, reducerea în dimensiuni a plăcii fibroase și a unghiului de curbură – 15 (40%) cazuri. Nu am observat

dispariția completă a plăcii fibroase. Printre efectele adverse ale terapiei conservatoare menționăm: durere în timpul injectării de dexametazon sau verapamil în placa fibroasă, microhematoame peniene, arsuri superficiale în urma supradozării procedurilor fizioterapeutice. Rezultatele tratamentului chirurgical au fost în general bune. Dispariția completă a curburii peniene s-a observat la 16 (70%) pacienți, iar diminuarea semnificativă în 5 (22%) cazuri, la 2 (8%) pacienți s-a accentuat disfuncția erectilă. Nu am atestat efecte adverse importante, pacientul fiind informat despre micșorarea postoperatorie a dimensiunilor peniene în erecție în medie cu 1-2 cm. În perioada postoperatorie la un interval de 6-48 luni am remarcat apariția recidivelor în 5 (22%) cazuri, în special la pacienții, care nu au urmat preoperator tratament conservator.

**Concluzii.** Conduita terapeutică în maladia Peyroni continuă să rămână o problemă dificilă. Algoritmul terapeutic constă în inițierea unui tratament conservator, care poate să fie definitiv sau în scop de consolidare a zonei fibrozate, ceea ce facilitează ulterior intervenția chirurgicală și previne apariția recidivelor.

## PRIAPISMUL IATROGEN. RECOMANDĂRI PRACTICE DE TRATAMENT

R.Țurcanu, I.Dumbraveanu, A.Oprea, C.Guțu, V.Punga

*Catedra Urologie și Nefrologie Chirurgicală, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău*

### Summary

*Results of examining and treatment of 19 patients suffering from acute Priapism and was evaluated. Adequate therapy considerably reduce surgery rate and increase erectile function recuperation. We consider the serious medical error is not performing preventive test before intracavernose injection.*

**Introducere.** Priapismul este erecția prelungită, dureroasă neînsoțită de libido sau de satisfacție sexuală. Se observă, în special, la bărbații sexual activi cu vârsta de la 20 la 50 ani. Incidența priapismului este relativ scăzută (sub 0,4%). Administrarea intracavernoasă a preparatelor farmacologice pentru tratamentul disfuncției erectile, adeseori nejustificată și necontrolată, a dus la creșterea bruscă a incidenței.

**Scopul lucrării.** Analiza cazurilor de priapism iatrogen și stabilirea unor metode eficiente de tratament și de profilaxie.

**Material și metodă.** În perioada 1999-2005 sub observația noastră s-au aflat 19 pacienți cu priapism acut. Dintre acestea, 12 (63%) au fost cu priapism iatrogen. La 2 pacienți priapismul a apărut în urma testării farmacologice a erecției cu papaverină, efectuată în clinica noastră, iar la 10 - în urma tratamentului disfuncției erectile prin injecție intracavernoasă de papaverină, Caverject, sau a unor substanțe necunoscute, administrate în alte instituții. Vârsta pacienților a variat de la 21 (!) la 49 ani. Perioada de timp de la apariția priapismului până la adresare a fost de la 2 ore (în cazul testării funcției erectile) la 96 (!) ore.

**Rezultate.** În urma tratamentului conservator prin administrarea intracavernoasă de adrenomimetice, aspirația

coprilor cavernoși, perfuzii cu Sol.Heparină, am reușit eradicarea priapismului la 7 pacienți, inclusiv în condiții de ambulator. În 5 cazuri, la pacienții cu o adresabilitate de peste 24 ore, am recurs la tratament chirurgical. Am efectuat fistula spongicavernoasă la 4 pacienți, iar anastomoza spongicavernoasă la 1 pacient. Nu am avut complicații intraoperatorii sau recidivă postoperatorie a priapismului.

**Discuții și concluzii.** Conform schimbărilor hemodinamice în corpii cavernoși deosebit priapism acut de stază și priapism acut datorat creșterii aportului arterial. În prima situație, în circa 24 ore se produce necroza țesutului cavernos, spre deosebire de a doua, când priapismul poate continua câteva zile. Tipul priapismului iatrogen nu este elucidat pe deplin, totuși, deja peste 4 ore de la debut, în țesutul cavernos se produc fenomene evidente de hipoxie, care peste 12 ore duc la schimbări ireversibile. Prin urmare, intervalul maxim de timp admis înaintea detumescenței active va varia între 4 și 12 ore. Dacă diagnosticul este stabilit până în acest interval, prezența erecției dureroase impune administrarea intracavernoasă de substanțe adrenomimetice. Din experiența noastră am observat că efectul optim aparține Fenilefrinei (Mezaton) în doze de la 1 la 5mg, în administrare lentă, sub controlul T/A. În caz de ineficiență, la interval de 0,5-1 ore, se readministrează. În priapismul cu o durată de peste 4 ore, în prima etapă se va efectua puncția aspirativă din coprii cavernoși a circa 50-60 ml sânge, în scopul scăderii presiunii intracavernoase, apoi, prin același ac, se administrează soluția adrenomimetică. La un interval de peste

12 ore, prealabil administrării de adrenomimetice se va efectua perfuzia corpilor cavernoși cu Sol. Heparină 5000-10000 UN dizolvate în circa 200 ml Sol. NaCl 0,9%. În caz de ineficiență la efectuarea repetată a manoperelor sus-numite, se impune tratamentul chirurgical. Fistula spongiocavernoasă (Operația Winter) constă în crearea unui flux nou de sânge din corpii cavernoși în cel spongios, prin efectuarea puncțiilor repetate cu un ac de biopsie (Tru Cut) prin glandul penian. Tehnica Al-Chorab va forma anastomoze spongiocavernoase cu diametrul de circa 0,5 cm prin glandul penian la ambii corpi cavernoși și regiunea bulbară a uretrei. Menționăm că tratamentul adecvat și în timp util a priapismului iatrogen

reduce rata intervențiilor chirurgicale și restabilirea ulterioară a funcției erectile. Tratamentul conservator neadecvat, în special prin măsuri de ordin general (sedative, tranchilizante, comprese reci, antispastice) doar agravează decurgerea maladiei și temporizează efectuarea tratamentului corect, având repercusiuni grave asupra funcției sexuale ulterioare. În același timp administrarea intracavernoasă a substanțelor farmacologice fără o testare prealabilă a erecției și a dozelor optime constituie o gravă eroare medicală.