

U R O

F O C U S

27 & 28
septembre 2019

Domaine des Pensières
55 Route d'Annecy
74290 VEYRIER-DU-LAC

PRIAPISME

TRAITEMENT EN PHASE AIGUE

Damien CARNICELLI

CAMS-AFU

@carnicelli_d

P. Bondil

N. Morel-Journal, P. Neuville, A. Ruffion

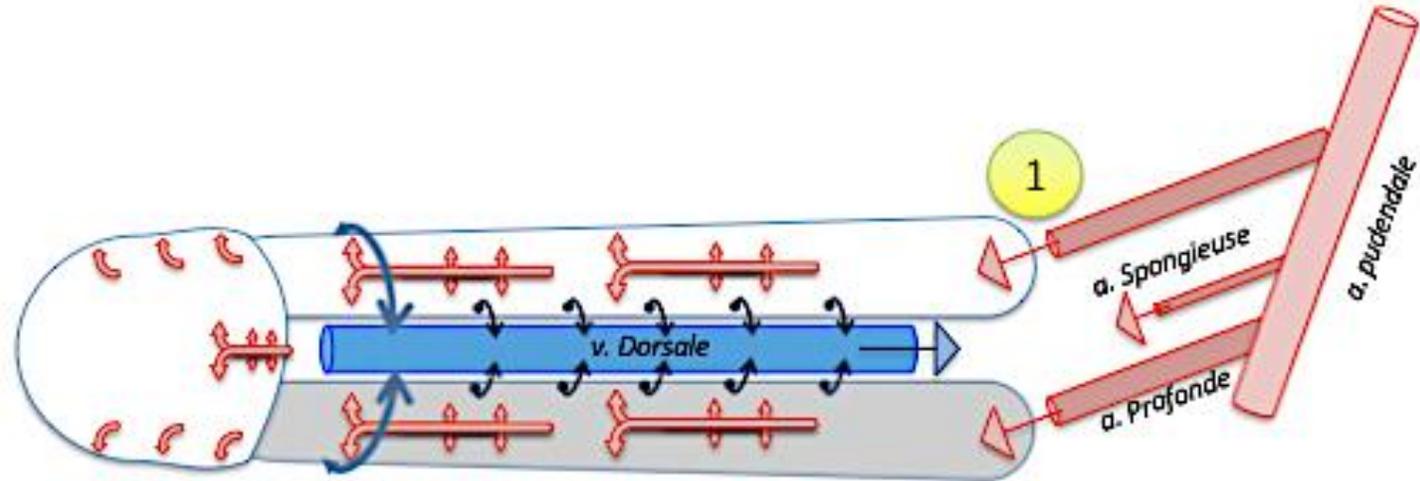
MÉCANISMES « HÉMODYNAMIQUES »

1 P. ARTERIEL (rare) = excès flux artériel

Fistule artério-aréolaire (traumatique/iatrogène)



«érection-like» = risque ischémique absent



2 P. VEINEUX = anomalies de la détumescence

Intra-Caverneux (99%)

- Viscosité du sang
- et/ou Dysfonctionnement FML
- et/ou Altération des centres de contrôle

P. chronique (stuttering)
érections « priapiformes » (<4h) récidivantes

P. AIGU = RISQUE ISCHÉMIQUE ÉLEVÉ

Extra-caverneux (exceptionnel)

- Compression des veines extra-caverneuses

Risque ischémique possible

PRIAPISME VEINEUX AIGU



Urgence urologique vraie



**Rare = mal connue
(« maladie orpheline »)**

**services urgence USA =
0.73 / 100 000 H / an**



Conséquences :

**Prise en charge souvent
retardée et inappropriée**



2 terrains à haut risque:

**Drépanocytose (surtout
enfants-adolescents-adultes
jeunes)**

Iatrogène (IIC)

Les recommandations pour le traitement chirurgical (et médical) du priapisme aigu ne reposent que sur des consensus d'experts (grade B)

- Donaldson JF, Rees RW, Steinbrecher HA. Priapism in children: a comprehensive review and clinical guideline. *J Pediatr Urol* 2014;10:11–24.
- Montague DK, Jarow J, Broderick GA, Dmochowski RR, Heaton JP, Lue TF, et al. American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol* 2003;170(4Pt1): 1318–24.
- Salonia A, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Moncada I, Vardi Y, et al. European Association of Urology Guidelines on Priapism. *Eur Urol* 2014;65:480–9.
- Stackl W, Bondil P, Cartmill R, Knoll D, Pescatori ES. Priapism. In: Jardin A, Wagner G, Khoury S, Giuliano F, Padma-Nathan H, Rosen R, editors. *Erectile dysfunction. ICED 1999*. London: Health Publications Ltd; 2000. p. 559–72.
- Bondil P et al. Medical treatment of venous priapism apropos of 46 cases Prog En Urol J Assoc Fr Urol Société Fr Urol. 1997 Jun;7(3):433–41.
- Pryor J et al. Priapism. *J Sex Med*. 2004 Jul;1(1):116–20.
- Roghmann et al. Incidence of Priapism in Emergency Departments in the United States. *J Urol*. 2013 Oct;190(4):1275–80.

COMMENT DÉFINIR UN PRIAPISME ?



Symptomatique

érection anormalement prolongée en l'absence de désir ou de stimulation sexuelle



Physiopathologique =
HÉMODYNAMIQUE

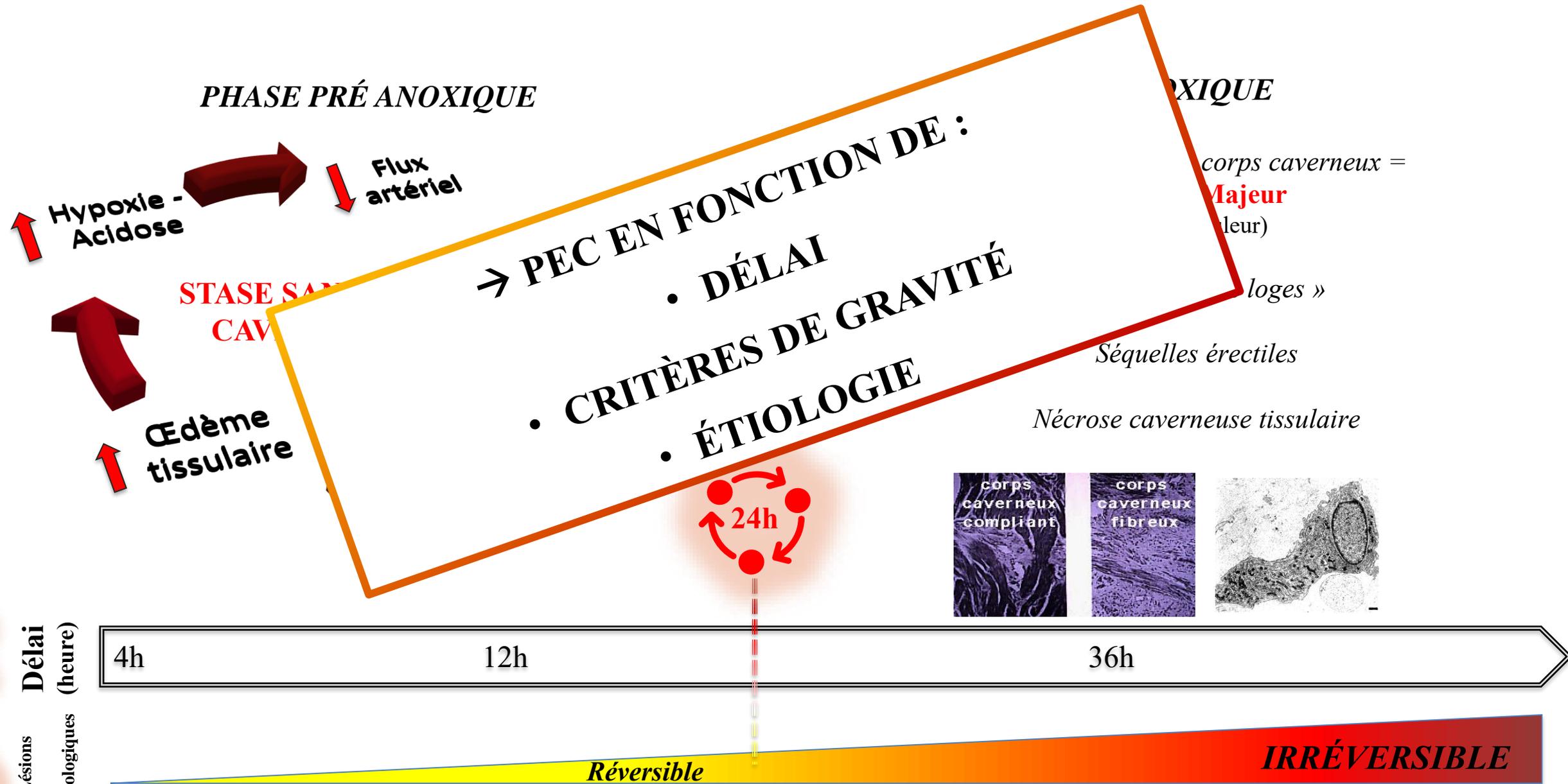
érection de durée pathologique (> 4 h) provoquée par différentes anomalies de l'hémodynamique érectile et/ou de son contrôle



Pourquoi 4 heures ?

délai apparition souffrance anoxique caverneuse

PHYSIOPATHOLOGIE DU PVA



Priapisme veineux aigu aux urgences : procédure fondée sur une revue systématique de la littérature

Acute Venous Priapism in Emergency Care Settings: Procedure Based on a Systematic Review of the Literature

D. Carnicelli · P. Bondil · D. Habold

Reçu le 15 novembre 2018 ; accepté le 25 mars 2019
© SFMU et Lavoisier SAS 2019

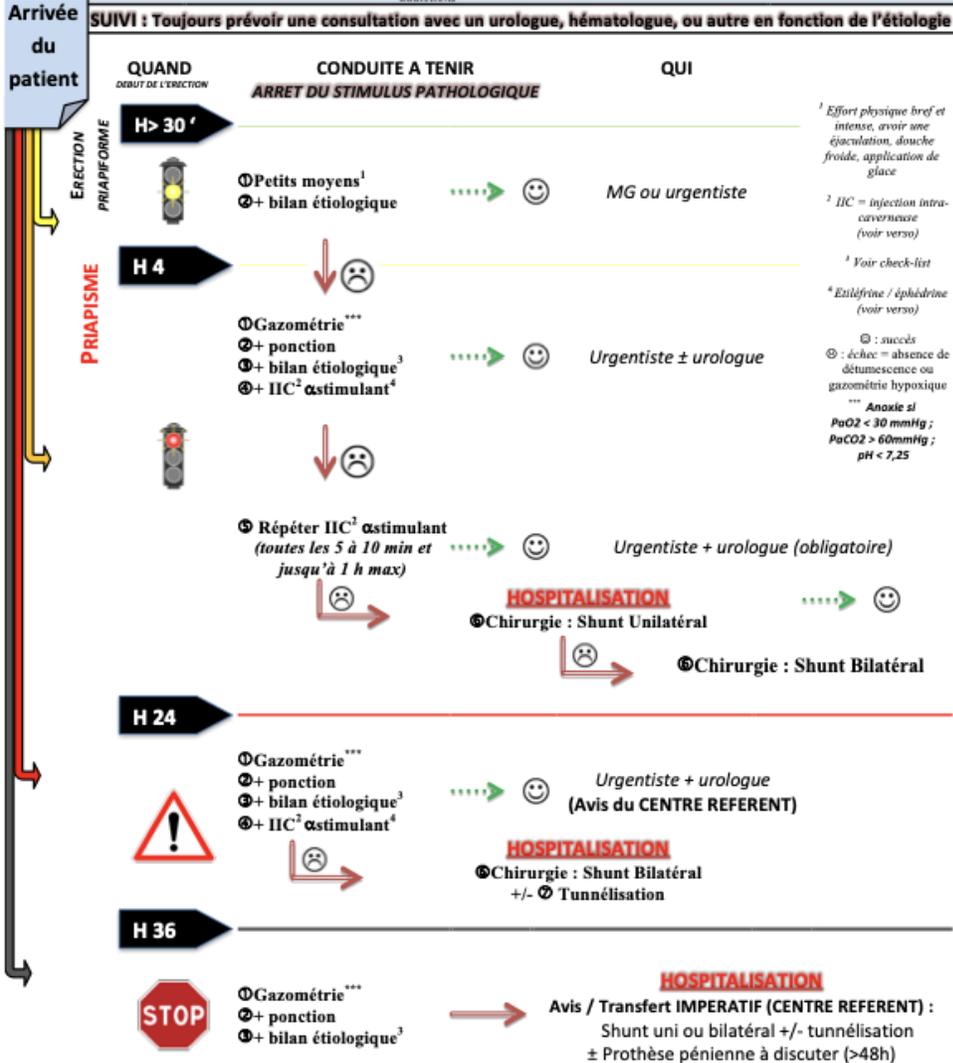


"UN AUTO COUP DE POUCE...!"

PRISE EN CHARGE EN URGENCE DU PRIAPISME VEINEUX AIGU

FACTEURS DE GRAVITE :	Check-list clinique :			Check-list biologique :
	ERECTION	ANTECEDENTS	CONTEXTE	
➤ DUREE	1. Début de l'érection	1. Episodes antérieurs	1. Traumatique : pelvi-périnéal, médullaire, crânien	• NFS (hématocrite) + plaquettes
➤ INTENSITE DOULEUR (EVA)	2. Caverneuse ou caverno-spongieuse	2. Difficultés érectiles	2. Prise de nouveaux médicaments ou de toxiques ou stimulants sexuels	• Bilan de coagulation (TP-TCA)
➤ HEMOPATHIE (EX. DREPANOCYTOSE) AVIS HEMATOLOGUE OBLIGATOIRE	3. Caractère douloureux (spontanée ou à la pression)	3. Maladies hématologiques, neuropsychiatriques, addictions	3. Age / Ethnie (drepanocytose...)	• Dosage de toxiques / médicaments

SUIVI : Toujours prévoir une consultation avec un urologue, hématologue, ou autre en fonction de l'étiologie



1 - Nécessaire

1. Plateau de désinfection : en 3 temps
2. Champ troué et champ de table
3. Cupules de 500 cc pour évacuation du sang
4. Seringues x 3 :

• 50 cc Luer lock (à vis) pour la ponction aspiration

• Seringue à gaz du sang

• 5 cc pour les IIC (α stimulants) ou seringue pré-remplie (éphédrine ou etiléfrine injectable)

5. Aiguille : 18-20 G (intra musculaire) ou « butterfly » 19-21 G

6. Anesthésie locale : Lidocaïne 2% NON adrénalinée

NB : Anticoagulant et Antiagrégant si Chirurgie

2 - Procédure : Où piquer ? Comment ?

Anesthésie locale possible :
Bloc pénien ou « en bague »
NB : les corps caverneux sont peu sensibles

Ponction **perpendiculaire latérale (ou trans-glandulaire)** dans l'axe du corps caverneux jusqu'à la zone centrale caverneuse puis aspiration franche

Le sang doit venir facilement

Eviter l'urètre à 6h et le paquet nerveux à 12h



➔ **Faire la gazométrie avant tout**

Puis évacuation de sang « noir » dans la cupule (50 à 100 cc incoagulable)
Si besoin : Lavage au sérum physiologique froid (tubulure + robinet 3 voies)
Puis IIC α stimulants => à diluer avec du sérum injectable

Ephédrine (amp. 30mg ou pré remplie) :
☉ 3 mg toutes les 5 à 10 min / 1 heure max
⌘ Dose maxi 150mg

OU

Etiléfrine 10mg/mL :
☉ 2 mg toutes les 5 à 10 min / 1 heure max
⌘ Dose maxi 10 mg

Surveillance cardio-vasculaire
(Monitoring obligatoire si maladies CV) : Troubles du rythme, décompensation de pathologies Cardio-Vasculaires

3 - Résultats

Détumescence pendant au moins 1 heure



SI ECHEC :
(En fonction de l'algorithme)



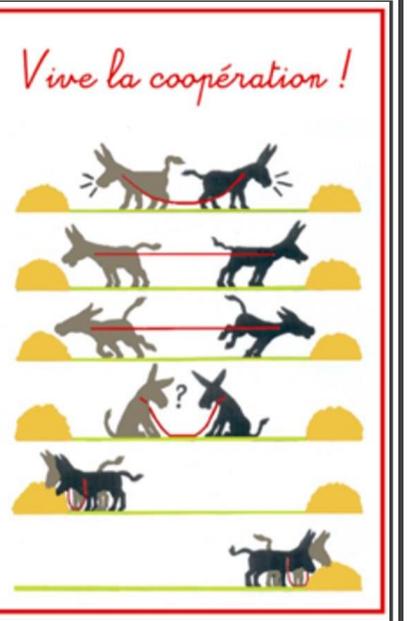
Faire appel à l'urologue référent

4 - Paramètres d'hospitalisation

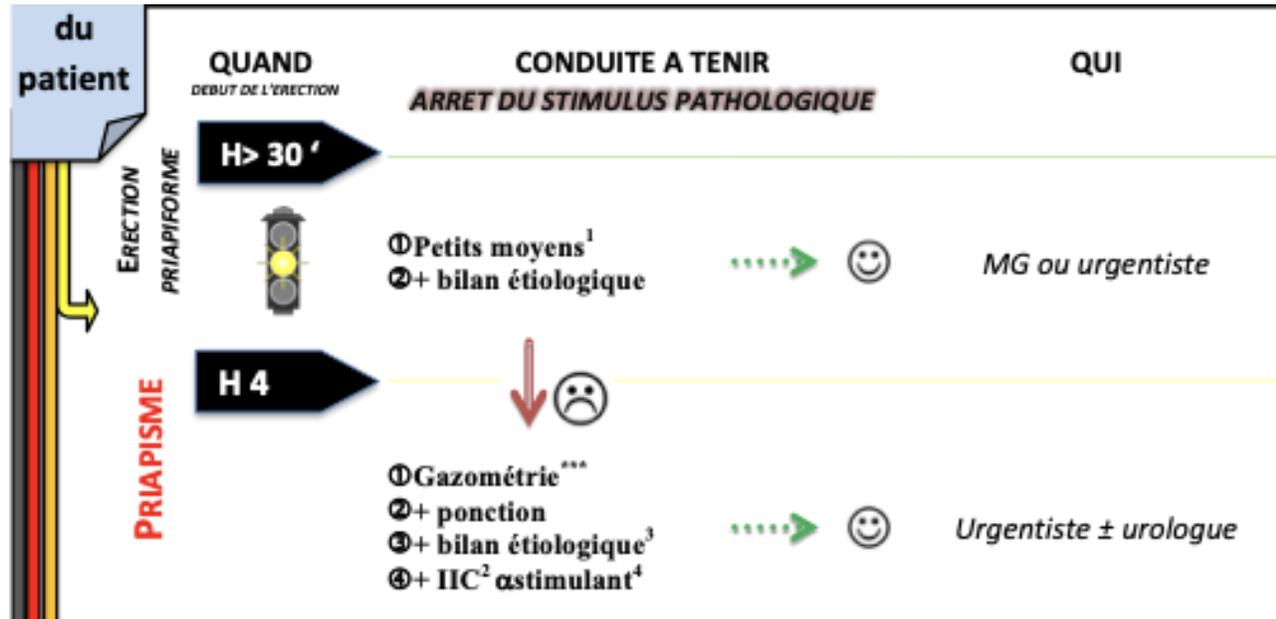
- Si Chirurgie
- Si Hémathopathie
- Si Indice de comorbidité élevé
- Si prise de toxiques

Diffusion d'un outil décisionnel simple et adapté aux urgentistes

Démarche qualité du parcours de soins



ERECTION PRIAPIFORME



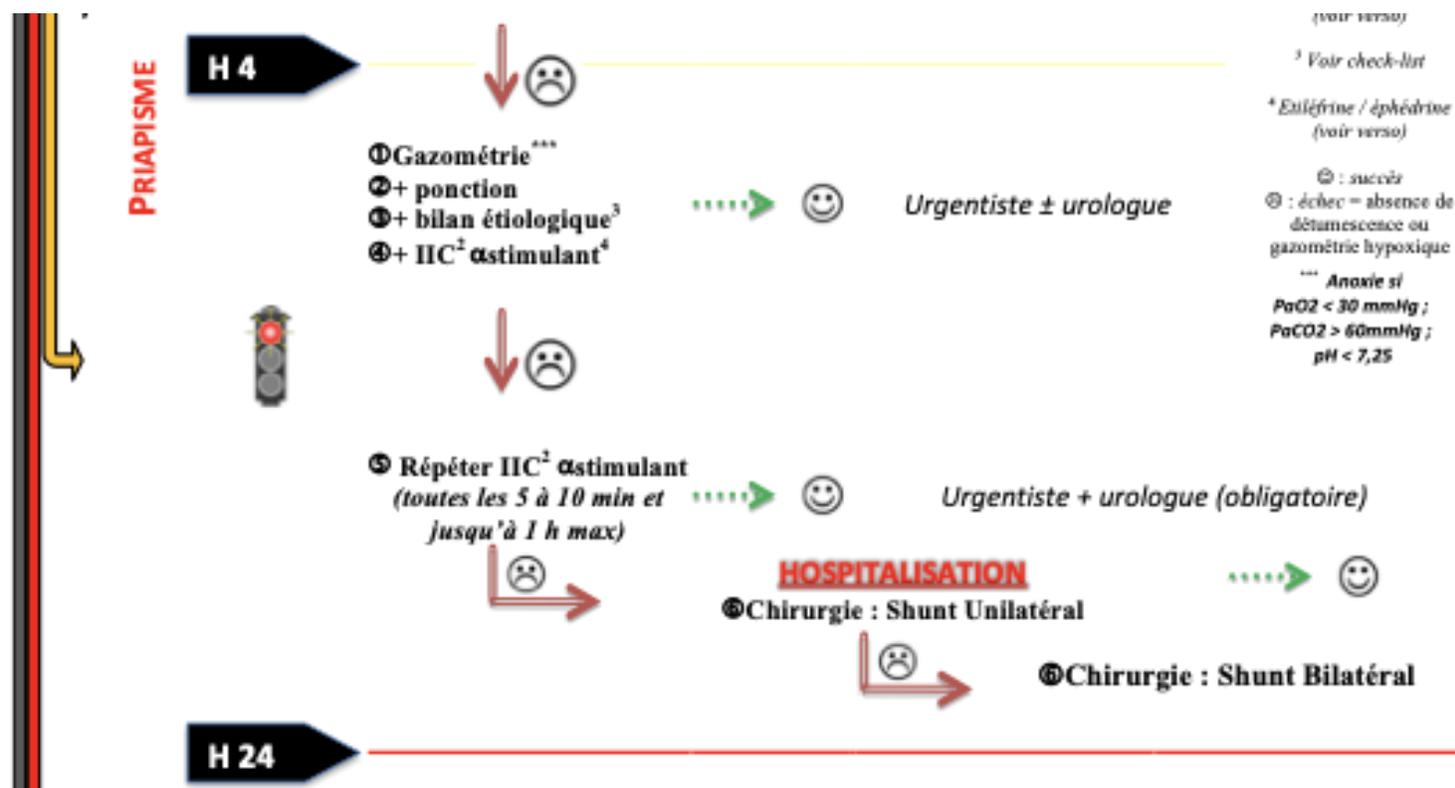
Traitement étiologique à associer systématiquement:

- Si drépanocytose : traitement hématologique spécifique
- Si neuroleptiques : faire modifier traitement
- ...

- Traitement médical prioritaire

→ *Toujours soulager, rassurer et informer (inquiétudes majeures sur risques de séquelles)*

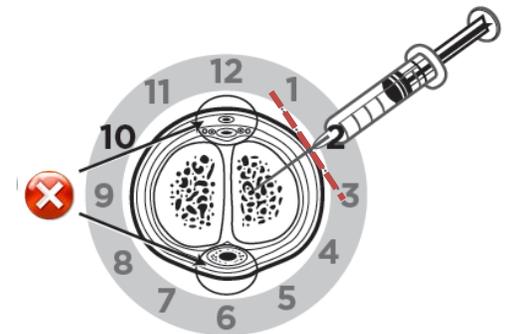
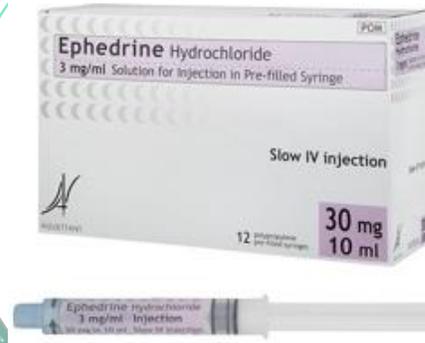
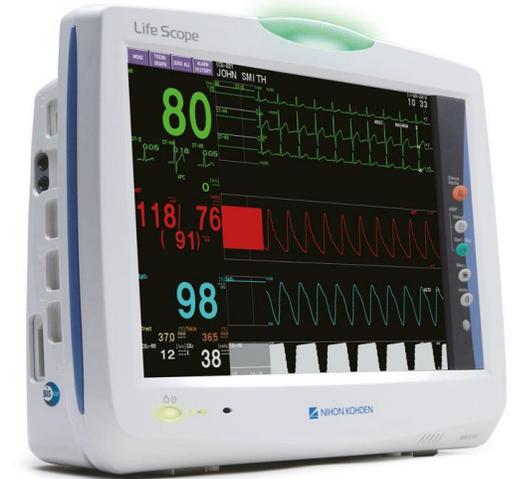
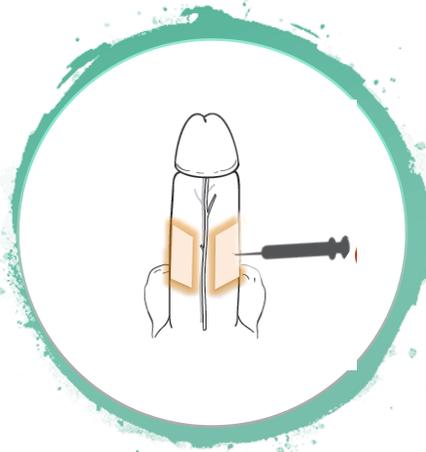
JUSQU'À H-24



DÉTUMESCENCE PHARMACOLOGIQUE

IIC de drogues anti-érectogènes

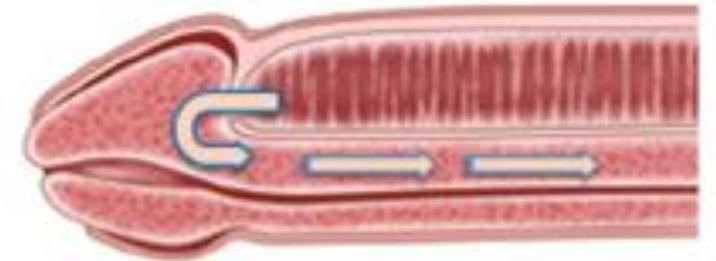
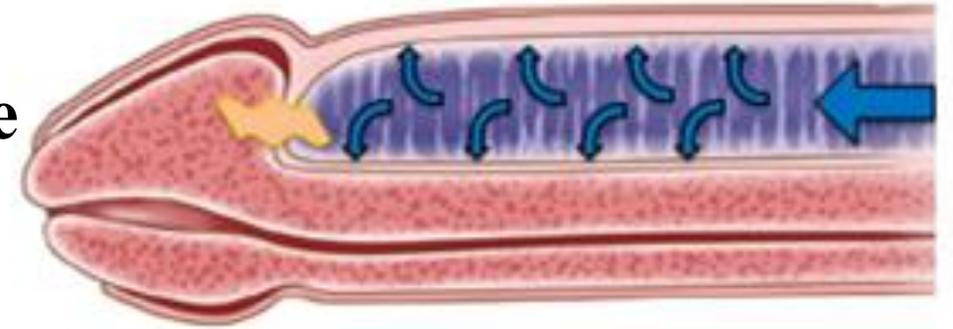
- **Prudence si terrain CV fragile**
 - **surveillance pouls et TA**
- **Alpha-stimulants les plus faibles**
 - **ex : type étilefrine (Effortil ®) ou éphédrine (toujours facilement disponible aux urgences)**



Quel traitement chirurgical ?

Créer une communication entre CC (haute pression) et CS (basse pression)

- **Shunt distal percutané ou ouvert (grade C)**
 - Critères favorables : disparition douleur + sang rouge caverneux
- **Traitement séquentiel :**
 - Shunt distal uni puis bilatéral → tunnélisation si réfractaires → ± implant pénien
- **Information pré-opératoire indispensable sur risques séquelles**
 - Traiter douleurs / gérer inquiétudes
- **Importance soins de nursing + consignes postopératoires (vérifier perméabilité anastomose)**

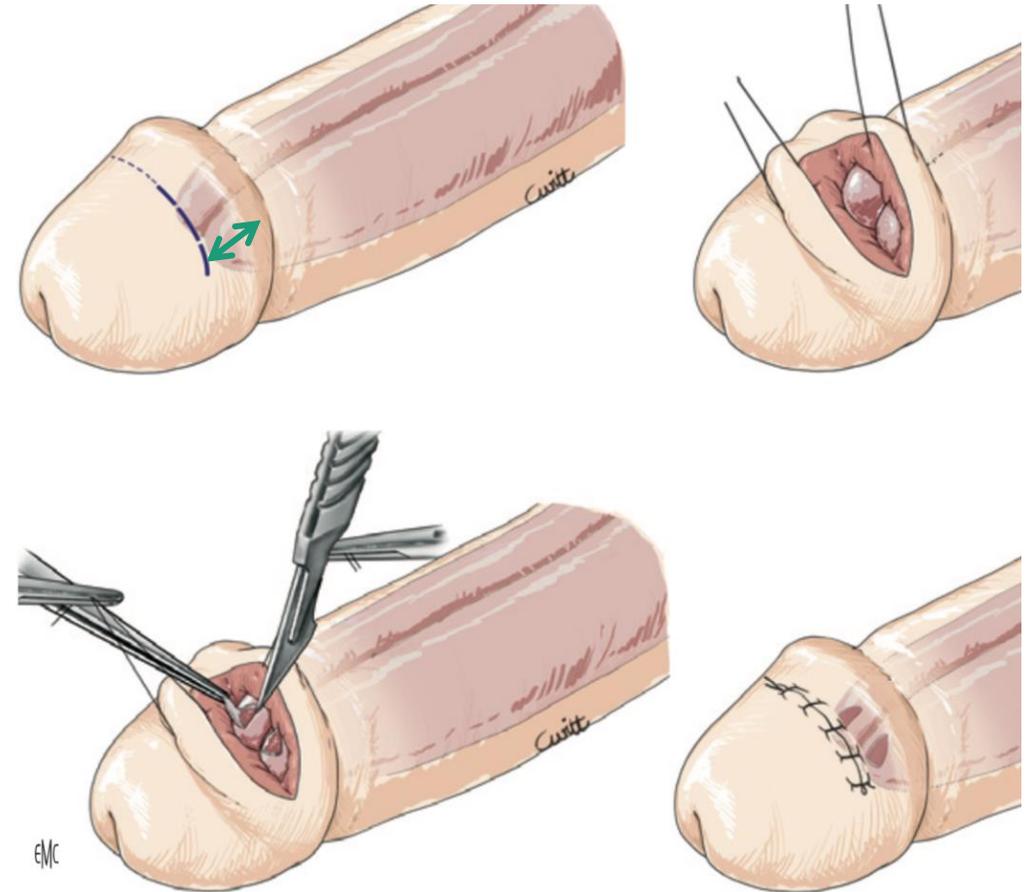


**Heparine 5000 UI
Pas d'Antibiotique !**

SHUNT CAVERNO-SPONGIEUX DISTAL

OUVERT: AL-GHORAB

- Indiqué d'emblée ou si échec du shunt percutané
- Exérèse d'un petit cône circulaire d'albuginée distale (5 X 5 mm)
 - Anatomopathologie
- Avantages = fiabilité et sécurité:
 - Contrôle visuel, meilleure perméabilité
- Un seul côté suffit le plus souvent
 - Bilatéral si besoin
- Tunnélisation possible

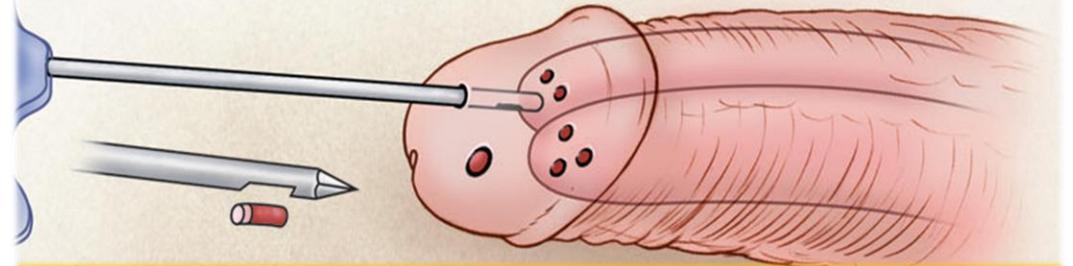


SHUNT CAVERNOSPONGIEUX DISTAL

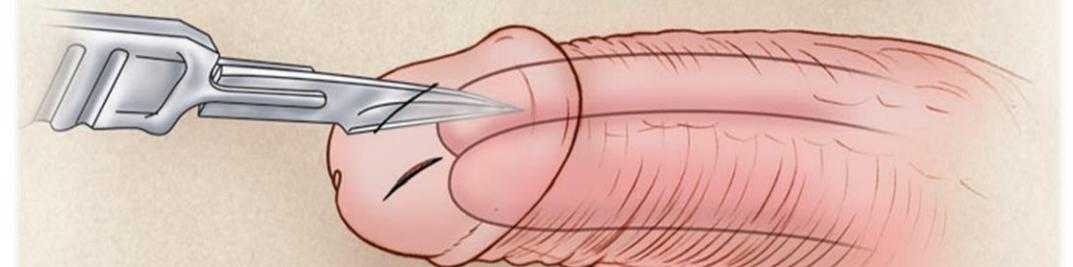
PERCUTANÉ

- Possible en ambulatoire sous bloc pénien
- 3 techniques possibles:
 - préférence pour T-shunt
- Inconvénients :
 - à l'aveugle : risque plaie urétrale
 - efficacité : faible ou transitoire
- Uni puis bilatéral si besoin
- Tunnélisation possible

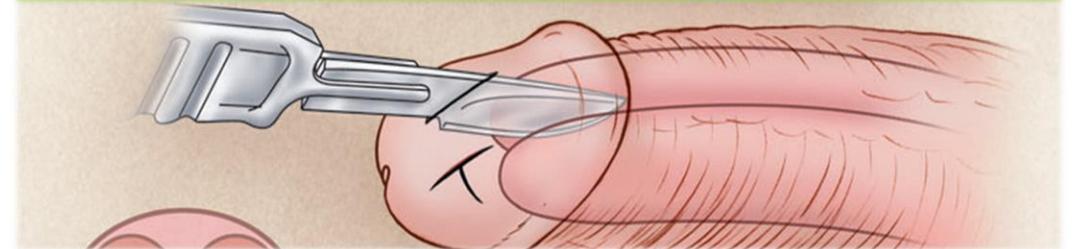
Winter = aiguille à biopsie



Ebbehoj = bistouri



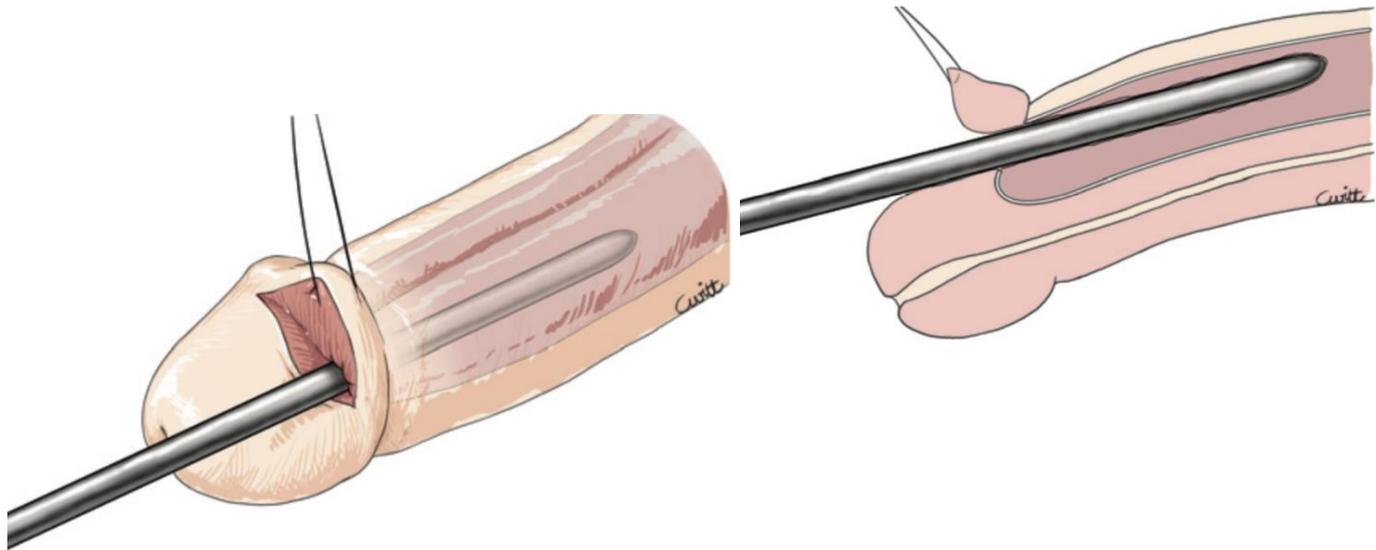
Lue T-SHUNT = bistouri



PRIAPISME RÉFRACTAIRE

→ *pas de sang rouge, priapisme persistant / récurrence rapide (< 30 min)*

Tunnélisation uni puis bilatérale avec dilatation caverneuse (bougie type Hegar) sur 5 à 10 cm



Faciliter écoulement du sang caverneux en diminuant l'œdème compressif et l'hyperpression

RISQUE DE SÉQUELLES ÉRECTILES

SHUNTS DISTAUX

- T Shunt (T.Lue) :

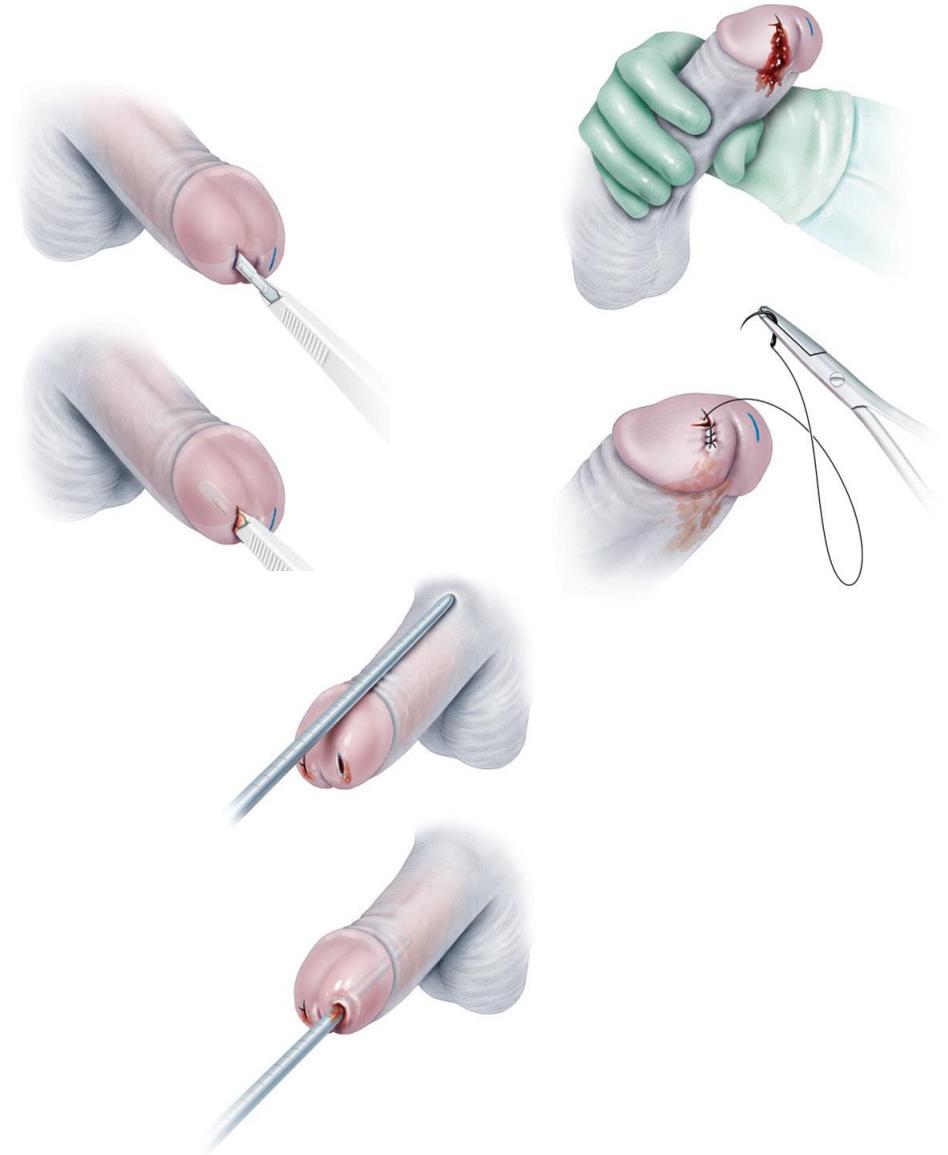
- 1: incision unilatérale + « pression»
- 2: incision bilatérale + « pression»

+ TUNNELISATION OU SNAKE MANEUVER

- 3 : Dilatation bougie Hégar 11 sur plusieurs centimètres
- 4 : le patient réalisera régulièrement des compressions de sa verge
(= « nursing »)

✓ Avantages : simple et assez efficace

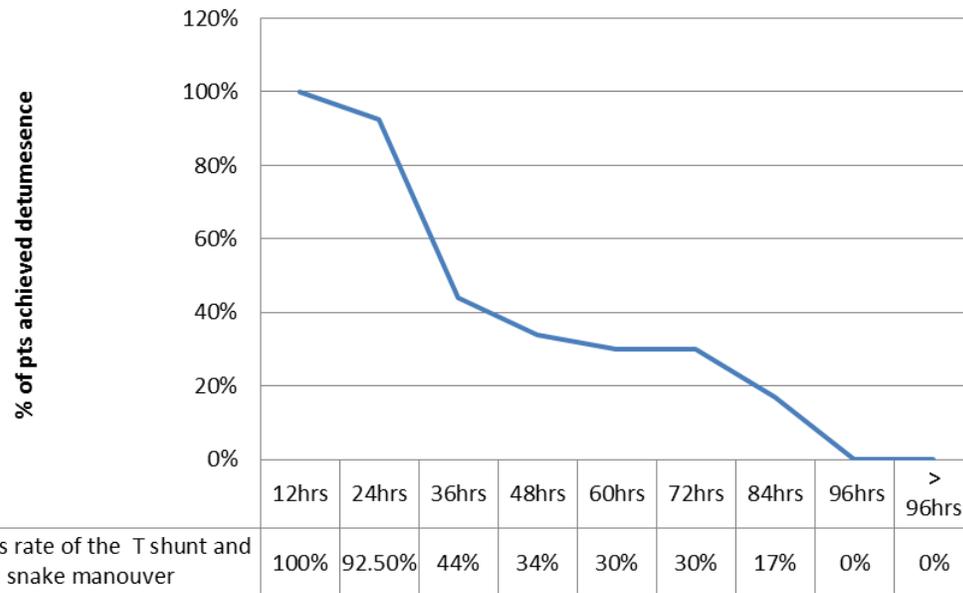
✗ Inconvénient : destruction du corps caverneux par dilatation



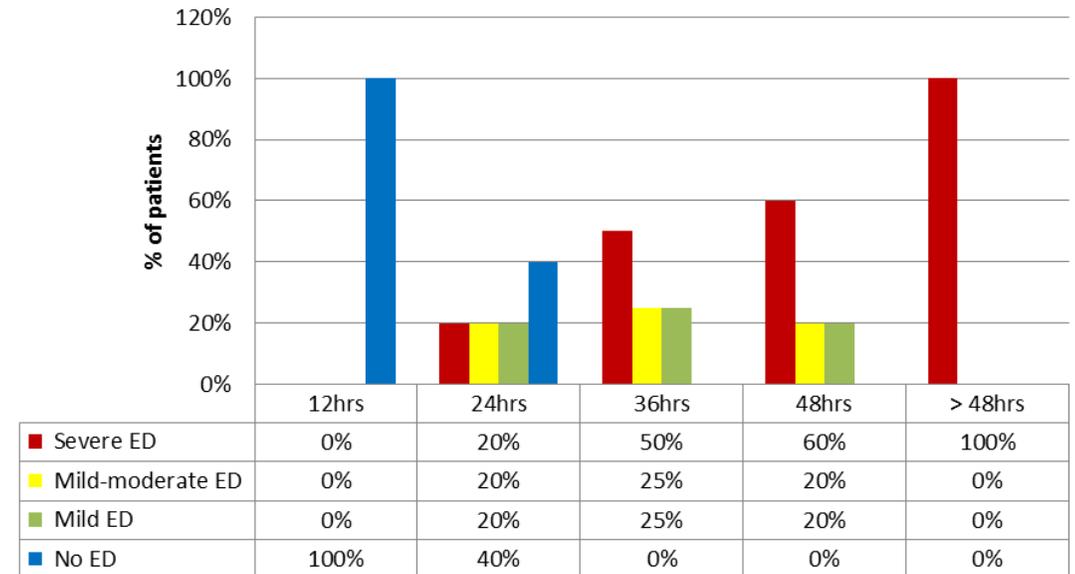
EFFICACITÉ DU T-SHUNT + DILATATION CC

FONCTION SEXUELLE

Success rate of the T shunt and 'snake' manoeuvre



IIEF-5 score 6 months post T shunt

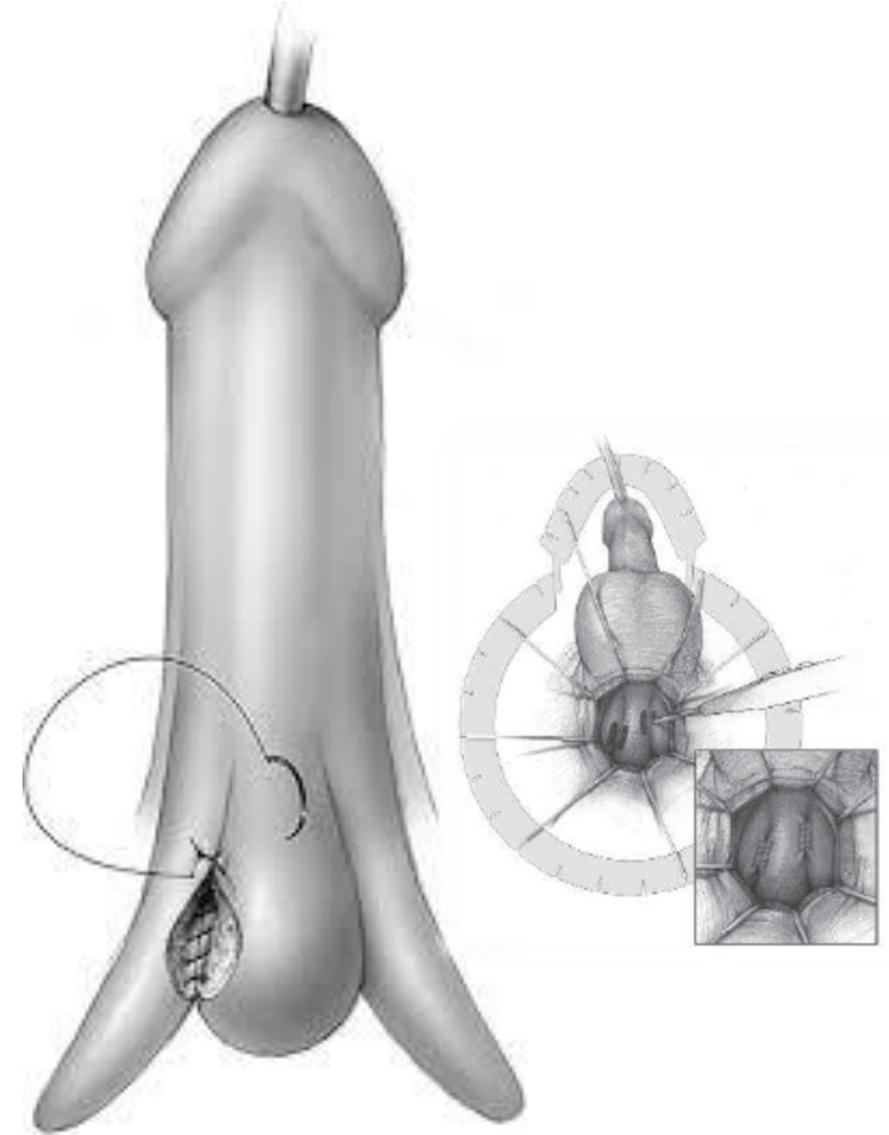


SHUNTS DISTAUX

- Selon T. Lue :
 - 13 cas, 6 cas < 48 h et 7 cas > 48 h
 - 1 incision unilatérale, 5 incisions bilatérales, 7 incisions bilatérales + tunnelisation
 - Seulement **15 %** DE post op
 - 0 prothèse posée plus tard
 - Dopplers fréquents car :
 - Œdème + ecchymose entraînent souvent un aspect pseudo-priapique de la verge

SHUNTS PROXIMAUX

- Quacques:
 - Si bilatéral: décaler les anastomoses caverno-spongieuses
 - Si unilatéral : anastomose plus large
 - Exérèse albuginée du CC (anatomopathologie)
- ⚠ Risque :
- Plaie urétrale
 - Érosion ou fausse route lors de la pose de prothèse



EN PRATIQUE AU BLOC :



Prévenir l'anesthésiste des pertes sanguines



Après réalisation d'un shunt distal et vidange de la verge : attendre 15 minutes en salle

Soit résolution du priapisme

Soit réapparition rapide et nette du priapisme



Réaliser un shunt bilatéral + tunnelisation et/ou shunt proximal immédiatement

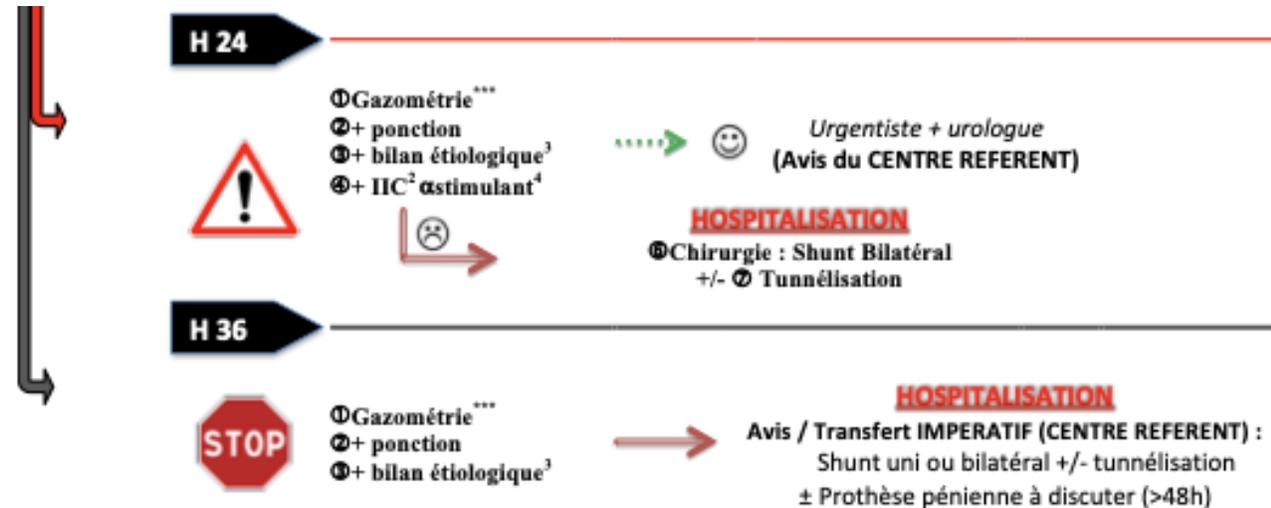


Etat de la verge après shunt:

Rarement retour à l'état flaccide habituel

Persistance œdème

PRIAPISME H 24 – H 36 – H 72



> 24 heures = ponction +/- IIC ... mais ne pas perdre de temps
si échec traitement médical ou délai > 24 h = chirurgie prioritaire

ET APRÈS ?

INTÉRÊT D'UN TRAITEMENT D'ENTRETIEN : À DISCUTER

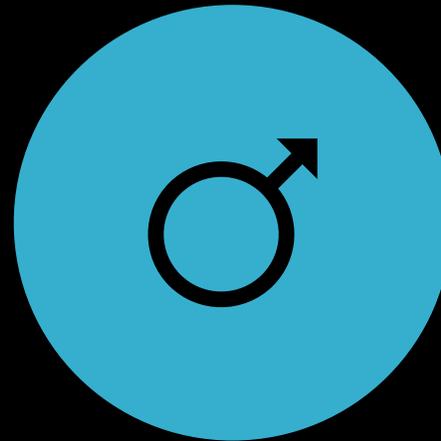
*Injection régulière de vasoconstricteur (toutes les 6 à 8h) ou Gutron® 3 à 6 cp/jour
→ Surveillance Tensionnelle*



ANTI AGRÉGANT

ASPIRINE (80 MG) PENDANT DEUX SEMAINES

= ÉVITER L'OBSTRUCTION DE LA FISTULE PAR UN CAILLOT (FACTEUR DE RÉCIDIVE)



IMPLANT PÉNIEN

GRADE C



ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

INFORMATION: RISQUE POSSIBLE DE DOULEURS PÉNIENNES CHRONIQUES ET/OU DE DIMINUTION DE LA SENSIBILITÉ DU GLAND

CONCLUSIONS

1. **Pathologie rare mais urgence vraie**
2. **Priapisme veineux aigu = le plus dangereux**
3. **Diagnostic physiopathologique → conditionne toute la prise en charge**
4. **Priapisme «symptôme» = bilan étiologique (hématologique / iatrogène)**
5. **Gazométrie = facteur clé**
6. **Clinique et traitement médical = place prépondérante**
7. **Hospitalisation = priapismes opérés ou étiologies particulières (hématologiques / toxiques)**
8. **Chirurgie = si échec traitement médical ou délai > 24 h**
9. **Traitement médical et chirurgical = séquentiel**
10. **Informers les professionnels de santé (traiter tôt) + éducation thérapeutique (si terrain à risque)**



VIDEO