درمان جراحی پریاپیسم

مجله نظام پزشکی
سال پنجم ، شماره ۶ ، صفحه ۴۸۹، ۲۵۳۶

دکتر همایون خوانساری* دکتر مهدی جم*

پریاپیسم عبارت است از نعوظ مرضی طولانی و دردناك که همراه تمایلات جنسی نباشد . ریشه اصلی این لغت از کلمه پریـاپوس گرفته شده که نام یکی از خدایـان یونان قدیم است که مظهر باروری وتوالد وتناسل بوده است .

این بیماری از قدیم الایام وجود داشته و روشهای مختلف برای درمان آن پیشنهاد شده وبکار رفته است .

در اوائل قرن نوزدهم آلت را بامحلولهای سردکمپرس‌می کردند (۱) و یا روی آن زالو می‌انداختند . تنقیه محلولهای مختلف و بعداً تجویزداروهای قی‌آور نیز متداول بود ولی‌هرگاه روشهای فوق مواجه باشکست میشد جسم غـاری را می‌شکافتند. این عمل پریاپیسم را برطرف میکرد ولی‌بیمار دچارناتوانی می‌شد ودیگر قادر بانجام‌اعمال جنسی‌نبود . دراوائل قرن‌بیستم (۲)اسپراسیون جسم‌غاری رایج وبدنبال‌آن دیاترمی راست روده پیشنهاد شد(۳). تجویز داروهای ضد انعقاد معمول شدکه‌بطورکلی نتیجه نهائی‌آن چندان رضایت بخش نبود (۴). بالاخره بازکردن جسم غاری و بستن سرخرگ شرمی داخلی متداول شدکه اگر چه گهگاه مؤثر واقع میشد ولی اثر آن روی پریاپیسم همیشگی نبود(۹).

چون باحتمال قریب به‌یقین علت پریاپیسم وجود مانعی برسرراه برگشت خون وریدی از جسم غـاری است و از آنجـا که اگر پریاپیسم ادامه یابد ممکن است فیبروز درجسم غاری بوجودآورد که نتیجه‌نهائی‌آن ناتوانی جنسی خواهد بود ، لذا گریهاك(۱۰) روشی ابداع کردکه بابه‌کاربستن‌آن برگشت خون وریدی‌ازجسم غاری‌به‌وریدرانی‌میسرمیگردید. گریهاك‌ازوریدصافن‌داخلی‌بعنوان یك شنت‌که بین ورید ران وجسم غاری قرار میگیرد استفاده‌کرد.

روش عمل : عمل زیر بیهوشی‌عمومی ویابی‌حسی اپی‌دورال‌انجام می‌گیرد . بیمار را به‌پشت خوابانیده درروی سطح فوقانی‌داخلی رانی درمحل احتمالی اتصال ورید صافن داخلی به‌ورید ران‌شکاف طولی داده ، آنرا بطرف پـائین درحدود ۱۵ـ۱۰ سانتیمتر ادامه میدهیم ویك قسمت از ورید صافن داخلی راکه عمل شنت بین‌ورید رانی وجسم غـاری را انجام خواهد داد از سایر عناصرتشریحی اطراف جدا میکنیم .

دومین شکاف در سطح پشتی (Dorso_Lateral)طرفی قاعده آلت بطول سه سانتیمترایجاد می‌شود وعمقاً آنرا تا روی تونیکاالبوژینه جسم غاری طرف مربـوط ادامه میدهیم . روی تونیکا آلبوژینه دریچه‌ای بطول‌یك‌ونیم وعرض‌یك‌سانتیمتر بازمی کنیم.دراین‌هنگام یاخون‌غلیظ وسیال سیاهرنگی ازجسم غاری بخارج فوران میکند ویالخته‌های‌خون مانع‌این‌فوران میشودکه‌بایداین‌لخته‌هارا بکمك آسپیراتور خارج کرد.

مرحله سوم بوجود آوردن یك تونل زیر جلدی بین دو شکاف فوق‌الذکراست‌که‌توسط‌انگشت‌ویادسته‌چاقو(بیستوری)انجام‌میگیرد. برای ایجاد این تـونل بهتر است‌که از اجسام نوك تیز و برنده استفاده نشود . مرحله‌چهارم قطع‌کردن سیاهرگ صافن‌ازانتهای دورین «Distal» آن وآوردن این رگ از داخل تونل ایجادشده بطرف قاعده آلت است . باید توجه کردکه ضمن این تغییر مسیر صافن پیچیدگی ویا انسداد پیدا نکند ، لذا برای اطمینان‌خاطر قبل ازقطع انتهای دورین این‌رگ بهتراست یك« کلامپ‌بولداگ» در قسمت نزدین «Proximal» این ورید نزدیك بمحل اتصال آن بورید ران بگذاریم و پس از آن‌که ورید از داخل تونل بطرف

* دانشکده پزشکی داریوش کبیر ـ دانشگاه تهران.

قاعده آلت عبور داده شده کلامپ را بردارند که درصورت صحت عمل باید خون وریدی از آن فوران کند .

مرحله‌پنجم شستشوی‌جسم‌غاری‌است که بامحلول سرم‌فیزیولوژیائی که بآن هپارین اضافه شده باشد انجام میگیرد . این شستشو باید آنقدر ادامه پیدا کند تاخون شفاف شریانی ظاهر شود .

مرحله ششم پیوند ورید صافن به تونیکا البوژینه جسم غاری است که در آن باید اصول زیر رعایت شود :

۱ــ انتهای دورین ورید صافن داخلی را باید طوری قطع کرد که مقطع آن بیضوی باشد .

۲ــ دریچه‌ای که روی تونیکاآلبوژینه بازمیکنیم بایدآنقدربزرگ باشدکه پس از پایان عمل پیوند راهی برای خروج داشته باشد (لااقل باندازه قطر ورید صافن داخلی).

۳ــ پیوند بطریق نوك به پهلو (End to side) ودر یك لایه وبا ابریشم پنج صفر انجام میشود .

۴ــ پس‌از پایان عمل پیوند ، آلت را بادست فشار می‌دهیم‌ودراین هنگام باید جریان خون از طرف آلت بطرف صافن (شنت) مشاهده شود .

مرحله‌آخر عمل دوختن شکافهای‌آغاز عمل‌است که بی‌درنازخمها انجام میگیرد .

دراین موقع اگر هنوز نعوظ از بین نرفته باشد عمل شنت مشابه را در طرف دیگر نیز انجام می‌دهیم . قرار دادن سوند ثابت «Sonde a demeure» الزامی است .

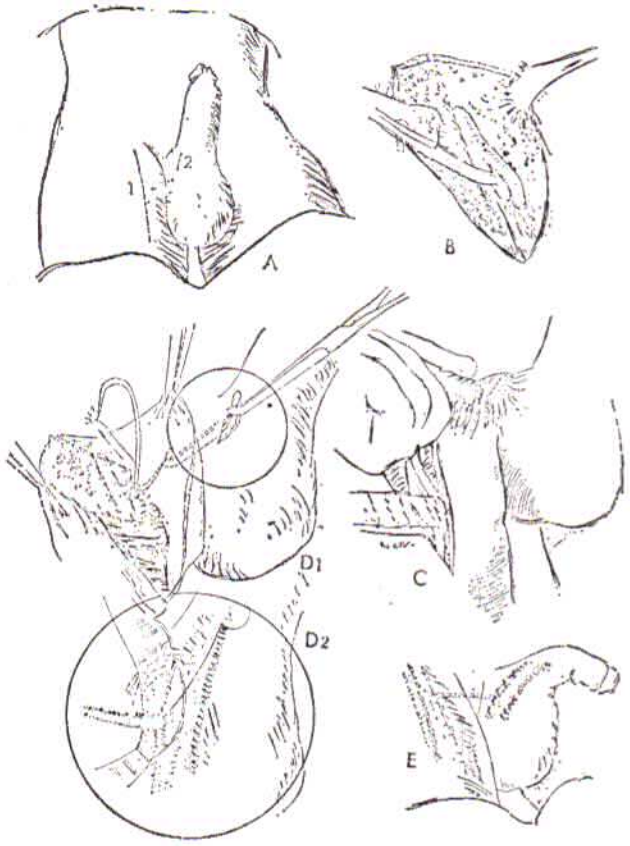
پس از ختم عمل جراحی همانطورکه دستگاه فشار خون را بدور بازو برای اندازه‌گیری فشارخون میبندندآنرا بدورآلت می‌بندیم بطوریکه تمامی طول‌آلت را دربرگیرد وهر۱۵ دقیقه یکبارآنرا تاحدود هشتاد میلی‌مترجیوه (فشار دیاستولیك) باد می‌کنیم‌ومدت ۲۰ــ۳۰ ثانیه آلت را تحت این فشار نگاهداشته بعداً فشار را برطرف میکنیم . این عمل را تا ۱۲ ساعت ادامه میدهیم واز آن پس هریك ساعت اینکار را تا مدت ۲۴ ساعت تکرار میکنیم .

سه موردیکه بااین روش عمل شده‌اند عبارت‌اند از:

۱ـ آقای ـ ر.و، چهل و چهار ساله ، که چهار شبانه روز قبل از بستری شدن دچارنعوظ دردناك بود ، پس از انجام آزمایش‌های لازم تحت عمل جراحی شنت قرارگرفت . سه روز پس از عمل پیوند سوند بیمار برداشته شد و دو هفته پس از آن درحالیکه پریاپیسم کاملا برطرف شده بود مرخص گردید .

۲ـ آقای ـ ر.م، بیست‌وهشت ساله‌که شش شبانه روز قبل‌ازبستری شدن دچار نعوظ دردناك بود ، پس از انجام آزمایش‌های لازم با بیحسی اپی‌دورال مورد عمل شنت قرار گرفت . سه‌روز پس‌ازعمل سوند بیمار برداشته شد وده روز پس از آن درحالیکه پریاپیسم کاملا برطرف شده بود مرخص گردید .

۳ـ آقای دـق، سی‌ویك ساله‌که دوشبانه روز قبل از بستری شدن دچار پریاپیسم بود ، پس از انجام آزمایش‌های لازم مورد عمل شنت قرار گرفت و پس از دو هفته بانتیجهٔ خوب و حال عمومی رضایتبخش مرخص گردید . باید دانست که انجام عمل شنت یك امر اضطراری‌است وهرسه بیمار ما به‌محض مراجعه بستری‌وفوراً عمل شدند .



شکاف روی محل اتصال صافن بورید ران وکنار قاعده آلت ایجاد شده است (A).
ورید صافن داخلی از عناصر مجاور تشریح شده‌است (B).
تونل بین دو شکاف فوق‌الذکر توسط انگشت سبابه درست شده‌است (C).
ورید صافن داخلی پس از جدا شدن از قسمت پروکسیمال، از داخل تونل رد و به‌تونیکا آلبوژینه جسم غاری پیوند شده است (D2 وD1).
پوست دوشکاف دوخته وشنت برقرار شده‌است (E).

بحث : بطوریکه هینمن (۱۱) و گریهاك (۱۰) اظهار میدارند چون رکود خون وریدی در داخل جسم غاری سبب تغییرات‌بافت ازجمله آماس‌وبالاخره فیبروز بافت Erectile میشود لذا عاقلانه است‌که هرچه زودتر این انسداد را برطرف‌کرده مانع فیبروز شویم. هین‌من (۱۱) معتقد است که‌علت مؤثر نبودن روشهای‌دیگر

این است که راه بازگشت خون وریدی برقرار نمیشود و بعبارت دیگر آن عامل مخربی که سبب خرابی و فیبروز بافت ارکتیل میشود برطرف نمیگردد .

عوامل موجد پریاپیسم را به‌چند دسته تقسیم میکنند :

۱ـ عصبی : مانند ضربات وارد به مغز تیره ، اسکلروز آن پلاك وسیفیلیس عصبی .

۲ـ مکانیکی: مانندتومورهای پروستات وراست روده وآلت(۱۳).

۳ـ خونی : مانند لوسمی، کم‌خونی از نوع Sickle cell .

۴ـ عفونی : مانند عفونت‌های مزمن وتحریکات موضعی از قبیل بعضی ازپروستا تیت‌های مزمن .

۵ـ ایدیوپاتیك

درسه موردیکه در این مقاله مطرح است هیچ یك از عوامل فوق‌الذکر پیدا نشد وبیشتر بنظر میرسد که این موارد جزو گروه ایدیوپاتیك بوده‌اند . شاید بتوان نزدیکی کردن مکرر ونعوظ طولانی را که در دو مورد از سه مورد مطرح بوده است بحساب آورد .

در خاتمه لازم میداند روشی را که اخیراً گواکل (۱۸) وساشل (۱۹) به کاربسته‌اند یادآور شود و آن عبارت از شنت بین جسم غاری وجسم اسفنجی است . گرچه ممکن است این روش هم‌مفید باشد ولی در گزارشهائیکه از این گونه شنت منتشر شده است از فیستول مجرا بعنوان عارضه عمل یادکرده‌اند . این فیستول‌ضمن دستکاری جسم اسفنجی وسوراخ شدن میزراه به‌وجود آمده است. بیماری که دچار پریاپیسم است هرچه زودتر باید تحت عمل شنت قرار گیرد ولی نباید به‌بهانه اینکه چند روزی از پریاپیسم گذشته است آنرا غیر قابل‌عمل قلمدادکرد : دریکی از سه‌مورد ما، بیمار درحدود یك هفته دچار نعوظ دائم ودردناك بوده است وبعداً تحت عمل شنت قرار گرفته وهم‌اکنون از نعوظ طبیعی برخورداروقادر به‌انجام عمل زناشوئی میباشد .

قریب یکسال است که این بیماران پی‌گیری میشوند وهرسه نفر هفتاد تا هشتاد درصد نعوظ طبیعی خود را باز یافته‌اند واعمال زناشوئی را بی‌هیچ ناراحتی انجام میدهند .

خلاصه

مروری بر آنچه تاکنون در مورد پریاپیسم نوشته شده‌است وشرح روشهای مختلف درمان‌آن همراه معرفی سه مورد که باطریق‌شنت بین‌وریدران وجسم غاری بااستفاده از وریدصافن داخلی به‌عنوان شنت درمان شده‌اند وپی‌گیری آنان مارا برآن داشت که بیش از پیش معتقد شویم که شنت مذکور روش درمان رضایت بخش این عارضه میباشد.

REFERENCES :

1- Callaway, T. 1824 Lond Med. Repos. 21, 186.
2_ Mackay, R.W; and Colston, J.A. 1928, J. Urol. 19_121.
3- Riches, E.W. 1930. Brit. J. Urol. 2_380.
4- Garce, D.A. and Winter. G.C. 1968, J. Urol 99-301.
5- Duggan, M.L. and Morgan, C. 1970, out. Med. J. 63-1141.
6- King, L.M. 1964, J. Urol. 92-692.
7_ Bell, W.R. and Pitney W.R. 1969. New Eng. J.M.
8- Bailey, H. 1947, Brit. J. Surg. 35-298.
9- Burt, F.B. Schirmer, H.K. and Scott. W.W. 1960, J. Urol 83-60.
10- Grayhack, J.T. McCullogh, W O. conor W..J. Jun and Trippel, O 1964. Invest Urol. 1-509
11- Hinman, F. Jr. 1960, J. Urol. 83_420.
12- Campbell, J.H., Cummins, S.D. 1951. J. Urol. 66_697.
13- Baily H. 1947, Brit. J. Surg. 35-298.
14- Dahlen, C.P. Kaplan, L. and Goodwin W.U. 1964, J. Urol. 72-1192.
15_ Klein, L.A. Hall, R.L, and Smith, R.B. 1972, J. Urol. 108_109.
16- Munro, D. Horne, H.W. and Paull, D.P. 1948, New Eng. Med. 239_903.
17_ Wilgus, S.D. and Fell, E.W. 1931 Arch. of Neurology Psychiat. 25_153.
18- Quackels, R., 1964, Act. Urol. Belg 32_5.
19- Sacher, F.C., Sayegh, E; Frensilli, F. Crum, P; and Aicers, R; 1972 J. Urol 108_97.
20_ Glenn, J. Surgical Urology-1975.