

LE PRIAPISME : UNE URGENGE ANDROLOGIQUE

Xavier Ferrière et Gabriel Arvis*

* Service d'Urologie du Pr. Arvis - Centre Hospitalier Universitaire Saint-Antoine, rue du Faubourg St Antoine - 75012 PARIS

PRIAPISM : AN ANDROLOGIC EMERGENCY : If real priapism is relatively rare, prolonged erection resulting from intracavernous injections is a more and more frequent andrologic emergency. Its diagnosis only rests on physical examination. It requires as soon as possible a drainage by means of a cavernous bodies puncture. This procedure is often sufficient and whether early done, it prevents the risks of impotence due to fibrosis of the cavernous bodies. **Keys-words :** Prolonged erection, intracavernous injection, puncture of the cavernous bodies. **Andrologie, 1991, 1 : 77.**

Le priapisme se définit comme un état d'érection douloureuse et permanente, sans objet. Il concerne uniquement les corps caverneux et réalise donc une érection particulière sans participation du corps spongieux ni du gland qui restent ordinairement flasques. Il s'agit d'un état clinique relativement rare, mais qui constitue une urgence andrologique sous peine d'entraîner des lésions définitives cause d'une anérection permanente.

Si le véritable priapisme est relativement rare, il faut en rapprocher une situation rencontrée de plus en plus fréquemment, qui est l'érection prolongée secondaire aux injections intracaverneuses de diverses drogues vaso-actives utilisées dans les traitements de l'impuissance (3). Cette érection prolongée associe une turgescence du gland : elle peut être moins tendue et moins douloureuse. Elle nécessite également un traitement urgent.

ETIOPATHOGENIE DU PRIAPISME

On reconnaît essentiellement trois mécanismes physiopathologiques à l'origine du priapisme (6) :

1°) L'augmentation du débit artériel caverneux

C'est une cause extrêmement rare, retrouvée lors de traumatismes, de prises excessives de produits réputés aphrodisiaques, telles la Yohimbine ou la Cantaridine. Il s'agit alors de priapisme à "haut débit" caractérisé par le recueil de sang rouge lors de la ponction caverneuse (2).

2°) La diminution du drainage veineux caverneux

Cette dernière est responsable d'une anoxie tissulaire qui peut être déclenchée dans deux types de situations :

a) soit une modification de la viscosité sanguine. Si l'on comprend aisément le rôle des facteurs d'hyperviscosité telles la polyglobulie, la thrombocythémie, voire les crises aigües drépanocytaires qui, rappelons-le, sont la première cause de priapisme chez les sujets de race noire, en revanche on comprend beaucoup moins bien le rôle des héparines de haut poids moléculaire (CalciparineR) qui sont actuellement responsables de près du tiers des priapismes dans les différentes séries publiées (5).

b) les modifications de la vaso-motricité intra-caverneuse induites par des médicaments systémiques : il s'agit essentiellement des alpha-bloquants au premier rang desquels on trouve le Prazosin. Ces médicaments utilisés chez les hémodialysés associés ou non à une héparinothérapie ont été mis en cause dans la création des priapismes de cette population particulière.

3°) Injections intracaverneuses des drogues vaso-actives.

Nous avons vu qu'il s'agissait là d'érections prolongées, légèrement différentes du priapisme stricto sensu. On les en rapproche du fait d'une symp-tomatologie et d'un traitement relativement proches. Les substances les plus couramment

utilisées sont la Papavérine, la Phentolamine ou actuellement la Prostaglandine E1. Il semblerait que la prostaglandine E1 soit beaucoup moins souvent responsable d'érection prolongée que les autres drogues, la Papavérine étant le plus souvent mise en cause lors de ces "priapismes" (3).

Ces érections prolongées sont devenues actuellement beaucoup plus fréquentes que les priapismes authentiques et nécessitent un recours à l'andrologue qui a prescrit les injections intracaverneuses. Ces drogues vaso-actives sont responsables d'érections prolongées essentiellement lorsque le dosage précis n'est pas respecté, mais elles peuvent également survenir avec de très faibles doses. La prescription de ces injections intracaverneuses doit donc s'accompagner de grandes précautions et notamment d'une surveillance et d'une disponibilité permanentes du praticien qui a prescrit ces injections (3).

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de priapisme est clinique et ne nécessite aucun examen complémentaire. En revanche l'interrogatoire déterminera aisément s'il résulte d'une injection intracaverneuse, de l'utilisation d'une thérapeutique générale ou d'un facteur étiologique en faveur d'un priapisme non anoxique. Le seul diagnostic différentiel possible pourrait être l'érection permanente avec gland flaccide réalisée par l'implantation de prothèse pénienne. Outre, son indolence, le patient signale en général cette circonstance bien particulière

TRAITEMENT

Nous l'avons déjà dit, le traitement est une grande urgence andrologique car, si dans un laps de temps qui se mesure en semaines le priapisme régresse spontanément, il laisse place à une fibrose définitive des corps caverneux, responsable d'une anérection permanente. Cette anérection, par ailleurs, est souvent de thérapeutique très délicate puisque la mise en place de prothèse pénienne d'érection dans un corps caverneux complètement fibrosé est de réalisation difficile et de succès aléatoire.

Afin d'obtenir un bon résultat fonctionnel, la détumescence doit être obtenue le plus rapidement possible. Il en découle une prescription totale de toute tentative de traitement médical : compresses chaudes, glace, benzodiazépine, massage de la verge (!), voire anesthésie péridurale, absolument inefficaces et qui ne font que retarder le traitement (1, 4).

Dans la plupart des cas de priapismes anoxiques, voire des érections prolongées post-injection intracaverneuse, le premier traitement doit être une ponction du corps caverneux à l'aide d'un gros trocard permettant l'évacuation de tout le sang noir. Cette ponction doit être maintenue suffisamment longtemps afin que l'érection ne récidive pas. Dans 80 % des cas, on obtient une régression définitive de l'érection prolongée ou du priapisme par cette simple méthode. En cas d'échec, soit d'emblée, soit après récidive, on peut ou bien traiter en injectant en intracaverneux un sympathomimétique, ou bien, si une cause est retrouvée, effectuer une dérivation cavernospongieuse permanente selon la technique de Quackels. Mais, cette technique chirurgicale est de moins en moins employée devant la simplicité et les excellents résultats obtenus après simple ponction.

En cas d'érection prolongée pharmacologique, on peut également utiliser - sous surveillance médicale soignée - les injections intracaverneuses d'un anta-goniste du produit

responsable. On utilise essentiellement un alpha-stimulant sous forme de meta-raminol ou d'étiléfrine (EfforilR). Il est indispensable d'effectuer cette injection sous surveillance médicale importante. En effet, le risque de poussée hypertensive parfois mortelle qu'elle est susceptible d'entraîner en limite les indications. Dans tous les cas, l'injection doit être effectuée après pose d'un garrot à la base de la verge afin de diminuer le passage du produit dans la circulation générale.

Les rares cas de priapisme post-traumatique à débit élevé peuvent être traités par une embolisation hyper-sélective du tronc antérieur de l'artère hypogastrique ou de la honteuse interne par un caillot autologue.

RESULTATS

Si à court terme le résultat est toujours satisfaisant en obtenant une détumescence complète, le problème essentiel est l'avenir de la fonction érectile. Il semble difficile, à travers les différentes séries d'établir un pronostic quant à la puissance sexuelle secondaire, mais il apparaît que les priapismes induits par les héparines de haut poids moléculaire ont un pronostic plus mauvais que les autres priapismes. De toute façon, le facteur déterminant reste le délai du traitement (4,5). Plus le traitement est retardé, plus le risque de séquelle est grand. L'idéal est évidemment de pouvoir traiter avant 6 heures.

CONCLUSION

Le priapisme, de la même manière que les érections prolongées provoquées par les injections intracaverneuses, constitue une urgence andrologique. Seul un traitement correct et précoce, le plus souvent représenté par une simple ponction des corps caverneux, permet la préservation de la puissance sexuelle des patients.

REFERENCES

- 1 - Bondil P., Guionie R. L'érection pharmacologique prolongée : traitement et prévention. *Ann. Urol.*, 1988, 22 : 411-415.
- 2 - Fourcade R.O., Ferrière X. Le priapisme une urgence uro andrologique. *Revue du Praticien*, Décembre 1988.
- 3 - Leriche A. Les injections intracaverneuses dans le diagnostic et le traitement de l'impuissance. *Cahiers de Sexologie Clinique*, 1987, 13 : 20.
- 4 - Lue T.F., Hellstrom J.G., Mc Anich J.W. and Tanagho E.A. Priapism : a refined approach to diagnosis and treatment. *J. Urol.*, 1986, 136 : 104.
- 5 - Pillet, Soret J.Y., Allain P. Priapisme chez les malades traités par Héparine. *Presse ed.*, 1984, 13 : 1580.
- 6 - Tobelem G., Arvis G., Sarramon J.P. Les érections prolongées. In : *Andrologie (tome III)*, G. Arvis ed. Maloine, Paris, 1991:1959.

RESUME : Si le priapisme proprement dit est relativement rare, l'érection prolongée liée aux injections intracaverneuses est une urgence andrologique de plus en plus fréquente. Le diagnostic clinique impose, le plus rapidement possible, un drainage par ponction du corps caverneux qui résume, le plus souvent, le traitement et assure, s'il est précoce, un avenir fonctionnel sur le plan érectile. **Mots clefs :** Erection prolongée - injection intracaverneuse - ponction caverneuse. **Andrologie, 1991, 1 : 77.**