

CƯƠNG DƯƠNG VẬT KÉO DÀI THỂ ĐỘNG MẠCH: KINH NGHIỆM XỬ TRÍ CỦA BỆNH VIỆN BÌNH DÂN

Nguyễn Thành Như*, Hoàng Danh Tấn**, Mai Bá Tiến Dũng*, Nguyễn Hồ Vĩnh Phước*

TÓM TẮT

Mở đầu - Mục tiêu: Cương dương vật kéo dài thể động mạch do chấn thương là một bệnh lý hiếm gặp, do đó, xử trí còn chưa qui chuẩn. Chúng tôi báo cáo kinh nghiệm xử trí các trường hợp cương dương vật kéo dài thể động mạch đã gặp tại Bệnh viện Bình Dân.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Các trường hợp cương dương vật kéo dài thể động mạch sau chấn thương đã được điều trị tại bệnh viện Bình Dân cho tới tháng 8 năm 2009. Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả.

Kết quả: Có bốn trường hợp cương dương vật kéo dài thể động mạch đều do tổn thương động mạch thể hang phải ở góc dương vật. Bệnh tự khỏi ở hai trường hợp sau (3 và 4 tuần sau chấn thương). Hai bệnh nhân đầu tiên được mổ mở thất đường dò động mạch hang – xoang hang sau chấn thương lần lượt là 10 tuần và 12 tuần. Chức năng cương của hai bệnh nhân này đều rất tốt sau mổ 2 tháng và 5 tháng.

Kết luận: Cương dương vật kéo dài thể động mạch sau chấn thương có thể tự khỏi. Đối với những trường hợp cương dương vật kéo dài diễn tiến trên 2 tháng, mổ thất đường dò có thể giúp bảo tồn chức năng cương.

Từ khóa: Cương dương vật kéo dài do tăng dòng máu động mạch

ABSTRACT

ARTERIAL PRIAPISM: BINH DAN HOSPITAL'S EXPERIENCE

Nguyen Thanh Nhu, Hoang Danh Tan, Mai Ba Tien Dung, Nguyen Ho Vinh Phuoc * Y Hoc TP. Ho Chi Minh * Vol. 14 - Supplement of No 1 - 2010: 33 – 37

Background - Objective: Traumatic arterial priapism is a rare disease, therefore, the management has not been standardised. We reported our experience in management of arterial priapism seen at Binh Dan hospital.

Materials and Methods: All cases of arterial priapism admitted at Binh Dan hospital until August 2009. A cross-sectional descriptive retrospective study.

Results: Four patients presented arterial priapism due to damage of the right cavernous artery at the penile root. The last two patients presented a spontaneous resolution 3 weeks and 1 month after the trauma, respectively. The other two patients underwent open surgery for fistula ligation as the tumescence lasting 10 weeks and 12 weeks, respectively. Very good erection returned 2 months and 5 months after the surgery for the first and second patients, respectively.

Conclusions: Spontaneous resolution can happen in arterial priapism. For long lasting cases, fistula ligation can help to restore erection.

Keyword: arterial priapism

MỞ ĐẦU

Cương dương vật kéo dài (CDVKD) xảy ra khi có sự mất cân bằng giữa sự cấp máu động mạch tới dương vật và sự dẫn lưu máu tĩnh mạch⁽¹⁶⁾. Cương dương vật kéo dài do tăng

dòng máu động mạch đến được xếp vào nhóm CDVKD thể động mạch, còn gọi là thể dòng máu tăng (high-flow), hay thể không thiếu máu cục bộ (non-ischemic), và là một bệnh lý rất hiếm gặp^(3,10,14). Trong các y văn tiếng Anh

* Khoa Nam học - Bệnh viện Bình Dân

** Khoa LN-MM Bệnh viện Bình Dân

Địa chỉ liên hệ: BS. Nguyễn Hồ Vĩnh Phước

ĐT: 0989212535

Email: nguyenhovinhphuoc@yahoo.com

hiện ghi nhận không quá 70 trường hợp CDVKD thể động mạch⁽¹⁶⁾.

Mục tiêu: chúng tôi báo cáo kinh nghiệm điều trị CDVKD thể động mạch tại bệnh viện Bình Dân.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang. Các bệnh nhân (BN) đến khám và điều trị tại bệnh viện Bình Dân do CDVKD thể động mạch sau chấn thương vùng chậu, cho tới tháng 8 năm 2009. BN được siêu âm Doppler mạch máu dương vật (DV), chụp động mạch hang chọn lọc (nếu có chỉ định), chụp cắt lớp điện toán đa lát (multislice computed tomography, MSCT 16) mạch máu DV. Phẫu thuật cột động mạch hang bị tổn thương nếu cần. Bệnh nhân tự đánh giá chức năng cương sau điều trị với ba tiêu chuẩn: rất tốt (cương cứng như trước khi bị tai nạn), tốt (cương không cứng lắm hay giao hợp còn khó khăn), không tốt (không cương cứng được), sau phẫu thuật 1 tuần và mỗi tháng tiếp theo.

KẾT QUẢ

Tính đến tháng 8 năm 2009, có 4 bệnh nhân CDVKD thể động mạch sau chấn thương đến khám và điều trị tại bệnh viện Bình Dân. Tất cả bốn BN đều là nam giới trẻ (21 tuổi, 26 tuổi, 24 tuổi và 34 tuổi), đều có cơ chế chấn thương tương tự nhau là té kiểu ngồi ngựa đập hội âm xuống vật cứng.

Sau tai nạn, các BN sinh hoạt bình thường nhưng, 24-48 giờ sau tai nạn, DV luôn trong trạng thái cương mềm, không đau, không thể cương cứng đủ để giao hợp. Khám lâm sàng cả bốn trường hợp chỉ ghi nhận DV luôn cương không cứng và sờ được nhân xơ ở gốc thể hang phải.

Siêu âm Doppler DV trên bốn BN đều phát hiện túi phình giả thể hang phải. Có một bệnh nhân nghi ngờ thông động- tĩnh mạch thể hang trái, nhưng MSCT (hình 1) và chụp động mạch DV chọn lọc (hình 2) chỉ ghi nhận túi phình giả trong thể hang phải.



Hình 1: Túi phình giả thể hang phải trên MSCT.



Hình 2: Chụp động mạch thận trong phải chọn lọc, với hình ảnh túi phình giả thể hang phải.

sau thời gian theo dõi tương ứng là 3 và 4 tuần.

Có 2 bệnh nhân (21 tuổi và 26 tuổi) sau thời gian theo dõi tương ứng 10 và 12 tuần, DV vẫn cương mềm, không đau. Do đó, hai bệnh nhân này được phẫu thuật mở thể hang phải tìm túi phình giả ở gốc DV, cột động mạch thể hang phải (hình 3 và 4). Kết quả cả hai bệnh nhân này đều có thể cương rất tốt khi có kích thích tình dục sau thời gian theo dõi sau mổ tương ứng là 2 tháng và 5 tháng.

BÀN LUẬN

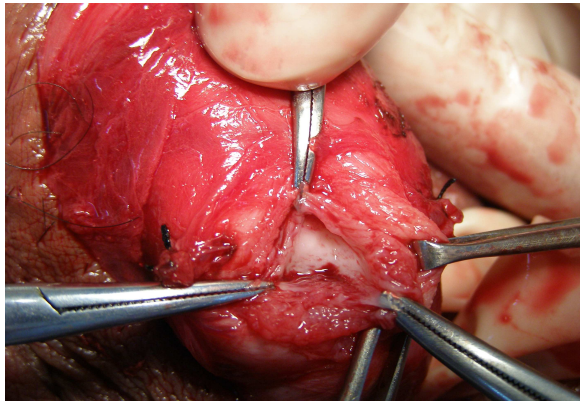
Chẩn đoán

Theo Pryor⁽¹⁴⁾, CDVKD có ba thể: (1) thể tĩnh mạch, hay dòng máu giảm hay thể thiếu máu cục bộ (ischemic), (2) thể động mạch, hay thể dòng máu tăng hay thể không thiếu máu cục bộ (non-ischemic), và (3) thể tái phát.

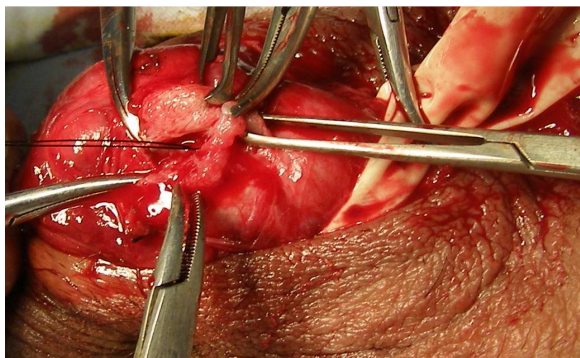
Trong đó, thể động mạch là thể rất hiếm gặp. DV thường cương không hoàn toàn, không đau, kéo dài. Chẩn đoán phân biệt giữa thể dòng máu tăng và thể dòng máu giảm dựa trên phân tích khí máu thể hang, siêu âm màu Doppler và chụp X quang thể hang (cavernosography), trong khi chụp động mạch thẹn trong dành để phát hiện các thương tổn của động mạch thể hang và túi phình^(3,14).

Theo chúng tôi, dấu hiệu lâm sàng đủ để chẩn đoán phân biệt giữa hai thể trên.

Chọc hút máu thể hang nếu thực hiện sẽ thấy máu đỏ bầm hay đen trong CDVKD thể tĩnh mạch và máu đỏ tươi trong thể động mạch. Do vậy, phân tích khí trong máu là không cần thiết.



Hình 3: túi phình giả thể hang phải.



Hình 4: cột đầu động mạch thể hang phải đổ vào túi phình giả.

Siêu âm màu Doppler giúp chẩn đoán được túi phình giả trong thể hang⁽²⁾⁽⁹⁾⁽¹⁴⁾. Ở bốn bệnh nhân trong nghiên cứu, siêu âm đã

ghi nhận hình ảnh có một túi phình giả bên phải. Như vậy, khả năng phát hiện của siêu âm trong CDVKD thể động mạch trong nghiên cứu là 100%. Siêu âm không chỉ giúp xác định có tổn thương mà còn giúp định vị trí và số lượng của thương tổn. Tuy nhiên, trên bệnh nhân 21 tuổi, siêu âm Doppler DV có hình ảnh giả của túi phình bên thể hang trái, đưa tới gợi ý bệnh nhân bị tổn thương cả hai động mạch thể hang, nhưng thực tế chỉ có động mạch thể hang phải bị tổn thương. Do đó, siêu âm có thể cho hình ảnh dương tính giả, không nên chỉ dựa đơn thuần vào siêu âm Doppler DV để chẩn đoán xác định tổn thương.

Bảng 1: Phân biệt hai thể CDVKD dựa trên triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Thể tĩnh mạch	Thể động mạch
DV cương	Rất cứng nhưng qui đầu mềm, có thể giao hợp.	Cương toàn bộ nhưng không cứng, không thể giao hợp.
Đau DV	Đau nhiều	Không đau
Lý do khám	Cương đau DV kéo dài	Rối loạn cương, không thể giao hợp

MSCT được chúng tôi kỳ vọng có thể thấy rõ các động mạch DV, nhưng MSCT trên bệnh nhân 21 tuổi chỉ cho thấy hình ảnh túi phình giả chính xác ở thể hang phải nhưng không giúp nhìn thấy rõ được động mạch bị tổn thương do kích thước động mạch quá nhỏ (<1mm). Suzuki⁽⁹⁾ báo cáo một trường hợp sử dụng chụp điện toán cắt lớp (CT) để chẩn đoán CDVKD, với hiệu quả chẩn đoán tương đương siêu âm màu. Theo chúng tôi, CT không cần thiết trong CDVKD do chi phí cao mà giá trị về mặt chẩn đoán không thêm.

Chụp động mạch thẹn trong là tiêu chuẩn chính để chẩn đoán thương tổn⁽²⁾. Trên bệnh nhân 21 tuổi, có thể thấy rõ hình ảnh động mạch thể hang phải đổ vào túi phình. Tuy nhiên, đây là một xét nghiệm xâm hại, chi phí thực hiện còn cao. Do phương pháp thuyên tắc mạch chọn lọc động mạch thể hang chưa được triển khai tại bệnh viện Bình Dân và thành phố Hồ Chí Minh, theo chúng tôi, khám lâm sàng và siêu âm màu đủ để xác định chẩn đoán và

hướng dẫn phẫu thuật, nếu bệnh nhân cần được phẫu thuật thắt đường dò động mạch-thể hang.

Tổn thương

Chấn thương là nguyên nhân thường gặp nhất của CDVKD thể động mạch^(3,10,14). Vị trí nơi động mạch bị tổn thương thường là ở gốc DV do bị kẹp giữa xương mu và vật cứng bên dưới. Thường chỉ tổn thương một động mạch. Cả bốn bệnh nhân trong nghiên cứu bị tổn thương động mạch thể hang phải ở vị trí điển hình trên.

Ngoài chấn thương thì các nguyên nhân khác⁽¹⁴⁾ có thể gặp là động mạch bất thường bẩm sinh, y thuật và không rõ nguyên nhân⁽¹⁵⁾. CDVKD thể động mạch có thể xảy ra ở trẻ em^(7,14).

Điều trị

Có 5 biện pháp điều trị CDVKD thể động mạch là: (1) quan sát chờ đợi, (2) thuốc, (3) điều trị cơ học, (4) thuyên tắc mạch và (5) phẫu thuật⁽¹⁶⁾. Mục tiêu chính yếu trong điều trị là làm dương vật mềm xìu và bảo tồn chức năng cương sau đó⁽¹³⁾.

Y văn ghi nhận sự hồi phục tự nhiên xảy ra ở 5 trường hợp^(1,7,16). Theo Montague, tỉ lệ thành công hồi phục tự nhiên là 62%⁽¹³⁾. Do vậy, khởi đầu điều trị, cả bốn bệnh nhân đều được chúng tôi theo dõi chờ đợi sự hồi phục tự nhiên xảy ra. Thời gian chờ đợi là bao lâu? Hiện trong các y văn chưa được các tác giả nói rõ, có lẽ do có quá ít trường hợp CDVKD thể động mạch được báo cáo. Hatzichristou ghi nhận một trường hợp hồi phục tự nhiên sau 3-4 tháng⁷. Trong nghiên cứu này, có 2 trường hợp hồi phục tự nhiên sau 3 tuần và 4 tuần. Do đó, theo chúng tôi, thời gian tối thiểu để theo dõi ít nhất là 4 tuần, hợp lý nhất là 2 tháng. Hai bệnh nhân trong nghiên cứu này được phẫu thuật do CDVKD đã xảy ra hơn 4 tuần mà không có dấu hiệu hồi phục.

Các biện pháp khác như: dùng thuốc điều trị CDVKD thể động mạch có thể là tiêm thể

hang các chất đồng vận alpha hay xanh methylene; đè ép lên thể hang chỗ động mạch bị tổn thương bằng túi nước đá⁽¹¹⁾ hoặc chèn động mạch thể hang (thường dưới sự hướng dẫn của siêu âm)^(3,8) kết hợp với thuyên tắc mạch. Tuy nhiên, hiệu quả các biện pháp này không rõ ràng, thường cần phải dùng các biện pháp xâm lấn để điều trị. Do đó, chúng tôi không áp dụng các biện pháp này trong nghiên cứu.

Thuyên tắc mạch siêu chọn lọc được báo cáo nhiều nhất với chất gây tắc là gelfoam hay microcoil^(6,11,12). Trường hợp thuyên tắc mạch thành công đầu tiên do Wear báo cáo năm 1977⁽¹⁶⁾ bằng cách dùng cục máu đông tự thân (autologous clot) để làm tắc động mạch thận trong, và hiện là biện pháp điều trị được chọn lựa nhiều nhất do hiệu quả cao^(5,11). Theo Montague, tỉ lệ thành công của thuyên tắc mạch là 75% và của phẫu thuật là 63%⁽¹³⁾. Tuy nhiên, thuyên tắc mạch có thể cần phải thực hiện nhiều lần cho đến khi đạt hiệu quả (đương vật xìu)⁽⁵⁾, và đòi hỏi chi phí điều trị cao hơn, cùng kinh nghiệm của người thực hiện. Bệnh nhân của chúng tôi chọn phẫu thuật do khả năng tài chính hạn chế, khó theo dõi lâu dài và chưa có nơi nào tại TP. Hồ Chí Minh thực hiện được thuyên tắc mạch điều trị bệnh này.

Các tác giả thường lo ngại sự hồi phục chức năng cương sau phẫu thuật. Theo Ciampalini, chỉ có 1 trong 4 bệnh nhân của tác giả được phẫu thuật⁽⁵⁾. Trong 8 trường hợp phẫu thuật cột động mạch thể hang, y văn ghi nhận có 2 trường hợp bất lực sau mổ⁽¹⁶⁾. Trong khi 36 trường hợp thuyên tắc mạch, có 2 trường hợp bất lực. Như vậy, cũng chưa thể kết luận phương pháp can thiệp nào có khả năng hồi phục chức năng cương tốt hơn. Hai bệnh nhân chúng tôi phẫu thuật hồi phục chức năng cương sau 2 tháng và 5 tháng. Bệnh nhân tự đánh giá chất lượng cương là rất tốt. Như vậy, chức năng cương của hai bệnh nhân này đều được bảo tồn.

KẾT LUẬN

CDVKD thể động mạch là một bệnh lý rất hiếm gặp, nguyên nhân chính là chấn thương vùng gốc thể hang do té kiểu ngồi ngựa trên vật cứng. Siêu âm Doppler màu kết hợp với thăm khám lâm sàng đủ để chẩn đoán bệnh và xác định vị trí tổn thương.

Điều trị khởi đầu CDVKD thể động mạch nên chờ đợi sự hồi phục tự nhiên. Thời gian theo dõi nên tối thiểu 4 tuần. Nếu sự hồi phục không xuất hiện trở lại sau 2 tháng, phẫu thuật thắt đường dò động mạch - xoang hang qua mổ mở có thể là một chọn lựa thích hợp, nhất là trong điều kiện thuyên tắc mạch không có sẵn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Arango O, Castro R, Dominguez J, Gelabert A (1999). Complete resolution of post-traumatic high-flow priapism with conservative treatment. *Int J Impot Res*, 11(2):115-117.
- Bastuba MD, Saenz de Tejada I, Dinlenc CZ, Sarazen A, Krane RJ, Goldstein I (1994). Arterial priapism: diagnosis, treatment and long-term followup. *J Urol*, 151(5):1231-1237.
- Broderick GA, Lue TF (2002). Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and priapism. In: Wein. *Campbell's Urology*, 8th Ed, 1619-1671. W.B.Saunders, Philadelphia.
- Cakan M, Altu Gcaron U, Aldemir M (2005). Is the combination of superselective transcatheter autologous clot embolization and duplex sonography-guided compression therapy useful treatment option for the patients with high-flow priapism?. *Int J Impot Res*.
- Ciampalini S, Savoca G, Buttazzi L, Gattuccio I, Mucelli FP, Bertolotto M, De Stefani S, Belgrano E (2002). High-flow priapism: treatment and long-term follow-up. *Urology*, 59(1):110-113.
- Colombo F, Lovaria A, Saccheri S, Pozzoni F, Montanaris E (1999). Arterial embolization in the treatment of post-traumatic priapism. *Ann Urol (Paris)*, 33(3):210-218.
- Hatzichristou D, Salpigidis G, Hatzimouratidis K, Apostolidis A, Tzortzis V, Bekos A, Saripoulos D (2002). Management strategy for arterial priapism: therapeutic dilemmas. *J Urol*, 168(5):2074-2077.
- Ilkay AK, Levine LA (1995). Conservative management of high-flow priapism. *Urology*, 46(3):419-424.
- Kazumi Suzuki, Shuji Nishizawa, Osamu Muraishi, Akifumi Fujita, Hideki Hyodoh, Akihiko Tokue (2001). Post-traumatic high flow priapism: Demonstrable findings of penile enhanced computed tomography. *International Journal of Urology*, 8:648-651.
- Keoghane S.R., Sullivan M.E. , Miller M.A.W (2002). The aetiology, pathogenesis and management of priapism. *BJU International*, 90:149-154.
- Langenhuijsen JF, Reisman Y, Reekers JA, de Reijke Th M (2001). Highly selective embolization of bilateral cavernous arteries for post-traumatic penile arterial priapism. *Int J Impot Res*, 13(6):354-356.
- Logarakis NF, Simons ME, Hassouna M (2000). Selective arterial embolization for post-traumatic high flow priapism. *Can J Urol*, 7(3):1051-1054.
- Montague DK, Jarow J, Broderick GA (2003). American Urological Association guideline on the management of priapism. *J Urol*, 170:1318-1324.
- Pryor J, Emre A., Alter G, Leuret T, Levine L, Mulhall J., Sava Perovic, Ralph D., Walter Stackl (2004). Priapism. *Journal of Sexual Medicine*, 1(1):116-120.
- Sefa Resim, Tayfun Sahinkanat, Hamza Karabiber (2004). High-flow priapism of unknown etiology in a prepubertal boy. *Pediatrics International*, 492-493.
- Touge H, Watanabe T, Fujinaga T, Kawabata M (1999). Post-traumatic high flow priapism: a case report. *Int J Urol*, 6(12):623-626.

