

Regional medicinsk rutin

Akut handläggning vid priapism

Bakgrund

Priapism är en erektion som inte lägger sig inom 4 timmar och ska behandlas för att undvika allvarliga komplikationer.

Det finns två huvudtyper av priapism

- lågflödespriapism (ischemisk)
- högflödespriapism.

Lågflödespriapism kräver akut handläggning enligt nedan.

Tillståndet med en smärtsam erektion som inte avklingar inom 4 timmar orsakas av en rubbning av det naturliga venavflödet från corpora cavernosa. I början är tillståndet reversibelt men efter 4–6 timmar kan man se skada på glatt muskulatur. Efter 12 timmar är skadan i regel signifikant och 90 % av alla män med priapism över 48 timmar blir impotenta.

Priapism som komplikation till behandling för erektil dysfunktion med prostaglandinjektion (alprostadil) är idag den vanligaste genesen.

Priapism kan också utlösas av mycket långvariga sexuella aktiviteter, särskilt under alkohol- och narkotikapåverkan.

Tillståndet ses ibland i samband med sickelcellsanemi, leukemi, diabetes, antikoagulantibehandling, antidepressiv behandling samt malignitet i lilla bäckenet. Separata nationella riktlinjer och andra vårdprogram kan finnas för vissa tillstånd och urolog och aktuell specialist bör då samverka för att avgöra optimal behandling.

Behandling

Icke-kirurgisk behandling

Ges de första 12 timmarna efter erektionsdebut.

- Fysisk aktivitet (snabb promenad runt sjukhuset).
- Töm urinblåsan vid resurin.
- Avkylning med ispåsar kring penis i 10–15 minuter.
- Aspirera cirka 5 ml blod genom att sticka valfri sidas corpora cavernosus och skicka för blodgasanalys i sedvanlig blodgasspruta.
 - $PO_2 < 5$, $pCO_2 > 8$ och $pH < 7,25$ talar för ischemisk priapism. Gå vidare med efedrin alternativt fenylefrin enligt stegen nedan.
 - $PO_2 > 12$, $pCO_2 < 5$ och $pH > 7,25$ talar för höglödespriapism. Tillståndet är inte lika akut, men om erektionen kvarstår >48 h riskerar det också att leda till en bestående erektionssvikt. Diskutera med urologisk bakjour/konsult dagtid. Överväg dessutom utredning för att påvisa eventuell arteriovenös shunt.
- Efedrininjektion ges intracavernöst på valfri sida i dosen 10 mg. Blanda 1 ml Efedrin 50 mg/ml med 9 ml NaCl 9 mg/ml i en 10 ml spruta. 10 mg motsvarar alltså 2 ml. Komprimera penis. Dosen kan upprepas efter 10–15 minuter. Kontrollera puls och blodtryck. Prata med narkosjour innan behandlingen ges till hjärtsjuk patient.
- Alternativt kan fenylefrin 100 mikrogram/ml, 1 ml var 3:e till var 5:e minut under max 30 minuter. Ges alltid i samråd med narkosjour. Ska inte ges vid bradykardi.

Kirurgisk behandling

Övervägs vid utebliven förbättring.

- I samband med sövning kan med fördel ketamin (1 mg/kg kroppsvikt) användas då det ger en sympatikusstimulering som kan leda till detumescens.
- Även spinal- eller epiduralanestesi kan leda till detumescens.
- En grov perifer venkateter (PVK) sätts i vardera corpora cavernosum via glans (detta kan också göras i penisbasblockad). Man spolrar sedan antingen med spoldropp bestående av NaCl-lösning 9 mg/ml eller manuellt med 5000 IE heparin löst i 1 liter vatten. OBS! Beakta risken för att en del av heparinet kan nå systemkretsloppet.
- Misslyckas irrigationen kan en shuntningsoperation utföras. Denna kan utföras som antingen en caverno-spongiös shunt eller saphena-spongiös

OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.

shunt (vena safena magna kopplas till ena sidans corpus cavernosa). Om detta är aktuellt bör bakjouren på SU kontaktas.

Innehållsansvarig
Samordningsråd Urologi.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Linda Lennström, (linle5), Överläkare

Granskad av: Henrik Kjölhede, (henkj2), Sektionschef

Godkänd av: Ali Khatami, (alikh), Verksamhetschef

Dokument-ID: SSN12865-780821730-564

Version: 2.0

Giltig från: 2026-06-07

Giltig till: 2028-05-29