

ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Σαν στυτική δυσλειτουργία ορίζεται η προσωρινή ή μόνιμη αδυναμία του άνδρα να επιτύχει αλλά και να διατηρήσει τη στύση του για μια ικανοποιητική σεξουαλική επαφή. Σύμφωνα με αυτό τον ορισμό, οι περιπτώσεις ανδρών με πρόβλημα στύσης είναι πολλές και δεν αφορά μόνο αυτούς που δεν έχουν καθόλου στύση, αλλά συμπεριλαμβάνονται και οι άνδρες που μπορεί να έχουν στύση αλλά δεν μπορούν να τη διατηρήσουν μέχρι να επιτευχθεί μια ικανοποιητική σεξουαλική επαφή.

10.1 ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

Η στύση είναι ένα πολύπλοκο νευροαγγειακό φαινόμενο διαφορετικών συστημάτων που συνεργάζονται μεταξύ τους. Αγγειακοί και νευρολογικοί μηχανισμοί που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους αυξάνουν την πίεση του αίματος στα σπραγγώδη σώματα με αποτέλεσμα την επίτευξη σκληρότητας ικανής για διείσδυση στον κόλπο. Ο στυτικός ιστός αποτελείται από τους αιματικούς κόλπους που επικοινωνούν μεταξύ τους. Το τοίχωμα των κόλπων αποτελείται από λείες μυϊκές ίνες, ελαστίνη και κολλαγόνο. Οι λείες μυϊκές ίνες είναι αυτές που καθορίζουν τη χάλαση και τη στύση του πέους ανάλογα με την κατάσταση που βρίσκονται. Έτσι σε ηρεμία του πέους οι ίνες βρίσκονται σε σύσπαση και δεν επιτρέπουν να εισέλθουν μεγάλες ποσότητες αίματος στα σπραγγώδη σώματα, ενώ κατά τη στύση επέρχεται χάλαση των λείων μυϊκών ινών με αποτέλεσμα την αθρόα παροχή αίματος στα σπραγγώδη σώματα με τελικό αποτέλεσμα τη σκληρότητα του πέους. Η ανεπάρκεια ενός και μόνο από τους αγγειακούς ή νευρολογικούς παράγοντες, οδηγεί σε μείωση ή απουσία στύσης. Η χάλαση και η σύσπαση των λείων μυϊκών ινών βρίσκονται κάτω από τον έλεγχο του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

10.1.1 ΦΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

Διακρίνουμε 6 συνολικά φάσεις της στύσης:

1. Φάση χάλασης ή ηρεμίας

Χαρακτηρίζεται αιμοδυναμικά από χαμηλή αιματική ροή και χαμηλή ενδοσπραγγώδη πίεση. Η ποσότητα του αίματος που εισέρχεται στα σπραγγώδη σώματα είναι ίση με αυτή που εξέρχεται.

2. Φάση πλήρωσης

Χαρακτηρίζεται από τη χάλαση των λείων μυϊκών ινών των αγγείων του πέους και των σπραγγωδών σωμάτων. Για τη χάλαση των λείων μυϊκών ινών το

βασικότερο ρόλο παίζει το ΝΟ που απελευθερώνεται από τα σηραγγώδη νεύρα μετά από σεξουαλικό ερεθισμό. Αποτέλεσμα της χάλασης είναι η απελευθέρωση της ροής του αίματος στα σηραγγώδη σώματα.

3. Φάση διόγκωσης (αρτηριακή φάση)

Σ' αυτή τη φάση η χάλαση των λείων μυϊκών ινών των σηραγγωδών σωμάτων συνεχίζεται εξαιτίας μεγάλης απελευθέρωσης του ΝΟ από το ενδοθήλιο. Το πέος διογκώνεται και αυξάνει σε μήκος. Διογκώνονται τα σηραγγώδη σώματα και συμπιέζονται τα φλεβίδια που βρίσκονται στην εσωτερική επιφάνεια του ινώδους χιτώνα. Αυτός ο μηχανισμός εμποδίζει το αίμα να διαφύγει από τα σηραγγώδη σώματα με αποτέλεσμα να αυξάνει η ενδοσηραγγώδης πίεση.

4. Φάση πλήρους στύσης

Στη διάρκεια της φάσης αυτής το πέος φτάνει στη μέγιστη χωρητικότητά του λόγω της παύσης της απαγωγής του αίματος, ως αποτέλεσμα της μέγιστης χάλασης των λείων μυϊκών ινών των σηραγγωδών σωμάτων και της απόφραξης -λόγω συμπίεσης- των φλεβών.

5. Φάση άκαμπτης στύσης

Στη φάση αυτή συμμετέχουν οι ισχυοσηραγγώδεις μύες που συσπώνται με αποτέλεσμα, η ενδοσηραγγώδης πίεση να αυξάνει σε επίπεδα μεγαλύτερα εκείνων της συστολικής πίεσης με αποτέλεσμα την άκαμπτη στύση. Η αρτηριακή παροχή σταματά. Η διάρκεια της φάσης αυτής είναι πολύ μικρή.

6. Φάση αποδιόγκωσης (σμίκρυνσης, πτώσης)

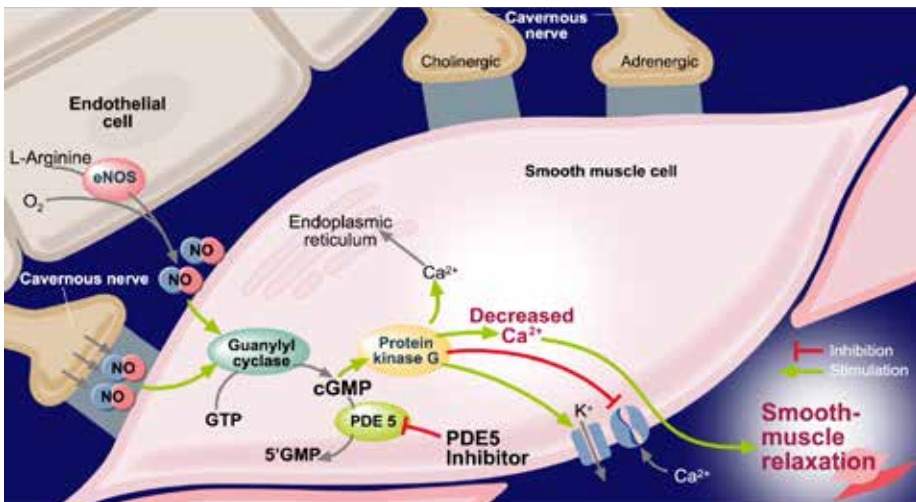
Σ' αυτή τη φάση, οι λείες μυϊκές ίνες των σηραγγωδών σωμάτων και των αρτηριολίων του πέους συσπώνται, μειώνεται ο τόνος του ισχυοσηραγγώδους και βολβοσπογγιώδους μυός, με αποτέλεσμα την απελευθέρωση της φλεβικής αποχέτευσης. Αυτό οδηγεί στη μείωση της ενδοσηραγγώδους πίεσης λόγω κένωσης των σηραγγωδών σωμάτων και το πέος επανέρχεται στην αρχική του μορφή. Η φάση της αποδιόγκωσης συμβαίνει αμέσως μετά την εκσπερμάτιση ή τον οργασμό.

10.1.2 ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΥΣΗΣ

Το κέντρο στύσης βρίσκεται στον υποθάλαμο. Αλλα δυο κέντρα βρίσκονται στο νωτιαίο μυελό: το θωρακοσφυϊκό κέντρο (Θ11-Ο2) που ξεκινούν συμπαθητικές νευρικές ίνες και το ιερό κέντρο (Ι2-Ι4) που αποτελεί το αντανακλαστικό κέντρο

σύσης και περιλαμβάνει παρασυμπαθητικές νευρικές ίνες αλλά και σωματικές νευρικές ίνες (αιδοϊκό νεύρο).

Όταν οι λείες μυϊκές ίνες των αιματικών κόλπων των σπραγγωδών σωμάτων και των ελικοειδών αρτηριών είναι σε σύσπαση, το πέος βρίσκεται σε χάλαση. Η διαδικασία της σύσης αρχίζει όταν οι λείες μυϊκές ίνες βρίσκονται σε φάση χάλασης. Στη διαδικασία της χάλασης τον κύριο λόγο έχει η απελευθέρωση του NO που συντίθεται από την L-Αργινίνη παρουσία της συνθετάσης του NO κατά τη διάρκεια του σεξουαλικού ερεθισμού. Επίσης NO απελευθερώνεται και από τα ενδοθηλιακά κύτταρα. Το NO δρα πάνω στο ένζυμο γουανιλκυκλάση που μετατρέπει την GTP σε cGMP. Η αύξηση των συγκεντρώσεων του cGMP προκαλεί τη μείωση της συγκέντρωσης ιόντων Ca^{++} με αποτέλεσμα τη χάλαση των λείων μυϊκών ινών. Στη συνέχεια το cGMP με τη βοήθεια της φωσφοδιεστεράσης E5 διασπάται με αποτέλεσμα και πάλι την αύξηση των ιόντων Ca^{++} στο λείο μυϊκό κύτταρο και τη σύσπασή του, οπότε επέρχεται η χάλαση.



10.2 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Οι αιτίες της στυτικής δυσλειτουργίας διακρίνονται σε οργανικές, ψυχογενείς και μεικτές γιατί στο μεγαλύτερο ποσοστό των ανδρών που υπάρχει κάποιος οργανικός παράγοντας συνυπάρχει και ο ψυχογενής.

10.2.1 ΨΥΧΟΓΕΝΗ ΑΙΤΙΑ

Παλαιότερα θεωρούσαν ότι οι κύριες αιτίες Στ. Δ. ήταν ψυχογενείς σε ποσοστό 90-95%. Με την ανάπτυξη της Ανδρολογίας και τις διαγνωστικές μεθόδους που εφαρμόζονται, φαίνεται πως οι ψυχογενείς αιτίες δεν ξεπερνούν το 5-10% των περιπτώσεων.

Οι κυριότερες αιτίες ψυχογενούς Στ. Δ. είναι το άγχος επίδοσης ή το άγχος αποτυχίας, διάφορες μορφές στρες, φοβίες, ένταση στις σχέσεις του ζευγαριού, θρησκευτικοί λόγοι. Επίσης άτομα με κατάθλιψη και άλλες ψυχικές διαταραχές για τις οποίες παίρνουν ψυχιατρικά φάρμακα.

10.2.2 ΟΡΓΑΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

1. Αρτηριακά αίτια: Η αρτηριοσκλήρυνση είναι μια βασική αιτία που προκαλεί Στ. Δ. Η φλεβική διαφυγή καθώς και οι ιατρογενείς βλάβες των αγγείων μετά από επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο, με βλάβη και των νεύρων, προκαλούν μείωση της ροής του αίματος και πτώση της πίεσης στα σηραγγώδη σώματα.

Σε επίπεδο φλεβών του πέους, ο ανεπαρκής βαλβιδικός μηχανισμός επιτρέπει τη συνεχή απαγωγή του αίματος από τα σηραγγώδη και δεν μπορεί να επιτευχθεί στύση.

2. Νευρογενή αίτια: Οι κατώσεις του νωτιαίου μυελού, οι επεμβάσεις στην ελάσσονα πύελο, κάκωση του αιδοϊκού νεύρου, N. Parkinson και N. Alzheimer αποτελούν τις κυριότερες νευρολογικές αιτίες Στ. Δ.

3. Ενδοκρινή - ορμονικά αίτια: Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί το συχνότερο ενδοκρινικό αίτιο λόγω της διαβητικής αγγειοπάθειας και νευροπάθειας που προκαλεί. Ο υπογοναδισμός και η υπερπρολακτιναιμία οδηγούν σε μειωμένη libido. Άνδρες με θυρεοειδοπάθεια (υπερ- ή υποθυρεοειδισμός) έχουν μειωμένη libido λόγω αύξησης των επιπέδων οιστρογόνων στο αίμα. Επίσης φαίνεται να υπάρχει σχέση Στ. Δ. και νεφρικής ανεπάρκειας.

4. Πεικές αιτίες: Ο πριαπισμός αν δεν αντιμετωπισθεί τις πρώτες ώρες προκαλεί προβλήματα στύσης. Οι τραυματισμοί στο πέος και η ινώδης πλαστική σκλήρυνση των σηραγγωδών σωμάτων (N. του Peyronie), αποτελούν αιτίες Στ. Δ.

5. Φαρμακευτικά αίτια: Όλα τα φάρμακα που καταστέλουν το ΚΝΣ, όπως αυτά με αντιχολινεργική, ντοπαμινεργική, σεροτονινεργική και αδρενεργική δράση προκαλούν προβλήματα στύσης. Έτσι διάφορα ψυχοφάρμακα (SSRI), αντιυπερτασικά και συμπαθητικολυτικά ανήκουν σ' αυτές τις κατηγορίες. Τα διουρητικά (σπειρονολακτόνη) και οι Η2 αναστολείς ενοχοποιούνται ότι προκαλούν μείωση της libido και αύξηση της προλακτίνης.

Διάφορες συνήθειες και ουσίες όπως το κάπνισμα, η υπερβολική χρήση αλκοόλ, τα ναρκωτικά προκαλούν προβλήματα στη στύση λόγω μείωσης της τεστοστερόνης και της ντοπαμινεργικής τους δράσης.

10.3 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Η διάγνωση βασίζεται στο ιατρικό και σεξουαλικό ιστορικό, τη φυσική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορεί να είναι βασικές ή ειδικές.

10.3.1 ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η λήψη λεπτομερούς ιατρικού ιστορικού με ιδιαίτερη βαρύτητα στο σεξουαλικό ιστορικό θέτει τη διάγνωση στο 85% των περιπτώσεων.

Πολλές παθήσεις όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπερλιπιδαιμία, καρδιολογικές παθήσεις (στεφανιαία νόσος), υπέρταση, αγγειοπάθειες, νευρολογικές και ψυχιατρικές παθήσεις, υπερ- ή υποθυρεοειδισμός, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική ανεπάρκεια, αποτελούν αιτίες στυτικής δυσλειτουργίας. Χειρουργικές επεμβάσεις, όπως ριζική προστατεκτομή (σε ποσοστό 60-90%), ολική κυστεοπροστατεκτομή, επεμβάσεις στο παχύ έντερο και την ελάσσονα πύελο, ακτινοθεραπεία στην ελάσσονα πύελο, οπισθοπεριτοναϊκός λεμφαδενικός καθαρισμός και επεμβάσεις στο πέος προκαλούν προβλήματα στη στυτική λειτουργία. Κάποιες συνήθειες όπως το κάπνισμα, η λήψη ναρκωτικών ουσιών και ο αλκοολισμός πρέπει να λαμβάνονται πάντα υπ' όψιν, επειδή ενέχονται στην εμφάνιση των διαταραχών της στύσης.

Πρέπει να είναι ιδιαίτερα λεπτομερής η λήψη του σεξουαλικού ιστορικού και να διαφοροδιαγνωσθεί αν πρόκειται για οργανικής ή ψυχογενούς αιτιολογίας σεξουαλική διαταραχή. Ο χρόνος έναρξης, η παρουσία νυχτερινών ή πρωινών στύσεων, η απουσία libido, η ξαφνική εμφάνιση του προβλήματος, το άγχος επίδοσης, η παρουσία φυσιολογικών στύσεων με άλλη σύντροφο συνηγορούν υπέρ της ψυχογενούς στυτικής δυσλειτουργίας.

Η ύπαρξη στυτικής δυσλειτουργίας, σε πολλές περιπτώσεις, υποδηλώνει τη συνύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου και θα πρέπει να γίνεται έλεγχος για σακχαρώδη διαβήτη, αγγειοκαρδιοπάθεια, υπέρταση και υπερλιπιδαιμία. Η ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου υποδηλώνει σχεδόν πάντα την ύπαρξη στυτικής δυσλειτουργίας οργανικής αιτιολογίας.

Η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να υποδηλώνει υποκείμενα νοσήματα:

- Διαβήτης
- Υπέρταση
- Δυσλιπιδαιμίες
- Στεφανιαία νόσο
- Κατάθλιψη

Η στυτική δυσλειτουργία μπορεί να οδηγήσει σε:

- Άγχος
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- Επιδείνωση της ποιότητας ζωής
- Διαταραχή των σχέσεων

10.3.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

Πρέπει να είναι λεπτομερής. Η κατανομή της τριχοφυίας, η γυναιομαστία, η κατανομή λίπους, η βρογχοκήλη, το σ. Cushing οδηγούν σε ορμονικού τύπου στυτική δυσλειτουργία. Η κλινική εξέταση των έξω γεννητικών οργάνων, μικροί ή ατροφικοί όρχεις, μικροφαλία, διάφορες παθήσεις όπως κάμψη του πέους (ν. του Peyronie), φλεγμονές των επικουρικών γεννητικών αδένων (επιδιδυμίτιδα, προστατίτιδα), βοηθά πολλές φορές τη διάγνωση. Η νευρολογική εξέταση κρίνεται απαραίτητη σε αρκετούς άνδρες με πρόβλημα στυτικής λειτουργίας γιατί μια νευρολογική διαταραχή στα νεύρα που ευθύνονται για τη στύση, μπορεί να είναι η αιτία του προβλήματος.

10.3.3 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Σε κάθε άνδρα με στυτική δυσλειτουργία πρέπει να γίνονται απλές εξετάσεις όπως γενική αίματος, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, χοληστερίνη, τριγλυκερίδια. Ο ορμονικός έλεγχος περιλαμβάνει τεστοστερόνη συνολική και ελεύθερη και προλακτίνη.

10.3.4 ΥΠΕΡΗΧΟΤΟΜΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η Doppler υπερηχοτομογραφία είναι μια απλή μέθοδος που μας παρέχει χρήσιμες πληροφορίες που αφορούν στην αιμοδυναμική του πέους, τόσο στα σηραγώδη σώματα όσο και στα αγγεία. Γίνεται σε φάση χάλασης και στη συνέχεια σε

φάση τεχνικής στύσης. Δίνει καλές πληροφορίες για φλεβική απόφραξη ή φλεβική διαφυγή.

10.3.5 ΕΙΔΙΚΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

10.3.5.1.1 Σηραγγομετρία-Σηραγγογραφία

Πρόκειται για επεμβατική μέθοδο έγχυσης σκιαγραφικού στα σηραγγώδη σώματα και δίνει ακριβή διάγνωση του σημείου μιας φλεβικής απόφραξης ή της φλεβικής διαφυγής. Θεωρείται μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση αυτών των διαταραχών.

Αγγειογραφία της έσω αιδοϊκής: Δίνει ακριβείς πληροφορίες για το αποχετευτικό φλεβικό δίκτυο του πέους.

10.3.5.1.2 Εξειδικευμένος νευρολογικός και ψυχιατρικός έλεγχος

10.3.5.1.3 Καταγραφή νυχτερινών στύσεων (Nocturnal Penile Tumescence and Rigidity)

Γίνεται με μια συσκευή που λέγεται Rigiscan που καταγράφει κατά τη διάρκεια του ύπνου τον αριθμό, τη διάρκεια και την ποιότητα των στύσεων. Κάθε άνδρας χωρίς οργανικό πρόβλημα, κατά τη διάρκεια του ύπνου, κάνει στύση 3-5 φορές. Έτσι διαπιστώνεται πως αν έχει νυχτερινές στύσεις πρόκειται για ψυχογενή στυτική δυσλειτουργία. Αν δεν έχει τότε πρόκειται για οργανική βλάβη.

10.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

Στόχος της αντιμετώπισης της ΣΔ είναι η αποκατάσταση μιας ικανοποιητικής σεξουαλικής σχέσης, άρα και ποιότητας ζωής του ζευγαριού. Δεν αφορά μόνο στην ποιότητα της στύσης αλλά έχει ψυχολογικές και κοινωνικές προεκτάσεις.

1. Αγωγή από το στόμα: Αποτελεί την πρώτη γραμμής επιλογή επειδή είναι εύκολη η λήψη, όποτε το επιθυμεί, με προβλέψιμο αποτέλεσμα, απουσία άμεσων επιπλοκών και άριστη ασφάλεια σε μακροχρόνια χρήση. Οι α2-ανταγωνιστές με σεροτονινική δράση όπως η υοχιμβίνη, η τραζοδόνη και η φαιντολαμίνη, χρησιμοποιούνταν από πολλά χρόνια με αμφίβολη αποτελεσματικότητα. Οι αναστολείς της φωσφοδιεστεράσης τύπου 5 (PDE5i) έχουν πολύ καλό αποτέλεσμα. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν η σιλδεναφίλη (Viagra), η Βαρδεναφίλη (Levitra) και η Ταδαλαφίλη (Cialis). Δρουν μόνο μετά από σεξουαλικό ερεθισμό και αναστέλλουν τη δράση του ενζύμου φωσφοδιεστεράση που μετατρέπει το cGMP σε 5GMP. Έτσι η

συγκέντρωση του cGMP αυξάνεται, ενεργοποιώντας την πρωτεϊνική κινάση που επιτρέπει στα ιόντα ασβεστίου να εξέλθουν από το λείο μυϊκό κύτταρο με αποτέλεσμα τη χάλασή του. Η αποτελεσματικότητα των PDE5i ξεπερνά το 70-80% των περιπτώσεων. Υπάρχουν απόλυτες και σχετικές αντενδείξεις χορήγησης αυτών των φαρμάκων καθώς και παρενέργειες που αναφέρονται στον **Πίνακα 10.1**.

Πίνακας 10.1. Αντενδείξεις και παρενέργειες των PDE5i		
Απόλυτες αντενδείξεις	Σχετικές αντενδείξεις	Παρενέργειες
Ασταθής στηθάγχη	Λήψη άνω του ενός αντιυπερτασικού	Πονοκέφαλος 16%
Καρδιακή ανεπάρκεια III-IV βαθμού	Ενεργό έλκος στομάχου	Εξάψεις 10%
Πρώτοι 3 μήνες μετά από έμφραγμα του μυοκαρδίου	Παραμορφώσεις πέους (κάμψη, ίνωση σηραγγωδών σωμάτων)	Γαστρεντερικές διαταραχές 7%
Πρόσφατο αιμορραγικό ΑΕΕ	Προδιάθεση για πριαπισμό (π.χ. δρεπανοκυτταρική αναιμία)	Ρινική συμφόρηση 4%
Λήψη νιτρωδών		Ανωμαλίες όρασης 3%
Λήψη ριτοναβίρης, ινδιναβίρης		Διάρροια 3%
Λήψη ιτρακοναζόλης, κετοκοναζόλης, ερυθρομικίνης (σε ηλικίες ≥75 ετών)		Ζαλάδες 2%

2. Συσκευές κενού: Είναι αντλίες κενού που τοποθετούνται στο πέος και λόγω της αρνητικής πίεσης επιτρέπουν αύξηση της αιματικής ροής στα σηραγγώδη σώματα και τη διόγκωσή τους (**Εικόνα 10.1**).



Εικόνα 10.1

10.4.1.1.1 Ενδοσηραγγώδεις ενέσεις αγγειοδραστικών ουσιών

Αποτελεί δεύτερης γραμμής αντιμετώπιση (**Εικόνα. 10.2**). Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται είναι η παπαβερίνη, η φαιντολαμίνη και η προσταγλανδίνη E1



Εικόνα 10.2

(αλπροσταδίλη). Μπορεί να δοθεί μια μόνο ουσία, ή δυο (bimix) ή τρεις μαζί (trimix). Η δόση εξατομικεύεται για κάθε περίπτωση και ο χρήστης εκπαιδεύεται να κάνει μόνος του την ένεση στο σηραγγώδες σώμα. Η στύση επιτυγχάνεται σε 10 λεπτά και η διάρκειά της κυμαίνεται από 40 λεπτά μέχρι 2 ώρες. Οι κυριότερες επιπλοκές είναι ο πόνος στο σημείο της ένεσης, η ίνωση των σηραγγωδών σωμάτων και σπάνια (2-5%) ο πριαπισμός.

10.4.1.1.2 Αγγειοδραστικά φάρμακα για ενδοουρηθρική χορήγηση (MUSE)

Η ενδοουρηθρική χορήγηση προσταγλαδίνης E1 σε μορφή ένθετου, τοποθετείται στην ουρήθρα (σκαφοειδή βόθρο) και έχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στο 40% περίπου των ασθενών. Δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα.

10.4.1.1.3 Χειρουργική αντιμετώπιση

Αποτελεί την τρίτη γραμμή αντιμετώπισης όταν οι δύο προηγούμενες δεν έχουν αποτέλεσμα.

1. Επεμβάσεις επαναγγείωσης και επεμβάσεις φλεβικής διαφυγής

Σκοπό έχουν την επαναγγείωση του πέους ώστε να αυξάνεται η ροή του αρτηριακού αίματος στα σηραγγώδη σώματα ή επεμβάσεις απολίνωσης της ραχιαίας φλέβας του πέους με σκοπό την αποφυγή μιας φλεβικής διαφυγής. Οι επεμβάσεις αυτές σήμερα έχουν περιορισθεί λόγω και του αμφιβόλου αποτελέσματος.

2. Πεϊκές προθέσεις

Αποτελούν την καλύτερη λύση όταν όλες οι μέθοδοι αντιμετώπισης αποτύχουν. Υπάρχουν τρία είδη πεϊκών προθέσεων. Οι εύκαμπτες ή μαλακές, οι ημί-σκληρες και οι μεταβλητών διαστάσεων (υδραυλικές). Ανάλογα με τα τμήματα που αποτελούνται διακρίνονται σε προθέσεις ενός τμήματος, δύο τμημάτων και τριών τμημάτων (Εικόνες 10.3, 10.4, 10.5). Οι κυριότερες επιπλοκές που αναφέρονται είναι οι λοιμώξεις και τα τραύματα στο πέος, κυρίως στην περιοχή της βαλάνου (διάβρωση της βαλάνου). Τα αποτελέσματα είναι άριστα και ξεπερνούν το 95% της πλήρους ικανοποίησης.



Εικόνα 10.3



Εικόνα 10.4



Εικόνα 10.5