

L'IMAGE DU MOIS

PRIAPISME ISCHÉMIQUE RÉFRAC TAIRE SUR PRISE DE TRAZODONE

VAESEN F (1), SEMPELS M (1)

RÉSUMÉ : Le priapisme est une érection prolongée de plus de quatre heures. Il constitue, dans la majorité des cas, une urgence chirurgicale. La trazodone fait partie des molécules pouvant entraîner un priapisme. Ceci constitue un vrai challenge dans la prise en charge de ces patients, souvent jeunes, pour éviter un impact trop important sur la fonction érectile. Nous rapportons le cas d'un homme de 34 ans.

MOTS-CLÉS : Priapisme - Trazodone - Érection - Sexologie - Implant pénien

REFRACTORY ISCHEMIC PRIAPISM DUE TO TRAZODONE

SUMMARY : Priapism is a prolonged erection lasting more than four hours. In most cases, it is a surgical emergency. Trazodone is one of the molecules that can cause priapism. This constitutes a real challenge in the management of these patients, who are often young, to avoid too bad impact on erectile function. We report the case of a 34-year-old man.

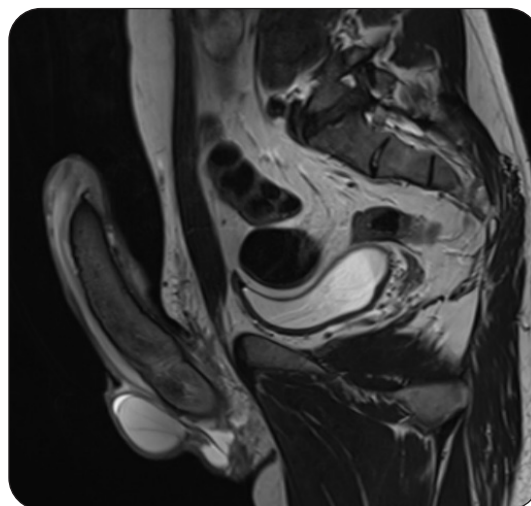
KEYWORDS : Priapism - Trazodone - Erection - Sexology - Penile implant

Figure 1 A. RMN, séquence T1. Hypersignal en T1 au niveau des corps caverneux



Défaut de rehaussement sur toute la hauteur des corps caverneux. Hypersignal T1 spontané des veines dorsales du pénis et urétrales en faveur d'un flux ralenti. Intégrité du corps spongieux, de signal normal et rehaussement homogène sur toute sa hauteur. Infiltration diffuse de la graisse pénienne et scrotale.

Figure 1 B. RMN, séquence T2. Signal intermédiaire, voire hyposignal en T2 au niveau des corps caverneux



Défaut de rehaussement sur toute la hauteur des corps caverneux. Intégrité du corps spongieux, de signal normal et rehaussement homogène sur toute sa hauteur. Infiltration diffuse de la graisse pénienne et scrotale.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Un homme de 34 ans, sans antécédents particuliers, nous est adressé par un centre péri-périphérique pour prise en charge d'un priapisme évoluant depuis quatre jours. Deux ponctions

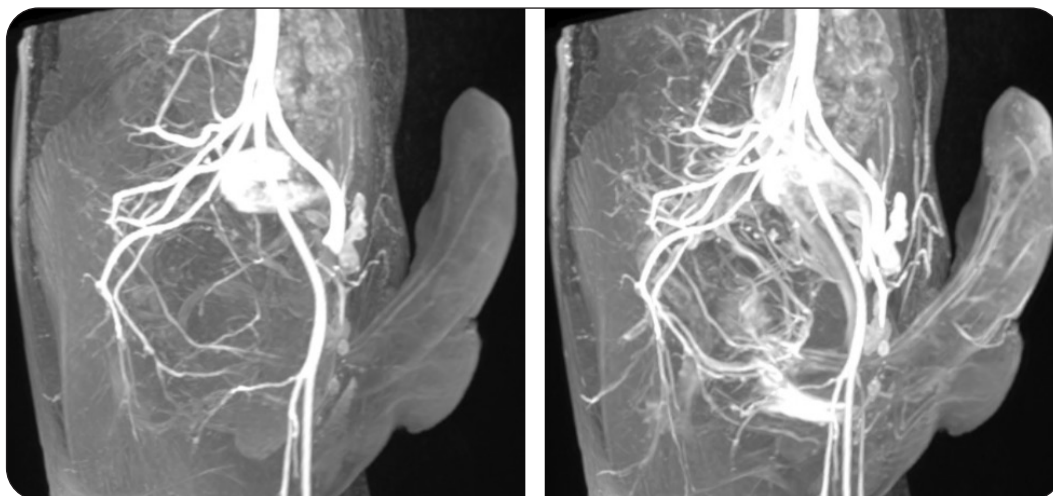
évacuatrices des corps caverneux ont déjà été tentées, sans succès.

C'est le premier épisode du genre chez ce patient. Il n'a aucune histoire personnelle de maladie hématologique, néoplasique ou de dysfonction érectile traitée médicalement. Concernant ses assuétudes, il consomme du cannabis régulièrement et des stupéfiants (cocaïne) à l'occasion.

Quatre jours avant son admission, pour parvenir à s'endormir, il a pris un comprimé de trazodone appartenant à sa compagne. C'était la première fois qu'il consommait ce médicament.

(1) Service d'Urologie, CHU Liège, Belgique.

Figure 2. Angio-RMN pelvienne



Bonne perméabilité des plus gros troncs artériels destinés au pénis. Les artères dorsales du pénis, ainsi que les artères bulbaires sont bien opacifiées. Aucune opacification des artères cavernueuses.

Il s'est levé le lendemain avec une érection qui s'est prolongée au-delà de quatre heures, il était donc en priapisme. Il a malheureusement attendu à son domicile que la situation s'améliore spontanément. C'est seulement après plus de nonante-six heures qu'il s'est présenté aux urgences en raison d'une douleur qui devenait intolérable.

À son admission dans notre institution, la verge était totalement rigide, extrêmement douloureuse. Nous avons pratiqué d'emblée une échographie doppler couleur du pénis qui n'a pas permis d'objectiver le moindre flux artériel au niveau de corps caverneux. Une résonance magnétique nucléaire (RMN) a également été réalisée en urgence et montre les corps caverneux en hypersignal T1 et signal T2 intermédiaire, voire hyposignal, dans leur portion centrale (Figure 1). Ils présentent un défaut de rehaussement sur toute leur longueur. L'apport artériel pénien est bien perméable jusqu'aux artères cavernueuses qui ne sont pas opacifiées (Figure 2). La RMN confirme donc l'ischémie et la nécrose de l'entièreté des corps caverneux.

Dans l'attente de la discussion sur les suites à donner à son problème, nous avons mis en place une péridurale pour soulager le patient. Nous avons ensuite décidé, en accord avec lui, de ne pas tenter d'autres gestes de décompression au niveau pénien et de s'orienter directement vers l'implantation d'une prothèse pénienne gonflable pour traiter le priapisme et la dysfonction érectile totale qui en découlerait, dans le même temps opératoire.

DISCUSSION

Le priapisme est défini comme une érection persistante et prolongée au-delà de quatre heures, en l'absence de toute stimulation sexuelle, et qui ne se résout pas spontanément. Il est associé à une diminution ou à l'absence de flux artériel intra-caverneux. Le priapisme ischémique est de loin la présentation la plus fréquente, soit plus de 95 % des cas (1, 2).

Les causes sont multiples. Parmi celles-ci, nous retiendrons les causes pharmacologiques : injection intra-caverneuse de drogues vasoactives, antipsychotiques de seconde génération, antagonistes alpha-adrénergiques et de rares cas avec des inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5 (1, 3).

Les antipsychotiques sont responsables de 50 % des priapismes pharmaco-induits. Concernant la trazodone, elle est indiquée dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs aux Etats-Unis. Elle est aussi prescrite dans d'autres situations comme l'insomnie, le stress post-traumatique, l'anxiété, ... L'incidence du priapisme induit par trazodone se situe entre 1:1.000 et 1:10.000. Le mécanisme du problème n'est pas encore totalement élucidé, mais l'action antagoniste alpha1-adrénergique du médicament serait responsable d'une diminution locale de l'influx sympathique au niveau des corps caverneux, tout en préservant l'influx parasympathique. Les patients à qui la trazodone est prescrite doivent donc recevoir une information claire par rapport

au risque de priapisme. Une étude de Shah et coll. démontre que seulement 18 % des patients ont été prévenus du risque d'érection prolongée et seulement 16 % du risque de priapisme; 93 % des patients n'ont pas été interrogés sur leurs antécédents éventuels d'érection prolongée (4).

Le traitement du priapisme est une urgence chirurgicale dont les modalités sont à définir en fonction de la durée du priapisme. Le but du traitement est de limiter les changements histologiques des corps caverneux induits par l'ischémie et donc leur retentissement sur la fonction érectile future. Il est admis que la dysfonction érectile au long terme sera totale après 48 à 72 heures de priapisme (5). Dans ces cas, particulièrement chez les sujets jeunes, une implantation précoce de prothèse pénienne peut permettre de traiter le priapisme, la dysfonction érectile future et éviter une perte de longueur de la verge induite par l'ischémie et la fibrose qui en découle (5-7).

CONCLUSION

La prescription de trazodone chez les sujets jeunes ne présentant pas de dysfonction érectile présente un réel risque de priapisme réfractaire. Dans notre expérience, le priapisme induit par cette molécule est particulièrement difficile à traiter, avec une forte probabilité de dysfonction érectile totale par la suite. L'information au patient est donc primordiale lors de la prescription de ce traitement.

BIBLIOGRAPHIE

1. Broderick GA, Kadioglu A, Bivalacqua TJ, et al. Priapism: pathogenesis, epidemiology, and management. *J Sex Med* 2010;**B**:476-500.
2. Berger R, Billups K, Broderick GA, et al. Report of the American Foundation for Urologic Disease (AFUD) Thought Leader Panel for evaluation and treatment of priapism. *Int J Impot Res* 2001;**13**(Suppl):S39-43.
3. Rezaee ME, Gross MS. Are we overstating the risk of priapism with oral phosphodiesterase Type 5 inhibitors? *J Sex Med* 2020;**17**:1579-82.
4. Shah T, Deolanker J, Luu T, Sadeghi-Nejad H. Pretreatment screening and counseling on prolonged erections for patients prescribed trazodone. *Investig Clin Urol* 2021;**62**:85-9.
5. Zacharakis E, Garaffa G, Raheem AA, et al. Penile prosthesis insertion in patients with refractory ischaemic priapism: early vs delayed implantation. *BJU Int* 2014;**114**: 576-81.
6. Ralph DJ, Garaffa G, Muneer A, et al. The immediate insertion of a penile prosthesis for acute ischaemic priapism. *Eur Urol* 2009;**56**:1033-8.
7. Sedigh O, Rolle L, Negro CL, et al. Early insertion of inflatable prosthesis for intractable ischemic priapism: our experience and review of the literature. *Int J Impot Res* 2011;**23**:158-64.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Vaesen F, Service d'Urologie, CHU Liège, Belgique.
Email : dr.francois.vaesen@gmail.com