

Journal für  
**Urologie und Urogynäkologie**

Zeitschrift für Urologie und Urogynäkologie in Klinik und Praxis

**Leitlinie Priapismus**

Dallinger B, Haidinger G, Maier M

Fernbach N

*Journal für Urologie und*

*Urogynäkologie 2008; 15 (Sonderheft*

*6) (Ausgabe für Österreich), 9*

**Homepage:**

**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

**Indexed in Scopus**

**Member of the**



**[www.kup.at/urologie](http://www.kup.at/urologie)**

**Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz**

**P. b. b. 022031116M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz**

# Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

## Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# Leitlinie Priapismus

B. Dallinger, G. Hermandinger, M. Maier, N. Fernbach

## ■ Definition

Der Priapismus ist eine persistierende Erektion ohne sexuelle Erregung, die sich nach mehr als sechs Stunden nicht spontan zurückbildet.

## ■ Einteilung

- Low-Flow-Priapismus (Stasepriapismus):  
Bedingt durch venöse Abflussblockade, führt über Gewebshypoxie zur irreversiblen Schwellkörperfibrose.  
Klinik: Schmerzen, brettharter Penis, bläulich-livide Verfärbung, keine Pulsationen.
- High-Flow-Priapismus:  
Entsteht durch unregelmäßigen arteriellen Zufluss in die Corpora cavernosa. Anamnestisch fast immer durch stumpfes genitales oder perineales Trauma.  
Klinik: kaum Schmerzen, Penis ist elastisch, pulsatile Erektion.
- Mischformen:  
Insbesondere nach SKAT, jede unbehandelte Mischform mündet in einen Low-Flow-Priapismus.
- Intermittierender Priapismus:  
Rekurrierende Form des Stasepriapismus (häufig bei Sichelzellenanämie).

## ■ Ursachen

- Primär (idiopathisch): Circa 1/3 der Fälle
- Sekundär: Circa 2/3 der Fälle
  - Urologische Vorerkrankungen (lokale Entzündungen, lokale Tumoren)
  - Hämatologische Erkrankungen (Leukämie, Sichelzellenanämie)
  - Neurologische Erkrankungen (ZNS- und Wirbelsäulentumoren, Traumen, Entzündungen)
  - Gefäßerkrankungen: Beckenvenenthrombose, penile arteriovenöse Fistel
  - Traumen: Querschnittsyndrom, Penis- oder Perinealtrauma, penile arteriovenöse Fistel
  - Komplikation nach oraler oder urethraler Medikation sowie SKAT bei ED
  - Drogen- und Alkoholkonsum
  - Medikamentös induziert:
    - + Psychopharmaka (Chlorpromazin, Trazodon, Clozapin, Fluoxetin, Sertralin, Lithium)
    - + Antihypertensiva (Hydralazin, Guanethidin, Prazosin)
    - + Antiepileptika
    - + Anästhetika
    - + Kortikosteroide
    - + Parenterale Ernährung (hochprozentige Lipidzufuhr)

## ■ Diagnostik

- Anamnese
- Klinik
- Optional:
  - Blutbild mit Differenzialblutbild, Gerinnung, evtl. Hb-S
  - Dopplersonographie
  - Blutgasanalyse aus aspiriertem Blut (Corpus cavernosum)

## ■ Therapie

- High-Flow-Priapismus:  
Primär Observanz unter stationären Bedingungen. Bei Persistenz Angiographie mit selektiver Embolisation der Arteria pudenda interna. Ultima Ratio: operative Intervention.
- Low-Flow-Priapismus:
  - Primär minimal-invasiv:  
Punktion eines Corpus cavernosum distal lateral mit einer 19G-Kanüle, Aspiration von 50–200 ml Staseblut
  - Intrakavernöse Applikation von  $\alpha$ -sympathomimetischen Substanzen (Etilefrin, Ephedrin, Phenylephrin, Dopamin)  
z. B. 1 Ampulle Etilefrin 10 mg ad 9 ml NaCl 0,9 %  
Bei unvollständiger Detumeszenz Wiederholung nach 10 Minuten unter RR-Kontrolle.  
Bei weiterhin unvollständiger Detumeszenz eventuell Wiederholung am kontralateralen Corpus cavernosum.  
Bei ausreichender Detumeszenz Kompressionsverband
- Therapieversager:  
Operative Intervention (verschiedene Shunt-Verfahren)

## ■ Prävention

Bei rezidivierendem/intermittierendem Priapismus

- Autoapplikation von  $\alpha$ -Sympathomimetikum mittels Pen
- Antiandrogene
- LHRH-Agonisten

## ■ Prognose

In ca. 50 % resultiert langfristig eine erektile Dysfunktion (entweder durch bereits eingetretene Schwellkörperfibrose oder bedingt durch die Anwendung eines notwendigen Shunt-Verfahrens).

### **Korrespondenzadresse:**

Arbeitskreis für Andrologie und sexuelle Funktionsstörungen der Österreichischen Gesellschaft für Urologie und Andrologie  
A-5020 Salzburg, Müllner Hauptstrasse 48  
E-Mail: h.hofer@salk.at

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)