

Burnetta et al. (10), která zkoumala vliv gelové substituční terapie testosteronem na vznik priapismu. Ta hodnotila celkem 283 mužů, kteří užívali preparát AndroGel 1%. Průměrná doba sledování léčby Androgelem se pohybovala od 84 dnů do 149 dnů. V této studii nebyly hlášeny žádné nežádoucí účinky popsané jako priapismus nebo související příznaky.

Dále pak v metaanalytické studii z roku 2010 (11) autoři hodnotili hlášené nežádoucí účinky TRT v běžné klinické praxi. V postmarketingových údajích, představujících 40 milionů prodaných kusů, bylo hlášeno osm případů popsaných jako priapismus. Šest případů z těchto osmi bylo vyhodnoceno jako „pravděpodobně související“ s přípravkem AndroGel. Farmakovigilanci po uvedení na trh prováděly společnosti Besins Healthcare, Solvay Pharmaceuticals a Abbott. Jsou to zhodnocené údaje z let 2001 až 2011.

Ojedinělou kazuistiku priapismu, který vznikl po intramuskulárním podání testosteronu u pacienta s Kallmannovým syndromem, popisuje Shergill

a kol. (12). Také v tomto případě bylo nutné operační řešení k vyřešení priapismu. Pacient podstoupil výplach kavernózních těles a následně i kaverno-spongiózní shunt (Winter shunt).

Priapismus jako nežádoucí účinek byl popsán u Klinefelterova syndromu v článku autorů Ichioka a Utsunomiya (13). K priapismu došlo u pacienta s prokázaným Klinefelterovým syndromem po třetí intramuskulární aplikaci testosteronu. Pacient musel podstoupit výplach kavernózních těles. Teprve poté došlo k detumescenci penisu.

ZÁVĚR

Priapismus jako nežádoucí účinek substituční terapie testosteronem je zcela raritní, ale závažná komplikace. Pokud tedy tuto léčbu pacientům nasazujeme, měli bychom je i na tuto možnou komplikaci předem upozornit a vysvětlit jim, že pokud k priapismu dojde, měli by vyhledat pohotovost nejbližšího zdravotnického zařízení.

LITERATURA

1. Reif F. Priapismus. Urol. praxi. 2005; 2(3): 122–125.
2. The EAU Sexual and Reproductive Health Guidelines. Uroweb – European Association of Urology. 2023. <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health>.
3. Študent V, Hrabec M, Vidlář A, Hartmann I. Priapismus. Urol. praxi. 2001; 3: 122–125.
4. Křenková P, Piskáčková T, Holubová A, et al. Distribution of CFTR mutations in the Czech population: Positive impact of integrated clinical and laboratory expertise, detection of novel/de novo alleles and relevance for related/derived populations. Journal of Cystic Fibrosis(online). 2013; 12(5): 532–537. ISSN 1569-1993. doi:10.1016/j.jcf.2012. 12. 002.
5. Krausz C, Hoefsloot L, Simoni M, Tüttelmann F. EAA/EMQN best practice guidelines for molecular diagnosis of Y-chromosomal microdeletions: state-of-the-art 2013. Andrology. 2014; 2(1):5–19. ISSN 2047-2927. doi:10.1111/j.2047-2927.2013.00173.x.
6. Bachmann-Gagescu R, Mefford HC, Cowan CH, et al. Recurrent 200-kb deletions of 16p11.2 that include the SH2B1 gene are associated with developmental delay and obesity. Genetics in Medicine. 2010; 12(10): 641–647. ISSN 1530-0366. doi:10.1097/GIM.0b013e3181ef4286.
7. Ruch W, Jenny P. Priapism following testosterone administration for delayed male puberty. The American Journal of Medicine. 1989; 86(2): 256. ISSN 0002-9343. doi:10.1016/0002-9343(89)90286-6.
8. Zelissen PM, Stricker BH. Severe priapism as a complication of testosterone substitution therapy. The American Journal of Medicine. 1988; 85(2): 273–274. ISSN 0002-9343.
9. Zargooshi J. Priapism as a complication of high dose testosterone therapy in a man with hypogonadism. The Journal of urology. 2000; 163(3): 907. ISSN 1527-3792. doi:10.1016/s0022-5347(05)67836-6.