

Penisimplantat ved ereksjonssvikt

Sammendrag

Moderne medikamentell behandling kan hjelpe en del menn med organisk betinget ereksjonssvikt til normal funksjon og seksuelt samliv. En liten andel som ikke har tilstrekkelig effekt av medikamentell behandling, har et meget sterkt ønske om å kunne få ereksjon og å kunne gjennomføre samleie. Hos disse pasientene kan det være aktuelt å tilby innsetting av et ekspanderbart penisimplantat. I denne artikkelen beskrives indikasjoner, teknikk og resultater.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Interessekonflikter: Ingen

Alexander Schultz

alexander.schultz@rikshospitalet.no

Hans Hedlund

Trygve Talseth

Urologisk seksjon
Kirurgisk avdeling
Rikshospitalet
0027 Oslo

Siden papaverin ble lansert som ereksjonsstimulerende stoff i 1982 (1), er det utført omfattende forskning innenfor ereksjonsfysiologi, patoanatomi og patofysiologi ved organisk betinget erektil dysfunksjon. Forståelse av virkningsmekanismene har ført til utviklingen av en rekke farmakologiske behandlingsmuligheter. Med dagens medikamenter, som kan brukes oralt, intraurethralt eller intrakavernøst, vil en meget stor del menn med erektil dysfunksjon kunne hjelpes effektivt.

Hos en mindre gruppe er medikamentell behandling ikke tilstrekkelig. Blant disse mennene er det en del som har et stort ønske om å kunne fungere godt seksuelt i et parforhold. Det å kunne gjennomføre et samleie er viktig for deres livskvalitet. For disse pasientene kan innsetting av penisimplantat være en god løsning.

Kirurgisk behandling med innsetting av fremmedlegeme i penis har vært forsøkt siden 1936 da Bogoras beskrev bruken av ribbeinsbrusk i rekonstruksjon av penis (2). De første implantatene som gav godt funksjonelt resultat med lav komplikasjonsfrekvens, ble utviklet i begynnelsen av 1970-årene og var av to typer. Statistiske implantater er to silikonstaver med en bøyelig metallkjerne til implantasjon i de to corpora cavernosae (3). Scott-protesen består av to sylindere som kan fylles fra et reservoar i bukhulen slik at man kan skifte mellom rigid og avslappet penis (4). Den siste modellen hadde de første årene mange tekniske problemer, men ble etter hvert modifisert til et meget velfungerende og pålitelig implantat.

I Norge ble det av økonomiske grunner lenge benyttet semirigide stavimplantater. Men de ekspanderbare protesene har så mange fordeler at det nå stort sett bare opereres inn denne typen. Disse operasjonene gjøres i dag rutinemessig ved Rikshospitalet.

Utredning

Før det overveies å sette inn et implantat på en mann med erektil dysfunksjon, må alle relevante medikamentelle behandlingsmetoder være prøvd. Det vil si både orale medikamenter som sildenafil (Viagra) og apomorfin (Uprima) og intrakavernøse injeksjoner med prostaglandin (Caverject) og papaverin-fentolamin. De som eventuelt har nytte av vasoaktive aminer, men som ikke makter å bruke injeksjoner, bør ha forsøkt intraurethral prostaglandin (Bondil).

Det må også være et sterkt ønske fra pasienten om å gjenvinne evnen til å oppnå rigiditet og å kunne gjennomføre samleie. Det er viktig at pasienten er fullt informert om hva operasjonen innebærer og hva han kan vente å oppnå. Best funksjonelt resultat får man hos menn som lever i et velfungerende parforhold og der begge parter savner å kunne ha samleie.

Å sette aldersgrenser eller faste begrensninger i forhold til andre funksjonsforstyrrelser er vanskelig. Det er så store individuelle variasjoner i hvilke behov og savn pasientene med erektil dysfunksjon lider under, at det alltid vil være behov for en grundig samtale for å avklare om et implantat vil være en god løsning.

Utføring av inngrepet

Operasjonen foregår i spinalanestesi eller i narkose, og pasienten er oftest innlagt i to til tre dager.

Ved operasjonen blir det kavernøse vevet i corpora cavernosae erstattet av to ekspanderbare sylindere. Man legger et snitt på undersiden av penis helt inne ved roten og åpner tunica albuginea, den faste membranen som omgir corpus. Med metallsonder i økende diameter blokker lumen opp slik at det kan settes inn en sylinder i hver corpus. Når sylindere er helt fylt opp med væske, vil den ekspandere tunica så meget som det er mulig. Derved oppnås en rigid ereksjon med tilnærmet normal kaliber av penis. Sylindere er koblet til et væskereservoar som legges inn preperitonealt i det paravesikale fett. Mellom sylindere og reservoaret er det plassert en liten pumpe, på størrelse med en valnøtt. Pumpen legges ned i pungen hvor den er lett tilgjengelig (fig 1, 2). Når det er ønskelig med ereksjon, presses pumpen sammen gjentatte ganger og derved føres væsken fra reservoaret over i sylindere. Etter bruk presses basis av pumpen sammen, og væsken kan da trykkes fra sylindrene tilbake til reservoaret ved å klemme sammen rundt penis.

Etter operasjonen er det oftest en del ødem i scrotum der pumpen er lagt ned, og suggilasjoner og misfarging i operasjonsområdet er vanlig.

Det gis antibiotika i forbindelse med operasjonen og de første fire dagene etter.

Oppfølging

Pasientene utskrives etter et par dager og får hudsuturene fjernet på hjemstedet. De utskrives med instruks om å forsøke å bruke

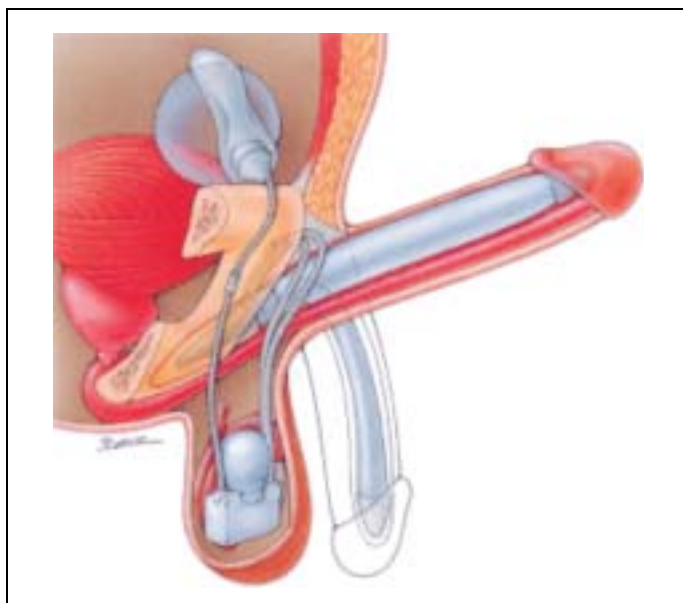


Fakta

- Erektile dysfunksjon er en alvorlig belastning, som medfører redusert seksualitet, belastet samliv og nedsatt selvfølelse
- En del menn med organisk betinget erektil dysfunksjon kan ikke hjelpes med oral eller intrakavernøs medikasjon
- Innsetting av et funksjonelt penisimplantat gir godt resultat hos de aller fleste som blir operert
- Hos en utvalgt gruppe som ikke kan hjelpes med medisinsk behandling, er det indisert å tilby innsetting av et penisimplantat



Figur 1 American Medical System 700 penisimplantat. Implantatet består av to ekspanderbare sylindere (som settes inn i corpora cavernosae), en pumpe (som legges inn i scrotum) og et reservoar (som plasseres preperitonealt ved blæren)



Figur 2 Slik er implantatet plassert i pasienten. Figurene er gjengitt med tillatelse: AMS 700™ Penile Prosthesis, Courtesy of American Medical Systems, Inc., Minnetonka, Minnesota, www.AmericanMedicalSystems.com

pumpen for å fylle sylindrene en gang om dagen, så snart det ikke er for meget ødem og ømhet. De får også utlevert skriftlig informasjon med tegninger som viser hvordan implantatet er plassert og hvordan det fungerer. De kommer tilbake poliklinisk etter fire uker for å lære å bruke implantatet og for vurdering av om forholdene er normalisert så meget at de kan ha samleie. Etter dette oppfordres pasienten til primært å ta kontakt med egen lege hvis det oppstår noen problemer.

Det er en viss risiko for komplikasjoner, som ved all annen kirurgi av denne typen (5): Den alvorligste komplikasjonen er infeksjon eller erosjon som gjør det nødvendig å fjerne sylindrene, noe som inntreffer hos et par prosent. Ettersom det kavernøse vevet er ødelagt ved innsettingen av protesen, vil det ofte føre til en enda dårligere situasjon for pasienten enn før operasjonen. I enkelte tilfeller kan det lykkes å sette inn et nytt implantat når infek-

sjonen er sanert. Det forekommer fortsatt tekniske komplikasjoner og funksjonssvikt ved protesen hos noen. Etter gjennomsnittlig fire år vil ca. 10% ha vært igjennom en kirurgisk revisjon som nesten alltid fører til normal funksjon av implantatet.

Resultater

Erfaringer fra større materialer med implantasjon av AMS700 viser at ca. 85% av pasientene er meget fornøyd med resultatet (5). Ca. 75% av pasientenes partnere synes at penis er stor nok og fungerer tilfredsstillende etter operasjonen. Og over 50% av partnerne synes at deres ikke-seksuelle relasjon er blitt bedret etter operasjonen (5). Egne erfaringer er i overensstemmelse med dette (6).

Konklusjon

Menn med organisk betinget ereksjonssvikt som ikke kan oppnå rigid ereksjon med

medikamentell behandling, kan hjelpes effektivt ved innsetting av et ekspanderbart penisimplantat i corpora cavernosae.

Litteratur

1. Virag R. Intracavernous injection of papaverine for erectile failure. *Lancet* 1982; 2: 938.
2. Bogoras NA. Über die volle plastische Wiederherstellung eines zum Coitus fähigen Penis. *Zentralbl Ir* 1936; 63: 1271.
3. Small MP, Carrion HM, Gordon JA. Small-Carrion penile prosthesis: new implant for management of impotence. *Urology* 1975; 5: 479.
4. Scott FB, Bradley WE, Timm GW. Management of erectile impotence – use of implantable inflatable prosthesis. *Urology* 1973; 2: 80.
5. Holloway FB, Farah RN. Intermediate term assessment of the reliability, function and patient satisfaction with the AMS700 Ultrex penile prosthesis. *J Urol* 1997; 157: 1687.
6. Tønseth KA, Talseth T, Schultz A, Hedlund H. Behandling av erektil dysfunksjon med penisimplantat. Abstrakt nr. 70. Oslo: Norske kirurgiske foreningers vitenskapelige forhandlinger, 2002.