

ANDROLOGIA HOJE

Revista oficial da Sociedade Portuguesa de Andrologia,
Medicina Sexual e Reprodução (SPA)

EDIÇÃO ESPECIAL DO XV CONGRESSO NACIONAL/
/XI REUNIÃO IBÉRICA DE ANDROLOGIA,
MEDICINA SEXUAL E REPRODUÇÃO



A MARCA DA MULTIDISCIPLINARIDADE

A Andrologia e a Medicina Sexual vivem do contributo de diversas especialidades e essa colaboração marcou o XV Congresso Nacional/XI Reunião Ibérica de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução, que decorreu no Carvoeiro, de 3 a 5 de junho passado. A multidisciplinaridade ficou bem expressa no painel de presidentes que compareceram na sessão de abertura (na foto): Dr. Luís Abranches Monteiro (Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia), Dr.^a Ana Puigvert (Asociación Iberoamericana de Sociedades Andrológicas), Dr. Pepe Cardoso (Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução - SPA), Prof. Arnaldo Figueiredo (Associação Portuguesa de Urologia), Dr. Rafael Prieto (Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva), Prof.^a Sandra Vilarinho (Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica) e Prof. Pedro Vendeira (vice-presidente da SPA e presidente do Comité Educacional da European Society for Sexual Medicine).

➤ Pág.7

Em entrevista, o Prof. Mikkel Fode aborda os protocolos terapêuticos na reabilitação peniana após cirurgia do carcinoma da próstata



➤ Pág.8 e 14

A abordagem médica e cirúrgica da disfunção erétil, com destaque para o novo tratamento com ondas de choque, foi um tema forte neste Congresso

➤ Pág.16

O Dr. Bruno Jorge Pereira reflete sobre a preservação da fertilidade nos doentes oncológicos, um aspeto que necessita de mais atenção

VII CONGRESSO ANDRO (ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE SOCIEDADES ANDROLÓGICAS)

3 a 5 de dezembro de 2016 | Lisboa



DATA	EVENTO	LOCAL	+INFO.
SETEMBRO			
4	Dia Mundial da Saúde Sexual	Vários	worldsexology.org
15 e 16	Uro Up 2016: The Global Prostate Cancer Meeting	Madrid, Espanha	uroup.com
16 e 17	2.º Encontro Científico da Associação Portuguesa de Urologia (APU)	Curia Palace Hotel	apurologia.pt
22 a 25	20 th World Meeting on Sexual Medicine	Pequim, China	wmsm.org
22 e 23	I Simpósio «Diabetesidade e Fertilidade»	Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e Faculdade de Farmácia da Universidade do Porto	obesityinfertility.wix.com
OUTUBRO			
1	1.ªs Jornadas de Medicina Sexual	Fundação Dr. António Cupertino de Miranda	hospitaldaluz.pt
4 a 11	XXXV Congreso de la Confederación Americana de Urología	Cidade do Panamá	Caupanama2016.org
7	Erectile Dysfunction Symposium	Serviço de Urologia do Hospital das Forças Armadas, Lisboa	admedic.pt
20 a 23	36 th Congress of the Société Internationale d'Urologie (SIU)	Buenos Aires, Argentina	siu-urology.org
21 a 23	ISSWSH (International Society for the Study of Women's Sexual Health) Fall Course 2016	Scottsdale, EUA	isswshcourse.org
28 a 30	XIV Simpósio da APU 2016	Centro de Congressos de Troia	apurologia.pt
NOVEMBRO			
10 a 12	XII Congresso Nacional de Psiquiatria	Hotel Tivoli Marina Vilamoura	sppsm.org
11 e 12	186.ª Reunião da Sociedade Portuguesa de Ginecologia	Lagoas Park Hotel, em Oeiras	spginecologia.pt
18 a 20	VI Módulo da Academia de Urologia	Hotel Villa Batalha	academia.apurologia.pt
DEZEMBRO			
3 a 5	VII Congresso ANDRO (Asociación Iberoamericana de Sociedades Andrológicas)	Lisboa	spandrologia.pt
11 e 12	1.º Encontro Nacional de Sexologia em Pediatria	Hospital Pediátrico de Coimbra	sexologiapediatrica.wix.com

O LUGAR DA ANDROLOGIA NA ACTUALIDADE

Aceitei com muito gosto o convite para escrever o editorial de mais um número da *Andrologia Hoje*, que surgiu no dia em que tive o privilégio de integrar a mesa da sessão de abertura do XV Congresso da Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA). A Andrologia - «disciplina médica dedicada ao estudo e tratamento das alterações das funções reprodutora e sexual no homem», como se lê na página electrónica da SPA - é, reconhecidamente, uma área multidisciplinar, ligando Endocrinologia, Ginecologia, Genética, Psiquiatria, Urologia, etc., algo que se pôde constatar neste Congresso Nacional.

Mas o envolvimento destas diversas áreas não é igual. Dito de outra forma, todos os urologistas se identificam como «andrologistas», no sentido em que vêem o «estudo e o tratamento das alterações das funções reprodutora e sexual no homem» como parte integrante da sua especialidade. No entanto, só uma franja dos endocrinologistas, geneticistas, ginecologistas, etc. sente esta área como sua. Esta constatação não retira, evidentemente, identidade à Andrologia enquanto área específica do saber da Urologia - poderei então dizê-lo.

Claro está que, se assim o quisermos, poderemos confundir a definição da área de interesse da Andrologia ao, por exemplo, perguntarmos se a uretra é uma estrutura do aparelho urinário ou do reprodutor, ou se a hiperplasia da próstata é uma patologia «andrológica». Não creio que o queiramos. O que todos reconhecemos é que os importantes avanços verificados na abordagem das disfunções sexuais, que não se resumem evidentemente à disfunção eréctil, ou da infertilidade, para referir apenas estas, justificam, cada vez mais, uma dedicação especializada.

A Andrologia tem particularidades diversas, entre elas a de se debruçar sobre funções essenciais à sobrevivência do grupo (sem reprodução não há vida), mas sem relevo para a sobrevivência do indivíduo. Mas viver e sobreviver não é a mesma coisa, todos sabemos. E a sexualidade é um dos aspectos essenciais na vida de



cada um, bem como a reprodução, pelo menos para a maioria, não parecendo, contudo, ser prioritária para muitos. Faço esta afirmação sustentado na muito baixa taxa de fecundidade verificada nos países ditos «desenvolvidos» (com Portugal em preocupante destaque nesta matéria).

O aumento continuado da população global faz-se «à custa» dos países «em desenvolvimento». Como noutros aspectos da vida, o que uns têm a mais, outros têm a menos. Mas esta baixa fecundidade é fruto de opções individuais que privilegiam outros objectivos de vida - «liberdade» sem filhos, disponibilidade para progressão na carreira, aproveitar o dinheiro para fins que não passam por sustentar outros, etc.

Poder-se-á perguntar, neste mundo global em que a falta de recursos laborais de alguns países promove a migração para outros, se aqui se justifica o investimento no estudo da infertilidade e nas técnicas de reprodução medicamente assistida, face à possibilidade de adopção. É uma pergunta retórica. Se é certo que a necessidade de perpetuar o grupo é o determinante biológico fundamental do instinto reprodutor; numa perspectiva de realização pessoal, «ter um filho» (biológico ou adoptado) está também muito antes do que «reescrever um livro e plantar uma árvore». E, também aqui, haver quem saiba muito de Andrologia pode ser uma grande ajuda.

Escrito em desacordo com o «acordo».

ARNALDO FIGUEIREDO
Presidente da Associação Portuguesa de Urologia

POSTS

5. Investigação liderada pelo Prof. Nuno Tomada venceu Prémio Professor Alexandre Moreira

DIÁLOGOS

6. Entrevista com o Prof. Pedro Venda, presidente do Comité Educacional da ESSM

7. Prof. Mikkel Fode fala sobre protocolos de reabilitação peniana após prostatectomia radical

REPORTANDRO

8. Cursos de infertilidade e de ondas de choque no tratamento da disfunção erétil

ENCONTROS

10. Novidades em saúde e contraceção masculina

11. Distúrbios do orgasmo e disfunções sexuais femininas

12. Avanços terapêuticos na doença de Peyronie

13. Abordagem das urgências mais comuns em Andrologia

15. *Update* em infeções sexualmente transmissíveis

CRÓNICA

16. O Dr. Bruno Jorge Pereira escreve sobre oncofertilidade

OFF LABOUR

18. Outros instantes do XV Congresso Nacional/XI Reunião Ibérica de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução

CORPOS DIRETIVOS DA SPA (2015/2016)

CONSELHO DIRETIVO

Presidente: A. J. Pepe Cardoso

Vice-presidente: Pedro Venda

Secretário-geral: Fortunato Barros

Tesoureiro: António Campos

Vogais: Nuno Louro, Artur Palmas e Carla Costa

CONSELHO FISCAL

Presidente: Luís Ferraz

Vogais: Bruno Pereira e Pedro Eufrásio

ASSEMBLEIA-GERAL

Presidente: José La Fuente de Carvalho

Vice-presidente: Nuno Tomada

Secretário: Bruno Graça

CONSELHO CONSULTIVO

Alberto Galvão-Teles, Adriano Pimenta, Nuno Monteiro Pereira, José La Fuente de Carvalho e Jorge Rocha Mendes

SPA CORTA RELAÇÕES COM SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

A Sociedade Portuguesa de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução (SPA) cessou as relações institucionais que mantinha com a Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR), esperando que, «num futuro que se pretende próximo, uma nova Direção permita um retomar das mesmas, a bem da população que destas sociedades espera o seu melhor contributo». Na base desta decisão unânime entre os elementos da Direção da SPA está a «indignação pelo facto de, ao contrário do que seria desejável, as solicitações de colaboração serem sistematicamente ignoradas pela SPMR».

A SPA tem tentado criar sinergias com a SPMR, de modo a permitir «a elaboração de consensos tão necessários à “regulamentação” da infertilidade em todas as suas vertentes». Esta tentativa de cooperação consubstanciou-se em convites para os eventos que organiza (*workshops*, simpósios, cursos e congresso nacional),

para abordar temas relacionados com a infertilidade, dando-lhes também visibilidade nesta revista *Andrologia Hoje* e «considerando que esta seria a forma correta de cimentar uma parceria tão necessária entre ambas as sociedades».

Pelo contrário, a SPMR tem «ignorado e excluído a SPA e a Andrologia em todas as suas reuniões e eventos», mostrando que a colaboração entre ambas as entidades, «infelizmente, foi de sentido único». Exemplos desta falta de cooperação foram, segundo a SPA, o programa do último Congresso da SPMR e a elaboração do documento «Recomendações de Preservação da Fertilidade do Doente Oncológico», iniciativa que envolveu outras sociedades científicas, em detrimento da SPA. «Embora, à *posteriori* e numa prova de boa colaboração institucional, a SPA tenha efetuado uma revisão exaustiva deste documento e elaborado recomendações, estas não foram tidas em conta»,

pode ler-se na carta assinada pela Direção da SPA e enviada à atual presidente da SPMR, Prof.^a Teresa Almeida Santos. Após o envio desta carta, as recomendações acabariam por ser aceites, através da mediação da Sociedade Portuguesa de Oncologia, considerando-se importante que o parecer da SPA constasse naquele documento.

EVENTOS COM O PATROCÍNIO CIENTÍFICO DA SPA

I Simpósio «Diabesidade e Fertilidade» | Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto | **22 e 23 de setembro de 2016**

1.ª Jornadas de Medicina Sexual | Fundação Cupertino de Miranda, no Porto | **1 de outubro de 2016**

Erectile Dysfunction Symposium | Hospital das Forças Armadas, em Lisboa | **7 de outubro de 2016**

DESMENTIDO DA NOTÍCIA SOBRE APOIOS DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

No dia 1 de junho, o *Jornal de Notícias (JN)* publicou um texto intitulado «Indústria dá 160 milhões a médicos e entidades», no qual foi referido que a SPA recebera 1,28 milhões de euros pelo desenvolvimento da Campanha Nacional de Sensibilização e Divulgação das Disfunções Sexuais. Em carta enviada ao diretor do *JN*, o presidente da SPA, Dr. Pepe Cardoso, esclarece que «não foi pago ou entregue pela A. Menarini à SPA qualquer valor – pelo contrário, o apoio financeiro desta empresa à campanha consubstanciou-se

no pagamento direto aos fornecedores pelos custos dos serviços prestados».

Por outro lado, Pepe Cardoso esclarece que «o valor mencionado reporta-se não ao ano de 2016, mas sim à soma dos anos de 2013, 2014 e 2015, durante os quais, com maior ou menor intensidade, a campanha tem sido mantida». O presidente da SPA refere também que, de acordo com a legislação em vigor, todos os apoios foram comunicados por ambas as entidades ao Infarmed na sua página eletrónica. E salienta «a enorme importância

destas campanhas educativas na área da Saúde, que seriam totalmente impossíveis sem o apoio e o contributo da indústria». «As campanhas e a divulgação que os *media* têm dado às patologias que afetam a saúde sexual e às possibilidades existentes para o seu tratamento têm contribuído significativamente para um maior grau de informação e ajudado a população a falar abertamente sobre estas doenças, recorrendo ao médico com maior facilidade e melhorando a sua qualidade de vida», conclui Pepe Cardoso.

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE:



Apartado 14137 EC, Av. 5 de Outubro, 1064-002 Lisboa • Tel.: (+351) 912 611 658
spandro.sec@gmail.com
www.spandrologia.pt
f SPAndrologia
Diretor: A. J. Pepe Cardoso
Editor: Fortunato Barros

EDIÇÃO:



Campo Grande, n.º 56, 8.º B • 1700 - 093 Lisboa
Tel.: (+351) 219 172 815 • Fax: (+351) 218 155 107
geral@esferadasideias.pt • www.esferadasideias.pt
f EsferaDasIdeiasLda
Direção: Madalena Barbosa (mbarbosa@esferadasideias.pt)
Marketing e Publicidade: Ricardo Pereira (rpereira@esferadasideias.pt)
Coordenação: Luís Garcia (lgarcia@esferadasideias.pt)
Redação: Ana Luísa Pereira, João Xará, Luís Garcia, Marisa Teixeira e Sandra Diogo • Fotografia: Rui Jorge • Design/paginação: Susana Vale

PATROCINADORES DESTA EDIÇÃO:



Depósito Legal: 374560/14

Publicação isenta de registo na ERC, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 8/99, de 6 de junho, artigo 12.º, 1.ª alínea

NUNO TOMADA VENCEU PRÉMIO ALEXANDRE MOREIRA



Joaquim Ferreira (representante da Bayer), Prof. Nuno Tomada, Dr. Pepe Cardoso (presidente da SPA) e Prof. Pedro Vendeira (vice-presidente da SPA)

O projeto de investigação «*Identification of new genetic factors underlying severe defects in sperm formation*», que tem como autor principal o Prof. Nuno Tomada, urologista e responsável pela Unidade de Medicina Sexual do Centro Hospitalar de São João (CHSJ), no Porto, foi o vencedor do Prémio Professor Alexandre Moreira 2014-2015. Além do CHSJ, o trabalho envolve investigadores

da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e do Departamento de Fisiologia, Desenvolvimento e Neurociência da Universidade de Cambridge, no Reino Unido. O prémio, no valor de 10 mil euros, foi patrocinado pela Bayer.

Na entrega do prémio, que aconteceu no jantar do XV Congresso da SPA, na noite de 4 de junho, o presidente da SPA, Dr. Pepe Cardoso, anunciou a nova edição (2016-2017), no valor de 5 mil euros. «Perdemos o apoio da Bayer, mas não deixámos cair este prémio e temos a esperança de, até 2017, conseguir o patrocínio necessário para fazer um *upgrade* ao valor, tão necessário à investigação nacional carente de apoios», referiu.

Neste Congresso, foi também anunciada a criação da Bolsa de Estudo Dr. António Requixa. Com o apoio da Jaba Recordati, esta bolsa anual permitirá a um sócio da SPA frequentar a ESSM School of Sexual Medicine, que decorre todos os anos em Budapeste, durante dez dias. A data-limite para a entrega das candidaturas da primeira edição é o dia 30 de junho de 2017.

VINHO, SAÚDE, AMOR E SEXO EM LIVRO



O Dr. José Luis Arrondo apresentou o seu novo livro no XV Congresso da SPA, na companhia do Dr. Pepe Cardoso

Prestar homenagem a uma bebida demasiado demonizada, mas que faz parte da cultura ocidental e da dieta mediterrânica é o objetivo do livro *Vino*,

salud, amor y sexo, que foi apresentado no XV Congresso da SPA. Segundo o autor, Dr. José Luis Arrondo, andrologista no Hospital de Navarra, em Espanha, «o vinho foi culpabilizado por bebedeiras e violência, metido “no mesmo saco” de bebidas com um grau alcoólico muito maior, mas é um aspeto central da cultura de muitas zonas do mundo».

Lançado em novembro de 2015 e disponível nas livrarias espanholas, este é o segundo livro de José Luis Arrondo dirigido ao grande público. Ao longo de 250 páginas, o autor responde às questões colocadas por uma jornalista que pretende saber mais sobre o mundo do vinho. Metade das receitas obtidas com as vendas da obra – que já superaram os 5 mil exemplares – destina-se a um projeto solidário na área da saúde, no Peru, desenvolvido pela organização *Médecus Mundi*.

UM IMPULSO À INVESTIGAÇÃO

Os prémios para os melhores trabalhos apresentados sob a forma de pósteres, comunicações orais e vídeos apresentados no XV Congresso da SPA (33, no total) foram entregues na sessão de encerramento, no dia 5 de junho.

PRÉMIOS:

Melhor Comunicação Oral

«Impacto na função sexual feminina após correção da incontinência urinária de esforço – estudo retrospectivo».

Autor principal: Dr. Alberto Silva (Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora).

Melhor Póster

«A referenciação para a Consulta de Andrologia – quem e como são referenciados?». **Autor principal:** Dr. José Carlos Santos (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental).

Melhor Vídeo

«Utilização de enxerto de Tachosil® por técnica autoadesiva na correção cirúrgica da doença de Peyronie». **Autor principal:** Dr. Pedro Miguel Baltazar (Centro Hospitalar de Lisboa Central e Fundació Puigvert, em Barcelona).

MENÇÕES HONROSAS:

Comunicação Oral

«Primeiros resultados de doentes submetidos a tratamento com ondas de choque de baixa intensidade (LI-ESWT): um estudo prospetivo». **Autor principal:** Dr. Pedro Costa (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho).

Comunicação Oral

«Ejaculação prematura em alunos universitários: caracterização e relação com as perturbações do humor». **Autor principal:** Dr. Isaac Campos Braga (Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António, Instituto de Investigação em Ciências da Vida e da Saúde e Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, em Braga).

Póster

«Fratura do pénis com rutura bilateral dos corpos cavernosos e laceração completa da uretra – à segunda não é de vez». **Autora principal:** Dr.^a Raquel Rodrigues (Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho).

Póster

«Disfunção erétil por prolactinoma – a propósito de um caso». **Autor principal:** Dr. Gil Falcão (Centro Hospitalar de Lisboa Central).



«O NÍVEL DE EDUCAÇÃO EM MEDICINA SEXUAL É DE 15, NUMA ESCALA DE 0 A 100»

Eleito presidente do Comité Educacional da European Society for Sexual Medicine (ESSM) em fevereiro deste ano, o Prof. Pedro Vendeira considera que há ainda um caminho muito longo a percorrer no que respeita à educação sexual da população e à prática da Medicina Sexual na atividade clínica diária. Para isso, é preciso que os próprios médicos tenham formação adequada nesta área, o que ainda não se verifica na maioria dos casos, na opinião do também vice-presidente da SPA.

LUÍS GARCIA

todas as vertentes da Medicina Sexual e da Sexologia Clínica. Criam-se laços entre os alunos que, mais tarde, acabam por difundir este tipo de formação e por aplicar o que aprenderam.

Como descreve o estado atual da educação em Medicina Sexual?

Embora estejamos muito melhor do que há algum tempo, diria que, numa escala de 0 a 100, estamos no nível 15. Falta muita coisa, a começar pelo mais básico: os currículos de Educação Sexual nas escolas, por exemplo, são manifestamente insuficientes e desenquadrados com a realidade atual. Da mesma forma, o ensino pré e pós-graduado em Medicina Sexual deixam muito a desejar, sendo necessário um grande esforço de desenvolvimento a curto e médio prazos.

Os profissionais de saúde estão preparados para melhorar o nível de conhecimento nesta área?

O que se aprende sobre Medicina Sexual na faculdade é quase igual a zero, pelo que é a esse nível que temos de trabalhar. O interesse na área existe e a procura de formação específica é grande e continua a aumentar. De qualquer modo, houve grandes avanços nos últimos anos, como a ESSM School of Sexual Medicine, o curso pré-congresso para certificação e a criação de dois manuais pelos membros do Comité Educacional da ESSM, com o apoio da European Federation of Sexology, que constituem uma base muito sólida para quem quer aperfeiçoar os seus conhecimentos nesta área. No entanto, ainda há um longo caminho a percorrer.

MEMBROS DO COMITÉ EDUCACIONAL DA ESSM

- **Prof. Pedro Vendeira, Portugal** (Urologia)
- **Dr. Giovanni Corona, Itália** (Endocrinologia)
- **Prof.ª Carla Costa, Portugal** (Biologia Humana - ciência básica)
- **Dr. Natalio Cruz, Espanha** (Urologia)
- **Dr. Giulio Garaffa, Reino Unido** (Urologia)
- **Prof.ª Evie Kirana, Grécia** (Psicologia)
- **Prof. Lior Lowenstein, Israel** (Ginecologia)
- **Prof. Timo Ole Nieder, Alemanha** (Psicologia)
- **Prof. Hartmut Porst, Alemanha** (Urologia)
- **Dr. Yacov Reisman, Holanda** (Urologia)
- **Dr. Gideon Sartorius, Suíça** (Ginecologia)
- **Dr.ª Francesca Tripodi, Itália** (Psicologia)
- **Prof. Michael Zitzmann, Alemanha** (Endocrinologia)

O que falta fazer no âmbito da educação e da formação?

Muita coisa! Nos programas científicos dos congressos, precisamos de integrar os avanços científicos com o conhecimento básico e prático. Vamos começar a organizar um curso de *update* que decorrerá um dia antes de cada congresso da ESSM, no qual se irá cruzar a Medicina baseada na evidência com a experiência prática dos médicos que se dedicam a esta área no dia-a-dia. Outro projeto futuro é a aposta no *e-learning*, para transmitir os conhecimentos de forma contínua, mesmo à distância. 🌐

Que responsabilidades tem o Comité Educacional da ESSM?

A ESSM dedica-se a todos os aspetos do diagnóstico e do tratamento das disfunções sexuais e tem duas vertentes fundamentais: a científica, que se concentra sobretudo na organização do congresso anual, incluindo a divulgação das inovações científicas mais importantes na área, e a educacional, que procura criar plataformas de ensino para os profissionais (desde educação sexual até cursos de *update* e formação mais específica). O Comité Educacional tem 13 elementos, [ver caixa] integrando urologistas, ginecologistas, endocrinologistas, psiquiatras e psicólogos, entre outros profissionais. Estes elementos reúnem-se regularmente para definir os cursos educacionais mais importantes e necessários a realizar, os *workshops* integrados nos congressos, os cursos ABC (para quem está a iniciar esta atividade) e o curso pré-congresso de preparação para o Exame de Certificação em Medicina Sexual.

Outro ponto alto da atividade anual da ESSM é a School of Sexual Medicine...

Sim e essa é «a menina dos olhos» do Comité Educacional. Este curso intensivo de dez dias, com uma média de 30 inscritos por edição, decorre anualmente em outubro, na cidade de Budapeste. A formação é dada pelos melhores *experts* europeus e mundiais nesta área e cobre

«FALTA EVIDÊNCIA CLÍNICA SOBRE A REABILITAÇÃO PENIANA»

O Prof. Mikkel Fode, urologista no Hospital Roskilde, na Dinamarca, foi o convidado do XV Congresso da SPA que veio de mais longe, para fazer uma intervenção sobre protocolos terapêuticos na reabilitação peniana após cirurgia do carcinoma da próstata. Em entrevista, este *expert* destacou que são necessários mais estudos de qualidade para perceber as vantagens dos tratamentos disponíveis, de forma a uniformizar a prática clínica.

LUÍS GARCIA

Qual a utilidade da reabilitação peniana após cirurgia do carcinoma da próstata?

Durante uma prostatectomia radical, tentamos preservar os nervos, mas eles acabam por ser afetados e não funcionam, no mínimo, até um ano após a cirurgia. Neste período de tempo, o homem não consegue ter ereções e, conseqüentemente, o tecido do pênis não recebe oxigénio suficiente. A ideia da reabilitação peniana é levar esse oxigénio ao tecido do pênis durante algum tempo.

Quais os protocolos terapêuticos existentes atualmente?

O primeiro foi desenvolvido em Itália, no ano de 1997, e consiste em injeções de alprostadil três vezes por semana. A segunda opção estudada em ensaios com humanos foram os inibidores da fosfodiesterase-5 [PDE-5, na sigla em inglês] tomados diariamente, antes de dormir. Aqui, a ideia é que o doente tenha ereções noturnas que permitam levar oxigénio ao pênis e protejam os tecidos. O terceiro protocolo consiste nos dispositivos de ereção por vácuo, que puxam o sangue venoso para o pênis. Finalmente, surgiu o alprostadil intrauretral.

Há consenso quanto ao tratamento preferível?

Não. A maioria dos especialistas concorda que se deve começar a reabilitação o mais cedo possível após a prostatectomia radical, mas não há acordo quanto ao protocolo. Cada um faz uma intervenção diferente.

Que evidência existe relativamente a estes tratamentos?

Há muitas opiniões e estudos de baixa qualidade. Temos apenas um ensaio randomizado com as injeções de alprostadil,

envolvendo 12 doentes que tinham de se autoinjetar. Talvez por isso, o estudo não tivesse sido repetido, passados 20 anos. Quanto aos inibidores da PDE-5, foram levados a cabo quatro ensaios randomizados e controlados muito bons, três dos quais mostraram que a terapêutica não tinha qualquer efeito. Relativamente ao dispositivo por vácuo, realizaram-se dois ensaios randomizados, que também não demonstraram benefícios. Quanto ao alprostadil intrauretral, ainda não existem bons ensaios. Portanto, dispomos de pouca evidência clínica e a que temos não mostra qualquer efeito destes protocolos de reabilitação peniana.

Quais os desafios na reabilitação sexual após prostatectomia radical?

Neste momento, não somos capazes de garantir que a grande maioria dos homens mantenha a mesma função erétil após a cirurgia. Talvez o mais importante seja gerir as suas expectativas e termos como objetivo dar-lhes uma função satisfatória e não idêntica à que tinham antes da prostatectomia. Outro problema enorme é a falta de tempo nas consultas. Após o tratamento, tendemos a concentrar-nos no controlo do PSA, para ver se o cancro está bem tratado, e descuramos um pouco as questões relacionadas com a qualidade de vida do doente.

GERIR AS EXPECTATIVAS DOS DOENTES

Uma das investigações em que Mikkel Fode esteve envolvido incidiu sobre a função erétil de doentes sujeitos a prostatectomia radical a partir da perceção dos próprios. «A minha experiência clínica tem indicado que os doentes têm um olhar mais sombrio sobre a sua função sexual do que os questionários validados (que foram desenvolvidos para outro contexto) parecem mostrar. Por isso, perguntámos a 210 doentes se as suas ereções eram tão boas como antes da cirurgia e apenas 7% responderam que sim», refere o especialista dinamarquês. Perante este cenário, o urologista entende que é necessário ter particular cuidado na gestão das expectativas dos doentes que vão ser submetidos a prostatectomia radical.



Que novidades gostaria de ter, a médio prazo, no tratamento do carcinoma da próstata?

Um método que permitisse distinguir eficazmente o cancro da próstata perigoso do indolente. Penso que dificilmente surgirão grandes novidades neste âmbito, a curto prazo, mas tenho esperança de que as avaliações genética e molecular permitam, no futuro, identificar os doentes que precisam de ser tratados ativamente e os que podemos apenas vigiar. Provavelmente, é aceitável uma pessoa ficar com disfunção erétil e/ou incontinência urinária como consequência de um tratamento que lhe salvou a vida, mas, se esses problemas forem consequência de um tratamento de que não necessitava realmente, estamos perante uma tragédia. 🙏

FORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO DA INFERTILIDADE E DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

A infertilidade e o tratamento da disfunção erétil com ondas de choque foram os temas dos dois cursos pré-congresso, que decorreram no dia 3 de junho. À primeira ação formativa acorreram sobretudo internos de Urologia, ao passo que a segunda, apoiada pela Dornier MedTech, atraiu também a atenção de vários especialistas com interesse nesta técnica recente.

LUÍS GARCIA

CURSO DE INFERTILIDADE



A abrir esta ação de formação, o Dr. Vítor Oliveira, urologista no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, refletiu sobre a elevada incidência da infertilidade, que afeta atualmente cerca de 15% dos casais portugueses. «A tendência é para este número aumentar, não só porque cada vez há mais gente a adiar a gravidez, mas também devido a fatores ambientais associados ao estilo de vida ocidental (como a obesidade e o tabagismo,

entre outros) que prejudicam a qualidade da espermatogénese», referiu.

De seguida, foram abordados tópicos como a histórica clínica do doente, o exame físico e os meios complementares de diagnóstico na avaliação do homem infértil. O Dr. Nuno Louro, urologista no Centro Hospitalar do Porto/Hospital de Santo António e coordenador deste curso, focou o tratamento médico, e o Dr. Vítor Oliveira as técnicas cirúrgicas. «Embora não possa-

mos resolver todas as situações, há diagnósticos específicos no campo da Urologia, nos quais é possível operar e curar o doente, resolvendo a infertilidade. Um dos grandes avanços neste campo é a técnica de reconstrução dos canais deferentes com microcirurgia, que permitiu solucionar situações de azoospermia obstrutiva que eram impossíveis resolver anteriormente», explicou Vítor Oliveira.

No entanto, como frisou Nuno Louro, «a infertilidade não é do homem, é do casal». Por isso, a Dr.ª Joana Mesquita Guimarães, ginecologista no Porto, salientou a necessidade de tratar, em simultâneo, o homem e a mulher. Segundo esta especialista, que apresentou as técnicas de procriação medicamente assistida disponíveis, «a decisão do tratamento depende muitíssimo da idade da mulher e da sua capacidade de reserva ovárica».

CURSO DE ONDAS DE CHOQUE NO TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

Apesar de ser uma técnica recente, o tratamento da disfunção erétil (DE) com ondas de choque faz parte das opções de cada vez mais especialistas. Neste curso, três urologistas partilharam a sua experiência nesta área: Prof. Pedro Vendeira, responsável pelo Núcleo de Urologia da Clínica do Dragão-Porto; Dr. Natalio Cruz, diretor da Clínica Andromedi, em Sevilha; e Dr. Rafael Prieto, presidente da Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) - na foto, da esq. para a dta.

«Apesar de utilizarmos equipamentos diferentes, todos fazemos o mesmo e os resultados são muito bons, cada vez melhores», referiu Rafael Prieto. Os três oradores partilharam com a assistência alguns conselhos práticos: «Como qualquer

terapêutica, as ondas de choque não devem ser aplicadas a todos os doentes; a seleção é fundamental. Mas o que se está a comprovar é que não têm qualquer efeito secundário a longo prazo.»

Para Rafael Prieto, as vantagens desta técnica são claras: «Até agora, o que tínhamos era o tratamento sintomático. As ondas de choque parecem tratar a causa da DE do ponto de vista vascular, permitindo que o doente pare de tomar a medicação, que é cara e pode ser incómoda para alguns homens.» Este especialista, que trabalha no único hospital público de Espanha que dispõe de equipamento de ondas de choque (Hospital Reina Sofía, em Córdoba), lamenta que nem todos os doentes possam aceder a este tratamento. «Penso que, dentro de pouco tempo, será uma



abordagem generalizada. Já não se trata de uma técnica experimental, mas sim de um tratamento real para alguns doentes com DE, com muito bons resultados», concluiu Rafael Prieto. 📍



PUBLICIDADE

DESAFIOS DA SAÚDE MASCULINA



Dr. José Maria Aragüés, Dr. Pepe Cardoso (moderador), Dr. Rafael Prieto (moderador), Prof. Nuno Monteiro Pereira e Dr. Eduardo García-Cruz (da esq. para a dta.)

A utilização da testosterona, a sexualidade no homem idoso e a síndrome pós-finasterida foram alguns dos tópicos discutidos na primeira mesa-redonda do Congresso. «*Lifestyle*, função sexual e testosterona» foi o tema da intervenção do Dr. José Maria Aragüés, coordenador da Consulta de Andrologia do Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria. De acordo com o Dr. Rafael Prieto, moderador da sessão

e presidente da Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA), não há que ter medo de utilizar esta terapêutica. «A testosterona não é prejudicial e evita uma série de complicações cardiovasculares e a síndrome metabólica, que podem levar o doente a um acidente coronário ou outro problema sério», frisou.

O Prof. Nuno Monteiro Pereira, urologista no Hospital dos Lusíadas, em Lis-

boa, abordou a sexualidade no homem idoso, uma definição cada vez mais difícil de estabelecer, na opinião de Rafael Prieto. «Quando fazemos a distinção: aos 65, 70, 75, 80 anos? A sexualidade nasce e morre connosco, temos de tratar todo o tipo de doentes, independentemente da idade», sublinhou o moderador.

O Dr. Eduardo García-Cruz, urologista no Hospital Clínic de Barcelona, falou sobre a síndrome pós-finasterida. A este propósito, Rafael Prieto manifestou-se particularmente preocupado com os efeitos secundários (diminuição do desejo e pioria da ereção) da finasterida em homens jovens que a utilizam para o tratamento da alopecia androgénica. «Estes efeitos mantêm-se até pelo menos dois anos após a interrupção da medicação. Ainda não conhecemos bem a dimensão deste problema, mas é importante que um homem jovem que começa a tomar este tipo de fármaco saiba que ele pode ocorrer», referiu. **LUÍS GARCIA**

VELHOS E NOVOS MÉTODOS CONTRACETIVOS

«As promessas têm sido muitas, mas os resultados poucos no que respeita ao desenvolvimento de novos métodos de contraceção masculina», afirmou o Dr. Ferrán García, andrologista no Institut Marquès, em Barcelona, numa conferência dedicada ao tema, no dia 3 de junho. Os ensaios realizados nas últimas décadas demonstram que é possível desenvolver um anticoncetivo hormonal masculino - e a associação de testosterona e progestágenos parecia ser a mais prometedora. No entanto, «a falta de eficácia entre os múltiplos agentes e as modalidades de administração diversas, assim como a possível morbilidade, a curto e médio prazos, causaram a perda de interesse da indústria farmacêutica», frisou o especialista.

Segundo Ferrán García, «os métodos não hormonais, como os antagonistas do ácido retinoico, parecem prometedores, e os métodos de oclusão dos canais deferentes podem ser os mais próximos

da comercialização». Até lá, o preservativo e a vasectomia continuam a ser boas opções, apesar de alguns inquéritos indicarem que cerca de 60% dos homens veriam com bons olhos a hipótese de utilizarem um método diferente.

O Dr. Luís Ferraz, diretor do Serviço de Urologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho e presidente desta conferência, defendeu uma maior aposta na vasectomia, método que «considera todas as características de um anticoncetivo ideal, pois não interfere com as hormonas nem com a fase sexual, é económico, fácil de realizar, praticamente desprovido de complicações e tornou-se reversível, com taxas altíssimas de sucesso, superando esta que era a sua principal limitação».

O especialista português defendeu que deverá existir maior colaboração com a Medicina Geral e Familiar e a Ginecologia e Obstetrícia, as duas especialidades que podem encaminhar à Urologia os doen-



Drs. Luís Ferraz e Ferrán García

tes interessados num anticoncetivo definitivo. «Normalmente, quando o casal não quer ter (mais) filhos, quem vai à consulta é a mulher. Precisamos que os homens também sejam envolvidos e de fazer uma ampla divulgação da vasectomia», concluiu Luís Ferraz. **LUÍS GARCIA**

DISTÚRBIOS EJACULATÓRIOS E DO ORGASMO



Prof. Pedro Venda (moderador), Dr.ª Ana Puigvert, Prof.ª Sandra Vilarinho, Dr.ª Vânia Beliz, Dr.ª Lisa Vicente e Dr. José Luis Arrondo (moderador) – da esq. para a dta.

A multidisciplinaridade marcou a mesa-redonda que, no dia 3 de junho, discutiu os distúrbios ejaculatórios e do orgasmo do homem e da mulher. Duas psicólogas, uma ginecologista e uma andrologista trocaram pontos de vista complementares sobre o tema.

LUÍS GARCIA

Os distúrbios sexuais femininos começaram por ser comentados pela Dr.ª Vânia Beliz, psicóloga clínica e sexóloga em Lisboa, que falou sobre as diversas queixas apresentadas pelas mulheres que têm dificuldade em atingir o orgasmo, sublinhando o elevado grau de desconhecimento e alguns conceitos errados que influenciaram a forma como, ainda hoje, é vista a vagina. A esse propósito, num estudo coordenado pela oradora, envolvendo mais de 2 500 mulheres, 13% delas não identificaram qualquer das duas estruturas do clitóris consideradas corretas. No mesmo estudo, 59,3% das participantes afirmaram necessitar de estimulação adicional para atingir o orgasmo no coito. Como estratégias primordiais para

superar os distúrbios do orgasmo, Vânia Beliz defendeu um maior investimento na educação sexual, na terapia sexual e no apoio psicológico. A importância do clitóris também foi abordada pela Dr.ª Lisa Vicente, ginecologista em Lisboa, que apresentou uma perspetiva mais orgânica dos distúrbios sexuais da mulher. «Em vez de termos a eterna discussão sobre o ponto G, se calhar, deveríamos pensar no clitóris como uma estrutura muito mais volumosa, que envolve toda a vagina e a sua entrada», referiu esta oradora.

DISTÚRBIOS SEXUAIS MASCULINOS

A Prof.ª Sandra Vilarinho, sexóloga e terapeuta sexual no Porto, falou sobre os distúrbios do orgasmo no homem, sob o

ponto de vista da Psicologia. Segundo a também presidente da Sociedade Portuguesa de Sexologia Clínica, «os profissionais de saúde especializados dispõem hoje de ferramentas terapêuticas que permitem lidar eficazmente com as preocupações e problemáticas do homem, nomeadamente em termos de distúrbios do orgasmo».

Para esta oradora, dada a complexidade da sexualidade humana, são vantajosas as abordagens multidisciplinares que incluam as componentes médica, cognitivo-comportamental e sistémica na compreensão e intervenção clínica. Segundo Sandra Vilarinho, «a investigação tem demonstrado também que a associação do tratamento farmacológico com técnicas de psicoterapia pode ter resultados melhores e mais estáveis do que qualquer uma destas abordagens terapêuticas isoladamente».

Por sua vez, a Dr.ª Ana Puigvert, andrologista no Institut d'Andrologia i Medicina Sexual Pomerol & Puigvert (IANDROMS), em Barcelona, abordou sobretudo a anorgasmia masculina, que ainda é pouco estudada. «Altamente incómodo e angustiante», este problema é quase sempre multifatorial e surge agora com maior frequência, devido ao aumento da esperança de vida. Segundo esta especialista, são necessários estudos epidemiológicos para conhecer a incidência desta condição, os fatores de risco e as características dos doentes. Ana Puigvert exortou os colegas a «nunca atirarem a toalha ao chão» no tratamento da anorgasmia masculina, cuja abordagem deve sempre envolver as parceiras. Informar os doentes sobre as mudanças naturais na função sexual ao longo da vida foi outro dos conselhos da andrologista. 🧠

CLASSIFICAÇÃO E TRATAMENTO DAS DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS

As disfunções sexuais femininas foram aprofundadas numa outra mesa-redonda, que abriu o programa científico do dia 5 de junho. Nesta sessão, a Prof.ª Sandra Vilarinho dissertou acerca da epidemiologia e da classificação destes distúrbios, tocando aspetos como a distinção entre desejo e excitação ou a discrepância entre a excitação fisiológica e a subjetiva nas mulheres. Na mesma mesa, a Dr.ª Lisa Vicente falou sobre a abordagem terapêutica destas disfunções, desde os estrogénios, lubrificantes e hidratantes vaginais até à terapêutica hormonal e ao ospemifene. «A terapia sexual, a fisioterapia e as técnicas de relaxamento também devem fazer parte desta equação», sublinhou a ginecologista.



Prof.ª Sandra Vilarinho, Prof. Nuno Monteiro Pereira (moderador), Prof.ª Gabriela Moita (moderadora) e Dr.ª Lisa Vicente

NOVIDADES NA DOENÇA DE PEYRONIE

Os mais recentes desenvolvimentos terapêuticos para a doença de Peyronie foram o tema que abriu o segundo dia de Congresso. O Prof. Nuno Tomada, urologista e responsável pela Unidade de Medicina Sexual do Centro Hospitalar de São João, no Porto, fez uma intervenção focada nas novas técnicas cirúrgicas, com base numa apresentação preparada pelo Prof. Carlo Bettocchi, urologista no Hospital Universitário de Bari, em Itália, que não pôde estar presente. «Se o doente não sentir dor, a deformação for mínima e a função erétil satisfatória, a atitude indicada é a vigilância ativa. Nos casos que necessitam de intervenção, o tratamento farmacológico tem eficácia imprevisível, com sucesso em menos de 50% dos casos», indicou Nuno Tomada.


A cirurgia reconstrutiva está reservada para doentes com função erétil preservada e que queiram resolver a curvatura, mesmo que tenha pouca interferência na sua vida sexual. «Isto não é muito consensual, mas há doentes que beneficiam muito em fazer este tipo de correção», referiu Nuno Tomada. Homens com disfunção



erétil que respondam bem ao tratamento não cirúrgico também podem ser candidatos, acrescentou. A prótese peniana, com ou sem cirurgia reconstrutiva, está reservada para doentes com disfunção erétil e deformidades muito acentuadas.

O Dr. Juan Ignacio Martinez-Salamanca, especialista em Urologia e Saúde Sexual no Hospital Ruber Internacional e no Hospital de La Zarzuela, em Madrid, abordou as novas terapêuticas intralesionais. No cerne da sua intervenção esteve a colagenase do *Clostridium histolyticum*, uma terapêutica com indicação para doentes com função erétil estável e encurvação dorsal ou dorso-lateral e que, segundo o

especialista espanhol, não deve ser utilizada em pénis com encurvação lateral ou ventral. O orador partilhou conselhos sobre este procedimento, desde a dose a utilizar aos intervalos entre administrações, passando por uma série de dicas práticas decorrentes da sua experiência com 62 doentes desde janeiro de 2014.

Segundo Martinez-Salamanca, o tratamento da doença de Peyronie pode ser comprometido se a sua fisiopatologia não for bem compreendida. Na opinião deste especialista, a cirurgia continua a ser o tratamento *standard*, mas a terapêutica combinada pode ser a melhor abordagem atual.  **LUÍS GARCIA**

PAPEL DA DIABETES NA DISFUNÇÃO ERÉIL




A Prof.ª Carla Costa, investigadora no Departamento de Bioquímica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, apresentou, no dia 4 de junho, os mais recentes resultados do projeto «Disfunção erétil na diabetes - Qual o

papel das células progenitoras endoteliais na reparação vascular cavernosa?», que lhe valeu o Prémio Professor Alexandre Moreira 2012-2013. Esta investigação resultou já num primeiro artigo científico aceite para publicação no *Journal of Cellular Biochemistry*, intitulado «*Vasculogenesis and diabetic erectile dysfunction: how relevant is glycemic control?*».

Neste trabalho, que comparou ratinhos diabéticos sem qualquer medicação a outros tratados com insulina, além de um grupo de controlo com animais saudáveis, ficou patente uma redução de células progenitoras endoteliais na medula óssea diabética. «Verificou-se também uma diminuição da expressão de vários fatores muito importantes para a homeostasia vascular e o recrutamento de células progenitoras endoteliais no corpo cavernoso dos diabéticos, e que os efeitos da diabetes foram prevenidos pelo tratamento

com insulina», resumiu Carla Costa. A equipa está agora a tentar compreender melhor a ligação entre as células progenitoras endoteliais e a regeneração da vasculatura nos doentes com diabetes.

Para o Dr. Javier Angulo, biólogo e investigador no Hospital Ramón y Cajal, em Madrid, que presidiu a conferência de Carla Costa, este trabalho demonstra que, na diabetes, se produz «uma diminuição dos fatores angiogénicos que permitem a regeneração do endotélio vascular, fundamental no processo de ereção». Lembrando que a diabetes é a etiologia da disfunção erétil que mais problemas levanta no tratamento, dada a elevada percentagem de doentes que não respondem às terapêuticas convencionais, Javier Angulo sublinhou que investigações como esta demonstram a importância do controlo glicémico para preservar a capacidade regenerativa e a função endotelial. 

ATUALIZAÇÃO EM URGÊNCIAS ANDROLÓGICAS

Infeções geniturinárias, traumatismo genital, priapismo e escroto agudo são algumas das urgências mais frequentes em Andrologia e foram abordadas numa mesa-redonda, no dia 4 de junho.

LUÍS GARCIA

Dr. Artur Palmas, diretor do Serviço de Urologia do Hospital das Forças Armadas, em Lisboa, foi o primeiro orador da sessão, com uma palestra dedicada aos tipos de infeções genitais mais comuns. Entre as bacterianas, o especialista deteve-se particularmente na gonorreia, na uretrite não gonocócica (por *Chlamydia trachomatis*), na sífilis, na úlcera mole e na donovanose ou granuloma inguinal.

No que respeita às infeções virais, Artur Palmas abordou os condilomas, o herpes genital e o molusco contagioso. No âmbito das infeções provocadas por fungos ou parasitas, destacou a candidíase genital, a tricomoníase, a pediculose e a escabiose. Etiologia, características clínicas, diagnóstico e tratamento foram os aspetos abarcados na revisão apresentada pelo orador para cada patologias.

Em seguida, o Dr. Sandro Gaspar, interno de Urologia no Centro Hospitalar Lisboa Norte/Hospital de Santa Maria, abordou os traumatismos genitais. «Até 10% dos doentes que recorrem aos serviços de urgência fazem-no por traumatismo geniturinário; destes, cerca de um a dois terços fazem-no devido a trauma genital,



sobretudo homens entre os 15 e os 40 anos», sublinhou. Em cerca de 80% das situações, trata-se de trauma fechado (bilateral em apenas 1% dos casos). Cerca de metade dos casos de trauma geniturinário penetrantes afetam os genitais externos.

Este orador abordou o diagnóstico e o tratamento dos traumas penianos e escrotais, incluindo a fratura peniana, as queimaduras genitais e as mordeduras animais ou humanas. Sandro Gaspar fez ainda referência ao trauma genital na mulher, quer por acidente quer devido à mutilação genital feminina, uma prática que se estima afetar mais de 130 milhões de mulheres em todo o mundo. Particularmente alarmante é o facto de, segundo o orador, haver em Portugal cerca de 6 mil mulheres submetidas a esta prática e 180 mil em risco em toda a Europa.

PRIAPISMO E ESCROTO AGUDO

Por seu turno, o Dr. Pedro Eufrásio, urologista no Centro Hospitalar de Leiria, falou sobre priapismo, uma ereção peniana persistente e prolongada, não associada a interesse ou estimulação sexual, com duração superior a quatro horas. Causando dor e compromisso potencialmente irreversível da função erétil, esta condição «representa um desafio terapêutico e ainda é pouco reconhecida por muitos profissionais de saúde», advertiu.

Segundo Pedro Eufrásio, a distinção do tipo de priapismo (isquémico, arterial ou recorrente) é crucial e os episódios agudos de priapismo isquémico devem ser considerados uma emergência e tratados atempadamente. Pelo contrário, «o tratamento do priapismo arterial não é emergente e o primeiro objetivo no priapismo recorrente deve ser a prevenção».

Por fim, o Dr. Alberto Silva, interno de Urologia no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, na Amadora, incidiu no escroto agudo, «sendo o seu esclarecimento uma emergência andrológica até prova em contrário». As principais causas desta condição são a epididimite no adulto e a torção dos apêndices testiculares nas crianças, sendo que, na adolescência, este problema tem indicação cirúrgica imediata. Segundo este orador, o objetivo da abordagem deve ser evitar a perda testicular e «o eco-Doppler com cor é o principal exame utilizado, mas a cirurgia não deve ser atrasada se houver forte suspeita de isquemia testicular».

ABORDAGEM DO ESCROTO AGUDO

	Torção testicular	Epididimite	Torção dos apêndices
Idade	Puberdade Adolescência	Pós-adolescência Idade adulta	Infância Puberdade
Intensidade da dor	Severa	Moderada a severa	Moderada
Instalação da dor	Súbita/aguda	Gradual	Subaguda
Sintomas sistémicos	Náuseas/vómitos	Sintomas do trato urinário inferior, febre	-
Reflexo cremastérico	Ausente	Presente	Presente
Sinal de Prehn	Não	Sim	
Blue dot sign	-	-	Sim
Terapêutica	Cirurgia	Antibiótico, tratamento sintomático e repouso	Tratamento sintomático e repouso

AVANÇOS E DESAFIOS NA DISFORIA DE GÉNERO

Dr. Afonso Morgado, Dr. Francisco Rolo (moderador), Prof. Rui Xavier Vieira (moderador), Dr.ª Graça Santos e Dr.ª Margarida Bastos




A multidisciplinaridade que deve marcar a abordagem da disforia de género refletiu-se na mesa-redonda dedicada a este tema, no dia 4 de junho. O primeiro contributo foi de uma psiquiatra, a Dr.ª Graça Santos, coordenadora da Consulta de Sexologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), que frisou que, na sociedade atual, estão em debate questões fraturantes, como a «despatologização» destas situações. As controvérsias abrangem também a mudança de sexo

legal, subordinada a declaração médica, *versus* a autodeterminação. «Também o reconhecimento de um terceiro género, denominado de “fluido”, opõe-se ao clássico dualismo feminino/masculino, sendo reivindicado por pessoas com não conformidade de género», referiu a oradora.

A Dr.ª Margarida Bastos, endocrinologista, abordou os desafios referentes ao equilíbrio hormonal nestes processos. Para a especialista, que integra a Unidade de Reconstrução Génito-Urinária e Sexual do CHUC, «sem uma equipa multidis-

ciplinar, é impossível seguir estes casos». Apresentando os resultados de 85 doentes, a oradora alertou para a necessidade de avaliação prévia ao tratamento hormonal, assim como de seguimento ao longo da vida. Margarida Bastos falou ainda sobre o «endeusamento» dos médicos na sua capacidade para modificar corpos: «As pessoas entendem que temos uma varinha mágica para fazer mulheres lindas ou homens excecionais».

A perspetiva do cirurgião ficou a cargo do Dr. Afonso Morgado, interno de Urologia no Centro Hospitalar de São João, no Porto. Sobre a cirurgia de mudança de sexo de masculino para feminino, o palestrante debruçou-se sobre a vaginoplastia, em que a inversão da pele peniana e/ou escrotal é *standard* para a criação da neovagina. Sobre o procedimento inverso, Afonso Morgado referiu que não existe um padrão para a uretroplastia ou a faloplastia, mas sim «diferentes técnicas com que correspondem, de forma variável, aos desejos de um».  **LUÍS GARCIA**

TRATAMENTO DA DISFUNÇÃO ERÉTIL

O tratamento médico e cirúrgico da disfunção erétil (DE) esteve em discussão na última mesa-redonda do dia 4 de junho. O Dr. Natalio Cruz, diretor da Clínica Andromedi, em Sevilha, abordou os diferentes fármacos disponíveis, referindo que a utilização combinada de alguns deles, como a prostaglandina e os inibidores da fosfodiesterase-5 (PDE-5, na sigla em inglês), pode fazer sentido, dados os seus diferentes mecanismos de ação.

Segundo este urologista, na abordagem médica da DE devem ser valorizados a etiologia e os fatores de risco, bem como a avaliação do doente e a análise das suas expectativas. «Os resultados devem ser sempre avaliados (e não apenas no final), tanto no que respeita à ereção como no que toca aos efeitos secundários e à satisfação do doente com o tratamento.»


A terapêutica cirúrgica foi abordada pelo Dr. Fortunato Barros, responsável pela Consulta de Andrologia do Centro Hospitalar de Lisboa Central/Hospital de São



Prof. Pedro Venda (moderador), Dr. Natalio Cruz, Dr. António Campos (moderador), Dr. Fortunato Barros e Dr. Rafael Prieto

José, que apresentou uma revisão da literatura internacional sobre as técnicas cirúrgicas. «Apesar da evolução bastante favorável do tratamento da DE ao longo dos anos, a prótese peniana resistiu ao aparecimento do sildenafil e a sua colocação tem aumentado recentemente, devido aos 20 a 30% de doentes para quem o tratamento médico é ineficaz, contraindicado ou indesejado.» Este urologista abordou várias técnicas que permitem vencer os desafios da colocação de próteses penianas nos casos complicados de fibrose dos corpos ca-

vernosos, assim como medidas adicionais para prevenir a infeção das próteses.

O Dr. Rafael Prieto, presidente da ASES, que falou sobre as terapêuticas mais recentes, mostrou-se pouco conformado com a falta de novidades. «Estamos sempre à espera que os investigadores nos digam que estão perto novos avanços, mas isso não está a acontecer na DE. Temos de «empurrar» a indústria farmacêutica a desenvolver novas terapêuticas, porque não há novidades significativas desde 1998», lamentou.  **LUÍS GARCIA**

«CADA VEZ MAIS JOVENS ADQUIREM VIH EM SIMULTÂNEO COM OUTRA IST»

Para a Dr.^a Jacinta Azevedo, dermatovenereologista e coordenadora da Consulta de Doenças Sexualmente Transmissíveis do Centro de Saúde da Lapa, em Lisboa, os profissionais de saúde devem estar particularmente atentos a infeções sexualmente transmissíveis (IST) como a sífilis, a gonorreia e a clamídia, que podem servir de porta de entrada ao vírus da imunodeficiência humana (VIH). Esta foi uma das mensagens centrais da conferência que proferiu na manhã do dia 5 de junho.

LUÍS GARCIA

Os profissionais de saúde estão bem preparados para lidar com as IST?

Não, noto que ainda há bastante desconhecimento. O primeiro impacto das IST nos doentes que procuram a consulta é básico: o medo. Se têm sintomas, é preciso identificá-los corretamente, porque, muitas vezes, nem são sintomas de IST. Outras vezes, os doentes não apresentam sintomas, mas têm a noção de que correram riscos e, por isso, estão ansiosos. Com muita frequência, há doentes que fazem os testes do VIH repetidamente para «tratar» a ansiedade.

O que entende ser necessário alterar na abordagem atual das IST?

Temos de prestar mais atenção às outras IST, além do VIH, porque a sífilis, a gonorreia e a clamídia são, por um lado,

marcadores de comportamento de risco e, por outro, portas de entrada para o VIH. Há cada vez mais indivíduos jovens a adquirir o VIH em conjunto com outra IST. Portugal é o país da Europa com o diagnóstico de infeção por VIH mais tardio e a Direção-Geral da Saúde tem posto o enfoque nesse aspeto. Mas é preciso não escamotear outro problema: na maior parte dos diagnósticos da minha consulta, os doentes tinham VIH negativo um ano antes, ou seja, tratava-se de infeções muito recentes, frequentemente associadas a sífilis ou gonorreia. Muitas vezes, são pessoas que até se protegem – sobretudo homens que têm sexo com homens, que continuam a ser o grupo com maior aumento de infeções –, mas não veem o sexo oral como um risco e não utilizam preservativo para essa prática.



ca. No entanto, quando está associado a aquisição simultânea de sífilis, gonorreia ou clamídia, o risco de contração do VIH no sexo oral existe.

Como tem evoluído a incidência das outras IST em Portugal?

A gonorreia e a sífilis têm aumentado, sobretudo a partir de 2005 e 2006. Muitos dos casos de sífilis são diagnosticados em fase secundária devido à ausência do reconhecimento dos sintomas, que podem surgir fora da área genital – por exemplo, na orofaringe, devido à prática de sexo oral. Já a gonorreia é uma infeção mais aguda e um marcador de contacto sexual de risco. 🗣️

CANCRO DO PÊNIS E SEXUALIDADE

Com impactos óbvios na vida sexual dos doentes, o cancro do pênis é uma patologia sobre a qual continuam a subsistir mais dúvidas do que certezas. Esta foi uma das constatações partilhadas pelo **Dr. António Morais, urologista no Instituto Português de Oncologia do Porto**, na última conferência do Congresso da SPA. Segundo este palestrante, embora a neoplasia do pênis seja relativamente rara, o seu impacto é devastador, com graves consequências para o doente. «A imagem corporal e a vida da relação ficam profundamente alteradas por esta neoplasia», frisou.

Entre os fatores de risco do carcinoma do pênis estão a neoplasia intraepitelial, o vírus do papiloma humano, o sexo com múltiplas parceiras e a atividade sexual precoce, mas também fimose, má higiene,

tabagismo, fotoquimioterapia com psoraleno e ultravioleta A (PUVA, na sigla em inglês) e *lichen sclerosus*. Durante décadas, o tratamento foi, exclusivamente, a penectomia parcial ou total, com bom controlo da doença em estádios baixos, mas com resultados cosméticos e funcionais que afetavam consideravelmente a função e o desejo sexual. Hoje, apesar de existirem diversos tratamentos conservadores, não existe consenso relativamente ao melhor. «A maioria da literatura refere-se ao tratamento e ao controlo da doença sem qualquer avaliação formal da função sexual», afirmou António Morais.

De qualquer forma, segundo este urologista, «as terapêuticas conservadoras para o tratamento do cancro do pênis parecem permitir melhores resultados na função sexual e devem ser consideradas



sempre que possível». O conferencista referiu ainda que o conhecimento das experiências de sexualidade e satisfação com a vida após o tratamento do cancro do pênis é reduzido e «faltam estudos prospetivos e randomizados para definir qual o melhor tratamento destes doentes». 🗣️ **LUÍS GARCIA**

DR. BRUNO JORGE PEREIRA

UROLOGISTA NO CENTRO HOSPITALAR COVA DA BEIRA/HOSPITAL PÊRO DA COVILHÃ



ONCOFERTILIDADE: UM OLHAR PARA ALÉM DO HORIZONTE

das perspetivas terapêuticas e prognósticas e dos recursos físicos, emocionais e sociais do doente⁴. Após ultrapassarem uma experiência oncológica com potencial risco de vida, estes doentes valorizam ainda mais os laços familiares e apresentam maior desejo de parentalidade, encarando a existência futura com maior maturidade e estratégias de *coping*¹.

Além da própria doença oncológica, que poderá provocar disrupção da espermatogénese (em que o paradigma é o cancro do testículo), as diversas terapêuticas (cirurgia, radioterapia - RT - e quimioterapia - QT) podem também, em maior ou menor amplitude, temporária ou definitivamente, comprometer a capacidade fértil do indivíduo, mesmo quando as terapêuticas são efetuadas longe da área gonádica. Por exemplo, a irradiação craniana poderá alterar, de forma indireta, a espermatogénese ao interferir com o eixo hipotálamo-hipófise-testículo ou as cirurgias retroperitoneais podem prejudicar o normal processo neurofisiológico ejaculatório.

As medidas preventivas devem ser extrapoladas mesmo para situações não

oncológicas, mas que necessitem de medicação que possa condicionar infertilidade iatrogénica (por exemplo, terapêuticas biológicas). Por outro lado, a espermatogénese pode não recuperar para índices de qualidade suficiente após uma terapêutica antineoplásica.

QUANDO FALAR SOBRE PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE?

O *timing* ideal para discutir com o doente a preservação da sua fertilidade é a altura do diagnóstico da doença oncológica, esclarecendo-o (ou encaminhando-o para um especialista em Medicina da Reprodução) acerca dos potenciais riscos sobre a fertilidade causados pela neoplasia ou pelos tratamentos, bem como as opções de preservação da fertilidade ao seu alcance^{1,5}.

A criopreservação de esperma, técnica mais simples e mais utilizada para preservação de gâmetas em homens pubertários e adultos, permite, caso não estejam disponíveis de outra forma, a utilização futura dos espermatozoides criopreservados através de técnicas de procriação medicamente assistida. A American Society of Clinical Oncology (ASCO) recomenda que se obtenham, desde que asseguradas condições anatómicas

A oncofertilidade é uma área recente de intervenção médica, dirigida a doentes oncológicos e centrada na preservação da função reprodutiva a curto e a longo prazos, mantendo a eficácia das terapêuticas oncológicas disponíveis¹. Dirige-se particularmente aos jovens doentes oncológicos, que, de acordo com estudos epidemiológicos canadianos, podem representar mais de 2% de todos os casos diagnosticados com cancro e que, habitualmente, têm taxas de sobrevivência aos cinco anos superiores a 85%².

Extrapolando estes dados para o nosso País, poderemos considerar um universo de 100 mil indivíduos do sexo masculino, com menos de 30 anos, atingidos principalmente por neoplasias do foro hematológico (linfomas, leucemias), neurológico (neoplasias do sistema nervoso central), dermatológico (melanomas) ou geniturinário (neoplasia do testículo). Não obstante, e tendo em conta os índices de paternidade cada vez mais tardia³, a preservação da fertilidade deve ser abordada também em escalões etários superiores, habitualmente atingidos por neoplasias de outros órgãos - cancro do pulmão, colorretal, próstata, entre outros.

O diagnóstico de «cancro» é, sem dúvida, um *life changing event* que destrutura os projetos de vida do indivíduo e obriga a uma readaptação de maior ou menor grau, consoante o tipo de tumor,



DR

e neurológicas, duas a três amostras por doente, com intervalo de pelo menos 48 horas entre elas e preferencialmente antes de qualquer manobra terapêutica com o objetivo de assegurar a integridade do ADN e a qualidade espermática⁵.

Em casos mais complexos, em que não existam espermatozoides ou estejam significativamente reduzidos nas amostras ejaculadas, deve recorrer-se a técnicas cirúrgicas para obtenção de gâmetas testiculares (TESA [aspiração percutânea de espermatozoides], TESE [biópsia testicular múltipla para obtenção de espermatozoides], microTESE, etc.). Em doentes que apresentem anejaculação, podem ser obtidas amostras com recurso a vibroestimulação ou eletroejaculação. As sociedades oncológicas e de Medicina Reprodutiva recomendam ainda a proteção gonádica, principalmente em doentes submetidos a terapêuticas que envolvem radiação (*testicular shielding*)^{1,4,5}.

Embora múltiplos estudos documentem que não se verifica um aumento de malformações congénitas na prole de indivíduos submetidos a RT ou a QT, está recomendado um período de latência que permita a recuperação de danos no ADN espermático e a melhoria dos parâmetros seminais por um período de seis a 48 meses. Nesta fase, devem ser utilizados métodos contraceptivos.

OBSTÁCULOS À PRESERVAÇÃO DA FERTILIDADE

Apesar de a comunidade científica estar cada vez mais sensibilizada para a preservação da fertilidade em doentes oncológicos, mantêm-se ainda fatores que dificultam a sua implementação generalizada: falta de conhecimento e informação por profissionais e doentes, constrangimentos temporais, limitações financeiras, dificuldade de discussão deste tópico, escassez de unidades de preservação da fertili-

de, prognóstico subjacente reservado e desconhecimento de que a criopreservação é possível em adolescentes¹.

Desta forma, e mesmo com o crescimento exponencial que se tem verificado nesta nova área de intervenção (oncofertilidade), devem ser criados programas de difusão de informação entre clínicos – principalmente entre os que lidam mais proximamente com os doentes oncológicos (oncologistas, radioterapeutas, hematologistas, urologistas e pediatras), que se devem alargar a todos os profissionais de saúde – e campanhas de divulgação pública. Além disso, também devem ser implementadas redes de referência. Já em 2005, a American Society for Reproductive Medicine afirmava: «*Cancer treatment often results in reduced fertility. Cancer patients should be informed of options for fertility preservation and future reproduction prior to cancer treatment*»⁴.» 🌍

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Trost L. and Brannigan R. in representation of The Oncofertility Consortium, *Fertility Preservation in Males, Chapter 3* - www.oncofertility.northwestern.edu/sites/oncofertility/files/legacy_files/uploadedfilecontent/fertility_preservation_in_males_-_landon_trost__robert_brannigan.pdf. 2. <http://blog.cancerview.ca/2014/10/cancer-in-young-people-an-infographic>. 3. Mills M et al. *ESHRE Reproduction and Society Task Force. Hum. Reprod. Update*, 2011 17(6):848-860. 4. *The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertility Preservation and Reproduction in Cancer Patients. Fertil. Steril.*, 2005 86(6): 1622-1628. 5. Lee S et al. *American Society of Clinical Oncology Recommendations on Fertility Preservation in Cancer Patients. J. Clin. Oncol.*, 2006 24(18): 2917-2931.

PUB.



PUBLICIDADE



Oficialmente, a XI Reunião Ibérica de Andrologia, Medicina Sexual e Reprodução decorreu apenas no dia 3 de junho. Porém, na prática, a participação dos especialistas espanhóis prolongou-se por todo o XV Congresso da SPA, num claro sinal de colaboração ibérica. Na sessão de abertura (na foto), o Dr. Pepe Cardoso anunciou que, de agora em diante, a Reunião Ibérica se realizará todos os anos, alternadamente em Portugal e Espanha

OUTROS INSTANTES XV CONGRESSO XI REUNIÃO IBÉRICA



A participação da assistência na discussão que se seguiu a cada mesa-redonda foi uma constante. O Dr. Victor Hugo Vaz Santos (na foto abaixo) foi um dos intervenientes mais ativos e assíduos



A submissão de trabalhos é um dos aspetos mais importantes do Congresso, refletindo a prática clínica dos vários serviços nacionais. Ao todo, foram apresentados 21 pósteres, 12 comunicações orais e um vídeo





Além da atualização científica, o Congresso da SPA é um momento de partilha de experiências e impressões, sem esquecer o importante convívio entre colegas e a partilha de afetos



No jantar oficial do Congresso, fez-se silêncio para ouvir cantar o fado. A voz foi de Eduardo Monteiro, acompanhado pela guitarra portuguesa de José Duarte e pela viola de fado de José Simões, num momento que encantou os congressistas portugueses e estrangeiros



A exposição «A fertilidade na arte tribal» abrilhantou a zona da exposição técnica, com uma série de artefactos, desde bonecas de fertilidade a estatuetas com símbolos sexuais e alusivos à maternidade, ou até objetos utilitários, como uma figa e uma flauta. Na foto ao lado, o Dr. Jorge Rocha Mendes (segundo a contar da esquerda) e o Dr. Carlos Plancha (à direita) mostram as peças, pertencentes às suas coleções pessoais, ao Dr. António Santinho Martins e à Prof.^a Gabriela Moita





PUBLICIDADE