

Abordagem prática da reabilitação sexual no Doente Oncológico

António Patrício
Serviço de Urologia
Hospital Infante D. Pedro – Aveiro – CHBV

ENCONTROS DA SPA: A ANDROLOGIA E O CANCRO
HOTEL TRYP - COIMBRA - 28 de Setembro de 2013

Introdução

- A erecção é um mecanismo neuro-vasculo-tecidual sob controlo hormonal
 - Dilatação arterial
 - Relaxamento do músculo liso trabecular e activação do mecanismo veno-oclusivo cavernoso
- A disfunção erétil define-se como a incapacidade persistente de obter ou manter uma erecção permitindo uma performance sexual satisfatória.
- Condição benigna mas com impacto significativo na qualidade de vida.
- Pode ser a primeira manifestação de doença vascular coronária ou periférica.

Epidemiologia

- **Elevada prevalência em todo o mundo.**
- **Massachusetts Male Aging Study (MMAS):**
 - Prevalência global de 52% em homens não institucionalizados entre os 40 e 70 anos.
 - Prevalência específica: ligeira 17.2%, moderada 25.2%, grave 9.6%.
- **Cologne study:**
 - Prevalência de 19.2% em homens de 30 a 80 anos, com uma variação de 2.3% até 53.4% .
- **National Health and Social Life Survey (NHSLS):**
 - Prevalência de disfunções sexuais: 31%

Epidemiologia

- **Incidência da DE** (novos casos por 1,000 homens por ano)
 - MMAS: 26
 - Holanda: 19.2
 - Taiwan: 27
 - Gana: 59,6
 - Brasil: 65.6



- Relação consistente entre queixas do tracto urinário baixo e a DE.
 - Independente de outras comorbidades.
 - Independente dos hábitos de vida.
- The Massachusetts Male Aging (MSAM-7) study:
 - Relação entre LUTS e DE (USA, França, Alemanha, Itália, Holanda, Espanha e Reino Unido)
 - 12,000 homens entre 50-80 anos
 - Prevalência de LUTS: 90%
 - Prevalência de DE: 49%
 - Ausência de erecção: 10%
 - Anejaculação: 5%

Factores de risco

- Riscos em comum com a doença cardiovascular:
 - Sedentarismo
 - Obesidade
 - Tabagismo
 - Dislipidémia
 - Síndrome metabólica
- Pós prostatectomia radical
- Pós radioterapia
- Pós braquiterapia
- Outra iatrogenia médica ou cirúrgica



Prostatectomia radical

- Diagnóstico mais precoce: doentes sexualmente activos.
- DE pós-operatória em 25-75% dos doentes.¹
- Não foi demonstrada a superioridade da PR laparoscópica robótica sobre as outras técnicas.²
- A experiência do cirurgião parece ser o factor determinante da incidência de DE pós PR além da idade do doente e da preservação dos feixes vasculo-nervosos.
- Causas: lesões nervosa e vascular

1 - Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, et al. Quality of life and satisfaction with outcome among prostatecancer survivors. N Engl J Med 2008 Mar;358(12):1250-61.

2- Barry MJ, Gallagher PM, Skinner JS, et al. Adverse effects of robotic-assisted laparoscopic versus open retropubic radical prostatectomy among a nationwide random sample of medicare-age men. J Clin Oncol 2012 Feb 10;30(5):513-8.

Radioterapia externa e Braquiterapia

- Mecanismos:¹
 - Danos neurovasculares
 - Atingimento da vasculatura peniana
 - Danos estruturais do corpo cavernoso.
- Tratamentos alternativos considerados minimamente invasivos apresentam taxas de DE equivalentes ou piores em relação à PR ou RT.²

1- van der Wielen GJ, Mulhall JP, Incrocci L. Erectile dysfunction after radiotherapy for prostate cancer and radiation dose to the penile structures: a critical review. *Radiother Oncol* 2007 Aug;84(2):107-13.

2- Cordeiro ER, Cathelineau X, Thuroff S, et al. High-intensity focused ultrasound (HIFU) for definitive treatment of prostate cancer. *BJU Int.* 2012 Nov;110(9):1228-42.

2- Williams SB, Lei Y, Nguyen PL, et al. Comparative effectiveness of cryotherapy vs brachytherapy for localised prostate cancer. *BJU Int.* 2012 Jul;110(2 Pt 2):E92-8.

Cistoprostatectomia radical

- DE em 33-91% dos doentes operados

Radical Prostatectomy and Cystoprostatectomy with Preservation of Potency.
Results Using a New Nerve-sparing Technique

P. C. WALSH, J. L. MOSTWIN - British Journal of Urology

Volume 56, Issue 6, pages 694–697, December 1984



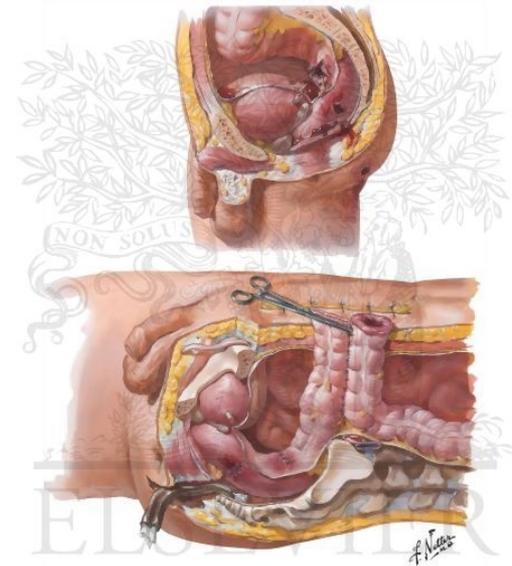
Sexual rehabilitation and male radical cystectomy.

Schover LR, Evans R, von Eschenbach AC.

J Urol. 1986 Nov;136(5):1015-7

Cirurgia rectal

- Elevadas taxas de disfunção sexual não obstante a tentativa de preservação dos plexos hipogástrico e splâncnico, assim como a fascia de Denonvillier.
- Diminuição da libido: 47%
- Perda completa da erecção: 32%
- Impotência moderada a grave: 52%
- Disfunção orgástica: 41%
- Anejaculação: 43%



© ELSEVIER, INC. - NETTERIMAGES.COM

Prevalence of Male and Female Sexual Dysfunction Is High Following Surgery for Rectal Cancer - Samantha K. Hendren, MD,* Brenda I. O'Connor, RN,* Maria Liu, BSc,* Tracey Asano, MD,† Zane Cohen, MD,* Carol J. Swallow, MD, PhD,* Helen M. MacRae, MD,* Robert Gryfe, MD, PhD,* and Robin S. McLeod, MD - Ann Surg. 2005 August; 242(2): 212–223.

Quimioterapia e DE

- Fenómeno de Raynaud (angiopatia e neuropatia induzidas pelas combinações terapêuticas)
 - PVB (cisplatina, vinblastina, bleomicina)
 - BEP (cisplatina, etoposside, bleomicina)
 - CEB (carboplatina, etoposside, bleomicina)
 - EP (etoposside, cisplatina)
 - VIP (ifosfamida, cisplatina)

Avaliação sumária

- História clínica e sexual dos doentes e parceiros.
- Presença da parceira na consulta.
- Ambiente de consulta relaxado
 - Probl. Tempo de consulta
- Anamnese e causa da DE
 - Vasculogénica
 - Neurogénica
 - Anatómica
 - Hormonal
 - medicamentosa
 - psicogénica



Fisiopatologia

- Vasculogénica

- Cardiovascular ,HTA, Diabetes Mellitus, hiperlipidémia, tabagismo, cirurgia major, RT.

- Neurogénica

- Causas centrais:

- Degenerativas (esclerose múltipla, Parkinson, atrofas múltiplas, etc.)
- Traumatismos ou doenças medulares
- Avc
- Neoplasias do SNC

- Causas periféricas:

- Diabetes Mellitus tipo 1 ou 2, IRC, polineuropatias, iatrogenia cirúrgica (pélvica, retroperitoneal, colo-rectal...)

- Anatómica ou estrutural

- Hypospadias, epispedias, Micropénis, curvaturas congénitas do pénis, D. Peyronie.

Fisiopatologia

- **Hormonal**

- Hipogonadismo, hiperprolactinemia, hiper- e hipotireoidismo, hiper- e hipocortisolismo (Cushing, etc)

- **Iatrogenia médica**

- Anti-HTA (diuréticos), antidepressivos (IR 5-HT, tricíclicos), antipsicóticos (neurolépticos), anti-androgénios (agonistas e antagonistas GnRH)

- **Drogas recreacionais**

- Alcool, heroína, cocaína, metadona, canabis...

- **Causas psicogénicas**

- Generalizada ou situacional (induzida pela parceira, etc...)

- **Traumática**

- Fractura peniana ou da bacia

História sexual

- Início do problema eréctil
- Relação sexual actual e prévias
- Status emocional actual
- Tratamentos anteriores
- Consultas prévias
- Saude sexual da(o)(s) parceira(o)(s)
- Descrição detalhada:
 - Rigidez e duração da ereção
 - Ereções matinais?
 - Disfunção ejaculatória associada?
 - Orgasmo?
- Questionários psicométricos validados: Index for Erectile Function (IIEF)
 - Indispensáveis para investigação clínica



Exame físico

- Focado nos sistemas:
 - Genito-urinário
 - Endócrino
 - Vascular
 - Neurológico



- Descartar causas evidentes de DE tais como D. Peyronie, HBP ou Ca P, sinais ou sintomas de Hipogonadismo
- Registo de pressão arterial
- Particular cuidado nos doentes com patologia cardiovascular

Estudo analítico

- Orientado para o perfil do doente
- Glicémia ou HbA1c
- Lipidograma
- Testosterona total
- Análises adicionais:
 - PSA
 - Prolactina e LH



Tratamento da DE

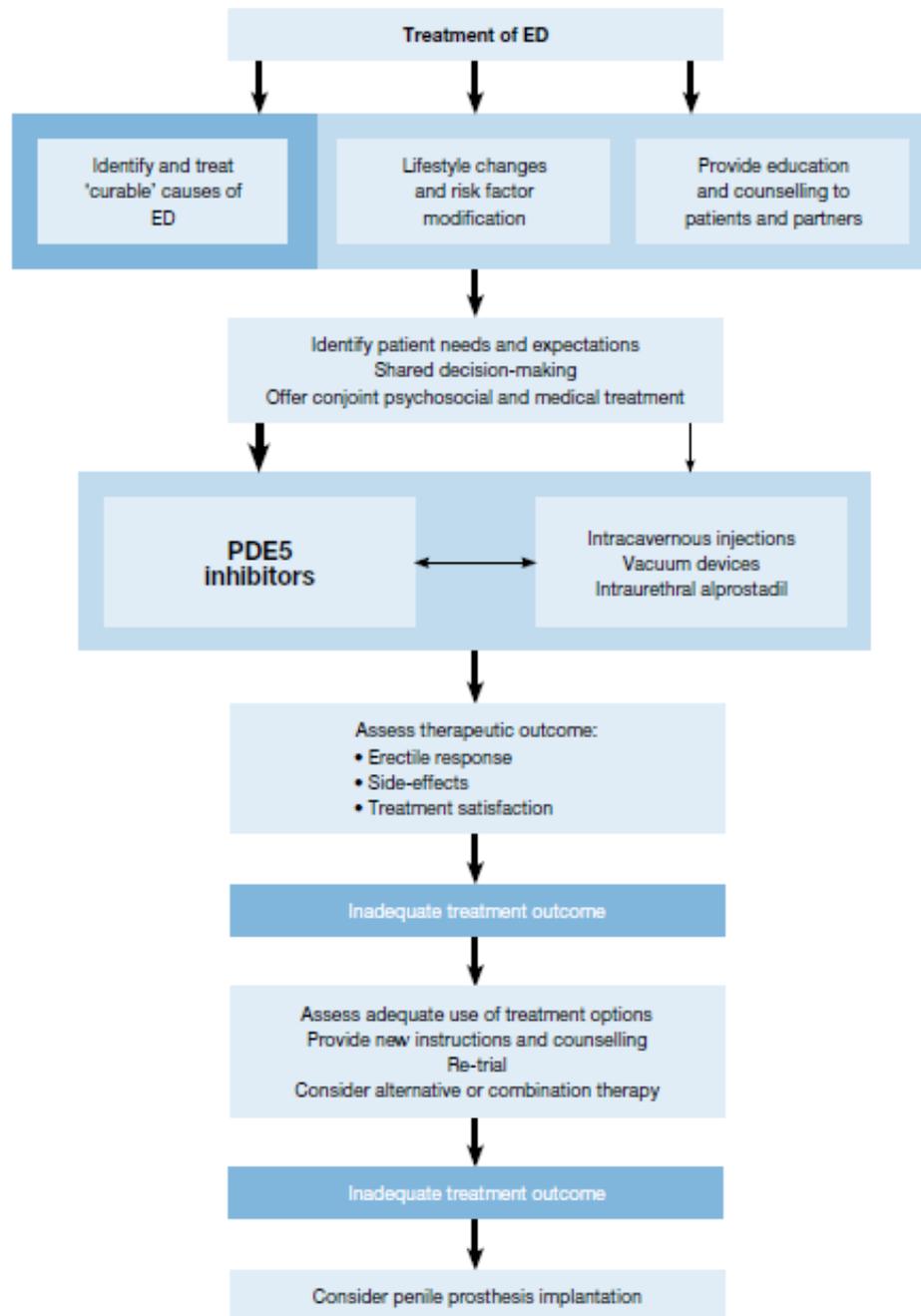
OPÇÕES TERAPÊUTICAS:

- Determinar a etiologia e não apenas o sintomas sempre que possível
- Factores reversíveis?
- Cura da DE?
 - Psicogénica
 - Pós-traumática arteriogénica em doentes jovens
 - Hipogonadismo e hiperprolactinémia
- As opções terapêuticas deverão ter em conta:
 - Satisfação do doente e parceira
 - Percepção da QoL
 - Eficácia
 - Segurança

Tratamento da DE

- Etiologia da DE
- Eficácia
- Segurança
- Agressividade do tratamento
- Custo
- Preferência do doente
- Habilidade ou colaboração do doente





Tratamento médico: 1ª linha

- Inibidores da PDE5
 - Sildenafil – Tadalafil – Vardenafil
 - Boa eficácia comprovada
 - Bem tolerados na generalidade
- Tratamento imediato vs tratamento diferido
 - PROS:
 - Preservação da funcionalidade do corpo cavernoso
 - Alguns doentes apresentam resposta precoce
 - CONTRAS.
 - Eficácia
 - Custo



Terapêutica intra-uretral

- Alprostadilo (MUSE®)

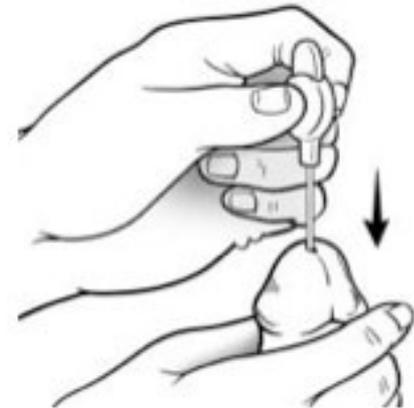
PGE1

– PROS:

- Eficácia
- Facilidade de administração

– CONTRAS:

- Dor / ardor uretral
- Preço
- Eficácia inferior face à administração intacavernosa



Terapêutica intracavernosa

- Alprostadilo (CAVERJECT®)

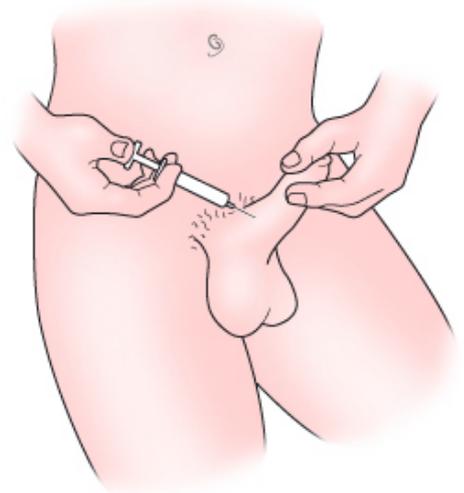
Único tratamento com franca eficácia no pós-operatório imediato

A PGE1 inibe a formação de colagénio pelo TGF- β 1

- Administração possível logo após a remoção da sonda vesical
- Reforço positivo da componente emocional pelo efeito imediato
- Custo

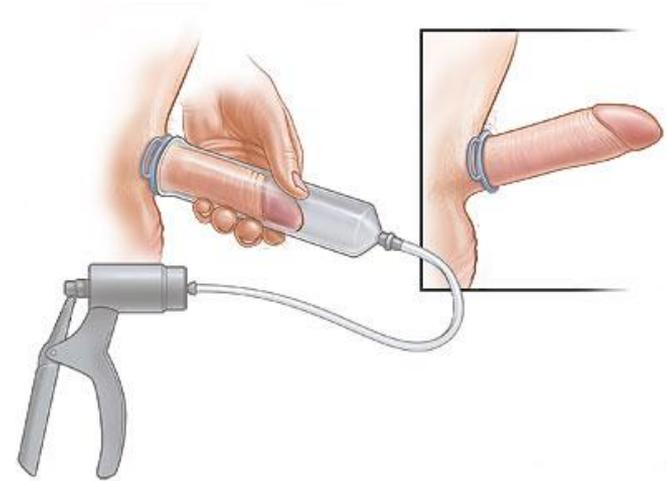
– CONTRAS:

- Exige ensino / habilidade
- Dor peniana
- Auto administração difícil em doentes obesos



Bomba de vácuo

- Bons resultados
- Complemento possível dos inibidores da PDE5
- Aplicação fácil após ensino
- **CONTRAS:**
 - Preço
 - Perda da espontaneidade sexual
 - Barreiras emocionais ou culturais



Próteses penianas

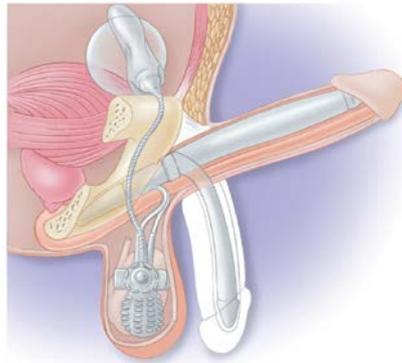
- Última linha de tratamento
- Modelos:

AMS 600®

MENTOR ACU-FORM®

AMS 700®

MENTOR TITAN®



- Elevada taxa de revisão / reoperações.
- Preferencialmente colocadas por cirurgiões com larga experiência.
- Custo elevado.
- Complicações possivelmente dramáticas.

Reabilitação sexual pós PR: Como eu faço

- Injecção intracavernosa logo após a remoção da sonda vesical, semanal.
- Início do tratamento com inibidores da PDE5 após 4 semanas de tratamento.
 - Eficácia / tolerância / opção do doente
- Bomba de vácuo.
- Voltar à terapêutica intracavernosa / intra-uretral se insucesso.
- Prótese peniana nunca proposta antes de 2 anos após a cirurgia.

Conclusões

- A reabilitação sexual deve ser uma preocupação imediata após uma cirurgia pélvica.
- A fibrose do corpo cavernoso atinge um pico ao 2º dia pós-operatório devido à hipóxia do endotélio, prolongando-se ao longo do tempo.
- Tanto a PGE1 como os inibidores da PDE5 provaram eficácia na preservação da função endotelial.
- O tratamento deve ser precoce mas adequado ao perfil do doente.
- Neuropraxia até ao 2º ano pós-operatório invalida as próteses penianas como escolha precoce.