TULBURĂRI DE DINAMICĂ SEXUALĂ LA PACIENŢII CU ADENOM DE PROSTATĂ OPERAT

C. Persu, D. Georgescu, Gh. Niţă, T. Jora, P. Geavlete

Clinica de Urologie, Spitalul Clinic de Urgenţă „Sfântul Ioan" Bucureşti

Pentru corespondenţă: Prof. Dr. **P.Geavlete**
Clinica de Urologie
Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Ioan"
Sos. Vitan-Barzesti nr.13, 042122 Bucureşti, Romania
Tel: +40.21.334.50.00., Fax: +40.21.334.50.00.
E-mail: geavlete@net4u.ro

REZUMAT

Introducere şi Obiective. Menţinerea unei funcţii sexuale în limite normale reprezintă o componentă importantă în definirea calităţii vieţii pacientului urologic, indiferent de vârstă sau afecţiune. Scopul acestui studiu prospectiv a fost reprezentat de evaluarea incidenţei tulburărilor de dinamică sexuală apărute după tratamentul chirurgical al adenomului de prostată.

Material şi Metodă. În perioada 1 Ianuarie 2004 – 1 August 2006, în Clinica de Urologie a Spitalului Clinic de Urgenţă „Sfântul Ioan" din Bucureşti au fost efectuate un total de 1495 intervenţii chirurgicale pentru adenom de prostată. Studiul a fost efectuat în manieră prospectivă, pe un lot de 320 pacienţi (209 - rezecţie transuretrală a prostatei - TUR-P, 74 - adenomectomii transvezicale, 37 – incizie transuretrală a prostatei - TUIP). Evaluarea s-a realizat prin administrarea

chestionarului IIEF (International Index of Erectile Function) preoperator şi la şase luni după intervenţia chirurgicală.

Rezultate. Incidenţa tulburărilor de erecţie în funcţie de intervenţia chirurgicală a fost de 14.83% (31 cazuri) pentru TUR-P, 5.40% (două cazuri) pentru TUIP şi 4.05% (trei cazuri) la pacienţii la care s-a practicat adenomectomie transvezicală. Scăderea libidoului a apărut la 2.87% (şase cazuri) dintre pacienţii la care s-a practicat TUR-P, la 2.70% (un caz) din pacienţii la care s-a practicat TUIP şi la 17.56% (13 cazuri) din pacienţii la care s-a practicat adenomectomie transvezicală.

Terapia disfuncţiei erectile apărute la aceşti pacienţi a debutat cu *„reassurance”*, cu dispariţia simptomatologiei în 14% din cazuri (cinci pacienţi). Medicaţia orală s-a administrat la zece pacienţi cu îmbunataţirea erecţiei la şase dintre aceştia. iar injectarea intracavernoasă de papaverină s-a practicat la doi pacienţi, cu obţinerea unei erecţii satisfăcătoare în ambele cazuri. La un pacient din lotul la care s-a practicat TUR-P a fost identificată, la şase luni postoperator, o placă Peyronie pe faţa ventrală a penisului, apărută postoperator.

Concluzii. Rata tulburărilor de dinamică sexuală după intervenţia chirurgicală pentru adenomul de prostată nu este neglijabilă impunând consilierea bolnavului înaintea intervenţiei chirurgicale precum şi o tehnică operatorie adecvată.

Cuvinte cheie: adenom de prostată, disfuncţie erectilă, sexualitate

Introducere

Hiperplazia benignă a prostatei este o boală cu incidenţă crescută în rândul bărbaţilor vârstnici, reprezentând un factor important de scădere a calităţii

vieţii acestor pacienţi [1]. Ultimele decenii au fost marcate de apariţia a numeroase opţiuni terapeutice pentru această boală, cu o tendinţă evidentă de reducere a indicaţiilor tratamentului chirurgical în detrimentul tratamentelor medicale. Cu toate acestea, chirurgia ocupă în continuare un loc important în paleta de tratamente disponibile, având în continuare indicaţii bine stabilite şi care probabil nu vor fi modificate în viitorul apropiat [2].

Este ştiut faptul ca un procent dintre pacienţii trataţi chirurgical pentru adenom de prostată vor dezvolta disfuncţie erectilă sau li se vor agrava tulburările de erecţie preexistente [3]. Studiul nostru îşi propune să evaluaze incidenţa disfuncţiei erectile *de novo* la pacienţii trataţi endoscopic sau prin chirurgie deschisă pentru adenom al prostatei.

Material şi metodă

În perioada 1 Ianuarie 2004 – 1 August 2006, în Clinica de Urologie a Spitalului Clinic de Urgenţă „Sfântul Ioan" din Bucureşti au fost efectuate un total de 1495 intervenţii chirurgicale pentru adenom de prostată simptomatic. Protocolul de investigaţie a inclus anamneză, examen clinic, ecografie abdominală, debitmetrie şi dozarea antigenului specific prostatic (PSA). În cazuri selecţionate s-a practicat examen ecografic transrectal şi uretroscitoscopie preoperator. Decizia asupra intervenţiei chirurgicale s-a bazat pe volumul adenomului, coroborat cu contextul clinic al pacientului şi cu eventualele complicaţii existente.

Studiul a fost efectuat în manieră prospectivă, pe un lot de 320 pacienţi (209-TUR-P, 74 -adenomectomii transvezicale, 37-TUIP). Evaluarea a fost realizată în clinica noastră şi în alte şase centre private. Nu au fost incluşi în studiu pacienţii cu

disfuncţie erectilă existentă preoperator; de asemenea, nu au fost incluşi pacienţii cu alte patologii ale aparatului urinar (vezica neurologică, stricturi uretrale, boala Peyronie, adenocarcinom al prostatei). Vârsta pacienţilor incluşi a fost cuprinsă între 55 şi 70 ani, cu o valoare medie de 66 ani. Un număr de 190 pacienţi se aflau sub tratament α-blocant sau cu inhibitor de 5 α-reductază în momentul includerii. Pacienţii au fost supuşi unor intervenţii chirurgicale deschise (adenomectomie transvezicală) sau endoscopice (TUR-P sau TUI-P). Pentru nici unul din pacienţii incluşi în studiu nu a fost necesară reintervenţie chirurgicală în primele şase luni postoperator. În toate cazurile s-a folosit anestezie rahidiană. Postoperator s-a montat cateter uretrovezical Foley cu balonetul poziţionat în loja prostatică sau în colul vezical pentru 24-48 ore postoperator. Suprimarea cateterului s-a făcut la 4-7 zile postoperator.

Evaluarea funcţiei erectile s-a realizat prin administrarea chestionarului IIEF preoperator şi la şase luni după intervenţia chirurgicală. Datele obţinute au fost analizate statistic, cu scopul de a identifica factorii de prognostic pentru apariţia disfuncţiei erectile.

Rezultate

Analiza datelor obţinute nu a putut stabili o corelaţie între volumul prostatei înainte de intervenţia chirurgicală şi apariţia disfuncţiei erectile. S-a observat însă o incidenţă semnificativ mai crescută a disfuncţei erectile *de novo* în lotul pacienţilor la care s-a practicat electrorezecţie transuretrală. În lotul pacienţilor la care s-a practicat adenomectomie transvezicală s-a observat o scădere importantă a libidoului, comparativ cu lotul pacienţilor operaţi endoscopic.

Nu s-a putut stabili o corelaţie semnificativă statistic între severitatea simptomelor adenomului de prostată şi apariţia disfuncţiei erectile postoperator. Totuşi, s-a observat un grad mai ridicat al disfuncţiei sexuale preoperator la pacienţii cu simptomatologie mai severă a aparatului urinar inferior.

Este acceptat faptul că o evaluare atentă a simptomatologiei aparatului urinar inferior înainte de intervenţia chirurgicală poate fi un bun predictor al rezultatelor intervenţiei [4]. Studiul efectuat nu poate corela direct simptomatologia urinară cu apariţia tulburărilor de erecţie, însă se remarcă o îmbunătăţire semnificativă a libidoului şi a gradului de satisfacţie asociat sexualităţii la pacienţii cu simptomatologie urinară severă preoperator. Explicaţia cea mai probabilă este îmbunătăţirea calităţii vieţii pacientului după chirurgia adenomului de prostată [5].

S-a obsrevat că, atât în lotul pacienţilor operaţi deschis cât şi în lotul pacienţilor operaţi endoscopic, incidenţa disfuncţiei erectile apărută postoperator a fost mai crescută la pacienţii cu vârstă peste 65 ani. Raportând datele obţinute la date din literatura de specialitate, putem confirma că vârsta este în acelaşi timp factor de prognostic direct dar şi indirect (odată cu creşterea incidenţei HBP) pentru disfuncţia erectilă [6].

Incidenţa tulburărilor de erecţie în funcţie de intervenţia chirurgicală a fost de 14.83% (31 cazuri) pentru lotul pacienţilor la care s-a practicat rezecţie transuretrală (TUR-P); la pacienţii supuşi unei incizii transuretrale a prostatei (TUI-P), disfuncţia erectilă a apărut la 5.40 % (două cazuri). 4.05 % (trei cazuri) dintre pacienţii la care s-a practicat adenomectomie transvezicală au raportat tulburări de erecţie cu care nu s-au confruntat preoperator. Scăderea libidoului a apărut la 2.87% (şase cazuri) dintre pacienţii la care s-a practicat TUR-P, la 2.70% (un caz) din

pacienţii la care s-a practicat TUIP şi la 17.56% (13 cazuri) din pacienţii la care s-a practicat adenomectomie transvezicală.

Paisprezece la sută din pacienţi au raportat o creştere a libidoului la şase luni postoperator, însă aceasta nu a putut fi corelată cu ceilalţi parametrii obţinuţi prin analiza răspunsurilor la chestionarul IIEF.

Terapia disfuncţiei erectile apărute la aceşti pacienţi a debutat în toate cazurile cu *„reassurance”*, cu dispariţia simptomatologiei în 14% din cazuri (cinci pacienţi).

Inhibitorii de fosfodiesterază 5 (PDE-5) au fost a doua opţiune terapeutică, medicaţia fiind administrată la zece pacienţi. În şase cazuri, rezultatele terapiei medicamentoase au fost considerate satisfăcătoare de către pacienţi.

La doi pacienţi care nu au acceptat tratamentul cu medicaţie orală, injectarea intracavernoasă de papaverină a dus la obţinerea unor erecţii satisfăcătoare.

La un pacient din lotul la care s-a practicat TUR-P a fost identificată, la şase luni postoperator, o placă Peyronie pe faţa ventrală, cu deformarea penisului în erecţie.

Discuţii

Este binecunoscut din literatură că un procent variabil din pacienţii cu adenom de prostată operaţi prin electrorezecţie transuretrală dezvoltă disfuncţie erectilă. Studiul lui Taher [7] realizează examinarea incidenţei disfuncţiei erectile post TUR-P folosind parametrii subiectivi şi obiectivi precum şi evaluarea factorilor de risc ce pot determina apariţia acestei complicaţii la anumite categorii de pacienţi. Lotul de studiu a inclus 65 de pacienţi, cu vârsta medie de 63.3 ani, diagnosticaţi cu adenom de prostată şi trataţi prin electrorezecţie endoscopică, la care evaluarea

preoperatorie a aratat un scor IIEF de peste 16 cu tumescenţă peniană nocturnă normală şi cel puţin un episod de erecţie nocturnă cu rigiditate la nivelul bazei şi glandului depăşind 55% pentru cel puţin zece minute. Dintre cei 65 pacienţi, nouă au prezentat disfuncţie erectilă postoperatorie, toţi prezentând valori scăzute preoperator atât ale indexului de funcţie erectilă cât şi a tumescenţei peniene nocturne. Dintre factorii de risc, singurul pus în evidenţă în acest studiu a fost diabetul zaharat. Ei apreciază că disfuncţia erectilă consecutivă TUR-P nu este o complicaţie datorată intervenţiei chirurgicale.

Un alt studiu, al lui De Giorgi [8], a evaluat 42 de pacienţi, dintr-un total de 90 trataţi prin TUR-P pentru adenom de prostată, la care au fost evaluaţi factorii de risc (hipertensiune, diabet, fumat, hipercolesterolemie, boli cardiovasculare). Funcţia erectilă a fost apreciată prin IIEF-5 iar suferinţa urinară prin International Prostate Symptoms Score (IPSS). Postoperator la 3 luni s-a constatat reducerea IIEF în 9 cazuri (21,4%), 56% dintre ei prezentând afecţiuni cardio-vasculare, acestea fiind singurul factor corelat cu disfuncţia erectilă în urma analizei prin modelul regresiei. Studiul a concluzionat că, în majoritatea cazurilor, pacienţii prezintă o funcţie sexuală stabilă după TUR-P, prezenţa factorilor de risc cardio-vasculari determinând o incidenţă crescută a disfuncţiei erectile în aceste cazuri.

Studiul lui Poulakis [9] a avut drept scop identificarea posibililor factori de risc pentru apariţia disfuncţiei erectile după TUR-P, evaluând 629 pacienţi operaţi într-un interval de cinci ani şi evaluaţi prin ecografie transrectală, IPSS, calitatea vieţii (QoL), IIEF-5 preoperator şi la trei şi şase luni postoperator. S-a considerat prezenţa disfuncţiei erectile în cazul în care IIEF-5 a prezentat valori sub 21. Rezultatele au arătat că din cei 522 de pacienţi care au raspuns la chestionar, doar

cca. 12% au prezentat postoperator o alterare a funcţiei erectile, aceasta fiind datorată prezenţei diabetului zaharat sau perforaţiei extracapsulare intraoperatorii.

De asemenea, studiul lui Hu si Wang [10] privind disfuncţia erectilă după Plasma Kinetic vaporizarea prostatei pentru adenom de prostată, a arătat o incidenţă similară a disfuncţiei erectile postoperatorii de novo, factorii incriminaţi fiind diabetul zaharat şi perforaţia extracapsulară.

Un alt studiu, realizat de Soderdahl [11] pe 40 de pacienţi a arătat că nu au fost diferenţe semnificative pre şi postoperator în ceea ce priveşte tumescenţa peniană nocturnă, numărul de erecţii şi durata acestora deşi o scădere subiectivă a calităţii erecţiei a fost descrisă în 27,5% din cazuri. Ulterior, 63,3 % dintre pacienţi au descris ejaculare retrogradă cu scăderea potenţei. Autorii concluzionează că post TUR-P nu s-a constatat o scădere a parametrilor funcţiei erectile, dar descrierea apariţiei acesteia de către pacienţi se poate datora prezenţei ejaculării retrograde.

Deliveliotis [12] a publicat un studiu pe 238 de pacienţi în care a evaluat efectul prostatectomiei radicale şi TUR-P asupra funcţiei erectile. Evaluarea pacienţilor s-a realizat comparativ preoperator şi la doi ani postoperator. Autorii concluzionează că disfuncţia erectilă raportată de către pacienţi s-a datorat predominant apariţiei ejaculării retrograde şi prezenţei factorilor de risc.

Rezultate similare a raportat şi Perera [13] analizând un lot de 126 pacienţi operaţi prin TUR-P, concluzionând că există un risc redus de cca 4,8% de apariţie a disfuncţiei erectile postoperatorii, care poate fi pus atât pe seama factorilor de risc asociaţi cât şi pe apariţia ejaculării retrograde.

Tuhkanen [14] a publicat un studiu prospectiv randomizat comparativ privind apariţia disfuncţiei erectile consecutiv TUR-P şi tratamentului cu laser Neodymium pe un lot de 98 de pacienţi. Rezultatele au arătat că cele două

tehnici nu determină o incidenţă crescută a disfuncţiei erectile şi nu există o diferenţă statistică între disfuncţia erectilă evidenţiată postoperator, iar ejacularea retrogradă poate fi o cauză a disfuncţiei erectile raportată de pacienţi.

Concluzii

Sexualitatea bărbatului vârstnic este un subiect complex şi încă insuficient studiat. Modificările psihologice ce se produc, patologiile asociate, diverşi factori sociali pot contribui la alterarea sexualităţii, iar identificarea şi tratamentul disfuncţiei sexuale a acestor pacienţi reprezintă o provocare pentru urolog [15].

Intervenţia chirurgicală pentru tratamentul hiperplaziei benigne a prostatei induce tulburări sexuale într-un procent semnificativ de cazuri, astfel că o evaluare atentă a pacientului dar şi o consiliere a acestuia se impun [16]. Datele din literatură sugerează că o tehnică chirurgicală corectă poate reduce incidenţa disfuncţiei erectile apărute postoperator.

Alegerea intervenţiei chirugicale pentru hiperplazia benignă a prostatei se face în funcţie de volumul glandei şi de simptomatologia urinară asociată [17]; specialistul urolog trebuie însă să aibă în vedere şi potenţialele tulburări de dinamică sexuală ce pot apare, iar aceste aspecte trebuie discutate cu pacientul înainte de intervenţie.

Bibliografie

1. Garraway WM, Collins GN, Lee RJ: *High prevalence of benign prostatic hypertrophy in the community*. Lancet 1991; 338: 469

2. Donovan JL, Frankel SJ, Nanchahal K et al.: *Prostatectomy for benign prostatic hyperplasia*. in Stevens A, Raftery J eds, Health Care Needs Assessment. Vol. 2. Oxford. Radcliffe Medical Press, 1994: p. 140–201
3. Soderdahl D., Knight RW, Hansberry KL: *Erectile dysfunction following transurethral resection of the prostate*. J Urol 1996; 156: 1354
4. Walsh PC *Transurethral resection of the prostate*. in Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, Wein AJ (eds) Campbells urology, 7th edn. WB Saunders, Philadelphia, p. 1511
5. Ansong KS, Lewis C, Jenkins P, Bell J: *Epidemiology of erectile dysfunction. A community-based study in rural New York State*. Ann Epidemiol. 2000; 10: 293–6
6. Gacci M, Mondaini N, Bartoletti R, Travaglini F, Rizzo M. *Benign prostatic hypertrophy and sexual activity: evaluation of prostate symptoms (IPSS) and erectile function (IIEF)*. Int J Androl 2000; 23(Suppl. 1): PO136
7. Taher A: *Erectile dysfunction after transurethral resection of the prostate: incidence and risk factors*; World J Urol. 2004; 22(6): 457-60
8. De Giorgi G, Luciani LG, Valotto C, Isola M, Zattoni F: *Role of risk factors for erectile dysfunction in patients undergoing transurethral resection of the prostate: early impact on sexual function*. Arch. Ital. Urol. Androl. 2005; 77(3): 143-5
9. Poulakis V, Ferakis N, Witzsch U, de Vriesl E, Becht E. *Erectile dysfunction after transurethral resection of the prostate for lower urinary tract symptoms: results from a center with over 500 patients*. Asian J Androl. 2006; 8(1):69-74

10. Hu Z, Wang Y, Graham WV, Su L, Musch MW, Turner VR: *MAPKAPK-2 is a critical signaling intermediate in NHE3 activation following Na+ glucose cotransport*. J Biol Chem. 2006; 281(34):24247-53
11. Soderdahl DW, Knight RW, Hansberry KL: *Erectile dysfunction following transurethral resection of the prostate.* J Urol 1996; 156(4):1354-6
12. Deliveiotis C, Liakouras C, Delis A, Slatariloost, Varkarakis J, Protogerou V: *Prostate operations: long-term effects on sexual and urinary function and quality of life. Comparison with an age-matched control population*. Urol. Res. 2004; 32(4):283-9
13. Perrera ND, Hill JT: *Erectile and ejaculatory failure after transurethral resection of the prostate*. Ceylon Med J. 1998; 43(2):74-7
14. Tuhkanen K, Heino A, Aaltoma S, Ala-Opas M: *Sexual function of LUTS patients before and after neodymium laser prostatectomy and TURP. A prospective, randomized trial*. Urol. Int. 2004; 73(2):37-42
15. Seftel AD: *Erectile dysfunction in the elderly: epidemiology, etiology and approaches to treatment*. J Urol 2003; 169: 1999
16. Yoichi A, Yoshitaka A, Kazutoshi O, Hiroshi M, Naoki T, Yosuke M, ShinyaM, Keiji O: *Impact of interventional therapy for benign prostatic hyperplasia on QoL and sexual function: a prospective study*. J Urol 2000; 164: 1206
17. Walsh A: *Indications for prostatic surgery and selection of operation.* BJU Int 2003; 91(3):196-200