

O impacto sexual da terapêutica da HBP

Tomé Lopes^a y Mafalda Melo^b

^a*Chefe de Serviço e Director do Serviço de Urologia. Hospital Pulido Valente. Lisboa. Portugal.*

^b*Interna de Especialidade de Urologia. Hospital Pulido Valente. Lisboa. Portugal.*

RESUMO

A sexualidade tem um importante impacto na qualidade de vida de homens com hiperplasia benigna da próstata (HBP). A HBP é uma entidade com elevada prevalência entre homens idosos e está frequentemente associada a sintomas do aparelho urinário inferior (LUTS) e a disfunção sexual. O grau de disfunção sexual acompanha a severidade dos LUTS. O tratamento da HBP afecta não só os sintomas urinários mas também a função sexual. As terapêuticas médica, cirúrgica e minimamente invasivas diferem no seu efeito sobre a erecção, a ejaculação e a satisfação sexual. Os autores descrevem a relação entre LUTS/HBP e disfunção sexual e as consequências na função eréctil, libido, orgasmo e ejaculação dos vários tratamentos usados na HBP.

Palavras chave: Disfunção sexual. LUTS. Tratamento da HBP.

ABSTRACT

Sexual impact of BPH treatment

Sexual health has significant impact on quality of life among men with benign prostatic hyperplasia (BPH). BPH is a condition that commonly affects older men and is often associated with lower urinary tract symptoms (LUTS) and sexual dysfunction. The degree of sexual dysfunction matches the severity of LUTS. Treatment of BPH affects not only LUTS, but sexual function as well. Medical, surgical and minimally invasive therapies differ in their effect on erectile function, ejaculation, and sexual satisfaction. We describe the relation of LUTS/BPH with sexual dysfunction and the consequences in erectile function, libido, orgasm and ejaculatory problems of the various treatments for this condition.

Key words: Sexual dysfunction. LUTS. BPH treatment.

INTRODUÇÃO

A Hiperplasia Benigna da Próstata (HBP) e a Disfunção Eréctil são patologias comuns em homens de meia idade e idosos, com uma prevalência de 43% entre os 60-69 anos, e uma prevalência de 67% aos 70 anos de idade, respectivamente¹. Cerca de 75% dos homens com mais de 50 anos, apresentam um ou mais sintomas do tracto urinário inferior (LUTS) sugestivos de HBP e a probabilidade de virem a necessitar, ao longo da vida, de uma terapêutica para esta situação é de cerca de 35%².

Nos doentes com HBP/LUTS a qualidade de vida pode estar diminuída, devido à sua interferência na função sexual, que constitui um dos componentes mais importantes na qualidade de vida entre os homens, mesmo em idades mais avançadas³.

Actualmente os LUTS associados com a HBP podem ser segura e eficazmente tratados com tratamentos médicos e cirúrgicos, muitos dos quais podem no entanto ter um impacto negativo na vida sexual do doente⁴. Os doentes com HBP sintomática procuram não só alívio para os sintomas, mas desejam também manter uma aceitável qualidade de vida, incluindo no que se refere à função sexual.

A disfunção sexual manifesta-se como disfunção eréctil, perturbações ejaculatórias, libido diminuída ou uma combinação destes sintomas.

A ligação entre LUTS e disfunção sexual está demonstrada, mas a maioria dos estudos não consegue explicar é se esta relação resulta de ambos os problemas serem mais comuns entre os doentes mais idosos, ou se existe uma relação directa entre eles independentemente da idade do doente. Estudos pretendem explorar este item, em homens com LUTS e disfunção sexual associada^{5,6}.

O frequentemente citado *Massachusetts Male Aging Study* (MMAS) mostrou que 34% dos homens entre 40 e 70 anos têm disfunção eréctil moderada a grave

Correspondência: Tomé Lopes.
Serviço de Urologia. Hospital Pulido Valente. Lisboa. Portugal.
Correio electrónico: tome.lopes@hpv.min-saude.pt

e que esta estava fortemente relacionada com a idade, diabetes, depressão e doença cardiovascular. Neste estudo os LUTS não foram considerados um risco potencial para a disfunção eréctil⁷.

No entanto, grandes estudos epidemiológicos mais recentes, que examinaram amostras clínicas e da comunidade usando várias escalas de medida, demonstraram uma consistente associação entre LUTS e disfunção sexual masculina em homens idosos, e que é independente dos efeitos da idade ou outras comorbidades^{6,8}.

De salientar, que tanto os problemas erécteis como os ejaculatórios foram mais frequentemente encontrados em homens com sintomas de LUTS moderados a graves. O *Multinational Survey of the Aging Male* (MSAM-7) veio demonstrar relação entre LUTS, disfunção sexual e satisfação sexual global^{7,9}.

Ao considerar-se que a HBP/LUTS é um factor independente para o desenvolvimento de disfunção sexual, é importante que nos resultados da terapêutica desta, sejam incorporados o seu efeito na vida sexual dos doentes.

HBP/LUTS – FUNÇÃO SEXUAL

Mais de metade dos homens acima dos 50 anos têm HBP e 15 a 30% destes sofrem de LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms). A prevalência da disfunção sexual, incluindo disfunção eréctil (DE) e anomalias na ejaculação (AE), aumenta também com a idade, tendo-se constado uma prevalência global de DE de 18,9 a 69,2%. Cerca de 42% dos homens com mais de 50 anos consideram a actividade sexual como “importante” ou “muito importante”³.

A ligação entre LUTS/HBP e função sexual começa a estabelecer-se, apesar de existir a percepção de que a HBP de *per se* não afecta adversamente a função sexual.

A alta prevalência de disfunção sexual entre doentes com HBP/LUTS comparado com homens da mesma idade e na mesma comunidade, está bem documentada⁶. Também a prevalência de LUTS foi 72% em homens com DE versus 38% naqueles sem DE⁸.

Alterações associadas à idade que podem interferir com a relação LUTS/HBP e função sexual incluem o declínio de androgénios na circulação e os efeitos de algumas medicações habituais em homens mais idosos.

O efeito incomodativo dos sintomas obstrutivos e irritativos, e a expectativa negativa em relação à performance sexual, podem interferir nesta e na qualidade de vida dos doentes com LUTS/HBP. O síndrome de dor pélvica crónica por vezes associado aos

LUTS, pode apresentar como única manifestação a dor ejaculatória, que juntando-se à DE e alterações da libido, compromete ainda mais a qualidade de vida e a função sexual destes doentes¹⁰.

Os mecanismos potencialmente responsáveis pelo aumento da disfunção sexual em homens com LUTS não são actualmente bem compreendidos. É possível que o aumento da actividade noradrenérgica associado a obstrução infra-vesical, um importante componente do LUTS, possa também interferir com o processo normal da erecção e ejaculação.

A HBP é marcada pelo aumento das concentrações e distribuição de subtipos de receptores α_1 na próstata, e estes mesmos receptores foram detectados nos tecidos do pénis, onde podem desempenhar um papel anti-erecção.

É possível que alterações nestes grupos de receptores ocorrendo no pénis possam contribuir para o desenvolvimento de disfunção sexual. A modulação autónoma dos receptores α_1 e dos seus sub-tipos fora dos tecidos do tracto genito-urinário, incluindo a medula e o sistema simpático e parassimpático, podem também estar envolvidos nos LUTS bem como na função e disfunção sexual¹¹.

Possíveis mecanismos fisiopatológicos comuns a LUTS/HBP e disfunção sexual são para além do aumento da actividade α_1 -adrenérgica, as alterações nos sub-tipos dos receptores α_1 -adrenérgicos, a diminuição da bioactividade do óxido nítrico, e o inbalanço testosterona/estrogénios⁸. Estudos multidisciplinares são necessários, e os seus resultados poderão fornecer valiosas informações acerca das opções terapêuticas mais eficazes na resolução simultânea destas patologias relacionadas com a idade⁸. No futuro, tratamentos para a DE poderão melhorar os LUTS, assim como terapêutica combinada para LUTS e DE poderá representar uma estratégia, desde que a actuação numa condição não afecte adversamente a outra.

O estudo MSAM-7 – *Multinational Survey of Aging Male* – foi realizado em larga escala, envolvendo 14000 homens entre os 50 e 80 anos, dos Estados Unidos e de seis países Europeus, que foram avaliados na relação entre LUTS e disfunção sexual. Este é o maior estudo feito até à data no que refere à prevalência de LUTS e disfunção sexual e numa amostra representativa⁷.

Na generalidade, o estudo mostra que a actividade sexual é frequente em homens mais velhos e que homens com problemas do foro sexual mostram uma maior preocupação em relação a estes. Além disso, neste estudo foi confirmada a importância de LUTS como factor de risco para a disfunção sexual em homens idosos, independentemente dos efeitos da idade, outras comorbilidades e estilo de vida.

Foi descrita disfunção erétil em quase metade (49%) dos homens. Outras comorbidades e estilos de vida (fumadores, alcoólicos) constituem igualmente factores preditores de disfunção erétil, mas não na mesma medida dos LUTS⁹. A idade e LUTS são mais fortes factores de risco para disfunção erétil e disfunção ejaculatória que a diabetes, hipertensão, doença cardíaca ou hiperlipidémia⁸.

Os distúrbios ejaculatórios foram quase tão prevalentes como a disfunção erétil: mais de 40% dos homens relataram uma diminuição ou ausência da ejaculação, que mais uma vez estava fortemente relacionada com a idade, com a presença e gravidade dos LUTS e era independente de outros factores de risco.

As implicações clínicas deste estudo são significativas. Em primeiro lugar, a actividade sexual é comum na maioria dos homens acima dos 50 anos e é um importante componente na qualidade de vida.

Os doentes mais velhos, em particular os que apresentam sintomas urinários, devem ser cuidadosamente avaliados em relação à presença de problemas sexuais, incluindo os problemas ejaculatórios. De igual modo, os homens com disfunção sexual, devem ser questionados em relação à presença de LUTS e informados dos potenciais efeitos adversos do tratamento em todos os aspectos da sua função sexual.

Noutro estudo, que envolveu 1420 doentes, confirmou-se a significativa proporção de homens com LUTS e disfunção sexual sendo os factores preditivos mais importantes a idade e o incómodo causado pelos sintomas. Para a função ejaculatória, o factor preditivo mais importante é a idade⁵.

Avaliação da função sexual nos doentes com LUTS/HBP

O reconhecimento do efeito da terapêutica da HBP sobre o desempenho sexual em doentes com LUTS/HBP, conduziu ao desenvolvimento e utilização de um conjunto de instrumentos de avaliação da função sexual, designadamente: *International Index of Erectile Function*, *Brief Male Sexual Inventory*, *ICSSex questionnaire*, *Danish Prostatic Symptom Score* e o *Male Sexual Health questionnaire*^{6,12}.

O *International Index of Erectile Function* inclui 15 itens e é um instrumento psicometricamente válido e fidedigno para a avaliação da função erétil. Foi desenvolvida uma versão abreviada (IIEF-5) focada na disfunção erétil, e satisfação com a relação sexual, para utilização na prática clínica¹³.

O *Brief Male Sexual Inventory* foi desenvolvido para uso por urologistas e inclui 11 itens que medem o líbido, erecção, ejaculação e satisfação sexual global. Pode ser utilizado na prática clínica e em investigação.

O *ICSSex questionnaire* incorpora 4 questões relativas à função sexual: erecção, ejaculação, dor/desconforto durante a ejaculação e a influência de LUTS na vida sexual.

O *Danish Prostatic Symptom Score* determina a prevalência da disfunção erétil e alterações ejaculatórias e o incómodo provocado por estas situações. Compreende três questões: erecção, volume do ejaculado e dor/desconforto durante a ejaculação.

Mais recentemente, foi desenvolvido o *Male Sexual Health questionnaire*, que avalia a função sexual e a satisfação em doentes com LUTS/HBP, na prática clínica ou em investigação. Compreende 25 itens que avaliam a erecção, ejaculação e satisfação sexual.

Apesar de tradicionalmente as avaliações incidirem na DE, o funcionamento sexual engloba outros domínios, nomeadamente a satisfação com a relação sexual, ejaculação, líbido e satisfação global. A experiência clínica com escalas de função sexual mostra uma forte relação entre LUTS e dificuldades na área sexual.

Mesmo quando ajustados à idade, os doentes com scores elevados no IPSS (*Internacional Prostatic Symptom Score*) têm pior função sexual, como definido pelo *Brief Sexual Function Inventory* e outras escalas de avaliação. Quando os doentes e as suas parceiras são questionadas em relação à história dos seus sintomas e à disfunção sexual, habitualmente referem um início concomitante de ambos os problemas.

Foi demonstrado que, tanto a prevalência como o incómodo relacionados com as disfunções sexuais estão fortemente associados à gravidade dos LUTS⁶, mesmo quando a idade e as comorbidades são tidas em consideração.

IMPACTO SEXUAL DA TERAPÊUTICA DA HBP/LUTS

Durante várias décadas, os dois tratamentos mais utilizados para a HBP foram a ressecção transuretral da próstata (RTU-P) e prostatectomia aberta e eram considerados como standard na abordagem terapêutica desta patologia³. Estão no entanto associadas com a mais alta incidência de disfunção sexual, especialmente ejaculação retrógrada, em mais de 50% dos doentes¹⁴. Os doentes devem ser claramente informados acerca destes efeitos colaterais, antes de qualquer tipo de procedimento cirúrgico.

Actualmente, nos países desenvolvidos, a terapêutica médica é a mais utilizada, e a maioria dos doentes são tratados para melhorar a sua qualidade de vida, mais do que para tratar complicações associadas à HBP. Este é um dos motivos pelo qual os efeitos na função sexual, um importante factor na avaliação da qualidade

de vida dos doentes, está a ser estudado com maior frequência após terapêutica médica da HBP.

Contudo, o impacto da terapêutica da HBP na função sexual pode variar de estudo para estudo. Num estudo longitudinal multicêntrico, realizado na Holanda em 670 doentes consecutivos com HBP, e tratados com cirurgia, α_1 -bloqueadores, finasteride ou seguidos com vigilância, os resultados encontrados causaram surpresa¹⁵. Se uma reduzida função eréctil foi observada em 5 a 7% dos doentes submetidos a cirurgia, em cerca de 10%, inesperadamente, houve uma melhoria da função sexual. A vigilância esteve também associada a melhorias e deterioração dos vários aspectos da função sexual, suportando que outros mecanismos podem ser importantes, o que ainda complica mais uma correcta interpretação da função sexual após terapêutica da HBP.

Terapêutica médica

Antagonistas dos receptores α_1

Após identificação dos bloqueadores dos receptores α_1 como os principais mediadores da contracção do músculo liso da próstata, estes fármacos tornaram-se os de primeira linha no tratamento da HBP. As drogas de primeira e segunda geração incluem a prazosina, doxazosina e a terazosina. Mais recentemente, foram introduzidos dois agentes que se referem como selectivos para um ou mais subtipos de receptores α_1 , a tamsulosina e a alfuzosina. Ambos são referidos como apresentando uroselectividade clínica e melhor tolerabilidade que os bloqueadores α_1 tradicionais³. Os α_1 bloqueantes não têm efeito anti-androgénico e não têm efeitos negativos no libido ou na função eréctil⁶.

Os antagonistas dos receptores α_1 utilizados no tratamento de LUTS/HBP podem ter um efeito independente, positivo na Disfunção Eréctil (DE) pela capacidade que têm de relaxarem o músculo liso dos corpos cavernosos^{6,12}. Assim, apesar dos benefícios do tratamento com antagonistas dos receptores α_1 se deverem em parte ao alívio dos sintomas de LUTS/HBP, estas drogas podem também ter um efeito independente positivo na função sexual². A aumentada qualidade de vida após o tratamento com sucesso dos LUTS, pode também contribuir para a melhoria global da sexualidade.

A norepinefrina estimula a contracção dos corpos cavernosos e dos vasos penianos, principalmente pela estimulação de subtipos de receptores α_1 . A evidência de melhoria de função sexual após tratamento com antagonistas dos receptores α_1 fornece uma excelente fonte de estudo para investigação clínica, de modo a ser avaliado directamente este efeito⁶.

Agentes não-selectivos: Terasozina e Doxazosina

A Terasozina e Doxazosina são bloqueadores dos receptores α não-selectivos e foram originalmente desenvolvidos pelas suas propriedades anti-hipertensoras. Ambos os agentes são eficazes no alívio de sintomas da HBP, mas podem estar associados a efeitos secundários cardio-vasculares, como tonturas, astenia e hipotensão postural³. Em geral não provocam um impacto negativo na função sexual dos doentes tratados.

Agentes Uroselectivos: Tamsulosina e Alfuzosina

A Tamsulosina e Alfuzosina são agentes considerados como uroselectivos actuando preferencialmente no tracto urinário inferior.

Apesar de não terem sido detectadas diferenças significativas na libido ou disfunção eréctil (DE), as alterações da ejaculação ocorreram mais frequentemente com a tamsulosina. Distúrbios da ejaculação (ex. falha na ejaculação, ejaculação retrógrada e diminuição do ejaculado) foram descritas com uma frequência de 8,4% com a dose de 0,4 mg e 18,1% com a dose de 0,8 mg².

Não parece haver um aumento da DE com a utilização da Alfuzosina. No estudo ALFORTI com duração de 3 meses, não se verificou a presença de alterações da ejaculação (AE) em qualquer um dos três grupos de tratamento. No estudo ALFUS, controlado com placebo e também com duração de 3 meses, com tratamento com Alfuzosina 10 mg/dia houve uma redução de 3,6 pontos na avaliação IPSS e sem efeitos adversos na função sexual.

A alfuzosina pode melhorar alguns aspectos da função ejaculatória, nomeadamente o volume do ejaculado e a dor/desconforto durante ejaculação⁸.

Fitoterapia

Os extractos de plantas como a *Serenoa Repens* são amplamente utilizados no tratamento dos LUTS secundários à HBP. Num estudo que compara os efeitos sobre a função sexual da tamsulosina, do finasteride e da *Serenoa Repens*¹⁴, conclui-se que a utilização desta não modifica o interesse sexual, a erecção, o orgasmo ou a função ejaculatória.

Finasteride

O tratamento com Finasteride, um competidor activo para o receptor da 5α -reductase, diminui o tamanho da próstata em 19% ao fim de um ano e em 27% ao fim de 3 anos. As maiores reduções ocorrem em homens com próstatas maiores no início da terapêutica. O Finasteride também demonstrou uma melhoria no fluxo urinário e no alívio dos sintomas assim como reduz a possibilidade de retenção urinária e de necessidade de cirurgia.

Está associado a sintomas adversos importantes na função sexual em aproximadamente 10% dos doentes, o que levou a um abandono da terapêutica em vários⁸. Num estudo prospectivo, duplamente cego, com duração de 2 anos em que foi administrado Finasteride 5 mg/dia, verificou-se desenvolvimento de DE em 15,8% dos casos, diminuição da libido em 10% dos casos e AE em 7,7% dos casos³.

A razão para o efeito negativo do Finasteride na função erétil e sexual pode estar relacionada com a redução de dihidrotestosterona, associada ao uso deste fármaco. Também é bem conhecido que o óxido nítrico (ON) e a ON sintase são mediadores na função erétil normal. Um estudo recente demonstrou que os androgénios estimulam a expressão de ON nos corpos cavernosos de ratos e que a dihidrotestosterona é mais potente que a testosterona no aumento da expressão de ON sintase. Assim, o Finasteride pode interferir na função erétil através da redução dos níveis de ON e ON sintase nos corpos cavernosos².

Dutasteride

O Dutasteride é um inibidor de ambas as isoenzimas da 5 α -reductase e foi demonstrado que reduz o risco de retenção urinária aguda e a necessidade de cirurgia em homens com HBP. São esperados os mesmos efeitos adversos que os do Finasteride, uma vez que estes estão directamente relacionados com o mecanismo de acção da droga³. Efeitos adversos (diminuição da libido, ejaculação anómala, ginecomastia e impotência), ocorreram mais frequentemente com o Dutasteride que com o placebo⁸.

Terapêutica Combinada

Em contraste com os bloqueadores dos receptores β , os inibidores da 5 α -reductase não actuam rapidamente, e frequentemente demoram 6 meses a 1 ano a fazerem efeito. A terapêutica combinada pode estar indicada em doentes com LUTS/HBP, com elevado risco de progressão para retenção urinária e/ou cirurgia.

Esta terapêutica comporta no entanto, um risco cumulativo para efeitos adversos na função sexual^{6,8}.

Terapêutica cirúrgica

A ressecção transuretral da próstata (RTU-P), é habitualmente considerada o *gold standard* no tratamento cirúrgico da HBP. Com o desenvolvimento de opções cirúrgicas menos invasivas, nos Estados Unidos, a realização de RTU-P declinou para quase 50%, nas duas últimas décadas. A tendência é reservar a

RTU-P para doentes com sintomas graves ou para aqueles onde o tratamento médico não teve sucesso.

Houve recentemente uma maior atenção aos resultados desta intervenção no que se refere à qualidade de vida e à sexualidade¹⁶. O potencial efeito negativo da RTU-P na função sexual constitui uma das razões para a insatisfação dos doentes relativamente a este procedimento.

A taxa de incidência de disfunção erétil após RTU-P é classicamente referida como ocorrendo em 5 a 40% dos doentes^{4,17,18}. Estudos mais antigos (retrospectivos) sugerem mais altas taxas de impotência, mas estudos mais recentes (prospectivos) tendem a referir taxas mais baixas.

Uma meta-análise retrospectiva de resultados em 3304 doentes que foram submetidos a prostatectomia revelou alta incidência de disfunção sexual após cirurgia. Verificou-se a existência de algum grau de disfunção erétil em 15,6% dos doentes submetidos a prostatectomia aberta, em 13,6% dos submetidos a RTU-P e em 4,6% dos submetidos a TUI-P (incisão transuretral da próstata). Nesta mesma população 65,0% a 80,8% dos doentes que foram submetidos a prostatectomia relataram ejaculação retrógrada comparados com 70,4% dos submetidos a RTU-P e a 38,8% dos submetidos a TUI-P².

Num estudo prospectivo, 31% de 1339 homens que não tinham disfunção erétil no pré-operatório referiram algum grau de disfunção erétil no 3.º mês pós-operatório². Outros referem uma taxa de DE de 6% após 3 meses da cirurgia¹². Num estudo que comparou vigilância com RTU-P, não houve aumento de impotência nos doentes tratados e seguidos por um período de 3 anos. Mais importante foi a observação dum declínio de 20% na função erétil durante o período de 3 anos no grupo não tratado e para os mesmos grupos etários¹.

Em geral, a maioria dos doentes mantém uma função sexual estável depois de RTU-P. No entanto existem factores de risco pré operatórios, como a doença cardiovascular que aumentam a possibilidade de disfunção sexual depois do procedimento¹. Noutro estudo¹⁹, que utilizou parâmetros objectivos para avaliar a incidência de DE após RTU-P, verificou-se que esta atingia os 14%, mas só quando existiam factores de risco pré operatórios como Diabetes ou um score de IIEF-5 menor que 21. Sem os factores de risco mencionados, a RTU-P é um procedimento seguro relativamente à função sexual.

A principal disfunção sexual que ocorre com a RTU-P é a ejaculação retrógrada, em 50 a 84% dos doentes, enquanto a TUI-P, procedimento menos invasivo utilizado em próstatas com volume até 30cc, provoca uma menor taxa de ejaculação retrógrada,

cerca de 11%¹². Apesar da elevada taxa de ejaculação retrógrada depois de RTU-P, foi estimado que em doentes idosos, desde que correctamente informados desta possibilidade antes da operação, representa uma consequência menor⁴.

A prostatectomia aberta é hoje utilizada em próstatas com volumes superiores a 80cc. Com elevadas taxas de ejaculação retrógrada, estudos utilizaram o IIEF na avaliação da relação entre a idade e disfunção sexual em doentes submetidos a esta intervenção²⁰. Verificou-se que os doentes mantiveram o desejo sexual, o orgasmo e a erecção, considerando que a satisfação sexual global não foi significativamente alterada.

Nos últimos anos foram desenvolvidas várias alternativas à RTU-P, minimamente invasivas com o objectivo duma menor morbilidade com os mesmos resultados. Estas alternativas incluem a Termoterapia transuretral (TUMT), o Laser intersticial (ILC), a ablação transuretral por agulhas (TUNA), a Vaporização e enucleação prostática com Laser, entre outras de menor utilização.

Foram escassos os estudos prospectivos que avaliaram o impacto de cirurgias minimamente invasivas na actividade sexual. Alguns resultados sugeriram dor e desconforto com a ejaculação mas também a ocorrência de ejaculação retrógrada (18%), diminuição do volume do ejaculado e redução da função eréctil³.

Os resultados de estudos recentes sugerem que a Termoterapia afecte menos negativamente a função sexual que a RTU-P². Em doentes submetidos a Termoterapia ou a RTU-P, foi-lhes solicitado que respondessem a um questionário de auto-avaliação da função sexual (libido, qualidade da erecção, ejaculação, e satisfação global sexual) antes e após 3 e 12 meses da terapêutica cirúrgica. Apesar de se ter verificado uma melhoria em ambos os grupos a termoterapia mostrou ser superior à RTU-P no que refere às alterações da função sexual. Na generalidade, 36% dos doentes pós-RTU-P demonstraram perturbações sexuais, comparativamente aos pós-termoterapia com valores de 17%.

Assim, em relação à RTU-P as técnicas cirúrgicas minimamente invasivas como termoterapia, coagulação intersticial com Laser e TUNA podem ser vantajosas no que respeita ao impacto na função sexual, particularmente no que refere a anomalias da ejaculação, que varia de 4 a 50% nestas técnicas¹⁷.

CONCLUSÕES

A prevalência de LUTS/HBP e disfunção sexual aumentam linearmente com a idade. A função sexual normal contribui substancialmente para a qualidade

de vida e está frequentemente comprometida nos homens com LUTS/HBP. Os resultados recentes de estudos de larga escala, demonstram que LUTS associada com HBP é um factor de risco independente para a disfunção sexual masculina.

O efeito dos bloqueadores dos receptores α na função sexual merece uma melhor atenção, uma vez que estudos clínicos recentes sugerem que estes agentes podem afectar vários aspectos da disfunção sexual, particularmente na DE. Na generalidade, o uso de bloqueadores dos receptores α , não só reduz eficazmente os sintomas de LUTS/HBP como preserva e em alguns casos pode melhorar a função eréctil.

Os inibidores da 5 α redutase podem causar alterações na libido, na ejaculação e na função eréctil. O mesmo se passa com a terapêutica combinada.

A ejaculação retrógrada ou anormal ocorre com uma frequência superior a 50% após tratamento cirúrgico de LUTS/HBP. No entanto, todos os tratamentos cirúrgicos, incluindo as técnicas minimamente invasivas, podem ter num aspecto da função sexual um impacto negativo e noutro, um impacto positivo. Nenhum dos tratamentos cirúrgicos parece ter um marcado efeito a longo prazo na função eréctil ou na libido.

Dado o aumento da incidência de comorbilidade sexual em doentes com HBP, o impacto (negativo ou positivo) da terapêutica na função eréctil e ejaculatória deve ser um componente importante na escolha e selecção da terapêutica mais adequada para a HBP.

Bibliografia

1. Giorgi GD, 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. *Archivio italiano di urologia e andrologia*. 2005;77:143-5.
2. Thayne R Larson. Current treatment options for benign prostatic hyperplasia and their impact on sexual function. *Urology*. 2003;61:692-8.
3. Ajay Nehra. Selecting therapy for maintaining sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia. *BJU International*. 2005;96:237-43.
4. Tuhkanen K, Heino A, Aaltoma S, Ala-Opas M. Sexual function of LUTS patients before and after Neodymium Laser Prostatectomy and Transurethral Resection of Prostate, *Urol Int*. 2004;73:137-42.
5. SC Sak, Z Hussain, C Johnston, I Eardley. Current What is the relationship between male sexual function and lower urinary tract symptoms. *European Urology*. 2004;46:482-7.
6. Franklin C Lowe. Treatment of lower urinary tract symptoms suggestive of benign hyperplasia: sexual function. *BJU International*. 2005;95 suppl 4:12-8.
7. Feldman HA et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol*. 1994;151:54-61.
8. Rosen R, Giuliano F Altwein, Carson CC. Sexual dysfunction and lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BPH), *European Urology*. 2005;47:824-37.
9. Rosen R, Altwein J, Boyle P, Kirby RS, Lukacs B, Meuleman E, O'Leary MP, Puppò P, Robertson C, Giuliano F. Lower urinary tract symptoms and male sexual dysfunctions: the mul-

- tinational survey of the aging male. *European Urology*. 2003; 44:637-49.
10. Nickel JC, Elhilali M, Vallancien G. Benign prostatic hyperplasia (BHP) and prostatitis: prevalence of painful ejaculation in men with clinical BHP. *BJU International*. 2005;95:571-4.
 11. Schwinn DA. The role of adenergetic receptor subtypes in lower urinary tract symptoms. *BJU Int*. 2001;88 suppl 2:27-34.
 12. Hegarty PK, Hegarty NJ, Fitzpatrick JM. Sexual function in patients with benign prostatic hyperplasia, *Current Urology Reports*. 2001;2:292-6.
 13. Rosen Rc, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5 item version of the International Index of Erectile Function as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res*. 1999;11:319-26.
 14. Zlotta AR, Teillac P, Raynaud JP, Schulman CC. Evaluation of male sexual function in patients with lower urinary tract symptoms (LUTS) associated with benign prostatic hyperplasia (BHP) treated with benign phytotherapeutic agent (Permixon) 18.
 15. Lelliefeld HHJ, Stoevelaar HJ, McDonnell J. Sexual function before and after various treatments for symptomatic BPH. *BJInt*. 2002;89:208-13.
 16. Deliveliotis C, Liakouras C, Delis A, Skolarikos A. Prostate operations: long-term effects on sexual and urinary function and quality of life. Comparison with an age-matched control population. *Urol Res*. 2004;32:283-9.
 17. Vahan S Kassabian. Sexual function in patients treated for benign prostatic hyperplasia. *The Lancet*. 2003;361:60-2.
 18. Hosnek A, Abbou CC. Impact of interventional therapy for benign prostatic hyperplasia on quality of life and sexual function, *Current Urology Reports*. 2001;2:311-7.
 19. Taher A. Erectile dysfunction after transurethral resection of the prostate: incidence and risk factors. *World J Urol*. 2004;22:457-60. Tamsulosinor Finasteride, *European Urol*. 2005;48:269-76.
 20. Gacci M et al. Urinary symptoms, quality of life and sexual function in patients with BPH before and after prostatectomy: a prospective study. *BJU Int*. 2002;91:196-200.