Informação para Doentes

Português

Disfunção Erétil

eauPI
Patient Information

Tabela de conteúdos

O que é a DE? **3**
A DE é frequente? 3
O que causa a DE? 3
Doença cardiovascular e DE 3
Sintomas urinários e DE 3
Fatores psicológicos de risco para DE 4

Diagnóstico da DE **4**
História médic 4
História sexual 4
Questionários 4
Exame objectivo 4
Avaliação do risco cardiovascular 4
Outros testes 5

Tratamento da Disfunção Erétil (DE) **5**
Educação e aconselhamento conjugal 5
Aconselhamento no estilo de vida 5
Inibidores da 5-Fosfodiasterase 5
Terapêuticas Tópicas 6
Dispositivo de Vácuo 7
Tratamento com Ondas de Choque 7
Injecções Intra-cavernosas 8
Próteses penianas 9

DE após o tratamento para a neoplasia da próstata localizada **10**
Porque está associado o tratamento da neoplasia da próstata com problemas de ereção? 10
Prostatectomia radical 10
Radioterapia 10
Serei capaz de obter ereções normais após o tratamento? 11

Viver com DE **11**
Relações pessoais e sexo 11
A procura de ajuda 12
Questões ao medico 12

Glossário de termos **13**

Este folheto faz parte da Informação da EAU para Doentes sobre Disfunção Erétil . Contém informações gerais sobre esta doença. (Em caso de existirem) Se tiver quaisquer perguntas específicas sobre a sua situação médica individual deverá consultar o seu médico ou outro profissional de saúde. Nenhum folheto pode substituir uma (consulta presencial) conversa pessoal com o seu médico.

Esta informação foi produzida pela *European Association of Urology* [Associação Europeia de Urologia] (EAU), em colaboração com a *Section of Andrological Urology* [Secção de Urologia Andrológica] da EAU (ESAU) e a *Young Academic Urologists [Jovens Urologistas]* (YAU).

Colaboradores:
Dr. Maarten Albersen – Lovaina, Bélgica
Dr. Eduardo García-Cruz – Barcelona, Espanha
Prof. Dr. Kostas Hatzimouratidis – Tessalónica, Grécia
Prof. Dr. Markus Margreiter – Viena, Áustria
Dr. Ege Can Serefoglu – Istambul, Turquia
Dr. Chaira Simonelli – Roma, Itália
Prof. Dr. Wolfgang Weidner – Giessen, Alemanha

Tradutores:
Dr. João Dores – Lisboa, Portugal
Dr. Francisco Fernandes – Lisboa, Portugal

O conteúdo deste folheto está de acordo com as orientações da EAU.

Esta informação foi atualizada em maio de 2015.

Pode encontrar esta e outras informações sobre doenças urológicas no nosso site:
http://patients.uroweb.org

O que é a DE?

A disfunção erétil (DE) é uma patologia sexual masculina comum. Consiste na (impossibilidade) incapacidade de obter ou manter uma ereção que permita atividade sexual satisfatória. Pode ocorrer ocasionalmente ou regularmente, com ou sem causa evidente. Alguns homens com DE não conseguem obter qualquer ereção.

A disfunção eréctil não é uma doença que coloque o doente em perigo de vida, mas pode ter um impacto negativo na sua qualidade da vida e na do seu parceiro sexual.

A DE é frequente?

A DE é uma patologia comum nos homens de todas as idades e etnias. O risco de DE aumenta com a idade.

O que causa a DE?

Uma causa comum de DE é a doença cardíaca. Outras causas comuns são:

- Diabetes
- Lesão nos nervos do pénis ou da área pélvica
- Cirurgia pélvica
- Radioterapia na área pélvica
- Baixos níveis de testosterona
- Doença neurológica, ex. Parkinson

Doença cardiovascular e DE

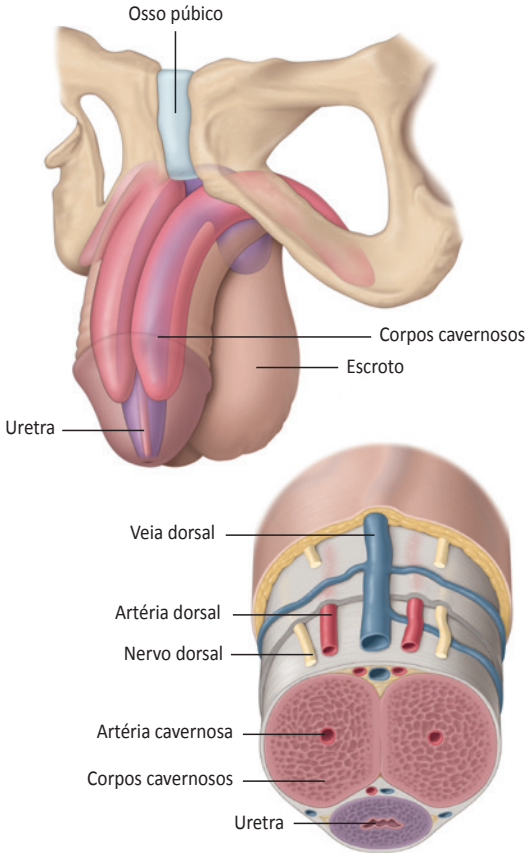
A DE e a doença cardiovascular partilham fatores de risco comuns, como a obesidade, o tabagismo, (a dislipidemia) o colesterol elevado a hipertensão arterial e a falta de exercício físico. A DE pode ser um sinal precoce de doença cardíaca, uma vez que problemas com a circulação sanguínea afetam a função erétil. (Isto explica porque) É por este motivo que os homens com DE devem procurar ajuda médica para rastreio de doença cardíaca.

Sintomas urinários e DE

A DE está frequentemente associada a sintomas urinários, como frequência urinária, noctúria e urgência. Frequentemente estes sintomas estão relacionados com hiperplasia benigna da próstata (HBP). Não é claro se os sintomas urinários podem causar DE mas, em geral, a DE agrava-se quando os sintomas urinários se agravam.

O que é uma ereção?

Obter uma ereção é um processo que inclui elementos físicos, hormonais e psicológicos. O pénis é constituído por tecido mole, esponjoso e elástico que se enche de sangue para aumentar de tamanho e se tornar rígido. À volta do tecido esponjoso e da próstata existem nervos que enviam sinais para que os vasos sanguíneos forneçam o sangue (**Fig. 1**). Estes sinais são controlados pela hormona masculina testosterona.



©2018 patients.uroweb ALL RIGHTS RESERVED

Fig. 1: Anatomia do pénis.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

Fatores psicológicos de risco para DE

Alguns problemas do foro psicológico têm sido associados com a DE. Estes incluem:

- Ansiedade
- Depressão
- Sentimentos de anomalia da personalidade
- Baixa de autoestima
- Incapacidade para descrever emoções
- Stress

As ideias sociais sobre a forma como o homem e a mulher devem interagir também contribuem para a DE. Estas podem incluir expectativas irrealistas sobre amor e sexualidade, e modelos masculinos e femininos inapropriados.

Por vezes, a DE não só a causa, mas também o resultado de relações não satisfatórias ou disfuncionais. Frequentemente é difícil descobrir o que surgiu primeiro.

Diagnóstico da DE

A Disfunção Erétil (DE) é um problema que necessita do diagnóstico correto para que se consiga um tratamento apropriado.

A discussão da DE com o Médico de Família ou Urologista pode ser desconfortável, mas é importante que o faça. Em conjunto poderá discutir o tratamento mais correto para si.

Esta secção descreve os diferentes testes que o seu Médico pode necessitar para avaliar a situação. Oferece informação geral sobre o diagnóstico da DE. Tenha em atenção que pode haver variabilidade entre diferentes países.

História médica

O seu Médico irá obter uma história médica para compreender o seu estado geral de saúde. Como parte da história o seu Médico irá questioná-lo acerca de todas as patologias que poderá ter.

O seu Médico poderá questioná-lo se:

- Toma medicação habitual
- Fuma
- Quando e quanto bebe
- Ingere álcool ou café
- Utiliza drogas recreativas regularmente
- Foi submetido a cirurgia pélvica
- Tem problemas cardíacos
- Tem alterações hormonais
- Tem problemas psicológicos

História sexual

O seu Médico irá questioná-lo sobre a sua vida sexual, o que poderá ser muito pessoal, mas necessário para um diagnóstico correto. Algumas das questões poderão ser:

- O estado das suas relações anteriores
- O estado da sua relação sexual atual
- Quando se iniciou o problema de ereção
- Quanto tempo se prolongou o problema de ereção
- Já recorreu a outro Médico para resolver o problema de DE
- Já efetuou tratamento para DE

O seu Médico irá pedir-lhe que descreva a rigidez e a duração das ereções matinais e das sexualmente estimuladas. Irá também questioná-lo acerca de problemas com o inicio da ereção, ejaculação ou orgasmo.

Se tiver parceira sexual esta deverá participar na consulta.

Questionários

O seu Médico poderá pedir-lhe que responda a questionários utilizados para avaliar diferentes aspetos da sua saúde sexual. Os mais comuns são:

- The International Index for Erectile Function (IIEF)
- The Sexual Health Inventory for Men (SHIM)
- The International Prostate Symptom Score (IPSS)
- The Clinical Depression Questionnaire

Exame objectivo

O Médico irá efetuar um exame físico completo para avaliar alterações ao nível do pénis, escroto ou testículos. Para avaliar doença cardíaca o Médico irá efetuar uma medição da tensão arterial, frequência cardíaca e requisitar analises sanguíneas para determinar o nível de colesterol. Será realizado um toque rectal para avaliar o tamanho, forma e consistência da próstata. Se necessário será avaliado o antigénio específico da próstata (PSA) no sangue. Para avaliar a diabetes poderá ser pedido uma medicação do nível de glicose no sangue. Poderá também ser necessário efetuar uma medição do nível de testosterona. Isto é também efetuado através de analise ao sangue.

Avaliação do risco cardiovascular

Devido à relação entre DE e doença cardíaca o Médico habitualmente efetua uma avaliação do risco cardíaco como parte do diagnóstico. O seu Médico poderá ainda referenciá-lo a um cardiologista para outra avaliação ou para a realização de testes específicos como a “prova de esforço”.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

Outros testes

Em alguns casos pode ser necessária a realização de outros testes. Estes podem incluir

- Rigidometria peniana noturna
- Teste da injeção intracavernosa
- Raio-X com contraste para avaliação dos vasos
- Imagiologia do pénis

A utilização destes testes na avaliação inicial da DE não é comum e são somente utilizados se o seu médico necessitar de informação adicional para avaliar a sua situação pessoal.

Se necessário, o seu médico pode referencia-lo a um neurologista, psiquiatra, andrologista ou endocrinologista para a realização de testes subsequentes.

Tratamento da Disfunção Erétil (DE)

A Disfunção Erétil (DE) constitui uma patologia comum e embora não esteja associada a risco de vida, afecta negativamente a qualidade de vida dos doentes. Existem muitas formas de tratamento para a DE, e por isso, deve ser discutido com o seu médico, a melhor opção para si.

Educação e aconselhamento conjugal

Uma parte importante do tratamento da DE reside na compreensão da doença e no impacto que esta tem na intimidade dos casais. Actualmente o seu médico irá ter uma abordagem mais completa, direccionada não só para a componente física, mas também psicogénica.

Está demonstrado que o aconselhamento psicológico consegue ser mais eficaz que o tratamento da sintomatologia física isoladamente. Para o casal, é benéfico que o companheiro compreenda a doença, como se manifesta e quais os tratamentos à disposição.

É muito importante perceber que o tratamento da disfunção erétil, é um tratamento individual e que nem sempre os resultados são idênticos.

Aconselhamento no estilo de vida

Melhorar a sua saúde de forma global, terá um impacto naturalmente positivo na sua doença. O seu médico irá aconselhá-lo a parar de fumar, reduzir o consumo de álcool e praticar desporto regularmente.

Dependendo da sua dieta, o seu médico poderá ajustar os seus hábitos alimentares. Regra geral, a dieta deve ser pobre em açúcar, sal e gorduras.

Inibidores da 5-Fosfodiasterase

Os inibidores da 5-Fosfodiesterase(PDE5Is) são o grupo de medicamentos de primeira linha no tratamento da DE. Actuam no relaxamento da musculatura lisa do vasos do pénis, aumentando o fluxo sanguíneo. Sem estimulação sexual apropriada, não conseguem gerar erecção.

Existem 4 PDE5Is aprovados:

- Sildenafil(Viagra)
- Tadalafil(Cialis)
- Vardenafil(Levitra)
- Avanafil(Spedra)

Todos os PDE5Is são igualmente eficazes.

O tipo de fármaco seleccionado pelo seu médico vai depender da sua actividade sexual e da sua experiência pessoal. A eficácia destes medicamentos originou o aparecimento de muitos outros não aprovados para venda ao público, que podem ser tóxicos para a sua saúde. Nesse sentido deverá informar-se, sempre, com o seu médico antes de comprar ou tomar medicação para a DE.

Sildenafil

O sildenafil é o mais antigo PDE5I disponível no mercado. Comercializados na forma de comprimido e nas doses de 25, 50 e 100 mg. A dosagem deve ser adequada às suas necessidades e o efeito ocorre geralmente 30-60 minutos após a toma. A duração pode alcançar 12 horas ou mais. A absorção e eficácia deste medicamento é prejudicada pelo consumo de alimentos ricos em gordura, logo, devem ser evitados esse tipo de alimentos antes da toma de sildenafil.

Tadalafil

O Tadalafil é comercializado em comprimido e nas doses de 5, 10 e 20 mg. A dosagem deve ser adequada às suas necessidades e o efeito ocorre geralmente 30 minutos após a toma. O pico de eficácia é atingido 2 horas após a toma, e o seu efeito pode permanecer por 36 horas. Ao contrário de outros PDE5Is, os alimentos não têm qualquer efeito na absorção e eficácia do Tadalafil.

Vardenafil

O Vardenafil é comercializada na forma de comprimido ou dissolvable tablet? Nas doses de 5, 10 e 20 mg. A dosagem deve ser adequada às suas necessidades e o efeito ocorre

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

geralmente 30 minutos após a toma. À semelhança do Sildenafil, alimentos gordurosos prejudicam a absorção e eficácia do medicamento.

Avanafil

O mais recente PDE5I do mercado. Comercializado na forma de comprimido e nas doses de 50, 100 e 200 mg. A dosagem deve ser adequada às suas necessidades e o seu efeito ocorre cerca de 15-30 minutos após a toma. Os alimentos podem atrasar o seu efeito.

Efeitos adversos

Os PDE5Is podem causar cefaleias(dores de cabeça), rubor(vermelhidão) da face, dispepsia(acidez gástrica), congestionamento nasal e tonturas. Em particular, o Vardenafil pode estar associado a alterações da visão ; Ao Tadalafil e Avanafil estão associadas dores musculares mais frequentemente na região lombar.

Em que situações os PDE5Is não são recomendados?

A utilização de PDE5Is está totalmente contra-indicada nos doentes que fazem medicação com nitratos(Pex. Nitroglicerina, dinitrato de isossorbido). A utilização simultânea de um PDE5I com estes medicamentos pode desencadear uma queda importante e perigosa da pressão arterial. Não está recomendada a utilização de qualquer tipo de PDE5Is em doentes que tenham tido Enfarte agudo do miocárdio, AVC ou arritmia grave nos últimos 6 meses, bem como doentes com hipotensão (PA<90/50 mmHg), com hipertensão (PA>170/100 mmHg), angina instável ou angina relacionada com a actividade sexual e Insuficiência cardíaca classe 2. Em caso de dúvida, deve discutir com o seu médico.

E se os PDE5Is não funcionam?

Se acredita que o medicamento não está a fazer efeito, é importante perceber a causa. Para isso deve responder às seguintes questões:

- Utilizou o medicamento pelo menos 4 vezes diferentes?
- Utilizou a dose máxima do medicamento?
- Existiu estimulação sexual suficiente após a toma do medicamento?

! **Curiosidade**
Sildenadil, conhecido pelo seu norme comercial Viagra®, é o medicamento mais famoso e mais antigo no tratamento da DE. Embora tenham surgido novas drogas, ainda contitui mais de 40 % das prescrições de PDE5Is.

Se mesmo com a toma correcta e na dose máxima o PDE5I continua ineficaz, discuta outra opção terapêutica com o seu médico.

Terapêuticas Tópicas

O que são as terapêuticas tópicas?

As terapêuticas tópicas referem-se a medicamentos que são aplicados directamente na pele. Existem duas formulações específicas de Alprostadil que foram aprovadas para terapêutica tópica. A primeira trata-se de uma bisnaga que se insere directamente na ponta do pénis(intra-uretral). A segunda trata-se de um creme que se aplica externamente ao nível do meato uretral, na ponta do pénis.

Quando devo considerar as terapêuticas tópicas?

O Alprostadil é um medicamento bem conhecido no tratamento da disfunção erétil. É frequentemente considerado um medicamento de segunda linha, embora também possa ser considerado de primeira linha em diversas situações. As principais vantagens do alprostadil creme são os raros efeitos adversos bem como ausência de interacção com outros medicamentos(p.ex medicamentos para a pressão arterial e/ou medicamentos que aumentam a fluidez do sangue como as heparinas ou varfarina).

Como funcionam as terapêuticas tópicas?

O Alprostadil é absorvido pela mucosa da uretra relaxando o tecido músculo liso dos vasos sanguíneos do pénis, aumento a sua irrigação. O Alprostadil creme inclui na sua formulação um estimulador da permeabilidade, aumentando e facilitando a sua absorção. O mecanismo de acção é semelhante ao do Alprostadil intra-uretral.

Em que situações não estão recomendadas as terapêuticas tópicas?

O Alprostadil não deve ser utilizado em caso de alergias ou caso tenha:

- Anemia das células falciformes
- Leucemia
- Tumor da medula óssea (mieloma múltiplo)
- Curvatura do pénis
- Fibrose peniana
- Implante peniano

Quais são os efeitos adversos?

Os efeitos adversos mais comuns com o alprostadil intra-uretral são a dor local e tonturas com possível hipotensão associada. Em certos casos, pode existir hemorragia pela uretra ou infecção do tracto urinário. A fibrose e/ou priapismo são situações raras.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

O Alprostadil tópico tem a vantagem de serem raros os efeitos adversos sistémicos. Os efeitos adversos são sobretudos locais, incluindo o eritema, sensação de queimadura e/ou dor no pénis.

Para garantir que é segura a utilização do alprostadil, esclareça com o seu médico se tem:

- História de distúrbios da coagulação
- Doença cardíaca ou tensão arterial alta(hipertensão)
- Doença que possa ser transmitida pelo sangue(Hepatite e/ou HIV)

Use sempre preservativo para evitar a transmissão deste medicamento ao seu parceiro/a.

Dispositivo de Vácuo

O que é uma bomba de Vácuo(BV)?

Uma bomba de Vácuo é um dispositivo de forma cilíndrica que traz um anel de borracha ou silicone que se coloca na base do pénis e permite originar e manter uma erecção.

Quando devo considerar a utilização de um BV?

Devo considerar a utilização de um DE quando os PDE5Is não foram eficazes. As BV também constituem uma alternativa nos doente que não podem ou não querem tomar PDE5Is.

Como funciona uma BV?

Após colocação do cilindro no pénis, o vácuo é criado através de uma bomba manual ou electrónica que remove o ar dentro do cilindro. Este processo de vácuo direcciona sangue para o pénis, tornando-o tumescente e posteriormente erecto (**Fig.2**).

Após a remoção do bomba de vácuo a erecção é mantida pela colocação de um anel constritivo de borracha ou silicone que se coloca na base do pénis. O anel não deve permanecer por mais de 30 minutos.

É importante compreender que o sangue direccionado para o pénis se trata de sangue venoso. Como resultado, o pénis apresenta uma temperatura mais fria ao toque e uma tonalidade mais azulada. Esta situação pode colocar o parceiro desconfortável e deve ser comunicada e discutida com o seu médico.

É muito importante não esquecer que o anel deve ser retirado após ultrapassar os 30 minutos. O sangue aprisionado no pénis é pobre em oxigénio, podendo originar lesões isquémicas na pele do pénis. O anel deve ser de borracha ou silicone e nunca de aço ou materiais duros, pois pode ser difícil a sua remoção.

Em que situações as BV não estão recomendadas?

Estes dispositivos não estão recomendados nos doentes que se encontram anticoagulados ou se apresentam algum distúrbio da coagulação.

Quais são os efeitos adversos das Bombas de Vácuo?

As BV podem causar mais frequentemente desconforto, dificuldade na ejaculação durante o orgasmo e discretos hematomas da pele do pénis. A necrose da pele do pénis só ocorre caso o anel seja utilizado por mais de 30 minutos.

Tratamento com Ondas de Choque

O que é o tratamento com Ondas de Choque?

O tratamento com Ondas de Choque (Extracorporeal Shock-Wave Therapy -ESWT) consiste em aplicar pulsos de ondas de choque de baixa intensidade no pénis, de forma a melhorar a função eréctil. É um procedimento realizado geralmente em várias sessões.

Actualmente, o ESWT está a ser investigado como um novo tratamento para DE, não sendo considerado um tratamento standard ou de primeira linha. Como se trata de uma terapêutica que necessita de um aparelho específico, fale com o seu médico sobre a indicação para o fazer e se o equipamento está disponível no seu hospital.

Quando devo considerar a ESWT?

Qualquer situação em que a toma de PDE5Is esteja contra-indicada, esta terapêutica pode ser ponderada, no entanto, é necessário compreender que esta alternativa terapêutica ainda não é considerada standard no tratamento da DE.

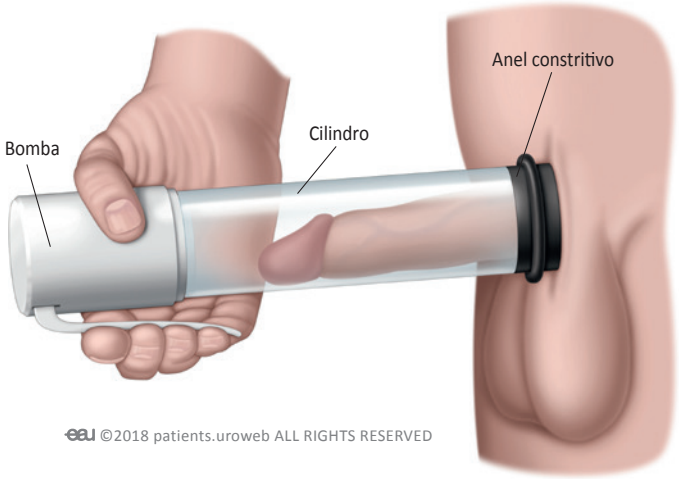


Fig. 2: Bomba de vácuo comum com activação manual.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

Como funciona?

O racional desta terapêutica assenta em provocar pequenas lesões no tecido peniano de forma a originar a formação de novos vasos e consequentemente aumentado a irrigação do pénis. Isto pode resultar na capacidade de gerar e manter uma erecção.

Injecções Intra-cavernosas

O que são as Injecções Intra-cavernosas?

As injecções intra-cavernosas são uma terapêutica para a DE que consiste na injecção de drogas directamente nos corpos cavernosos do pénis de forma a provocar a dilatação dos vasos e o aumento da irrigação peniana.

Quando devo considerer as injecções Intra-cavernosas?

Esta alternativa terapêutica deve ser ponderada nos casos de insucesso após alteração do estilo de vida e toma de PDE5Is. Embora a maioria dos doentes se sinta desconfortável com a ideia de utilizar uma agulha para administrar uma droga directamente no pénis, rapidamente existe a percepção que os resultados e benefícios da injecção são bastante superiores ao medo da injecção.

Como funcionam as injecções Intra-cavernosas?

As drogas são injectadas directamente no corpo cavernoso do pénis, provocando a dilatação dos vasos sanguíneos e respectivo aumento do fluxo sanguíneo peniano. Após a injecção, a erecção desenvolve-se em 10-15 minutos, mesmo sem estímulo sexual. A droga mais frequentemente utilizada é o Alprostadil. Em algumas situações o seu médico pode prescrever uma combinação de drogas para melhorar a eficácia ou reduzir os efeitosm adversos. Papavarenia, Fentolamina, Peptido Vaso-activo, Atropina, Forskolin. As dosagens podem variar e ajustadas à necessidade de cada doente. Nem todas as drogas estão disponíveis em todos os países.

Como faço a injecção Intra-cavernosa?

O ensinamento para a injecção intra-cavernosa começa na consulta com o seu urologista. Se necessário o sua parceira/o receberá também esse ensinamento. A dosagem correcta será discutida nesse momento com o seu urologista.

Para a injecção propriamente dita é muito importante o local da injecção. A agulha deve ser inserida ao nível da base do pénis, entre as 2h-4h ou entre as 8h-10h de forma a não provocar nenhum dano na uretra, nervos ou vasos do pénis (**Fig. 3**). Após a injecção, deverá pressionar o local da punção durante 2 a 5 minutos para prevenir hematomas. Se a injecção tiver sido administrada correctamente, terá uma erecção ao fim de 10 a 15 minutos.

Em que situações não se recomendam as injecções Intra-cavernosas?

As injecções intra-cavernosas não estão recomendadas aos doentes com algum grau de hipersensibilidade ao alprostadil, que tenham maior risco de priaprismo e que façam terapêutica anticoagulante. Em caso de dúvidas, o seu urologista poderá esclarecê-lo em pormenor as contra-indicações desta terapêutica.

Quais são os efeitos adversos?

O principal efeito adverso das injecções intra-cavernosas são a dor no pénis durante a erecção, situação que só se verifica em 1 a cada injecções. Geralmente essa dor desaparece com o fim da erecção. Erecções prolongadas, equimose no local da injecção também podem ocorrer.

O efeito adverso mais perigoso é o priapismo. O priaprismo trata-se de uma erecção dolorosa que se prolonga por mais de 4 horas. O priapismo provoca danos nos vasos do pénis, podendo agravar a própria DE. É muito imporante contactar o seu médico, se tiver uma erecção com mais de 2 a 3 horas. Geralmente o priapismo pode ser rapidamente convertido com a injecção de um antídoto.

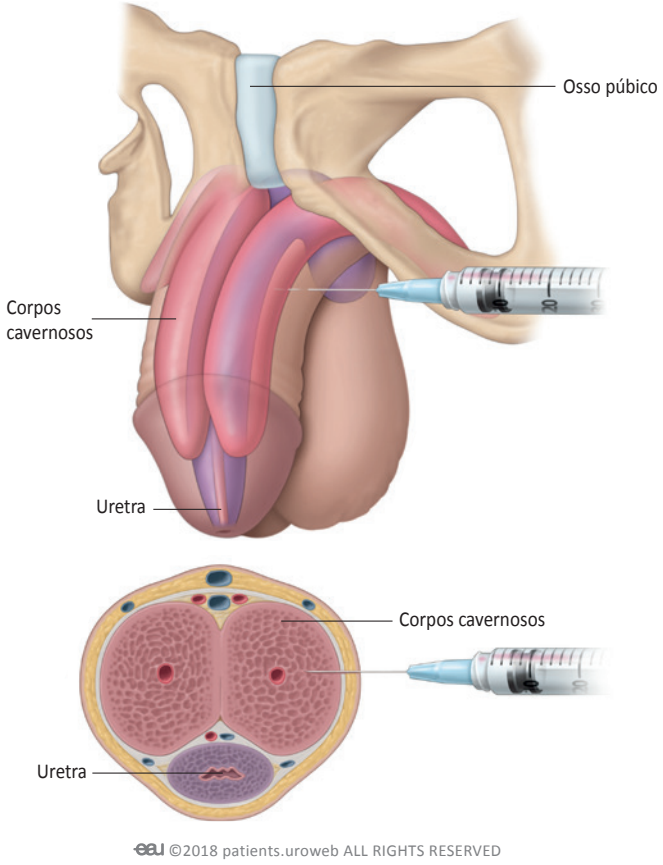


Fig. 3: Intracavernous injections are a treatment option for ED.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

Próteses penianas

O que é uma prótese peniana?

Uma prótese peniana é um dispositivo médico que é implantada cirurgicamente nos corpos cavernosos do pénis nos casos de DE severa.

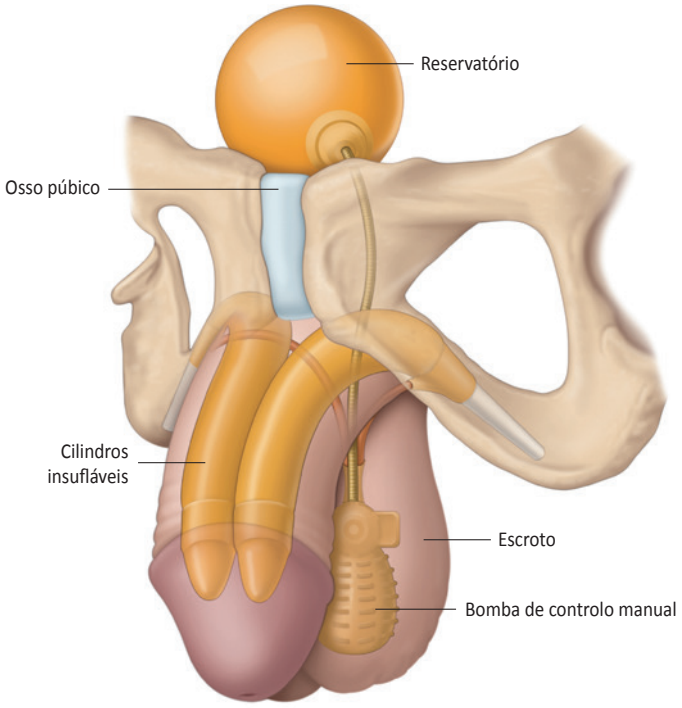
Quando devo considerar a colocação de uma prótese peniana?

As próteses penianas constituem uma solução para os casos em que os PDE5Is e as injecções intra-cavernosas não tiveram sucesso no tratamento da DE. Também podem estar recomendadas caso os PDE5Is e injecções intra-cavernosas estarem contra-indicado. Caso tenha experimentado os PDE5Is e injecções intra-cavernosas, mas não tenha obtido a eficácia desejada e queira uma solução permanente, a prótese peniana poderá ser uma solução para si.

Como funciona uma prótese peniana?

TExistem dois tipos de próteses penianas: Maleáveis ou hidráulicas.

As próteses maleáveis consistem em dois cilindros sólidos de consistência maleável, que se implantam nos corpos cavernosos do pénis. Após a colocação da prótese o pénis pode ser manuseado de forma a mudar de posição durante a actividade sexual. Este tipo de implante tem o inconveniente de originar um pénis em estado de erecção permanente.



eau ©2018 patients.uroweb ALL RIGHTS RESERVED

Fig. 4: Tipo comum de uma prótese peniana insuflável.

As próteses hidráulicas podem ter 2 ou 3 componentes, e consistem em dois cilindros que se implantam nos corpos cavernosos do pénis e que são preenchidos por um líquido. As próteses de 3 componentes têm um reservatório independente colocado geralmente à frente da bexiga. A prótese é activada pela pressão manual de uma bomba localizada no escroto e que injecta o líquido do reservatório para o interior dos cilindros (**Fig. 4**).

Para as duas próteses é necessário um implante cirúrgico. As próteses hidráulicas são mais utilizadas por se obter um efeito mais natural. As próteses maleáveis são mais utilizadas em casos complicados, em doentes sem condições para manusearem uma prótese hidraulica. A escolha entre um próteses ou outra deve ser discutida com o seu urologista.

Como me preparo para a cirurgia?

Não deve comer, beber ou fumar nas 6 horas antes da cirurgia. Se está a tomar alguma medicação deve informar o seu médico.

Como se faz a colocação cirúrgica da prótese peniana?

Para a colocação de uma prótese peniana, irá ser submetido a uma anestesia geral ou raqui-anestesia, dependendo do anestesista. O procedimento é realizado com algália que é retirada, de modo geral, no dia após a cirurgia. Após a anestesia o cirurgião faz uma incisão entre a base do pénis e o escroto para poder ter acesso aos corpos cavernosos. É medido o comprimento de ambos os corpos cavernosos de forma a obter uma prótese com o tamanho adequado ao pénis. Após a colocação dos cilindros no interior dos corpos cavernosos, o reservatório (tratando-se de uma prótese de 3 componentes) é colocado pelo anel inguinal ou através de uma incisão na pele (acima da sinfise púbica) atrás da parede abdominal. A bomba é colocada no interior do escroto. De modo geral é colocado um dreno que é retirado no dia após a cirurgia.

Para terminar são conectados todos os componentes da prótese peniana e suturada a incisão da pele. É colocado um penso sobre a ferida e uma ligadura em torno do pénis de forma a prevenir hematomas. Muitos cirurgiões optam por deixar a prótese activada durante as primeiras 24 horas.

Quando tempo demora até poder voltar às minhas actividades diárias?

Geralmente pode ter alta do hospital no dia seguinte à cirurgia, mas apenas após ter sido retirada a ligadura do pénis e após a prótese ter sido desactivada pelo seu médico. Nos primeiros dias após a cirurgia pode sentir desconforto

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

e edema do pénis que se poderá prolongar por algumas semanas. Isto é normal e pode ser resolvido com gelo e analgésicos.

Nas primeiras 4 a 6 semanas após a cirurgia:

- Não deve levantar pesos superiores a 5Kg.
- Não deve realizar exercicio físico pesado nem andar de bicicleta ou mota.
- Não frequentar banho turco ou sauna

O seu médico irá agendar uma consulta de reavaliação e para activar a prótese pela primeira vez. Isto é feito após o edema tenha resolvido, geralmente ao fim de 4 a 6 semanas. Após esse consulta poderá retomar a sua actividade sexual.

Comunique ao seu médico urologista se:

- Não existir melhoria ou agravamento do edema do pénis
- Rubor e/ou drenagem de pús pela cicatriz operatória
- Persistência ou agravamento da dor.
- Febre

As principais complicações da colocação de uma prótese peniana são a falha mecânica da prótese e a infecção, podendo ser necessária a sua remoção. Com os cuidados adequados e a profilaxia antibiótica necessária, a probabilidade de infecção são entre 2%-3%. As próteses penianas duram cerca de 10-15 anos. É possível substituir em caso de falha do dispositivo. Devido à sua naturalidade e fácil utilização, constituem uma alternativa terapêutica com grande taxa de satisfação por parte dos doentes. No entanto, trata-se de uma cirurgia definitiva, que em caso de necessidade de remoção da prótese não é possível o doente voltar a ter uma erecção espontânea. É importante salvaguarda que as próteses não aumentam o tamanho original do pénis.

DE após o tratamento para a neoplasia da próstata localizada

A neoplasia da próstata é uma neoplasia maligna da glândula prostática. É a forma mais comum de neoplasia no homem idoso. Existem diversas opções terapêuticas para a neoplasia da próstata localizada. As duas formas mais comuns são a prostatectomia radical e a radioterapia. Estas opções terapêuticas afetam a saúde sexual e frequentemente o homem desenvolve disfunção erétil após o tratamento.

Porque está associado o tratamento da neoplasia da próstata com problemas de ereção?

A glândula prostática está localizada por baixo da bexiga e circundada de nervos e vasos sanguíneos. Estes nervos e vasos são necessários para a obtenção de uma ereção normal. Foi efetuada muita pesquisa para compreender a localização destes nervos e como prevenir a lesão durante a cirurgia ou tratamento.

Prostatectomia radical

A prostatectomia radical é uma opção cirúrgica de tratamento da neoplasia da próstata que consiste na remoção de toda a próstata e vesiculas seminais. Se o tumor está limitado à glândula prostática, o cirurgião irá tentar manter intactos os nervos que se dirigem ao pénis. Esta é chamada a cirurgia poupadora de nervos (“nerve-sparing”). Mesmo com a poupança dos nervos, ocorre DE temporária após a prostatectomia radical.

Isto acontece porque os nervos são tão delicados que são afetados pela menor das lesões. Se ocorrer alguma lesão durante a cirurgia, os nervos não transmitem sinais para os vasos sanguíneos no pénis. Pode levar até 2 anos para a recuperação da inervação.

Os vasos sanguíneos que se dirigem para o pénis e o que regressa dele também podem ser afetados durante a cirurgia. Como resultado, menos sangue irá entrar no tecido cavernoso do pénis e poderá ocorrer lesão deste. Devido a este dano a recuperação da DE pode ser mais difícil.

Em alguns casos a cirurgia poupadora não é possível pela invasão do tumor para fora da próstata ou por outras razões. A recuperação da função eréctil após cirurgia não poupadora é difícil, mas não impossível. Discuta as suas preocupações e opções terapêuticas com o seu Médico.

Radioterapia

A radioterapia é um tipo de tratamento para a neoplasia da próstata que utiliza radiação para controlar ou destruir as células malignas. Pode ser realizada externamente ao organismo ou através da colocação de uma fonte de radiação na próstata. Devido ao facto de a radiação também eliminar células saudáveis, ela pode lesar os nervos e vasos sanguíneos que se dirigem ao pénis em redor da próstata. Apesar de ainda existir risco de DE após radioterapia, os desenvolvimentos técnicos aumentaram a precisão do procedimento.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

Serei capaz de obter ereções normais após o tratamento?

O risco de DE após o tratamento para neoplasia da próstata depende da técnica cirúrgica e do tipo de radiação utilizada pelo Médico, mas também dos seguintes fatores:

- Idade
- Biotipo
- Características da doença
- Saúde sexual antes do tratamento

Para possíveis opções terapêuticas, ver Tratamento para DE.

Viver com DE

Praticamente todos os homens vivenciam problemas de disfunção eréctil (DE). Na maioria dos casos, está associada a circunstâncias especificas da vida, problemas ou situações de stress. Habitualmente a disfunção eréctil desaparece após a resolução ou mudança da situação. Normalmente não existe necessidade de recorrer ao seu Médico assistente.

Se sofrer de disfunção eréctil por mais de 6 meses deve procurar ajuda médica. O seu Médico pode ajudá-lo a encontrar causas através da realização de um exame físico e testes psicológicos. Aprenda mais sobre eles na secção Diagnóstico da DE.

A DE pode influenciar negativamente a qualidade de vida. A qualidade de vida envolve a existência de saúde física e mental. É importante não só sentir-se saudável, mas também sentir-se livre do desconforto de viver com DE. Outro assunto importante prende-se com o facto de diferentes indivíduos terem diferentes sintomas. Assim, tanto a sua experiência pessoal como a qualidade de vida não devem ser subestimadas: elas são tão importantes como testes de diagnóstico ou resultados de tratamentos.

Relações pessoais e sexo

Uma relação íntima entre duas pessoas é complexa e envolve muitos aspetos. A DE pode afetar ou mudar a relação consigo próprio ou com a/o parceira/o. Pode sentir-se envergonhado e culpado, tornando difícil a discussão deste assunto. A DE pode ter impacto direto numa relação de comprometimento.

A DE pode ter impacto negativo na sua vida sexual. É difícil manter-se confiante ou tornar-se íntimo com a/o parceira/o quando não existe a possibilidade de dar prazer. Isto pode ter efeito na confiança, intimidade e proximidade. A interação diária poderá ser afetada.

Pode tornar-se mais reservado fisicamente e emocionalmente por temer não ser capaz de ter atividade sexual satisfatória. Apesar deste comportamento poder ser sinal de frustração e humilhação, a sua/seu parceira/o pode interpretar como perda de interesse nela ou nele. Isto terá um impacto negativo na autoestima e no sentimento de atracão.

Estas alterações podem ser muito difíceis de lidar porque na maioria dos homens a sexualidade é importante ao longo de toda a vida. Isto até poderá levar a sentimentos de negação e depressão. O efeito da DE na qualidade de vida nunca deverá ser subestimado.

Muitos homens pensam ser inapropriado admitir a necessidade de afeto ou simplesmente um abraço. É importante a discussão deste assunto com o parceiro/parceira. Assim poderá evitar-se a distância emocional e física, bem como providenciar o conforto e o suporte emocional necessários.

A sua parceira/parceiro pode relacionar a sua própria atratividade com a capacidade de despertá-lo sexualmente. Ele/ela pode sentir-se vulnerável ou rejeitado/a e temer infidelidade ou o abandono. Estes sentimentos agravam quanto maior o impedimento que a DE provoca na capacidade de ter atividade sexual. Enquanto que o tratamento da DE pode resolver o aspeto físico, as consequências psicológicas para a relação também podem necessitar de tratamento. A procura de um terapeuta poderá ser benéfica.

O parceiro/a pode sofrer sem o referir, é por isso muito importante a discussão aberta da melhor estratégia para lidar com esta condição.

A DE não afeta só a vida sexual do homem numa relação. O homem solteiro também evita as relações devido a esta condição.

Pode ser desconfortável para si a discussão da vida sexual com um urologista ou sexólogo, mas é a maneira mais eficaz de lidar com as suas preocupações. Em conjunto com o seu Médico assistente, poderá identificar o que é mais importante na sua vida sexual e escolher a melhor opção terapêutica para obter uma vida sexual satisfatória. A inclusão do parceiro/a nestas consultas é importante.

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

eauPI Patient Information

A procura de ajuda

A DE é uma condição muito intima e privada. A maioria dos doentes consulta múltiplas fontes de informação: amigos, internet, comunicação social, lojas especificas, o farmacêutico, o psicólogo ou o Médico.

Alguns homens optam por não discutir a situação nem consultar ajuda porque:

- Pensam ter uma ereção normal e por isso não necessitam de tratamento
- Têm medo de ter uma doença incurável
- Têm preocupação pelo diagnóstico errado
- Não têm acesso fácil ao Médico
- Tiveram alguma experiência negativa no hospital
- Têm amigos ou familiares com experiências negativas a nível hospitalar
- Desconhecem possibilidade de tratamento
- Têm problemas financeiros
- Sentem-se isolados pela sua condição

Apesar de estas razões parecerem convincentes, não devem evitar a procura de ajuda para melhorar a qualidade de vida.

Questões ao medico

Poderá ter uma série de questões relacionadas com esta condição. A informação da EAU aos doentes responde a maioria destas questões apesar de não lidar com a situação pessoal. O urologista e o sexólogo são as melhores pessoas para discutir este assunto pelo que não deverá sentir-se envergonhado em procurar ajuda.

Algumas questões que poderá esclarecer:

- Porque desenvolvi este problema?
- Porquê eu?
- O que acontecerá se não obtiver tratamento?
- O que acontecerá se obtiver tratamento?
- Quais as opções terapêuticas disponíveis?
- Que opção terapêutica me é recomendada?
- Porque me recomenda esta opção terapêutica a mim?
- O que posso esperar do tratamento?
- Quais os possíveis efeitos colaterais e riscos do tratamento?
- Irei obter cura do meu problema?

* Os termos sublinhados estão indicados no glossário.

Glossário de termos

Anestesia (geral, raqui ou local)
Antes de um procedimento irá ser medicado para ter a certeza que não sente dor. Sob anestesia geral irá manter-se inconsciente e sem conhecimento do que acontece. Sob raqui-anestesial ou anestesia local não sente dor na parte do corpo onde o procedimento é efetuado. A anestesia desaparece gradualmente após o procedimento.

Andrologista
O médico especialista em lidar com a saúde do homem, especialmente relacionado com problemas do Sistema reprodutivo e problemas urológicos únicos do homem.

Hiperplasia benigna da próstata (HBP)
Consiste num aumento da próstata relacionado com as alterações hormonais do envelhecimento.

Cardiologista
Médico especializado em doenças cardiovasculares.

Doença Cardiovascular
Doença que envolve o coração ou os vasos sanguíneos.

Toque rectal
Exame em que o medico utiliza um dedo para sentir o tamanho, forma e consistência da próstata para diagnosticar patologias como o aumento da próstata ou a neoplasia da próstata.

Endocrinologista
Médico envolvido no diagnóstico e tratamento de doenças relacionadas com as hormonas.

Disfunção erétil (DE)
Incapacidade de conseguir ter ou manter uma ereção.

Corpos Cavernosos
Tecido eréctil responsável pela forma do pénis.

Glândula
Órgão que sintetiza hormonas para libertação na corrente sanguínea ou outras partes do corpo.

Injeção intra-cavernosa
Injeção ao nível da base do pénis.

Neoplasia da próstata localizada
Neoplasia da próstata em que o tumor está limitado à próstata e não disseminado.

Neurológico
Relacionado com o Sistema Nervoso.

Neurologista
Médico especialista no diagnóstico e tratamento de doenças do sistema nervoso, incluindo doenças do cérebro, tronco cerebral, nervos e músculos.

Cirurgia poupadora de nervos ("nerve-sparing")
Tipo de cirurgia com o objetivo de salvar os nervos na proximidade dos tecidos removidos.

Noctúria
Necessidade de acordar uma ou mais vezes durante a noite para urinar.

Pénis
Órgão reprodutivo no homem que também transporta urina.

Priapismo
Ereção do pénis persistente e dolorosa.

Próstata
Glândula que produz o fluído que transporta o sémen. Está localizada no trato urinário baixo do homem, abaixo da bexiga e em volta da uretra.

Antigénio específico da próstata (PSA)
Proteína produzida pela próstata que pode aumentar nos homens com hiperplasia benigna da próstata, inflamação da próstata ou neoplasia da próstata.

Prostatectomia
Procedimento cirúrgico em que parte ou toda a próstata é removida.

Psiquiatra
Médico especialista no diagnóstico e tratamento de doenças mentais.

Glossário de termos

Radioterapia
Tipo de tratamento para a neoplasia da próstata que utiliza radiação para controlar ou destruir as células malignas.

Saúde sexual
Estado de bem estar físico, emocional, mental e social em relação à sexualidade.

Escroto
Bolsa de tecido cutâneo que contém os testículos.

Músculo liso
Músculo responsável pela contração dos órgãos ocos como os vasos sanguíneos.

DE temporária
Disfunção eréctil que não é crónica ou permanente.

Testículos
Órgãos masculinos responsáveis pela produção de esperma e testosterona.

Testosterona
Hormona androgénia esteroide produzida sobretudo nos testículos e responsável pelo desenvolvimento das características sexuais masculinas.

Urgência
Desejo súbito de urinar difícil de adiar.

Frequência urinária
Necessidade de urinar mais vezes que o habitual, normalmente mais de 8 vezes por dia.

European Association of Urology
PO Box 30016
NL-6803 AA ARNHEM
The Netherlands

e-Mail: info@uroweb.org
Website: patients.uroweb.org