

## **REJSNINGSBESVÆR EFTER RADIKAL PROSTATEKTOMI (DN484) – kort anbefaling**

Mikkel Fode, Rikke Bølling Hansen, Thomas Maigaard, Per Christensen, Jens Sønksen

Andrologisk gruppe, Dansk Urologisk Selskab. Januar 2015

### **DEFINITION:**

Manglende evne til at opnå og/eller vedligeholde rejsning tilstrækkelig til at gennemføre seksuel aktivitet opstået efter radikal prostatektomi.

### **BAGGRUND:**

Radikale prostatektomier resulterer ofte i erektil dysfunktion (ED) da de kavernøse nerver, der er ansvarlige for at initiere rejsningen, løber meget tæt på prostata. Operationen kan udføres ikke-nervebevarende, unilateralt nervebevarende eller bilateralt nervebevarende. Ved ikke-nervebevarende operationer vil langt hovedparten af patienterne opleve komplet ED, der ikke kan behandles med PDE-5 hæmmere. Selvom den postoperative funktion som regel er bedre, er det heller ikke altid muligt at undgå ED når nerverne bevares. Man mener at dette skyldes en post-operativ periode med neuropraxi og nedsat oxygenering af det kavernøse væv, der med tiden medfører fibrose i penis og permanent veno-okklusiv ED. Det betyder at rejsningsproblemerne vedbliver til trods for at nerverne, hos nogle patienter, kommer sig over operationstraumet. Overordnet set vil hovedparten af patienterne altså opleve rejsningsproblemer i større eller mindre grad efter en radikal prostatektomi. Hertil kommer andre problemstillinger, hvoraf primært urininkontinens kan have indflydelse på seksualiteten.

### **GENERELLE ANBEFALINGER:**

- Alle patienter bør før en radikal prostatektomi oplyses om, at operationen forventes at medføre en reduktion i rejsningsfunktionen. Det er ikke muligt at give et præcist estimat af reduktionen, men stærke prædiktorer for post-operativ ED inkluderer:
  - Ikke-nervebevarende kirurgi (total ED er forventelig)
  - Uni-lateral nervebevarelse (funktionen må forventes betydeligt reduceret)
  - Høj alder (patienter under 60 år er vist at have en bedre prognose)
  - Co-morbiditet der forøger risikoen for ED
  - Dårlig præ-operativ rejsningsfunktion

- Patienter med en god prognose bør informeres om, at rejsningsfunktionen hos næsten alle er nedsat lige efter operationen, men at den kan forbedres gradvist - typisk over de første 2 år.
- De fleste eksperter mener, at det er vigtigt at holde sig seksuelt aktiv i den post-operative periode (der er dog ikke egentlig evidens for denne anbefaling).
- Rejsningsfunktionen bør evalueres præ- og post-operativt, hos de patienter der ønsker at opretholde et aktivt sexliv.
- Patienter bør tilbydes relevant behandling for andre faktorer (fx urininkontinens), der påvirker deres seksualitet.
- PDE-5 hæmmere bør initialt tilbydes i maksimal dosis. Det er nødvendigt med minimum 5 forsøg med en given PDE-5 hæmmer før den opgives. Der er ikke klinisk evidens for forskelle i effekten mellem de forskellige præparater, hvorfor det billigste bør forsøges først. Kombination med en penis-ring (må maks. sidde i 20 min.) kan forsøges.
- Der er ingen evidens for fast dosering af PDE-5 hæmmere hos patienter, der ikke opnår rejsning med medicinen. Denne type behandling bør derfor ikke tilbydes.
- Invicorp og Caverject må betragtes som ligeværdige mht. effekt. Dog har Invicorp erfaringsmæssigt en mildere bivirkningsprofil end Caverject. Ved svigt af begge præparater kan magistralt fremstillede kombinationspræparater forsøges.
- En evt. partner bør involveres i behandlingen hvis det er muligt og henvisning til en af de regionale sexologiske klinikker bør overvejes ved psykosociale problemstillinger.

#### ANBEFALINGER EFTER IKKE-NERVEBEVARENDE RADIKAL PROSTATEKTOMI :

- Ved post-operativ ED tilbydes en PDE-5 hæmmer efter normale retningslinjer.
- Ved manglende effekt tilbydes patienten umiddelbart MUSE, vacuum-pumpe og intrakavernøs injektionsterapi.
- Ved manglende effekt af injektionsterapi bør patienten tilbydes et penisimplantat tidligt, da der ikke er udsigt til en forbedret rejsningsfunktion på sigt.

#### ANBEFALINGER EFTER NERVEBEVARENDE RADIKAL PROSTATEKTOMI:

- Ved post-operativ ED tilbydes en PDE-5 hæmmer efter normale retningslinjer.
  - o Ved manglende effekt forsøges mindst en alternativ PDE5-hæmmer.

- En kombination af daglig tadalafil (5 mg) og on-demand behandling (som udgangspunkt med det billigste præparat) kan forsøges.
- Ved fortsat manglende effekt forsøges en alternativ behandling, men patienten skal mindst hver 3. måned i de første 2 år tilbydes et nyt forsøg med per-oral medicin da rejsningsfunktionen kan forbedres spontant.
- MUSE, vacuum-pumpe og intrakavernøs injektionsterapi tilbydes ved svigt af PDE-5 hæmmere.
  - I udvalgte tilfælde og i samråd med patienten kan man forsøge en kombination af PDE-5 hæmmere og MUSE eller injektionsterapi.
- Et penisimplantat tilbydes tidligst 2 år efter operationen pga. den mulige spontane forbedring af rejsningsfunktionen.