

ORGANISK IMPOTENS EFTER RADIKAL PROSTATEKTOMI



DEFINITION OG BAGGRUND

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

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. 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.

Der er level 1A evidens for at fast dosering af PDE-5 hæmmere hos patienter, der ikke opnår rejsning med medicinen ikke forbedrer den spontane rejsning på sigt. Denne form for "rehabilitering" bør derfor ikke tilbydes.

ANBEFALINGER EFTER IKKE-NERVEBEVARENDE RADIKAL PROSTATEKTOMI:

Da der er anatomiske variationer i forløbet af de kavernøse nerver, kan enkelte patienter have gavn af en PDE-5 hæmmer efter ikke-nervebevarende kirurgi. Denne gives efter normale retningslinjer fraset at man kan starte den i maksimal dosis. Ved manglende effekt tilbydes patienten umiddelbart MUSE, vacuum-pumpe og intrakavernøs injektionsterapi. Mht. sidstnævnte må Invicorp og Caverject betragtes som ligeværdige mht. effekt. Dog har Invicorp en mildere bivirkningsprofil end Caverject da patienter med nerveskade nogle gange oplever smerter i penis ved injektion med alprostadil. Ved svigt af begge præparater kan magistralt fremstillede kombinationspræparater forsøges. Behandlinger kan eventuelt kombineres efter individuel vurdering.

Ved manglende effekt 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. Ved manglende effekt forsøges mindst en alternativ PDE5-hæmmer. Ved fortsat manglende effekt forsøges MUSE, vacuum-pumpe og intrakavernøs injektionsterapi ligeledes efter normale retningslinjer og kan kombineres efter individuel vurdering. Dog bør patienten mindst hver 3. måned i de første 2 år tilbydes et nyt forsøg med peroral medicin da rejsningsfunktionen kan forbedres spontant. Et penisimplantat tilbydes tidligst 2 år efter operationen pga. den mulige spontane forbedring af rejsningsfunktionen.

