

A Corporoplastia no Tratamento da Curvatura Peniana na Doença de La Peyronie

.....

Nuno Tomada, M. Mendes, P. Vendeira, P. Diniz, M. Reis

Serviço de Urologia, Hospital de S. João. Porto

Resumo

Objectivos: Análise crítica da experiência do Serviço de Urologia do Hospital de S. João na técnica da corporoplastia no tratamento da curvatura peniana da Doença de La Peyronie.

Métodos: Análise retrospectiva de 33 doentes submetidos desde 1991 a 2001 a corporoplastia dos corpos cavernosos (Técnica de Yachia). O protocolo aplicado no pré-operatório incluiu a história clínica detalhada, autofotografia e a avaliação da curvatura peniana após administração de alprostadil intracavernoso. O algoritmo cirúrgico de Levine e Lenting foi utilizado após o ano de 1997. Foi realizada a avaliação pós-operatória às 6 semanas, 12 meses e 24 meses.

Resultados: Attingiu-se o objectivo cirúrgico estabelecido em 31 doentes (taxa de sucesso de 93.9%). Dezanove doentes (57.5%) apresentaram correcção completa da curvatura peniana e em doze doentes (36.4%) verificou-se melhoria significativa da curvatura o que lhes permitia ter relações sexuais sem dificuldade. Nenhum doente referiu hipostesia da glande. Doze doentes (36.4%) referiram diminuição ligeira a moderada da rigidez peniana, mas sem compromisso da penetração e seis doentes (20%) apresentaram recorrência da curvatura aos 2 anos de *follow-up*. Todos os pacientes referiram encurtamento peniano de 0.5 a 3.0 cm, sem compromisso funcional.

Conclusão: A corporoplastia peniana segundo a técnica de Yachia permite a obtenção de bons resultados na correcção da curvatura da Doença de La Peyronie, sobretudo em casos seleccionados de acordo com o logaritmo de Levine e Lenting. Os doentes devem ser informados pré-operatoriamente da possibilidade de encurtamento peniano e curvatura residual. A recorrência da deformidade peniana a médio prazo poderá estar relacionada com a própria etiofisiopatogenia da doença.

.....

Introdução

François Gigot de La Peyronie, cirurgião da corte do Rei Luís XV e fundador da Academia Real de Cirurgia em Paris, descrevia em 1743 cinco casos do *induratio penis plastica*⁽¹⁾. Desde então, a etiologia da doença conhecida em todo o mundo com o seu nome, permanece desconhecida. Tem sido associa-

da a traumatismos repetidos durante as relações sexuais, doenças fibromatosas (nomeadamente à contractura de Dupuytren e doença de Ledderhose), doenças metabólicas (*diabetes mellitus* e gota), hipertensão arterial, uretrites inespecíficas e trombose da veia dorsal do pénis. Actualmente, a lesão da Doença de La Peyronie é encarada como uma cicatriz desenvolvida após traumatismo do pénis em

Intervenção Cirúrgica	Indicações
Plicatura/Modificações da Técnica de Nesbit	– Função erétil conservada – Curvatura simples inferior a 60º – Sem deformidade em ampulheta
Incisão ou Excisão da placa com colocação de enxerto	– Função erétil conservada – Curvaturas complexas superiores a 60º – Deformidade em ampulheta
Colocação de prótese peniana	– Disfunção erétil, que não responde ao tratamento médico

Quadro 1 – Algoritmo cirúrgico (adaptado de Levine e Lenting⁽⁶⁾)

erecção, em indivíduos susceptíveis, e associada à perda da elasticidade da túnica albugínea⁽²⁾. Tem uma incidência de 0.39 a 1% em homens entre os 40 e 70 anos de idade, a prevalência global é estimada em cerca de 338 casos por 100.000 habitantes masculinos, e afecta predominantemente indivíduos da raça caucasiana^(3,4).

A Doença de La Peyronie caracteriza-se pela presença de uma ou mais placas fibrosas cicatriciais e inextensíveis na túnica albugínea e no espaço de Smith, o que provoca a curvatura do pénis em erecção para o sentido da placa. Está ainda associada a dor e a dificuldade, ou mesmo impossibilidade, da penetração sexual, com as inevitáveis repercussões na auto-estima e qualidade de vida do doente.

O tratamento desta doença, ainda controverso, permanece um dilema. A terapêutica médica não tem sido suficiente para resolver definitivamente este problema. Várias técnicas cirúrgicas estão descritas. Contudo, estas apresentam-se como um último recurso, após insucesso da terapêutica médica e a necessária estabilização do quadro clínico. Impõe-se ainda uma discussão franca com o doente, de modo a evitar expectativas irreais e a estabelecer a opção cirúrgica mais adequada ao seu caso particular. Apresentamos os resultados de 10 anos de experiência do nosso Serviço na realização de corporoplastia peniana (Técnica de Yachia).

Materiais e Métodos

Submetemos 33 doentes, no período compreendido entre Dezembro de 1991 a Novembro de 2001, a corporoplastia peniana, segundo a técnica descrita por Yachia. Esta consiste no encerramento trans-

versal com PDS 3/0, sutura contínua, de uma ou mais incisões com 1 cm efectuadas longitudinalmente na túnica albugínea contralateral à curvatura peniana⁽⁵⁾. Os doentes apresentavam idades compreendidas entre os 37 e 66 anos (média 56), e com um tempo sintomático prévio à intervenção cirúrgica de 12 a 48 meses (média 28.3).

Oito doentes (24.2%) identificaram o traumatismo peniano durante a relação sexual como o evento provocativo da curvatura. A maioria referiu pelo menos um factor de risco cardiovascular (75.8%), e a Contractura de Dupuytren foi associada a 4 casos (12.1%). Os sintomas referidos foram a dificuldade e/ou impossibilidade da penetração sexual, deformidade peniana (<35º-6%, 35-60º-54.5%, >60º-39.4%), dor durante a erecção e a presença de nódulos/placas penianos. Sete doentes referiram disfunção erétil prévia. As curvaturas eram dorsais em doze dos doentes, dorsolaterais em outros doze, e laterais em nove. A maioria das placas (72.7%) estavam localizadas na região média e proximal. Foram administrados vários tratamentos médicos (tamoxifeno, corticosteróides, verapamil) com resultados insatisfatórios a 24 doentes (72.7%), previamente à indicação cirúrgica.

O protocolo da consulta de Andrologia incluiu a realização da anamnese, com particular destaque para a história sexual detalhada de todos os doentes. O exame físico abrangeu a palpação do pénis para identificação e caracterização da(s) placa(s). O Ecodoppler peniano foi utilizado na presença de curvaturas complexas, várias placas e/ou deformidades em ampulheta. Obteve-se autofotografia do pénis durante erecção para documentação da deformidade. Procedeu-se ainda a avaliação pe-

niana após administração de alprostadil intracavernoso.

O tratamento cirúrgico foi discutido e proposto a todos os doentes que apresentaram curvatura peniana incapacitante, geralmente após insucesso da terapêutica médica, e após pelo menos 12 meses de estabilização da doença. O algoritmo cirúrgico, adaptado de Levine e Lenting⁽⁶⁾, foi utilizado sistematicamente após 1997 (quadro 1).

Os doentes tiveram alta hospitalar ao 3^o-5^o dia do pós-operatório e retomaram relações sexuais às 6 semanas. As consultas de *follow up* foram realizadas às 6 semanas, 12 meses e 24 meses.

Resultados

Dezanove doentes (57.5) exibiam erecção totalmente corrigida 6 semanas após a cirurgia. Doze (36.4%) referiram melhoria da deformidade mas ainda com curvatura residual (menor de 30^o) que não dificultava a relação sexual. Apenas dois doentes não corrigiram o desvio peniano. Todos os doentes referiram diminuição do comprimento peniano de 0.5 a 3.0 cm, sem aparente repercussão funcional. Não surgiu nenhum caso de disfunção erétil *de novo*. Nenhum doente referiu hipostesia da glande.

Aos vinte e quatro meses do pós-operatório, seis doentes (20%) apresentavam recorrência da curvatura e doze (36.4%) referiram diminuição da qualidade da rigidez das suas erecções. Um doente foi submetido à colocação de prótese peniana.

Conclusão/Discussão

É difícil estabelecerem-se bases para o tratamento da doença de La Peyronie enquanto a etiopatogenia permanecer indefinida. Esta é, certamente, a

razão dos resultados insatisfatórios das várias terapêuticas médicas e cirúrgicas disponíveis.

A cirurgia é reservada para deformidades indolores que impossibilitem ou dificultem a relação sexual, geralmente após insucesso da terapia conservadora, e apenas quando a doença está aparentemente estabilizada (normalmente após 12 meses). O doente tem ainda a possibilidade de opção por este tratamento caso pretenda resultados mais rápidos e duradouros⁽⁷⁾.

Estão descritas, com várias taxas de sucesso, a incisão ou excisão da placa com colocação de enxerto, a plicatura da túnica albugínea ou modificações da operação de Nesbit, e a colocação de prótese peniana^(6, 8, 10). A exérese da placa fibrótica de albugínea e sua substituição por enxerto de derme foi inicialmente descrita por Horton e Devine em 1974⁽¹¹⁾. Posteriormente foram utilizados diferentes tecidos como a túnica vaginal⁽¹²⁾, fásia temporalis⁽¹³⁾ e a duramáter⁽¹⁴⁾, e material sintético como o Goretex[®] ou Dacron[®]⁽¹⁵⁾. A inelasticidade e a recorrência da curvatura por retracção do material utilizado conduziram à abordagem com enxertos de veia dorsal do pénis e veia safena^(16, 17), com taxas de sucesso a atingirem em algumas séries os 90-95%, especialmente se combinadas no pós-operatório ao uso da bomba de vácuo⁽¹⁸⁾. Contudo estas técnicas cirúrgicas, devido a uma dissecação mais extensa, acarretam um pós-operatório mais prolongado, aumento na incidência da disfunção erétil e hipostesia da glande.

A correcção da curvatura peniana por encurtamento contralateral através da remoção de elipses da túnica albugínea - operação de Nesbit⁽¹⁹⁾ -, já descrita por Merle em 1899⁽²⁰⁾, é uma das mais utilizadas pela sua simplicidade e baixa morbidade. Contudo, além do encurtamento peniano sistemático, tem uma incidência aumentada de DE, alegadamente por cica-

	Resultados	Preservação da função erétil
Daitch, J.A. ⁽²¹⁾	Satisfatório - 96%	95%
Sassine, A.M. ⁽²⁵⁾	Satisfatório - 95%	95%
Licht, M.R. ⁽²⁶⁾	Sem curvatura - 93%	100%
Serviço de Urologia, HSJ	Satisfatório - 93.9%	100%

Quadro 2 – Comparação dos resultados em estudos similares

trização defeituosa dos corpos cavernosos durante a remoção das elipses⁽²¹⁾. Este problema seria tecnicamente ultrapassado com a simples plicatura da túnica albugínea⁽²²⁻²⁴⁾. Preferimos no entanto a Corporoplastia - técnica de Yachia por garantir melhores resultados uma vez que a ortoplastia se apoia na nova cicatriz criada e não apenas na sutura.

O objectivo cirúrgico foi a correcção completa da curvatura ou a obtenção de erecção capaz de penetração sexual sem dificuldade (curvatura residual inferior a 30°). A obtenção de uma taxa de sucesso de 93.9%, com preservação da função erétil em todos os casos é comparável aos resultados obtidos por outros autores (quadro 2)^(21, 23, 25). Devemos porém salientar que estes resultados referem-se a tempos relativamente curtos de *follow-up*. É ainda necessário discutir com o doente a possibilidade de encurtamento peniano e de angulação residual inferior a 20°, como consequências normais da cirurgia.

A disfunção erétil está associada à doença de La Peyronie em cerca de 60% dos casos. Têm sido apontadas como causas mais prováveis a ansiedade, a deformidade peniana, a dor durante a relação sexual, a disfunção erétil prévia, a falta de rigidez distalmente à placa ou, mais frequentemente, a disfunção veno-oclusiva⁽²⁷⁾. A inclusão de candidatos com disfunção erétil, previamente à introdução na consulta de Andrologia do Algoritmo Cirúrgico de Levine e Lenting, conduziu a uma situação frustrante uma vez que a plicatura/corporoplastia se destina apenas à correcção da curvatura peniana, sem interferência na função erétil⁽²⁸⁾. A colocação de prótese peniana, com ou sem corporoplastia, está assim indicada para os doentes impotentes que não respondem ao tratamento conservador, apresentando taxas de sucesso até 98%⁽²⁹⁾.

A Doença de La Peyronie não está confinada à placa, e pode afectar áreas da túnica albugínea aparentemente saudáveis⁽³⁰⁾. A taxa de recorrência da curvatura de 20% aos dois anos é, parcialmente, um reflexo da natureza desta doença. Apesar de ser consensual o período de 12 meses para estabilização da doença, esta progride ao fim de alguns anos e poderá ser necessário então um maior período para estabilização da placa.

A técnica de Yachia é tecnicamente simples de executar. Está indicada nas situações de curvatura peniana simples, menor que 60°, em doentes com função erétil conservada. Obtém-se a correcção da

curvatura peniana com preservação da função erétil numa grande percentagem dos doentes, sem contudo solucionar o problema subjacente à etiopatogenia desta doença. Torna-se imperiosa a discussão aberta e franca com o doente de modo a evitar expectativas irreais.

Bibliografia

1. Peyronie F.: Sur quelques obstacles qui s'opposent a l'ejaculation naturelle de le semence. Mem. L'Acad. Roy. Chir. 1: 425, 1743.
2. Devine CJ Jr, Somers KD, Jordan GH, Schlossberg SM: Proposal: Trauma as the cause of the Peyronie's lesion. J. Urol., 185: 290, 1997.
3. Lindsay MB, Schain DM, Grambsch P, et al: The incidence of Peyronie's disease in Rochester, Minnesota, 1950 through 1984. J. Urol., 146: 1007-1009, 1991.
4. Gelbard M, Dorey F, James K: The natural history of Peyronie's disease. J. Urol., 144: 1376-1379, 1990.
5. Yachia D: Modified corpoplasty for the treatment of penile curvature. J. Urol., 143: 80, 1990.
6. Levine LA, Lenting EL: A surgical algorithm for the treatment of Peyronie's disease. J. Urol., 158: 2149-2152, 1997.
7. Levine LA: Peyronie's disease: Surgical treatment. American Urological Association, 2000.
8. Poulsen J, Kirkeby HJ. Management of patients with penile curvature. Eur. Urol. Update Series, 5: 57-65, 1996.
9. Jordan GH, Schlossberg SM, Devine CJ Jr.: Surgery of the penis and urethra in Campbell's Urology: Walsh PC, Retik AB, Vaughan ED, et Wein AJ. 7th ed., vol 3, Philadelphia, W.B. Saunders Company, 3376-3386, 1998.
10. Carson CC.: Peyronie's disease: etiology, diagnosis, and treatment. In: Diagnosis and Management of Male Sexual Dysfunction. Edited by J. J. Mulcahy. New York: Igaku-Shoin, chapt. 9, pp. 173-175, 1997.
11. Devine CJ, Horton CE: Surgical treatment of Peyronie's disease with a dermal graft. J. Urol., 111: 44-49, 1974.
12. Helal MA, Lockhart JL, Sanford E, Presky L.: Tunica vaginalis flap for the management of disabling Peyronie's disease: surgical technique, results, and complications. Urology, 46: 390-392, 1995.
13. Gelbard MK, Hayden B: Expanding contractures of the tunica albuginea due to Peyronie's disease with temporalis fascia free grafts. J. Urol., 145: 772, 1991.
14. Kelami A: Surgical treatment of Peyronie's disease using human dura. Eur. Urol, 3: 131-132, 1977.
15. Ho PC, Parsons CL, Schmidt ID: Surgical treatment of Peyronie's disease with a dacron graft. Annual Meeting of the Western Section AUA, Tucson - Arizona, 1979.

16. El-Sakka AI, Lue TF: Peyronie's disease. *Current Opinion in Urology*, 8: 203-209, 1998.
17. Lue TF, El-Sakka AI: Venous patch graft for Peyronie's disease. Part I: technique. *J. Urol.*, 160: 2047-2049, 1998.
18. Montorsi F, Salonia A, Maga T, Bua I: Evidence based assessment of long term results of plaque incision and vein grafting for Peyronie's disease. *J. Urol.*, 163: 1704, 2000.
19. Nesbit RM: Congenital curvature of the phallus: report of 3 cases with description of corrective operation. *J. Urol.*, 93: 230-232, 1965.
20. Merle MM: Contribution a l'étude de l'induration des corps caverneux. Thèse Toulouse: 320, 1899.
21. Daitch JA, Angermeier KW, Montague DK: Modified corpoplasty for penile curvature: long-term results and patient satisfaction. *J. Urol.*, 162: 2006-2009, 1999.
22. Nooter RI, Bosch JLHR, Schröder FH: Peyronie's disease and congenital penile curvature: long-term results of operative treatment with the plication procedure. *Br. J. Urol.*, 74: 497-500, 1994.
23. Poulsen J, Kirkeby HJ: Treatment of penile curvature - a retrospective study of 175 patients operated with plication of the tunica albuginea or with the Nesbit procedure. *Br. J. Urol.*, 75: 370-374, 1995.
24. Geertsen UA, Brok KE, Andersen B, Nielsen HV: Peyronie curvature treated by plication of the penile fasciae. *Br. J. Urol.*, 77: 733-735, 1996.
25. Sassine AM, Wespes E, Schulman CC: Modified corpoplasty for penile curvature: 10 years' experience. *Urology*, 44: 419, 1994.
26. Licht MR, Lewis RW: Modified Nesbit procedure for the treatment of Peyronie's disease: a comparative outcome analysis. *J. Urol.*, 158: 469, 1997.
27. Weidner W, Schroeder-Printzen I, Weiske WH, Vosschenrich R: Sexual dysfunction in Peyronie's disease: na analysis of 222 patients without previous local plaque therapy. *J. Urol.*, 157: 325-328, 1997.
28. Jordan GH, Angermeier KW: Prospective evaluation of erectile function with infusion cavernosometry/ cavernosography in patients undergoing surgery for Peyronie's disease: correlation with postoperative results. *J. Urol.*, 150: 1138-1142, 1993.
29. Morganstern SI: Long-term results with the MAS 700 CX infla-table penile prosthesis in the treatment of Peyronie's disease. *Techn. Urol.*, 3: 68-88, 1997.
30. Akkus E, Carrier S, Baba K, Hsu GL, Padma-Nathan H, Nunes L, Lue TF: Structural alterations in the tunica albuginea of the penis: Impact of Peyronie's disease aging, and impotence. *Br. J. Urol.*, 79: 47-53, 1997.
31. Lischer GH, Nehra A: New advances in Peyronie's disease. *Curr Opin Urol*, 11:631-636,2001
32. Gholami SS, Lue TF: Peyronie's Disease. *Urol Clin N Am*, 28(2):377-390, 2001.