



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

XXVII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2023

FUNÇÃO GONADAL E DISFUNÇÃO ERÉTIL EM HOMENS COM DOENÇA FALCIFORME EM FEIRA DE SANTANA-BA

**Jair Bomfim Santos¹; Soraya Fernanda Cerqueira Motta²; Anna Paloma Martins
Rocha Ribeiro³ e José de Bessa Júnior⁴**

1. Bolsista PROBIC/UEFS, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: jairbomfim3@gmail.com
2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: sfcmotta@uefs.br
3. Participante do núcleo Urologia Subgrupos, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: annapalomaribeiro@yahoo.com.br
4. Coordenador do núcleo Urologia - Subgrupos Populacionais, Departamento de Nome, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: josedebessa@gmail.com

PALAVRAS-CHAVE: hipogonadismo; disfunção erétil; doença falciforme.

INTRODUÇÃO

A Doença Falciforme (DF) é uma afecção genética em que há predominância da variante HbS da hemoglobina, que se apresenta com uma estrutura desordenada (OCHOCINSKI et al., 2020). É considerada a doença hereditária monogênica mais comum do Brasil e possui caráter multissistêmico, com crises álgicas, vaso-oclusivas e alterações na função sexual como priapismo e hipogonadismo (TAJAR et al., 2010).

O priapismo, caracterizado por uma ereção peniana prolongada, persistente e dolorosa sem estimulação sexual, compõe o quadro clínico de disfunção sexual em até metade dos pacientes com DF e pode ser classificado em isquêmico e não isquêmico (ALKINDI; ALMUFARGI; PATHARE, 2020). Essa condição impacta a saúde mental desses pacientes, pois gera ansiedade, constrangimento, insatisfação com a vida sexual, e promove disfunção erétil, uma vez que a ereção patológica sustentada acarreta danos irreversíveis ao tecido erétil (ALVAIA et al., 2020).

A incapacidade de alcançar ou manter uma ereção suficiente para o desempenho sexual configura a disfunção erétil, que possui uma gênese multifatorial (LUDWIG; PHILLIPS, 2014). Nos pacientes com DF essa condição é observada com uma prevalência 2,5 vezes maior do que na população sem DF e a prevalência de priapismo ainda é subestimada visto que 50% dos pacientes nunca procuraram atendimento médico para a complicação (IDRIS et al., 2020).

O hipogonadismo, por sua vez, pode ser hipergonadotrófico, quando os testículos

são primariamente afetados, hipogonadotrófico, quando a alteração inicial se encontra no eixo hipotálamo-hipófise, ou compensado, caracterizado por níveis normais de testosterona às custas de elevação do LH (GRINSPON; FREIRE; REY, 2019; MARTINS et al., 2019). Em um estudo de corte transversal, realizado por pesquisadores do nosso grupo de pesquisa foi identificada uma maior prevalência de hipogonadismo compensado em pacientes com DF, sobretudo na faixa etária mais jovem o que sugere lesão testicular precoce (RIBEIRO et al., 2021).

A classificação da disfunção erétil pode ser realizada pelo IIEF 5 (Índice Internacional de Função Erétil Simplificado), uma versão reduzida do International Index of Erectile Function – 15 (IIEF-15) que consiste em um questionário de 5 questões que avalia a função erétil nos últimos 6 meses. A pontuação total varia de 5 a 25 e é inversamente proporcional gravidade da disfunção erétil. Os pacientes que obtém pontuação <17 são classificados em DE moderada/grave (CARLOS CORDEIRO et al., 2012).

Apesar da literatura estabelecer as características da disfunção erétil (DE) e do hipogonadismo isoladamente, a relação entre essas duas entidades ainda carece de elucidacões, especialmente quando analisamos pacientes com doença falciforme. Portanto, objetivamos com este estudo avaliar a prevalência de hipogonadismo e disfunção erétil (DE) em sujeitos com DF e estabelecer uma correlação entre essas afecções.

MÉTOD

Foi realizado um estudo de corte transversal, com abordagem quantitativa, do tipo exploratório, com vistas a detectar a prevalência de hipogonadismo e disfunção erétil em homens com DF. A coleta de dados se deu em um centro de referência especializado em DF (CSU), localizado na cidade de Feira de Santana, no estado da Bahia, o qual presta serviços especializados à comunidade e ocorreu mediante um questionário contendo dados sociodemográficos e clínicos, aplicado por integrantes do nosso grupo de pesquisa (discentes e profissionais da saúde).

Os participantes do estudo foram homens com idade maior ou igual a 18 anos com DF já acompanhados e cadastrados no serviço, e foram submetidos ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Como critérios de exclusão: pacientes com história de criptoquirida, tumores testiculares, cirurgias testiculares ou inguinais prévias e pacientes em crise álgica no momento da entrevista.

Foram avaliados por uma médica do nosso grupo de pesquisa, realizados exames clínico e laboratoriais que incluíram: inspeção dos testículos e avaliação do tamanho testicular com um orquidômetro de Prader, avaliação da função erétil com o Índice Internacional de Função Erétil Simplificado (IIEF-5), dosagem de testosterona total e livre, LH, FSH. Separamos os pacientes em dois grupos quanto ao IIEF-5, pacientes que obtiveram pontuação <17 estão no espectro de DE moderado/grave e os com pontuação ≥ 17 no espectro com DE leve/sem DE. Os sujeitos envolvidos na pesquisa tiveram acesso ao resultados dos exames e orientação quanto aos cuidados com base no resultado dos exames após retorno à unidade de saúde.

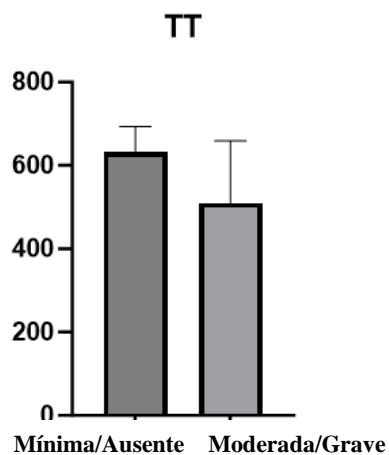
RESULTADOS

Foram avaliados 32 casos de DF sendo que as medianas das idades e intervalos interquartis foram, respectivamente, de 33 anos [IIQ 26-41]. Dentre eles, 23 (71,9%) são homocigóticos (HbSS) e os demais apresentaram subtipo HbSC. Todos os sujeitos foram submetidos ao IIEF-5, 18 sujeitos estavam no grupo sem DE/ DE leve e 14 com DE moderada/grave.

As medianas e intervalos interquartis dos níveis de TT nos pacientes sem disfunção/disfunção leve e disfunção moderada/grave foram respectivamente de 633ng/dL [IIQ501-693] e 510 ng/dL [IIQ 381-659]. E apesar dos valores decrescerem com a gravidade dos sintomas, esse dado não teve significância estatística, valor $p > 0,43$. Além de que os níveis de TT mantiveram-se bem acima do limite de 300ng/dL que classifica os pacientes em hipogonadismo franco.

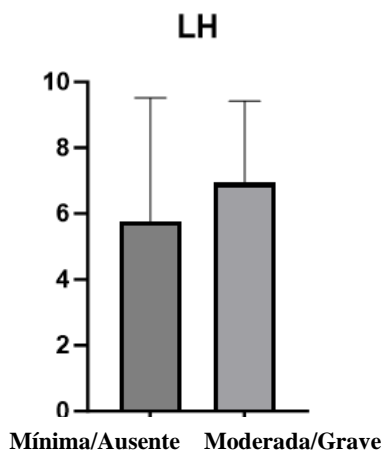
Em nossa amostra não foi observada correlação entre os níveis de testosterona total e a DE. Apesar da influência significativa da testosterona na função erétil, essa associação não é demonstrada como uma correlação linear. É observado que alguns homens com baixos níveis de testosterona podem manter ereções normais, enquanto outros com níveis normais apresentam DE (HWANG; LIN, 2008).

Os fatores de risco associados à DE compartilham similaridades significativas com aqueles relacionados às Doenças Cardiovasculares (DCV), como o priapismo (BARKIN, 2011). Sobretudo nos pacientes com DF, as questões envolvidas na fisiopatologia da doença parecem ter muito mais relevância que os níveis de testosterona para a disfunção erétil.



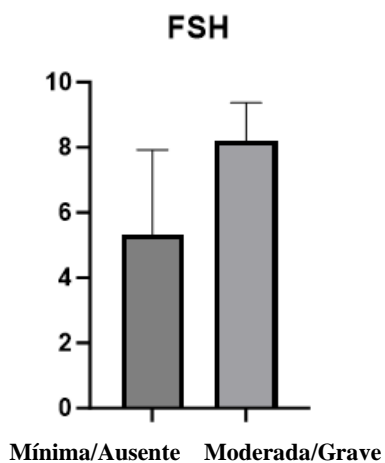
	Minima/Ausente	Moderada/Grave
Minimum	248.6	240.8
25% Percentile	501.3	381.3
Median	633.2	510.0
75% Percentile	692.8	658.9
Maximum	762.7	903.8

P value	0.4382
---------	--------



	Minima/Ausente	Moderada/Grave
Minimum	1.850	2.720
25% Percentile	4.673	3.820
Median	5.770	6.950
75% Percentile	9.520	9.420
Maximum	17.79	22.81

P value	0.7692
---------	--------



	Minima/Ausente	Moderada/Grave
25% Percentile	3.663	5.720
Median	5.310	8.200
75% Percentile	7.930	9.370

P value	0.1171
---------	--------

CONCLUSÃO

Não foi observada correlação entre os hormônios sexuais (TT, FSH e LH) e a disfunção erétil nos pacientes com DF. Isso nos sugere que a gênese da DE nesses sujeitos pode estar mais atrelada às repercussões cardiovasculares sistêmicas da doença.

REFERÊNCIAS

1. ALKINDI, S.; ALMUFARGI, S. S.; PATHARE, A. Clinical and laboratory parameters, risk factors predisposing to the development of priapism in sickle cell patients. **Experimental Biology and Medicine**, v. 245, n. 1, p. 79–83, 2020.
2. ALVAIA, M. A. et al. Prevalence of priapism in individuals with sickle cell disease and implications on male sexual function. **Einstein (Sao Paulo, Brazil)**, v. 18, p. eAO5070, 2020.
3. BARKIN, J. Erectile dysfunction and hypogonadism (low testosterone). **The Canadian journal of urology**, v. 18 Suppl, n. April, p. 2–7, 2011.
4. CARLOS CORDEIRO, A. et al. **Simplified International Index of Erectile Function (IIEF-5) and Coronary Artery Disease in Hypertensive Patients**. [s.l: s.n.].
5. GRINSPON, R. P.; FREIRE, A. V.; REY, R. A. Hypogonadism in Pediatric Health: Adult Medicine Concepts Fail. **Trends in Endocrinology and Metabolism**, v. 30, n. 12, p. 879–890, 2019.
6. HWANG, T. I. S.; LIN, Y. C. The relationship between hypogonadism and erectile dysfunction. **International Journal of Impotence Research**, v. 20, n. 3, p. 231–235, 2008.
7. IDRIS, I. M. et al. Men with sickle cell disease experience greater sexual dysfunction when compared with men without sickle cell disease. **Blood Advances**, v. 4, n. 14, p. 3277–3283, 2020.
8. LUDWIG, W.; PHILLIPS, M. Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. **Urologia Internationalis**, v. 92, n. 1, p. 1–6, 2014.
9. MARTINS, P. R. J. et al. Male sickle cell patients, compensated transpubertal hypogonadism and normal final growth. **Clinical Endocrinology**, v. 91, n. 5, p. 676–682, 1 nov. 2019.
10. OCHOCINSKI, D. et al. Life-Threatening Infectious Complications in Sickle Cell Disease: A Concise Narrative Review. **Frontiers in Pediatrics**, v. 8, p. 38, 20 fev. 2020. RIBEIRO, A. P. M. R. et al. Compensated hypogonadism in men with sickle cell disease. **Clinical Endocrinology**, n. January, p. 1–5, 2021.
11. TAJAR, A. et al. Characteristics of secondary, primary, and compensated hypogonadism in aging men: Evidence from the European male ageing study. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 95, n. 4, p. 1810–1818, 2010.