



## Cancer du Testicule, Dysfonctions Sexuelles, Incontinence Urinaire

➤ **Dr Sébastien Beley**, Service d'Urologie, Hôpital Tenon, Paris

### CANCER DU TESTICULE

La présence de masses résiduelles extra-rétropéritonéales chez les patients atteints de tumeurs germinales non séminomateuses, qu'il s'agisse de tératome ou de cellules germinales viables, est un facteur de risque de progression et de décès par rapport à la présence de masses rétro-péritonéales seules (Shayegan, 449). La chirurgie adjuvante après chimiothérapie pour cancer du testicule à cellules germinales avec métastases hépatiques offre un meilleur taux de survie. La présence de tératome (12%) ou de cellules germinales viables (21%) sur les pièces de résection hépatique plaide également en faveur de cette prise en charge chirurgicale des métastases hépatiques après chimiothérapie (Hartmann, 452). Après chimiothérapie pour cancer du testicule, une nécrose rétropéritonéale est prédictive d'une nécrose hépatique et devrait être un argument pour une surveillance simple pour les patients chez qui la résection complète des lésions hépatiques serait complexe (Jacobsen, 588). La morbidité à court terme du curage rétropéritonéal par laparotomie est surévaluée lors des comparaisons avec la laparoscopie car les chiffres

utilisés proviennent d'études historiques, et les résultats actuels en termes de durée opératoire et de pertes sanguines, sont comparables à ceux obtenus par laparoscopie (Beck, 586).

### DYSFONCTIONS SEXUELLES

L'administration de FK 506, un immunosuppresseur ayant des propriétés modulatrices, après traumatisme expérimental des nerfs caverneux chez le rat préserve l'architecture de ces nerfs et la fonction érectile. Une administration de courte durée et précoce par rapport au traumatisme a donné les meilleurs résultats. L'administration avant le traumatisme n'améliore pas les résultats (Golijanin, 689). La préservation de la fonction érectile après traumatisme des nerfs érecteurs a également été améliorée par un traitement à l'oxygène hyperbare (3 ATM) pendant les dix premiers jours post opératoire chez le rat. La faisabilité chez l'homme reste à étudier (Tal, 690). Une étude portant sur les effets du sildénafil sur la préservation de la fonction érectile post opératoire chez le rat a montré que l'inhibiteur de la phospho di-esterase 5 devait être administré dès la période pré opératoire pour un effet optimal. En

cas d'administration post opératoire seule, un dosage plus important est nécessaire ((Donohue, 1017).

Les résultats d'une étude portant sur une cohorte d'hommes âgés de 55 ans à 85 ans (the Massachusetts Male Aging Study) a mis en évidence un déficit de prise en charge de la dysfonction érectile, soit parce que les patients avaient accepté leur condition, soit en raison de difficultés à en faire part à leur médecin. Cette étude conclut à la nécessité d'une meilleure prise en charge de ce symptôme, passant par une approche plus personnalisée des patients (O'Donnell, 1008).

60% des prothèses péniennes gonflables, posées en première intention, survivent 15 ans ou plus, sans révision. Une étude portant sur 2384 patients, traités par la mise en place d'une telle prothèse (4 modèles différents) montre de plus que les modèles les plus récents de ces prothèses auraient une durée de vie encore meilleure (Wilson, 1304). Les résultats à 10 ans de l'utilisation de prothèse d'érection gonflable pour le traitement de la maladie de Lapeyronie montrent que ce traitement est faisable mais que les résultats en termes de longueur de pénis et de sensations sont décevants (Montorsi, 1310).



L'étude de données de la Massachusetts Male Aging Study, portant sur 1194 hommes âgés de 40 à 70 ans, n'a pas retrouvé dans l'apparition d'une dysfonction érectile de caractère prédictif de coronaropathie (Araujo, 1326).

Une étude différente évaluant la prévalence de la dysfonction érectile (DE) chez les patients présentant un premier épisode de syndrome coronarien aigu montre une relative fréquence de DE chez ces patients (41%) et que celle-ci est souvent associée à une atteinte diffuse des artères coronaires (Montorsi, 1340).

L'arrêt de l'intoxication tabagique peut entraîner la régression d'une dysfonction érectile, après 1 an. Cette éventualité dépend de l'âge, de l'importance du tabagisme et de la sévérité du trouble érectile avant l'arrêt de l'intoxication (Pourmand, 1331).

## INCONTINENCE URINAIRE

Le traitement de l'incontinence urinaire d'effort par injection de cellules souches sous guidage échographique représente une nouvelle thérapie efficace et peu invasive. Une étude à propos de 130 cas, hommes et femmes, utilisant des injections de fibroblastes et de myoblastes autologues l'a montré. 111 patients étaient guéris, 17 étaient améliorés. Pas d'effet indésirable ni de complication (Strasser, 328).

Une étude présentant un modèle canin expérimental d'insuffisance sphinctérienne et les effets sur la pression de clôture urétrale des injections de cellules souches dans le sphincter strié de l'urètre, rapporte

des résultats similaires (Eberli, 329). Cet effet sur la pression de clôture urétrale dépend de la quantité de cellules injectées (Mitterberger, 332).

Les bandelettes sous urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort offrent plus de 85% de guérison à un an, quelle que soit la voie d'abord, rétro-pubienne ou trans-obturatrice (Andonian, 333) (Joo Jung 334).

Les études concernant les bandelettes implantées par voie trans-obturatrice ne rapportent aucun cas de plaie vasculaire ou digestive (Moore, 337). Une simple incision de la bandelette en cas d'obstruction, d'impériosité ou de douleurs pelviennes post-opératoires suffirait à soulager les patientes. La qualité de vie post-opératoire ne semble pas affectée par la réapparition, chez 14 des 16 patientes de l'étude, d'une incontinence urinaire (Frenkl, 339).

Les injections intra détrusoriennes de toxine botulinique sont un traitement sûr et efficace pour les patients ayant une hyperactivité détrusorienne sévère.

Après 11 mois, 23% des patients rechutent, requérant une injection supplémentaire. En cas d'injections répétées, l'effet tend à être plus durable à chaque nouvelle injection. Ce sont les conclusions d'une étude portant sur 150 patients non neurologiques, injectés à 100 UI dans 30 sites différents, avec un recul de 4,5 ans (Schmid, 346).

L'implantation par voie périnéale d'un sphincter artificiel pour le traitement de l'incontinence urinaire après prostatectomie radicale donne

de meilleurs résultats sur la continence et diminue le risque d'avoir à implanter une deuxième manchette par rapport à la voie d'abord pénoscrotale (Henry, 352).

Une étude relatant 13 ans d'expérience dans l'implantation de sphincters artificiels chez l'homme (271 patients) rapporte le taux des complications post opératoires. Les taux de ces complications sont bas : 5% d'infections, 11% d'atrophies urétrales, 6% d'érosions urétrales, 5% de dysfonctions du sphincter. 27% des patients ont dû être réopérés. L'auteur insiste également sur la nécessité de réaliser une étude urodynamique et une cystoscopie pré opératoires (Hsu, 353).

L'implantation d'une seconde manchette de sphincter artificiel ne modifie pas les résultats à long terme sur la continence et la qualité de vie. Le risque de complications est plus élevé qu'en cas d'implantation d'une seule manchette (O'Connor, 356). Le risque d'érosion semble être moins élevé en cas d'implantation simultanée qu'en cas d'implantation différée -de sauvetage- de la deuxième manchette (Handel, 359).