
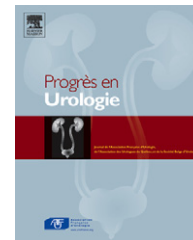




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

www.em-consulte.com



La dysfonction érectile après prostatectomie totale : quelle prise en charge ?

Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy

S. Droupy

CHU Carémeau, université Montpellier 1, place du Pr Robert-Debré, 30000 Nîmes, France

Reçu le 2 septembre 2009 ; accepté le 7 septembre 2009

Disponible sur Internet le 23 octobre 2009

MOTS CLÉS

Prostatectomie totale ;
Dysfonction érectile ;
Rééducation érectile

KEYWORDS

Radical prostatectomy;
Erectile dysfunction;
Penile rehabilitation

Résumé L'objectif de la prostatectomie totale est de guérir le cancer de la prostate en préservant au mieux la qualité de vie des patients. L'altération de la qualité des érections après l'opération est le problème le plus préoccupant en matière de sexualité. Elle est la conséquence de lésions parfois définitives des nerfs caverneux au cours de la dissection latérale de la prostate. La prise en charge de la dysfonction érectile après prostatectomie totale débute par une évaluation de la sexualité du patient et une information sur les conséquences du geste chirurgical avant l'intervention. Une rééducation érectile doit être proposée aux patients dans les deux à trois mois qui suivent l'intervention. En cas d'échec de cette rééducation, la prise en charge fait appel aux moyens thérapeutiques classiques de la dysfonction érectile. Dans le cadre du transfert de tâche et la délégation de compétences une collaboration est souhaitable entre médecin et infirmiers(ières) clinicien(ne) tout au long de cette prise en charge.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary The objective of a radical prostatectomy is to cure cancer of the prostate while preserving the best quality of life of patients. Changes in the quality of erections after the operation pose the greatest problems as far as sexuality is concerned. This is the consequence of lesions of the cavernous nerves during the lateral dissection of the prostate, which are sometimes definitive. The treatment of erectile dysfunction after radical prostatectomy begins with an evaluation of the sexuality of the patient who is informed of the consequences of

Adresse e-mail : sdroupy@aol.com.

surgery before operating. Specialized physiotherapy should be proposed to patients in the 2 to 3 months following the intervention. Should this treatment prove to be unsuccessful, patients are treated using classical therapy for erectile dysfunction. In the case of patient transfer and delegation of competences, consultation between the doctor and clinical nurses is advised throughout treatment.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment rencontré chez l'homme avec plus de 60 000 nouveaux cas par an. Il est aujourd'hui le plus souvent diagnostiqué à un stade de développement précoce car le dosage dans le sang d'une protéine sécrétée par la prostate : la *Prostate Specific Antigen* (PSA) associé au toucher rectal permettent de détecter des cancers de la prostate le plus souvent localisés à la glande chez des patients qui ne se plaignent en général d'aucun symptôme. Le traitement le plus souvent proposé à ces hommes est l'ablation chirurgicale de la totalité de la prostate. L'incontinence d'urine et l'impuissance étaient les deux complications qui rendaient cette intervention difficilement acceptable avant le début des années 1980. Les fuites d'urines sont devenues une complication rare et la préservation des érections est aujourd'hui un élément de choix important pour les patients qui doivent choisir un traitement pour leur cancer de la prostate. L'objectif de la prostatectomie totale est de guérir le cancer de la prostate en préservant au mieux la qualité de vie des patients.

Qu'est ce qu'une prostatectomie totale ?

La prostatectomie totale ou radicale est une intervention chirurgicale destinée à enlever la prostate en totalité ainsi que les vésicules séminales : c'est le traitement chirurgical du cancer de la prostate localisé, c'est-à-dire sans métastase. Cette intervention peut être réalisée grâce à une incision médiane au niveau de la partie inférieure de l'abdomen ou par coelioscopie robot-assistée ou non. Aucune différence entre les différentes voies d'abord n'a été mise en évidence en termes de résultats.

Quelles sont les conséquences d'une prostatectomie totale ?

L'objectif de la prostatectomie totale est de guérir le cancer de la prostate, malheureusement l'ablation de cette glande sexuelle, dont le rôle est la sécrétion du liquide séminal et qui est située au carrefour des voies urinaires et génitales, est responsable d'altération des fonctions sexuelles et urinaires.

Les modifications des fonctions urinaires touchent essentiellement la continence urinaire. Il s'agit d'une incontinence urinaire, surtout lors des efforts ou des mouvements, qui s'améliore dans les semaines qui suivent l'intervention et dont la rapidité et la qualité de la récupération peut être améliorée par une rééducation périnéale

pré- et postopératoire. Ces modifications peuvent également perturber les fonctions sexuelles, en effet certains patients se plaignent de fuites d'urines lors des orgasmes. Ces fuites sont liées à l'ouverture réflexe du sphincter volontaire au moment de l'orgasme alors que le sphincter automatique, normalement fermé à ce moment-là, est déficient en raison de l'opération.

La prostate et les vésicules séminales sécrètent la presque totalité du liquide constituant le sperme et lors de l'intervention les canaux déférents permettant le transport des spermatozoïdes sont bouchés, il en résulte donc une absence d'éjaculation et une impossibilité de concevoir un enfant naturellement.

Les orgasmes, sensations de plaisir, qui surviennent normalement lors des éjaculations sont quant à eux conservés après l'opération. Cela est très important car ces orgasmes peuvent être déclenchés par des contacts sexuels ou au cours de pénétrations vaginales quelle que soit la qualité de l'érection et sont donc une motivation importante pour la rééducation sexuelle qui sera nécessaire après l'intervention.

Il n'y a pas de conséquence directe de l'opération sur le désir sexuel mais il n'est pas rare que les patients ressentent une diminution du désir, de l'envie d'avoir des relations sexuelles. Cela doit être compris comme une conséquence de l'annonce du cancer et de la nécessité d'un traitement avec son cortège d'effets indésirables.

La dysfonction érectile : l'altération de la qualité des érections après l'opération est le problème le plus préoccupant en matière de sexualité. Elle est la conséquence de lésions parfois définitives des nerfs caverneux au cours de la dissection latérale de la prostate. Ces nerfs sont de petits filets nerveux, très fragiles, situés entre 2 et 5 mm des bords latéraux de la prostate et invisibles lors de l'opération. Le chirurgien connaît la position théorique de ces nerfs et lorsque la situation du cancer le permet, tentera de les préserver.

Récupération des fonctions sexuelles

Les couples doivent être spécifiquement et précisément informés des conséquences sexuelles du traitement et des possibilités qui pourront leur être proposées pour y remédier. Cette information doit être réalisée avant et poursuivie après l'opération. Elle doit être adaptée à la demande du couple en matière de sexualité. Les études scientifiques montrent que près d'un tiers des hommes qui doivent être opérés d'un cancer de la prostate a déjà des difficultés sexuelles et que leur partenaire souffre également bien souvent de troubles du désir, de l'excitabilité, d'insuffisance de

lubrification, voire de difficulté à obtenir du plaisir lors de rapports sexuels qui sont parfois devenu rares. La plupart de ces couples ne s'en sont jamais ouverte à un médecin et c'est l'occasion d'aborder ces problèmes avec l'urologue ou l'infirmière au cours de la consultation d'annonce.

Cette évaluation préopératoire est nécessaire pour pouvoir adapter les modalités de la prise en charge à chaque couple.

De façon plus générale, le patient doit être informé qu'il est difficile de prévoir, dans son cas précis, la qualité de vie sexuelle après une prostatectomie totale. Cependant, certains éléments sont des facteurs favorisant le retour à une vie sexuelle satisfaisante :

- la motivation du patient et du couple à retrouver une vie sexuelle active est l'élément déterminant. Il s'agit de patients ou de couple qui vont rechercher activement la méthode thérapeutique qui va les guérir au prix de séquelles sexuelles limitées. Ces couples ont en général des rapports sexuels fréquents et pour eux, la sexualité est un élément important de la qualité de la vie ;
- l'acceptation par le couple que les choses ne seront plus comme avant mais qu'une adaptation de leurs pratiques sexuelles est possible. Il s'agit d'accepter le principe et la nécessité d'une rééducation qui peut durer plusieurs mois (jusqu'à deux ans) après l'intervention. Pendant cette période, l'homme peut avoir besoin d'utiliser des médicaments, voire des injections intracaverneuses pour améliorer progressivement la qualité de ses érections. Mais le couple doit également être prêt à ce que la qualité des érections ne reviennent jamais à son niveau initial et à adapter ses pratiques sans limiter pour autant la fréquence des rapports.

L'érection

Trois facteurs sont essentiels à la récupération d'une fonction érectile après une prostatectomie totale :

- la qualité du geste chirurgical ;
- la motivation du couple ou du patient s'il est seul ;
- la prise en charge précoce que nous qualifierons de « rééducation pharmacologique ».

Deux situations peuvent donc se présenter après l'opération.

L'urologue a pu tenter de préserver les nerfs caverneux d'un ou des deux côtés

Dans ces conditions, on peut espérer une récupération d'érections naturelles, plus ou moins rigides, dans les semaines ou mois qui suivent l'intervention. Les études scientifiques rapportent des cas de récupération tardive, entre 12 et 24 mois après l'intervention, mais dans la majorité des cas où les nerfs ont pu être préservés des tumescences (érections molles) vont apparaître dans les semaines qui suivent l'opération. Ces tumescences sont le signe que les nerfs, même s'ils sont un peu abîmés, sont préservés et vont sans doute permettre de récupérer des érections naturelles dont la qualité va s'améliorer progressivement. La récupération est d'autant plus rapide et de meilleure qualité que les nerfs des deux côtés ont été préservés.

L'urologue n'a pas préservé les nerfs caverneux pour des raisons techniques ou liées au cancer

Dans ces conditions, les chances de récupérer des érections naturelles sont pratiquement nulles. En revanche, les érections pourront être déclenchées artificiellement par l'injection de prostaglandine E1 dans les corps caverneux du pénis.

La rééducation érectile

Il existe aujourd'hui suffisamment d'arguments pour penser qu'il vaut mieux stimuler précocement et régulièrement les érections des patients après une prostatectomie totale plutôt que d'attendre que les érections naturelles ne réapparaissent seules car il semble y avoir un risque d'altération de la qualité du tissu érectile mal oxygéné en l'absence totale d'érection.

Quels moyens peuvent être utilisés pour cette rééducation érectile ?

La reprise d'activité sexuelle

Le plus évident, et bien sûr indispensable, est de tenter de reprendre une activité sexuelle aussi rapidement que possible. Il convient donc de recommencer à avoir des activités sexuelles dès que les douleurs liées à l'intervention ont disparues et qu'une continence urinaire suffisante a été récupérée (deux à six premiers mois). Cependant, la qualité de l'érections doit, pour un temps au moins, être mis au second plan de cette nouvelle sexualité qui aura pour objectif de se retrouver à l'occasion de relation amoureuses au cours desquels il sera possible de se donner du plaisir car les capacités d'obtenir des orgasmes persistent, quelle que soit la qualité de l'érection. Ces stimulation doivent être agréables et ne doivent pas avoir pour objectif de récupérer immédiatement des érections rigides afin d'éviter de générer chez l'homme une anxiété vis-à-vis sa fonction érectile.

Les médicaments

Les médicaments peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des érections, leur fréquence et surtout l'oxygénation du tissu caverneux. La règle est de permettre au patient d'obtenir des érections dans les deux à trois premiers mois qui suivent l'opération afin d'éviter les lésions irréversibles de fibrose du tissu caverneux qui compromettent inévitablement la récupération des érections.

Il faut donc dès les premiers mois mettre en place, avec l'accord du patient et de sa partenaire, un programme de rééducation érectile qui utilise le plus souvent des médicaments soit par voie orale (Viagra®, Levitra®, Cialis®), soit en injections intracaverneuses (Edex, Caverject dual), voire même un érecteur à dépression (vacuum).

Aujourd'hui, aucun protocole de traitement n'est universellement reconnu comme étant supérieur à un autre. Il faut donc s'adapter au patient ou au couple, en fonction de l'efficacité des traitements, de ses souhaits et de ses moyens financiers car les médicaments par voie orale ne sont pas remboursés par l'assurance maladie.

En cas d'échec de la rééducation, quelles solutions ?

Lorsque l'homme ne peut, à l'issue de plusieurs mois (jusqu'à deux ans) de rééducation, retrouver des érections rigides permettant des rapports satisfaisants plusieurs solutions sont possibles :

- soit l'homme a retrouvé des érections naturelles mais dont la qualité est insuffisante pour des rapports sexuels satisfaisants. Dans ce cas, le médecin propose successivement les différentes options thérapeutiques disponibles :
 - les médicaments par voie orale (Viagra®, Levitra®, Cialis®) à la demande (ie: à prendre 30 minutes à quelques heures avant le rapport sexuel) ou en continu (cialis 2,5 ou 5 mg tous les jours pour les hommes chez qui le cialis est efficace et qui ont en moyenne huit rapports sexuels par semaines),
 - les injections intracaverneuses à la demande, la dose étant déterminée en fonction de l'efficacité. Le choix des injections plutôt que des médicaments sera fait soit en raison de l'efficacité supérieure des injections soit en raison du coût élevé des médicaments car comme nous l'avons dit plus haut les injections sont remboursées et pas les médicaments ;
- soit l'homme n'a récupéré aucune érection malgré la rééducation. Il faut alors utiliser un traitement pour déclencher artificiellement l'érection juste avant le rapport sexuel. Là-aussi plusieurs options sont possibles et doivent être expliquées au couple :
 - les injections intracaverneuses à la demande, la dose étant déterminée en fonction de l'efficacité. C'est l'option la plus souvent proposée car elle permet l'érection artificielle la plus proche du naturelle,
 - le vacuum : le pénis est placé dans l'appareil et la dépression crée une érection artificielle par afflux de sang lié au vide créé dans le cylindre. Une bande élastique est mise en place à la racine du pénis pour piéger le sang dans les corps érectile le temps du rapport

sexuel. Cette option est proposée aux patients qui ont des difficultés techniques à réaliser les injections, ne souhaitent pas se piquer ou pour qui les injections ne sont pas efficaces,

- les implants pénien. Le système peut être simplement mécanique constitué de deux implants de silicone avec une âme métallique pour leur conférer une malléabilité et une rigidité suffisante. Les implants peuvent aussi être reliés à une pompe et un réservoir pour en faire un système hydraulique qui permet d'obtenir un état de flaccidité proche du naturelle et grâce à l'activation manuelle de la pompe une érection rigide le temps du rapport sexuel. Les implants sont proposés en général en dernier recours aux patients chez qui les injections n'ont pas permis d'obtenir un résultat satisfaisant. Cependant, les patients doivent être informés de l'existence de cette solution qui ne nécessite pas de préparation avant le rapport sexuel et qui est prise en charge par l'assurance maladie.

La prise en charge de la dysfonction érectile après prostatectomie totale débute par une évaluation de la sexualité du patient et une information sur les conséquences du geste chirurgicale avant l'intervention. Une fois le cancer de la prostate traité la vie sexuelle est, selon les patients et les partenaires, l'élément le plus important de la qualité de vie. Une prise en charge structurée (rééducation érectile) doit être proposée aux patients dans les deux à trois mois qui suivent l'intervention afin d'éviter les altérations du tissu caverneux qui compromettraient les possibilités de récupération d'érections naturelles. Tout au long de cette prise en charge (de l'annonce du diagnostic à l'apprentissage des injections intracaverneuses, du vacuum ou du maniement d'une prothèse d'érection), le rôle du médecin et de l'infirmier(ère) clinicien(ne) pourraient être organisés de façon complémentaire dans le cadre du transfert de tâche et de la délégation de compétences.