




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Dysfonctions sexuelles après traitement du cancer de la prostate localisé

S. Droupy

*Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes, Place du Professeur Robert Debré,
30000 Nîmes, Université Montpellier 1, France
UPRES EA 4122, Université Paris Sud, France*

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquemment rencontré chez l'homme avec aujourd'hui près de 80 000 nouveaux cas par an en France. Il est le plus souvent diagnostiqué à un stade de développement précoce car le dosage du PSA est très largement utilisé par les médecins généralistes, les urologues et certains spécialistes à partir de 50 ans pour un dépistage individuel tel qu'il est préconisé par l'Association Française d'Urologie. L'association du dosage du PSA et du toucher rectal permet aujourd'hui 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. Parmi les options thérapeutiques le traitement le plus souvent proposé à ces hommes est l'ablation chirurgicale de la totalité de la prostate. Cette prostatectomie totale, réalisée pour la première fois en 1902, a beaucoup évolué notamment au cours des 25 dernières années avec la description de techniques permettant la préservation des érections et de la continence urinaire. D'autre part les évolutions techniques permettent d'envisager grâce à la robotisation et à la fusion d'image tridimensionnelle une amélioration du contrôle carcinologique et des séquelles fonctionnelles dans les années à venir. L'incontinence d'urine et l'impuissance étaient les deux complications qui limitaient l'acceptabilité de cette intervention avant le début des années 80. L'incontinence urinaire est devenue une complication rare et la préservation des érections est aujourd'hui possible.

Le nombre de prostatectomies totales pour cancer réalisées en France était de 6600 en 1998 et de plus de 27 000 en 2007. La grande majorité de ces interventions sont réalisées chez des hommes entre 60 et 70 ans mais environ 7000 patients de moins de 60 ans et 5000 de plus de 70 ans ont été opérés en 2007.

L'évaluation de la qualité de vie après cette intervention est un sujet particulièrement important pour plusieurs raisons :

Correspondance.
Adresse e-mail : stephane.droupy@chu-nimes.fr (S. Droupy).

- i) L'amélioration de l'efficacité et de l'acceptabilité des méthodes thérapeutiques est un objectif permanent des médecins qui prennent en charge les patients atteints de cancers ;
- ii) Les symptômes qui altèrent la qualité de vie sont générateurs de demande de soins et de coûts de santé pour des hommes dont la majorité est guérie et dont l'espérance de vie dépasse ainsi largement 10 ans ;
- iii) L'évaluation comparative des différentes méthodes thérapeutiques proposées aux patients atteints de cancer de la prostate nécessite une comparaison de leur efficacité carcinologique mais également de leur capacité à préserver la qualité de vie de patients le plus souvent totalement asymptomatiques lors du diagnostic. Cette évaluation de la qualité de vie doit également s'appliquer à la « surveillance active » qui permet d'éviter le « surtraitement » de cancers de la prostate dépistés et considérés comme cliniquement non significatifs. L'acceptabilité de cette « surveillance active » est sujette à des variations individuelles évidentes ;
- iv) Enfin, l'impact sur la qualité de vie des nouvelles méthodes thérapeutiques est un des éléments à prendre en compte pour décider de leur développement clinique et de leur prise en charge par l'assurance maladie au titre de l'amélioration du service médical rendu.

La prostate est une glande sexuelle située au carrefour des voies séminales et urinaires dont le rôle est la sécrétion du liquide séminal. Les traitements du cancer de la prostate vont donc modifier l'équilibre, déjà parfois rendu fragile par l'âge, des fonctions sexuelles et urinaires. Les modifications des fonctions urinaires peuvent avoir des conséquences sur la vie sexuelle du couple.

La prostate et les vésicules séminales sécrètent la presque totalité du liquide constituant le sperme. Les traitements du cancer de la prostate vont donc avoir des conséquences sur l'éjaculation et la fertilité des hommes : anéjaculation définitive après prostatectomie totale et hypospermie, hémospermie et douleurs après curiethérapie ou radiothérapie externe.

Les orgasmes sont quant à eux conservés même en l'absence d'éjaculation. Parfois modifiés dans leur perception mais présents. Ceci 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 reprendre une vie sexuelle après l'intervention ou le traitement.

Les conséquences sexuelles sont pour les patients et leurs partenaires un des arguments du choix d'une méthode thérapeutique par rapport à une autre. Beaucoup d'arguments ont été développés dans ce domaine par les défenseurs de chacune des méthodes thérapeutiques (prostatectomie, radiothérapie, curiethérapie, ultrasons focalisés de haute intensité) sans qu'aucune étude comparative sérieuse n'ait permis d'affirmer réellement la supériorité de l'une sur l'autre. La prise en charge thérapeutique de ces conséquences sexuelles manque également aujourd'hui de recommandation dix ans après la première publication par Francesco Montorsi sur l'intérêt de la rééducation érectile pharmacologique. L'objectif de ce numéro spécial est de décrire les conséquences sexuelles des différentes modalités thérapeutiques proposées aux patients pour le traitement du cancer de la prostate localisé, les moyens de prévention et de prise en charge disponibles. Les textes ont été rédigés par des membres du comité d'andrologie de l'Association française d'urologie et des experts à partir d'une revue de la littérature sélectionnée selon les critères de médecine basée sur les preuves et présentée de façon synthétique.

Conflits d'intérêts :

S.D. : Essais cliniques en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (Lilly) ; activités de conseil (Bayer, Pfizer) ; invitations en qualité d'intervenant (Bayer, Pfizer) ; invitations à des conférences en qualité d'auditeur (Pfizer) ; Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable (Pfizer).