




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Qualité de vie après traitement du cancer de la prostate localisé

Quality of life after localized prostate cancer treatment

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*

MOTS CLÉS

Qualité de vie ;
Dysfonction érectile ;
Incontinence urinaire ;
Prostatectomie totale

Résumé

Les patients traités pour un cancer de la prostate et leurs partenaires s'accordent pour classer les différents domaines de la qualité de vie avec par ordre d'importance décroissante ; la vie sexuelle, la vitalité, les troubles urinaires irritatifs et obstructifs, l'incontinence et les fonctions intestinales. Chacune des modalités thérapeutiques de première intention du cancer de la prostate possède un profil spécifique de modifications des domaines de la qualité de vie sexuelle, urinaire, intestinale et de la vitalité. Il est de plus très difficile de prévoir pour un patient donné l'importance des modifications et leur perception par le patient ainsi que leurs implications dans la vie du couple. L'information, la prévention et la prise en charge précoce des séquelles permettent d'en limiter les conséquences néfastes pour la qualité de vie.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Quality of life;
Erectile dysfunction;
Urinary incontinence;
Radical prostatectomy

Summary

Patients treated for a prostate cancer and their partners agree to classify importance of quality of life domains as follow: first sexual life, vitality, irritative and obstructive urinary tract symptoms, urinary incontinence and bowel function. Each first line treatment of prostate cancer (radiotherapy, brachytherapy and surgery) is responsible for a specific quality of life domains modification profile. It is very difficult to predict, for a given patient, the importance of the sequellae and their perception by the patient and the partner. Information, prevention and early treatment of the sequellae allow improving quality of life.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

Correspondance.

Adresse e-mail : sdroupy@chu-nimes.fr (S. Droupy).

Introduction

L'évaluation de la qualité de vie après traitement du cancer de la prostate localisé est un sujet particulièrement important pour plusieurs raisons :

- a- 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 ;
- b- 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 ;
- c- 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 devra 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 la « surveillance active » est sujette à des variations individuelles évidentes. 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.

L'évaluation de la qualité de vie après prostatectomie totale pour cancer est soumise à plusieurs limites méthodologiques. Il n'y a pas de consensus quant à la manière idéale d'assembler les différents domaines de qualité de vie afin d'obtenir un score qui permettent des comparaisons unanimement reconnues. L'évaluation doit être prospective tenant compte d'une évaluation préthérapeutique qui est le plus souvent postérieure à l'annonce du diagnostic de cancer et donc modifiée par rapport à ce qu'elle aurait pu être avant cette annonce notamment en matière de bien-être général, de score de dépression et de qualité de vie sexuelle. Les données sont rares et toujours rétrospectives en ce qui concerne les traitements multimodaux du cancer de la prostate. Enfin, l'évaluation doit tenir compte du délai par rapport au traitement que ce soit en matière de séquelles des traitements chirurgicaux ou de complications radiques [1].

Aspects techniques

La prostatectomie totale, radicale ou prostatovésiculectomie totale peut être réalisée grâce à une incision médiane sous ombilicale ou par laparoscopie robot-assistée ou non. Ces trois techniques sont aujourd'hui parfaitement standardisées en ce qui concerne le contrôle carcinologique, la préservation du système sphinctérien et des nerfs caverneux. Si des différences en termes de rapidité de récupération de certaines fonctions ont été rapportées dans certaines séries, il n'est pas possible aujourd'hui d'affirmer la supériorité de l'une des techniques par rapport à l'autre

notamment en termes de qualité de vie à long terme [2]. L'évolution technique la plus récente est le développement considérable de l'utilisation du robot chirurgical DaVinci qui permet une vision tridimensionnelle avec des possibilités de grossissement dignes d'un microscope opératoire, une précision du geste améliorée en annulant le tremblement naturel et en permettant la démultiplication et des axes de rotation supranaturels, enfin il dote le chirurgien d'un troisième bras réalisant ainsi un outil d'innovation thérapeutique incontournable pour les années à venir. Près de 25 centres sont déjà équipés en France, plus de 1250 dans le monde et la majorité des prostatectomies totales sont réalisés grâce au robot aux États-Unis [2].

Quelles sont les conséquences d'une prostatectomie totale ?

L'objectif de la prostatectomie totale est de guérir le cancer de la prostate mais 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.

Troubles de la continence urinaire

Les modifications des fonctions urinaires touchent essentiellement la continence urinaire. Il s'agit d'une incontinence urinaire à l'effort qui s'améliore dans les semaines qui suivent l'intervention et dont la rapidité et la qualité de la récupération peuvent être améliorées par une rééducation sphinctérienne pré et post opératoire. Ces troubles de la continence urinaire sont la conséquence de modifications du fonctionnement du système sphinctérien liées à l'intervention : le sphincter strié peut être fragilisé lors de la section de ses fibres à l'apex prostatique et le sphincter lisse doit parfois être enlevé au niveau du col vésical soit en raison d'un risque d'envahissement par le cancer ou parce que la prostate est siège d'un lobe médian qui modifie la forme de ce sphincter. Les séries s'accordent pour évaluer à 10-15 % le pourcentage de patients chez qui persistent des fuites d'urines après 2 ans. Ces fuites d'urines prennent le plus souvent la forme d'une goutte en fin de journée lors d'un changement de position et ne nécessitent pas le port de protection. Les fuites d'urines constituant un handicap pour la vie sociale ou personnelle des patients sont rares et touchent 5 à 7 % des patients. Il s'agit de patients qui présentaient le plus souvent des facteurs de risque (âge > 65 ans, fuites d'urine pré-opératoire, troubles mictionnels liés à un adénome obstructif) et qui seront candidats à la mise en place d'un sphincter artificiel si leur dextérité le permet ou d'un système passif de compression urétrale (ballons ProACT, bandelette sous urétrale) [1,2].

Ces modifications peuvent également perturber les fonctions sexuelles. En effet certains patients se plaignent de fuites d'urine lors des orgasmes. Ces fuites sont liées à l'ouverture réflexe du sphincter strié au moment de l'orgasme alors que le sphincter lisse normalement fermé à ce moment là est déficient. Ces fuites sont le plus souvent occasionnelles mais peuvent être responsables d'un

éviter des rapports sexuels. Elles peuvent être prévenues par la préservation du col vésical lors de l'intervention et en conseillant aux patients de vider la vessie avant les rapports sexuels [3].

Troubles sexuels

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

Les orgasmes, sont en général conservés après l'opération. 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 la rééducation sexuelle qui sera nécessaire après l'intervention. Cependant, les études rapportent pour un tiers des patients une diminution de la sensation orgasmique et pour près d'un tiers une absence d'orgasme le plus souvent liée à l'absence de rapports sexuels [3].

Les érections

Trois facteurs sont importants pour la récupération d'une fonction érectile après une prostatectomie totale : la qualité du geste chirurgical qui détermine la rapidité et la qualité de la récupération, la motivation du couple ou du patient s'il est seul et la prise en charge précoce que nous qualifierons de « rééducation érectile ».

L'altération de la qualité des érections est la conséquence de lésions parfois définitives des nerfs caverneux au cours de la dissection latérale de la prostate. Ces nerfs associent des fibres parasympathiques post-ganglionnaires non myélinisées et probablement des fibres sensitives, situés entre 2 et 5 mm des bords latéraux de la prostate et invisibles lors de l'intervention. Il faut, lors de cette phase de l'intervention éviter toute coagulation électrique et d'exercer une traction trop importante sur la prostate [1].

Les informations obtenues à partir du toucher rectal, des biopsies ou de l'IRM peuvent faire évoquer une effraction capsulaire. Ainsi l'urologue peut décider qu'il est nécessaire de sacrifier la bandelette vasculo-nerveuse du côté où le cancer est proche de celle-ci voire les deux bandelettes dans les cas d'un risque d'effraction capsulaire bilatérale.

La qualité du geste opératoire est l'élément déterminant de la récupération d'érections naturelles. La qualité des ces érections et la rapidité de leur réapparition sont quant à elles dépendantes de plusieurs facteurs.

Les études montrent que près d'un tiers des hommes qui doivent être opérés d'un cancer de la prostate ont 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 devenus rares. La plupart de ces couples ne s'en sont jamais ouvert à un médecin et c'est l'occasion d'aborder ces problèmes avec l'urologue qui, le cas échéant, pourra orienter le couple vers un autre spécialiste s'il le juge opportun.

Cette évaluation pré-opératoire est nécessaire pour pouvoir adapter les modalités de la prise en charge à chaque couple. Il est reconnu aujourd'hui qu'une prise en charge précoce (dans les 2-3 mois) qui suivent l'intervention permet de limiter les risques de fibrose des corps caverneux liés à l'ischémie chronique relative secondaire à l'absence d'érections diurnes mais aussi nocturnes. Les modalités de cette rééducation restent à définir mais incluent des rapports sexuels réguliers aidés par la prise d'inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5, d'injections intracaverneuses de PGE1 voire d'un érecteur à dépression (vacuum) [4].

Le désir

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. Ceci doit être compris comme une conséquence de l'annonce du cancer et de la nécessité d'un traitement avec son cortège d'effets indésirables. L'annonce d'un cancer est souvent responsable de l'effondrement du projet de vie pour le patient et pour sa compagne et les réactions émotionnelles sont variées : anxiété, culpabilité, honte, déni, colère, révolte, régression, dépression, isolement...et constituent les étapes du deuil. Le cancer associé à l'idée de mort va s'opposer à la sexualité porteuse de vie. Les conséquences de l'intervention sont perçues comme le prix à payer pour la survie. Le cancer de la prostate et son traitement portent atteinte à l'image corporelle et à l'identité sexuelle de l'homme. La perte du désir est fréquente lors de la phase dépressive réactionnelle aggravée par la passivité du patient qui se soumet au traitement. La maladie rompt la balance des pouvoirs dans le couple et le plus souvent apparaissent des réactions de maternage qui inhibent tout désir. La perte de l'éjaculation, les dysfonctions érectiles et la modification de la perception des organes génitaux externes (sensation de pénis froid ou de diminution de la taille du pénis) modifient la perception que l'homme a d'une relation sexuelle témoin de son amour pour sa compagne. Le patient se trouve en état d'inhibition sexuelle psychologiquement et physiquement. La rémission de la maladie et la disparition des troubles de la continence lui permettront de lever progressivement ses inhibitions et de retrouver les conditions propices à une rééducation sexuelle [4].

Une diminution du désir sexuel persistante doit faire rechercher un syndrome de déficit en testostérone grâce à un dosage de la testostérone totale et biodisponible. En cas de déficit biologique avéré et de signes cliniques, les recommandations des sociétés savantes impliquées permettent d'envisager un traitement substitutif dans certaines conditions [5].

Les alternatives à la chirurgie permettent-elle de conserver une meilleure qualité de vie ?

Si au début de leur développement les techniques de radiothérapie conformationnelle, de curiethérapie et d'ultrasons focalisés (HIFU) ont laissé espérer pouvoir limiter les séquelles sexuelles, urinaires et intestinales en traitant efficacement le cancer de la prostate, les résultats après plusieurs années d'évaluation sont moins optimistes. En effet, la nécessité pour traiter le cancer d'irradier ou de détruire par les ultrasons toute la prostate avec une zone de sécurité, fait que les nerfs érecteurs sont également lésés et qu'ainsi, 5 ans après le traitement, les résultats en termes de préservations des érections ne sont pas meilleurs avec une technique ou l'autre.

Dans la série du MD Anderson, Frank et al. rapportent les résultats d'une enquête réalisée auprès de 960 patients traités environ 4 ans auparavant pour un cancer de la prostate localisé par prostatectomie totale, curiethérapie ou radiothérapie externe. Les résultats sur les fonctions urinaires font apparaître une proportion significativement plus importante de patients rapportant des fuites d'urines après prostatectomie et une proportion significativement plus importante de patients rapportant des symptômes irritatifs après radiothérapie externe ou interstitielle. Ainsi le handicap global liée aux troubles urinaires n'était pas différent quel que soit le traitement subi. En ce qui concerne les fonctions intestinales et la gêne ressentie elle est significativement plus importante après irradiation externe ou interstitielle. Enfin, en ce qui concerne les fonctions sexuelles, si les patients rapportaient de meilleurs scores après curiethérapie, la gêne perçue par les patients était identique dans les trois groupes [6].

En ce qui concerne les traitements multimodaux, l'évaluation de la base de données CaPSURE qui regroupe plus de 13 000 patients permet d'apprécier l'effet des associations thérapeutiques sur les différents domaines de la qualité de vie. L'association d'un blocage androgénique adjuvant de 6 mois à une prostatectomie totale altère modérément la qualité de vie générale et ne change pas les scores ni la gêne ressentie au niveau urinaire. En revanche comme on pouvait s'y attendre les scores de fonction sexuelle et la gêne ressentie sont significativement modifiées au cours des premiers mois. Les scores de qualité de vie sexuelle restent altérés chez ces patients au cours des 2 premières années. Même si la plupart d'entre eux récupèrent une testostérone normale l'évaluation d'un éventuel déficit en testostérone doit être réalisée en cas de troubles du désir persistant plus de 12 mois après l'arrêt du traitement [7].

Les nouvelles recommandations communes des sociétés internationales impliquées dans la prise en charge du syndrome de déficit en testostérone autorisent le traitement par la testostérone des patients hypogonadiques en rémission complète d'un cancer de la prostate après un délai raisonnable.

Si l'adjonction d'une radiothérapie complémentaire après une prostatectomie totale ne change pas les scores de qualité de vie en rapport avec les fonctions urinaires au cours des premiers mois, il semble qu'un déclin apparaît à

partir de 21 mois. En ce qui concerne les fonctions sexuelles, la radiothérapie complémentaire ne modifie pas les scores au cours des 21 premiers mois [7].

La comparaison entre les différentes techniques est difficile car le plus souvent les patients qui sont opérés ou subissent une curiethérapie sont plus jeunes que les patients traités par radiothérapie externe, ces derniers ont en général plus de comorbidités que les patients traités par curiethérapie qui en ont également plus que les patients opérés. Enfin, la gravité du cancer est plus importante chez les patients traités par radiothérapie externe que chez les patients opérés ou traités par curiethérapie. Cependant, si l'on tente une comparaison des différents domaines deux ans après le traitement, les pourcentages de patients qui disent souffrir d'un problème « modéré ou sévère » se répartissent comme suit :

- troubles urinaires (incontinence et troubles irritatifs) 7 % après prostatectomie totale, 11 % après radiothérapie externe et 16 % après curiethérapie ;
- troubles sexuels : 43 % après prostatectomie totale, 37 % après radiothérapie externe et 30 % après curiethérapie ;
- troubles intestinaux : 1 % après prostatectomie totale, 11 % après radiothérapie externe et 8 % après curiethérapie.

Lorsque l'on interroge les patients et les partenaires sur l'importance des différents domaines de la qualité de vie, ils s'accordent pour classer par ordre décroissant la vie sexuelle, la vitalité, les troubles urinaires irritatifs et obstructifs, l'incontinence et les fonctions intestinales.

Chacune des modalités thérapeutiques de première intention du cancer de la prostate possède un profil spécifique de modifications des domaines de la qualité de vie sexuelle, urinaire, intestinale et de la vitalité. L'hormonothérapie exacerbe les altérations liées à la curiethérapie et à la radiothérapie externe alors que la technique de préservation nerveuse limite les effets indésirables de la prostatectomie totale. Les autres facteurs associés à une altération de la qualité de vie sont l'obésité, l'âge, la taille de la prostate, un PSA initial élevé [8].

Conclusion

Le traitement du cancer de la prostate localisé permet de guérir les hommes au prix d'altérations de la qualité de vie qui touchent principalement les fonctions sexuelles et urinaires. Après 25 ans d'évolution technique et d'amélioration de l'environnement médicale et psychosexologique, les séquelles fonctionnelles peuvent être prévenues et traitées et les altérations de la qualité de vie limitées par une prise en charge globale adaptée à chaque patient.

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).

Références

- [1] Walsh PC, Donker PJ. Impotence following radical prostatectomy: insight into etiology and prevention. *J Urol* 1982;128:492.
- [2] Berryhill Jr R, Jhaveri J, Yadav R, Leung R, Rao S, El-Hakim A et al. Robotic prostatectomy: a review of outcomes compared with laparoscopic and open approaches. *Urology* 2008;72:15-23.
- [3] Barnas JL, Pierpaoli S, Ladd P, Valenzuela R, Aviv N, Parker M et al. The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy. *BJU Int* 2004;94:603-5.
- [4] Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, Neese L, Klein E, Zippe C et al. Defining Sexual Outcomes after Treatment for Localized Prostate Carcinoma. *Cancer* 2002;95:1773-85.
- [5] Wang C, Nieshlag E, Swerdloff R, Behre H M, Hellstrom WJ, Gooren LJ et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *European Journal of Endocrinology* 2008;159:507-14.
- [6] Frank SJ, Pisters LL, Davis J, Lee AK, Bassett R and Kuban DA. An Assessment of Quality of Life Following Radical Prostatectomy, High Dose External Beam Radiation Therapy and Brachytherapy Iodine Implantation as Monotherapies for Localized Prostate Cancer. *J Urol* 2007;177:2151-6.
- [7] Wu AK, Cooperberg MR, Sadetsky N, Carroll PR. Health Related Quality of Life in Patients Treated With Multimodal Therapy for Prostate Cancer. *J Urol* 2008;180:2415-22.
- [8] Sanda MG, Dunn RL, Michalski J, Sandler HM, Northouse L, Hembroff L et al. Quality of Life and Satisfaction with Outcome among Prostate-Cancer Survivors. *N Engl J Med* 2008;358:1250-61.