




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



Prise en charge des échecs de la rééducation érectile après prostatectomie totale

Management of erectile rehabilitation failure after radical prostatectomy

P. Costa^{a, *}, A. Corman^b, N. Morel-Journel^c, S. Droupy^a
et les membres du comité d'andrologie de l'AFU

^a Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes, Place du Professeur Robert Debré, 30000 Nîmes, Université Montpellier 1, France

^b Sexologue, 31000 Toulouse, France

^c Service d'Urologie CHU Lyon Sud, 165, chemin du Grand Revoyet, 69495 Pierre-Bénite, France

MOTS CLÉS

Prostatectomie totale ;
Rééducation érectile ;
Dysfonction érectile ;
Vacuum ;
Injections
intracaverneuses ;
Inhibiteurs des
phosphodiesterases ;
Prothèse pénienne

KEYWORDS

Radical prostatectomy;
Penile rehabilitation;
Erectile dysfunction;
Vacuum device;
Intracavernosal
injections;
Phosphodiesterase
inhibitors;
Penile implants

Résumé

Plus des deux tiers des patients après prostatectomie totale (PT) ont une altération durable de la qualité de leur érection et peuvent être considérés comme en échec de rééducation érectile. Le traitement des échecs de la rééducation de l'érection après PT suit aujourd'hui les règles du traitement de la dysfonction érectile en fonction de son degré de gravité et des échecs aux traitements antérieurs. Une prise en charge sexologique est souvent nécessaire pour évaluer le vécu sexuel de la maladie et des conséquences du traitement dans le couple.
© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

More than two thirds of the patients after radical prostatectomy (RP) have a lasting impairment of the quality of their erection and are may be considered as in failure of erectile rehabilitation. The treatment of penile rehabilitation failures after RP follows the rules and recommendations of the treatment of erectile dysfunction according to its degree of severity and of chess in previous treatments. Psychosexual counselling is often necessary to assess and improve the sexual living of cancer and of consequences of the treatment in the couple.
© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : pierre.costa@chu-nimes.fr (P. Costa).

Les données de la littérature récente montrent que dans les séries de patients sélectionnés et évalués selon les critères stricts des études cliniques randomisées seuls environ 30 % des patients retrouvent des érections satisfaisantes permettant des rapports sexuels avec pénétration sans aide pharmacologique ou mécanique [1, 2].

On peut donc considérer qu'au moins 70 % des patients après PT ont une altération durable de la qualité de leur érection et peuvent être considérés comme en échec de rééducation érectile et vont nécessiter une prise en charge thérapeutique complémentaire.

Prise en charge sexologique

Afin d'éviter les échecs et d'optimiser les résultats de la rééducation ou du traitement, il ne doit pas y avoir de contradiction entre l'objectif thérapeutique à court terme (la préservation et la restauration de l'érection) et les attentes du patient, de la partenaire et du couple (reprise d'une motivation et d'une satisfaction sexuelle).

Une évaluation du vécu sexuel du patient (importance, activité, satisfaction, dysfonctions), des attitudes par rapport à la sexualité (souplesse ou rigidité) et de la dynamique du couple (communication, pratiques sexuelles passées et présentes, existence d'un conflit sous-jacent) sont les premiers éléments d'une prise en charge sexologique. Cette évaluation va permettre de déterminer les orientations thérapeutiques :

- 1. Éducation thérapeutique pour lutter contre les facteurs psychologiques et cognitifs de la non observance (par exemple craintes infondées comme la crainte d'effets secondaires cardiaques des inhibiteurs de phosphodiesterase de type 5 (iPDE5) ou idées reçues sur l'aspect dissuasif des injections intra-caverneuses (IIC) sur le plan sexuel) ;
- 2. Travail sur les croyances dysfonctionnelles autour de l'association cancer/sexualité (par exemple, la sexualité est secondaire par rapport à la lutte pour la survie ou elle n'est plus possible dans ce corps malade ou même elle risque de lui nuire...) ;
- 3. Réévaluation régulière du choix du traitement grâce à un suivi collant au plus prêt des objectifs fixés et des attentes du patient concernant sa vie sexuelle ;
- 4. Prise en charge thérapeutique si la sexualité antérieure était déjà dysfonctionnelle ou si l'impact de la maladie a détérioré d'autres composantes de la sexualité que l'érection (par exemple désir, orgasme, estime de soi, image du corps, relation dans le couple) [3].

Prise en charge de la partenaire

Il est important de prendre en compte la partenaire et son vécu de la sexualité du couple dans le cadre du cancer de la prostate.

Les difficultés sexuelles sont différemment ressenties par les femmes qui minimisent parfois la difficulté de performance sexuelle exprimées par le patient, mais sont plus déprimées et expriment plus de détresse. Il faut donc tenir compte de la possibilité de dysfonctions sexuelles féminines

préexistantes ou de *novo* liées à un ressenti plus émotionnel de la sexualité. S'il apparaît dans plusieurs études qu'une partenaire sexuellement active est un facteur favorisant la récupération d'une meilleure qualité de vie sexuelle, il faut savoir que parmi les partenaires des hommes souffrant de cancer de la prostate 42 % souffrent de troubles du désir ; 10 % de problèmes de santé interférant négativement avec la sexualité ; 13 % de sécheresse vaginale et 14 % de troubles de l'orgasme [4].

Il est donc important d'intégrer la femme dans la prise en charge (évaluation et information) car le fonctionnement du couple est synergique.

Il n'existe pas de protocole « standard » : Il faut évaluer la motivation de la partenaire, essayer de l'améliorer si besoin, délivrer une information commune aux deux, sa présence est indispensable mais peut être virtuelle à certains moments de la prise en charge [3].

Médicaments et autres traitements

Lorsque le patient ne peut, à l'issue de plusieurs mois de rééducation, retrouver des rapports sexuels satisfaisants plusieurs solutions sont possibles.

- soit le patient a retrouvé des érections naturelles dont la qualité est insuffisante pour des rapports sexuels satisfaisants. Dans ce cas, le médecin proposera successivement les différentes options thérapeutiques disponibles :
 - les médicaments (iPDE5) par voie orale (Viagra, Levitra, Cialis) à la demande ou en continu (Cialis 2,5 ou 5mg tous les jours pour les hommes chez qui le Cialis est efficace et qui ont en moyenne 8 rapports sexuels par mois). Ces médicaments ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. En cas d'échec de la première prescription il convient de vérifier si la prescription a été correctement accompagnée d'une prise en charge globale du trouble sexuel ou s'il elle s'y est substituée. Vérifier l'absence de déficit en testostérone qui peut compromettre l'efficacité du traitement par iPDE5. Évaluer l'impact d'une éventuelle « cardio-phobie » (inquiétude vis-à-vis d'un risque hypothétique d'effet secondaire cardiaque) du patient ou de la partenaire. Vérifier si les effets secondaires ne sont pas dominants masquant l'effet thérapeutique. Conseiller au patient de prendre au moins 8 comprimés avant de conclure à un échec car beaucoup de patient s'arrêtent parfois effrayés ou déçus au premier comprimé [1,2] ;
 - les injections intra-caverneuses (caverject dual ou edex) 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 les injections sont remboursées dans cette indication [5] ;
- soit le patient 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 intra-caverneuses 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 [6] ;

- le vacuum. Cette option est en général 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 ou douloureuses. Un patient sur deux abandonne la technique dans les premiers mois mais ceux qui continuent l'utilisent longtemps [7] ;
- les implants péniliens ou prothèse d'érections. Le fort taux de satisfaction des patients et des partenaires en fait une très bonne solution en cas d'échec des autres traitements et cette technique est trop rarement proposée aux patients [8] ;
- en cas de trouble du désir persistant, de fatigue inexplicquée ou de tout autre symptôme évocateur d'un déficit en testostérone il convient de vérifier le taux de testostérone totale et biodisponible. Les nouvelles recommandations de l'EAU et de l'ISSAM (notamment) autorisent, en cas de déficit en testostérone cliniquement significatif et biologiquement avéré, la mise en place d'une hormonothérapie substitutive chez un patient en rémission complète d'un cancer de la prostate et informé [9] ;
- en cas d'échec des traitements conventionnels et dans le cadre d'une prise en charge globale et multidisciplinaire du couple, plusieurs publications ont rapporté l'intérêt de traitements multimodaux associant de façon synergique et dans le respect de leurs contre-indications respectives, iPDE5, injections intracaverneuses, MUSE (alprostadil intraurétral) et vacuum, après avoir vérifié la réalité et la bonne utilisation du produit et l'absence de déficit en testostérone. Ces associations permettent dans certain cas, grâce à l'effet synergique de l'association, d'améliorer la qualité des érections et d'éviter ainsi le recours à la mise en place d'implants ou de diminués les effets secondaires de certains traitements par exemple les douleurs après IIC d'alprostadil (iPDE5 + IIC ou iPDE5 + MUSE ou iPDE5 + Vacuum) [10].

Conclusion

Le traitement des échecs de la rééducation de l'érection après PT suit aujourd'hui les règles du traitement de la dysfonction érectile en fonction de son degré de gravité et des échecs aux traitements antérieurs.

Une prise en charge sexologique est souvent nécessaire pour évaluer le vécu sexuel de la maladie dans le couple.

Conflits d'intérêts

P. C. Essais cliniques en qualité d'investigateur principal, coordonnateur ou expérimentateur principal (Lilly, Boston) ;

Essais cliniques en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (Lilly, Sanofi aventis, Pfizer) ; activités de conseil (Bayer Schering, Pfizer, Boston, Boehringer Ingelheim) ; invitations en qualité d'intervenant lors de conférences (Lilly, Bayer Schering, Boston, AMS, Codepharma).

A. C. : L'auteur n'a transmis aucun conflit d'intérêt.

N. M.-J. L'auteur n'a transmis aucun conflit d'intérêt.

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] Padma-Nathan H, Mccullough AR, Levine L, Lipshultz L, Siegel R, Montorsi F, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study of postoperative nightly sildenafil citrate for the prevention of erectile dysfunction after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. *Int. J. Impotence Res* 2008;20:479-86.
- [2] Montorsi F, Brock G, Lee J, Shapiro J, Van Poppel H, Graefen M, et al. Effect of nightly versus on-demand vardenafil on recovery of erectile function in men following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. *Eur Urol* 2008;54:924-31.
- [3] Garos S, Kluck A, Aronoff D. Prostate cancer patients and their partners: differences in satisfaction indices and psychological variables. *J Sex Med* 2007;4:1394-403.
- [4] Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL, Neese L, Klein EA, Kupelian PA. Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer* 2002;95:17773-85.
- [5] Giuliano F, Amar E, Chevallier D, Montaigne O, Joubert J-M, Chartier-Kastler E. How urologists manage erectile dysfunction after radical prostatectomy: a National Survey (REPAIR) by the French Urological Association. *J Sex Med* 2008;5:448-57.
- [6] Chartier-Kastler E, Amar E, Chevallier D, Montaigne O, Coulange C, Joubert J-M, et al. Does management of erectile dysfunction after radical prostatectomy meet patients' expectations? Results from a National Survey (REPAIR) by the French Urological Association. *J Sex Med* 2008;5:693-704.
- [7] Zippe CD, Pahlajani G. Vacuum erection devices to treat erectile dysfunction and early penile rehabilitation following radical prostatectomy. *Curr Urol Rep* 2008;9:506-13.
- [8] Montague DK. Penile prosthesis implantation for end-stage erectile dysfunction after radical prostatectomy. *Rev Urol* 2005;7:S51-7.
- [9] Wang C, Nieslag E, Swerdloff R, Behre H M, Hellstrom WJ, Gooren LJ, et al. Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males. *Eur J Endocrinol* 2008;159:507-14.
- [10] Reece C, Kumar R, Nienow D, Nehra A. Extending the rational of combination therapy to unresponsive erectile dysfunction. *Rev Urol* 2007;9:197-206.