



# Fonction sexuelle après prostatectomie radicale : revue et prise en charge en 2009

Le cancer de la prostate est diagnostiqué chez des hommes de plus en plus jeunes. Il est donc primordial d'améliorer la préservation et la récupération de la fonction sexuelle. Les techniques chirurgicales de la prostatectomie radicale avec épargne nerveuse ont permis d'atteindre des taux élevés de récupération de l'érection dans des collectifs ciblés. Cependant la rareté des protocoles de réhabilitation et de *counselling* sexuel, bien définis pour le patient et le couple, nous amène à proposer une prise en charge conjointe urologique et sexologique, spécifique.

Rev Med Suisse 2009; 5: 2448-51

S.-N. Tran  
C. Rollini  
F. Bianchi-  
Demicheli  
C. Iselin

## Sexual function after radical prostatectomy: update of 2009

Prostate cancer is more frequently diagnosed in young males. It is then of utmost importance to improve preservation and recovery of sexual function. The surgical technique of radical prostatectomy has evolved and erectile nerve sparing allows now to achieve recovery in an important proportion of selected patients. However, rehabilitation and sexual counselling protocols are rare and may not include the partner. This has led us to propose a specific urologic and sexologic associated management.

## INTRODUCTION

Malgré les traitements de plus en plus précoces et efficaces des néoplasies prostatiques, les patients ne bénéficient habituellement pas d'une prise en charge optimale sur le plan psychosocial. L'impact d'un trouble sexuel sur le fonctionnement global de l'individu et du couple n'est plus à démontrer,<sup>1</sup> pourtant on ne retrouve pratiquement pas d'articles dans la littérature scientifique décrivant l'évaluation et la prise en charge sexologiques lors d'une prostatectomie, si ce n'est des évaluations succinctes de la fonction érectile et de rares propositions de *counselling* sexuel, comme si la sexualité se résumait à de la mécanique.

La prostatectomie radicale est le traitement de référence du cancer localisé de la prostate. Elle consiste à enlever toute la prostate, y compris sa capsule, ainsi que les vésicules séminales, puis à rétablir la continuité entre la vessie et l'urètre par une anastomose. Cependant, compte tenu de sa localisation, son exérèse a des conséquences directes évidentes sur la fonction sexuelle du patient et indirectement sur sa qualité de vie ainsi que sur l'équilibre du couple.<sup>2</sup>

La préservation du pronostic fonctionnel sans sacrifier le contrôle carcinologique est un souci majeur pour tout urologue confronté à cette chirurgie, puisque la découverte du cancer de la prostate se fait de plus en plus chez des hommes jeunes à potentiel sexuel conservé.

La littérature fait état de taux de dysfonction érectile postopératoire très imprécis qui peuvent varier de 5 à 100%<sup>3,4</sup> en raison de plusieurs facteurs pronostiques, liés à des paramètres techniques mais aussi à des paramètres propres au sujet ou dépendants de son environnement.

C'est pour mieux évaluer et prendre en charge ces facteurs psychosociaux, et pour valider un protocole de bonne pratique, que nous avons voulu développer une prise en charge conjointe urologique et sexologique des patients bénéficiant d'une prostatectomie radicale.

## FACTEURS PRONOSTIQUES

### Paramètres propres au sujet ou dépendants de son environnement

L'âge mérite une mention particulière. Selon l'étude du MMAS (Massachusetts Male Aging Study), l'âge est quasiment proportionnel au pourcentage de dysfon-



tion érectile préopératoire; ainsi les patients se déclarant «impuissants» seraient 39% à 40 ans, 48% à 50 ans, 57% à 60 ans et 67% à 70 ans.

On arrive ainsi à une reprise des rapports sexuels en postopératoire à 90% pour les patients de moins de 50 ans contre 25 à 45% pour les patients au-delà de 70 ans.<sup>4</sup>

La fonction érectile, la fréquence de l'activité sexuelle régulière préopératoire, la présence d'une partenaire, son âge et la libido sont aussi des éléments importants pour apprécier la fonction sexuelle et le pronostic.<sup>5</sup> Ainsi une reprise des rapports sexuels en cas de dysfonction érectile préopératoire est de 29% contre 77% en cas de fonction érectile conservée.<sup>4</sup>

### Paramètres techniques

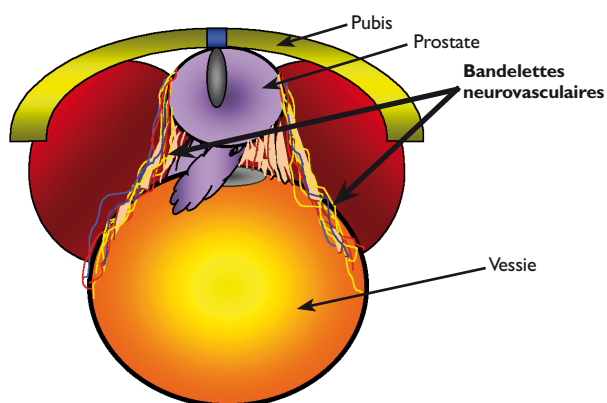
La préservation des nerfs érecteurs droits et/ou gauches, en fonction de la localisation et de l'agressivité de la tumeur, qui repose sur les travaux de Walsh et Donker<sup>6</sup> décrivant les bandelettes neurovasculaires contenant les nerfs caverneux situés dans les ailerons latéraux prostatiques (figure 1), est un élément déterminant.

Ainsi, chez l'homme sans dysfonction érectile préopératoire, la reprise de l'érection a été constatée dans 68 à 95% des cas de préservation nerveuse bilatérale, 30 à 47% des cas de préservation unilatérale, et inférieure à 5% en l'absence de préservation.<sup>7,8</sup>

Certains auteurs font mention de greffe nerveuse au cours de la prostatectomie radicale lorsque les nerfs érecteurs n'ont pas pu être préservés, mais cette technique est encore sujette à évaluation. Plus récemment, le volume opératoire par chirurgien semble aussi être un facteur prédictif.<sup>8-10</sup>

### QUELLE TECHNIQUE CHOISIR?

Pratiquée depuis cent ans par différentes voies d'abord, la prostatectomie radicale est passée par des évolutions techniques notoires: des voies ouvertes – périnéale ou rétropubienne – aux voies laparoscopiques pures ou avec assistance robotisée.



**Figure 1.** Vue opératoire lors de prostatectomie radicale

Il faut remarquer que la prostate est tractée vers le haut ce qui permet de découvrir les vésicules séminales.

Au début des années 90, l'avènement de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) a abouti à une migration des stades opérés, avec notamment une importante diminution du stade avec métastases ganglionnaires ilio-obturatorices (< 10% des patients). L'inutilité de la récolte ganglionnaire rétropubienne chez neuf patients sur dix a déclenché la résurgence de la technique périnéale qui, à son tour, intégra l'épargne des nerfs érecteurs, tout en se positionnant comme une alternative moins invasive à l'abord rétropubien. Et finalement, il y a environ dix ans, l'émergence de la chirurgie laparoscopique a proposé une troisième technique, mini-invasive, diversifiant encore les possibilités de prise en charge chirurgicale.

Selon plusieurs études de cohorte récentes, ces techniques procurent un contrôle oncologique et un taux de continence urinaire postopératoire comparables.<sup>11</sup> La chirurgie laparoscopique ouvre toutefois de nouveaux espoirs pour l'épargne des nerfs érecteurs (elle offre une vision microscopique remarquable) ainsi que dans son potentiel d'intégrer la robotique. Ces deux avantages hypothétiques n'ont toutefois pas encore apporté clairement un bénéfice oncologique et/ou fonctionnel (amélioration de la continence urinaire et/ou de la fonction érectile). Cependant, deux études à ce jour semblent montrer un avantage dans la récupération de la fonction érectile pour la prostatectomie radicale robotisée da Vinci.<sup>12,13</sup>

### PHYSIOPATHOLOGIE ET PSYCHOPATHOLOGIE

La compréhension des mécanismes physiopathologiques de la dysfonction érectile postprostatectomie radicale, et par là même de son traitement, passe par le concept des lésions tissulaires provoquées par la mauvaise oxygénation des corps caverneux pouvant entraîner leur atrophie. D'où l'importance des érections nocturnes normales pour protéger le pénis de la fibrose. Cette hypoxie chronique est essentiellement le résultat de lésions nerveuses (contusion, étirement, avulsions) consécutives au geste opératoire, même si les nerfs sont conservés. Cette récupération nerveuse est temps-dépendante.

Il faudra aussi tenir compte des paramètres psychosociaux qui influencent de manière déterminante la fonction sexuelle. On peut évoquer parmi ceux-ci: l'impact de l'annonce de la maladie, le traumatisme psychologique, les conséquences fonctionnelles postopératoires, l'atteinte narcissique et de l'image de soi ainsi que les ajustements inévitables dans la dynamique relationnelle du couple. Il faudra donc proposer systématiquement au patient une évaluation spécialisée par un psychiatre-sexologue et une éventuelle prise en charge ou un *counseling*.

### DISCUSSION ET PRISE EN CHARGE

Une revue de la littérature et notre expérience au sein de la consultation conjointe, ont permis de développer un protocole de réhabilitation qui tienne compte des aspects bio-psychosociaux. La sexualité humaine comprend de multiples facettes, mis à part la fonction sexuelle (en particulier érectile) chez l'homme. On peut évoquer la reproduction, la recherche de plaisir, le désir sexuel ou affectif, la qualité



de l'orgasme, de même que les implications socioculturelles et relationnelles fondamentales ainsi que les comorbidités psychiatriques et organiques fréquemment rencontrées en cas de dysfonction sexuelle.

La prise en charge de la sexualité après prostatectomie doit donc se faire dans sa globalité, intégrant une prise en charge urologique et sexologique. Il existe encore trop peu de travaux sur cette double prise en charge. On décrit essentiellement dans la littérature scientifique actuelle des prises en charge mettant en avant l'importance de l'évaluation et la réhabilitation de la fonction érectile.

Celle-ci consiste en une prise en charge pharmacologique<sup>14-17</sup> par administration d'agents pro-érectiles soit directement dans les corps caverneux par injection, ou alors via l'urètre, ou oralement, ou encore par la combinaison de plusieurs de ces agents. Elle doit être débutée dès que possible après l'intervention (durant le premier mois suivant la chirurgie, voire le jour de l'ablation de la sonde urinaire), favorisant l'oxygénation des corps caverneux et prévenir ainsi la fibrose.

L'utilisation de pompe à vide semble avoir le même effet et peut être utilisée en association.

En dernière ligne, en cas d'échec des traitements susmentionnés, la mise en place d'une prothèse pénienne est à discuter avec le patient.

Cependant, les facteurs déterminants une érection sont à la fois organiques, psychologiques, toxicologiques et relationnels. De plus, la sexualité de l'homme ne se résume pas à l'érection. Il est donc nécessaire de proposer au patient une évaluation sexologique, c'est-à-dire bio-psycho-sociale, dès le début de la prise en charge et avant chaque décision thérapeutique.

## RÉHABILITATION BIO-PSYCHOSOCIALE

L'intervention psychologique et sexologique est assurée par un médecin-psychiatre expérimenté. Elle dépendra de l'évaluation initiale en préopératoire. C'est une évaluation structurée et multidimensionnelle: somatique, psychiatrique, toxicologique et médicamenteuse, relationnelle et sexologique.

Selon l'évaluation et la présentation clinique initiale, différentes alternatives seront possibles et proposées au patient.

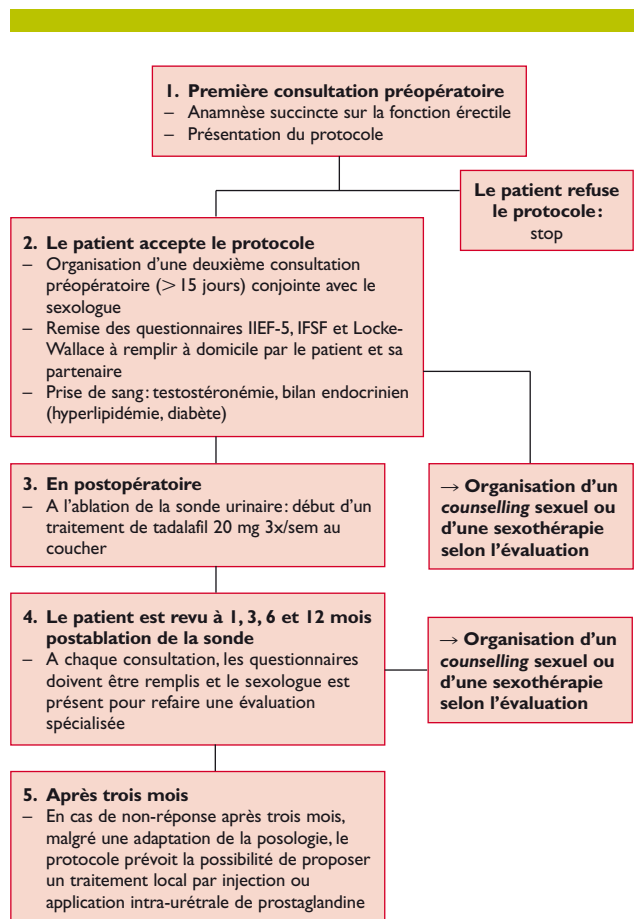
En l'absence de pathologie, une intervention de type conseil sexuel par des informations et une psychoéducation est proposée lors de la rencontre initiale et lors des entretiens de suivi à un mois, trois mois, six mois et douze mois postopératoire.

En cas de pathologie, un traitement étiologique est alors proposé et peut consister en une prise en charge plus rapprochée selon les besoins. En particulier, les interventions en psychothérapie et sexothérapie sont de plusieurs ordres. On peut décrire des interventions sur l'anxiété de performance par de la relaxation et le *sensate focus* (interdiction initiale de la pénétration); des interventions cognitives sur les croyances dysfonctionnelles et les distractions cognitives; des interventions par des techniques de stimulations sexuelles (autres que la pénétration) avec l'aide active de la partenaire; des interventions interpersonnelles et sys-

témiques afin de tenir compte des luttes de pouvoir, de difficultés dans la communication intime, de baisse de désir au sein du couple et de la signification du symptôme. Enfin, certains auteurs<sup>18</sup> ont proposé, vu le nombre important de rechutes, des interventions de type *prévention de la rechute*, à l'image de ce qui est fait dans le domaine des addictions (par exemple: Marlatt et Gordon, 1985). Cette prise en charge sexothérapeutique est exclusivement assurée par le sexologue.

## CONCLUSION

Il existe actuellement une prise de conscience de l'importance d'évaluer et de traiter correctement les troubles sexuels. Il n'existe pas à l'heure actuelle à notre connaissance de guide de bonne pratique insistant sur la néces-



**Figure 2. Protocole de stimulation à la reprise de la fonction érectile postprostatectomie radicale da Vinci**

**IIEF-5: International Index of Erectile Function-5.** Version abrégée de l'IIEF, qui propose un test de dépistage des troubles érectiles permettant d'évaluer de façon semi-quantifiée la fonction excitatoire et sa qualité.<sup>19</sup>

**IFSF: Female Sexual Function Index.** Il s'agit d'un auto-questionnaire mesurant de manière multidimensionnelle la fonction sexuelle féminine.<sup>20</sup>

**Locke-Wallace Marital Adjustment Scale:** test de satisfaction conjugale utilisé pour objectiver la perception qu'ont les couples de leur satisfaction ou de leur insatisfaction conjugale.<sup>21</sup>



sité d'une évaluation du fonctionnement psychosexuel de la partenaire, du couple et du patient avant et après prostatectomie radicale, ni de protocole médicamenteux pro-érectile clairement défini pour la reprise de la fonction érectile postprostatectomie.

Pour faire face à ces multiples enjeux, le Service d'urologie et la Consultation de gynécologie psychosomatique et de sexologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) se sont unis afin d'évaluer et de mettre à disposition des patients et des médecins un protocole de bonne pratique clinique concernant la réhabilitation sexologique post-prostatectomie radicale (figure 2). Ce protocole comprend une évaluation sexologique, une thérapie médicamenteuse et un conseil sexologique. Les objectifs sont d'évaluer le fonctionnement sexuel du patient, de la partenaire et du couple, avant et après l'intervention chirurgicale, d'évaluer l'intervention sexologique ainsi qu'un protocole médicamenteux de stimulation et la reprise de la fonction érectile postprostatectomie radicale da Vinci. ■

### Implications pratiques

- > La découverte du cancer de la prostate se fait de plus en plus chez des hommes jeunes à potentiel sexuel conservé
- > Les techniques chirurgicales de la prostatectomie radicale avec épargne nerveuse ont permis d'atteindre des taux élevés de récupération de l'érection dans des collectifs ciblés
- > La sexualité humaine comprend de multiples facettes, mis à part la fonction sexuelle (en particulier érectile) chez l'homme. La prise en charge de la sexualité après prostatectomie doit donc se faire dans sa globalité
- > Il n'existe pas à l'heure actuelle de guide de bonne pratique insistant sur la nécessité d'une évaluation du fonctionnement psychosexuel de la partenaire, du couple et du patient, avant et après prostatectomie radicale, ni de protocole médicamenteux pro-érectile clairement défini pour la reprise de la fonction érectile postprostatectomie
- > C'est pour mieux évaluer et prendre en charge ces facteurs psychosociaux et pour valider un protocole de bonne pratique que le Service d'urologie et la Consultation de gynécologie psychosomatique et de sexologie des Hôpitaux universitaires de Genève ont voulu développer une prise en charge conjointe urologique et sexologique des patients bénéficiant d'une prostatectomie radicale

### Adresse

Dr Sao-Nam Tran  
Pr Christophe Iselin  
Service d'urologie  
Département de chirurgie  
Drs Christian Rollini et Francesco Bianchi-Demicheli  
Unité de gynécologie psychosomatique et sexologie  
Département de psychiatrie  
HUG, 1211 Genève 14

### Bibliographie

- 1 Clayton A, Ramamurthy S. The impact of physical illness on sexual dysfunction. *Adv Psychosoma Med* 2008;29:70-88.
- 2 \* Basson R, Schultz WW. Sexual sequelae of general medical disorders. *Lancet* 2007;369:409-24.
- 3 Menon M, Kaul S, Bhandari A, et al. Potency following robotic radical prostatectomy: A questionnaire based analysis of outcomes after conventional nerve sparing and prostatic fascia sparing techniques. *J Urol* 2005;174:2291-6, discussion 2296.
- 4 \* Walsh PC, Partin AW, Epstein JI. Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: Results at 10 years. *J Urol* 1994;152:1831-6.
- 5 Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, et al. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;356:226-37.
- 6 \*\* Walsh PC, Donker PJ. Impotence following radical prostatectomy: Insight into etiology and prevention. *J Urol* 1982;128:492-7.
- 7 \* Catalona WJ, Carvalhal GF, Mager DE, Smith DS. Potency, continence and complication rates in 1870 consecutive radical retropubic prostatectomies. *J Urol* 1999;162:433-8.
- 8 \* Rabbani F, Stapleton AM, Kattan MW, Wheeler TM, Scardino PT. Factors predicting recovery of erections after radical prostatectomy. *J Urol* 2000;164:1929-34.
- 9 Bianco FJ, Riedel ER, Begg CB, Kattan MW, Scardino PT. Variations among high volume surgeons in the rate of complications after radical prostatectomy: Further evidence that technique matters. *J Urol* 2005;173:2099-103.
- 10 Begg CB, Riedel ER, Bach PB, et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. *N Engl J Med* 2002;346:1138-44.
- 11 Iselin CE, Jichlinski P, Schmidlin FR, et al. Prostatectomie radicale: abord laparoscopique. *Med Hyg* 2002;60:2321-2.
- 12 Tewari A, Peabody JO, Fischer M, et al. An operative and anatomic study to help in nerve sparing during laparoscopic and robotic radical prostatectomy. *Eur Urol* 2003;43:444-54.
- 13 Montorsi F. Oral communication. European robotic urologic society meeting. 23-25 September 2009, Padova, Italia.
- 14 Teloken P, Mesquita G, Montorsi F, Mulhall J. Post-radical prostatectomy pharmacological penile rehabilitation: Practice patterns among the international society for sexual medicine practitioners. *J Sex Med* 2009;6:2032-8.
- 15 \* Briganti A, Salonia A, Gallina A, et al. Management of erectile dysfunction after radical prostatectomy in 2007. *World J Urol* 2007;25:143-8.
- 16 \*\* Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Burnett AL. Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. *Eur Urol* 2004;45:123-33.
- 17 De Boccard GA, Rochat CH. Aide pharmacologique à la récupération de la fonction érectile après chirurgie radicale du cancer de la prostate. *Bulletin d'information*, n° 5, août 2009.
- 18 McCarthy BW. Relapse prevention strategies and techniques in sex therapy. *J Sex Marital Ther* 1993;19:142-7.
- 19 Rosen RC, Cappelleri JC, Smith MD, Lipsky J, Pena BM. Development and evaluation of an abridged, 5-item version of the International Index of Erectile Function (IIEF-5) as a diagnostic tool for erectile dysfunction. *Int J Impot Res* 1999;11:319-26.
- 20 Rosen R, Brown C, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26:191-208.
- 21 Locke H, Wallace K. Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage Fam Living* 1959;21:251-5.

\* à lire  
\*\* à lire absolument