
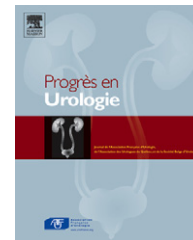




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
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

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3825664>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3825664>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)