



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

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



ARTICLE ORIGINAL

# Fonction érectile et sexualité des partenaires après prostatectomie totale robot-assistée versus laparoscopique manuelle : évaluation à long terme<sup>☆</sup>

Impotence and wife sexuality after robot-assisted radical prostatectomy versus pure laparoscopy: A long-time appraisal

N. Deffar\*, N. Koutlidis, L. Cormier

Service d'urologie, bocage central, 14, rue Gafarel, 21000 Dijon, France

Reçu le 28 juillet 2012 ; accepté le 9 septembre 2012

## MOTS CLÉS

Dysfonction érectile ;  
Prostatectomie  
totale ;  
Robot ;  
Sexualité

## Résumé

**But.** – Comparer les conséquences à long terme sur la capacité érectile des patients opérés d'une prostatectomie totale par voie cœlioscopique robot-assistée (PTCR) et par voie cœlioscopique manuelle (PTC) et comparer les modifications de la sexualité des partenaires.

**Patients et méthodes.** – Un autoquestionnaire était envoyé aux 412 patients opérés par le même opérateur entre mars 2004 et juillet 2009. Quatre-vingt-seize patients avaient les critères de bonne fonction érectile préopératoire et de suivi supérieur ou égal à 24 mois. La fonction érectile était évaluée par l'IIEF-5 et les QLQ-C30 PR25. Les modifications de la sexualité des partenaires étaient évaluées par un questionnaire basé sur le FSFI.

**Résultats.** – En préopératoire, il n'a pas été observé de différence significative entre les deux groupes PTCR et PTC. En postopératoire, l'IIEF-5 sans traitement était meilleur dans le groupe PTCR que dans le groupe PTC ( $p=0,025$ ). En cas de préservation bilatérale des bandelettes (BNV2), l'IIEF-5 maximal était meilleur dans le groupe PTCR ( $p=0,002$ ).

Pour la sexualité des partenaires, nous n'avons pas mis en évidence de différence entre les techniques et il est apparu que la communication dans le couple semble l'item le moins altéré après cette chirurgie.

**Conclusion.** – En cas de préservation bilatérale des bandelettes neurovasculaires (BNV), un opérateur entraîné à la chirurgie laparoscopique devrait observer des résultats à long terme

<sup>☆</sup> Niveau de preuve : 5.

\* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : nordine@deffar.info (N. Deffar), nicolas.koutlidis@chu-dijon.fr (N. Koutlidis), luc.cormier@chu-dijon.fr (L. Cormier).

**KEYWORDS**

Impotence;  
Sexual dysfunction;  
Radical  
prostatectomy;  
Robotic surgery;  
Neurovascular  
bundles

sur la fonction érectile meilleurs avec la technique robot-assistée. Les modifications de la sexualité des partenaires nécessitent une évaluation prospective.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Summary**

**Objective.** – To compare the long-term sexual outcome of laparoscopic radical prostatectomy (LRP) vs robot-assisted laparoscopic prostatectomy (RALP).

**Patients and methods.** – A questionnaire was sent to the 412 patients treated by the same surgeon by LRP or RALP from March 2004 to July 2009. Ninety-six patients were evaluated preoperatively with a good erectile function before surgery and a follow-up more than 24 months. Erectile function was evaluated by the IIEF-5, the QLQ-C30 PR25 questionnaires. Partner's sexuality was evaluated with a FSFI's based questionnaire.

**Results.** – There was no significant difference before surgery between two groups LRP and RALP. After surgery, the IIEF-5 without any treatment was better in RALP group than in LRP group ( $P=0.025$ ). When a bilateral nerve sparing was performed, the IIEF-5 maximum was better in RALP group ( $P=0.002$ ). For the partners, there was no difference between the two techniques and it appeared that communication about sexuality is the less altered, long time after a radical prostatectomy.

**Conclusions.** – In case of bilateral nerve sparing prostatectomy, an experimented operator in laparoscopic surgery should have better long-term erectile function results with RALP than LRP. Partner's sexuality modifications need more prospective studies to know its influence on erectile rehabilitation.

© 2012 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

**Introduction**

Le cancer de prostate (CaP) est au premier rang des cancers chez l'homme et est la deuxième cause de décès par cancer en France. L'incidence a augmenté ces dernières années et chez des hommes de plus en plus jeunes du fait de l'utilisation large du dosage du PSA total. Une tendance à la stabilisation est observée depuis 2005 [1].

La prostatectomie totale (PT) reste le traitement de référence des CaP localisés. Cependant, le risque de dysfonction érectile (DE) postopératoire est élevé et ce malgré les nouvelles techniques de chirurgie robot-assistée [2,3]. La DE est à l'origine de problèmes psychologiques et de réactions émotionnelles significatives chez la plupart des hommes et leurs partenaires.

La chirurgie robot-assistée (PTCR) est la technique majoritaire aux États-Unis [4]. La vision en trois dimensions et les degrés de liberté de mouvement accrus pourraient améliorer la dissection et donc diminuer les troubles de l'érection et les problèmes occasionnés par ces derniers. Malheureusement, son utilisation reste limitée en Europe en raison de son coût élevé [5,6] et la chirurgie coelioscopique (PTC) reste prédominante.

L'objectif de notre étude était de comparer les conséquences à long terme des deux techniques sur la fonction érectile et sur les modifications de la sexualité de la partenaire.

**Matériels et méthodes****Population de patients**

Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée sur des patients opérés entre mars 2004 à juillet 2009. Les

patients ont eu une PTCR ou une PTC par un seul chirurgien senior expérimenté dans les deux techniques.

Les questionnaires préopératoires utilisés étaient l'IIEF-5 et le QLQ-C30 PR25 [2]. Les données recueillies en postopératoire étaient : le taux de PSA total, l'utilisation d'un traitement anticancéreux adjuvant, le traitement de la DE, et les réponses aux deux questionnaires. Enfin, les modifications au long cours de la sexualité des partenaires par le biais d'un questionnaire basé sur le FSFI (Female Sexual Function Index) [7] étaient recueillies.

Les critères d'inclusion étaient une bonne fonction érectile préopératoire (définie par un IIEF-5 supérieur ou égal à 20 et/ou une érection spontanée sans traitement) et un suivi au long court supérieur ou égal à 24 mois.

Une bonne fonction érectile postopératoire était définie par un score IIEF-5 supérieur ou égal à 20 et/ou une érection spontanée sans traitement (= oui à la question 53 du QLQ-C30 PR 25).

Les critères d'exclusion étaient l'absence de réponse aux questionnaires IIEF-5 et QLQ-C30 PR25 et un suivi inférieur à 24 mois.

Les questionnaires étaient envoyés au patient et le retour se faisait par courrier postal.

**Technique opératoire**

Dans les deux techniques l'approche était transpéritonéale selon la technique de Montsouris [8]. Les bandelettes neurovasculaires (BNV) étaient conservées et disséquées en interfascial. La préservation des BNV était réalisée en intention de traiter en fonction de l'âge et des caractéristiques de la tumeur : il n'y a pas eu de préservation chez les hommes âgés de plus de 70 ans et chez ceux avec un risque de tumeur extraprostatique selon les recommandations de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3826749>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3826749>

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