

## » Quelle rééducation érectile après prostatectomie totale ?



F. Staerman

### F. Staerman

#### Mots clés

Dysfonction érectile  
Rééducation érectile  
Cancer de la prostate

#### Keywords

Erectile dysfunction  
Penile rehabilitation  
Prostate cancer

### *Which penile rehabilitation after radical prostatectomy?*

*Polyclinique les Bleuets, groupe Courlancy, 24, rue Colonel-Fabien, 51100 Reims, France*

#### RÉSUMÉ

**Introduction.** – La rééducation érectile après prostatectomie totale est définie comme l'utilisation de tout traitement pharmacologique ou mécanique permettant d'améliorer le retour d'érections spontanées après prostatectomie totale. Les données expérimentales suggèrent l'intérêt des phosphodiesterases 5 (IPDE5) dans cette indication pour maintenir l'oxygénation tissulaire. Proposée par 54 à 87 % des urologues en postopératoire, l'intérêt clinique de la rééducation érectile est cependant discuté.

**Méthodes.** – Une revue critique de la littérature entre janvier 2000 et mars 2014 concernant les principales études publiées sur l'utilisation des IPDE5, des injections intracaverneuses de prostaglandine E1 (IIC) et de l'érecteur à dépression dans cette indication est proposée.

**Résultats.** – Les résultats cliniques issus de 3 études prospectives randomisées sont contradictoires pour les IPDE5. Elles n'ont pas montré d'effet à long terme de la prise quotidienne ou à la demande en comparaison du placebo à l'issue de la période de traitement. Des critères de sélection de patients pouvant bénéficier de cette approche apparaissent mais restent à confirmer. L'utilisation des injections intracaverneuses et de l'érecteur à dépression est discutable en l'absence d'études solides. La rééducation érectile semble efficace dans la prévention du raccourcissement de verge fréquent après prostatectomie totale.

**Conclusions.** – Les patients doivent être informés de ces incertitudes avant de s'engager dans cette prise en charge nécessairement longue pour espérer une efficacité. Lorsqu'elle est utilisée, il est conseillé de la combiner à d'autres modalités thérapeutiques pour l'obtention d'érections permettant les rapports pour entretenir la motivation du couple et réduire la fréquence des abandons thérapeutiques.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

#### SUMMARY

**Introduction.** – *Penile rehabilitation is defined as the use of any drug or device to maximise the recovery of spontaneous erectile function after radical prostatectomy. Experimental studies support the use of phosphodiesterase 5 inhibitors (PDE5Is) in penile rehabilitation in order to maintain tissue oxygenation. Proposed to patients by 54 to 87% of urologists in the postoperative period, clinical effectiveness is discussed.*

**Methods.** – *A critical review of the literature regarding penile rehabilitation with PDE5Is, prostaglandin E1 intracavernous injections and vacuum erection device (VED) between 2000 et 2013 is proposed.*

**Results.** – *Results from 3 prospective randomized studies using PDE5Is are contradictory despite animal data supporting penile rehabilitation. No long-term effect of daily or on-demand administration was found compared with placebo. Selection criteria to identify patients most suitable for penile rehabilitation have been individualized but still have to be confirmed. Use of prostaglandin intracorporeal injections and VED are questionable due to the lack of well-designed studies. PDE5Is prevent penile length changes after radical prostatectomy.*

**Discussion.** – *Patients should be informed of the uncertainties of penile rehabilitation modalities before to be engaged in. When used, they should be combined with other treatments modalities that induce erections allowing sexual intercourse to motivate couples and reduce drop out rates.*

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail :  
urologie.staerman@orange.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fpurol.2014.11.002>

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La principale crainte fonctionnelle des patients à qui une prostatectomie totale est proposée dans la prise en charge d'un cancer localisé de la prostate est la dysfonction érectile. Après conservation bilatérale des bandelettes vasculo-nerveuses et en l'absence de prise en charge thérapeutique spécifique, le retour d'érections spontanées suffisantes pour permettre les rapports est de 50 à 90 % après un délai de 2 à 4 ans (et selon la méthodologie d'évaluation), l'âge du patient et la fonction érectile préopératoire étant les deux facteurs prédictifs principaux de la récupération d'une sexualité spontanée [1].

Le concept de rééducation érectile après prostatectomie totale a été proposé pour optimiser le retour d'une fonction érectile postopératoire. Il est défini comme l'utilisation de tout traitement pharmacologique ou mécanique permettant d'améliorer le retour d'érections spontanées après prostatectomie totale et doit être différenciée de la prise en charge thérapeutique pure d'une dysfonction érectile postopératoire dont l'objectif est l'obtention d'une érection immédiate avec l'objectif d'un rapport sexuel consécutif, les deux pouvant être combinés selon les modalités thérapeutiques [2] (Tableau I).

Son objectif est double :

- fonctionnel : maintenir l'oxygénation du tissu érectile, préserver la fonction endothéliale et prévenir les altérations histologiques musculaires lisses des corps caverneux [3]. L'hypoxie caverneuse est la conséquence de la neuropathie (fréquente malgré la conservation bilatérale des bandelettes vasculo-nerveuses) responsable de la disparition au moins provisoire des érections spontanées et nocturnes. Dans la phase de récupération naturelle surviennent dès le 2<sup>e</sup> mois des modifications tissulaires (réduction des fibres musculaires lisses et élastiques des corps caverneux,

augmentation du collagène et dysfonction endothéliale) qui modifient l'hémodynamique des corps caverneux (dont une des conséquences est la plus grande fréquence de fuites veineuses) et à terme aboutissent à une fibrose du tissu érectile [4]. Ces modifications peuvent devenir permanentes malgré la récupération nerveuse ultérieure. C'est la base physiopathologique de l'utilisation des IPDE5 dans la rééducation érectile. Les anomalies artérielles sont également fréquentes après prostatectomie totale (59 %) et contribuent également à la physiopathologie de la dysfonction érectile post-prostatectomie notamment par atteinte des artères caverneuses accessoires [5,6] ;

- anatomique : préserver la longueur de la verge. La neuropathie et ses conséquences conduisent à la réduction de longueur de la verge constatée précocement en postopératoire (secondaire à la dénervation) ou plus tardive (secondaire à l'apoptose) [7].

Le concept de rééducation érectile a été introduit par Montorsi en 1997 en montrant que l'utilisation d'IIC postopératoires facilitait le retour d'érections spontanées [8]. Largement utilisée par les urologues et/ou andrologues (54 à 87 % dans les enquêtes ISSM, AUA, REPAIR), la rééducation érectile diffère cependant largement d'un pays à l'autre dans ses modalités pratiques en l'absence de recommandations supportées par des études cliniques solides [9–11]. Dans l'enquête auprès des membres de l'ISSM, 87 % d'entre eux utilisent sous une forme ou une autre une rééducation érectile (95 % un IPDE5, 30 % le vacuum, 75 % des injections intracaverneuses et 9,9 % la prostaglandine intra-urétrale en première approche) [10]. Elle paraît cependant être moins appliquée dans la pratique quotidienne en comparaison des résultats d'enquêtes de pratiques. La série monocentrique de Dukes ne rapporte ainsi

**Tableau I. La rééducation érectile post-prostatectomie totale en pratique.**

Moyen de la rééducation	Modalités pratiques	Contraintes/effets secondaires
IPDE5	Dès que possible en postopératoire Durée d'1 an minimum Sildénafil/vardénafil Quotidien : 25–50 mg/10 mg 3 fois/semaine Tadalafil Quotidien 5 mg 2 ou 3 fois/semaine : 20 mg	Effets secondaires connus et peu nombreux Abandons fréquents Prix (+++) Effets secondaires (+) Association éventuelle aux IIC ou vacuum pour l'obtention d'une rigidité permettant les rapports
Injections intracaverneuses	3 fois/semaine	Abandons fréquents Douleurs (+++) Efficacité insuffisante Manque de motivation liée aux contraintes de l'injection
Erecteur à dépression (vacuum)	Sans garrot (rééducation seule) : 5 minutes 2 fois/j Avec garrot pour obtention d'une rigidité pour les rapports	

IPDE5 : intérêt des phosphodiesterases 5.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4273737>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4273737>

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