



UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2015

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Prise en charge Andrologique au CHRU de Lille et point de vue du patient
à 2 ans d'une prostatectomie totale.**

Présentée et soutenue publiquement le 9 juin 2015 à 16h00
au Pôle Recherche de la Faculté
Par Florent MAILLARD

JURY

Président :

Monsieur le Professeur VILLERS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur HEBBAR

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur RIGOT

INTRODUCTION

Le cancer de la prostate est le cancer solide le plus fréquent chez l'homme et la troisième cause de mortalité dans les pays développés. Il est responsable de 65862 nouveaux cas et 9932 décès en 2010 en France (1). La prostatectomie totale (PT) est un des traitements curatifs de référence du cancer localisé de la prostate pour des patients avec une espérance de vie supérieure à 10 ans. Elle est principalement indiquée dans les tumeurs intra-capsulaires, mais peut également s'envisager dans le traitement des tumeurs avec une extension extra-capsulaires limitée (stade T3a), en particulier chez des sujets jeunes, combinée à d'autres modalités thérapeutiques (2). Cette intervention peut être réalisée selon différentes voies d'abord chirurgicales : voie ouverte rétropubienne ou périnéale, laparoscopie transpéritonéale ou extrapéritonéale, robo-assisté ou non. Le nombre de PT a connu une diminution ces dernières années, atteignant 22000 en 2010, après avoir connu une augmentation constante jusqu'en 2007 (6000 en 1998 et 26500 en 2007) (3). La raison de cette baisse étant la baisse parallèle de l'incidence du cancer de la prostate observée depuis 2005 (4) qui est passée de 127,1 cas pour 100 000 hommes en 2005 à 99,4 cas en 2009.

La PT est fréquemment responsable de troubles fonctionnels avec une altération de la continence urinaire et de la fonction érectile. 60% à 70% des hommes ayant bénéficié d'une PT présenteront des troubles de l'érection suite à la chirurgie. L'érection est un phénomène vasculaire soumis à un contrôle neurologique supra-spinal dont le bon déroulement nécessite l'intégrité des tissus érectiles (corps caverneux et albuginée), du système vasculaire issu des artères honteuses interne et externe, de l'innervation par les nerfs caverneux, qui seront responsables de la libération de monoxyde d'azote (NO), qui provoquera la relaxation des fibres musculaires lisses des corps caverneux et un afflux de sang dans les corps caverneux initiant le phénomène érectile.

La PT peut altérer la fonction érectile par une atteinte de ces trois systèmes, par une lésion directe ou par coagulation des nerfs et artères destinés aux corps caverneux. Une diminution de la vascularisation ou de la libération de NO dans les corps caverneux causera une destruction et une fibrose des cellules musculaires lisses.

Les récents progrès réalisés dans la compréhension de l'anatomie prostatique, et notamment dans ses rapports avec les fibres nerveuses destinées aux corps érectiles (5-6), ont permis de proposer des techniques de préservation nerveuse (intra-, inter- et extra-faciales) afin de limiter leurs lésions lors de la chirurgie. La chirurgie robotique ne semble pas apporter de bénéfice franc dans la préservation de la fonction érectile, même si son intérêt reste débattu (7-8).

La période de récupération érectile après PT peut durer plus de 48 mois (9). Cette population de patients garde un intérêt certain pour la sexualité puisque, soixante pour cent des patients chez lesquels un cancer de prostate vient d'être diagnostiqué et auxquels on pose la question « est-ce important pour vous d'avoir une activité sexuelle ? » répondent que c'est « important », « très important » ou « extrêmement important » (10). Elle est donc demandeuse d'une prise en charge de la dysfonction érectile (DE), alors que 96,8% des urologues français déclarent prendre en charge eux même la DE après PT, ils ne sont plus que 38% à proposer systématiquement une prise en charge de la DE en post opératoire (11). Cette prise en charge a bénéficié des progrès de la médecine sexuelle sur les dix dernières années. Ces avancées se sont accompagnées d'une diversification des options thérapeutiques (médicamenteuses, mécanique, chirurgicale, psychologique...) complexifiant la prise en charge de la DE qui doit être adaptée à chaque patient et pouvant nécessiter l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire (médecin, sexologue, psychologue, infirmière,...) dans le but d'offrir la solution la mieux adaptée et la plus satisfaisante à chaque patient, ce qui nécessite le recours à des professionnels ayant reçu une formation en andrologie.

Nous rapportons, dans cette étude, l'expérience d'un centre de référence régional, pratiquant une orientation systématique des patients vers une consultation spécialisée en andrologie lors de la première consultation post opératoire à 1 mois, après une chirurgie de prostatectomie totale pour cancer de prostate (sous la forme d'une proposition orale et de la remise des coordonnées de la consultation du service d'andrologie).

L'objectif principal de cette étude était la description de la prise en charge andrologique de patients opérés d'une PT.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer cette prise en charge, grâce à l'IIEF5 et la satisfaction des patients quant à leur sexualité et de la prise en charge, et enfin d'identifier les freins à une prise en charge andrologique optimale.

MARERIEL et METHODES:

Nous avons mené une étude observationnelle mono centrique rétrospective sur la base des données de suivis cliniques de patients opérés d'une PT pour cancer de la prostate entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012 dans le service d'Urologie du CHRU de Lille, et ayant consulté dans le service d'Andrologie.

Recueil des données. Un recueil rétrospectif a été fait par consultation des dossiers cliniques des patients opérés d'une PT sur la période étudiée. Les éléments suivants étaient recueillis : la date de naissance, la date de la PT, les antécédents, le statut marital, la fonction érectile pré opératoire et la continence urinaire post opératoire, l'âge de la partenaire, la date de la première consultation en andrologie, le nombre de consultations, la date d'instauration d'un traitement pro érectile ainsi que la liste des différents traitements pro érectiles successivement prescrits. Les données carcinologiques (groupe à risque de D'Amico, technique chirurgicale, préservation ou non des bandelettes vasculo-nerveuses, stade anatomopathologique, éventuels traitements adjuvants) ont été extraites de la base de données des PT du service d'urologie précédemment publiée pour ce qui est des résultats carcinologiques (12).

Enfin un questionnaire a été envoyé, dans le cadre du suivi de routine, par voie postale à tous les patients suivis dans le service d'andrologie (**annexe 1 : page 36**). Ce questionnaire comportait 11 questions, comprenant, un IIEF5, une évaluation de la satisfaction dans la vie sexuelle grâce à la Q13 de l'IIEF15 ainsi que 4 questions évaluant la prise en charge andrologique post opératoire et la satisfaction du patient quant à cette prise en charge, ainsi que la raison du choix du traitement et enfin une question libre pour recueillir les remarques des patients.

Analyse des données. La population étudiée a été comparée aux patients opérés d'une PT, mais n'ayant pas consulté selon les données du suivi urologique. Il a également été réalisé, chez les patients ayant consulté en andrologie et ayant répondu au questionnaire, une comparaison en fonction des résultats de l'IIEF5, les patients étant classés en deux groupes (IIEF5 < 16 ou IIEF5 > 15), en analysant les données urologiques et le suivi andrologique. Enfin nous avons réalisé une analyse de la satisfaction de la sexualité selon le type de traitement suivi à deux ans de la PT.

Analyse statistique. Les analyses statistiques ont été effectuées sous le logiciel SAS Institute 9.3. Les paramètres quantitatifs ont été décrits en termes de médiane et de valeur minimale et maximale. Les paramètres qualitatifs ont été présentés en termes de fréquences et de pourcentages. Pour la comparaison de groupe en fonction de l'IIEF5, le test de Student ou le celui de Mann-Whitney a été utilisé en fonction de la normalité des variables quantitatives. Et le test du Khi-deux (ou le Fisher exact lorsque les effectifs étaient trop petits) a été réalisé pour les variables qualitatives.

RESULTATS

Population étudiée. Sur les 248 patients opérés d'une PT entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012, 144 (53,73%) ont consulté dans le service d'andrologie. Les données de comparaison entre les patients ayant consulté et ceux n'ayant pas consulté en andrologie sont résumées dans le **tableau 1**, chez les 56 patients suivis en andrologie, dont l'âge de la partenaire lors de la PT était disponible : l'âge médian était de 60 ans (32 – 75) chez les femmes et de 62 ans (50 – 77) chez l'homme.

	Patients consultant en Andrologie	Patients non consultants en Andrologie	
Effectif (%)	144 (53,73)	124 (46,27)	
Age lors de la chirurgie (Min-Max)	62 (49 – 77)	64 (49 – 77)	p = 0,0065
Statut marital : (%)			p = 0,1479
- En couple	- 129 (89,58)	- 76 (61,29)	
- Seul	- 7 (4,86)	- 5 (4,03)	
- NC	- 8 (5,55)	- 43 (34,68)	
ATCD : (%)			
- Cardiovasculaire :	- 77 (53,47)	- 73 (58,87)	p = 0,8808
- Diabète :	- 14 (9,7)	- 11 (8,87)	p = 0,8112
- Traitement de cancer de la prostate :	- 2 (1,39)	- 4 (3,23)	
- Autre cancer :	- 12 (8,33)	- 10 (8,06)	p = 0,3823
- Psychologique :	- 2 (1,39)	- 5 (4,03)	
- SBAU	- 11 (7,63)	- 12 (9,68)	p = 0,5525
IMC (Min – Max)	- 26,6 (22,3 – 30,9)	- 26,3 (22,3 – 30,3)	p = 0,7685
Traitement du cancer de la prostate post PT (%)	- 13 (9,03)	- 14 (11,29)	p = 0,32
Stade anatomopathologique(%)			p = 0,53
- pT2 :	- 96 (66,66)	- 74 (59,68)	
- pT3a :	- 41 (28,47)	- 41 (33,06)	
- pT3b :	- 7 (4,86)	- 8 (6,45)	
Groupes à risque de D’Amico : (%)			p = 0,0125
- Faible	- 63 (43,75)	- 34 (23,61)	
- Intermédiaire	- 63 (43,75)	- 61 (49,19)	
- Elevé	- 18 (12,5)	- 28 (22,58)	
Technique chirurgicale : (%)			p = 0,1239
- Robot	- 82 (56,94)	- 82 (66,13)	
- Voie ouverte	- 62 (43,05)	- 42 (33,87)	
Préservation des bandelettes vasculo-nerveuses (%)			p = 0,0001
- Bilatérale :	- 66 (45,83)	- 40 (32,26)	
- Unilatérale :	- 14 (9,72)	- 23 (18,55)	
- Aucune :	- 7 (4,86)	- 24 (19,35)	
- NC :	- 57 (39,58)	- 37 (29,84)	
Dysfonction érectile pré opératoire : (%)			p < 0,0001
- Aucune :	- 106 (73,61)	- 28 (22,58)	
- Modérée :	- 24 (16,67)	- 12 (9,68)	
- Totale :	- 1 (0,69)	- 9 (7,26)	
- NC :	- 13 (9,03)	- 75 (60,48)	
Continence urinaire : (%)			p = 0,0401
- Sec :	- 110 (76,39)	- 75 (60,48)	
- Une protection :	- 25 (17,36)	- 28 (22,58)	
- Plusieurs protections :	- 9 (6,25)	- 16 (12,9)	

Tableau 1 : Caractéristiques cliniques et carcinologiques de la population étudiée selon la prise en charge ou non en andrologie. ET : écart type ; NC : non connue ; SBAU : syndrome du bas appareil urinaire, IMC : indice de masse corporelle.

Suivi andrologique. Le délai médian de consultation après PT était de 7 mois (2 – 30). Le nombre médian de consultations par patient était de 2 (1 – 10), avec 50 patients (34,7%) ne consultant qu'une seule fois. 124 patients (86%) bénéficiaient d'au moins une thérapeutique de la DE, avec une médiane d'introduction de 5 mois (1 – 32) après la PT. La répartition des traitements prescrits en première intention est illustrée sur la **Figure 1**. La répartition des traitements prescrits durant la prise en charge est illustrée sur la **Figure 2**.

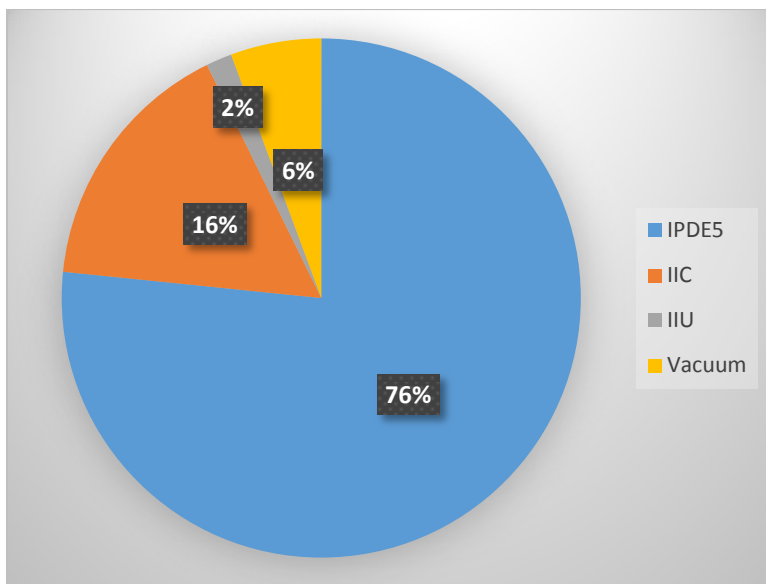


Figure 1 : Répartition des traitements prescrits en première intention. IPDE5 : inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 ; IIC : injection intra caverneuse de prostaglandine ; IIU : injection intra urétrale de prostaglandine.

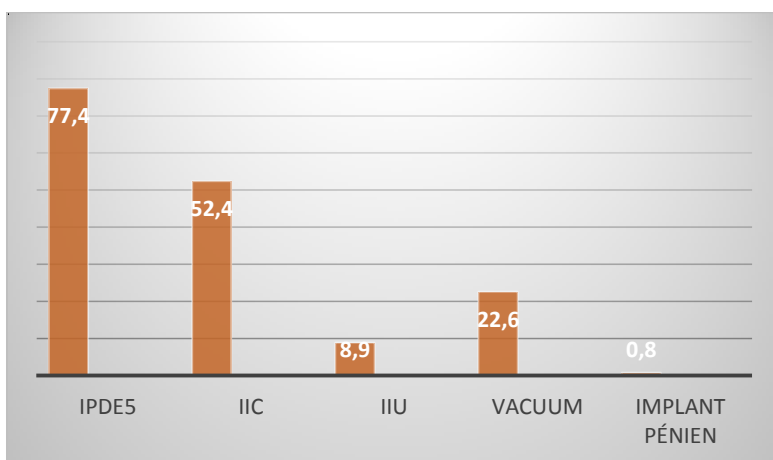


Figure 2 : Répartition des traitements prescrits durant la prise en charge exprimé en pourcentage.

Le nombre de classes thérapeutiques prescrites durant la prise en charge est illustré **Figure 3**.

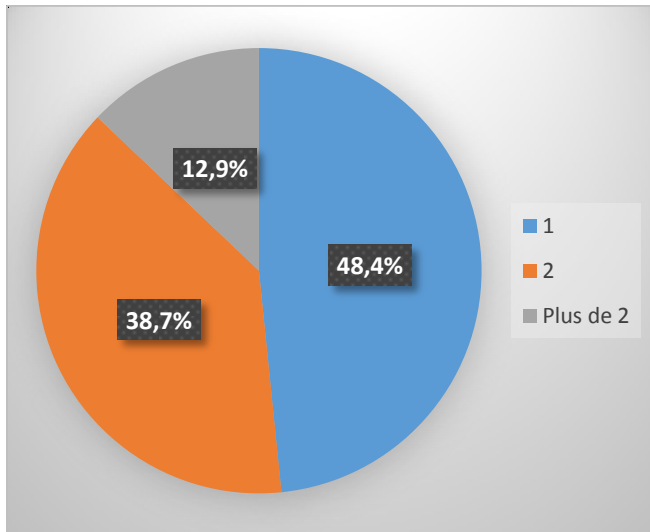


Figure 3: Répartition en fonction du nombre de thérapeutiques prescrits durant la prise en charge.

Réponses au questionnaire. 65 patients (45,14%) répondaient au questionnaire. Parmi eux 47 (72,3%) permettaient une évaluation de l’IIEF5. Le score IIEF5 médian était de 14 (5 – 25), la répartition par groupe de dysfonction érectile est illustrée **Figure 4**.

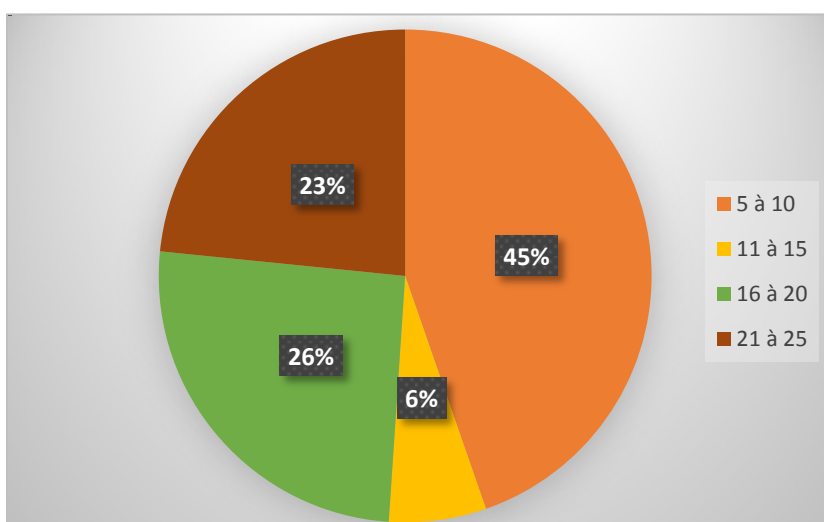


Figure 4: Score IIEF5

57 permettaient une évaluation de la satisfaction de la sexualité et 48 celle de la prise en charge. L'analyse de la satisfaction de la sexualité et de la prise en charge est illustrée **Figure 5**.

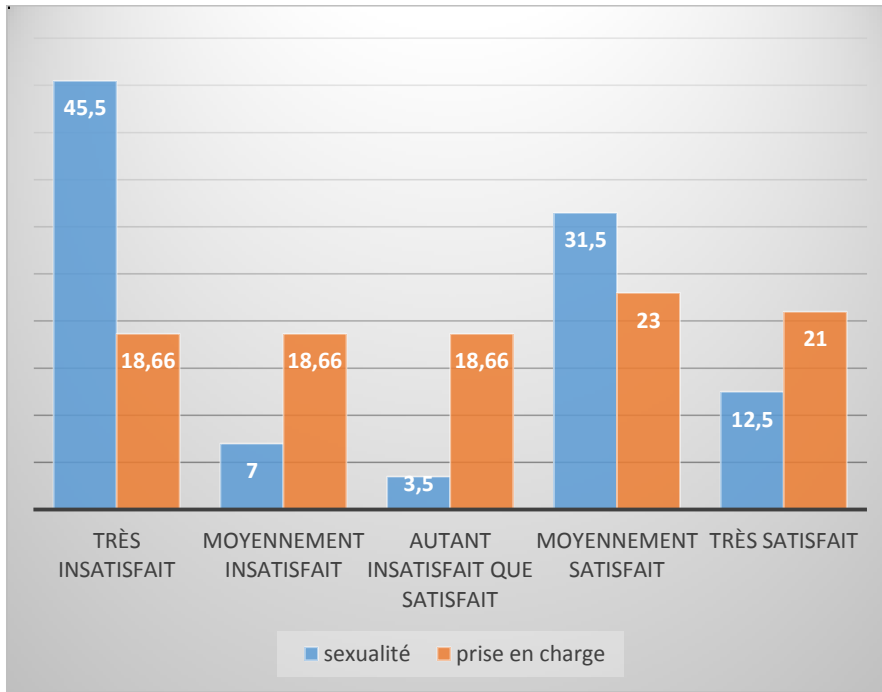


Figure 5: Evaluation de la satisfaction de la sexualité et prise en charge andrologique exprimée en pourcentage.

25 patients (38,5%) déclaraient poursuivre un traitement pro érectile, la répartition de ces traitements est illustrée **Figure 6**.

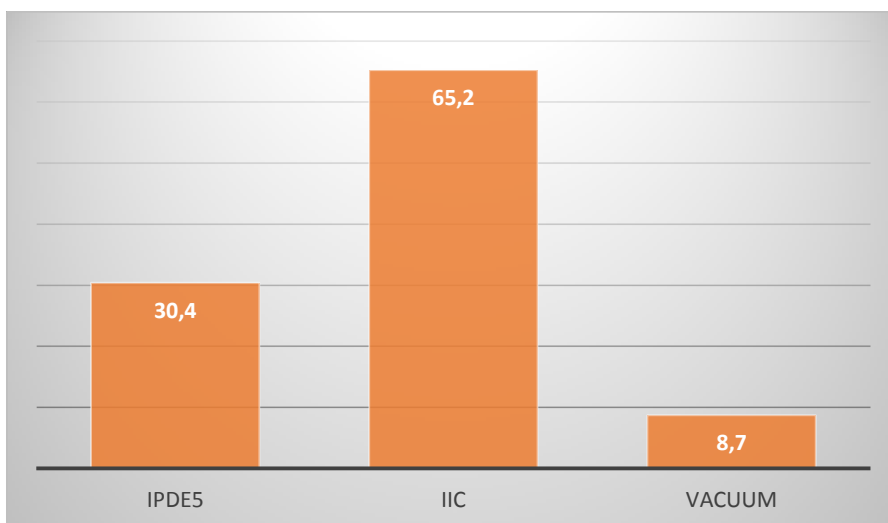


Figure 6: Répartition des traitements suivis à deux ans de la PT exprimée en pourcentage.

53 patients répondaient à la question du choix du traitement pro érectile (**Figure 7**) et 31 des 40 patients ne prenant pas de traitement répondaient à la question portant sur les raisons de cette absence de traitement, parmi eux 9 n'en avaient jamais pris et 22 en avaient débuté un et l'avaient arrêté. Les raisons de cette absence de traitement sont illustrées **Figure 8**.

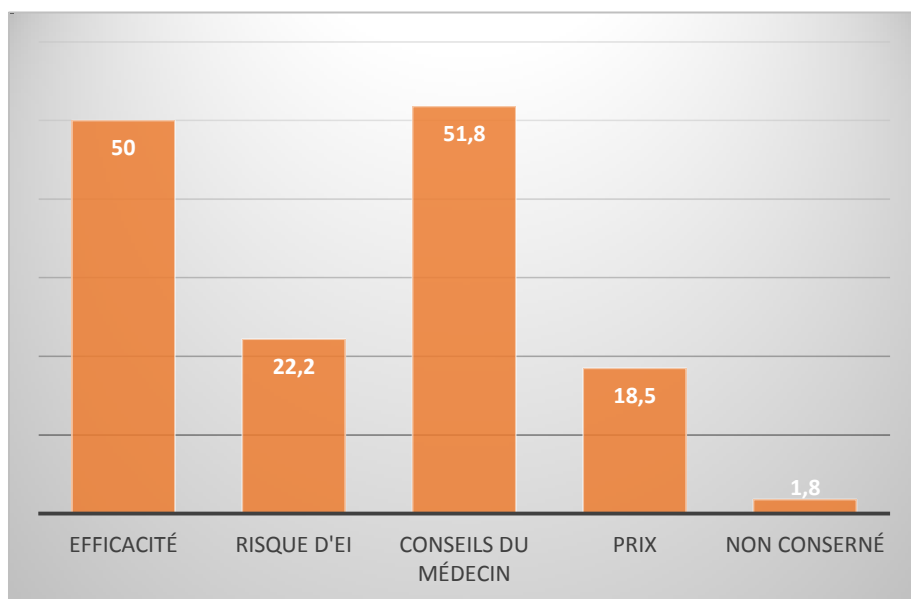


Figure 7 : Motif du choix du traitement pro érectile, exprimé en pourcentage. EI : effet indésirable.

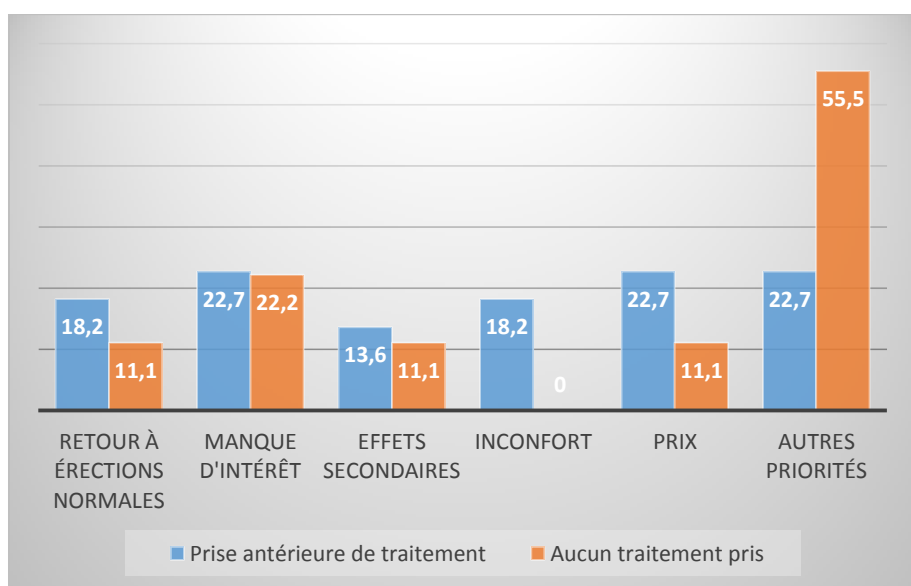


Figure 8 : Motif de l'absence de prise de traitement pro érectile selon la prise antérieure ou non d'un tel traitement, résultats exprimés en pourcentage.

47 patients s'exprimaient lors de la question libre. Les remarques des patients concernaient par ordre de fréquence : 1 : une demande de nouveau rendez-vous en andrologie ou d'informations complémentaires sur les options thérapeutiques. 2 : l'expression d'un impact émotionnel négatif de la DE faisant suite à la PT. 3 : une satisfaction de la prise en charge médicale (cancérologique et andrologique). 4 : L'impression d'un manque d'information sur les conséquences de la PT sur la fonction érectile. 5 : une demande de meilleure prise en charge financière du cout des traitements pro érectiles. 6 : une expérience négative des traitements de la DE. 7 : l'intérêt d'une meilleure implication de la partenaire dans la prise en charge de la DE.

Analyse selon l'IIEF5 et le traitement suivi à deux ans: 23 patients présentaient un IIEF5 > 15 et 24 un IIEF5 < 16. Les données de comparaison entre ces deux groupes sont reportées dans le **tableau 2**.

	IIEF5 (5 – 15)	IIEF5 (16 – 25)	
Effectif (%)	24 (51%)	23 (49%)	
Age lors de la chirurgie (Min - Max)	62 (50 – 77)	62 (52 – 73)	p = 0,3
Statut marital : (%)			
- En couple	- 21 (87,5)	- 22 (95,65)	NE
- Seul	- 1 (4,16)	- 0	
- NC	- 2 (8,34)	- 1 (4,35)	
ATCD : (%)			
Cardiovasculaire :	- 15 (62,5)	- 7 (30,43)	NE
IMC (Min – Max)	26,86 (21,1 – 32,88)	27,28 (21,3 – 39,3)	p = 0,495
Traitement du cancer de la prostate post PT (%)	- 1 (4,16)	- 1 (4,5)	NE
Groupes à risque de D'Amico : (%)			
- Faible	- 11 (45,8)	- 19 (82,6)	NE
- Intermédiaire	- 11 (45,8)	- 4 (17,4)	
- Elevé	- 2 (8,33)	- 0	
Technique chirurgicale : (%)			
- Robot	- 16 (66,67)	- 11 (47,83)	p = 0,244
- Voie ouverte	- 8 (33,33)	- 12 (52,17)	
Préservation des bandelettes vasculo-nerveuses (%)			
- Bilatérale :	- 8 (33,33)	- 14 (60,87)	NE
- Unilatérale :	- 2 (8,33)	- 1 (4,35)	
- Aucune :	- 0	- 0	
- NC :	- 14 (58,34)	- 8 (34,8)	
Dysfonction érectile pré opératoire : (%)			
- Aucune :	- 17 (70,83)	- 18 (78,26)	p = 1
- Modérée :	- 5 (20,84)	- 4 (17,39)	
- Totale :	- 0	- 0	
- NC :	- 2 (8,33)	- 1 (4,35)	
Nombre de consultation (Min – Max)	2 (1 – 7)	4 (1 – 8)	p = 0,0014
Délai de mise sous traitement en mois (Min – Max)	2 (1 – 20)	5 (1 – 17)	p = 0,4679
Nombre de traitement reçus : (%)			
- 0 ou 1	- 16 (66,67)	- 8 (34,78)	p = 0,0133
- Plus de 1	- 8 (33,33)	- 15 (65,22)	
Traitement en cours à 2 ans : (%)			
- Oui:	- 4 (16,66)	- 14 (60,88)	p = 0,0277
- Non:	- 18 (75)	- 10 (43,47)	

Tableau 2 : Comparaison des patients selon leurs scores IIEF5 en fonction des données cancérologiques et andrologiques. NE : non évaluable car effectif insuffisant.

57 patients étaient analysables pour la satisfaction de la sexualité et le traitement pris à deux ans de la PT, les résultats étant illustrés sur la **figure 9**.

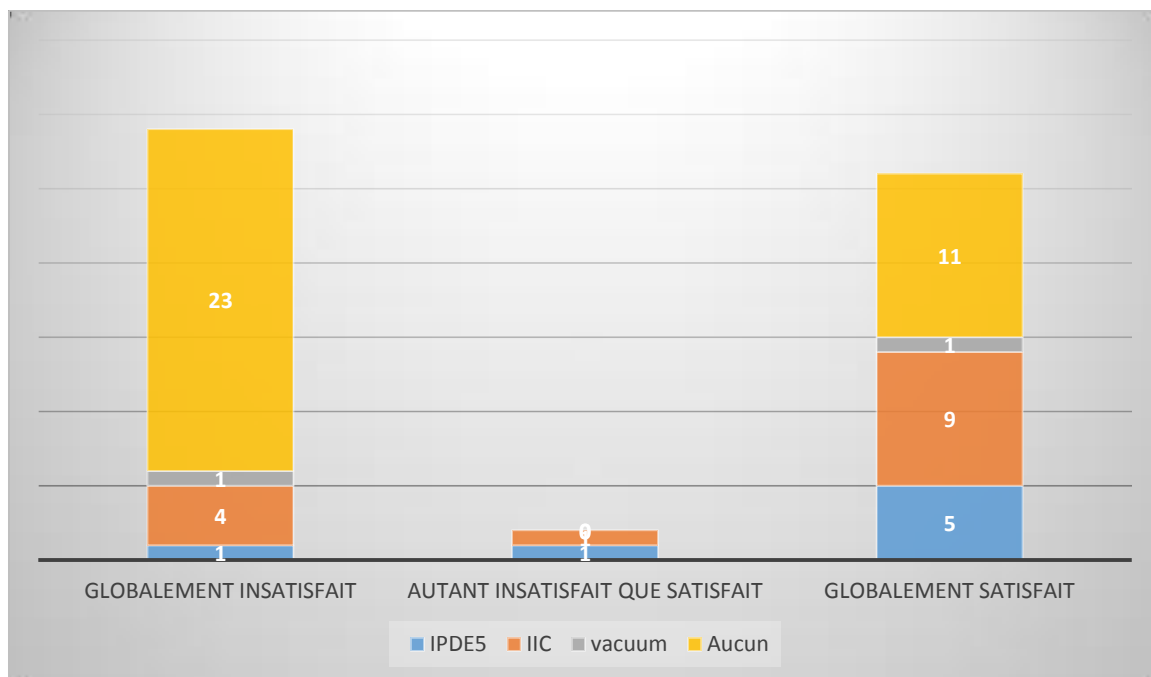


Figure 9 : Analyse de la satisfaction de la sexualité quel qu'en soit la nature selon le traitement en cours à deux ans. Résultats exprimés en valeurs absolues.

DISCUSSION

Cette étude nous a donc permis de décrire la prise en charge des patients au sein du service d'andrologie du CHRU de Lille après une prostatectomie totale, d'en évaluer les résultats fonctionnels à deux ans, et de mieux comprendre le point de vue des patients vis-à-vis de la prise en charge de la DE.

Population étudiée. Dans notre étude, la population de patients consultant en andrologie avait un meilleur pronostic de récupération érectile que la population ne consultant pas (**Tableau 1 : page 16**). Elle était significativement plus jeune de 2 ans, avait une meilleure fonction érectile pré opératoire, une meilleure préservation des bandelettes vasculo-nerveuse lors de la PT et une meilleure continence urinaire post opératoire. Sur le plan carcinologique, les patients consultant appartenaient à des groupes à risque de D'Amico plus favorables, ce qui ne se traduisait pas par une différence sur le stade pathologique des pièces de prostatectomie. Le profil des patients consultant en andrologie de notre série paraît cohérent avec les données de la littérature ; *Plym A et al* (13) analysaient une cohorte de 25 390 patients suédois atteints d'un cancer localisé de la prostate et retrouvaient comme facteur prédictif d'une prise de traitement pro érectile après traitement du cancer de la prostate : un âge jeune (< 65 ans), un plus haut niveau d'éducation, peu d'antécédents, un risque faible à intermédiaire selon D'Amico. Les patients présentant un meilleur état de santé générale paraissant également être les plus motivés pour une poursuite de la sexualité.

Prise en charge andrologique. Notre série retrouvait un taux de prescription de traitements de la DE de 86% avec une prédominance des IPDE5 prescrits dans 77,4% des cas, devant les prostaglandines intra caverneuses et le vacuum respectivement choisis dans 52,4% et 22,6% des cas. Peu d'études ont analysé la répartition des traitements pro érectile après PT (**Tableau 3**).

Auteur	Total (%)	IPDE5 (%)	IIC (%)	Vacuum (%)
<i>Teloken P et al (14)</i>	NC	95	75	30
<i>Pylm A et al (13)</i>	74	91	43	NC
<i>Maillard F et al</i>	86	77,4	52,4	23,6

Tableau 3 : Taux de prescription de traitements pro érectile après PT et répartition par thérapeutique.

Notre plus fort taux de prescription pouvant être lié au fait que nous n'analysions que les patients consultant en andrologie et donc très probablement plus motivés à une aide thérapeutique que ceux ne consultant pas. Dans notre série, les IPDE5 étaient moins souvent prescrits que dans la littérature, les résultats étaient comparables pour les prescriptions d'IIC et de vacuum.

L'observance des patients pour la prise des IPDE5 est connue dans la littérature comme étant faible avec un taux d'arrêt à 18 mois de 65 à 73% (15 - 16), les taux d'arrêt de traitement étant moindre pour les autres traitements avec : 52% pour les IIC (17) et 20% pour le vacuum (18). Ce phénomène existait également dans notre série (**figure 10**), se manifestant par une baisse du taux des patients suivant un traitement et le passage d'une prédominance des IPDE5 tout au long de la prise en charge à une prédominance des injections intra caverneuses de prostaglandine comme traitement suivi à 2 ans de la PT.

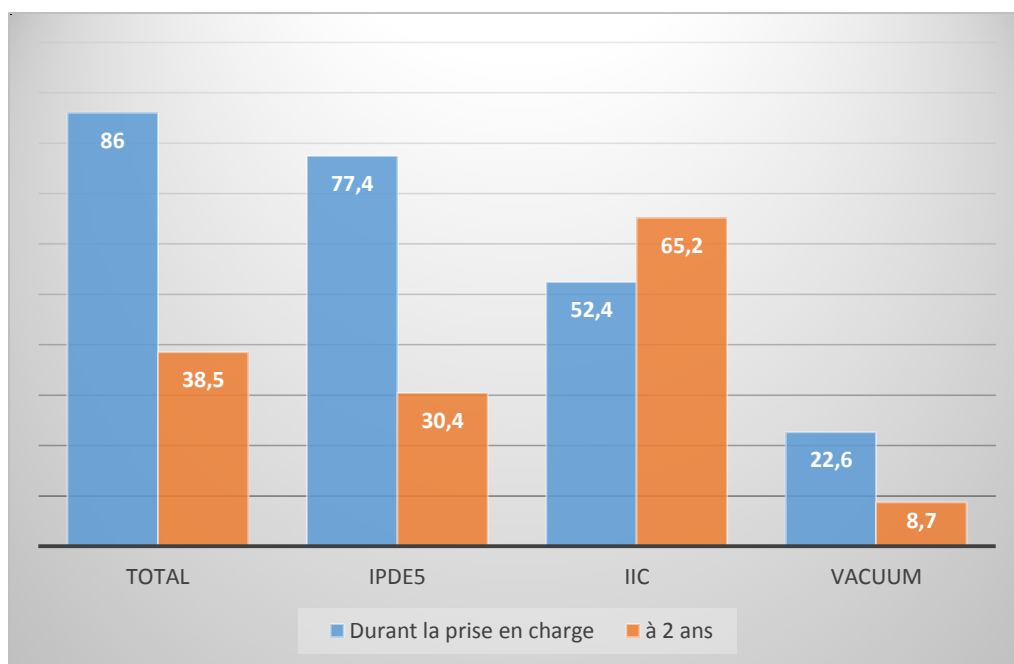


Figure 10 : Comparaison des taux de traitements de la DE pendant la prise en charge andrologique et à 2 ans de la PT, exprimés en pourcentage : évolution du taux de prescription globale (TOTAL), et sa répartition par thérapeutique utilisée.

Les raisons principales invoquées pour expliquer ces arrêts étaient une perte d'intérêt pour la sexualité (manque d'intérêt ou autre priorité) (45,4%), suivie des effets indésirables et inconforts liés au traitement (31,8%) puis le prix (22,7%) (**Figure 8 : page 20**). On notait également que 18,2% d'entre eux avaient arrêté leur traitement en raison d'un retour à des érections naturelles satisfaisantes. *Carvalho AA et al* (16) avaient également étudié les raisons de l'arrêt des IPDE5. Chez 327 patients, les raisons étaient, par ordre d'importance : l'absence d'efficacité des IPDE5 (36,8%), des facteurs psychologiques (17,5%), retour à des érections normales (14,4%).

Parallèlement, on notait que chez les patients n'ayant pris aucun traitement, il existait un manque d'intérêt pour la sexualité dans 77,7% des cas, les autres facteurs tel que le retour d'érections normales (11,1%) restaient marginaux. Les patients ayant suivi un traitement paraissaient donc avoir une plus grande motivation pour la sexualité que ceux n'en ayant jamais pris.

Résultats fonctionnels. Les résultats érectiles après PT sont difficilement comparables d'une étude à l'autre, son évaluation pouvant être faite avec différentes échelles et la définition de la DE peut varier d'une étude à l'autre, de même que la population étudiée. Tous stades confondus, (IIEF5 < 22) la DE varie entre 31% et 97% après PT selon les études (19 – 22) (**Tableau 4**). Avec 77% de patients présentant un IIEF5 < 22 à deux ans de la PT, nos résultats étaient comparables à ceux de la littérature.

Auteur	Pays	Durée du suivi (année)	Pourcentage d'IIEF5 < 22
<i>Geiger-Gritsch S et al (19)</i>	Australie	1	80,1
<i>Natali.A et al (20)</i>	Italie	2	31
<i>Magheli.A et al 2 (21)</i>	Allemagne	1	74,6
<i>Wang EY (22)</i>	Suède	10	97
<i>Maillard F et al</i>	France	2	77

Tableau 4 : fonction érectile évaluée par l'IIEF5 après PT dans la littérature.

Alemozaffar M et al (23), dans une étude multicentrique incluant 1201 patients, retrouvaient que la fonction érectile à 2 ans de la PT était liée : à la fonction érectile pré opératoire, l'âge, au PSA pré opératoire, à l'indice de masse corporelle (IMC), au facteur ethnique et à la qualité de la préservation des bandelettes vasculo-nerveuses. Dans notre étude ces facteurs (à l'exception du facteur ethnique qui ne pouvait être analysé dans notre série et de l'IMC) étaient retrouvés comme étant prédictifs d'une consultation en andrologie ainsi que d'un score IIEF5 plus élevé à 2 ans de la PT, avec également l'absence d'antécédents cardiovasculaires, un risque faible de D'Amico (**Tableau 2 : page 22**). Cependant, en raison d'un effectif trop faible, il n'a pas été possible de faire des tests statistiques pour ces paramètres.

Nous retrouvions également qu'un meilleur score IIEF5 à 2 ans de la PT était associé à un plus grand nombre de consultations en andrologie, un plus grand nombre de thérapeutiques utilisées pendant la prise en charge et une poursuite de traitement pro érectile à 2 ans. Le délai d'introduction du traitement après PT n'avait pas d'influence sur le score IIEF5. Ces différents éléments pouvant traduire une plus grande motivation de la part de ces patients pour une récupération des érections, ainsi que des résultats de la prise en charge par des associations thérapeutiques et l'entretien de la motivation au fur et à mesure des consultations. De même, la combinaison des thérapeutiques entre elles comme IPDE5 et vacuum, semble être supérieure à une monothérapie, comme le montrent *Basal et al* (24) qui étudiaient 203 patients ayant eu une préservation bilatérale des bandelettes vasculo-nerveuses. L'association IPDE5 et vacuum faisaient mieux qu'un de ces traitements seul ($p < 0,05$).

Satisfaction et avis des patients. Le point de vue et les éléments amenant le patient à choisir un traitement plutôt qu'un autre n'ont, à notre connaissance, pas encore été étudiés et cette étude était la première analysant ce point. On constatait que le facteur prix n'était que le quatrième élément influençant ce choix (18% des réponses), après les conseils du médecin et la recherche du traitement le plus efficace (50% chacun) ainsi que la crainte de potentiels effets secondaires (24%) (**Figure 7 : page 20**). Le choix initial semblait donc se faire plus en fonction d'éléments d'ordre médicaux que d'éléments économiques.

Nous constatons également que la satisfaction de la sexualité avait un impact sur la poursuite du traitement pro érectile à 2 ans (**Figure 9 : page 23**) avec une poursuite du traitement dans 57,7% des cas chez les patients satisfaits de leur sexualité alors que 79,3% des patients insatisfaits l'avaient arrêté.

Nelson CJ (25) et al ont étudié un groupe de 30 hommes entre 1 et 3 ans après leurs PT participant à un programme de réhabilitation érectile par IIC. Leurs avis concernant la sexualité étaient recueillis lors d'entretiens de groupe et concluaient que la frustration accompagnant la DE peut générer un évitement de la sexualité, de même qu'un arrêt de traitements, impactant négativement l'adhérence au programme de réhabilitation érectile. Dans les remarques des patients, nous retrouvions également, après des demandes de rendez-vous et questions thérapeutiques, l'expression d'une souffrance liée à la DE et d'un sentiment d'avoir été mal informé en pré opératoire des conséquences érectiles de la PT. Venait ensuite le désir d'un remboursement des traitements, en particulier des IPDE5. Ces différents éléments pouvant amener les patients à un évitement de la sexualité et un arrêt thérapeutique et du suivi.

Limites. Notre étude comportait plusieurs limites. Tout d'abord, il s'agissait d'une étude mono centrique, la population étudiée n'était donc pas représentative de la population générale.

Le recueil des données pré opératoires concernant notamment la fonction érectile était fait de façon rétrospective et ne permettait pas d'y appliquer une échelle validée comme l'IIEF5. Ce recueil rétrospectif était également source de pertes d'informations sur les différentes données recueillies selon ce mode, en constatant également que les pertes d'informations étaient plus importantes chez les patients non vu en andrologie ; avec par exemple, une fonction érectile pré opératoire non évaluable chez 60,48% des patients ne consultant pas en andrologie contre 9,03% pour les patients consultant en andrologie.

Cependant, nous observons ainsi la prise en charge ordinaire de tous les patients ayant bénéficié d'une PT en 2011 et 2012, quelles que soient les données carcinologique ou les fonctions érectiles pré opératoire, correspondant aux patients pris en charge en routine clinique dans le service d'andrologie.

On notait également un faible effectif numérique de patients répondant au questionnaire, ce qui réduisait donc la puissance statistique de notre étude et modérait la significativité de nos résultats, même si avec un taux de réponse de 45,14% au questionnaire, on notait une certaine motivation dans cette population de patients.

CONCLUSIONS

La dysfonction érectile est une conséquence fréquente de la prostatectomie totale et est source d'altération de la qualité de vie des patients. La prise en charge de cette dysfonction érectile reste difficile et les résultats sont parfois décevants, malgré les progrès chirurgicaux et pharmaceutiques survenus ces 10 dernières années. Un accompagnement et une prise en charge spécialisée en andrologie semblent devoir être largement proposés à ces patients, souvent demandeurs d'une aide à un retour à la sexualité ; cette sexualité semble devenir « médicalement assistée » pour une majorité des patients. Alors que ceux-ci aimeraient, et ont parfois l'illusion d'un possible retour à une sexualité naturelle identique au pré opératoire, ce qui peut être source d'insatisfaction et de regret vis-à-vis de l'acte chirurgical. Une prise en charge andrologique pré opératoire, sous forme d'une consultation d'information sur les conséquences sur la fonction érectile post opératoire adaptée au terrain (âge, comorbidité, groupe à risque de D'Amico possibilité de préservation des bandelettes vasculo-nerveuses) et sur les différentes options de prise en charge de cette DE, pourrait améliorer la prise en charge globale de ces patients.

REFERENCES

- 1) Ferlay J., Soerjomataram I., Ervik M., Dikshit R., Eser S., Mathers C., et al. GLOBOCAN 2012 v1.0, cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 11 [Internet] Lyon, France: International Agency for Research on Cancer (2013).
- 2) Salomon L, Bastide C, Beuzeboc P, Cormier L, Fromont G, Hennequin C, Mongiat-Artus P, Peyromaure M, Ploussard G, Renard-Penna R, Rozet F, Azria D, Coloby P, Molinié V, Ravery V, Rebillard X, Richaud P, Villers A, Soulié M; Les membres du CCAFU. [CCAFU Recommendations 2013: Prostate cancer]. Prog Urol. 2013 Nov;23 Suppl 2:S69-101.
- 3) Cornu JN, Terrasa JB, Sèbe P, Haab F, Cussenot O, Lukacs B. Evolution du nombre de prostatectomies en France pour cancer de la prostate au cours de la dernière décennie. Prog Urol 2012 ; 22(13) : 326 [P-035].
- 4) Helfrich O, Crouzet S, Ruffion A, Houlgatte A, Cavillon C, Gerard C, Villers A. [Evolution of the number of incident cases of prostate cancer in France from 2001 to 2012 from 5 hospital centers.] Prog Urol. 2014 Dec 3. pii: S1166-7087(14)00561-2.
- 5) Alsaïd B, Bessedé T, Diallo D, et al. Division of autonomic nerves within the neurovascular bundles distally into corpora cavernosa and corpus spongiosum components ; immunohistochemical confirmation with three-dimensional reconstruction. Eur Urol 2011 ; 59 : 902-909.
- 6) Walz J, Joniau S, Chun F.K, Isbarn H, Jeldres C, Yossepowitch O, et al. Pathological results and rates of treatment failure in high-risk prostate cancer patients after radical prostatectomy. BJU Int 2011 ; 107 : 765-770.
- 7) Anderson CB, Elkin EB, Atoria CL, Eastham JA, Scardino PT, Touijer K. The diffusion of minimally invasive radical prostatectomy in the United States : a case

- study of the introduction of new surgical devices. Prostate cancer Prostatic Dis. 2015 Mar ; 18(1) : 75-80.
- 8) Haglind E, Carlsson S, Stranne J, Wallerstedt A, Wilderang U, Thorsteinsdottir T, Lagerkvist M, Damber JE, Bjartell A, Hugosson J, Wiklund P, Steineck G ; LAPPRO steering committee. Urinary incontinence and Erectile Dysfunction after robotic versus open radical prostatectomy. A prospective, controlled, nonrandomised trial. Eur Urol. 2015 Mar 11. Pii : S0302-2838(15)00194-3.
 - 9) Chung E, Gillman M. Prostate cancer survivorship : a review of erectile dysfunction and penil rehabilitation after prostate cancer therapy. Med J Aust. 2014 Jun 2 ; 200 (10) : 582-5.
 - 10) Droupy S, Al Said B, Lechevallier E, Colson MH, Giuliano F [Sexuality and prostate cancer]. Prog Urol. 2013 Jul;23(9):696-711.
 - 11) Giuliano F, Amar E, Chevallier D, Montaigne O, Joubert JM, Chartier-Kastler E. How urologists manage erectile dysfunction after radical prostatectomy: a national survey (REPAIR) by the French urological association. J Sex Med. 2008 Feb; 5(2):448-57.
 - 12) J. Rizk, A. Ouzzane, V. Flamand, J.-C. Fantoni, P. Puech, X. Leroy, A. Villers. Survie sans récurrence biologique à long terme après prostatectomie totale pour cancer : analyse comparative selon la voie d'abord et le stade clinico-pathologique. Prog Urol 2015 Sous presse. Épreuves corrigées par l'auteur. Disponible en ligne depuis le mardi 20 janvier 2015.
 - 13) Plym A, Folkvaljon Y, Garmo H, Holmberg L, Johansson E, Fransson P, Stattin P, Lambe M. Drug prescription for erectile dysfunction before and after diagnosis of localized prostate cancer. J Sex Med. 2014 Aug;11(8):2100-8.

- 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 Jul;6(7):2032-8.
- 15) Salonia A, Gallina A, Zanni G, Briganti A, Dehò F, Saccà A, Suardi N, Barbieri L, Guazzoni G, Rigatti P, Montorsi F. Acceptance of and discontinuation rate from erectile dysfunction oral treatment in patients following bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. *Eur Urol.* 2008 Mar; 53(3):564-70.
- 16) Carvalheira AA, Pereira NM, Maroco J, Forjaz V. Dropout in the treatment of erectile dysfunction with PDE5: a study on predictors and a qualitative analysis of reasons for discontinuation. *J Sex Med.* 2012 Sep; 9(9):2361-9.
- 17) Raina R, Lakin MM, Thukral M et al. Long-term efficacy and compliance of intracorporeal (IC) injection for erectile dysfunction following radical prostatectomy: SHIM (IIEF-5) analysis. *Int J Impot Res.* 2003;15:318–322.
- 18) Raina R, Pahlajani G, Agarwal A, Jones S, Zippe C. Long-term potency after early use of a vacuum erection device following radical prostatectomy. *BJU Int.* 2010;106(11):1719–1722.
- 19) Geiger-Gritsch S, Oberaigner W, Mühlberger N, Siebert U, Ladurner M, Klocker H, Horninger W. Patient-Reported Urinary Incontinence and Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy: Results from the European Prostate Centre Innsbruck. *Urol Int.* 2015 Jan 31. [Epub ahead of print]
- 20) Natali A, Masieri L, Lanciotti M, Giancane S, Vignolini G, Carini M, Serni S. A comparison of different oral therapies versus no treatment for erectile dysfunction in 196 radical nerve-sparing radical prostatectomy patients. *Int J Impot Res.* 2015 Jan-Feb;27(1):1-5.

- 21) Magheli A, Busch J, Leva N, Schrader M, Deger S, Miller K, Lein M. Comparison of surgical technique (open vs. laparoscopic) on pathological and long term functional outcomes following radical prostatectomy. *BMC Urol.* 2014 Feb 7;14:18.
- 22) Wang EY, Eriksson HG. Quality of life and functional outcomes 10 years after laparoscopic radical prostatectomy. *Ups J Med Sci.* 2014 Mar;119(1):32-7.
- 23) Alemozaffar M, Regan MM, Cooperberg MR, Wei JT, Michalski JM, Sandler HM, Hembroff L, Sadetsky N, Saigal CS, Litwin MS, Klein E, Kibel AS, Hamstra DA, Pisters LL, Kuban DA, Kaplan ID, Wood DP, Ciezki J, Dunn RL, Carroll PR, Sanda MG. Prediction of erectile function following treatment for prostate cancer. *JAMA.* 2011 Sep 21;306(11):1205-14.
- 24) Basal S, Wambi C, Acikel C, Gupta M, Badani K. Optimal strategy for penile rehabilitation after robot-assisted radical prostatectomy based on preoperative erectile function. *BJU Int.* 2013 Apr;111(4):658-65.
- 25) Nelson CJ, Lacey S, Kenowitz J, Pessin H, Shuk E, Mulhall JP. Men's experience with penile rehabilitation following radical prostatectomy: a qualitative study with the goal of informing a therapeutic intervention. *Psychooncology.* 2015 Feb 24.

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux patients.

Nom :

Prénom :

I. Avez-vous pris un traitement dans le but de favoriser les érections suite à votre opération : médical (traitement oral), médical local (injections intra caverneuses, gel muse), mécanique (pompe à vide) ou chirurgical (prothèse) oui / non

Si oui : (le ou lesquels et dans quel ordre chronologique en avez-vous bénéficié) :

- 1).....
- 2).....
- 3).....
-

II. Quel a été l'élément principal influençant votre choix de traitement favorisant vos érections?

- 1) Choix du traitement ayant le plus de chance d'être efficace.
- 2) Choix du traitement entraînant le moins d'effets indésirables.
- 3) Traitement conseillé par le médecin.
- 4) Choix en fonction du prix à payer (médicament remboursé ou non).
- 5) Ne me sens pas concerné.

III. Prenez- vous actuellement un traitement dans le but d'avoir des érections : oui /non

Si oui lequel :....

Si non quelle en est la raison : (entourer la ou les bonnes réponses)

- 1) Retour à des érections satisfaisantes sans traitement.
- 2) Manque d'intérêt.
- 3) Effets secondaires des traitements.
- 4) Inconfort lié à l'administration du traitement.
- 5) Prix trop élevé des traitements.
- 6) D'autres priorités.

IV. Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de la prise en charge médicale de vos troubles sexuels ?

- 1) Très insatisfait
- 2) Moyennement insatisfait
- 3) A peu près autant insatisfait que satisfait
- 4) Moyennement satisfait
- 5) Très satisfait

Les 6 prochaines questions concernent les 6 derniers mois: (entourez la bonne réponse)

V. A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

- 1) Pas sûr du tout
- 2) Pas très sûr
- 3) Moyennement sûr
- 4) Sûr
- 5) Très sûr

VI. Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, avec quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

- 1) Je n'ai pas été stimulé sexuellement
- 2) Presque jamais ou jamais
- 3) Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 4) Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 5) La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 6) Presque tout le temps ou tout le temps

VII. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire ?

- 1) Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 2) Presque jamais ou jamais
- 3) Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 4) Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 5) La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 6) Presque tout le temps ou tout le temps

VIII. Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à la fin de ces rapports ?

- 1) Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 2) Extrêmement difficile
- 3) Très difficile
- 4) Difficile
- 5) Un peu difficile
- 6) Pas difficile

IX. Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, avec quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- 1) Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
- 2) Presque jamais ou jamais
- 3) Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 4) Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 5) La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 6) Presque tout le temps ou tout le temps

X. Dans quelle mesure avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle en général ?

- 1) Très insatisfait
- 2) Moyennement insatisfait
- 3) A peu près autant insatisfait que satisfait
- 4) Moyennement satisfait
- 5) Très satisfait

XI. Remarques et propositions pour l'amélioration de la prise en charge :

.....
.....
.....

AUTEUR : Nom : MAILLARD

Prénom : Florent

Date de Soutenance : 9 juin 2015

Titre de la Thèse : Prise en charge Andrologique au CHRU de Lille et point de vue du patient à 2 ans d'une prostatectomie totale.

Thèse - Médecine - Lille 2015

Cadre de classement : DES de chirurgie générale, spécialité urologie.

Mots-clés : Prostatectomie totale ; Dysfonction érectile ; réhabilitation érectile ; andrologie.

Résumé :

Titre de la thèse : Prise en charge andrologique au CHRU de Lille et point de vue du patient 2 ans après une prostatectomie totale.

Contexte : L'intervention de prostatectomie totale (PT) est associée à une dysfonction érectile dans 60 à 70% des cas. Les patients opérés sont demandeurs d'une prise en charge de la DE, et les progrès réalisés ces dernières années dans la prise en charge andrologique font proposer une prise en charge par une équipe spécialisée en andrologie. Nous rapportons dans cette étude l'expérience d'une orientation systématique des patients, lors de la première consultation post opératoire urologique après une chirurgie de PT pour cancer de prostate, vers une consultation spécialisée vers notre centre de référence régionale en andrologie.

Matériel et méthodes : Etude observationnelle mono centrique rétrospective sur la base de données de suivis clinique de patients opérés d'une PT pour cancer de la prostate, entre le 1^{er} janvier 2011 et le 31 décembre 2012, dans le service d'Urologie du CHRU de Lille, et ayant consulté dans le service d'Andrologie. Les données de stade tumoral, de fonction érectile et urinaire pré et post-opératoire, de technique opératoire et de traitement étaient recueillies. Puis, après un délai de 2 ans, envoi d'un questionnaire de 11 items comprenant un IIEF5, une évaluation de la satisfaction dans la vie sexuelle grâce à la Q13 de l'IIEF15 ainsi que 4 questions évaluant la prise en charge andrologique post opératoire, la satisfaction du patient de cette prise en charge ainsi que les raisons du choix de traitement et enfin une question libre pour recueillir les remarques des patients.

Résultats : 248 patients ont bénéficié d'une PT sur la période étudiée, 144 (53,73%) d'entre eux ont consulté en andrologie. Les patients consultant en andrologie présentaient un meilleur profil de récupération érectile (âge ; groupe à risque de D'Amico ; préservation des bandelettes vasculo-nerveuses ; fonction érectile pré opératoire ; récupération de la continence mictionnelle). Le délai médian de première consultation était de 7 mois (1 – 10) après PT et donnait lieu à une prescription de traitement pro érectile pour 86% des patients avec un délai médian de 5 mois (1 – 32). Les IPDE5 étaient prescrits en première intention dans 76% des cas. 65 patients (45,14%) ont répondu au questionnaire, le score IIEF5 médian était de 14 (5 – 25). 38,5% déclaraient poursuivre un traitement qui était une prostaglandine intra caverneuse dans 65,2% des cas. A 2 ans en post opératoire, les patients présentant un IIEF5 > 15 avaient bénéficié de plus de consultations en andrologie, d'un plus grand nombre de thérapeutiques et continuaient majoritairement un traitement à 2 ans de la PT (60,88% vs 16,66%) que les patients dont l'IIEF5 était inférieure à 16.

Conclusion : Cette étude observationnelle décrit la prise en charge spécialisée en andrologie et montre qu'elle a été acceptée par près de la moitié des patients après PT. La pratique d'une activité sexuelle est « médicalement assistée » pour une majorité des patients. Alors que ceux-ci aimeraient et ont parfois l'illusion d'un possible retour à une sexualité naturelle identique au pré opératoire, ce qui peut être source d'insatisfaction et de regret vis-à-vis de l'acte chirurgical. Une prise en charge andrologique pré -opératoire, sous forme d'une consultation d'information, pourrait améliorer la prise en charge globale de ces patients.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur VILLERS

Assesseurs : Monsieur le Professeur HEBBAR

Monsieur le Professeur COTTENCIN

Monsieur le Docteur RIGOT