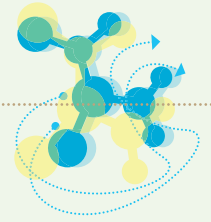




Fiche N° 13 : Incontinence urinaire masculine et sexualité



Des cancers «symboliques et affectifs» comme le cancer de la prostate, peuvent remettre en jeu le sentiment de virilité, diminuer la capacité de séduction, réduire l'intérêt sexuel, modifier, voire supprimer l'érection et l'éjaculation. Par ailleurs, après l'ablation de la prostate, la continence urinaire met parfois un certain temps à revenir.

Globalement 50% des patients opérés présentent des fuites urinaires. L'incontinence urinaire réduit les relations sociales et les activités, diminue l'estime de soi et le sentiment de bien-être, et compromet également la sexualité. Il faut dès lors prendre en charge ce problème d'incontinence dès que possible.

Physiopathologie de l'érection :

3 phénomènes vasculo-nerveux se succèdent :

- Relaxation du tissu érectile,
- augmentation du débit artériel par vasodilatation,
- blocage du retour veineux puis contraction des muscles ischio-caverneux et bulbocaverneux.

Conséquences sexuelles d'une prostatectomie radicale :

- La prescription d'anticholinergiques reste inefficace la plupart du temps excepté en présence d'une vessie hyperactive.
 - La kinésithérapie garde une place très importante.
 - les solutions chirurgicales comme les ballons ACT, la bandelette sous urétrale, l'injection para-urétrale de cellules souches (thérapie cellulaire), le sphincter urinaire artificiel permettent de récupérer une continence urinaire vitale pour le patient et le couple.
 - La fertilité et la contraception sont des éléments importants à évoquer au sein du couple car la majorité des traitements anticancéreux ont un effet délétère sur la fonction sexuelle masculine comme,
 - l'absence d'éjaculation par ablation,
 - des orgasmes modifiés,
 - une libido diminuée.
- Enfin, l'impact de l'annonce du cancer et de la nécessité d'un traitement a une conséquence directe sur la libido,
- la dysfonction érectile est une séquelle constante après prostatectomie radicale.

La dysfonction érectile en post-opératoire :

La physiopathologie de la dysfonction érectile après prostatectomie radicale est complexe et due à la dissection des bandelettes neuro-vasculaires entraînant une lésion des pédicules nerveux végétatifs et/ou vasculaires péniers longeant les faces latérales de la prostate pour atteindre les formations érectiles pénienes (corps caverneux) :

- par diminution de la concentration intra-caverneuse du principal médiateur de l'érection, le monoxyde d'azote, d'origine neuronale et vasculaire,
- par la section des nerfs végétatifs péniers entraînant la mort des cellules musculaires lisses, endothéliales et du tissu conjonctif de soutien des corps caverneux,
- par perte de cellules musculaires lisses et conjonctives entraînant une incapacité à retenir le sang dans les corps caverneux lors d'une érection (fuite veineuse pénienne)
- par la section des pédicules artériels péniers et la disparition des érections physiologiques aboutissant à des lésions d'ischémie chronique et fibrose des corps caverneux accentuant encore les fuites veineuses.

Cette cascade d'événements cellulaires explique la rétraction du pénis dont se plaignent la plupart des patients après prostatectomie radicale.

Facteurs influençant la récupération de la fonction érectile en post-opératoire :

- Liés au patient
 - Âge
 - Facteurs de risque tels que l'HTA, le tabac, le diabète, la dyslipidémie, l'athérosclérose, la dépression
 - Qualité de l'activité sexuelle avant traitement
 - Motivation du patient / couple
- Liés à la chirurgie
 - Dissection précautionneuse de l'apex et de l'urètre
 - Préservation optimale des bandelettes neuro-vasculaires

Comment améliorer la fonction érectile :

- Objectif: Permettre au patient d'obtenir des érections
- Impératifs :
 - Reprise précoce d'une activité sexuelle
 - Accompagnement médical, psychologique et motivation du patient et/ou du couple
- Récupération possible jusqu'à 2 ans en post-opératoire

Traitements de la dysfonction érectile

Les différents traitements :

- Les inhibiteurs de la phosphodiésterase 5 (IPDE5) tous les jours ou à la demande,
- Injections intra-caverneuses
- Erecteur à dépression
- Injection intra-urétrale d'Alprostadil
- Implant pénien si échec des autres traitements et que le patient est motivé

Protocole de traitement

- Dysfonction érectile totale : injection intra-caverneuse précoce (1 mois) +/- IPDE 5
- Dysfonction érectile partielle : IPDE5 tous les jours ou à la demande si l'activité sexuelle est régulière +/- injection intra-caverneuse selon la récupération
- Si le patient est jeune et motivé : IPDE5 tous les jours dès la sortie de l'hôpital