

LES DYSFONCTIONS SEXUELLES APRÈS CHIRURGIE CHEZ L'HOMME

F. LORGE,
M. DI GREGORIO¹

Correspondance :
F. Lorge
Centre de Médecine Sexuelle
Université catholique de Louvain
Cliniques universitaires de Mont-Godinne
Service d'Urologie
Avenue G. Thérasse 1
B-5530 Yvoir

La chirurgie abdominale ou pelvienne est fréquemment pratiquée chez l'homme, le plus souvent pour des lésions néoplasiques. Bon nombre de patients en sortent guéris mais parfois au prix d'une altération de la qualité de leur vie sexuelle.

Après certaines interventions, nous sommes confrontés soit à des troubles de l'érection, soit à des troubles de l'éjaculation.

TROUBLES DE L'ÉJACULATION

On distingue :

- éjaculation rétrograde, c'est-à-dire le passage du sperme préférentiellement vers la vessie ;
- éjaculation sèche, c'est-à-dire une sensation orgasmique mais non accompagnée d'émission de sperme ;
- éjaculation asthénique, qui est le plus souvent secondaire à certaines neuropathies ou à la prise de certains médicaments, tels que les alpha-bloquants utilisés entre autres dans le traitement de l'hypertrophie bénigne de la prostate ;
- les éjaculations sans orgasme sont souvent d'origine psychogène.

PETIT RAPPEL PHYSIOLOGIQUE DE L'ÉJACULATION

L'éjaculation comporte deux phases : *premièrement*, la phase d'émission, c'est-à-dire le passage au niveau de l'urètre postérieur des sécrétions en provenance non seulement de la prostate mais aussi des vésicules séminales. Durant cette phase d'émission, le col vésical se ferme.

Deuxièmement, la phase d'émission est suivie d'une phase d'expulsion qui implique des contractions rythmiques des muscles du périnée (muscles bulbo-caverneux et ischio-caverneux). La contraction de ces muscles comprime l'urètre et permet ainsi la progression du sperme de manière antégrade vers le méat urétral. Le col vésical reste fermé et le sphincter strié externe se relâche de manière rythmique également.

¹ Service d'Urologie - UCL Mont-Godinne

Ces deux phases de l'éjaculation sont sous contrôle du système nerveux sympathique et peuvent être perturbées par certaines affections neurologiques telles que les myélopathies traumatiques, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique, la syringomyélie mais aussi certaines neuropathies périphériques soit traumatiques (fracture du bassin), soit chirurgicales avec la chirurgie du carrefour aortique, la sympathectomie, les amputations abdomino-périnéales, les colectomies et en urologie la lymphadénectomie rétropéritonéale pratiquée pour certains cancers agressifs du testicule.

La chirurgie de l'hypertrophie bénigne de la prostate et la chirurgie de l'hypertrophie du col vésical (encore appelée maladie de Marion) empêchent en post-opératoire la fermeture optimale du col vésical et ce, dans plus de 70% des cas expliquant l'éjaculation rétrograde.

TROUBLES DE L'ÉRECTION

La prévalence des dysfonctionnements érectiles augmente avec l'âge pour atteindre 52% parmi les hommes âgés de 40 à 70 ans si l'on regroupe les dysfonctions érectiles légères, modérées et sévères.

L'érection résulte d'un mécanisme vasculotissulaire complexe sous influence hormonale et sous contrôle neurologique et psychique.

Parmi les causes organiques de l'impuissance sexuelle, on retiendra 70% de causes vasculaires (hypertension artérielle, athéromatose, fuite veineuse), 12% de causes neurologiques (diabète, traumatisme du rachis ou du bassin, sclérose en plaques, lésions discales, AVC), 7% de causes hormonales (hypogonadisme, hyperprolactinémie, troubles thyroïdiens) et 10% de causes iatrogènes.

Parmi ces causes iatrogènes, on retiendra une très longue liste de médicaments mais aussi la radiothérapie et la chirurgie du petit bassin qu'elle soit pratiquée pour des lésions urologiques, digestives ou vasculaires.

En urologie, le traitement des cancers de vessie et de prostate sont les causes les plus fréquentes d'impuissance. Les nerfs caverneux sont en effet accolés à la face postérieure de la prostate et cheminent vers la face postérieure de l'urètre. Ils peuvent être facilement lésés par la chirurgie mais également aussi par la radiothérapie qu'elle soit externe ou interstitielle.

Le pourcentage de vie sexuelle conservée après traitement du cancer de la prostate est très variable d'une série à l'autre :

Les séries chirurgicales donnent une vie sexuelle préservée de 30 à 81% en cas de préservation bilatérale des pédicules vasculo-nerveux et de 20 à 69% en cas de préservation unilatérale des bandelettes vasculo-nerveuses. La radiothérapie donne des pourcentages variant de 40 à 70% de vie sexuelle préservée et la brachythérapie de 50 à 75%.

TRAITEMENT DE L'IMPUISANCE

Parmi les différents traitements des troubles de l'érection, ce sont de loin les inhibiteurs des phosphodiésterases de type 5 qui sont les plus utilisés, loin devant les injections intra-caverneuses de prostaglandines et l'utilisation de la pompe à vide.

La chirurgie participe également au traitement des troubles de l'érection et présente deux volets :

Un premier volet est représenté par la revascularisation pénienne qui consiste à anastomoser l'artère épigastrique sur l'artère dorsale de la verge (ou sur l'artère caverneuse). Il n'y a plus qu'une seule indication pour la revascularisation pénienne, elle est représentée par les jeunes patients, victimes d'un traumatisme du petit bassin avec rupture des pédicules vasculo-nerveux.

La chirurgie présente un deuxième volet avec la mise en place de prothèses péniennes, soit semi-rigides, soit des prothèses plus sophistiquées, gonflables et dégonflables à souhait.

La prothèse gonflable comporte trois éléments :

- Deux cylindres incorporés dans les corps caverneux,
- Un réservoir placé dans l'espace de Retzius en rétopubien et en pré-vésical et qui contient le liquide permettant de gonfler les cylindres intra-caverneux,
- Une pompe qui doit être accessible au patient et donc placée en intra-scrotal, à côté du testicule, cette pompe donne l'ordre de gonfler ou de dégonfler à souhait les cylindres intra-caverneux.

Ces prothèses gonflables permettent d'obtenir une érection optimale mais également une détumescence optimale contrairement aux prothèses semi-rigides où le diamètre de la verge reste non modifiable.

La mise en place de ces prothèses péniennes représente le traitement de dernier recours lorsque les autres traitements ne sont plus suffisants ou contre-indiqués.