



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



MISE AU POINT

Parcours de réhabilitation par le binôme IDE-urologue avant et après prostatectomie (REHAB) : étude de faisabilité



Pre- and post-prostatectomy rehabilitation by the certified nurse-urologist pair (REHAB): Feasibility study

L. Schreider, B. Pradere, C. Almeras, J.B. Beauval, G. Loison, G. Ploussard, C. Tollon, A. Salin*

Service urologie UROSUD, clinique La Croix Du Sud, Quint-Fonsegrives, France

Reçu le 19 septembre 2023 ; accepté le 22 septembre 2023

MOTS CLÉS

Prostatectomie ;
Réhabilitation
sexuelle ;
Consultation
infirmière

Résumé

Introduction. — Les résultats fonctionnels de la prostatectomie radicale sont un enjeu crucial pour les patients pour reprendre une sexualité épanouie. Nous avons évalué la faisabilité d'un parcours de soins dédié à la réhabilitation sexuelle afin d'améliorer l'information, le dépistage des situations à risque et la mise en place de mesures thérapeutiques.

Méthodes. — De janvier à mai 2023, il était proposé aux patients de moins de 75 ans, sexuellement actifs bénéficiant d'une prostatectomie pour cancer, de participer à deux séances de réhabilitation sexuelle (REHAB) menées par un binôme infirmière-urologue. Les séances se déroulaient en parallèle du parcours de soins déjà en place avant et après la chirurgie. Les évaluations étaient menées par la réalisation de questionnaires et d'un examen clinique. Un questionnaire de satisfaction été remis au patient après les deux séances pour évaluer le format et la pertinence des séances.

Résultats. — Quinze patients ont été inclus dans le programme REHAB. La totalité des patients a assisté en présentiel aux deux séances et la majorité d'entre eux (91 %) estimait avoir obtenu de nouvelles informations pour leur réhabilitation. En postopératoire à 6 semaines, 82 % des patients étaient insatisfaits de leur sexualité (contre 64 % en préopératoire), Cinq patients (33 %) avaient retrouvé des capacités orgasmique et 20 % ($n=3$) une capacité de pénétration. Le score IIEF5 moyen était de 19 (6–28) contre 22,5 en préopératoire (14–30). La totalité des patients recommanderaient ces séances.

* Auteur correspondant. UROSUD bal 301, 52, bis chemin de Ribaute, 31130 Quint-Fonsegrives, France.
Adresse e-mail : docteur.salin@gmail.com (A. Salin).

Conclusion. — Le programme REHAB de réhabilitation sexuelle après prostatectomie a pu être mis en place avec une adhésion et une satisfaction importantes des patients.
© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Prostatectomy;
Sexual rehabilitation;
Nursing consultation

Summary

Introduction. — The functional results of radical prostatectomy are a crucial issue for patients to resume fulfilling sexuality. We assessed the feasibility of a care pathway dedicated to sexual rehabilitation in order to improve information, screening of risk situations and the implementation of therapeutic measures.

Methods. — From January to May 2023, sexually active patients under 75 years of age undergoing prostatectomy for cancer were offered the opportunity to participate in two sexual rehabilitation sessions (REHAB) led by a nurse-urologist pair. The sessions took place in parallel with the care pathway already in place before and after surgery. The evaluations were carried out by carrying out questionnaires and a clinical examination. A satisfaction questionnaire was given to the patient after the two sessions to assess the format and relevance of the sessions.

Results. — Fifteen patients were included in the REHAB program. All patients attended both sessions in person and the majority of them (91%) felt they had obtained new information for their rehabilitation. Post-operatively at 6 weeks, 82% of patients were dissatisfied with their sexuality (compared to 64% pre-operatively), Five patients (33%) had regained orgasmic abilities and 20% ($n = 3$) had a penetrative ability. The average IIEF5 score was 19 (6–28) compared to 22.5 pre-operatively (14–30). All patients would recommend these sessions.

Conclusion. — The REHAB sexual rehabilitation program after prostatectomy could be implemented with significant patient adherence and satisfaction.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

Les suites fonctionnelles restent un enjeu majeur pour tous les patients qui bénéficient d'une prise en charge de leur cancer de prostate par prostatectomie et concernent plus d'une dizaine de milliers de patients par an en France. Malgré le développement de la chirurgie mini-invasive et robotique ainsi que de nouvelles approches chirurgicales permettant une conservation toujours plus optimale des éléments anatomiques, la préservation de la fonction érectile postopératoire reste un enjeu pour les patients et un challenge pour les chirurgiens. En effet, la conservation des bandelettes neurovasculaires n'est pas toujours possible notamment lorsqu'il est suspecté un envahissement de la capsule prostatique. Par ailleurs, même en cas de conservation, les résultats sur la préservation de la fonction érectile, peuvent être décevants pour les patients. En effet, la dysfonction érectile postopératoire impacte la qualité de vie sexuelle des patients. La première problématique est inhérente au traitement et concerne la perte de l'éjaculation. Il existe, de plus, une atteinte de la fonction érectile partielle ou complète, le plus souvent immédiate et dont la récupération peut prendre plusieurs semaines, mois, voire quelques années. S'y associe par ricochet des troubles du désir et/ou des dysfonctions orgasmiques.

Dans le cadre de cette problématique de récupération de la fonction érectile postopératoire, nous avons mis en place un parcours dédié à la réhabilitation de la fonction

sexuelle chez les patients devant avoir une prostatectomie afin d'améliorer l'information, le dépistage des situations à risque et la mise en place de mesures thérapeutiques.

L'objectif de cet article était de présenter la mise en place de ce parcours patient, d'évaluer sa faisabilité et les premiers résultats sur la fonction érectile postopératoire.

Méthode

Nous avons proposé à tous les patients de moins de 75 ans et sexuellement actifs bénéficiant d'une prostatectomie pour leur cancer de prostate localisé des séances de réhabilitation sexuelle (REHAB). Nous avons évalué la faisabilité d'un parcours patient dédié à l'optimisation de la réhabilitation sexuelle. La fonction érectile et les facteurs de risque de dysfonction érectile postopératoire étaient évalués avant la chirurgie afin de proposer un programme de réhabilitation sexuelle réaliste, adapté à chaque patient, dès la période préopératoire.

Ainsi deux séances REHAB de 30 minutes étaient effectuées par un binôme infirmière-urologue, ce dernier n'étant pas le chirurgien du patient. Une séance était réalisée avant la chirurgie et l'autre 6 semaines après l'intervention. Le suivi oncologique et sur le reste des résultats fonctionnels restaient réalisés par le chirurgien du patient.

Avant la première séance, l'évaluation de la fonction érectile était évaluée grâce à des auto-questionnaires

(IIEF5, EHS, échelle MADRS), une analyse de sang étaient réalisées (avec testostéronémie, glycémie, bilan lipidique et TSHus), enfin une lettre d'information sur la réhabilitation sexuelle était remise. Le chirurgien précisait avant les séances le type de conservation des bandelettes neurovasculaires envisagé pour chaque côté (absence de préservation, préservation nerveuse extra-fasciale, interfasciale ou intra-fasciale) permettant d'établir un score de préservation de 2 à 8 [1].

Les séances se déroulaient dans une salle dédiée organisée sous la forme d'un salon de discussion pour que les trois participants à l'entretien (urologue, infirmière, patients) ne soient pas séparés par un bureau afin d'éviter l'effet blouse blanche.

Lors de la séance l'IDE démarrait l'entretien seule avec le patient. Elle effectuait la mesure des constantes hémodynamiques, le périmètre abdominal et réalisait le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC). L'entretien débutait au regard des résultats aux questionnaires fournis. Cet entretien initial permettait d'aborder la réalité de la fonction sexuelle du patient, l'existence de facteur de risque (FDR) de dysfonction érectile (DE) (tabac, hypertension, hypercholestérolémie, coronaropathie, diabète, âge, IMC, syndrome dépressif), d'explorer ses doutes, ses croyances, ses relations avec son, sa ou ses partenaire(s) etc... L'objectif principal de cette partie de l'entretien était de permettre au patient d'exprimer ses objectifs de réhabilitation sexuelle pour mettre en perspectives ses attentes face aux risques postopératoires.

Une fois réalisée, l'urologue rejoignait l'entretien pour prendre connaissance de l'interrogatoire, développer au besoin certains points d'information pour finalement remettre des préconisations sur l'hygiène de vie, le contrôle des FDR, des conseils sur la sexualité avec, si besoin, recours à une consultation de sexologie ou sexothérapie, et enfin dans certains une prescription médicale préopératoire.

La deuxième séance était réalisée six semaines après la prostatectomie. Son format était identique avec entretien en deux temps, information sur les types de conservation réellement réalisée, re-explication des enjeux hygiéno-diététiques s'ils n'étaient pas suivis et mise en place ou modification éventuelle d'un traitement médicamenteux de la DE.

Enfin un questionnaire de satisfaction été remis au patient après les deux séances pour évaluer le format et la pertinence des séances.

Résultats

De janvier à mai 2023, 15 patients devant être opérés d'une prostatectomie ont été inclus dans le programme REHAB. L'âge moyen était de 62,5 ans (55 à 73). Quarante-vingt-deux pour cent des patients avaient pu obtenir des informations de leur chirurgien mais celles-ci concernaient avant tout la guérison et le risque d'incontinence, la sexualité venant en 3^e position. Parmi eux 55 % estimaient n'avoir pas retenu les informations données par leur chirurgien. Sur l'ensemble des patients inclus près de 64 % de patients jugeaient leur sexualité préopératoire non satisfaisante.

L'ensemble des patients a assisté en présentiel aux deux séances et a indiqué qu'il était important de se retrouver

seul avec l'IDE avant que l'urologue n'arrive car cela leur permettait d'aborder plus facilement leurs interrogations en soulignant le caractère plus accessible de l'IDE et un temps dédié plus important. La majorité des patients (91 %) reportait avoir obtenu de nouvelles informations avec la séance de REHAB.

D'un point de vue érectile, le score IIEF5 préopératoire était en moyenne de 22,5 (14–30). Une prescription médicale à l'issue de la première séance de REHAB a été réalisée chez 82 % des patients soit parce qu'il existait déjà une DE, soit qu'il existait des FDR de DE, soit lorsqu'une préservation bilatérale n'était pas prévue.

En postopératoire à 6 semaines, le taux d'insatisfaction des patients quant à leur vie sexuelle était de 82 %. Le score IIEF5 moyen était de 19 (6–28) mais neuf patients (60 %) avaient un IIEF5 ≤ 10. Cinq patients (33 %) avaient retrouvé des capacités orgasmique et 20 % (n=3) une capacité de pénétration. Les deux tiers des patients estimaient que les séances REHAB avaient influencé leur approche de la réhabilitation sexuelle et la totalité des patients recommanderaient ces séances à leurs proches.

Discussion

La prostatectomie reste un traitement de référence pour de nombreux patients atteints de cancer de prostate localisé.

De manière immédiate on peut incriminer une cause neurologique par le sacrifice des nerfs de l'érection, unilatéral ou bilatéral, guidé par la progression de la maladie. Même en cas de conservation il existe un phénomène de neuropathie (chaleur, pincement du nerf avec un instrument) qui entraîne l'incapacité de progression de l'influx nerveux. Ainsi le lien entre le stimulus (excitation) et la réponse (vasodilatation de l'endothélium par la voie du NO) ne peut se réaliser. Il existe certainement un composante vasculaire immédiate mais leur implication est moins nettement définie. Dans un deuxième temps peut apparaître une fibrose des corps caverneux avec apparition d'une dysfonction veino-caverneuse : bien que le sang arrive dans les artères, il existe une fuite veineuse par absence de veino-occlusion et donc une absence de rigidité.

Les taux de récupération de la fonction érectile varient considérablement (25 à 75 %) d'une étude à l'autre [2] et vont évoluer dans le temps. Il apparaît que la récupération est dépendante de différents facteurs : âge, fonction érectile préopératoire, comorbidités, type de préservation nerveuse, durée du suivi postopératoire, traitement médical mis en place après l'intervention. Certains facteurs ne sont pas modifiables ou contraints par le risque carcinologique, mais d'autres peuvent être modifiés.

Depuis plusieurs années nous avons mis en place au sein de notre institution un programme de préparation à la chirurgie sous forme d'une journée en ambulatoire [3] permettant d'améliorer le taux de complications et le taux de continence postopératoire. Il nous a semblé licite d'organiser un parcours dédié à la réhabilitation sexuelle qui serait individualisé et réalisé le plus précocement possible. De plus il nous apparaissait important que la réalisation des séances et leur évaluation soit effectuée par une équipe annexe à la prise en charge directe en chirurgie pour rester objective.

Nous avons pu formater le parcours REHAB en deux séances de 30 minutes. D'autres séances restaient possibles, selon le choix du patient. Ce programme démarrait le plus tôt possible après le diagnostic afin d'éviter que l'évaluation ne soit biaisée par l'approche de la chirurgie [4]. Nous avons pu formater les fiches d'informations et les questionnaires nécessaires à l'évaluation. Nous avons pu obtenir une totale assiduité des patients et un retour positif sur le rôle de l'IDE qui leur apportait écoute, empathie et conseils. Nous avons constaté qu'un temps dédié à la question sexuelle était le plus souvent nécessaire car près de la moitié des patients n'avaient pas retenu les informations données par leur chirurgien. De plus ce temps dédié permettait d'aborder la sexualité des patients sans être centré sur le retour de la rigidité et d'aborder l'intimité du couple, le désir, l'orgasme, les pratiques [5].

Une majorité de patient ne connaît pas le type de conservation effectivement réalisé lors de leur chirurgie et l'impact que cela peut avoir sur leur récupération [6]. Il nous a semblé important de prendre le temps d'expliquer au patient le type de conservation nerveuse envisagée puis effectivement réalisée par le chirurgien afin qu'ils aient une information la plus complète possible.

Bien qu'il reste difficile d'être précis dans la prévision d'une dysfonction érectile et de sa rapidité de guérison, il apparaît nécessaire de définir ce qui serait pour eux une sexualité épanouie (avoir une érection, une pénétration, retrouver du désir, avoir un orgasme) et de définir des objectifs raisonnables compte tenu de leur niveau actuel et de la survenue à court terme d'un traumatisme chirurgical. D'ailleurs un des rôles de ces séances de réhabilitation serait sans doute de ne pas centrer la reprise de la sexualité sur cet unique désir de pénétration et pouvoir expliquer au patient que la sexualité est à multiples facettes et que l'absence de rigidité ne doit pas condamner la reprise d'une vie sexuelle.

Il nous apparaît important de pouvoir développer ce parcours de soins et d'évaluer son impact idéalement en comparaison d'une cohorte contrôle et de développer de nouveaux supports numériques.

Conclusion

Le programme REHAB dédié à la réhabilitation sexuelle après prostatectomie permet une évaluation pré et

postopératoire par un binôme IDE-urologue de la fonction sexuelle du patient et améliore le niveau d'information des patients. Cette étude de faisabilité a montré la facilité de mise en place des séances REHAB, en synergie avec le parcours de préparation à la chirurgie déjà en place dans notre établissement. L'adhésion et la satisfaction importante des patients montrent l'intérêt de ce nouveau type de consultation. Le trio patient-urologue-IDE permet d'aborder la problématique de la sexualité après chirurgie dans toutes ses dimensions et de proposer une prise en charge personnalisée tout en dégageant du temps au chirurgien. De nouvelles études sont nécessaires pour évaluer l'impact de ce programme sur la récupération de la sexualité chez ces patients.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Walz J, Epstein JI, Ganzer R, et al. A critical analysis of the current knowledge of surgical anatomy of the prostate related to optimisation of cancer control and preservation of continence and erection in candidates for radical prostatectomy: an update. *Eur Urol* 2016;70:301–11.
- [2] Montorsi F, Oelke M, Hennes C, et al. Exploratory decision-tree modeling of data from the randomized REACTT trial of tadalafil versus placebo to predict recovery of erectile function after bilateral nerve-sparing radical prostatectomy. *Eur Urol* 2016;70:529–37.
- [3] Rahoma R-G, Salin A, Gautier J-R, et al. A prehabilitation programme implemented before robot-assisted radical prostatectomy improves peri-operative outcomes and continence recovery. *BJU Int* 2022;130:357–63.
- [4] Kim DS, Chung YG, Kim DJ, et al. Optimal timing to evaluate pre-diagnostic baseline erectile function in patients undergoing robot-assisted radical prostatectomy. *J Sex Med* 2012;9:602–7.
- [5] Bravi CA, Tin A, Montorsi F, et al. Erectile function and sexual satisfaction: the importance of asking about sexual desire. *J Sex Med* 2020;17:349–52.
- [6] Skeldon SC, Gani J, Radomski SB. Do patients know their nerve-sparing status after radical prostatectomy? *Urology* 2014;83:1099–103.