

Implantologie en urologie

Comment arriver à la Prothèse Pénienne

R.Andrienne

Urologie-Médecine sexuelle

CHU Liège Belgique

Pourquoi des Non Répondeurs aux IPDE5 ?

En rapport avec le médicament

- ◆ Taux élevés d'efficacité
- ◆ Les populations spéciales reflètent des réponses variables
- ◆ Effets secondaires





En rapport avec le clinicien

- ◆ Instructions insuffisantes
- ◆ Dosage inadéquat
- ◆ Diagnostic erroné

En rapport avec le patient

- ◆ Espérances peu réalistes
- ◆ Manque de persistance
- ◆ Crainte
- ◆ Causes psychologiques
- ◆ Causes „partenaire“

Traitements oraux de la DE : des différences

Traitement	VIAGRA® (sildénafil)	LEVITRA® (vardénafil)	CIALIS® (tadalafil)	CIALIS® en prise quotidienne (tadalafil)
 Dosage	selon les besoins 25, 50, 100 mg	selon les besoins 5, 10, 20 mg	selon les besoins 10, 20 mg	prise quotidienne 5 mg
 Délai d'action	à peu près 1 heure	env. 25 à 60 min.	au moins 30 min.	au cours des 5 premiers jours
 Durée d'efficacité	jusqu'à 4 à 5 heures après la prise	jusqu'à 4 à 5 heures après la prise	jusqu'à 36 heures après la prise	continue
 Interactions avec un repas copieux	si pris avec de la nourriture Tmax : +60 min. Cmax : -29%	si pris avec un repas riche en graisse (57% de matières grasses) Tmax : +60 min Cmax : -20%	NON peut être pris pendant ou en dehors des repas	NON peut être pris pendant ou en dehors des repas
Stimulation sexuelle nécessaire	oui	oui	oui	oui
Effets indésirables très fréquents (>10%)	céphalée	céphalée, rougeurs de la face	céphalée, dyspepsie	céphalée, dyspepsie
Effets indésirables fréquents (1-10%)	vertige, troubles visuels, altération de la vision des couleurs, rougeur, congestion nasale, dyspepsie	vertige, congestion nasale, dyspepsie, nausée	vertige, palpitations, bouffées vasomotrices, congestion nasale, douleurs abdominales, reflux gastro-oesophagien, douleurs dorsales, myalgies	vertige, palpitations, bouffées vasomotrices, congestion nasale, douleurs abdominales, reflux gastro-oesophagien, douleurs dorsales, myalgies

Pourquoi certains Répondeurs aux IPDE5 ne renouvellent pas la demande de prescription ?

Petit plaidoyer pour la Médecine Sexuelle

Prendre en compte les espérances du patient et du couple (mode de vie sexuelle ...)

Tenir compte des études de préférence

Les patients doivent être satisfaits de leur vie sexuelle et ne pas avoir simplement des rapports réussis (une attention très limitée a été faite aux partenaires des hommes avec DE)

“Good erection versus good sex”

“Une bonne érection ne signifie pas une sexualité satisfaisante ”

- Une “good érection” est un événement réflexe neurovasculaire
- Elle est aujourd’hui plus aisément possible avec les nouveaux agents pharmacologiques oraux
- Cependant, ceci polarise à tort la sexualité seulement sur
 - les aspects physiques du rapport affectif
 - le pénis
 - la pénétration (génito-centrisme)

***Le projet le plus important est de reconstituer pour le couple
“une expérience sexuelle satisfaisante”***

'Good erection' versus 'good sex'

- le ' good sex ' est une expérience subjective et cognitive – une sexualité satisfaisante se crée dans le cerveau autant que dans le corps
- Une bonne sexualité implique une interaction complexe des facteurs émotifs, relationnels, sociaux et physiologiques
- Une sexualité épanouissante exige que cette interaction soit harmonisée le plus souvent et dans une certaine mesure entre deux personnes

Qu'est ce qu'une expérience sexuelle satisfaisante ?

- Elle nécessite ou ne nécessite pas ...
 - Une érection strictement complète
 - Un rapport génito-centré
 - Une partenaire participante ou non
 - Implique la prise en charge d'autres problèmes du patients
 - Impose la prise en charge de la partenaire pour des problèmes médicaux autres
 - etc ... « optimiser » impose une grande ouverture d'esprit

Quand prôner l'approche sexologique ?

- Importante en complément au Traitement médical
- DE compliquée de facteurs de gravité, en cas de besoins particuliers du patient, du couple ou en cas de partenaire en difficulté
- Elle doit:
 - *Améliorer la communication dans le couple*
 - *Supprimer l'angoisse de performance masculine*
 - *Eloigner l'homme de son symptôme pour le protéger des souffrances de l'échec*
- Supprimer l'obligation de l'érection et celle de la pénétration (injonction paradoxale)

Ne jamais oublier ...

Derrière le pénis

Il y a un homme

Et à côté de cet homme ...

Il y a une femme

Taux publiés de satisfaction en général : 68-79%

**Cela signifie que de 20 à 30 % des demandeurs
ne trouvent pas de solutions avec les IPDE5**

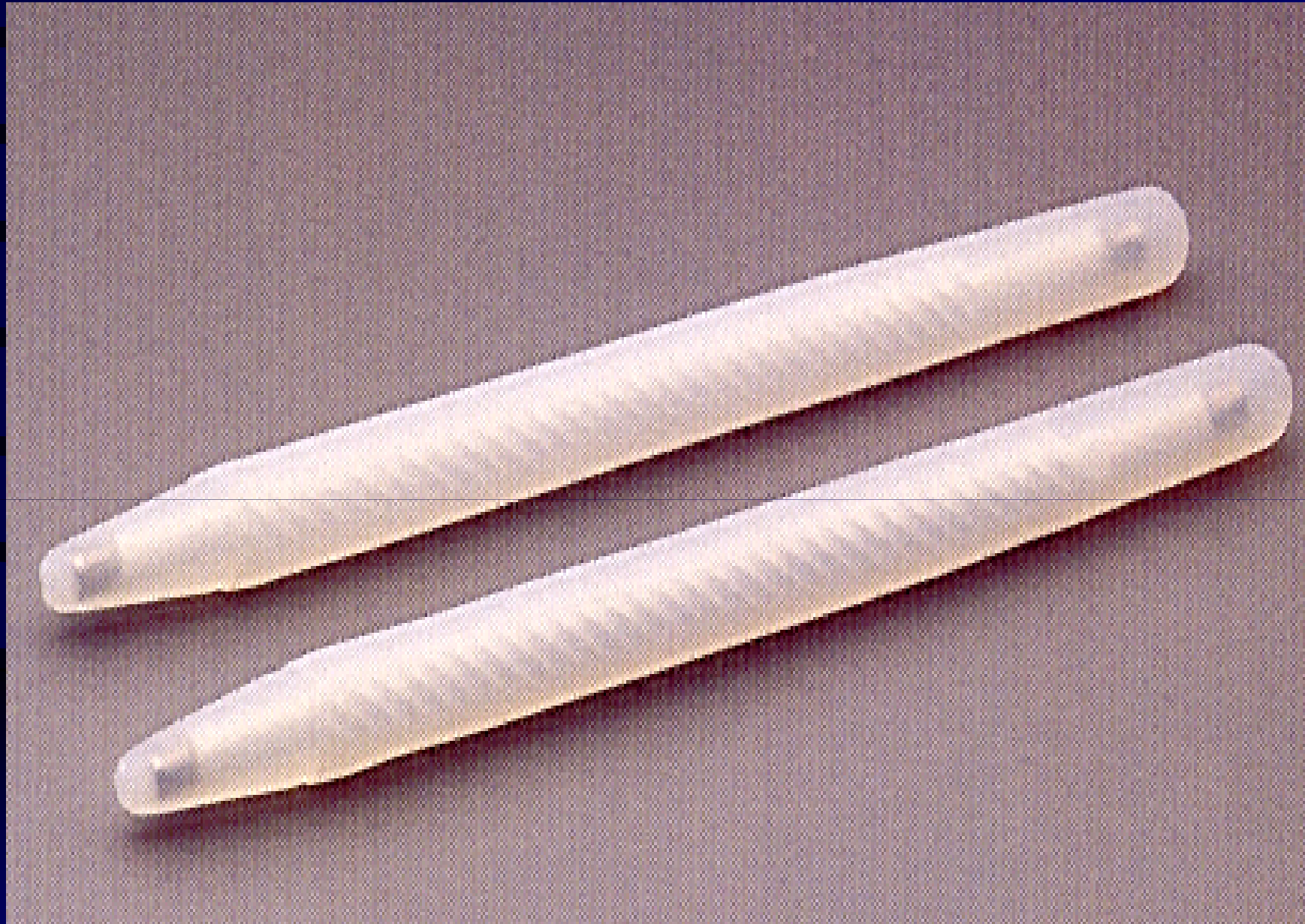
**N'oublions pas les vrais
non répondeurs aux iPDE5**

Les injections intracaverneuses

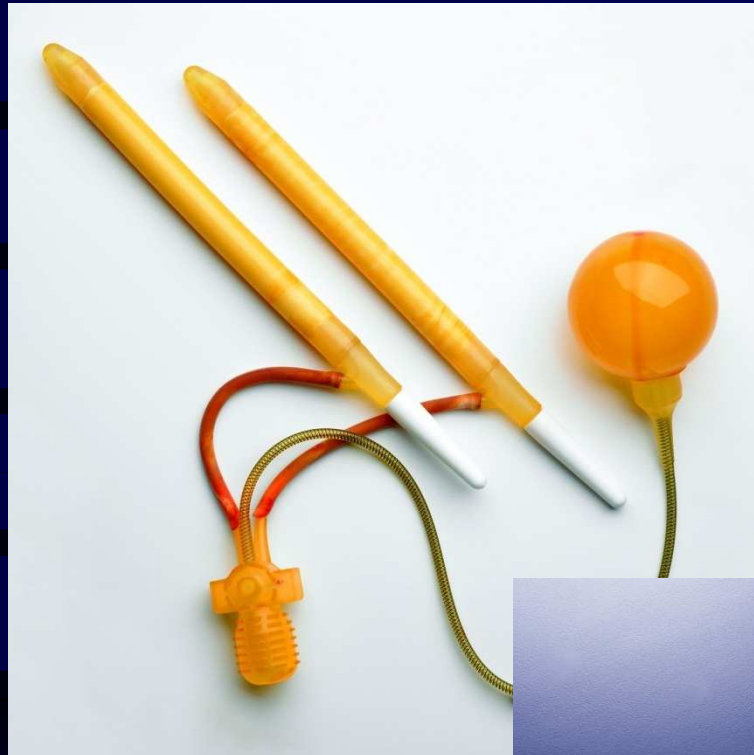
La pompe à érection

Les implants péniliens

La Prothèse pénienne est aujourd'hui la solution chirurgicale optimale indiquée chez un patient motivé avec une DE qui désire la reconstitution de la fonction pénienne permettant un rapport sexuel et chez qui le traitement conservateur a échoué.



AMS Prothèses péniennes gonflables



MS 700™

AMS 700™ Select Series



Ambicor®

2 Pièces

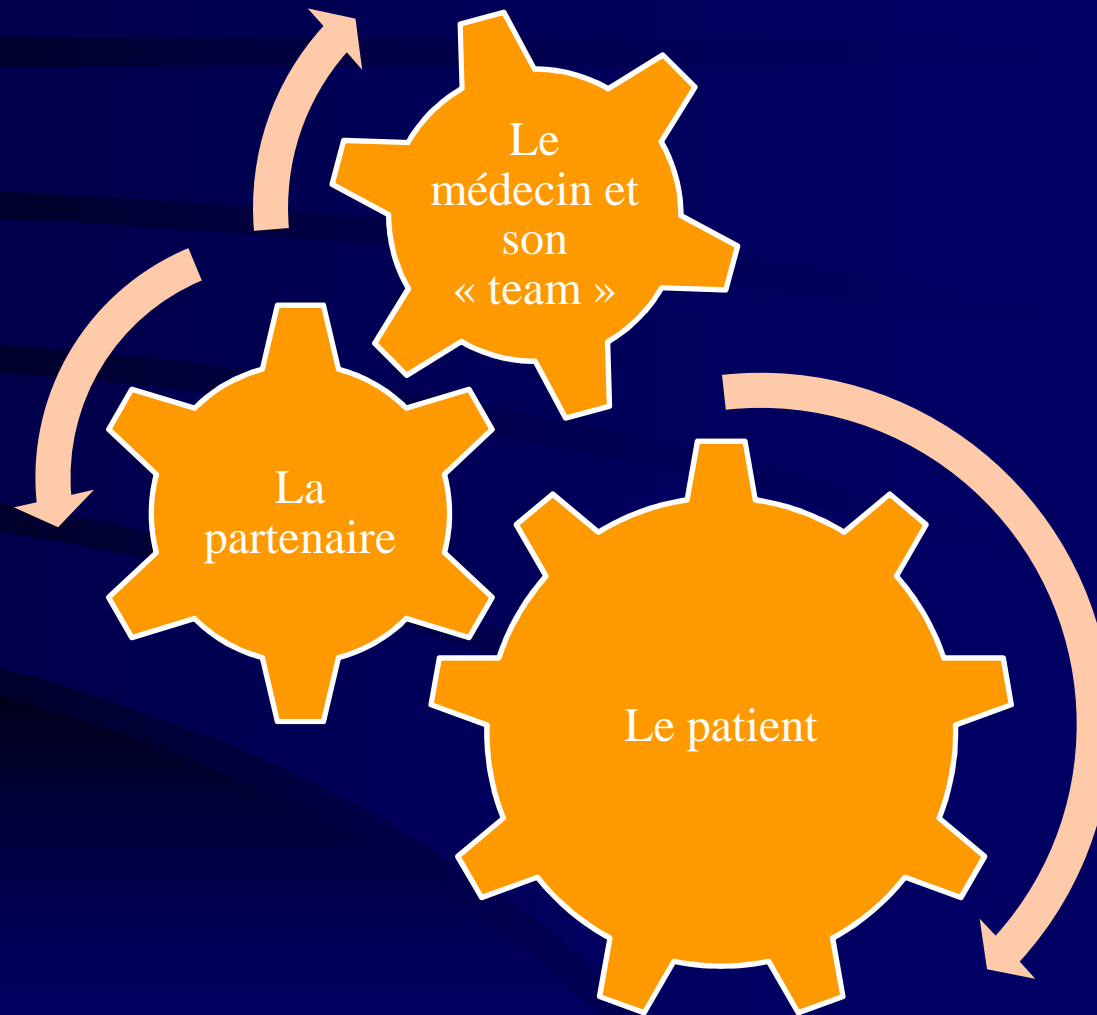
AMS 700™ Series

- **Gold Standard**
 - La production est offerte avec ou sans IZ
 - Cylindre renforcé au Parylene
- **Préférée par les implanteurs**
- **Niveau de satisfaction élevé des couples**

Pourquoi préférer les prothèses gonflables ?

- Virtuellement l'état flaccide est parfaitement naturel
 - Le stade flaccide occupe 98% du temps
- Erection semble plus naturelle
 - Plus d'options en diamètre et longueur
- La qualité de l'état flaccide réduit le risque d'érosion
- La progression de l'érection dans le jeu sexuel correspond mieux à la réalité de la sexualité d'aujourd'hui
- Permet les endoscopies urologiques de routine
- Le système hydraulique implique certaines complications et contre indications
 - Nécessite une certaine dextérité
 - Possibilité de malfonction et de panne

Les acteurs du projet ...



Rencontre de différents types de patients ayant épuisés les ressources médicales du traitement de la DE ...

- Patient avec ED brutale
 - Post traumatique, PVR ..., Priapisme
- Patient avec ED progressive
 - Dégénératif (IPP, vasculaire ...)
 - Diabétique
- Patient consultant pour ED avec découverte d'un Pca, d'une autre pathologie urologique

adapter l'attitude et l'empathie ...

Le médecin et son « team »

- D'un point de vue **médical** et légal, une évaluation et une documentation doit être faite pour le diagnostic de la DE
- Le malade qui présente un symptôme de DE doit savoir que l'urologue peut l'accompagner jusqu'au bout ... Toutes les ED sont curables, mais comme au restaurant c'est en voyant le menu que le patient choisit.
- Le médecin implanteur doit être persuadé que la PP est une excellente solution pour son patient
 - Grace à l'étude de la littérature, aux expériences d'experts
 - Grace à l'enrichissement de sa propre expérience (suivi des patients)

Le médecin et son « team »

- Créer un team compétant et formé en « implantologie »
- S'allier des collaborateurs ou des collègues qui sont confiants en matière d'implantation
 - urologue, psychologue, diabétologue ... infirmière PC et Salle, secrétaire
- Evaluer avec le patient les chances de récupérer une possibilité érectile par un traitement non invasif
 - Période autour de l'arrivée du Viagra^o 1998
 - Perspective de progrès dans le domaine (thérapie génique ?)
 - Interroger le couple sur ce que va être sa qualité de vie « restante »
- Documenter et laisser revenir le patient – jamais d'urgence à implanter – le patient qui consulte en sait plus que le clinicien le pense ... (internet ...)
- L'informer sur les risques de satisfaction basse en cas de Maladie de La Peyronie, BMI>30kg/m² et PVR (Akin Olugbade et al (2006))

Le médecin et son « team »

- L'urologue reçoit idéalement le couple et favorise une décision conjugale (il explique l'intervention, l'espoir de retrouver une sexualité épanouie, les limites et risques du choix et que l'implant ne donnera pas une érection naturelle) (Jarow et al (1996))
- Faire comprendre le diagnostic pour le faire accepter et intégrer par le patient et son couple
 - Cette communication peut prendre beaucoup de temps (jours, semaines, mois)
 - Aide à la gestion
 - Choc sur l'intégrité physique et l'image de soi
 - Choc en rapport avec l'idée d'une (nouvelle) intervention
 - Choc pour le faire accepter ce type de revalidation à la partenaire

La partenaire

- Inviter la partenaire à participer à la discussion et à la décision
- « Better is the female acceptance of penile implant, better is the patient satisfaction on final surgical result » ... pousser à la complicité de la partenaire vis-à-vis de la revalidation
- Tenir compte de son génito-centrisme

Partenariat avec industrie ?

- Se faire aider du « délégué » AMS ???
 - La loi concernant l'accès au bloc opératoire
 - Les risques peropératoires (hépatite, HIV)
 - Quelle responsabilité ?
 - Les bons conseils
- Partenariat au USA
- Formation du team

Le médecin et son « team »

- **MONTRER LA PROTHESE PENIENNE**
- Avoir sous la main une documentation claire (AMS ou ?)
- Eviter les modèles « énormes » (<18 cm) – peur des femmes
- Rassurer
 - tous les éléments prothétiques sont internes à l'individu
 - La PP ne fait pas de bruit, est peu palpable
 - La procédure demande une ou deux incisions
- Laisser toucher le modèle, manipuler la poire
- Exprimer la garantie de 10 ans

C'est lors de ce premier contact entre le patient (et sa partenaire) avec la prothèse que tout se joue.
Ce moment demande « doigté » psychologique, patience, justesse et parfois l'aide d'un sexologue

Le médecin et son « team »

- Idéalement disposer d'un échantillon de patients témoins acceptant anonymement un coup de téléphone
- Image Santé
- Investir (AMS) dans un personnage sympathique de série télévisée populaire = banalisation de ce type de revalidation
- **Consentement éclairé**
 - Risque médico-légal important auquel il faut être attentif
 - Elaboré au fil de 15 années d'implantation de PP
 - Chirurgie fonctionnelle et non vitale donc patient motivé et informé
 - Énoncer clairement les résultats attendus, les risques (expliciter les complications > 5%) – Processus irréversible
 - Implique le Pt et sa partenaire, atténue les attentes irréalistes (chirurgie = souvent le dernier recours)
 - Le consentement est envoyé au patient qui le lit, pose les questions et le signe

Rôle du sexologue dans le cadre de l'implant pénien

- Complicité non complaisante dans l'indication
- Exclure une psychopathologie qui serait passée inaperçue ou un espoir irréaliste vis-à-vis PP.
- Vérifier la cognition: être ouvert aux questions non posées et renvoyer à l'urologue si l'information n'a pas été suffisamment intégrée
- Evaluer la résolution du deuil qui a conduit à l'ED
- Synchroniser le couple dans le projet
- Aider à la sérénité préopératoire
- Le sexologue se met à la disposition du couple pour un suivi (gérer le Tsunami...)

Comment s'organiser dans une région, dans un pays ?

Sexual Medicine

Associate Editor
Michael G. Wyllie

Editorial Board
Ian Eardley, UK
Jean Fourcroy, USA
Sidney Glina, Brazil
Julia Heiman, USA

An audit of implanted penile prostheses in the UK

VINEET AGRAWAL and DAVID RALPH

St. Peter's Department of Andrology, Institute of Urology, London, UK

Accepted for publication 17 March 2006

OBJECTIVE

INTRODUCTION

An audit of implanted penile prostheses in the UK

VINEET AGRAWAL and DAVID RALPH

St. Peter's Department of Andrology, Institute of Urology, London, UK 2006

- 413 penile prostheses implanted over a 2-year period in the UK by 76 surgeons
- About 80% of the surgeons implanted only one or two prostheses per year, usually of the malleable type, and usually on patients in the private sector. Only four surgeons implanted >20 prostheses per year. The overall revision rate for implantation in the UK, at 24%, is far higher than the worldwide average
- **the outcome of a implantation procedure is directly related to the experience of the surgeon.**
- Guidelines are needed on the number of prostheses a surgeon should implant per year so that revision rates will decline to more acceptable levels and patients will be offered a genuine choice of product

Situation actuelle en Belgique

- 30 to 45,000 implant each year throughout the world
- ten times more penile implantation in the US than in Europe.
- In 2008, 140 penile implants in Belgium by 30 urologists (two urologist perform more than 25 procedures per year)
Mean number of procedure per urologist per year is 3 implants
- This is not an ideal situation.

Expertise en implantologie

**Acquérir une expérience
suffisante pour être à l'aise
avec les procédures**

**Etre persuadé que la solution
de l'implant pénien convient
à de nombreux patients**

**Les implanteurs doivent
revoir des patients très
satisfaits ...**

**Préparation d'un Team de
prise en charge en
implantologie**

**Création d'un club
d'implanteurs et d'implantés**

La société porte un autre regard sur la DE.

Nous pensons que l'option d'implant pénien sera plus fréquent en raison des limites du traitement médical, de la banalisation et de la médicalisation de la maladie.

La DE va quitter le statut de fatalité