

Qualité de vie après prostatectomie radicale retropubienne à Conakry : Impact fonctionnel et psychosocial

MF Bangoura,  D Cisse,  AO Barry,  TMO Diallo,  Y Keita, AM Barry,  Y Balde, MD Bah,  MB Bah,  AB Diallo,  OR Bah 

Service d'Urologie-Andrologie, Hôpital Ignace Deen, CHU de Conakry, Guinée

Auteur correspondant, email : morlayebangs37@gmail.com

Introduction : La prostatectomie radicale demeure le traitement de référence du cancer de la prostate localisé. Toutefois, elle expose à des complications fonctionnelles, principalement l'incontinence urinaire et la dysfonction érectile. Cette étude prospective avait pour objectif d'évaluer l'impact fonctionnel et psychosocial un an après prostatectomie radicale dans un contexte de cancer de la prostate non métastatique à Conakry.

Méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive menée dans deux centres du 25 octobre 2021 au 24 octobre 2024. Elle a inclus les patients atteints d'un cancer de la prostate non métastatique ayant bénéficié d'une prostatectomie radicale avec un suivi postopératoire de 12 mois. Les fonctions urinaire et sexuelle ont été évaluées respectivement à l'aide des questionnaires validés ICS (incontinence), IIEF-5 (fonction érectile), EQS (qualité de l'érection) et TSS (satisfaction sexuelle). Les données sont présentées sous forme de moyenne (\pm) et de fréquence (%).

Résultats : l'âge moyen des patients était de 65.5 ± 4.2 ans. Avant l'intervention, tous les patients étaient continents (score ICS=0) et 86.36% étaient sans dysfonction érectile. À 12 mois, on observait une persistance de l'incontinence chez 36.36% des patients, en revanche 31.82% présentaient une dysfonction érectile sévère. La moitié des patients (50,00%) rapportaient une insatisfaction sexuelle globale. L'impacte psychosocial était notable : 31.82% évitaient les lieux de culte et 59.09% les réunions familiales en raison des séquelles fonctionnelles.

Conclusion : cette étude préliminaire montre que malgré une amélioration progressive de la continence, les séquelles urinaires et sexuelles de la prostatectomie radicale persistent à un an et altèrent significativement la qualité de vie. Une prise en charge multidisciplinaire et adaptée au contexte socioculturel est nécessaire.

Mots clés : cancer de la prostate localisé, prostatectomie radicale, incontinence urinaire, dysfonction érectile, qualité de vie, Conakry

Quality of life after retropubic radical prostatectomy in Conakry: Functional and psychosocial impact

Introduction: Radical prostatectomy remains the standard treatment for localised prostate cancer. However, it carries the risk of functional complications, mainly urinary incontinence and erectile dysfunction. This pioneering prospective study aimed to evaluate the functional and psychosocial impact one year after radical prostatectomy in the newly established context of urologic oncologic surgery in Conakry.

Methods: This was a prospective, descriptive study conducted in two centres from 25 October 2021 to 24 October 2024. It included 22 patients with non-metastatic prostate cancer who underwent radical prostatectomy with a 12-month postoperative follow-up. Urinary and sexual functions were assessed using validated questionnaires: ICS (incontinence), IIEF-5 (erectile function), EQS (erection quality), and TSS (sexual satisfaction). Data are presented as mean (\pm) and frequency (%).

Results: The mean age of patients was 65.5 ± 4.2 years. Before surgery, all patients were continent (ICS score = 0) and 86.36% had no erectile dysfunction. At 12 months, persistent incontinence was observed in 36.36% of patients, whereas 31.82% had severe erectile dysfunction. Half of the patients (50.0%) reported overall sexual dissatisfaction. The psychosocial impact was notable: 31.82% avoided places of worship and 59.09% avoided family gatherings due to functional sequelae.

Conclusion: This preliminary study shows that despite progressive improvement in continence, urinary and sexual sequelae of radical prostatectomy persist at one year and significantly impair quality of life. Multidisciplinary care adapted to the sociocultural context is necessary.

Keywords: localised prostate cancer, radical prostatectomy, urinary incontinence, erectile dysfunction, quality of life, Conakry

Introduction

Le cancer de la prostate (CaP) est le cancer le plus fréquent chez l'homme et constitue la deuxième cause de décès par cancer dans le monde.¹ La prostatectomie radicale (PR) reste à ce jour le traitement curatif de référence pour les formes localisées du CaP. Ses objectifs sont triples : assurer le contrôle carcinologique,

préserver la continence urinaire (IU) et limiter la survenue d'une dysfonction érectile (DE) grâce à une prise en charge (PEC) précoce et adaptée.²

L'IU et la DE représentent toutefois les complications fonctionnelles les plus fréquentes et les plus durables de la PR. L'IU altère

considérablement la qualité de vie des patients dont l'espérance de vie dépasse généralement dix ans.³

Si les progrès chirurgicaux et une meilleure connaissance de l'anatomie ont permis de réduire l'incidence de l'IU à environ 5–10% des cas, les résultats concernant la DE demeurent moins satisfaisants, même avec la préservation des bandelettes neuro-vasculaires lorsqu'elle est oncologiquement possible.⁴

La DE, souvent difficile à aborder en consultation, entraîne une atteinte importante de la qualité de vie et justifie une prise en charge multidisciplinaire. Il est donc essentiel d'informer les patients avant l'intervention et de proposer des solutions adaptées à leur profil.²

En Guinée, la PR n'a été introduite qu'en octobre 2021 comme option thérapeutique courante pour le CaP localisé. Le but de cette étude était d'évaluer l'impact fonctionnel et psychosocial chez des patients opérés par PR rétropubienne à Conakry.

Méthodes

Cette étude a été menée au service d'Urologie-Andrologie du CHU Ignace Deen et à la Clinique des Spécialités Perchin de Conakry. Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive et prospective menée du 25 octobre 2021 au 24 octobre 2024. Elle a inclus tous les patients de sexe masculin présentant un cancer de la prostate non métastatique, opérés par prostatectomie radicale (PR) et ayant bénéficié d'un suivi postopératoire d'au moins 12 mois.

Un recrutement exhaustif a été effectué, incluant systématiquement tous les patients répondant aux critères de sélection. L'échantillon reflète le volume d'activité de cette technique durant la période d'étude.

Variables étudiées

Données préopératoires : avaient porté sur

- le patient (âge ; le score ASA, le traitement antiagrégant et/ou anticoagulant, les comorbidités, le score ECOG)
- la maladie : les circonstances de découverte, les données du TR, le volume prostatique à l'échographie, taux de PSA, le type de biopsie prostatique, le nombre de carotte, le type histologique et score ISUP ont été précisés, le bilan d'extension (IRM, TDM-TAP), le score d'Amico, la continence urinaire (ICS), la fonction érectile (IIEF-5, EQS) et la fréquence des rapports sexuels.

Donnée peropératoire : type d'anesthésie, durée opératoire et Préservation des bandelettes vasculo-nerveuses (BNV).

Données postopératoires : continence urinaire (score ICS), fonction érectile (IIEF-5, EQS), satisfaction sexuelle (TSS) et utilisation de protections. Les évaluations ont été réalisées tous les trois mois pendant un an.

Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne (\pm), écart type (ET) et de fréquence (%).

Considérations éthiques : l'étude a été approuvée par le Comité d'Éthique pour la Recherche en Santé de la chaire d'urologie, sous le numéro de référence CER/Chaire-Uro/094/2025

Le consentement éclairé de chaque patient a été obtenu avant inclusion. L'anonymat a été respecté grâce à l'utilisation de numéros d'identification pré-codés.

Résultats

L'Age moyen des patients était de $65.5 \pm 4,2$ ans (extrêmes de 58 et 75 ans). La majorité des patients (77.3%) étaient classés ASA 1 et avaient un score ECOG à 0 (95.5%).

Les circonstances de découverte étaient dominées par les symptômes du bas appareil urinaire (SBAU) modérés dans 10 cas (45.5%), suivis d'une élévation du PSA total dans 9 cas (40.9%) et d'une dysfonction érectile dans 3 cas (13.6%). Le toucher rectal était jugé bénin chez 18 patients (81.8%) et suspect chez 4 patients (18.2%). Le PSA préopératoire médian était à 15 ng/ml (extrêmes : 7.26–254). La biopsie échoguidée a été réalisée chez l'ensemble des patients (100%) prélevant systématiquement 12 carottes par procédure. L'analyse histologique des biopsies prostatiques a confirmé un adénocarcinome dans tous les cas. Selon la classification ISUP, la majorité des patients appartenait au groupe 2 (45.45%), suivis du groupe 1 (22.75%) et du groupe 3 (18.18%), tandis que le groupe 4 était rarement représenté (9.09%).

La majorité des tumeurs étaient localisées au moment du diagnostic : cT1N0M0 dans 10 cas (45.5%), cT2N0M0 dans 8 cas (36.4%) et localement avancées cT3N0M0 dans 4 cas (18.2%). En préopératoire, tous les patients présentaient une continence normale avec un score ICS = 0. L'évaluation de la fonction érectile par l'IIEF-5 a révélé une dysfonction modérée chez 3 patients (13.63%), tandis que 19 (86.36%) n'en présentaient pas. La fréquence des rapports sexuels avant la prostatectomie était d'au moins deux par mois chez 17 patients (77.27%) et d'au moins un par mois chez 5 patients (22.72%). Concernant la rigidité des érections, évaluée par l'échelle EQS, 17 patients (77.27%) se déclaraient très satisfaits, 4 (18.18%) généralement satisfaits et 1 (4.54%) plutôt satisfait.

La PR rétropubienne a été réalisée chez tous les patients (100%). La préservation des bandelettes neuro-vasculaires (BNV) a été bilatérale dans 15 cas (68.18%) et unilatérale dans 4 cas (18.18%). Trois patients (13.63%) n'ont pas bénéficié de préservation des BNV. Le délai moyen d'ablation de la sonde urinaire était de $13.6 \pm 11,5$ jours (extrêmes : 7–35).

La continence urinaire et la qualité de vie, incluant les gênes liées à l'incontinence, ont été évaluées durant la première année postopératoire (Tableaux 1 et 2). Le score ICS a été utilisé pour caractériser les patients nécessitant le port de protections (Tableau 3).

Au cours de la première année suivant la prostatectomie totale, la fonction érectile a été évaluée à l'aide de l'IIEF-5, de l'échelle de qualité de l'érection (EQS) et du questionnaire de satisfaction (TSS), comme détaillé dans le Tableau 4.

Discussion

En Guinée, la prostatectomie radicale a été introduite en octobre 2021 comme option thérapeutique curative du cancer de la

Tableau 1 : Répartition selon la continence urinaire au cours de la première année après TR

Variables	Score ICS	Réponse	3 mois n (%)	6 mois n (%)	12 mois n (%)
Fuites d'urine lorsque vous toussiez ou éternuez ?	0	jamais			14 (63.64%)
	1	rarement		7 (31.82%)	4 (18.18%)
	2	parfois	4 (18.18%)	4 (18.18%)	
	3	souvent	8 (36.36%)	7 (31.82%)	3 (13.63%)
	4	tout le temps	10 (45.45%)	4 (18.18%)	1 (4.54%)
Fuites d'urines spontanées sans en ressentir le besoin ?	0	Jamais		12 (54.54%)	19 (86.36%)
	1	rarement		7 (31.82%)	2 (9.09%)
	2	parfois	12 (54.54%)	3 (13.63%)	1 (4.54%)
	3	souvent	6 (27.27%)		
	4	tout le temps	4 (18.18%)		
Devez-vous changer vos vêtements ou porter des protections ?	0	Pas de fuites		12 (54.54%)	19 (86.36%)
	1	Changement de sous vêtements	1 (4.54%)	2 (9.09%)	1 (4.54%)
	2	Changement de vêtements	3 (13.63%)	1 (4.54%)	
	3	Port de protections	18 (81.82%)	7 (31.82%)	2 (9.09%)
Combien de garnitures utilisez-vous en moyenne le jour ?	0	Aucune	4 (18.18%)	15 (68.18%)	20 (90.90%)
	1	1	2 (9.09%)	5 (22.72%)	2 (9.09%)
	2	2	10 (45.45%)	2 (9.09%)	
	3	3 à 5	6 (27.27%)		
	4	≥ 6			
Combien de garniture utilisez vous en moyenne la nuit ?	0	Aucune	4 (18.18%)	15 (68.18%)	20 (90.90%)
	1	1	14 (63.63%)	7 (31.82%)	2 (9.09%)
	2	2	4 (18.18%)		
	3	3 à 5			
	4	≥ 6			

Tableau 2 : Gènes liées à l'IU

Variables	3 mois n (%)	6 mois n (%)	12 mois n (%)
Irritation cutanée			
• Jamais	14 (63.64%)	19 (86.36%)	20 (90.90%)
• Rarement	8 (36.36%)	3 (13.63%)	2 (9.09%)
• Toujours			
Mauvais Odeurs			
• Jamais	4 (18.18%)	14 (63.64%)	21 (95.45%)
• Rarement	12 (54.54%)	8 (36.36%)	1 (4.54%)
• Toujours	6 (27.27%)		
Fréquentation des lieux de culte			
• Très gêné	20 (90.90%)	15 (68.18%)	7 (31.82%)
• Peu gêné	2 (9.09%)	7 (31.82%)	1 (4.54%)
• Pas du tout gêné			14 (63.64%)
Réunion de famille			
• Très gêné	16 (72.72%)	8 (36.36%)	13 (59.09%)
• Peu gêné	2 (9.09%)	4 (18.18%)	8 (36.36%)
• Pas du tout gêné	4 (18.18%)	10 (45.45%)	1 (4.54%)
Perte d'urine à l'orgasme			
	5/5	7/8	4/11
• Jamais		1 (12.50%)	7 (63.64%)
• Rarement	1 (20.00%)	5 (62.50%)	4 (36.36%)
• Toujours	4 (80.00%)	1 (12.50%)	

Tableau 3 : caractéristique de l'IU selon le score ICS des patients porteurs de protections

Variables	3 mois n (%)	6 mois n (%)	12 mois n (%)
IU mineure (1 à 2 garnitures/jr)	2 (9.09%)	5 (22.72%)	2 (9.09%)
IU modérée (3 à 5 garniture/jr)	12 (54.54%)	2 (9.09%)	
IU Sévère (> 5 protections/jr)	4 (18.18%)		
N =	18 (22.72%)	7 (31.81%)	2 (9.09%)

prostate localisé. Avant cette période, la prise en charge reposait essentiellement sur l'hormonothérapie et la surveillance clinique. La radiothérapie reste peu accessible, ce qui confère à la prostatectomie radicale une place centrale dans l'arsenal thérapeutique actuel.

Cette étude prospective, bien que menée sur un effectif limité, fournit des données préliminaires sur la qualité de vie après prostatectomie radicale à Conakry.

L'âge moyen était de 65.5 ± 4.2 ans, comparable aux données africaines et internationales : Niang et al.⁵ au Sénégal rapportaient 60.9 ans, et Tengue et al.⁶ au Togo 68.5 ans. Cette tendance reflète la consultation souvent tardive après apparition des symptômes urinaires dans nos contextes.

Dans notre série, avant la prostatectomie totale (PT), tous les patients (100%) présentaient une continence urinaire normale

Tableau 4 : répartition selon la fonction érectile au cours de la première année après TR

Variables	Réponse	3 mois n (%)	6 mois n (%)	12 mois n (%)
Dysfonction érectile évaluée par l'échelle IIEF-5	Pas de dysfonction			
	Dysfonction légère	2 (9.09%)	3 (13.63%)	5 (22.72%)
	Dysfonction modérée	8 (36.36%)	10 (45.45%)	10 (45.45%)
	Dysfonction sévère	12 (54.54%)	9 (40.91%)	7 (31.82%)
Qualité de Rigidité des érections par l'échelle EQS	Très satisfait			
	Généralement satisfait		2 (9.09%)	5 (22.72%)
	Plutôt satisfait	2 (9.09%)	4 (18.18%)	6 (27.27%)
	Un peu satisfait	8 (36.36%)	6 (27.27%)	4 (18.18%)
	Pas satisfait du tout satisfait	12 (54.54%)	10(45.45%)	7 (31.82%)
Fréquence des rapports sexuels / mois	2 rapports sexuels/mois			
	Au moins un rapport sexuels/mois	5 (22.72%)	8 (36.36%)	11 (50.00%)
	Aucun rapport	17 (77.27%)	14 (63.63%)	11 (50.00%)
Satisfaction globale concernant la sexualité par l'échelle TSS	Pas du tout satisfait	17 (77.27%)	14 (63.63%)	11(50.00%)
	un petit peu satisfait	5 (22.72%)	6 (27.27%)	7 (31.82%)
	Moyennement satisfait		2 (9.09%)	4 (18.18%)
	Beaucoup satisfait			
	Enormément satisfait			

avec un score ICS = 0. De manière comparable, Erauso et al.⁷ en France ont rapporté que 264 patients (88%) sur 300 présentaient également un score ICS = 0 en préopératoire.

Concernant la fonction érectile, l'évaluation par l'IIEF-5 a mis en évidence une dysfonction modérée chez 13.63% de nos patients, tandis que 86.36% n'avaient pas de DE. À l'inverse, Iselin et al.⁸ ont rapporté que 50% des hommes atteints d'un cancer de la prostate non opérés présentaient une DE. Cette différence pourrait s'expliquer par un biais de déclaration, mais aussi par des variations liées à l'âge et aux comorbidités des populations étudiées. L'incontinence urinaire constitue l'effet secondaire ayant le plus fort impact sur la qualité de vie. Son retentissement clinique dépend à la fois de sa sévérité et des caractéristiques propres au patient, telles que son niveau d'activité physique et sa capacité d'adaptation face à une modification fonctionnelle.⁸

La récupération de la continence urinaire au cours de la première année postopératoire a été progressive, passant de fuites urinaires chez tous les patients (100%) à trois mois à une continence complète chez 63.64% d'entre eux à un an. Ces résultats concordent avec ceux rapportés par A. Erauso et Salomon L.^{7,9}

Selon le score ICS, l'incontinence urinaire chez les patients porteurs de garnitures ($n = 18$) s'était significativement améliorée chez la majorité d'entre eux (16 cas) douze mois après l'intervention. Une incontinence mineure, nécessitant 1 à 2 garnitures par jour, persistait toutefois chez une minorité de patients (2 cas). Ces résultats sont comparables à ceux rapportés par A. Erauso et E. Chartier-Kastler.^{7,10}

L'érection a été évaluée à 3, 6 et 12 mois après la prostatectomie. Le taux de DE postopératoire, quelle que soit la technique chirurgicale utilisée, varie considérablement d'une étude à l'autre.²

Dans notre série, au cours de la première année postopératoire, la dysfonction érectile était sévère chez 31.82% des patients. La satisfaction globale concernant la sexualité et la rigidité de l'érection était jugée « pas du tout satisfaisante » respectivement par 50% et 31.82% des patients. La fréquence des rapports sexuels diminuait nettement, la moitié des patients (50%) rapportant une absence totale de rapports un an après l'intervention. Ces résultats rejoignent ceux de R. Messaoudi et al.,¹¹ qui ont observé une diminution de la libido chez 52.4% des patients et une baisse de la fréquence des rapports sexuels chez 79.4% après prostatectomie. Bien que certaines études rapportent une amélioration possible au-delà d'un an, nos résultats semblent refléter une évolution définitive, en accord avec la littérature.^{2,12} Ces modifications sexuelles étaient responsables d'un vécu négatif marqué par un sentiment de perte de masculinité, une anxiété de performance et des répercussions psychologiques importantes chez nos patients.

Les gênes liées à L'IU étaient responsables d'irritations cutanées et de mauvaises odeurs, avec des répercussions négatives sur les activités socioculturelles des patients. Elles entraînaient un sentiment de dévalorisation et une anxiété liée à la perte d'estime de soi.

Au-delà des séquelles fonctionnelles, notre étude met en lumière un retentissement socioculturel rarement rapporté. Plus d'un tiers (31.82%) des patients évitaient les lieux de culte et plus de la moitié (59.09%) s'abstenaient des réunions familiales, situations socialement et spirituellement centrales en Guinée. Cette exclusion accentue le sentiment de perte d'estime de soi et d'atteinte de la masculinité affectant l'intégration sociale et religieuse des patients. Peu d'études abordent cet aspect, pourtant déterminant dans la qualité de vie globale.

La perte d'urine à l'orgasme a été rarement observée, chez 4 patients à douze mois de la prostatectomie totale. Ce résultat est en accord avec celui de R. Messaoudi et al.,¹¹ qui ont rapporté un taux de 25.5%. Cette fuite était perçue par les patients comme une expérience particulièrement gênante.

Limites de l'étude et perspectives

Cette étude présente certaines limites, notamment un effectif restreint de l'échantillon, un suivi limité à 12 mois. L'absence de certaines données anatomopathologiques postopératoires et de suivi carcinologique prolongé limite l'analyse des résultats oncologiques à long terme. Le coût du bilan d'extension et l'absence de la scintigraphie.

Pour les Perspectives futures, des études multicentriques incluant un effectif plus important et un suivi prolongé sont nécessaires afin d'évaluer l'évolution fonctionnelle et carcinologique à long terme. L'intégration systématique de la rééducation périnéale et du soutien psychosexuel pourrait améliorer les résultats fonctionnels.

Conclusion

Cette étude prospective montre que la prostatectomie radicale, bien qu'efficace sur le plan carcinologique, entraîne des séquelles urinaires et sexuelles significatives dans notre contexte. Après un an, la récupération de la continence reste incomplète et la dysfonction érectile demeure fréquente, avec un impact psychosocial profond marqué par une altération de l'estime de soi, de la vie familiale et religieuse.

Ces résultats soulignent l'importance d'un consentement éclairé préopératoire et d'une prise en charge postopératoire multidisciplinaire, intégrant la rééducation, le soutien psychosexuel et une approche adaptée aux réalités socioculturelles locales, afin d'améliorer la qualité de vie globale des patients.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Sources de financement

Aucune source de financement n'est à déclarer.

ORCID

MF Bangoura  <https://orcid.org/0009-0008-2271-9346>

D Cisse  <https://orcid.org/0000-0002-0969-5182>

AO Barry  <https://orcid.org/0009-0005-2992-0526>

TMO Diallo  <https://orcid.org/0000-0001-8815-5020>

AM Barry  <https://orcid.org/0000-0002-3657-2137>

MD Bah  <https://orcid.org/0009-0001-8631-2974>

MB Bah  <https://orcid.org/0000-0001-8123-5116>

AB Diallo  <https://orcid.org/0009-0002-1262-8527>

OR Bah  <https://orcid.org/0009-0008-3105-9124>

Références

- Ndiaga Seck Ndour et al. La prostatectomie radicale : résultats carcinologiques au Centre Hospitalier Universitaire Aristide Le Dantec. Pan African Medical Journal. 2021;38:56.
- Audouina M, Beleyb S, Coura F, et al. Dysfonction érectile après prostatectomie totale : physiopathologie et évaluation du traitement. Progrès en Urologie. 2010;20:172-83. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2009.06.008>.
- Simonin O, Savoie PH, Serment G, Bladou F, Karsenty G. Incontinence urinaire après prostatectomie ouverte ou laparoscopique pour cancer prostatique localisé. Une revue de la littérature. Progrès en Urologie. 2010;20:239-50. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2009.06.010>.
- Sacco E, Prayer-Galetti T, Pinto F et al. Urinary incontinence after radical prostatectomy: incidence by definition, risk factors and temporal trend in a large series with a long-term follow-up. BJU Int. 2006;97:1234-41. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2006.06185.x>.
- Niang L, Jalloh M, Labou I, et al. Prostatectomie radicale : évaluation à court terme à propos de 18 cas. J Afr Cancer. 2009;1(3):176-9. <https://doi.org/10.1007/s12558-009-0034-z>.
- Tengue K, Kpatcha TM, Botcho G, et al. Profil épidémiologique, diagnostique, thérapeutique et évolutif du cancer de la prostate au Togo. African Journal of Urology. 2016;22(2):76-82. <https://doi.org/10.1016/j.afju.2015.06.006>.
- Erauso A, Perrouin-Verbe MA, Papin G, et al. Étude qualitative de la continence urinaire après prostatectomie radicale laparoscopique. Progrès en Urologie. 2012;22:945-53. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2012.07.005>.
- Iselin C, Jichlinski P, Rohner S, Schmidlin FR. La prostatectomie radicale. Med Hyg. 2003;61:2382-5. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2003.61.2461.2382>.
- Salomon L, Anastasiadis AG, Katz R, et al. Urinary continence and erectile function: a prospective evaluation of functional results after radical laparoscopic prostatectomy. Eur Urol. 2002;42:338-43. [https://doi.org/10.1016/S0302-2838\(02\)00360-3](https://doi.org/10.1016/S0302-2838(02)00360-3).
- Chartier-Kastler E, Descazeaud A. Description des pratiques de prise en charge après un observatoire de l'association française d'urologie/Incontinence après prostatectomie radicale : incidence, point de vue des patients et prise en charge. Annales d'Urologie. 2007;41(Supplément 1):S8-S11. [https://doi.org/10.1016/S0003-4401\(07\)80008-8](https://doi.org/10.1016/S0003-4401(07)80008-8).
- Messaoudi R, Ménard J, Parquet H, Ripert T, Staerman F. Modification de la libido et de l'orgasme après prostatectomie totale. Modification du désir sexuel et de l'orgasme après prostatectomie radicale pour cancer de la prostate. Progrès en Urologie. 2011;21(1):48-52. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2010.07.019>.
- Rouanne M, Neuzillet Y, Dreyfus J, et al. Qualité de vie des patients après prostatectomie totale : résultats de l'étude ANDROCAN. Progrès en Urologie. 2019;29(13):659. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.08.076>.