

13^E COLLOQUE EN SANTE DE L'HOMME
CHARLEVOIX , 26 et 27 AVRIL 2018



PRISE EN CHARGE EN
MEDECINE SEXUELLE
APRES PROSTATECTOMIE

Dr Carol BURTE

Andrologue-Sexologue

Directrice d'enseignement . Faculté de Médecine de NICE



Appareil génital .

Reproduction

LA PRISE EN CHARGE D'UN TROUBLE
SEXUEL NE PEUT SE LIMITER A LA PRISE
EN CHARGE D'UNE FONCTION

EN RELATION AVEC LA SOCIETE

- Les conséquences sexuelles du cancer de la prostate
- Attitudes des patients / du corps médical
- Prise en charge sexuelle autour de la prostatectomie
- Quelle sexualité après prostatectomie ?



TROUBLES SEXUELS ET CANCER DE LA PROSTATE

- **Dysfonction érectile** : atteinte des fibres nerveuses parasympathiques péri prostatiques et de leur vascularisation si chirurgie et/ou radiothérapie
- Troubles de la **libido** + **DE** par hypogonadisme si blocage androgénique
- Troubles de la libido de cause non organique
- Troubles **orgasmiques**
- Importance des **co-morbidités** : physiques (âge, Smet, pathologies associées), sexuelles (état sexuel antérieur), psychologiques (anxiété, dépression), relationnelles (couple, sexualité de la partenaire)

TROUBLES DE LA LIBIDO

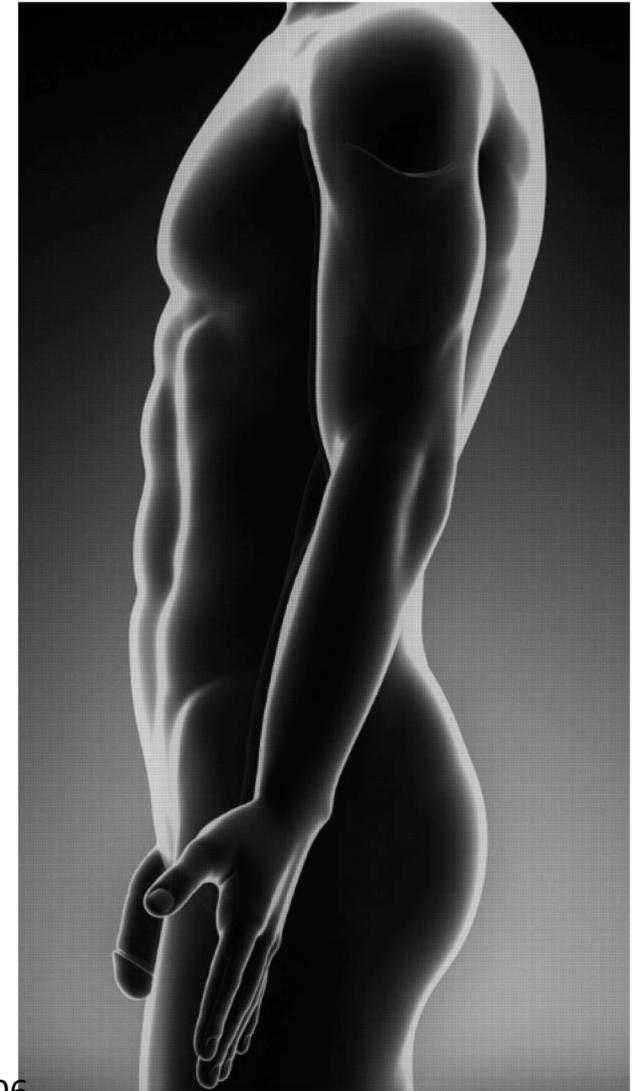
- **Fréquents**: traitements, psychologique (annonce, altération de l' image du corps, dépression...), relationnelle (perte des repères dans le couple, refus d' intimité)
- **Déficit en testostérone**: favorisant? Maintien?



Klap, J., Schmid, M., and Loughlin, K.R. The relationship between total testosterone levels and prostate cancer: a review of the continuing controversy. *J Urol.* 2015; 193: 403–414

DYSFONCTION ERECTILE

- Conséquence **classique** de la prostatectomie
- Récupération possible dans les **2 ans** selon les facteurs associés
- Corrélée à l'âge, la qualité du geste chirurgical, la qualité de la fonction érectile antérieure
- Semble liée à la **précocité de la prise en charge**
- DE après **radiothérapie** ++si blocage androgénique (vasculo tissulaire)



Muller A, Parker M et al. Penile rehabilitation following radical prostatectomy: predicting success. J Sex Med 2009;6:2806-2812

Droupy S, Giuliano F, Costa P. les membres du comité d'andrologie de l'AFU. Erectile rehabilitation after radical prostatectomy. Prog Urol 2009;19:S193-S197

PREVALENCE DE LA DYSFONCTION ERECTILE

- **Curiothérapie** : DE brutale (20%) ou progressive (50%). 25% des patients sans DE conservent leur érection 5 ans plus tard
- **Radiothérapie** : 50% de DE à 5 ans et >70% si hormonothérapie temporaire associée
- **Prostatectomie** : Récupération de la fonction érectile de 20 à 80% selon les séries, la technique chirurgicale (robot), l'expérience du chirurgien et les facteurs associés
- **Ultrasons focalisés de haute densité (HIFU)** : DE =20 à 77%

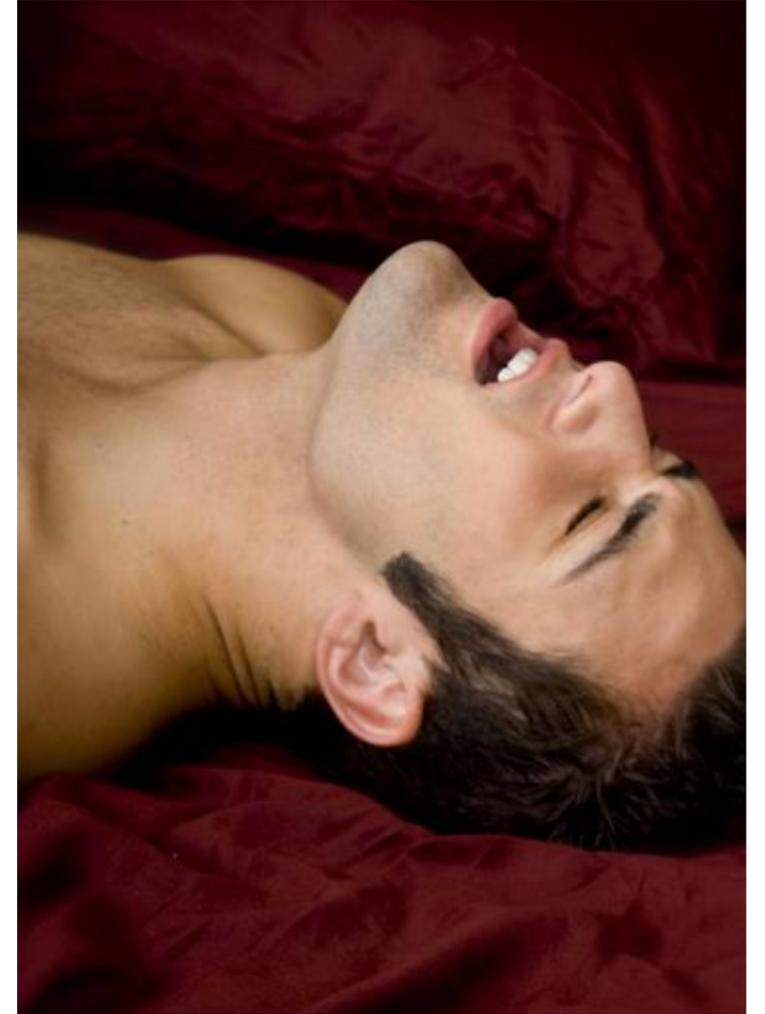
13. Taira A.V., Merrick G.S et al. Erectile function durability following permanent prostate brachytherapy. Int J Radiat Oncol Biol Phys 2009;75:639-648.

14. Budäus L., Bolla M., Bossi A. et al. Functional outcomes and complications following radiation therapy for prostate cancer: a critical analysis of the literature. Eur Urol 2012;61:112-127.

Abidin Egemen Isgoren, MD, Theodore R. Saitz MD et al. Erectile Function Outcomes after Robot-assisted Radical Prostatectomy : is it Superior to Open Retropubic ou Laparoscopic Approach? Sex Med Rev 2014; 2 :10-23.

TROUBLES ORGASMIQUES

- **Anéjaculation** après chirurgie orgasme conservé: souvent moins intense. L'absence d'information est un facteur favorisant
- parfois orgasme **plus intense**
- **Douleurs** à l'éjaculation
- Emission **d'urine** lors de l'orgasme
- Radio et curiethérapie : diminution progressive du **volume du sperme et de la qualité des orgasmes** (90% patients à 5 ans)



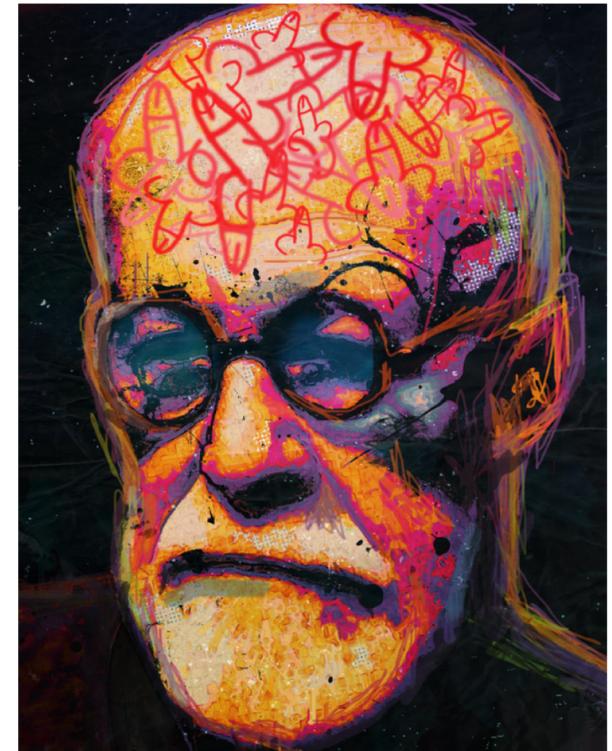
CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES

- Dès l'annonce :
 - Troubles **anxio dépressifs**
 - DE chez 15% des hommes sans ATCD de DS dans le mois qui suit la biopsie
- Impact **émotionnel** majeur, Labilité émotionnelle: alternance entre la tristesse, l'irritabilité, la colère et la culpabilité
- Impact sur la fonction **cognitive** Mémoire, concentration et attention
- Fausses **croyances**
- Anxiété **anticipatoire**

Zisman A, et al., J Urol. 2001;165:445-454

Chrisman K. Et al, Current Psychiatry Reports 2009 Volume 11, Number 3, 205-210,

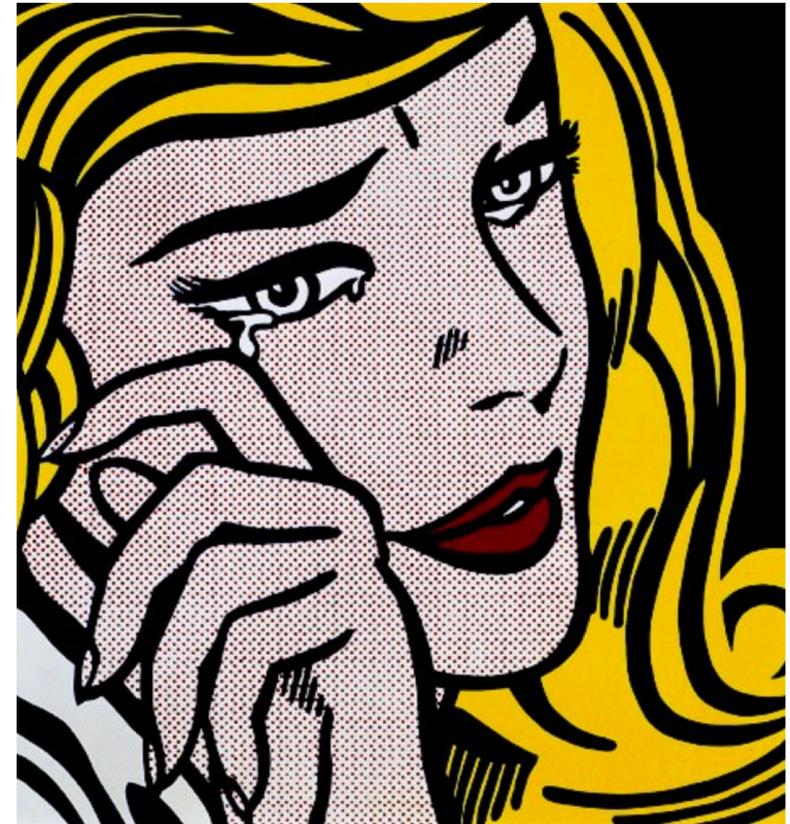
Oliffe J et al, Social Science & Medicine 60 (2005) 2249–2259



CONSEQUENCES PSYCHOLOGIQUES CHEZ LA PARTENAIRE

- Troubles de **l'humeur**, troubles **anxieux** syndrome **dépressif**
 - **Plus d'affections psychiatriques que dans une population témoin**
- Changement de la dynamique du couple : position de **soignante.**
- **Peur** des traitements
- **Priorité** à la maladie
- Fréquence des **DS féminines**
- **N'en parlent pas**

Couper JW, et al, Med J Aust 2006;185:428–432
Street AF, Eur J Cancer Care (Engl). 2010 Mar;19(2):234-42
Wooten AC, et al, Psychooncology. 2014 Apr 25.



CONSEQUENCES POUR LE COUPLE

- Diminution importante de **l'intimité** :
 - Fréquence des contacts physiques (affection, caresses)
 - Fréquence des activités de couple à l'extérieur du contexte du cancer
 - **Moins de communication** (évitement, repli sur soi, conflits)
 - **Éloignement** et/ou manque de proximité.

Ofman et al (2008)



LA SEXUALITE ET LE CANCER DE LA PROSTATE

- **Préoccupation** de la majorité des H. avec le cancer de la prostate
- 68% se disent prêts à **sacrifier** une partie de leur durée de vie en échange du maintien de leur fonction sexuelle
- **Le plus important** pour 60% au moment du diagnostic de cancer de la prostate
- Sentiment de **détresse** de la DE aggravée par le cancer et réciproquement.
- Fréquentes **dysfonctions** sexuelles au moment du diagnostic



Rivers BM, et al, Psychooncology 2011;20:106-10

Ikorfage IJ, et al, Brit J Cancer 2006;94:1093-98

Chooet al, Support Care Cancer. 2010 Jun;18(6):715-22.

Schover LR, et al, Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate cancer. Cancer. 2002; 95:1773-1785.

IMPORTANCE DU COUPLE

- L'influence de la(du) **partenaire** est déterminante pour la compliance aux traitements du cancer de prostate et pour la réhabilitation sexuelle
- Le **soutien actif** de la partenaire joue un rôle déterminant face au cancer.
- Moins de chances de survie si séparation après le diagnostic
- Davantage de complications et moindre succès des réhabilitations sexuelles si célibat

Banthia et al, cancer. J Behav Med 2003;26:31–52

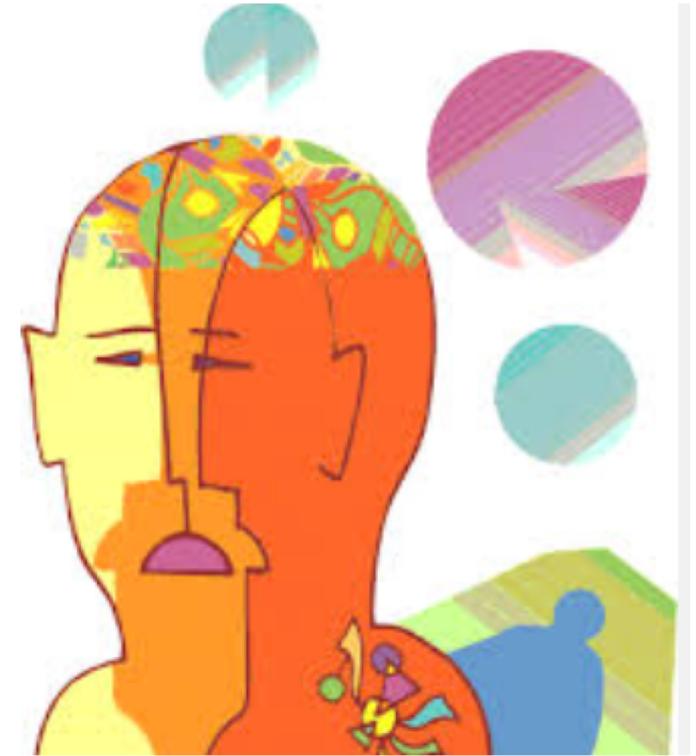
Lim JW et al, Support Care Cancer. 2014 Jul 4. [Epub ahead of print].

Sprehn GC et al, Cancer. 2009 Nov 1;115(21):5108-16.

Abdollah F, et al Cancer Causes Control. 2011 Aug;22(8):1085-95.

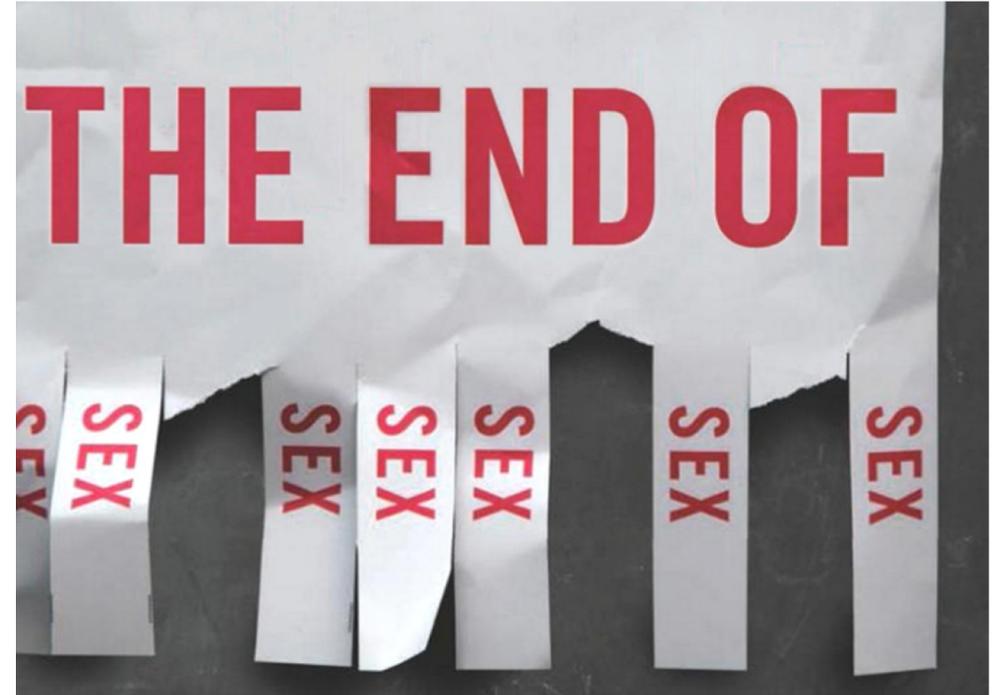
REACTIONS DU PATIENT A L'ANNONCE

- **Sidération**
- **Déni** à court terme
- **Dénégation** (J'ai un cancer mais ce n'est pas grave)
- **Déplacement** (Il paraît qu'après, le sexe c'est fini)
- **Soumission** (Je vous laisse décider)
- **Projection agressive** (C'est de la faute du médecin, on aurait du...)
- **Combativité** : plus tardive



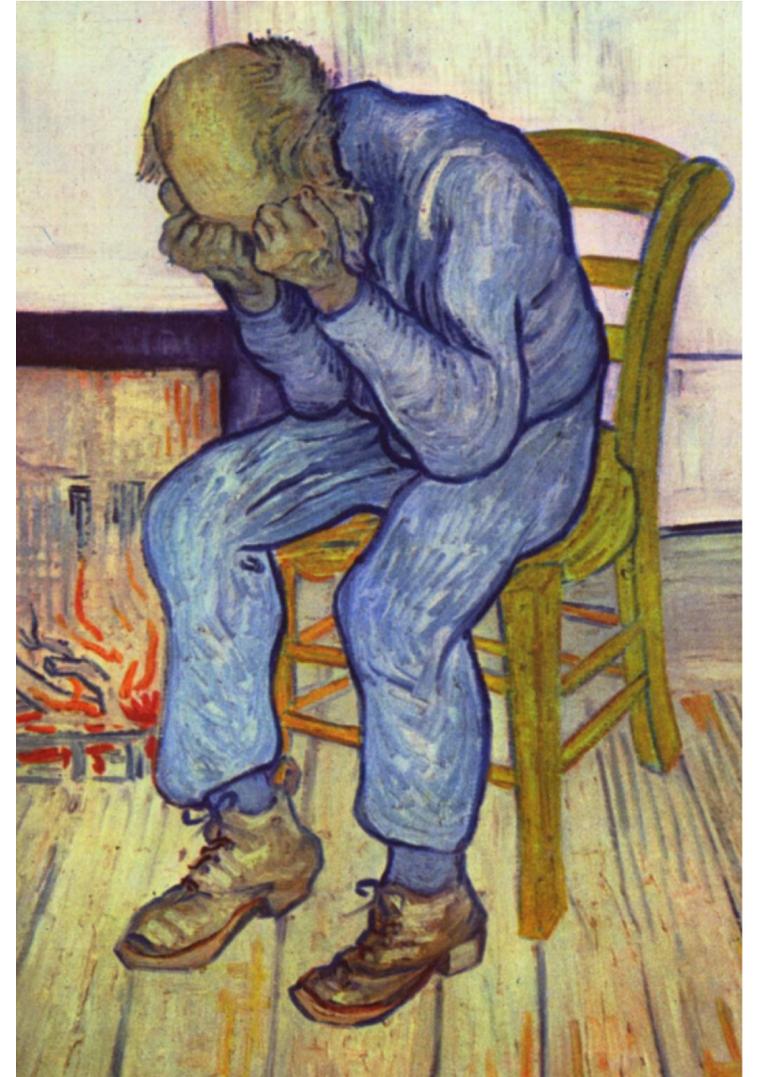
A L'ANNONCE DES PROBLEMES SEXUELS

- La **santé** passe en premier (partenaires)
- Cancer = mort (sexe = vie)
- **Peu de questions**
- **Information** en amont (amis, net..)
- Il faudra **renoncer** à avoir une vie sexuelle (érection =sexualité)
- Choix des traitements en fonction du « **risque sexuel** »
- **Ruptures** par anticipation



PAROLES DE PATIENTS

- Ma vie s' est **arrêtée** Le ...
- Je ne suis **plus un homme**
- Ma vie ne vaut plus le coup
- Bien sûr j' ai fait des piqûres mais ça fait mal alors j' ai laissé tomber
- **Mais pourquoi** j' ai ce problème? On a pourtant préservé les bandelettes ...
- J' ai **rompu**, je ne peux pas imposer ça à mon amie ...
- Comment oser faire une rencontre dans ces conditions ?
- Le traitement du trouble de l' érection que je prenais avant ne marche plus



PAROLES DE FEMMES

- Ce n' est **pas grave** la sexualité, on verra bien ...
- D' abord on s' occupe du **cancer**
- A notre **âge**, vous savez ...
- Moi on ne me ferait jamais une pique ... **là !**
- I fait sa pique et il est en érection pas envie, j' ai l **autre chose à faire**
- Il n' a **plus envie** de moi
- Il est devenu **désagréable**
- Nous n' avons **plus de moments tendres**



LES TRAITEMENTS DE LA DE

- C'est **pas naturel**
- Les piqûres ça **fait mal**
- Les effets **secondaires**
- Ca oblige à **programmer**
- C'est **cher**
- C'est **dangereux**
- C'est sur commande et **pas par désir**
- On doit **s'interrompre**
- C'est **artificiel**



LES UROLOGUES ...

- Pas d'info : « Vous avez un cancer, **JE vais vous guérir** »
- **Déni** de la demande : « La sexualité, à votre âge ... »
- Info **partielle** : « Vous allez avoir des problèmes d'érection, on verra ça plus tard ... »
- Info **stressante** : « Vous allez avoir des problèmes on fera des piqûres dans la verge »
- Info **complète** : « Vous allez avoir des problèmes mais pour cela il y a des prises en charge, on va en parler »



LA PRISE EN CHARGE EN MEDECINE SEXUELLE

- Prise en charge en **amont** et suivi
- Le plus souvent : consultation **tardive**
- **Echec** des prises en charges : non compliance, IIC mal vécues, mal faites, douloureuses, mal intégrées à la vie sexuelle
- Toute la sexualité est **centrée sur l' érection**
- **Plus** de vie sexuelle
- Éléments **dépressifs** fréquents
- **Regrets**



PRINCIPES DE LA PRISE EN CHARGE

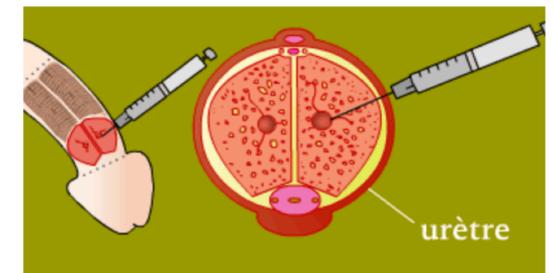
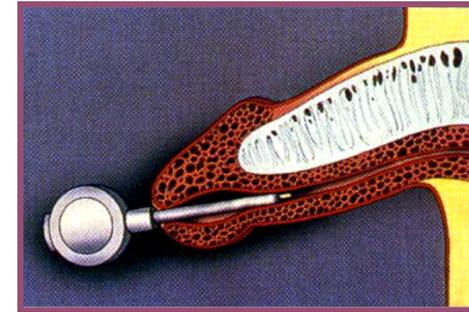
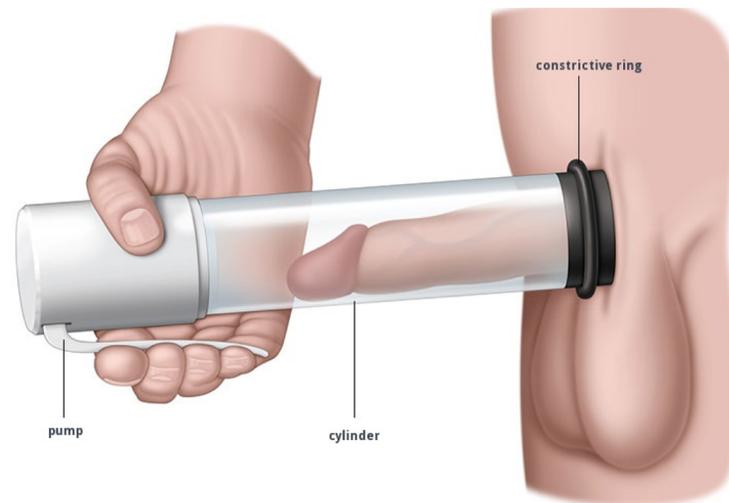
- **Accompagner** les patients/les couples
- **Informations** claires: patient, couple sur: la maladie, les conséquences, l' évolution.
- Permettre l' **entretien** tissulaire des corps caverneux après prostatectomie
- Permettre de reprendre une **vie sexuelle**
- Prise en charge des **autres troubles sexuels** , des troubles sexuels **féminins**
- En référence à l' **état sexuel antérieur**
- **Satisfaction sexuelle avec ou sans traitement.**

LA PREMIERE CONSULTATION AVANT UNE PROSTATECTOMIE

- Informative
- S'assurer que le patient a bien **compris** la maladie, la chirurgie, les conséquences
- Repérage des **croyances, connaissances?**
- **Explications** : mécanismes de la DE ,entretien tissulaire, moyens thérapeutiques , objectifs
- **Fonction sexuelle** : désir, plaisir, orgasme, satisfaction
- Evaluation de la fonction érectile, fonction sexuelle (patient, partenaire)
- Evaluation de la **relation** dans le couple
- **Alliance** thérapeutique avec la partenaire
- **Prescription** médicamenteuse et plan de suivi.
- Consignes **comportementales**

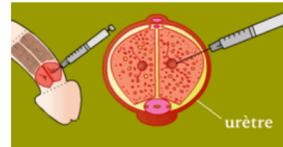
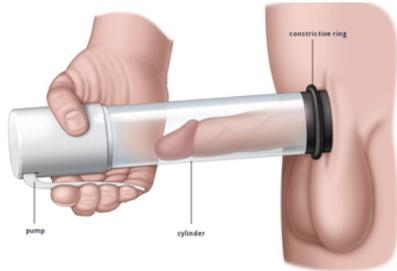
QUEL TRAITEMENT MEDICAL?

- IPDE5 à la demande?
- IPDE5 en prise continue ?
- Prostaglandine intra urétrale?
- Prostaglandine en intra caverneux?
- Vacuum?



QUEL TRAITEMENT MEDICAL?

- IPDE5 à la demande?
- IPDE5 en prise continue ?
- Prostaglandine intra urétrale?
- Prostaglandine en intra caverneux?
- Vacuum?



- Pas de preuve de la supériorité de l'un ou l'autre.
- Laisser le choix au patient/couple
- Tout proposer
- Tout prescrire?
- Les traitements médicaux comme OUTILS de rééducation.
- A adapter selon acceptabilité et tolérance

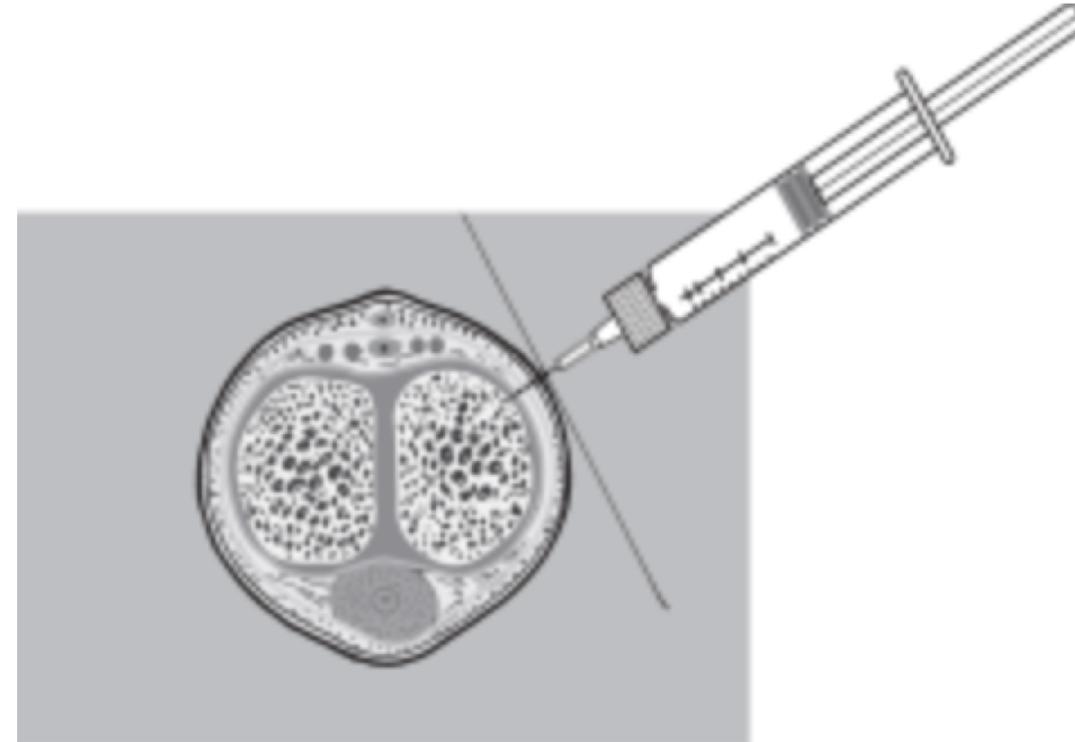
CONSULTATION DE SUIVI A UN MOIS

- Si érections possibles : patient rassuré
- Informer de l' **évolution** : amélioration / aggravation / stagnation
- Informer de l' impact **psychologique** : comparaison avant / après
- **Fréquence** des rapports
- Entretien de la **libido** (patient, partenaire)

CONSULTATION A 1 MOIS

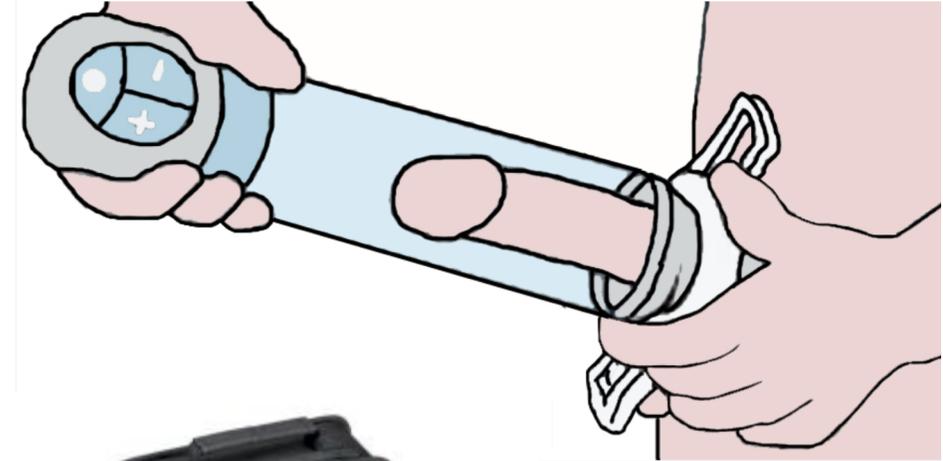
▪ Si pas d'érection:

- Apprentissage de la **manipulation**/ dosage des IIC
- Apprentissage du **geste** (IIC au cabinet)
- Informations sur **risque** d'érection prolongée
- **Séparer** apprentissage / entretien de sexualité
- **Intégrer** l'IIC au rapport sexuel quand plus de problème technique
- **Donner** : schémas, protocole, **coordonnées** pour être contacté si besoin



CONSULTATION A 1 MOIS

- **ALTERNATIVE POSSIBLE:** Le vacuum
- Permet d'obtenir des tumescences au moyen du vide
- Erections rigides si emploi d'un anneau constricteur
- **rééducation/entretien** des tissus érectiles
- Peut s'employer en complément des IIC

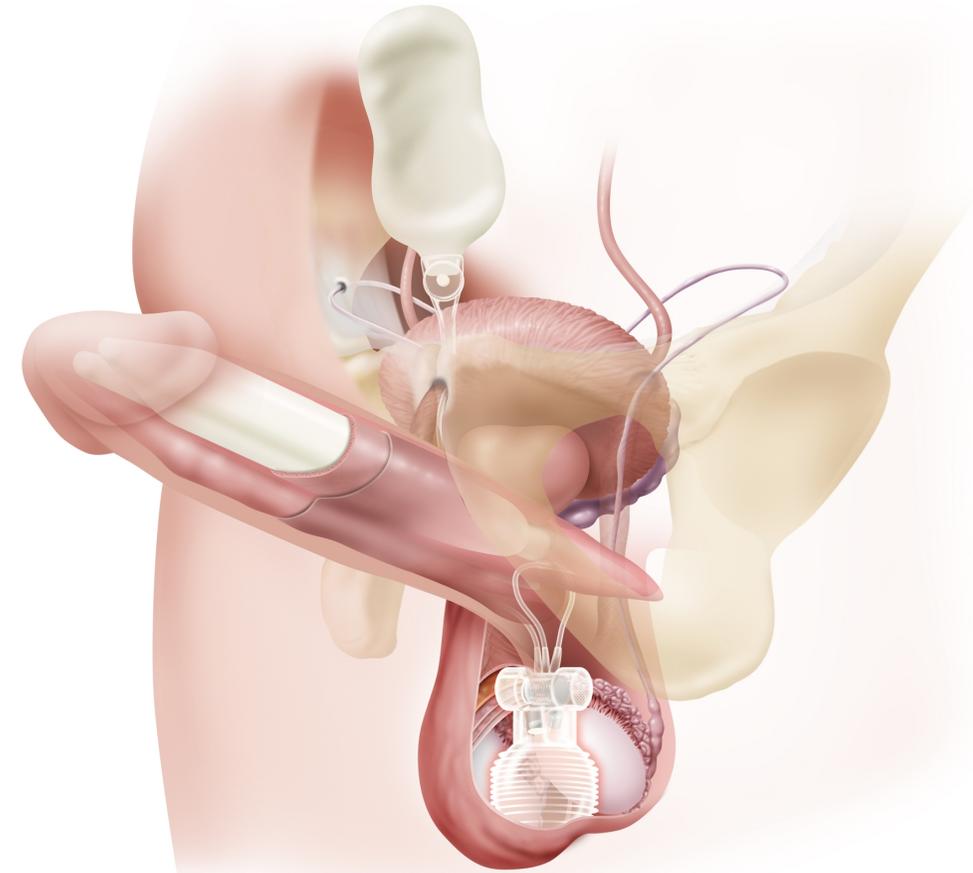


CONSULTATIONS DE SUIVI : 3mois, 6 mois, 1 an

- **Prise en charge de la dysfonction érectile**: outils pharmacologiques, intégration à la vie sexuelle.
- Suivi de l' **évolution** : amélioration / aggravation / stagnation
- **Vécu** des traitements dans le couple
- Surveiller les facteurs **psychologiques** : comparaison avant / après
- **Evaluation de la sexualité** : fréquence, désir, satisfaction, partenaire.
- Aide au **sevrage** des traitements dès que possible
- **Soutien** psychologique

A LONG TERME SI PAS DE RECUPERATION

- Ne rien conclure avant **2 ans ½**
- Si sevrage IPDE5 impossible: éliminer **un déficit en testostérone**, rassurer sur l'organicité, explications sur **l'anxiété d'anticipation**, la **distraction cognitive**, différer le sevrage
- Si IIC bien vécues : rassurer sur le **long cours**
- Si IIC mal vécues ou inefficaces : envisager la mise en place **d'implants péniens** (plusieurs consultations en amont et de suivi)

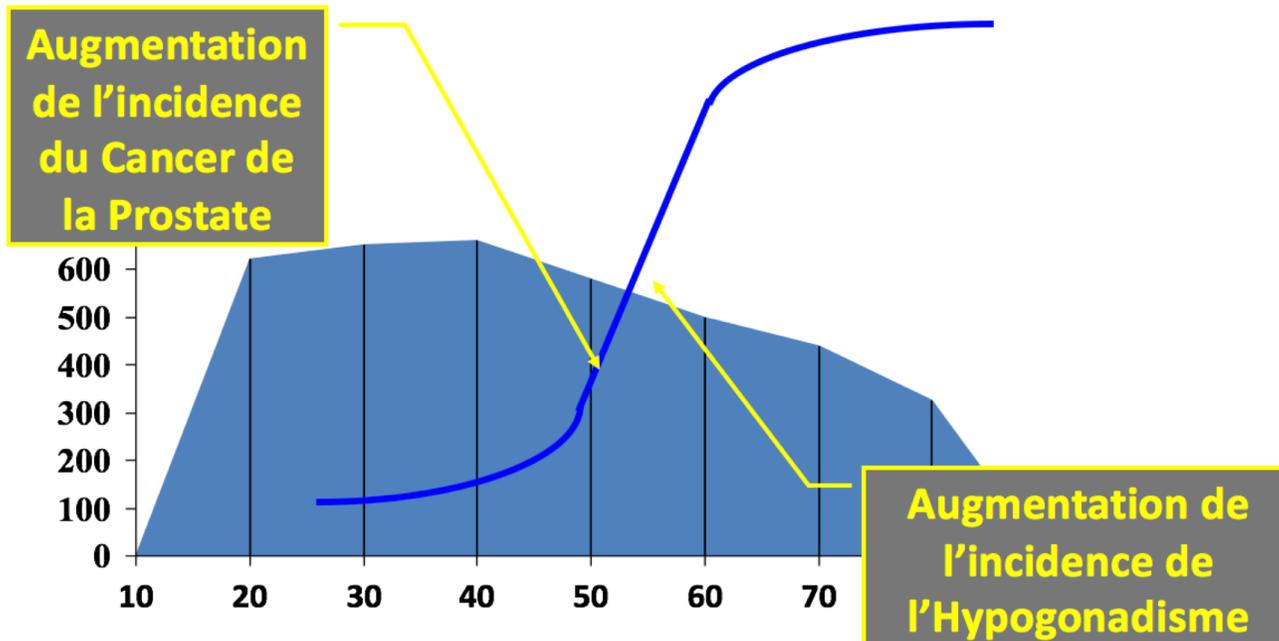


DEFICIT EN TESTOSTERONE (DT) et PROSTATECTOMIE

Pourquoi en parler?

[Morgentaler, A. and Connors, W. (2015)

Testosterone therapy in men with prostate cancer: literature review, clinical experience, and recommendations. *Asian J Androl* 17: 206–211]



- Le DT est corrélé à une diminution de la qualité de vie et de l'espérance de vie
- La supplémentation en T améliore qualité et espérance de vie
- Etudes rassurantes

Testosterone replacement therapy in patients with prostate cancer after radical prostatectomy. Pastuszak AW et AL. *J Urol*. 2013 Aug;190(2):639-44

Basaria, S. Male hypogonadism. *Lancet*. 2014 383: 1250–1263

Baillargeon, J et al. trends in androgen prescribing in the United States, 2001 to 2011. *JAMA Intern Med* 2013;173: 1465–1466.]

AU TOTAL

- Le cancer de la prostate intéresse un **patient jeune**, en **bonne santé** souvent sans plainte sexuelle au moment du diagnostic de cancer
- Le diagnostic **difficile** à admettre
- Très souvent, **seul handicap = la sexualité**
- Il est **TOUJOURS possible** d'améliorer la sexualité : avec ou sans médicament, chirurgie , vacuum..
- Le patient/couple doit être entouré dans le but d' une **SEXUALITE satisfaisante** et non pas d'une érection possible.

AU TOTAL: quelle vie sexuelle ?

Parfois tout aussi **satisfaisante**

Parfois **PLUS** satisfaisante

Trop souvent de **mauvaise qualité** : défaut d'information défaut de prise en charge , absence de suivi spécifique.

➤ Importance des prises en charge sexologiques et de formations spécifiques.

➤ **LES PATIENTS ET LES COUPLES:**

➤ Besoin **d'explications**

➤ Besoin d'être **rassurés**

➤ Besoin d'avoir une idée du futur

➤ Besoin d'être **entourés**.





PRISE EN CHARGE EN
MEDECINE SEXUELLE APRES
PROSTATECTOMIE

CAS CLINIQUE

CHARLEVOIX , 27 AVRIL 2017



Gérard H.

- Patient de 64 ans, retraité récent.
- Consulte avant une prostatectomie
- Adénocarcinome score 6.
- Aucun problème sexuel actuel.
- Aucun antécédent médico chirurgical.
- Pas de facteur de risque vasculaire.
- Pas de traitement en cours.
- Inquiet des conséquences sexuels de la prostatectomie.



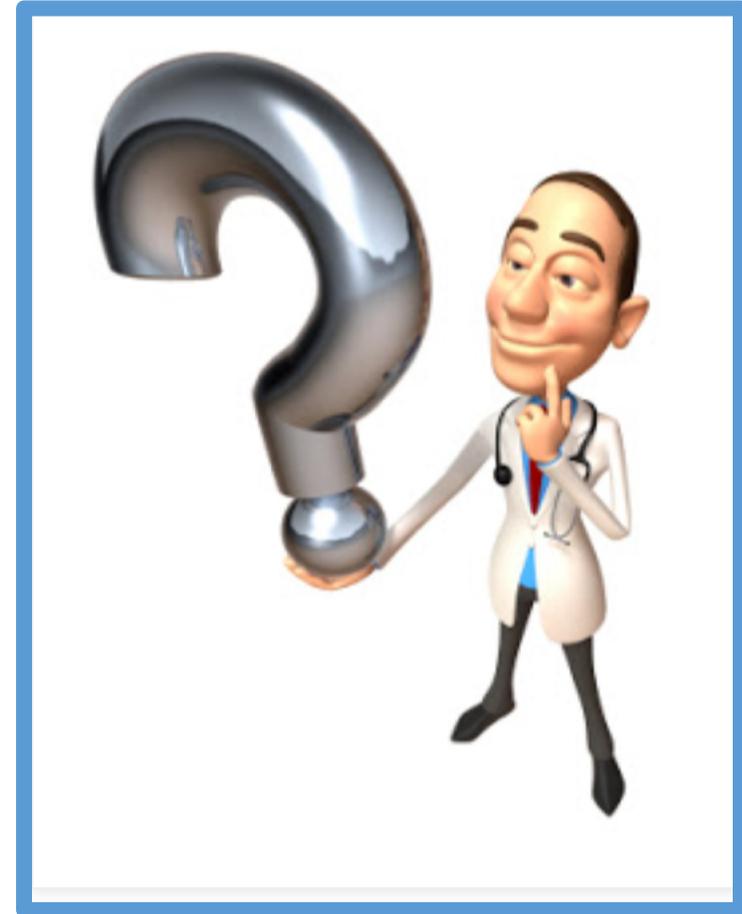
Gérard H.

- Venu avec sa femme, Francine.
- En couple depuis 33 ans
- Vie sexuelle régulière (1/semaine)
- Francine: 56 ans, ménopausée depuis 4 ans, pas de problème de santé, ménopause non traitée.
- Elle précise que le sexe n'est pas important pour elle la priorité est de traiter la maladie.
- Les RS ont toujours lieu à son initiative à lui, le matin .



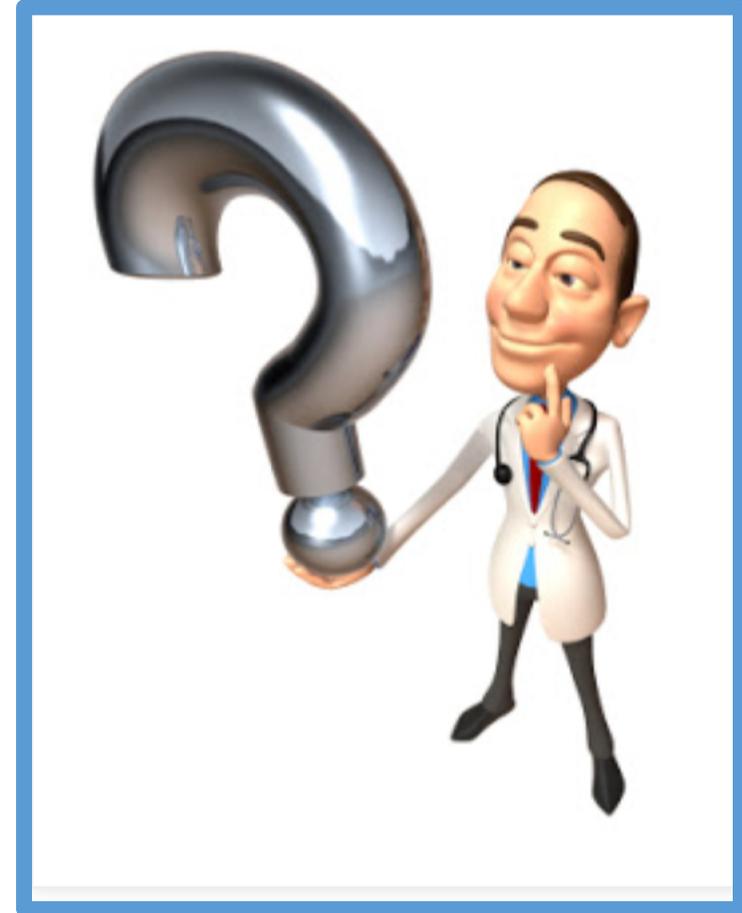
Quel est le but de cette consultation?

- A : Evaluer la fonction sexuelle actuelle
- B : Informer des conséquences érectiles de la prostatectomie
- C : Informer des conséquences sexuelles de la prostatectomie
- D : Prévoir un suivi
- E : Donner des conseils sexuels



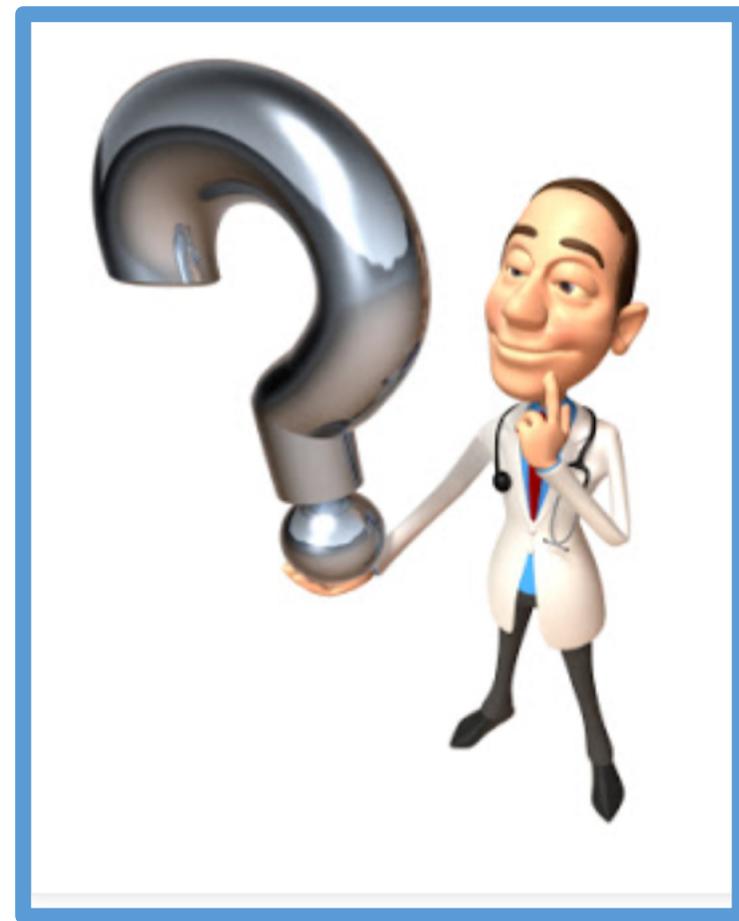
Que faites vous ?

- A : Evaluer la fonction sexuelle actuelle
- B : Informer des conséquences érectiles de la prostatectomie
- C : Informer des conséquences sexuelles de la prostatectomie
- D : Prévoir un suivi
- E : Donner des conseils sexuels



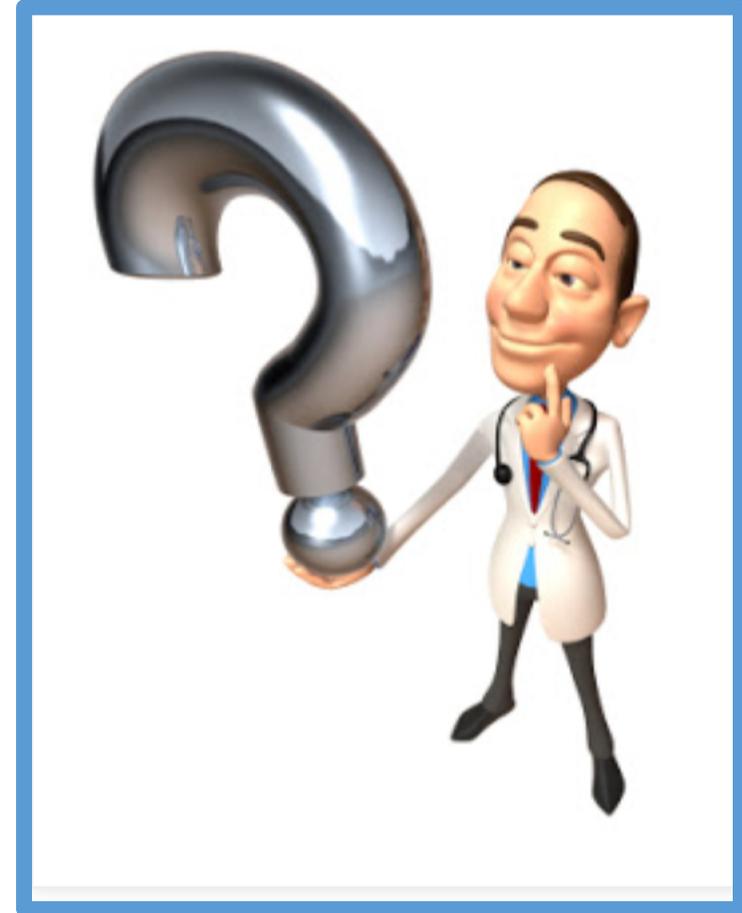
Cas clinique : Gérard H.

- Vous expliquez à ce patient les mécanismes de la DE post prostatectomie
- Vous expliquez les conséquences sexuelles: désir , plaisir , orgasme , éjaculation
- Vous expliquez l'importance de l'entretien des corps caverneux ET de la sexualité plus globalement
- Vous donnez des conseils au couple: prendre en compte la sexualité dès que possible , ne pas attendre une récupération spontanée pour traiter , changement des habitudes comportementales.



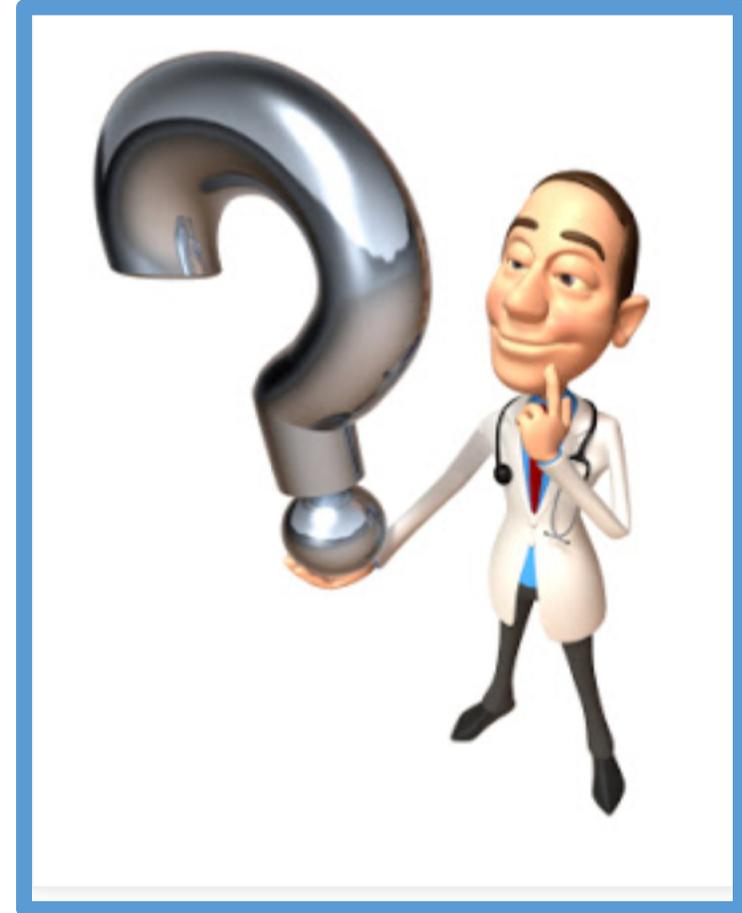
Quelle prescription à ce stade ?

- A : Aucune
- B : IPDE5
- C : PgE1 intra urétral
- D : Injections intra caverneuses
- E : Vacuum



Que faites vous ?

- A : Aucune
- B : IPDE5
- C : PgE1 intra urétral
- D : Injections intra caverneuses
- E : Vacuum

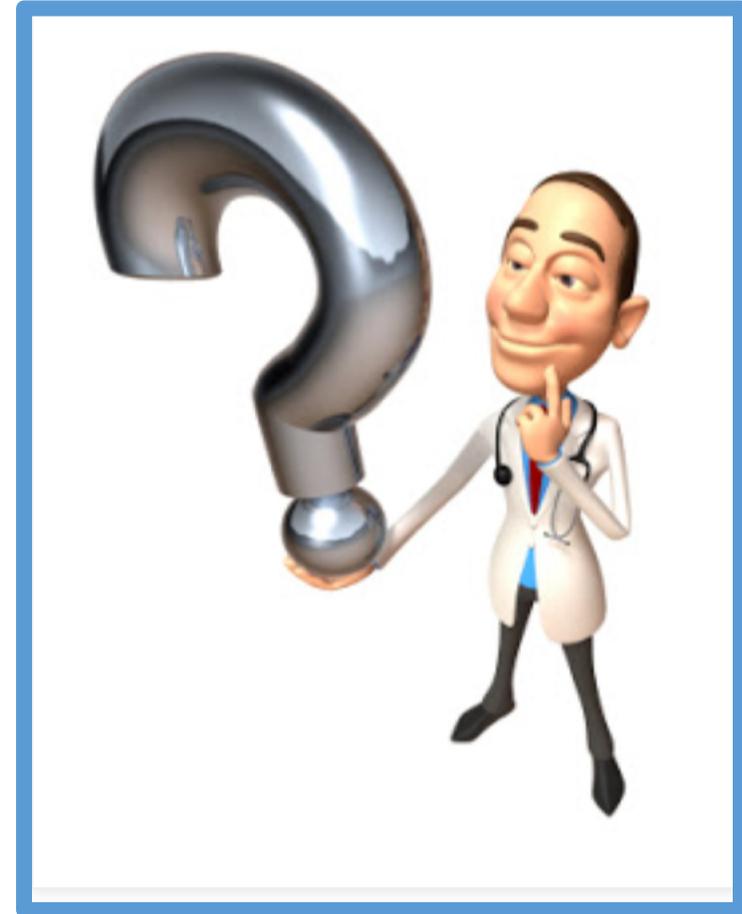


Consultation 2 mois après prostatectomie

- Quelques fuites urinaires
- Aucun effet du TADALAFIL quotidien
- Absence d'érection spontanée.
- Tumescences sans rigidité par voie intra urétrale. Au total 4 applications .
- Aucun rapport sexuel
- Francine n'ose pas faire le premier pas , elle a peur de le vexer si ça ne marche pas, elle dit que pour elle ce n'est pas un problème si on doit se passer de sexualité.

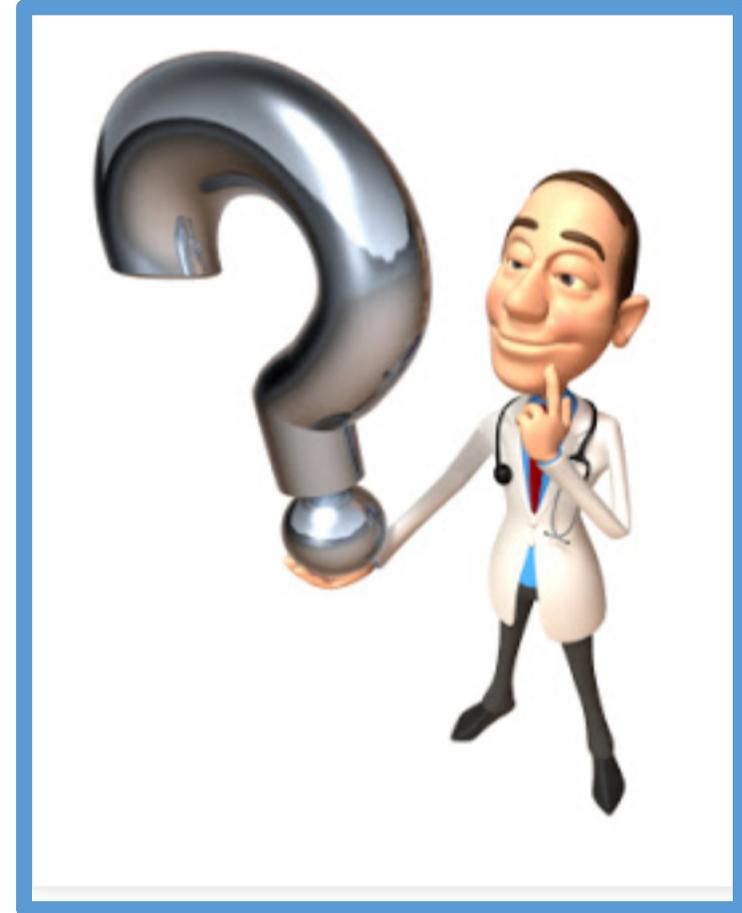
Que faites vous ?

- A : Vous ré expliquez l'importance de l'entretien tissulaire
- B : Vous ré expliquez l'importance de l'entretien de toute la fonction sexuelle.
- C : Vous lui enseignez comment faire une injection intracaverneuse.
- D : Vous arrêtez les IPDE5
- E : Vous arrêtez la PgE1 intra urétrale.



Que faites vous ?

- A : Vous ré expliquez l'importance de l'entretien tissulaire
- B : Vous ré expliquez l'importance de l'entretien de toute la fonction sexuelle.
- C : Vous lui enseignez comment faire une injection intracaverneuse.
- D : Vous arrêtez les IPDE5
- E : Vous arrêtez la PgE1 intra urétrale.



Vous revoyez Gérard 3 mois après

- Plus de fuite urinaire
 - Petites érections spontanées matinales, sans rigidité
 - Erections incomplètes sous prostaglandine intra urétrale
 - Erections normales avec 5 µg de PGE1 intra caverneux.
-
- Les RS sont réguliers (1/semaine) , souvent à son initiative à elle et il fait une injection .
 - En dehors des RS : utilise la voie intra urétrale.
 - Trouvent leur vie sexuelle satisfaisante

Suivi.

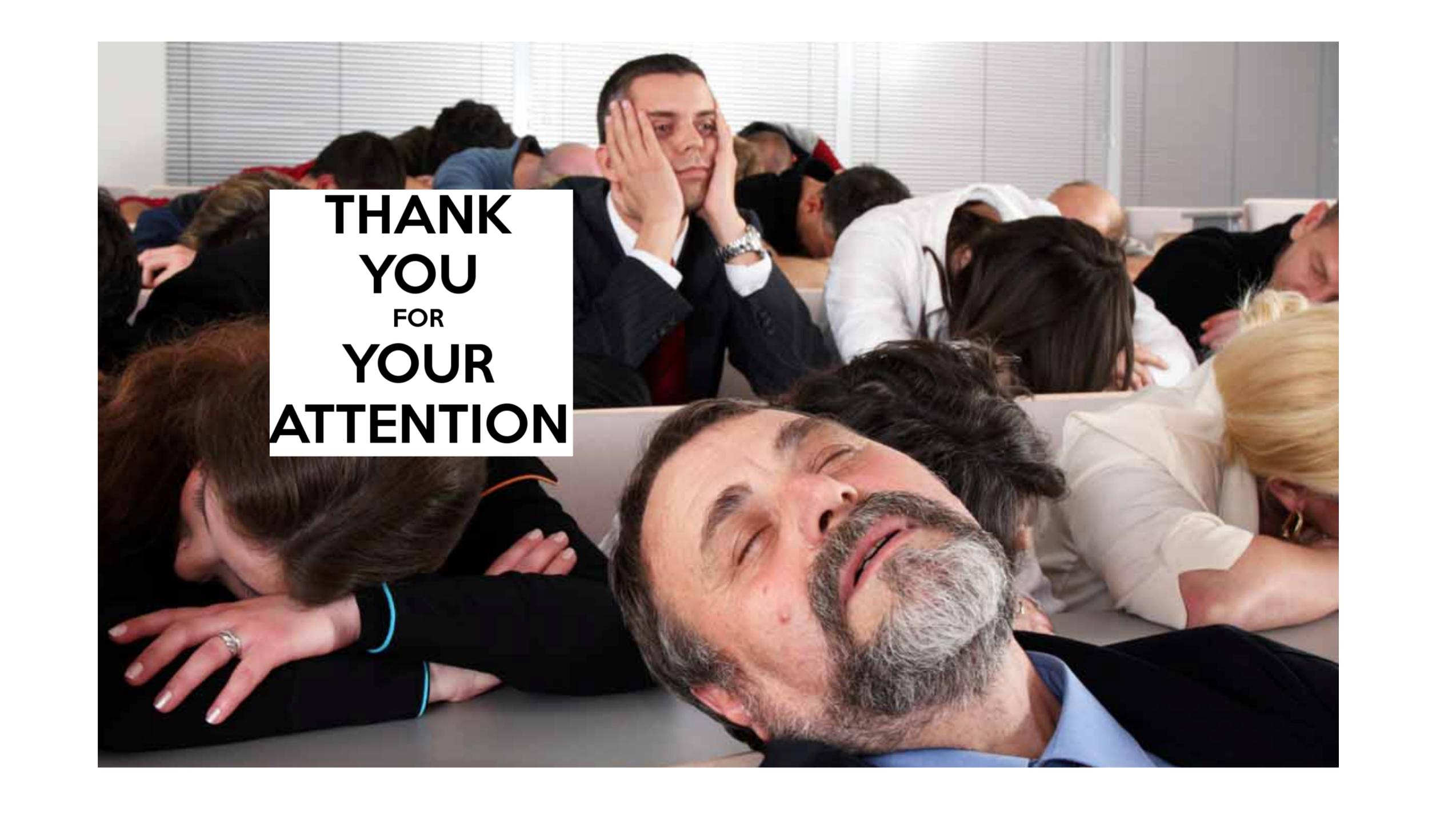
- Pas d'indication de prise en charge sexologique supplémentaire:
- Poursuivre le même traitement
- Proposer un suivi tous les 6 mois.
- Arrêt des traitements locaux si possible, mais non obligatoire
- Envisager un sevrage progressif des IPDE5, non obligatoire.

Conclusions

- Idéalement la prise en charge se fait au niveau du couple
- Prendre en compte la sexualité antérieure est très important.
- Revoir les patients rapidement après l'intervention
- Savoir proposer les différents traitements et laisser le choix au patient de la meilleure combinaison possible.
- Prendre en compte toute la sexualité et non pas seulement l'érection.
- Avoir pour objectif une vie sexuelle satisfaisante dans sa globalité , avec ou sans traitement à visée érectile

DISCUSSION





**THANK
YOU
FOR
YOUR
ATTENTION**