



CANCER DE LA PROSTATE

Et si nous
parlions
sexualité ?



PROST'**ACTIF**

Document destiné aux patients, réalisé en collaboration avec :

Dr Carol BURTÉ

Médecine sexuelle, Cannes-Monaco

Dr Jean-Pierre GRAZIANA

Urologue, Lorient

 **IPSEN**
Innovation for patient care*

* Innover pour mieux soigner

- ▶ Le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate en France a été estimé en 2015 à **plus de 50 000 par an**¹.



des cas de cancers diagnostiqués chez l'homme concernent la prostate¹



de tous les cas de cancer de la prostate sont diagnostiqués chez les + 65 ans¹



- ▶ C'est le **cancer le plus fréquent chez l'homme**, il représente environ **25 % de tous les diagnostics de cancer**¹.
- ▶ La sexualité dépend de nombreux éléments interagissant dans un équilibre délicat : certains organes ou parties du corps, les artères, nerfs et hormones, mais surtout nos sentiments, nos émotions et nos pensées. **Le cancer et ses traitements et même la surveillance active, en perturbant l'équilibre de tous ces facteurs, peuvent avoir un impact sur la vie intime et la sexualité de diverses manières**².

- ▶ Troubles du désir
- ▶ Troubles de l'érection

- ▶ Troubles de l'orgasme et de l'éjaculation
- ▶ Douleurs

- ▶ Insatisfaction sexuelle
- ▶ Troubles sexuels chez la/le partenaire

Les effets des traitements du cancer de la prostate sur la sexualité sont variables d'une personne à l'autre. Si certains aspects de la sexualité sont modifiés, certains troubles sont temporaires alors que d'autres sont permanents.

APRÈS UNE PROSTATECTOMIE TOTALE^{2,3}

- ▶ Après une prostatectomie totale (radicale) avec ou sans préservation nerveuse, **les troubles de l'érection sont fréquents**. Les chiffres varient selon les études et les techniques chirurgicales.
- ▶ **La disparition des éjaculations est systématique** après prostatectomie, **mais les orgasmes sont le plus souvent préservés**.
- ▶ Des **fuites d'urine lors de l'orgasme** sont parfois rapportées.





APRÈS UNE RADIOTHÉRAPIE²

- ▶ **Les troubles de l'érection s'installent progressivement sur 3 ans** mais sont parfois plus précoces, voire même pendant l'irradiation.
- ▶ Quand on associe une hormonothérapie, peuvent s'ajouter des **troubles du désir** aux troubles déjà présents du fait de la radiothérapie.
- ▶ La majorité des hommes peuvent avoir **de moins en moins d'éjaculations** et un **orgasme de moins bonne qualité**.



APRÈS UNE CURIETHÉRAPIE²

- ▶ **L'érection peut se dégrader** brutalement mais le plus souvent le phénomène est progressif au cours des 2 à 3 années qui suivent le traitement.
- ▶ Pour la majorité des hommes, **le volume de l'éjaculation et la qualité de l'orgasme diminuent au fil du temps**.



APRÈS DES ULTRASONS FOCALISÉS DE HAUTE INTENSITÉ (HIFU)²

- ▶ Une altération de la fonction érectile peut survenir chez **20 à 77 % des patients**.



APRÈS UNE HORMONOTHÉRAPIE

- ▶ Le blocage hormonal a pour but d'effondrer la sécrétion de testostérone⁴.
- ▶ Il est responsable de différents symptômes généraux et anatomiques, par exemple : **bouffées de chaleur, fatigue, dépression**, prise de poids avec perte de la masse musculaire, **diminution de la taille du pénis et des testicules**, gonflement des seins et diminution de la pilosité⁵.
- ▶ **Des effets sur les fonctions sexuelles sont observés : la diminution du désir sexuel est le symptôme le plus évident. Un bon niveau d'excitation psychique et physique est difficile à atteindre^{2,3,4}.**
- ▶ **La qualité des érections est également altérée².**
- ▶ Le blocage hormonal même temporaire de 6 mois à 3 ans peut engendrer des **conséquences définitives sur la sexualité².**
- ▶ **Les conséquences sexuelles sont plus importantes lorsque le traitement hormonal est associé à une radiothérapie ou une curiethérapie².**



- ▶ Tout d'abord il est très important d'avoir une information complète sur le traitement du cancer et les conséquences qui pourraient affecter votre vie en général et sexuelle en particulier^{2,6}.



- ▶ **L'urologue, le radiothérapeute** ou encore **l'oncologue** s'accordent aujourd'hui à reconnaître qu'il convient de tenir compte de votre qualité de vie, notamment sexuelle⁶.
- ▶ Ils seront le plus souvent à même de vous donner les explications nécessaires mais **ils pourront aussi travailler avec un confrère plus spécialisé en médecine sexuelle²**.
- ▶ Les prises en charge actuelles intègrent à la fois les traitements des troubles sexuels liés à la maladie et son traitement, les troubles sexuels de la /du partenaire et la prise en compte des autres conséquences (prise de poids, fatigue, troubles psychiques...). **Les traitements disponibles peuvent être combinés²**.

Vous trouverez ci-dessous des informations sur les difficultés sexuelles les plus fréquentes, et quelques pistes pour vous aider à les surmonter. Tout conseil en la matière peut aider une personne ou un couple - mais ne pas convenir à d'autres.

LES TROUBLES DU DÉSIR⁶

- ▶ Le traitement de la baisse du désir sexuel fait appel à une approche globale : une sexothérapie, qui a pour but de vous aider à remplacer le désir spontané par une nouvelle approche de la sexualité, qui nécessite plus d'intimité, de contact physique et de complicité dans le couple et qui vise à améliorer la satisfaction sexuelle, même sans érection.
- ▶ Elle s'appuie sur la modification des comportements et un travail sur l'imaginaire. Cette approche s'accompagne en général des moyens thérapeutiques permettant d'avoir de bonnes érections, facteur souvent indispensable à une bonne qualité de vie sexuelle.





LES TROUBLES DE L'ÉRECTION (OU DYSFONCTION ÉRECTILE)^{2,6}

- ▶ Pendant et après un cancer de la prostate, l'érection peut être incomplète, voire totalement absente. Les problèmes d'érection peuvent être permanents ou évoluer positivement avec le temps.
- ▶ Il est indispensable que votre médecin évalue la sexualité de votre couple avant le traitement du cancer de la prostate afin de vous délivrer une information complète sur les risques de dégradation de la fonction érectile².
- ▶ **La prévention** : il est recommandé d'agir sur les facteurs de risque (hypertension artérielle, diabète, sédentarité, dyslipidémie, tabac, obésité) en les traitant et/ou en pratiquant une activité physique adaptée^{2,5}.
- ▶ **La rééducation érectile** doit être précoce afin de :
 - prévenir l'altération du tissu érectile
 - et permettre le maintien d'une vie sexuelle^{2,6}

Selon votre profil et vos facteurs de risque évalués par votre médecin, différents moyens peuvent être utilisés pour restaurer la fonction érectile :

- ▶ **Des médicaments par voie orale** qui permettent d'amplifier une érection déclenchée par une stimulation sexuelle.
Par voie locale (injections intracaverneuses) qui provoquent directement l'érection⁶.
- ▶ **Des solutions mécaniques** : l'utilisation d'un vacuum peut être proposée. Il s'agit d'un système de pompe à vide permettant un afflux de sang dans les corps caverneux qui permet de gonfler le pénis⁶.
- ▶ **Des solutions chirurgicales** : en cas d'échec des autres traitements, une solution chirurgicale consiste à mettre en place des implants dans les corps caverneux, que vous pourrez activer en cas de désir de relation sexuelle².

LES AUTRES TROUBLES SEXUELS⁶

- ▶ L'érection n'est qu'un des éléments de la vie sexuelle. Il est fondamental pour un homme d'avoir des érections mais cela ne suffit pas à avoir une vie sexuelle épanouie.
- ▶ Il faut toujours prendre en compte toute la fonction sexuelle : désir/plaisir/orgasme...
- ▶ La prise en charge des troubles sexuels inclut à chaque fois que possible la/le partenaire.
- ▶ Par ailleurs, tout trouble sexuel n'est pas forcément en relation avec le cancer de la prostate : troubles hormonaux, psychologiques, relationnels, événements de vie...
- ▶ Chaque problématique doit être prise en considération.

Il s'agit donc d'une prise en charge multidisciplinaire adaptée à chaque patient et à chaque couple⁶.



1 Il est important de parler de sexualité à tous les stades de la maladie

VRAI

Parler sexualité à tous les stades de la maladie est essentiel. Ceci permettra à votre médecin d'identifier les troubles et d'envisager des solutions thérapeutiques précoces et adaptées à vous et à votre couple^{2,6}



2 Il est possible d'avoir une vie sexuelle en cas d'hormonothérapie

VRAI

La prise en charge médicale des troubles de l'érection peut vous être proposée dès les premiers signes sous hormonothérapie. Elle s'associe aux conseils psycho-sexologiques pour faire face aux troubles du désir^{2,6}



3 Il est possible de retrouver une vie sexuelle normale à l'arrêt de l'hormonothérapie

VRAI & FAUX

La diminution du désir sexuel peut persister même après l'arrêt du traitement hormonal, notamment si vous ne récupérez pas un taux de testostérone normal à l'arrêt de l'hormonothérapie⁶



4 Il n'y a pas de solution pour remédier à l'absence de désir

FAUX

L'accompagnement psycho-sexologique adapté à vous et à votre couple peut permettre de remédier à l'absence de désir^{2,6}



5 Je n'aurai plus d'érection après prostatectomie

VRAI & FAUX

La qualité de vos érections après chirurgie dépend d'une part de leur qualité avant l'intervention, d'autre part du geste chirurgical réalisé, qui dépend du stade du cancer. Dans certains cas, une préservation des nerfs qui commandent l'érection peut être réalisée, ce qui peut vous permettre de retrouver des érections normales, avec ou sans aide médicamenteuse²



6 Avec une radiothérapie, je n'aurai pas de problème d'érection

VRAI & FAUX

Parmi les patients ayant une fonction érectile normale avant la radiothérapie, environ 25 % la conservent 5 ans après²





7 Sans éjaculation, je n'aurai plus de plaisir

FAUX

La jouissance est le plus souvent possible, même sans érection, même sans éjaculation. Continuer à avoir une intimité sexuelle avec votre partenaire, à partager du plaisir, est un bon moyen de contribuer à la rééducation fonctionnelle et de retrouver une satisfaction sexuelle⁶



8 Les injections intracaverneuses ne permettent pas une sexualité spontanée

FAUX

Les injections intracaverneuses peuvent être intégrées à un rapport sexuel spontané⁶



9 Il n'y a plus de plaisir après traitement du cancer de la prostate

FAUX

On peut continuer à avoir du plaisir sans érection, sans pénétration, sans éjaculation, quand ces troubles sont présents⁶



10 Il est mieux de consulter en couple pour parler de notre sexualité

VRAI

La participation de votre partenaire est importante et optimise les chances d'améliorer votre vie sexuelle ainsi que d'améliorer les troubles psychologiques^{2,6}



11 Aucun traitement contre les troubles de l'érection n'est remboursé

FAUX

Certains traitements peuvent être remboursés, parlez-en avec votre médecin⁶



12 Il est impossible d'avoir une sexualité quand on a des fuites urinaires

FAUX

Une prise en charge des troubles sexuels doit s'associer à une prise en charge de l'incontinence urinaire⁶



13 La sexualité avec un implant pénien n'est pas satisfaisante

FAUX

Parmi les patients qui ont recours à un implant pénien, la majorité (85 %) en sont satisfaits. C'est une solution en cas d'échec des autres traitements⁸



Pour toute question, n'hésitez pas à revenir vers votre médecin afin d'optimiser votre prise en charge.

Références bibliographiques

- 1 Defossez G, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018-volume1: Tumeurs solides : Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Santé publique France;2019.372p. Disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr>
- 2 Droupy S, et al. Sexualité et cancer de la prostate. Prog Urol 2013;23:696-711.
- 3 Burnett A, et al. Erectile function outcome reporting after clinically localized prostate cancer treatment. J Urol 2007;178:597-601.
- 4 Giuliano F, Droupy S. La iatrogénie médicamenteuse en médecine sexuelle. Prog Urol 2013;23:804-810.
- 5 Higano CS, Sexuality and intimacy after definitive treatment and subsequent androgen deprivation therapy for prostate cancer. J Clin Oncol 2012;30:3720-25.
- 6 Colson MH, et al. Sexualité et cancer de la prostate. Prog Urol 2012;22:572-92.
- 7 Girier D, et al. Les conséquences sexuelles des traitements du cancer de la prostate : enquête auprès des membres de l'Association nationale des malades du cancer de la prostate. Prog Urol 2017;27:351-361.
- 8 Menard J, et al. Prothèses péniennes : évaluation multicentrique des pratiques : résultats d'une série de 282 implantations. Prog Urol 2007;17:229-34.