

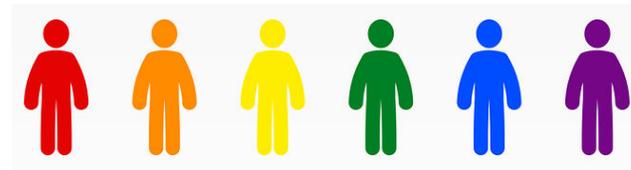
Valérie Laurence, onco-sexologue

Unité AJA , Curie

Santé sexuelle masculine et AJA

Novembre 2022

ENSEMBLE, PRENONS LE
CANCER DE VITESSE



Physiologie de la sexualité: généralités

→ Etat vasculaire sain:

→ H: nécessaire pour l'érection, importance des érection nocturnes pour l'oxygénation des corps caverneux

→ Etat hormonal sain:

→ Implication de la testostérone dans l'excitation

→ Système nerveux sain:

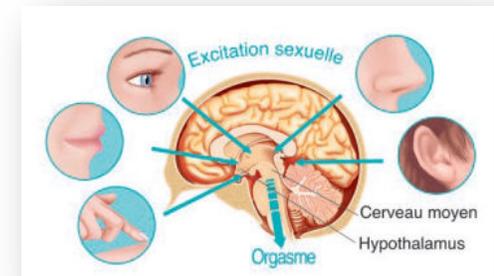
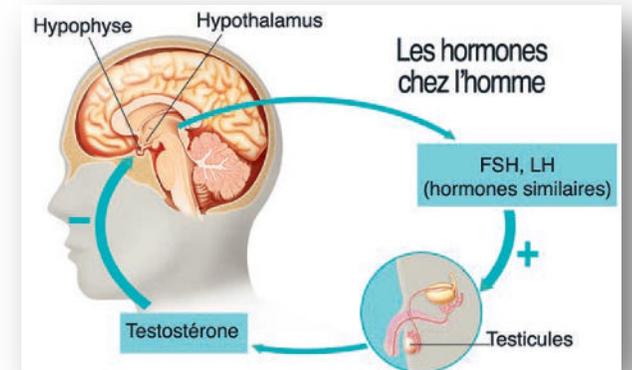
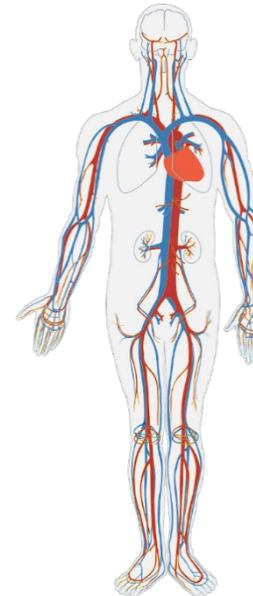
→ Rôle du plexus hypogastrique (sup/inf), du nerf pudendal, de la chaîne lombo-sacrée

→ Importance des sens dans le désir et/ou l'excitation

→ Etat psychologique « sain »

→ Rôle inhibiteur du stress et de l'anxiété sur l'excitation

→ Maintien du désir

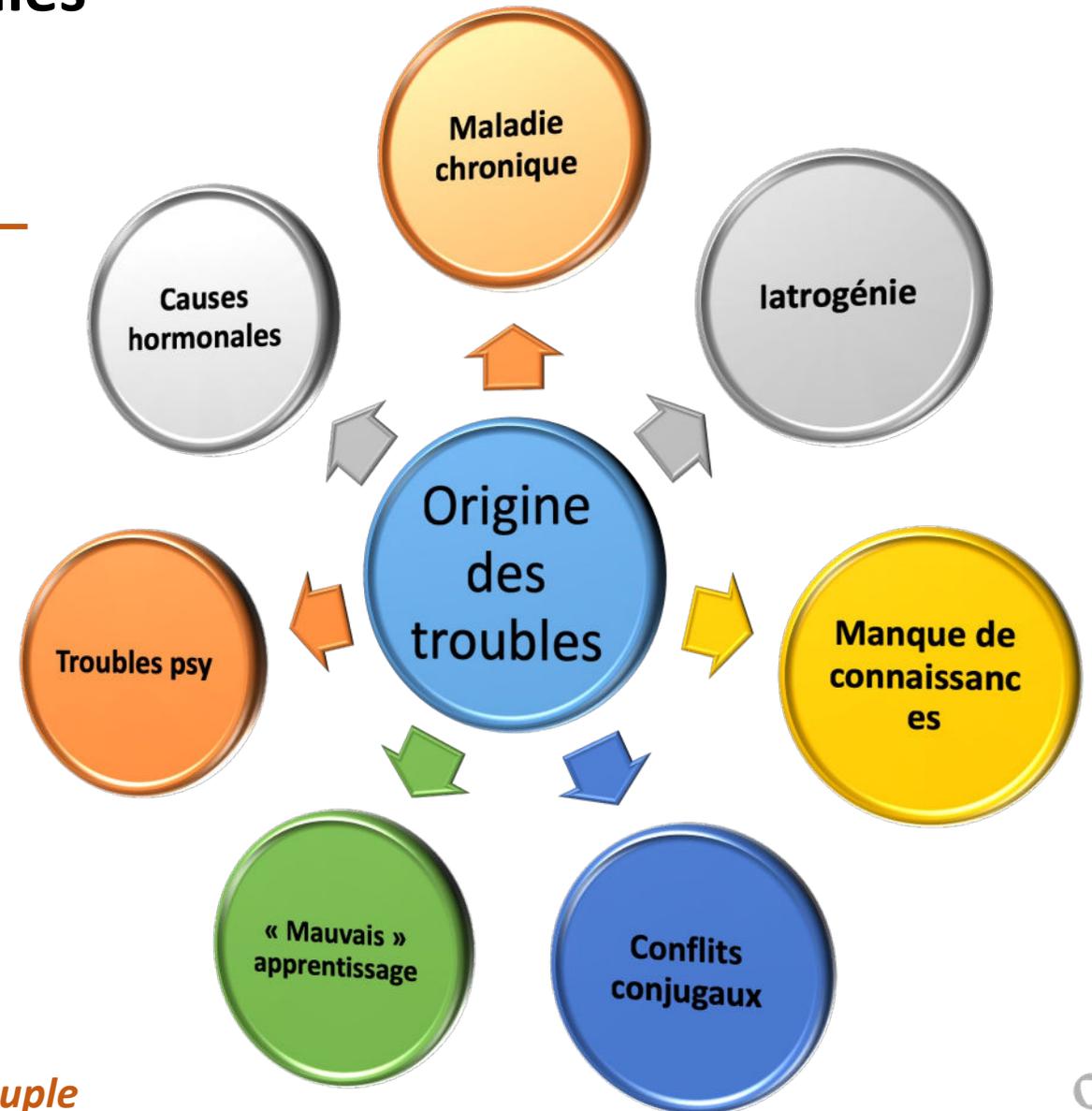


Les principales dysfonctions sexuelles

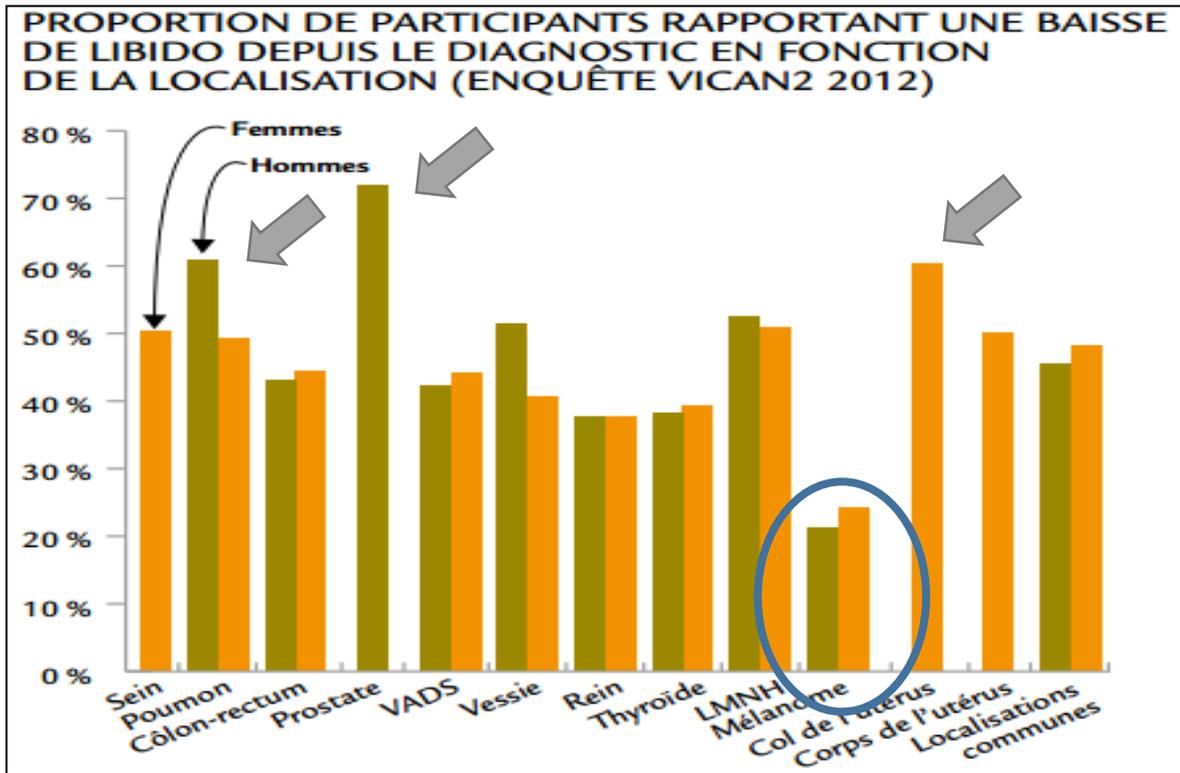
Principales dysfonctions sexuelles (DS) selon DSM 5

- Troubles de l'éjaculation (retardée – prématurée)
- Troubles de l'érection
- Diminution du désir sexuel
- Troubles de l'intérêt pour l'activité sexuelle ou de l'excitation sexuelle
- Troubles liés à des douleurs génito-pelviennes ou à la pénétration
- Trouble de l'orgasme
- Dysfonction sexuelle induite par un médicament

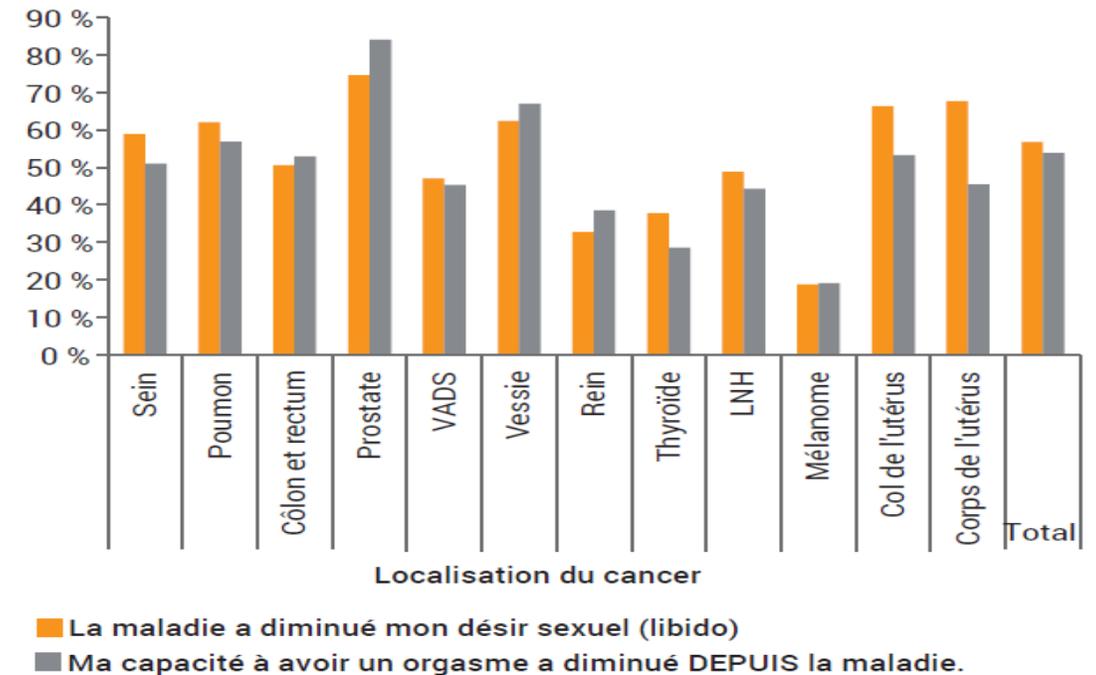
*Depuis au moins 6 mois
Responsables d'une détresse personnelle et/ou du couple*



Vie sexuelle, affective et conjuguale : VICAN 2 et 5



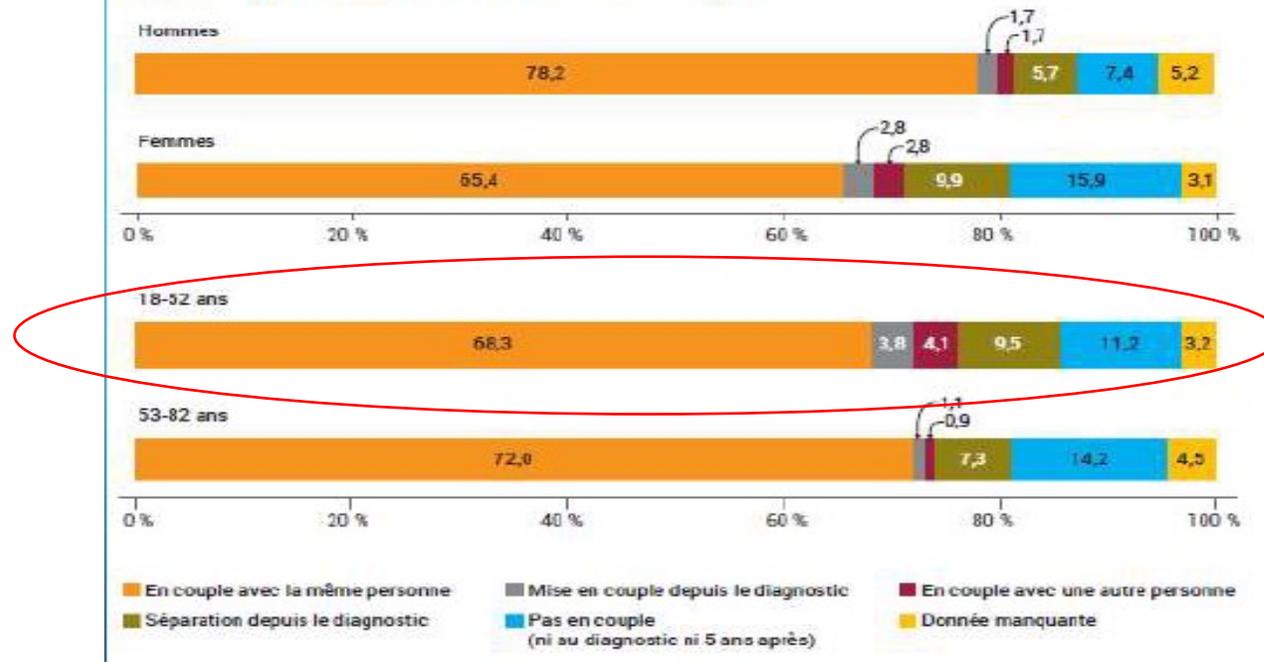
CONSÉQUENCE DE LA MALADIE SUR LA LIBIDO ET LA CAPACITÉ À AVOIR UN ORGASME SELON LA LOCALISATION DU CANCER (EN %) (VICAN5 2016)



Vie sexuelle, affective et conjuguale : VICAN 2 et 5

	VICAN2		VICAN5	p
	Np	%	%	
● La maladie a diminué mon désir sexuel (libido)	1633	58,2	56,3	ns
● Ma capacité à avoir un orgasme a diminué depuis la maladie	1365	50,0	53,0	*
● La fréquence de mes rapports sexuels a diminué depuis la maladie	1401	60,0	64,6	***
● Au cours de ces deux dernières semaines, je n'ai pas eu de rapports sexuels	1402	39,3	43,1	**
● Je suis peu/pas du tout satisfait(e) de la fréquence actuelle de mes rapports sexuels	1277	39,2	39,1	ns

FIGURE 19.1.
EVOLUTION DU STATUT MATRIMONIAL A CINQ ANS APRES LE DIAGNOSTIC SELON LE SEXE
ET LA STRATE D'AGE AU DIAGNOSTIC (EN %) (VICAN5 2016)



La santé sexuelle en oncologie

- Dans **tous** les champs:
 - Désir
 - Excitation lié à troubles de l'éjaculation
 - Plaisir (troubles de l'éjaculation, difficulté orgasme)
 - Douleurs
- Etiologie **physique et/ou psychologique**
- Chez les **deux** partenaires (même celui/celle qui n'est pas malade)
- **A tout moment** : diagnostic, traitement, rémission, phase palliative, fin de vie
- **A tous les âges**

Impact des traitements sur la sexualité

→ Etat vasculaire sain:

→ H: nécessaire pour l'érection, importance des érection nocturnes pour l'oxygénation des corps caverneux

→ Etat hormonal sain:

→ Implication de la testostérone dans l'excitation

→ Système nerveux sain:

→ Rôle du plexus hypogastrique (sup/inf), du nerf pudendal, de la chaîne lombo-sacrée
→ Importance des sens dans le désir et/ou l'excitation

→ Etat psychologique « sain »

→ Rôle inhibiteur du stress et de l'anxiété sur l'excitation
→ Maintien du désir

Comorbidités
Co médicaments

Irradiation

Chimiothérapie

Chirurgie

Hormonothérapie

?????Traitements ciblés
???????????

Maladie

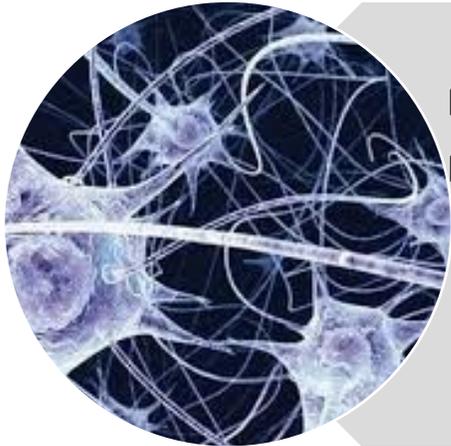
Traitements et impacts sur la santé sexuelle

- **Sans oublier**
 - **Asthénie**
 - **Alopécie**
 - **Douleurs, arthralgies**
 - **Fonte musculaire**
 - **Mucite**
 - **Nausées, vomissements**
 - **Diarrhées**
 - **Bouffées de chaleurs**
 - **Cicatrices**
 - **Iatrogénie**
 - **Pansements**

Traitements et impacts sur la santé sexuelle

- **Haut risque**
 - Tumeurs touchant organes « sexuels » ou pelviens
 - Tumeurs affectant système hormonal
- **Dans les 2 sexes ♀ + ♂**
 - Baisse du désir, de l'excitation
 - Difficultés à atteindre l'orgasme
 - Baisse de la libido
- **Chez les hommes ♂**
 - Troubles de la fonction érectile et/ou de l'éjaculation

Spécificités des tumeurs pelviennes



Erection: système parasympathique

Ejaculation: système sympathique

- Phase 1: séquestration du sperme dans l'urètre prostatique
- Phase 2: expulsion par des spasmes (fermeture du sphincter strié)

- Toxicité importante des chirurgies pelviennes (amputation périnéale +++)
atteinte vasculaire/nerveuse
- Augmentation des DS si RT associée
- Impacts important de la stomie – risque de DS 2x plus importante chez les patients stomisés même transitoire pour la PEC de CCR.

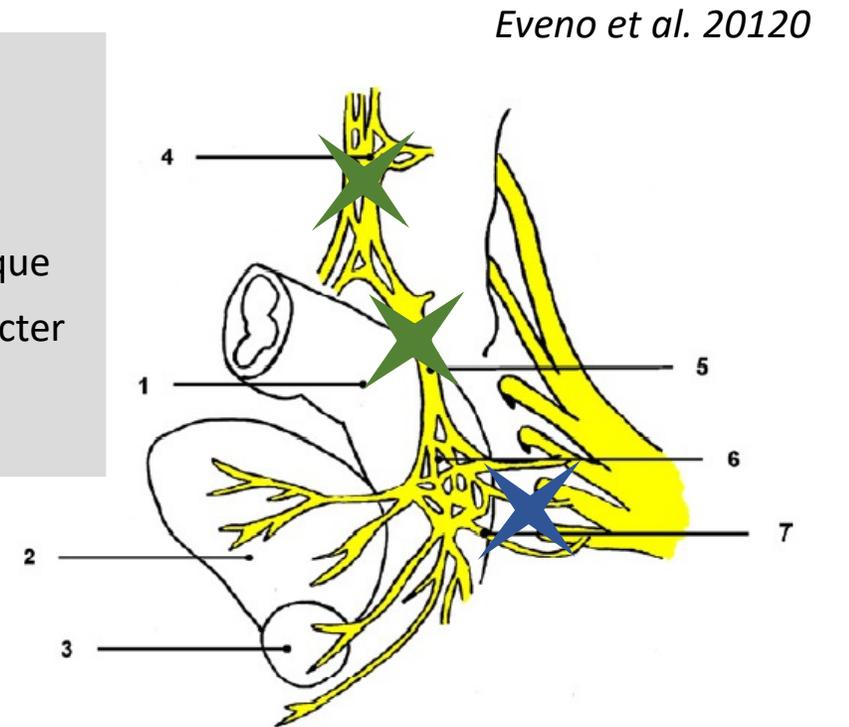


Figure 1. Autonomic nervous system: pelvic nerves and plexus. 1. Rectum. 2. Bladder. 3. Prostate. 4. Preaortic plexus. 5. Hypogastric nerves. 6. Lateral pelvic plexus. 7. Branches of parasympathetic anterior roots S2, S3 and S4.



Éjaculation atteinte
(plexus hypogastrique
supérieur)



Erection atteinte
(racine sacrée)

Spécificités des tumeurs pelviennes

Dysfonctions sexuelles rencontrées chez l'homme

Troubles de l'érection
Troubles de l'éjaculation
Troubles de l'orgasme

Symptômes

- Pas d'érection ou difficile à maintenir
- Anéjaculation (prostatectomie ou cysto-prostatectomie)
- Fuites d'urine pendant l'orgasme (climaturie)
- Ejaculation rétrograde
- Orgasme rapide, émoussé, absent, parfois plus intense, douloureux
- Douleurs pelviennes

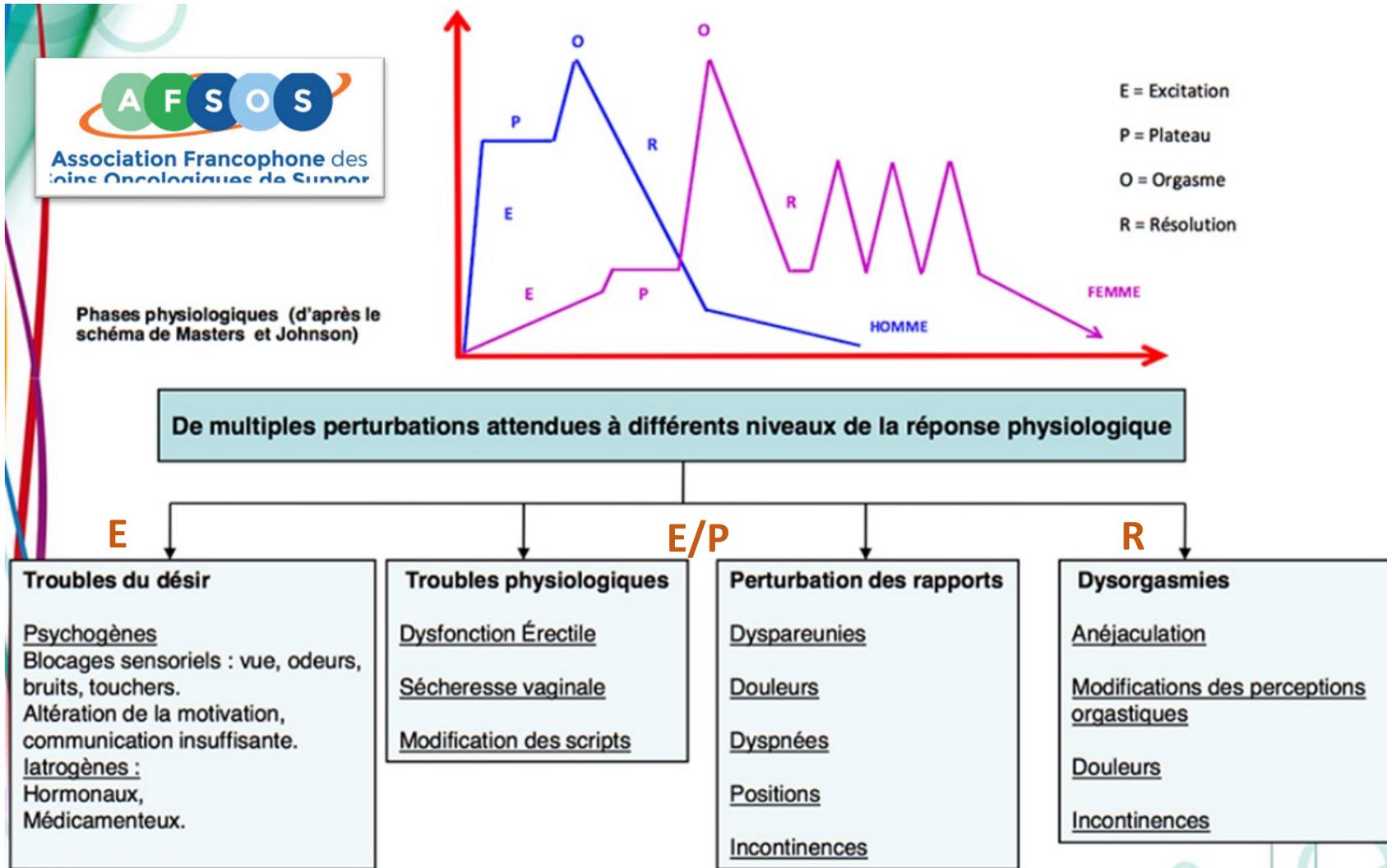
Tumeur pelviennes
Prostate, vessie,
rectum, anus, sarcome

Troubles de la libido et du désir

- Facteurs psychologiques
 - Fatigue
- Causes médicamenteuses
- Impact hormonal: Hypogonadisme avec déficit en testostérone, Ménopause radio-induite

La santé sexuelle en oncologie: les dysfonctions sexuelles

Pathologique que si souffrance, détresse ou insatisfaction



L'intensité des DS dépendra:

→ Du type de maladie

→ De la localisation

→ Périnéale

→ Pelvienne

→ K ORL

→ Des traitements reçus

→ Des DS antérieures

Répercussions du cancer sur la sexualité

somatiques



Fatigue, douleur, schéma corporel, essoufflement, sécheresse cutanée + muqueuses, troubles de l'érection, troubles de l'éjaculation, douleurs périnéales



psychologiques

- Troubles de l'humeur, angoisse de mort, ↓ de l'estime de soi, perturbation de l'identité, troubles cognitifs, ↓ de la libido, ↓ du désir, ↓ du plaisir, ↓ de l'excitation, détresse psychologique, image du corps...



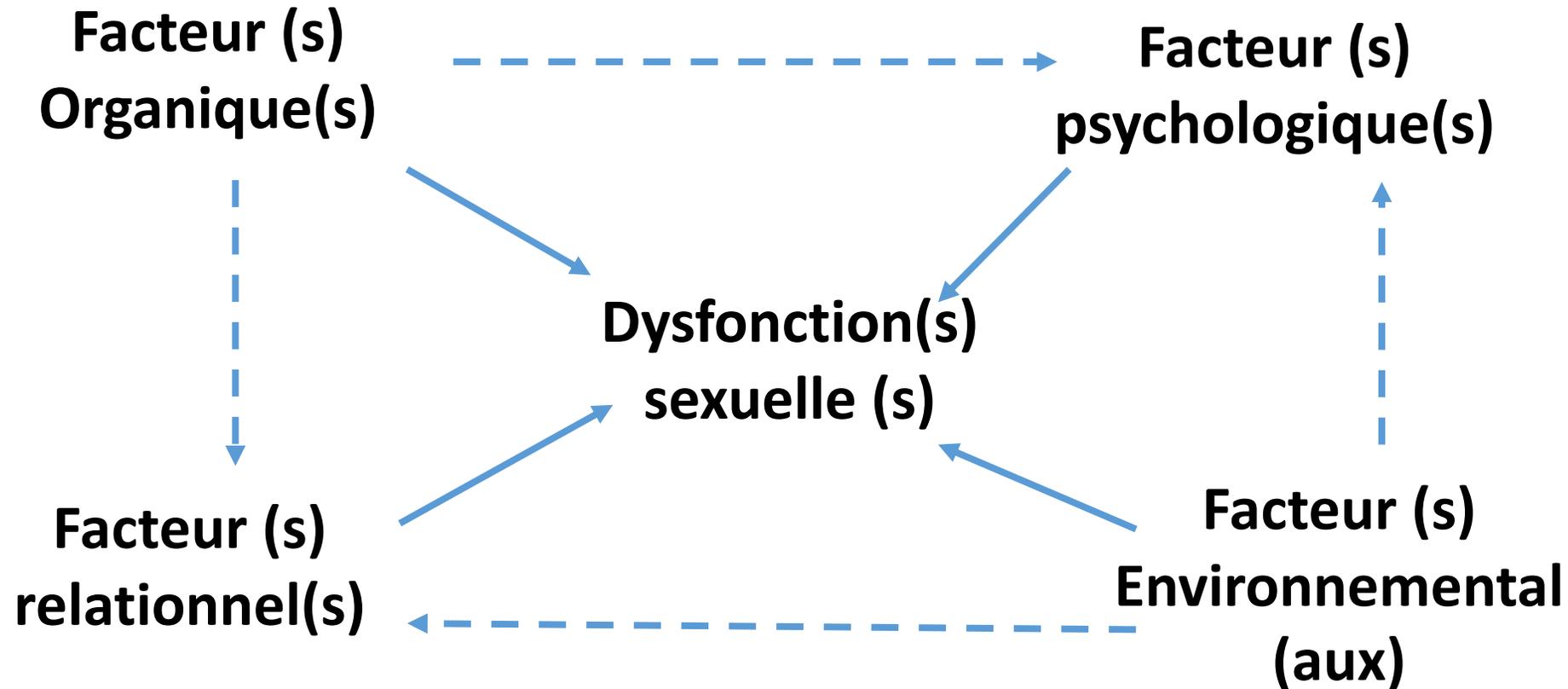
sociales

Modification des rôles (conjugal, social, familial, pro...), sentiment de fardeau, difficultés relationnelles avec (potentiel.le) partenaire, troubles miroirs du.de la partenaire, troubles de l'humeur...

Répercussions du cancer sur la sexualité masculine



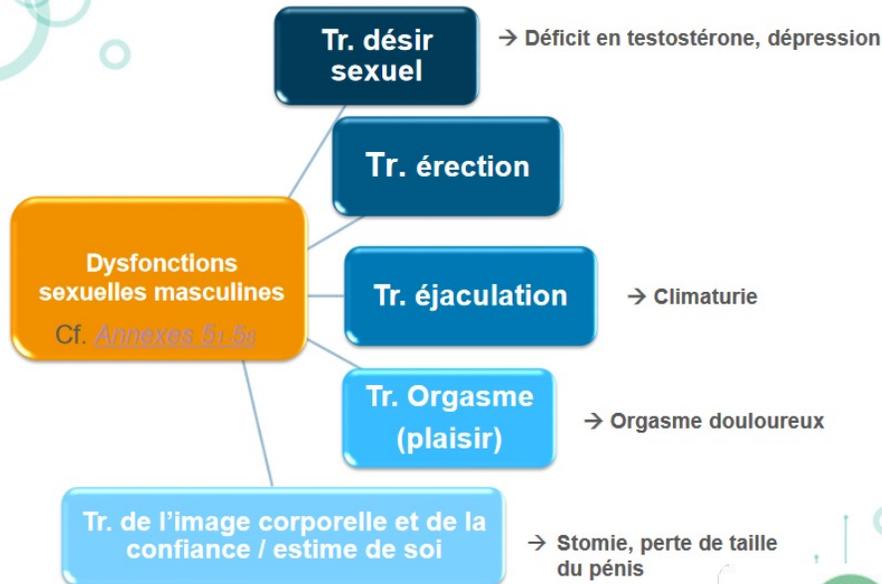
Répercussions du cancer sur la sexualité masculine



Dysfonctions de l'homme et évaluation

Référentiels en Soins Oncologiques de Support

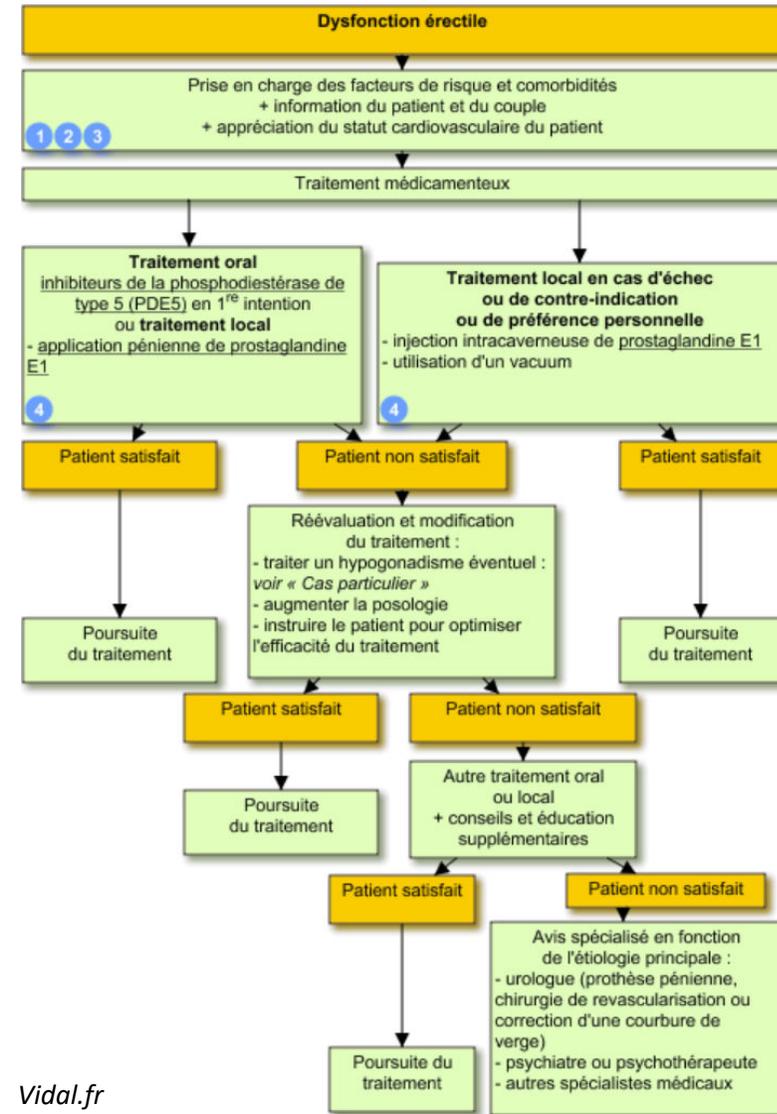
Troubles sexuels masculins après chirurgie cancer pelvien



Copyright AFSOS, version validée du 12/11/2020

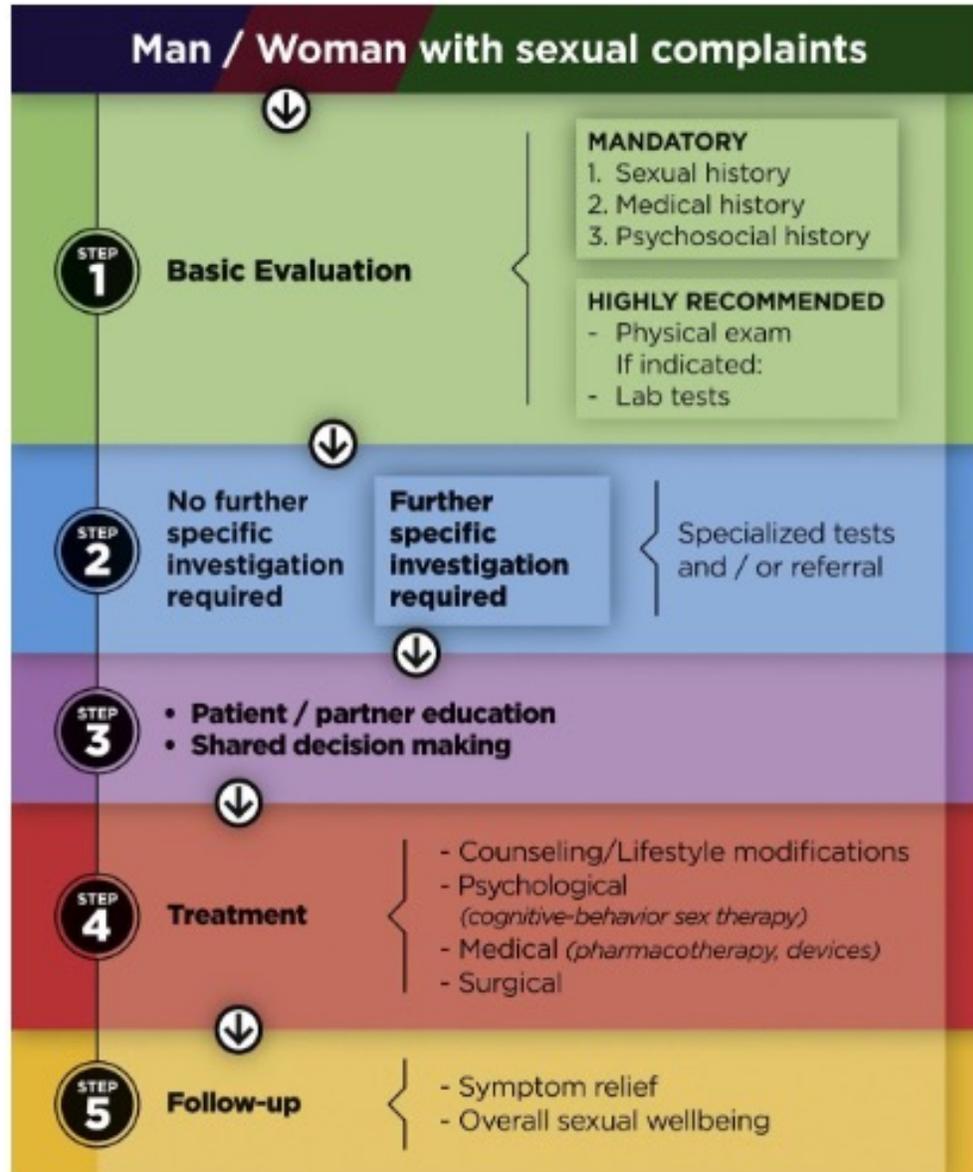


Pour le traitement chirurgicale des tumeurs pelviennes, une réadaptation érectile doit être proposée au plus tôt en post-opératoire voire en pré-opération (ex: prostate)



Vidal.fr

Dysfonctions sexuelles et évaluation



Avoir toujours en tête

- Caractère plurifactoriel
- Evaluation médicale ++
- Information ++++ sur physiologie et facteurs contribuant à la dysfonction , les solutions envisageables
- Choix partagé des solutions

Dysfonctions érectiles de l'homme et traitement

Exemple de la chirurgie de la prostate



	Chirurgie avec conservation nerveuse	Chirurgie sans conservation nerveuse
Avant la chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt d'une première consultation (pour prise de contact), information et évaluation de la sexualité actuelle (dysfonction érectile préexistante ?) Débuter un traitement IPDE5* quotidien ou à la demande si dysfonction érectile préexistante ou difficultés sexuelles/érectiles récentes (*famille du sildénafil ou Viagra R) <ul style="list-style-type: none"> Expliquer l'intérêt d'une réhabilitation érectile et sexuelle pour lutter contre la fibrose et le raccourcissement de verge possible <ul style="list-style-type: none"> Expliquer au patient que le traitement sera adapté à sa réponse 	
Standards	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge psychosexuelle (accompagnement, voire PEC spécialisée) Réhabilitation par injections intra-caverneuses (IIC) ou injections intra-urétrales (IIU) 2 fois par semaine jusqu'à retour d'érections possibles sans IIC ou IIU IPDE5 en continu (Tadalafil 5mg) +/- IPDE5 à la demande IPDE5 à la demande Vacuum (pompe à vide) 5-10 min quotidien <p>Association :</p> <ul style="list-style-type: none"> IPDE5 à la demande tous les jours aussi longtemps que nécessaire +/- IIC/IIU 2 fois /semaine +/- Vacuum 5-10 min quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge psychosexuelle (accompagnement, voire PEC spécialisée) Entretien de la fonction érectile par injections intra-caverneuses (IIC) ou injections intra-urétrales (IIU) 2 fois par semaines Vacuum <p>Association :</p> <ul style="list-style-type: none"> IIC/IIU 2 fois /semaine +/- Vacuum (pompe à vide) 5-10 min quotidien <p>Les IPDE5 ne sont généralement pas efficaces dans cette population</p>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier les conditions de prise du traitement avant de conclure à son inefficacité (délai d'attente avant rapport, prise à jeun ou non, respect de la posologie, nombre de prises, désir présent, stimulation sexuelle, etc.) 	
2 ^{ème} ligne	<ul style="list-style-type: none"> Essai d'une autre modalité de traitement ou d'une autre association Informez des possibilités de mise en place d'un implant pénien et de leurs résultats (satisfaction élevée) 	
3 ^{ème} ligne	<ul style="list-style-type: none"> Prothèse pénienne si dysfonction érectile réfractaire aux traitements pharmacologiques et mécaniques <ul style="list-style-type: none"> ou intolérance ou contre-indications aux traitements pharmacologiques <ul style="list-style-type: none"> ou en cas de souhait du patient souvent, après 12-18 mois post-opératoires 	

Dysfonctions érectiles : les IPDE 5



A essayer seul (angoisse de la performance)



Facile à prendre.

Acceptable pour la plupart des hommes et des partenaires.

Bonne tolérance en général. Pas de CI cardiovasculaire

Peut être pris à la demande (si nécessaire) ou quotidiennement.

Pourrait éviter la diminution de longueur du pénis.

N'interfère pas avec la spontanéité des rapports Différentes molécules génériquées (sildénafil, tadalafil & vardenafil).

½ vie tadalafil > sildenafil, avanafil, vardenafil

Réponse variable avec risque de non réponse

Efficacité immédiate souvent médiocre.

Risque d'interactions médicamenteuses (inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques).

Souvent crainte des patients de les utiliser : pharmacophobie

Reste à charge

Dysfonctions érectiles de l'homme : prostaglandine

Injections intra-uréthrales d'alprostadil (prostaglandine E 1)



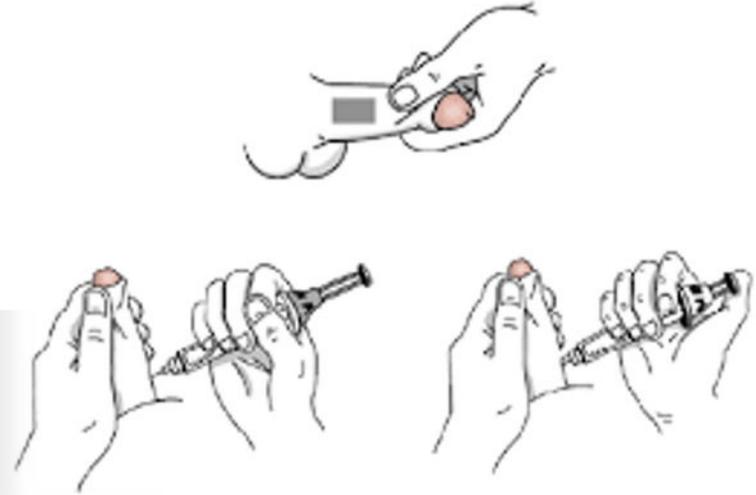
Relativement facile à utiliser.
Agit rapidement.
Non invasif (pas d'aiguille).
Effet systémique rarissime.
Bien toléré.
Moindre risque de priapisme qu'avec les injections intra caverneuses.
Remboursé..

Efficacité très inconstante.
Peut être difficile à insérer.
Picotement / brûlure uréthrale.
Douleur liée à l' alprostadil chez certains.
Taux d'abandon élevé.

Dysfonctions érectiles de l'homme : prostaglandine



Injections intra-caverneuses d'alprostadil



Quasi indolore.

Rapidité d'action.

Habituellement efficace, même en cas de section des nerfs de l'érection.

Érection induite.

Remboursées.

Peut être anxiogène.

Risque de priapisme.

Peut provoquer des érections douloureuses (ou inconfortables) qui s'améliorent en diminuant les doses.

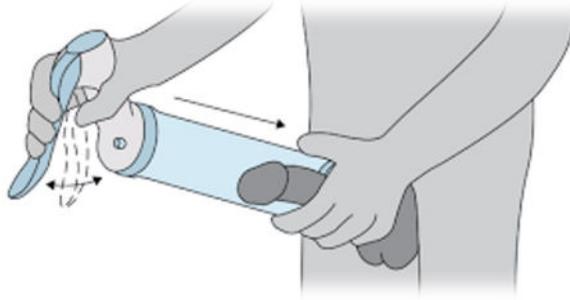
Nécessite une bonne compréhension des modalités d'utilisation (éducation thérapeutique).

Bonne dextérité manuelle nécessaire.

Pas acceptable pour tous les hommes ou leurs partenaires.

Peut provoquer: des ecchymoses et/ou une fibrose au site d'injection (risque de fibrose et courbure de Lapeyronie, 10 % des cas)

Dysfonctions érectiles de l'homme et traitement



Vacuum

Non médicamenteux (aucun effet systémique)

Non invasif.

Simple à utiliser.

Utile pour lutter contre la fibrose et le raccourcissement de verge.

Peut être utilisé quotidiennement ou en complément.

Souvent jugé mécanique (peu naturel).

Nécessite une bonne compréhension des modalités d'utilisation

(éducation thérapeutique)

Érection manquant souvent de rigidité.

Onéreux

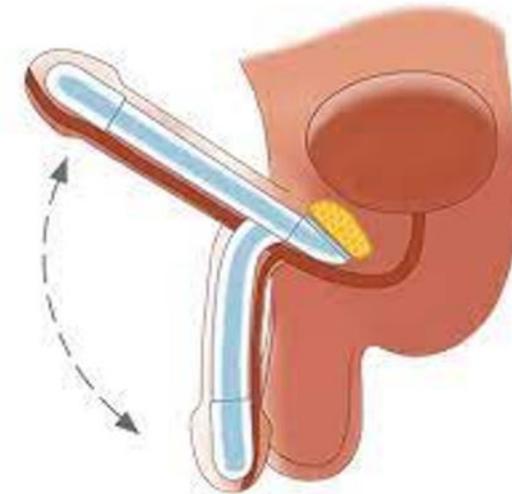
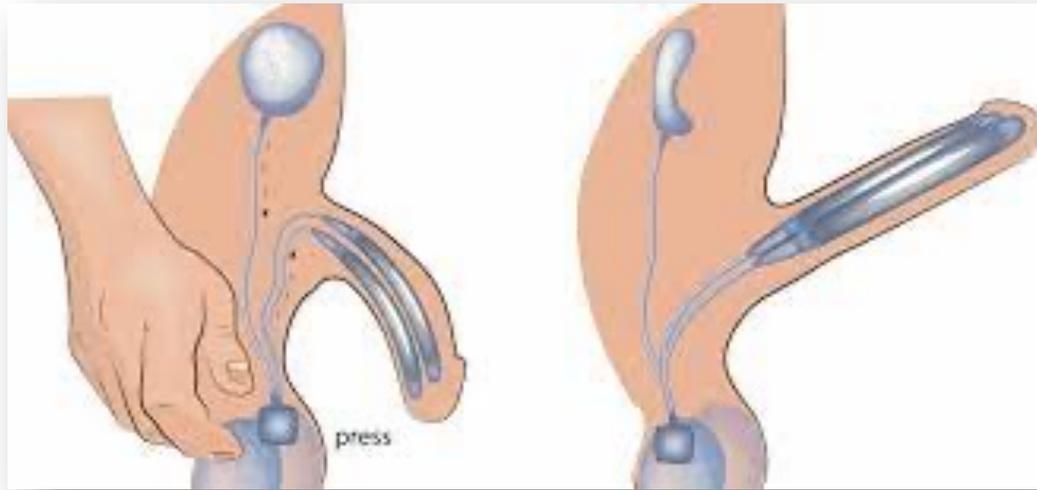
Non remboursé (289 E)

Acceptabilité.

Sensations péniennes altérées par le port de l'anneau de constriction s'il est utilisé pour la pénétration.

Peut être douloureux.

Dysfonctions érectiles de l'homme et traitement

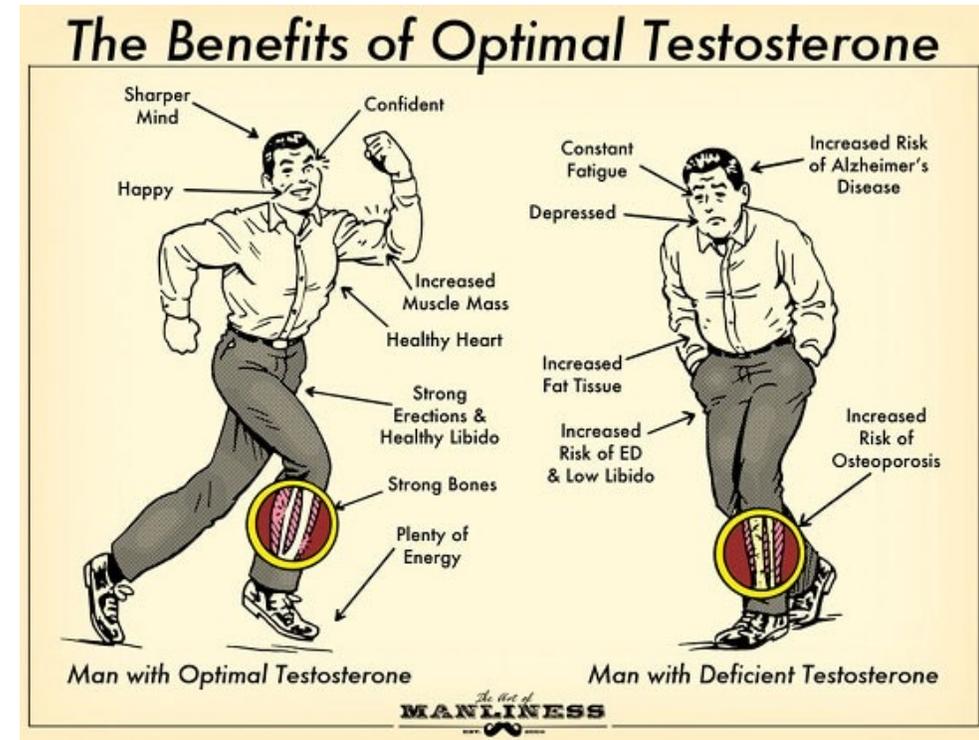


Permet de retrouver une érection spontanée
Remboursé
Possibilité de faire participer le partenaire

Demande de pouvoir pratiquer une chirurgie (CI anesth, contraintes techniques)
Gland parfois mou
Une rigidité peut persister

DS et hypogonadisme

- Dysfonction érectile (dont matinale)
- Perte de libido
- Bilan hormonal
 - FSH, LH, testostérone (biodisponible)
 - TSH , prolactine
 - Cortisol, ACTH
- Cause centrale ou périphérique
- Supplémentation avec avis endocrinologique



Les traitements non-médicamenteux des DS

Les sex-toys

- Ne sont pas un dispositif médical
- Participent à la stimulation de la libido/excitation
- Utile pour le patient et/ou le partenaire
- Participent à la création d'un nouvel équilibre avec le partenaire
- Large choix: avec et sans pénétration

Penser préservatifs en cas d'éjaculation prématurée



Les traitements non-médicamenteux des DS

Hygiène de vie

- Limiter l'impact des comorbidités sur les DS (ex: obésité)
- Rétablir le sommeil
- Favoriser l'activité physique
- Participer à une meilleure tolérance au traitement
- Diminuer l'impact des EI de certains traitements

Baisse de libido/ désir

Ca ne tombe pas du ciel

Dynamiser pensées sexuelles, imaginaire érotique

Prendre soin de soi, se donner RdV, du temps à 2

Changer les scripts, jeux amoureux et/ou sexuels

Se rapprocher

Oser dire NON

Santé sexuelle: prise en charge psychologique, relationnelle, sociale

Symptômes relationnels

Changement du rôle du patient dans le couple et dans ses interactions sociales

Changement du rôle du partenaire « aidant naturel »

Modification/altération de la dynamique du couple

→ Ressource: psychologue, conseiller conjugal, sexologue....

→ Favoriser la communication dans le couple

→ Réintroduire la tendresse et l'érotisme dans le couple.

Symptômes psychologiques

Modification de l'image corporelle, perte d'estime

Modification de la masculinité

Perte/baisse de désir

Détresse face à la maladie

Angoisse de mort

Savoir parler du.de la partenaire

- Rechercher une DS chez la/le partenaire
- Savoir s'il/elle est motivé.e
- Encourager la communication avec la/le partenaire sur les projets en santé sexuelle
- Proposer des consultations de couples voire une thérapie de couple

Conclusion

- **L'impact sur les troubles sexuels dépend:**
 - de la localisation de la maladie,
 - du type de traitement reçu,
 - des séquelles,
 - des co-morbidités,
 - Du stade dans la découverte de la sexualité et de la vie sexuelle antérieure
- **Evaluation adéquate, étiologies intriquées multifactorielles**
- **Prendre en compte le couple si il y en a un**
- **Il existe des solutions simples et plus complexes pour les patients motivés**
- **Informé, prévenir, protéger**
- **Légitimer, rassurer**
- **Orienter et/ou traiter**
- **Se former si on le souhaite**

- **Le rôle du premier du soignant est de connaître les ressources qui existent**