



ReCaP

Des outils pour aider les différents intervenants dans le cancer de la prostate



Fiche Patient Cancer de la prostate

Sexologie

- **Les impacts du cancer de la prostate et de sa prise en charge sur la sexualité sont fréquents et multiples.** Ils peuvent être liés aussi bien à la maladie qu'à sa prise en charge.
- Au delà de l'**atteinte fonctionnelle** (érection, éjaculation...), l'altération de la sexualité peut impacter des dimensions **symboliques** et **relationnelles** pouvant dégrader la confiance en soi et le sentiment de masculinité. Cette **atteinte de la masculinité** peut avoir un impact, au delà de la sexualité, sur la vie affective, conjugale, familiale et socio-professionnelle.

**MAIS... IL EXISTE DES SOLUTIONS,
ON PEUT CONTINUER À AVOIR UNE VIE SEXUELLE
MALGRÉ UN CANCER DE LA PROSTATE.
PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.**

Quels sont les impacts des traitements du cancer de la prostate sur la sexualité ?

Sur la fonction érectile

En cas de prostatectomie (ablation chirurgicale de la prostate)

- La dysfonction érectile est (quasi) systématique avec une récupération progressive possible.
- Il y aura dans les premiers mois a *minima* une neuraapraxie (les nerfs ne fonctionnent plus, même s'ils ne sont pas sectionnés).

En cas de radiothérapie externe, curiethérapie et hormonothérapie

- La dysfonction érectile est possible (+/- réversible).
- L'impact dépend potentiellement de la dose et de l'âge.

Sur l'éjaculation

Prostatectomie

- **Disparition irréversible de l'éjaculation** (atteinte de la fertilité).

Radiothérapie externe et curiethérapie

- Possible diminution de l'éjaculat, douleur à l'éjaculation (régressive) et hémospémie (sang dans le sperme, régressive).

Hormonothérapie

- Possible diminution de l'éjaculat (+/- réversible).

Sur l'orgasme

Prostatectomie

- L'orgasme est conservé mais modifié avec une possible modification de l'intensité (diminution ou augmentation)

Radiothérapie externe et curiethérapie

- Possible modification de l'intensité des orgasmes

Sur l'envie sexuelle

NB : on distingue désir sexuel et libido :

- le **désir sexuel** = « anticipation positive d'une activité sexuelle réaliste, avec soi ou partenaire(s), qui déclenche le réflexe de vasocongestion génitale* »

- la **libido** = starter physiologique de l'envie sexuelle

- **Les troubles de la « libido »** sont souvent importants (+/- réversibles) en lien avec une hormonothérapie.
- **Les troubles de la « désir sexuel »** sont souvent importants, secondaires aux diverses problématiques rencontrées et à l'atteinte de l'assertivité masculine. A noter, un possible impact important sur la masculinité d'une hormonothérapie via la modification des caractères sexuels secondaires.

Risques, fertilité et contraception

- Il n'y a pas de contre-indication aux rapports sexuels pendant les traitements.
- En cas de traitement par curiethérapie : attendre le temps nécessaire avant d'avoir de nouveaux rapports sexuels et utiliser un préservatif.
- En cas de radiothérapie/chimiothérapie/hormonothérapie : une contraception pendant et 6 mois après la fin des traitements est recommandée selon les circonstances.
- L'atteinte potentielle de la fertilité est fréquente : en cas de projet de paternité, prévoir un contact avec les Centres d'Etudes et de Conservation des Oeufs et du Sperme (CECOS).

Institut National du Cancer - Cancer de la prostate - Sexualité et fertilité - <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Sexualite-et-fertilitte> - Consulté le 27 Mars 2020

*Définition du Sexocorporel





Dysfonction érectile : quelles sont les solutions ?

Facilitateur de l'érection – par voie orale = IPDE5 (Inhibiteurs de la Phosphodiésterase de type 5) essentiellement

- Médicaments non remboursés. Les prix sont variables d'une pharmacie à l'autre, les génériques sont plus « accessibles ».
- Attention aux conditions d'utilisation : les délais d'action des molécules sont à prendre en compte, une excitation associée et l'intégrité des bandelettes vasculo-nerveuses *a minima* sont nécessaires.

Inducteurs de l'érection

- Médicaments remboursés dans le cadre des suites d'un cancer de la prostate.
- Ils sont utiles pour la rééducation car ne nécessitent pas d'excitation pour provoquer une tumescence.
- Ils peuvent être utilisés en intra urétral et en injection intra caverneuse.

Traitements mécaniques

- Anneau pénien, vacuum, prothèse pénienne.

La cohabitation et le passage d'une méthode à l'autre sont possibles

La prise en charge doit être envisagée **précocement**, au plus tard à 2-3 mois après la prostatectomie, souvent à 1 mois.

La récupération érectile dépend de plusieurs facteurs pronostiques :

- La fonction érectile et la sexualité antérieures.
- L'âge.
- La vie de couple.
- La présence d'autres pathologies associées (notamment cardiovasculaires, tabagisme).
- L'importance de la rééducation érectile.
- L'importance de la rééducation périnéale sur la fonction érectile : (In)continence = indicateur

Prise en charge du couple

- Il faut si possible inclure votre **conjoint** dans l'accompagnement. L'accompagnement sera **adapté** à chaque personne/couple (croyances etc...).
- Il permet de :
 - Prévenir une « désinsertion érotique » et affective (intimité, tendresse ...)
 - Une sexualité & un érotisme peuvent être maintenus (même **sans érection et/ou pénétration**).
 - Il faut accepter une certaine temporalité sans perte de temps (accompagnement précoce en acceptant des « essais/erreurs » de traitements/adaptations, avec « patience »).
 - Favoriser une **(re)co-construction/réinvention** plutôt qu'une quête du « comme avant » avec (ré)apprentissage/adaptations de la sexualité/recadrage de certaines croyances (ex : « la sexualité est naturelle », « la sexualité nécessite une pénétration », « le plaisir sexuel est lié à l'éjaculation » ...)

SI VOUS RESSENTEZ UN QUELCONQUE EFFET INDÉSIRABLE, PARLEZ-EN À VOTRE MÉDECIN.

Vous pouvez également déclarer les effets indésirables directement via le système national de déclaration : ANSM et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance
Site internet : <http://www.signalement-sante.gouv.fr>

La rééducation érectile est importante

- Le but premier du « traitement rééducatif » est la **prévention de la fibrose des corps caverneux**.
- Le début de fibrose est possible après 3 mois sans tumescence/érection.
- Il est important de **préserver le potentiel érectile** pour le futur, même si vous n'avez pas de sexualité (seul et à 2) **ou si vous n'en ressentez pas l'en- vie pour l'instant**. Il n'est pas indispensable d'obtenir l'érection « parfaite » à court terme (même une rigidité partielle participe à cette rééducation).
- La rééducation participe à reconnecter avec la masculinité (même sans vie sexuelle, simplement du fait de conserver un potentiel et d'avoir un sexe « vivant »).

Prise en charge des troubles de l'envie sexuelle

- L'axe de travail possible et souvent principal est celui du « **désir sexuel** », même s'il y une atteinte de la « libido » (du fait d'une hormonothérapie par exemple). Cela revient à « créer/renforcer la gourmandise (sous tendu par la prise de **PLAISIR**) même s'il n'y a plus de faim ».

Autorisez-vous à poser des questions sur la sexualité/la vie affective

- Demander les coordonnées des correspondants les plus à même de vous renseigner. Ceci est totalement légitime.
- Ne restez pas sur un échec de communication avec un soignant peu attentif à ce sujet, d'autres personnes sauront répondre à vos interrogations.

Les sexologues

- Il n'est pas toujours aisé de trouver un médecin sexologue près de chez soi, cependant il est possible de demander aux urologues les coordonnées de ceux avec qui ils travaillent. Certains sites peuvent également fournir des coordonnées : <https://www.aius.fr/v3/index.asp> <http://www.sfms.fr/prod/system/main/index.asp>
Consulté le 17 mars 2020

NB : la sexologie n'est pas prise en charge par la CPAM et reste au frais des patients en dehors de la situation des sexologues salariés de structures de soin.

