

Couple et Sexualité après Cancer de Prostate

Kamel Ben-Naoum

CHU Nîmes

Octobre 2011

Le cancer de prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme (80 000 nouveaux cas annuels en France). L'âge moyen au moment du diagnostic est de 60 à 70 ans, à un stade de la maladie, souvent localisé à la glande prostatique¹.

Les principales méthodes thérapeutiques sont la chirurgie, la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie. La surveillance active, récent concept, permet de différer la mise en route du traitement éventuel. Il existe également d'autres procédés dont la place n'est pas encore totalement définie (ultra sons focalisés et cryothérapie).

Quel traitement choisir ?

Le choix du traitement est dicté par le stade de la maladie (étendue du cancer au moment du diagnostic). La proposition doit être discutée lors de la consultation d'annonce, où seront évoquées, outre les modalités thérapeutiques et de suivi, les complications attendues et leurs traitements. Elle sera validée lors de la réunion de concertation pluridisciplinaire.

Tous les traitements du cancer localisé de la prostate ont un impératif commun : contrôler la maladie avec le moins de séquelles fonctionnelles possibles. Ils ont considérablement évolué afin de répondre à ces objectifs :

- prostatectomie totale avec préservation nerveuse (chirurgie ouverte, laparoscopique, robotique),
- radiothérapie externe conformationnelle ou
- radiothérapie interstitielle (Curiethérapie),
- ultrasons focalisés (HIFU – Ablatherm).

Conséquences de ces traitements.

Les conséquences de la maladie et de ses traitements (effets secondaires) sont multiples : fatigue, douleurs, troubles sexuels, incontinence urinaire. Cela entraîne un impact important sur la qualité de vie.

La dysfonction sexuelle secondaire aux différents traitements (chirurgie, méthodes physiques, hormonothérapie) proposés pour la prise en charge carcinologique prostatique, relève également de facteurs propres au terrain (état de la sexualité antérieure au diagnostic, facteurs psychologiques, environnement...).

Les altérations de la fonction érectile après prostatectomie ou radiothérapie nécessitent une prise en charge précoce et globale tout en tenant compte des co-morbidités éventuellement associées (diabète, maladies cardio-vasculaires, dépression)².

Les troubles de l'érection sont très fréquents. Leurs étiologies sont multiples : essentiellement neurologiques (section des filets nerveux latéro prostatiques), mais aussi vasculaires (lésions des artères péri prostatiques) et psychologiques (sentiment d'atteinte de la virilité par exérèse d'une glande spécifiquement masculine)³.

Le caractère mutilant de la chirurgie (les bandelettes neuro-vasculaires ne pouvant pas toujours être préservées), l'impact du traitement hormonal pouvant être associé au

même titre que la radiothérapie constituent autant de facteurs délétères sur la sexualité du patient. L'attention du patient peut être médiocre car perturbée par le contexte de l'annonce du diagnostic.

La prise en charge sexologique.

La difficulté réside dans le caractère tardif de la demande du patient de récupérer sa fonction sexuelle, après avoir constaté une évolution favorable de la maladie. La prise en charge des conséquences sexuelles de la maladie et de ses traitements, doit être précoce, discutée avec le patient et son couple en fonction de ses attentes.

Tout retard à la " rééducation pénienne active " limite les chances de retrouver, malgré les moyens mis en œuvre, une sexualité satisfaisante.

La rééducation doit être "active" et sera débutée dans les 3 premiers mois après prostatectomie totale, elle vise à améliorer l'oxygénation du tissu érectile.

La reprise de rapports sexuels est conseillée tout en sachant que cela peut être gêné par l'incontinence urinaire parfois associée.

Les érections peuvent être déclenchées par les injections intra caverneuses de prostaglandines, ou un traitement per-os (inhibiteurs de la phosphodiesterase 5). L'érecteur à dépression (Vacuum) peut améliorer et renforcer les érections.

Il n'y a pas de protocole thérapeutique standard pour la rééducation active de la sexualité, qu'elle soit pharmacologique et/ou mécanique⁴.

Beaucoup d'éléments doivent être pris en compte pour comprendre les difficultés rencontrées par les thérapeutes dans la relation cancer et sexualité⁵ :

- l'angoisse générée par l'annonce du diagnostic,
- son rôle néfaste sur la libido,
- les conséquences organiques du traitement (troubles ano-rectaux, urinaires, douleurs, dysérection)^{6,7},
- le retentissement des traitements hormonaux prescrits avant irradiation ou chirurgie,
- le retentissement socioprofessionnel du diagnostic et du traitement,
- le regard et le soutien de l'entourage, et tout particulièrement celui de la partenaire sexuelle.

Le rôle de la partenaire.

La partenaire doit faire partie du " protocole thérapeutique ", elle sera impliquée dans la prise en charge en lui donnant les informations utiles. Elle permettra d'aider à l'évaluation pré thérapeutique de la sexualité antérieure, la motivation du couple et ses attentes....

Ainsi la prise en charge d'un patient (et de son couple) confronté à une dysfonction érectile, à fortiori conséquence d'une pathologie grave ou de son traitement, nécessite le recours à une équipe pluridisciplinaire où le sexologue, plus particulièrement sensibilisé à cette problématique, a un rôle important à jouer. Il doit savoir (et pouvoir) travailler en réseau ; acquérir quelques notions générales, lui permettant de mieux aider son patient à affronter les séquelles de la maladie prostatique et y apporter des solutions⁸.

Bibliographie :

1-Comité d'andrologie de l'AFU Dysfonctions sexuelles après traitement localisé du cancer de prostate localisé, Prog Urol 2009. 19, suppl 4

2-Cussenot O., Fournier G. ; « Dialogue médecin-malade, cancer de la prostate », ed. John Libbey

3-Lebret T., Hervé J.M., Yonneau L., Botto H. Dysfonction érectile après prostatectomie radicale : intérêt de la programmation des injections intra caverneuses avant l'intervention. *Prog.Urol.* (1999) 9, 483-488

4-Audouin M, Beley S, Cour F et al. Dysfonction érectile après prostatectomie totale : physiopathologie, évaluation et traitement. . *Prog Urol* 2010 ;20 : 172-183

5-Bladou F, Salem N., Karsenty G., Troubles sexuels après curiethérapie par implants permanents d'I-125 dans le cancer localisé de prostate. *andrologie* 2003, 13, N°3 : 252-258

6-Walsh P.C., Partin A.W. Epstein J.I., Cancer control and quality of life following anatomical radical retropubic prostatectomy: results at 10 years. *J.Urol.* 1994; 152 (5 pt 2): 1831-1836

7-Catatlona W.J., Basler J.W., Return of erections and urinary continence following nerve sparing radical retropubic prostatectomy. *J.Urol.* 1993, 150: 905-907

8-Cour F, Fabbro-Perray P, Cuzin B et al. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. *Prog Urol* 2005 ; 15 : 1011-1020.