




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



Évaluation des dysfonctions sexuelles dans le cadre de la prise en charge du cancer de la prostate

Evaluation of sexual dysfunction in prostate cancer management

L. Savareux^{a, *}, S. Droupy^b et les membres du comité d'andrologie de l'AFU

^a Urologie-Andrologie, Clinique la Châtaigneraie, 59, Rue de la Châtaigneraie, 63110 Beaumont, France

^b Service d'Urologie-Andrologie, CHU de Nîmes, Place du Professeur Robert Debré, 30000 Nîmes, Université Montpellier 1, France

MOTS CLÉS

Évaluation ;
Dysfonction érectile ;
Cancer de la prostate

Résumé

L'évaluation et l'information en matière de sexualité des patients atteints d'un cancer de la prostate se doivent d'évaluer la sexualité antérieure au diagnostic et l'impact du diagnostic du cancer sur la sexualité. La découverte d'une dysfonction érectile pré-existante est fréquente et elle devra faire l'objet d'une évaluation classique. L'évaluation doit permettre de préciser la nature et la gravité des troubles sexuels chez le patient et dans le couple, les facteurs de risques cardiovasculaires et métaboliques, les traitements médicamenteux, la demande du patient et du couple en matière de sexualité. Le recours à un avis spécialisé peut dans certain cas s'avérer nécessaire avant la prescription d'un traitement. Les modalités de prise en charge post opératoire et post curie- ou radiothérapie, seront exposées et discutées en fonction des souhaits et priorités du patient et du couple.
© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Evaluation;
Erectile dysfunction;
Prostate cancer

Summary

Prostate cancer patients sexual management and information must evaluate pre-diagnosis sexual life and impact of cancer on sexuality. Discovery of a pre-existent erectile dysfunction is frequent and must lead to a standard evaluation, involving nature, severity, risks factors (metabolic, cardiovascular and drugs) using a patient and couple centered approach. Advice from an other specialist (sexologist, cardiologist...) can be necessary before to prescribe a drug. Postoperative management of induced sexual dysfunction must be explained and decided according to the patient and couple wishes.
© 2009 Published by Elsevier Masson SAS

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Savareux1@groupe-vitalia.com (L. Savareux).

Au cours des consultations qui font suite au diagnostic de cancer de la prostate, afin de permettre au patient de choisir et d'accepter la modalité thérapeutique la mieux adaptée à son cas, les entretiens devront intégrer les éléments carcinologiques mais également ouvrir la discussion sur la sexualité. Cette discussion intégrera des éléments d'information sur les effets secondaires sexuels potentiels mais également une évaluation de la sexualité du couple avec le patient et si possible sa partenaire, dans le contexte de la prise en charge du cancer.

Il conviendra d'évaluer la sexualité antérieure au diagnostic et l'impact du diagnostic du cancer sur la sexualité. En cas de dysfonction érectile pré-existante celle-ci devra faire l'objet d'une évaluation prenant en compte le fait que la dysfonction érectile est un symptôme sentinelle de la maladie coronarienne.

Le diagnostic d'une dysfonction sexuelle n'implique pas obligatoirement sa prise en charge globale par le médecin qui en fait la démarche. Au contraire, si on intègre la santé sexuelle dans la santé globale de l'homme c'est dans une approche multidisciplinaire. L'identification d'une dysfonction sexuelle au cours d'un interrogatoire dans le cadre du cancer de la prostate peut parfaitement faire l'objet d'une nouvelle consultation qui sera dédiée à son évaluation ou d'un avis spécialisé. Le plus important pour le médecin non spécialiste de médecine sexuelle est de reconnaître le symptôme, de valider avec le patient la pertinence de son caractère pathologique et d'organiser sa prise en charge [1].

L'interrogatoire doit préciser la dysfonction érectile : son caractère primaire ou secondaire, sa sévérité, sa durée, l'existence d'autres dysfonctions sexuelles (troubles du désir, de l'éjaculation, de l'orgasme) et son retentissement personnel, familial et social.

L'interrogatoire doit également rechercher une orientation étiologique, des facteurs de risques, de co-morbidités (HTA, dyslipidémie...) et une prise médicamenteuse qui pourrait participer à la genèse du trouble (diurétiques thiazidiques, bêtabloquants non sélectifs, anti-androgènes, antidépresseurs).

Les troubles de l'érection sont souvent d'origine multifactorielle car les facteurs organiques et psychologiques sont intriqués. Les troubles de l'érection entraînent une anxiété de performance, elle-même responsable de troubles sexuels auto-entretenus, expliquant la forte intrication des facteurs étiologiques organiques et psychologiques.

La découverte de facteurs psychologiques, organiques ou de co-morbidités permettra d'adapter les choix thérapeutiques et les conseils de prévention [2, 3].

Le bilan paraclinique comporte une évaluation de glycémie à jeun si le patient n'en a pas eu dans les douze mois précédents, avec hémoglobine glycosylée (HbA1C) si le patient est diabétique. Un bilan lipidique, s'il n'y en a pas eu dans les douze mois précédents : cholestérol total, HDL et triglycérides. Une NFS, ionogramme, créatininémie, bilan hépatique s'il n'y a pas eu de bilan depuis 5 ans. Un dosage de la testostérone totale doit être proposé.

Il n'y a pas d'indication de première intention à des examens complémentaires d'imagerie tels que l'échodoppler, l'IRM ou une artériographie [2, 3].

Au terme de l'interrogatoire et de l'examen clinique plusieurs éléments doivent être identifiés :

- la nature et la gravité des troubles sexuels chez le patient et dans le couple ;
- les facteurs de risques cardiovasculaires et métaboliques ;
- les traitements médicamenteux ;
- la demande du patient et du couple en matière de sexualité.

Recours à un avis spécialisé

Le recours à un avis spécialisé peut dans certains cas s'avérer nécessaire avant la prescription d'un traitement.

Cardiologue

En cas de facteurs de risques cardiovasculaires et selon les recommandations de la conférence de Princeton (Tableau 1) seuls les patients à faible risque peuvent reprendre une activité sexuelle et physique, donc bénéficier de la prescription d'un traitement de la dysfonction érectile [4]. Les patients dont l'état cardiovasculaire est instable ou grave doivent être pris en charge par un cardiologue et être équilibrés avant de pouvoir reprendre une activité physique (dans le cadre par exemple de la prévention de l'insulino-résistance) et sexuelle. Il peut être également utile de demander un avis cardiologique pour tenter de supprimer une prescription de dérivés nitrés qui contre-indique l'utilisation d'IPDE5 ou de modifier un traitement antihypertenseur iatrogène.

Tableau 1 Conduite en fonction du risque cardiovasculaire. Consensus de Princetone 2 [4].

CONDUITE À TENIR EN FONCTION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE SELON LE CONSENSUS DE PRINCETON

Pour les patients à **faible risque** (HTA contrôlée, angor modéré stable, revascularisation coronarienne réussie, antécédents d'infarctus du myocarde non compliqué, pathologie valvulaire mineure, absence de symptômes et moins de 3 facteurs de risque cardio-vasculaire), l'activité sexuelle et le traitement de la dysfonction érectile sont autorisés.

Pour les patients à **risque intermédiaire** (angor modéré stable, infarctus du myocarde de moins de 6 semaines, insuffisance cardiaque de type II, pathologie artérielle extracardiaque, plus de 3 facteurs de risque cardio-vasculaire en dehors de l'âge), une évaluation complémentaire est nécessaire.

Chez les patients à **risque élevé** (angor instable, HTA non contrôlée, insuffisance cardiaque stade III ou IV, infarctus du myocarde de moins de 2 semaines, arythmie à risque, cardiomyopathie obstructive, pathologie valvulaire modérée à sévère), la stabilisation de la fonction cardiaque est nécessaire.

Endocrinologue

En cas, d'endocrinopathie l'avis d'un endocrinologue est nécessaire.

Question 1 : A quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Question 2 : Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, à quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Question 3 : Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu pénétrer votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Question 4 : Pendant vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous pu rester en érection après avoir pénétré votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Question 5 : Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous a-t-il été difficile de rester en érection jusqu'à l'orgasme ?

1. Presque jamais ou jamais
2. Rarement (beaucoup moins qu'une fois sur deux)
3. Quelquefois (environ une fois sur deux)
4. La plupart du temps (beaucoup plus qu'une fois sur deux)
5. Presque tout le temps ou tout le temps

Question 15 : A quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

1. Pas sûr du tout
2. Pas très sûr
3. Moyennement sûr
4. Sûr
5. Très sûr

Figure 1. Questionnaire IIEF-5 fonction érectile. 30-26 : pas de DE ; 25-22 : DE légère ; 21-17 : DE légère à modérée ; 16-11 : DE modérée ; 10-6 : DE sévère

Psychiatre-sexologue

La prise en charge psycho-sexologique est à discuter en cas de dysfonctionnement conjugal, de conflit personnel ou infantile à résoudre, de perturbation des conceptions concernant la sexualité, de paraphilie ou d'anxiété de performance interférant de façon durable et persistante avec le comportement sexuel du patient. L'avis du psychiatre sera également demandé pour modifier une prescription d'antidépresseur (Amineptine, Mirtazapine, Moclobemide sont moins générateurs de dysfonctions sexuelles) ou alléger une prescription de neuroleptiques dans la mesure du possible [2,3].

Au terme de l'évaluation et en fonction du choix de la méthode thérapeutique une information personnalisée sera délivrée sur les risques sexuels.

Les modalités de prise en charge post opératoire et post curie- ou radiothérapie externe, seront exposées et discutées en fonction des souhaits et priorités du patient et du couple.

Des éléments d'information écrits pourront être donnés ou conseillés au patient (fiche AFU (<http://www.urofrance.org>), sites internet (<http://www.dysfonction-erectile-et-prostatectomie.com/index2.php>), livres).

Enfin, afin de suivre de façon structurée et objective l'évolution des troubles on conseillera une évaluation initiale et un suivi utilisant des questionnaires simples et validés (IIEF-5 fonction érectile (Fig. 1), Erection Hardness Score (Fig. 2) afin d'évaluer les dysfonctions sexuelles induites et leur retentissement. (Questionnaires spécifiques disponibles sur demande à www.prolutssh.com).

Conclusion

Au terme de l'évaluation et en fonction du choix de la méthode thérapeutique une information personnalisée sera délivrée sur les risques sexuels.

Conflits d'intérêts

L. S. : L'auteur n'a pas transmis ses conflits d'intérêts.

S. D. : Essais cliniques en qualité de co-investigateur, expérimentateur non principal, collaborateur à l'étude (Lilly) ; activités de conseil (Bayer, Pfizer) ; invitations en qualité d'intervenant (Bayer, Pfizer) ; invitations à des conférences en qualité d'auditeur (Pfizer) ; Versements substantiels au budget d'une institution dont vous êtes responsable (Pfizer).

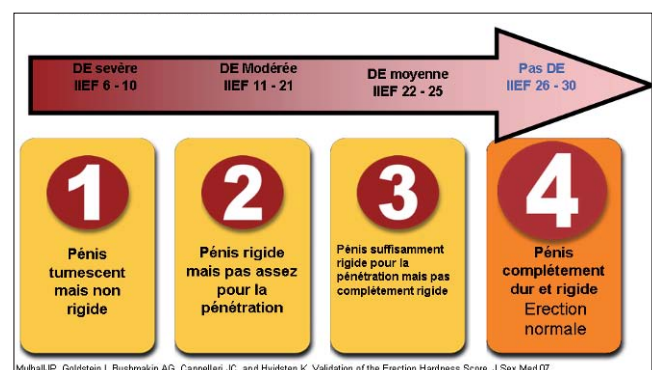


Figure 2. Érection Hardness Score (EHS). D'après [5].

Références

- [1] Seftel AD. Erectile dysfunction a decade later: another paradigm shift. *J Urol* 2006;176:10.
- [2] Cour F, Fabbro-Peray P, Cuzin B, Bonierbale M, Bondil P, de Crecy M, et al. Recommandations aux médecins généralistes pour la prise en charge de première intention de la dysfonction érectile. *Prog Urol* 2005;15:1011-20.
- [3] Droupy S, Ponsot Y, Giuliano F. How, why and when urologists should evaluate sexual function in men? *Nat Clin Pract Urol* 2006;3:84-94.
- [4] Jackson G, Rosen R C., Kloner R A., Kostis JB. The second princeton consensus on sexual dysfunction and cardiac risk: new guidelines for sexual medicine. *J Sex Med* 2006;3:28-36.
- [5] Mulhall JP, Goldstein I, Bushmakin AG, Cappelleri JC, Hvidsten K. Validation of the erection hardness score. *J Sex Med* 2007;4:1626-34.