





Comment prendre en charge la dysfonction sexuelle de l'irradié(e) pelvien

F MARCELLI







• Pourquoi un référentiel cancer et sexualité?

- Prévalence élevée des cancers: sphère génitale avec prostate, sein, colon rectum
- Survie avec les nouveaux traitements
 - => cancer= maladie chronique
- Réelle atteinte de la sexualité: 2/3 des malades
- Traitements existent pour dysfonctions sexuelles
- Santé sexuelle= paramètres de Santé et Qualité de Vie
- Réelle demande des malades
- Plans cancer III
- => MAIS Toujours un décalage entre besoins et prise en compte/charge







Pour qui et Par qui?

- 1/3 patients: sexualité pas la préoccupation. Juste une information
- 1/3 patients: troubles simples surtout si abordés précocement
- 1/3 patients: troubles complexes => avis spécialisés
- Tous les acteurs du soin peuvent <u>participer</u> <u>donner</u> <u>orienter</u> la bonne information



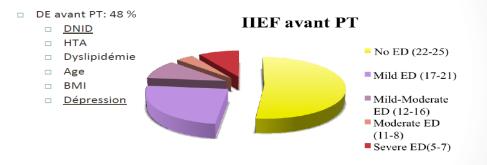




VENDREDI 22 JANVIER 2016 DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT(E)S À RISQUE

 Est-ce important pour vous d'avoir une activité sexuelle?

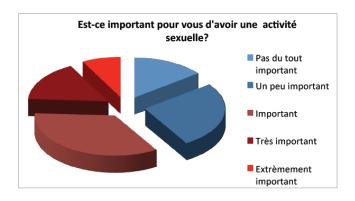
Fonctions sexuelles avant traitement



La prise en charge de la DE, peut débuter avant la PT...

Salomon G. et al J Sex Med 2009

Motivation sexuelle avant traitement



Choo et al. Support Care Cancer (2010)







- Pourquoi en parler?
 - Parce que % de DE est important

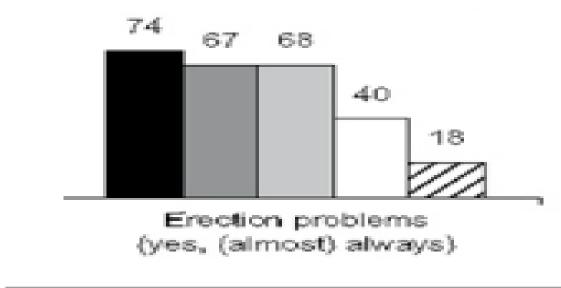
	Durée de	% avec DE		
Database	suivi	PR	XRT	SA
PLCOS (Taylor et al., 2012)	10 années	>95%	>95%	
PCOS (Resnick et al., 2013)	15 années	87%	94%	
Registre norvégien (Kyrdalen et al. (2013)	2 années	87%	83%	76%







- Quel pourcentage de DE?
 - Problème des études ++ => > 50% ++, majoration à 36 mois



■ Prostatectomy
■ Radiotherapy
■ Hormonal therapy
□ Watchful waiting
□ Norm population



Auteur

Stone, 2007

Kao, 2008

Taira, 2009

Emara, 2010

Zelesky, 2011



VENDREDI 22 JANVIER 2016 DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT (E)S À RISQUE

>90% des patients choisissent la curiethérapie pour préserver leurs érections.

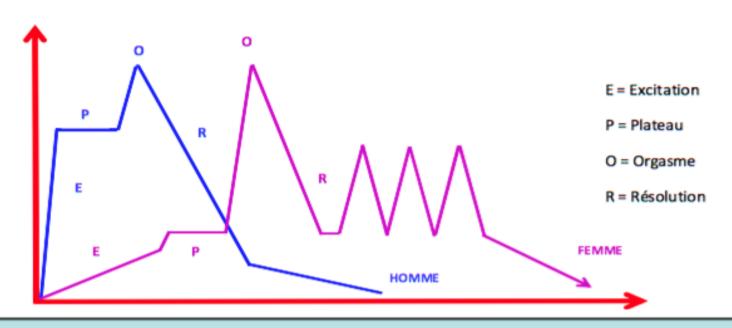
Nbre de pts	Suivi (années)	Patients conservant une fonction sexuelle (%)*			
236	5	61.5			
420	5	73.4			
124	7	55.6			
120	>5	62.9			
350	7	65			

Avec ou sans IPDE5





VENDREDI 22 JANVIER 2016 DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT(E)S À RISQUE



De multiples perturbations attendues à différents niveaux de la réponse physiologique

Troubles du désir

Psychogènes

Blocages sensoriels : vue, odeurs,

bruits, touchers.

Altération de la motivation,

communication insuffisante.

latrogènes:

Hormonaux,

Médicamenteux.

Troubles physiologiques

Dysfonction Érectile

Sécheresse vaginale

Modification des scripts

Perturbation des rapports

Dyspareunies

Douleurs

Dyspnées

Positions

Incontinences

Dysorgasmies

Anéjaculation

Modifications des perceptions

orgastiques

Douleurs

Incontinences







Quelles atteintes masculines?

Locales

- √ troubles de l'érection, éjaculation- orgasme
- √ diminution longueur de verge
- ✓ amplifier par IU, douleurs, troubles de l'éjaculation

• Systémiques

- Atteinte scrotale => altération de la fonction leydigienne -> hypogonadisme
- Accentué par l'hormonothérapie et ses effets
- Meilleure préservation par la curiethérapie, HIFU?

Psychologiques et comportementales

- Troubles de l'humeur , état dépressif
- Image du cancer de la prostate







Dysfonction érectile post RT est-elle égale à la dysfonction érectile post PT?

- Lésions BNV
- Lésions bulbe vasculaire
- Lésions du tissu caverneux

Relation effet dose sur bulbe/BNV: controversée

facteurs associés:

- Age et Fonction érectile initiale
- Terrain métabolique
- Volume prostatique
- Hormonothérapie associée ++

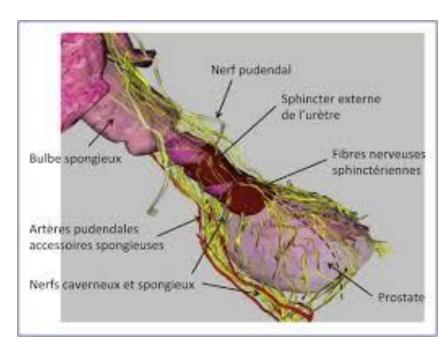
Facteurs indépendants:

- Sensibilité spécifique (génétique?) des tissus à irradiation
- Variation anatomique par proximité des corps érectiles de la zone irradiée
- Présence d'une artère pudendale accessoire dominante dans le volume irradiée





VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR SEN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT(E)S À RISQUE

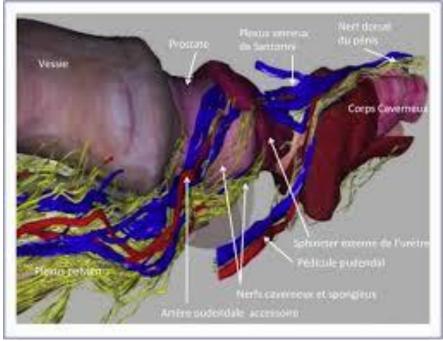


Proximité des fibres nerveuses parasympathiques bulbe et corps

Proximité des artères pudendales accessoires Variabilité distance apex prostate et corps érectile ++

Anomalies micro/macro vasculaires

- ->altérations neurovasculaires
- -> altérations tissulaires : fibrose/atrophie Sommation des effets dans le Temps ++









Impact du blocage androgénique

- TT: facilitateur central et périphérique de l'érection
- Action SNC et SNP
- Corps cellulaires ganglionnaires: présence de récepteurs androgéniques
- Action tissulaire et vasculaire avec rôle trophique sur les corps érectiles
- Régulation de la synthèse de PDE, interaction avec les traitements oraux







Qualité de vie sexuelle et cancer du col localement avancé

C. Grangé et al./Gynécologie Obstétrique & Fertilité 41 (2013) 116-122

en rémission complète, après deux ans de suivi,

Discussion et conclusion. - Les patientes traitées pour un cancer du col localement avancé ont une qualité de vie sexuelle altérée. Les répercussions des traitements du cancer du col utérin localement avancé ont été d'ordres physiologique, intrapsychique et relationnel. Elles présentent plus de problèmes affectant la sexualité que la population féminine générale et que les femmes traitées pour un autre cancer gynécologique. Il conviendrait de proposer une prise en charge adaptée aux patientes et à leur partenaire.





VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR S DEBATS EN PLES PATIEI

Complications sexuelles féminines

— Désir -> Excitation -> Plaisir

Localement:

- ✓ Sécheresse vaginale Ulcération
- √ atrophie Fibrose
- ✓ Sténose vaginale avec diaphragme
- Par des phénomènes vasculo-tissulaires, neurologiques?
- Effet dose à partir de 50-60 Gy
- Effet plateau à 3 mois post RT, persistance dans le temps
- Synergie avec la toxicité de la chimiothérapie
- Facteurs aggravants: obésité, mauvaise hygiène vulvaire

Impact de la radiothérapie sur la vie sexuelle







Systémiques

- √ carence oestrogénique radio-induite
 - √ signes de ménopause
 - ✓ altération de la fertilité => fertilité = féminité

Psychologiques et comportementales

- ✓ Baisse de l'intérêt sexuel dès l'annonce du cancer
- ✓ Lien de cause à effet : RS <-> Cancer
- ✓ Peur d'avoir mal, peur de transmettre
- ✓ Dégradation de son image

Impact de la radiothérapie sur la vie sexuelle







- Comment et quand évaluer la fonction sexuelle?
 - Évaluer sexualité antérieure personnelle et couple
 - Évaluer impact diagnostic du cancer sur la sexualité
 - Score symptômes:
 - IIEF-5,-15: fonction érectile, désir et satisfaction globale
 - EHS
 - FSFI
 - ISL: destiné à la partenaire évaluant l'impact de la DE
 - Morbidité sexuelle spécifique du traitement intriquée avec l'impact psychologique et physique de la maladie cancéreuse
 - Dégradation de image de masculinité/féminité
 - Dégradation du pouvoir de séduction
 - Notion d'images corporelles de soi même et du regard de l'autre et/ou des autres







Prise en charge

- Information ++ personne / couple
- Dès l'annonce++, En impliquant tous les acteurs ++
- Par des guides, des doc ++
- Par prévention :
 - RCP pour poser la meilleure indication
 - Surveillance active?
 - Curiethérapie? HIFU?
 - Curiethérapie chez la femme (toxicité gonadique)
 - AC de gamètes? Fertilité <-> Sexualité
- Lutter contre les facteurs de risques vasculaires ++
- prise en charge globale -> amélioration des fonctions sexuelles = meilleure observance du soin ++
 - ✓ rôle du partenaire : pro actif
 - √ diversité des interlocuteurs: globalisation du soin
 - ✓ recréer de l'intimité non centro-génitale





VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR SE

Prise en charge

- % d'utilisation de traitements sexo-actifs:
 - 77 % post PT
 - 52% avec Brachythérapie
 - 39% post RT
- Profils âges différents?, présence de comorbidités?
- Habitudes de prescription: urologue oncoradiothérapeute





VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR S DEBATS EN PELV

L'hypothèse de la rééducation pharmacologique

- La rééducation érectile permettrait une oxygénation précoce des corps caverneux (1)
 - Rééducation passive :
 - IPDE5 en prise quotidienne, pour optimiser les érections nocturnes
 - Rééducation active : (2-3 /semaine)
 - Injections intra-caverneuses d'alprostadil
 - IPDE5 à la demande lors de rapports sexuels réguliers





The concept of erectile function preservation (penile rehabilitation) in the patient after brachytherapy for prostate cancer.

Stember DS1, Mulhall JP.

Basic science and clinical studies support the concept of a structured program of erectile tissue preservation for optimizing EF after radical prostatectomy and are adapted for the prostate radiation patient.

BJU Int. 2006 Dec;98(6):1255-8.

Early use of a phosphodiesterase inhibitor after brachytherapy restores and preserves erectile function.

Schiff JD1, Bar-Chama N, Cesaretti J, Stock R.

The early use of PDEIs after BT is associated with a significant improvement in and maintenance of erectile function compared with late use. Men undergoing BT should be encouraged to use PDEIs early after implantation, to preserve erectile function.







Avec IPDE5

- 50-75% succès
- Diminution du succès avec le temps
 - Âge
 - Délai après RT
 - Association avec hormonothérapie
 - Dose de RT > 85 Gy

Predictors of response to sildenafil citrate following radiation therapy for prostate cancer.

Teloken PE¹, Parker M, Mohideen N, Mulhall JP. J Sex Med. 2009

Si échec: vérifier

- -> nombre de tentatives 6-8
- -> FI
- -> crainte du « cœur » (conjointe)
- -> doser la Testostérone





VENDREDI 22 JANVIER 2016 DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT (E)S À RISQUE

Traitements disponibles

- Voie intra-urétrale
- Stockage entre 4 à 8°C
 - Spécialités disponibles
 - Vitaros 300µg
 - ➤ Muse 500 et 1000µg

- Voie injectable intra-caverneuse
 - Stockage température ambiante
 - Spécialités disponibles
 - Edex 10 et 20 μg
 - Caverject 10 et 20 μg

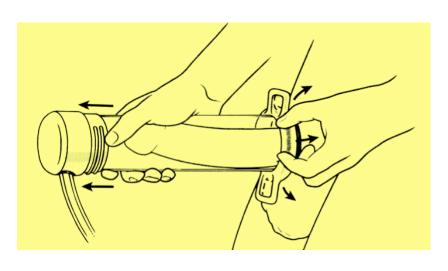






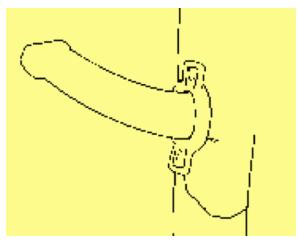
VENDREDI 22 JANVIER 2016 PARIS DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT (E) S À RISQUE







Vaccum







VENDREDI 22 JANVIER 2016 DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT(E)S À RISQUE

3.9 Third-line therapy (penile prostheses)

The surgical implantation of a penile prosthesis may be considered in patients who do not respond to pharmacotherapy or who prefer a permanent solution to their problem. Two types of prosthesis exist: malleable (semi-rigid) and inflatable (two- or three-piece).

Most patients prefer the three-piece inflatable devices due to the more 'natural' erections obtained. However, the two-piece inflatable prosthesis can be a reliable option with fewer mechanical complications and is easier to implant. A semi-rigid prosthesis provides a constantly rigid penis and may be suitable in older patients with infrequent sexual intercourse (132). The inflatable prosthesis is much more expensive. In several countries, patients are reimbursed for the cost of the prosthesis provided the ED has an organic cause and the patient has undergone a complete impotence assessment.

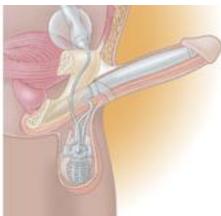
Prosthesis implantation has one of the highest satisfaction rates (70-87%) among treatment options for ED based on appropriate consultation (133-137).

Guidelines on

Male Sexual Dysfunction:

Erectile dysfunction and premature ejaculation









VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR S DEBATS EN LES PATI

Et la partenaire:

- Partenaire active
- Dysfonctions sexuelles féminines ++
 - 42% troubles du désir
 - Autres problèmes de santé avec impact négatif sur la sexualité 10%
 - Sécheresse vaginale 13%
 - Troubles de l'orgasme 14%
- Moins exprimées par les femmes qui expriment plus de détresse face à la situation vécue par leur partenaire





VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR SEN PELVI-PERINE LES PATIENT (E) S À R

Chez la femme

- THS par estrogènes
- Tibolone
- IRS (paroxétine fluoxétine)
- Lubrifiants produits à base d'acide hyaluronique
- Dilatateurs vaginaux
- => <u>Surtout reprise rapide des RS qui assurent la</u> <u>meilleure stimulation locale</u>





VENDREDI 22 JANVIER 2016 DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT (E) S À RISQUE

Le futur =>meilleure conservation de la fonction sexuelle?

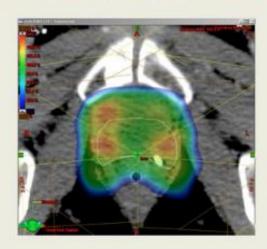
RT-3D, Collimateurs multi-lames, IGRT, IMRT







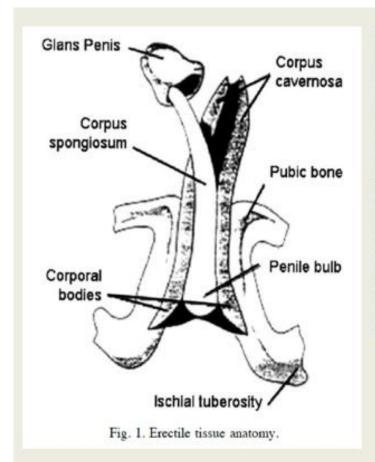


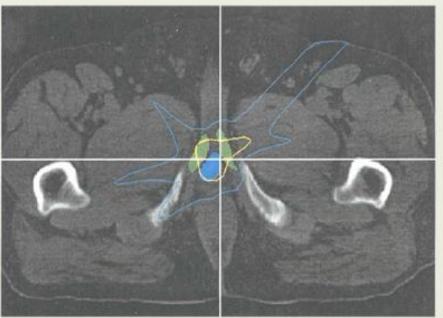






VENDREDI 22 JANVIER 2016 PAR S DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT (E) S À RISQUE





Buyyounouski Int J Radiat Oncol Biol Phys. 2004;59:1383-1391.







- Et les autres cancers?
 - Littérature pauvre
 - Type colo-rectum: association comprenant chimio/RT/chirurgie
 - Questionnement récent sur la sexualité
 - Impact sur plexus pelviens autonomes

Fonctions sexuelles après traitement du cancer rectal : impact des doses aux plexus pelviens autonomes

A. Goineau et al. / Cancer/Radiothérapie 18 (2014) 757–762

Conclusion. – Les séquelles sexuelles restent sous-évaluées et mal comprises. L'impact des doses aux plexus pelviens autonomes est une donnée totalement nouvelle qui confirme les données chirurgicales sur la préservation nerveuse autonome et qui pourrait être approfondie avec le développement de la radiothérapie avec modulation d'intensité.







• Conclusion:

- Comparaisons difficiles entre les techniques
- Études sont difficilement comparables
- En commun:
 - Nécessité d'une prise en charge précoce
 - Soutien pro actif du couple: Coaching!
 - IPDE5 PGE1
 - Aides mécaniques
 - IPP





VENDREDI 22 JANVIER 2016 PARIS DEBATS EN PELVI-PERINEOLOGIE LES PATIENT (E)S À RISQUE

