Place de la prise en charge sexologique et relationnelle dans le traitement du cancer de la prostate

Les conséquences sexuelles et relationnelles du cancer de prostate et de ses traitements sont responsables d'une détérioration importante de la qualité de vie de nos patients, majorant le contexte anxieux et dépressif propre à la maladie cancéreuse. Quelle place pour une prise en charge, quand doit-elle intervenir et sous quelle forme ? Le point avec le Dr Colson.

Mots-clés :
Prostate, Cancer, Sexualité, Fertilité, Couple

Dr Marie-Hélène Colson, CRIR-AVS, Service de psychiatrie du Pr Lançon, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille.

Le cancer de prostate se situe au 2e rang de l'ensemble des cancers en France, et au premier pour l'homme (1), chez lequel il représente 25 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers chaque année (2). En 2008, on dénombrait 889 102 nouveaux cas diagnostiqués aux USA (3). Aucun traitement du cancer de prostate ne laisse véritablement indemne ni la sexualité, ni même la fertilité. Les conséquences sexuelles et relationnelles en sont importantes et doivent être prises en compte par l'équipe soignante.

Le désir d'une sexualité satisfaisante ne disparaît pas avec l'annonce du cancer de prostate

Chez les patients atteints de cancer de prostate, l'altération de la qualité de vie peut concerner de 33 à 98 % des patients selon les études (4). Les troubles de l'humeur, et le sentiment de détresse, classiques chez toute personne atteinte d'un cancer, semblent en grande partie majorés en cas de cancer de prostate, à cause de l'atteinte sexuelle qui lui est classiquement liée (5).

© oocoskun - Fotolia.com

Le caractère particulièrement inéluctable des difficultés sexuelles engendrées par le cancer de prostate lui fait tenir une place à part en termes de conséquences émotionnelles et relationnelles. L'importance des troubles anxieux et dépressifs en relation avec l'altération de la sexualité a bien été démontrée (6), associant indice d'anxiété élevé, tendance à l'isolement et au repli sur soi, et troubles dépressifs (7). Le risque relatif de suicide est loin d'être négligeable, en particulier dans les trois premiers mois suivant l'annonce du cancer où il se multiplie par 2 (8). Ce risque suicidaire augmente de manière significative en cas d'absence d'informations circonstanciées (9).

Les troubles anxieux s'installent dès l'annonce du cancer de prostate et, à ce stade, 60 % des hommes diagnostiqués estiment qu'il est important, voire extrêmement important, d'avoir une activité sexuelle (10).

À l'étape des biopsies, on note déjà 64 % de manifestations anxieuses, qui vont se poursuivre et souvent s'amplifier lors de la mise en œuvre du traitement. Les troubles de l'érection qui s'installent durant cette période par anxiété de performance s'élèvent à 7 %, puis doublent (15 %) dans la semaine et le mois qui suivent la biopsie (11).

Le risque dépressif augmente avec la mise en place du protocole thérapeutique, quelle qu'en soit la nature. Il est deux à trois fois plus important que dans la population générale (12). Ce risque est multiplié par trois en cas de douleurs mal soulagées (13).

Les préoccupations concernant le déficit sexuel sont au premier rang du sentiment de détresse pour une large majorité de patients (14), et 68 % d'entre eux se disent même prêts à sacrifier une partie de leurs chances de survie à 5 ans en échange du maintien de leur fonction sexuelle (6).

Le désir d'une sexualité conservée est important pour la majorité des hommes affectés par un cancer de prostate. La relation entre difficultés sexuelles chez ces patients et incidence des troubles anxieux et dépressifs a bien été démontrée.
68 % d'entre eux se disent même prêts à sacrifier une partie de leurs chances de survie à 5 ans en échange du maintien de leur fonction sexuelle. (14)

Une masculinité à redéfinir

Soixante à 85 % des hommes traités pour cancer de prostate localisé sont affectés en profondeur dans leur sexualité (15). Il est courant de résumer les difficultés sexuelles liées au cancer de prostate à la dysfonction érectile (DE), alors qu'en réalité, l'ensemble des paramètres sexuels sont perturbés par des remaniements plus ou moins importants en fonction des traitements choisis.
La perte d'érection est au premier plan de la dégradation de la vie sexuelle des hommes traités pour cancer de prostate. Elle survient régulièrement après prostatectomie radicale (PT) (16), et régresse dans les 12 à 18 mois, dans des proportions variables, et de manière étroitement corrélée à plusieurs facteurs dont l'âge du patient, la qualité du geste chirurgical et de la préservation nerveuse, ainsi qu'à la qualité de la fonction érectile avant l'intervention (17-19), et certainement aussi à la précocité de la prise en charge (20).
Et lorsque le traitement mis en œuvre n'a pas affecté directement l'érection, 50 % des patients se demandent à quel moment ils finiront par devenir eux aussi impuissants (21).
L'anorgasmie est fréquente, mais le plus souvent en l'absence d'informations adéquates sur les conditions de la récupération de leur fonction sexuelle (22). L'anéjaculation est souvent considérée comme gênante, voire très perturbante (23).
La douleur associée à l'orgasme n'est pas rare et peut perturber gravement le plaisir (24), tout particulièrement chez les patients plus âgés (25).
La baisse de libido, qui peut se révéler directement liée aux traitements mis en œuvre, est aussi largement entretenue par les modifications radicales des repères sexuels et au sentiment d'échec qui en découle. La perturbation des axes neurophysiologiques du plaisir et les modifications fréquentes de perceptions (sensation de pénis froid ou de diminution de la taille du pénis…) sont autant de facteurs contribuant à la perte du désir, tout autant que les troubles dépressifs, ou l'attitude de surprotection et de maternage d'une partenaire anxieuse.
Le sentiment d'identité virile et de masculinité est mis à rude épreuve (26) par les problèmes de continence après PT, qui affectent gravement la qualité de vie tout autant que l'image du corps (27, 28). Ils s'ajoutent aux perturbations de l'image de soi déjà affectée par les troubles de l'érection, de l'orgasme et du désir (29, 30), ainsi que par les modifications de taille de la verge (31, 32), ou encore par l'existence d'une gynécomastie (33) fréquente sous hormonothérapie.
La perte du sentiment d'identité virile s'accompagne aussi d'une perte d'élan vital, d'une sensation de baisse de vitalité et d'énergie, renforçant le sentiment de détresse (34). L'ensemble de ces modifications contribue à développer, chez de nombreux patients atteints de cancer de prostate, un sentiment d'incapacité personnelle et sexuelle, les conduisant au repli sur soi, à l'isolement social, au retrait face au désir d'intimité de la partenaire sexuelle, et au renforcement des troubles de l'humeur (35).
Toutes les ressources d'adaptabilité et de résilience de l'individu doivent être mises à contribution pour maintenir une image de soi conservée et digne, à laquelle la reprise d'une sexualité satisfaisante peut contribuer largement (36).

Le couple face à la DE

Les troubles de l'humeur et la tendance à l'isolement sont souvent responsables de nombreuses tensions au sein du couple, responsables de conduites d'évitement face aux relations sexuelles, voire de toute communication dans le couple. Les conséquences en sont particulièrement graves sur l'équilibre conjugal (37, 38), la plupart des femmes acceptant mal de ne pas pouvoir soutenir affectivement leur partenaire malade qui s'y refuse.
Le devenir sexuel du couple semble très lié à la qualité de la communication entre partenaires (39). Les couples qui traversent le mieux cette période difficile, sont ceux chez lesquels la communication reste satisfaisante, assurant ainsi une bonne cohésion conjugale et rendant possible la résolution des difficultés, y compris sur le plan sexuel (40). Le sentiment de détresse s'avère alors significativement moins important chez les deux partenaires (41).

Comment prendre simplement en charge les aspects sexologiques et relationnels ?

Une prise en charge simplifiée des aspects sexologiques et relationnels liés au cancer de prostate est accessible à tous les médecins.

Prise en compte précoce et rôle clé de l'information

Dans l'ensemble, la restauration de la fonction sexuelle est largement améliorée lorsque la prise en charge, le conseil et l'information se font précocement (42, 43). L'idéal est de pouvoir évaluer la sexualité du patient avant même la mise en œuvre du traitement, car les

chances de récupération sexuelle en sont améliorées (44, 45).
Une détérioration des paramètres de la sexualité peut être évoquée et prise en compte dès la première consultation, et orienter le choix thérapeutique (46). La motivation sexuelle de la partenaire fait aussi partie de cette première évaluation, car le pronostic sexuel à terme s'avère moindre en cas de dysfonction sexuelle préexistante chez elle (47).
C'est aussi très précocement que peut être dispensée l'information sur les conséquences sexuelles du traitement choisi, ainsi que sur les possibilités thérapeutiques. Bien comprendre le fonctionnement de chaque médicament utilisé pour restaurer la fonction érectile est une étape clé de l'éducation thérapeutique. Le patient doit bien faire la différence entre IPDE5, injections, vacuum et autres possibilités thérapeutiques. Il doit pouvoir choisir au sein de l'arsenal pharmacologique qui lui est proposé ce qui lui convient le mieux, et qui s'adapte le mieux à son fonctionnement sexuel. Il doit bien être prévenu de l'impossibilité d'érections dans les suites immédiates d'une prostatectomie totale (48).
L'éducation thérapeutique est primordiale dans la reconstruction sexuelle qui suit le cancer de prostate. Elle permet, en particulier, d'éviter les attentes irréalistes et les déceptions. Un patient informé reconstruit plus facilement sa fonction sexuelle (22).
Même si lors des premières consultations une grande masse d'informations est perdue, une information claire améliore les chances de récupération sexuelle (49), et il ne faudra pas hésiter à réitérer conseils et explications.
La partenaire du patient doit elle aussi être informée, compte tenu du rôle clé qu'elle va jouer dans le processus de guérison (50) et du facteur de blocage qu'elle peut représenter lorsqu'elle est insuffisamment informée ou tenue à l'écart (51).

Les clés de la prise en charge des aspects sexologiques dans le cancer de prostate

Anticiper
- Importance du bilan sexuel précoce (motivation, désir, érection, plaisir, partenaire)

Informer
- Conséquences sexuelles du traitement entrepris sur les différents paramètres sexuels (désir, érection, orgasme, éjaculation)
- Possibilités et impossibilités des solutions thérapeutiques
- Une reconstruction sexuelle par étapes successives

Prendre en charge
- Favoriser une sexualité alternative provisoire (le plaisir n'est pas lié à l'érection ou à la pénétration)
- Proposer chaque médicament de l'érection avec un objectif adapté à la phase de récupération sexuelle
- Un suivi jusqu'à la satisfaction
- Un travail en réseau pour les cas difficiles

La reconstruction de la fonction sexuelle se fait par étapes successives

Même s'il n'existe pas vraiment à ce jour de protocole thérapeutique systématique (52), le patient doit être prévenu que la reconstruction sexuelle s'opère en plusieurs étapes successives, et qu'il faut du temps et de la patience pour y arriver.
Continuer à partager du plaisir sans rechercher obligatoirement la pénétration peut être une solution alternative provisoire satisfaisante permettant de préserver l'intimité du couple dans les situations adverses. Dans de très nombreux cas, partager de l'intimité, même sans érection, permet une satisfaction sexuelle retrouvée (53), ainsi que la reprise de la fréquence antérieure des relations sexuelles (54). Maintenir l'intimité charnelle du couple semble bien, dans les publications les plus récentes, être le véritable enjeu de la restauration sexuelle (50). Et dans les cas les plus difficiles, la reconstruction d'une masculinité sans érection est toujours possible et doit être encouragée (26).
L'orgasme, tout particulièrement, est le plus souvent accessible, même sans érection, même sans éjaculation, et le patient doit en être informé. Continuer à fonctionner sexuellement avec sa partenaire et à partager du plaisir est un excellent moyen de ne pas s'éloigner l'un de l'autre charnellement, et contribue à la rééducation fonctionnelle mise en œuvre en parallèle.
Une attitude passive qui se contenterait d'attendre le retour des érections pour relancer les relations intimes est contre-productive et retarde la récupération sexuelle.

• Un suivi jusqu'à la satisfaction
Le patient a besoin d'être encouragé, voire "nursé" dans son effort de reconstruction. Il est souvent dépressif et ressent le besoin d'exprimer ses craintes, souvent de manière négative ("*ça ne marche pas*", "*je n'y arriverai jamais*"…). Il faudra reprendre avec lui les étapes de la progression, l'encourager dans ses efforts, l'accompagner simplement, l'aider à restaurer sa confiance.

• Importance du réseau de soins
La collaboration au sein du réseau de soins doit être la règle. La reconstruction de la fonction sexuelle est difficile et longue, et il ne faut pas hésiter à faire appel aux compétences de professionnels de santé d'horizons différents pour mieux encadre le patient, à la fois dans sa récupération physique, psychologique et relationnelle.

Conclusion

Les aspects sexuels et relationnels lié au cancer de prostate et à ses traitements ne doivent pas être négligés. La récupération d'une sexualité satisfaisante est toujours possible, quelles qu'en soient les modalités. Elle est particulièrement importante pour le patient. Elle l'aide à garder de lui une image virile et digne, permettant ainsi de faire diminuer les troubles anxieux et dépressifs, et d'améliorer sa qualité de vie.

Lien d'intérêt : *Pas de lien d'intérêt sur le sujet.*

Bibliographie

1. Bauvin E, Remontet L, Grosclaude P et al. Incidence and mortality of prostate cancer in France: trends between 1978 and 2000. Prog Urol 2003 ; 13 : 1334-9.
2. Remontet L, Esteve J, Bouvier AM et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique 2003 ; 51 : 3-30.
3. Ferlay J, Shin HR, Bray F et al. GLOBOCAN 2008 v1.2, cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10 (Internet). 2010. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. http://globocan.iarc.fr
4. Sanders S, Pedro LW, Bantum EO, Galbraith ME. Couples surviving prostate cancer: long-term intimacy needs and concerns following treatment. Clin J Oncol Nurs 2006 ; 10 : 503-8.
5. Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL et al. Seeking help for erectile dysfunction after treatment for prostate cancer. Arch Sex Behav 2004 ; 33 : 443-54.
6. Korfage IJ, Essink-Bot ML, Janssens JW et al. Anxiety and depression after prostate cancer diagnosis and treatment: 5-year follow-up. Br J Cancer 2006 ; 94 : 1093-8.
7. Turns D. Psychosocial issues: pelvic exenterative surgery. J Surg Oncol 2001 ; 76 : 224-36.
8. Fang F. Immediate risk of suicide and cardiovascular death after a prostate cancer diagnosis: cohort study in the United States. J Natl Cancer Inst 2010 ; 102 : 307-14.
9. Bill-Axelson A. Suicide risk in men with prostate-specific antigen-detected early prostate cancer: a nationwide population-based cohort study from PCBaSe Sweden. Eur Urol 2010 ; 57 : 390-5.
10. Choo R, Long J, Gray R et al. Prospective survey of sexual function among patients with clinically localized prostate cancer referred for definitive radiotherapy and the impact of radiotherapy on sexual function. Support Care Cancer 2010 ; 18 : 715-22.
11. Zisman A, Leibovici D, Kleinmann J et al. The impact of prostate biopsy on patient well-being:a prospective study of pain, anxiety and erectile dysfunction. J Urol 2001 ; 165 : 445-54.
12. Fisch M. Treatment of depression in cancer. J Natl Cancer Inst Monogr 2004 ; 32 : 105-11.
13. Gagliese L, Gauthier LR, Rodin G. Cancer pain and depression: a systematic review of age-related patterns. Pain Res Manag 2007 ; 12 : 205-11.
14. Rivers BM, August EM, Gwede CK et al. Psychosocial issues related to sexual functioning among African-American prostate cancer survivors and their spouses. Psychooncology 2011 ; 20 : 106-10.
15. Penson DF, McLerran D, Feng Z et al. 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: Results from the prostate cancer outcomes study. J Urol 2008 ; 179 : S40-S4.
16. Mulhall JP, Secin FP, Guillonneau B. Artery sparing radical prostatectomy, myth or reality? J Urol 2008 ; 179 : 827-31.
17. Müller A, Parker M, Waters BW et al. Penile rehabilitation following radical prostatectomy: predicting success. J Sex Med 2009 ; 6 : 2806-12.
18. Heidenreich A, Aus G, Bolla M et al. EAU guidelines on prostate cancer. Eur Urol 2008 ; 53 : 68-80.
19. Eastham JA, Scardino PT, Kattan MW. Predicting an optimal outcome after radical prostatectomy: the trifecta nomogram. J Urol 2008 ; 179 : 2207-10.
20. Droupy S. La dysfonction érectile après prostatectomie totale : quelle prise en charge ? Prog Urol 2009 ; 19 : 893-6.
21. Helgason AR, Adolfsson J, Dickman P et al. Waning sexual function - the most important disease-specific distress for patients with prostate cancer. Br J Cancer 1996 ; 73 : 1417-21.
22. Le JD, Cooperberg MR, Sadetsky N et al.; CaPSURE Investigators.Changes in specific domains of sexual function and sexual bother after radical prostatectomy. BJU Int 2010 ; 106 : 1022-9.
23. Messaoudi R, Menard J, Parquet H et al. Modification of sexual desire and orgasm after radical prostatectomy for prostate cancer. Prog Urol 2011 ; 21 : 48-52.
24. Barnas JL, Pierpaoli S, Ladd P et al. The prevalence and nature of orgasmic dysfunction after radical prostatectomy. BJU Int 2004 ; 94 : 603-5.
25. Dubbelman Y, Wildhagen M, Schröder F et al. Orgasmic dysfunction after open radical prostatectomy: clinical correlates and prognostic factors. J Sex Med 2010 ; 7 : 1216-23.
26. Oliffe J. Constructions of masculinity following prostatectomy-induced impotence. Soc Sci Med 2005 ; 60 : 2249-59.
27. Canada AL, Neese LE, Sui D, Schover LR. Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. Cancer 2005 ; 104 : 2689-700.
28. Mirza M, Griebling TL, Kazer MW. Erectile dysfunction and urinary incontinence after prostate cancer treatment. Semin Oncol Nurs 2011 ; 27 : 278-89.
29. Visser A, van Andel G, Willems P et al. Changes in health-related quality of life of men with prostate cancer 3 months after diagnosis: the role of psychosocial factors and comparisement with benign prostate hyperplasia patients. Patient Educ Couns 2003 ; 49 : 225-32.
30. Chism K, Kunkel EJS. Prostate cancer: Issues in psychosomatic medicine Current Psychiatry Reports 2009 ; 11 : 205-10.
31. Peneau M, Staerman F. Altération de la fonction sexuelle dans le traitement du cancer de la prostate localisé. Prog Urol 2006 ; 16 : 721-30.
32. Ko WFY, Degner LF, Hack TF et al. Penile length shortening after radical prostatectomy: men's responses. Eur J Oncol Nurs 2010 ; 14 : 160-5.
33. Wassersug RJ, Oliffe JL. The social context for psychological distress from iatrogenic gynecomastia with suggestions for its management. J Sex Med 2009 ; 6 : 989-1000.
34. Eton DT, Lepore SJ. Prostate cancer and health-related quality of life: a review of the literature. Psychooncology 2002 ; 11 : 307-26.
35. Letts C, Tamlyn K, Byers ES. Exploring the impact of prostate cancer on men's sexual well-being. J Psychosoc Oncol 2010 ; 28 : 490-510.
36. Harrington JM. Implications of treatment on body image and quality of life. Seminars in Oncology Nursing 2001 ; 27 : 290-9.
37. Lavery JF, Clarke VA. Prostate cancer: patients' and spouses' coping and marital adjustment. Psychol Health Med 1999;4:289–302.
38. Boehmer U, Clark JA. Communication about prostate cancer between men and their wives. J Fam Pract 2001 ; 50 : 226-31.
39. Perez MA, Skinner EC, Meyerowitz BE. Sexuality and intimacy following radical prostatectomy: patient and partner perspectives. Health Psychol 2002 ; 21 : 288-93.
40. Christensen A, Shenk JL. Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and sexual dysfunction in prostate cancer couples. Psycho-Oncology 2009 ; 18 : 735-46.
41. Malcarne VL, Banthia R, Varni JW et al. Problem-solving skills and emotional distress in spouses of men with prostate cancer. J Cancer Educ 2002 ; 17 : 150-4.
42. Treiyer A, Anheuser P, Bütow Z, Steffens J. A single center prospective study: prediction of postoperative general quality of life, potency and continence after radical retropubic prostatectomy. J Urol 2011 ; 185 : 1681-5.
43. Weinstein Dunn M, Wallace Kazer M. Prostate cancer overview. Seminars in Oncology Nursing 2011 : 27 : 241-50.
44. Droupy S. La dysfonction érectile après prostatectomie totale : quelle prise en charge ? Prog Urol 2009 ; 19 : 893-6.
45. Gacci M, Simonato A, Masieri L et al. Urinary and sexual outcomes in long-term (5+ years) prostate cancer disease free survivors after radical prostatectomy. Health and Quality of Life Outcomes 2009 ; 7 : 94.
46. Bokhour BG, Clark JA, Inui TS et al. Sexuality after treatment for early prostate cancer: exploring the meanings of "erectile dysfunction". J Gen Intern Med 2001 ; 16 : 649-55.
47. Moskovic DJ, Mohamed O, Sathyamoorthy K et al. The female factor: Predicting compliance with a post-prostatectomy erectile preservation program. J Sex Med 2010 ; 7 : 3659-65.
48. McCullough AR. Sexual dysfunction after radical prostatectomy. Rev Urol 2005 ; 7 (suppl 2) : S3-S10.
49. Wagner L, Faix A, Cuzin B et al. Sexual dysfunction after radical prostatectomy. Prog Urol 2009 ; 19 : S168-72.
50. Manne SL, Kissane DW, Nelson CJ et al. Intimacy-enhancing psychological intervention for men diagnosed with prostate cancer and their partners: A pilot study. J Sex Med 2011 ; 8 : 1197-209.
51. Ezer H, Ricard N, Bouchard L et al. Adaptation of wives to prostate cancer following diagnosis and 3 months after treatment: a test of family adaptation theory. Int J Nurs Stud 2006 ; 43 : 827-38.
52. Audouin M, Beley S, Cour F et al. Dysfonction érectile après prostatectomie totale : physiopathologie, évaluation et traitement. Prog Urol 2010 ; 20 : 172-83.
53. Beck AM, Robinson JW, Carlson LE. Sexual intimacy in heterosexual couples after prostate cancer treatment: What we know and what we still need to learn. Urol Oncol 2009 ; 27 : 137-43.
54. Flynn KE, Jeffery DD, Keefe FJ et al. Sexual functioning along the cancer continuum: focus group results from the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS®). Psychooncology 2011 ; 20 : 378-86.