



Prise en charge Sexologique post-
prostatectomie radicale :
« Le couple après une chirurgie de
la prostate »

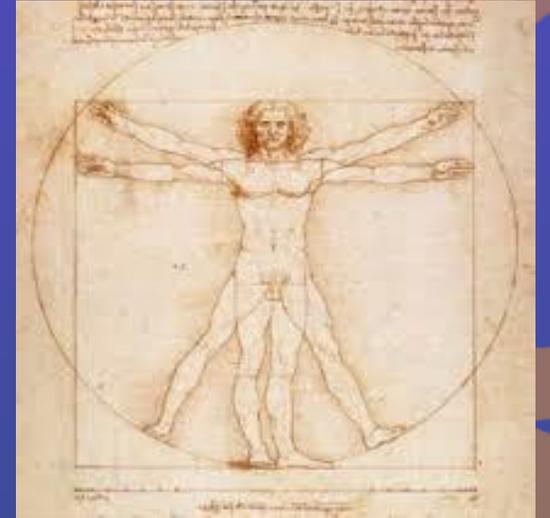
Richard Clautiaux

Psychologue

Service d'Urologie CHU-Hôpitaux de Rouen

Semaine patients 2018

PLAN



- La prostatectomie radicale
- Les conséquences physiologiques et sexuelles
- La notion de dysfonction érectile
- La prise en charge sexothérapeutique
- La place de la partenaire dans le travail du couple
- Ce qu'il faut retenir

LA PROSTATECTOMIE RADICALE

- Chirurgie de référence dans le cancer de la prostate.
- On estime actuellement que
 - Gain espéré en terme de durée de vie / QDV
 - Récidive très faible lorsque intervention précoce
- Plan pratique, principalement 2 effets indésirables:
 - Les troubles sexuels
 - Les troubles de la continence.

LA PROSTATECTOMIE RADICALE

- Jamais considérée comme une étape facile dans la vie d'un homme
 - Absence de facteurs environnementaux clairement connus
 - Fréquence de l'aspect héréditaire de ce type de cancer
 - Conséquences connues et souvent redoutées par les hommes
- « Je ne suis plus un homme », « je suis un sous-homme », « on m'a dévirilisé », « je suis rendu impuissant »



LA PROSTATECTOMIE RADICALE

- La Prostatectomie Radicale n'est pas la seule technique :
 - Radiothérapie :
 - Pb : incertitude sur éradication du cancer et surtout conséquences à moyen terme des rayons (vessie et colon radiques)
 - → altération de la QDV, y compris sur le plan sexuel
 - Curiethérapie : ok si cancer de bas grade
 - mais risques liés aux rayonnements tout de même présents. Opérabilité en cas de récurrence?

LA PROSTATECTOMIE RADICALE

- Hormonothérapie : Souvent utilisée en cas de récurrence car permet de mettre au repos le fonctionnement de la prostate
 - Pb: entraîne un hypo-désir sexuel fort (blocage androgénique)
- Chimiothérapie : traitement proposé en cas de récurrence, il est plus rarement proposé en première intention (sauf quand cancer déjà évolué, M+)
 - Pb : effets secondaires +/- importants, reste un traitement agressif pour l'ensemble du corps



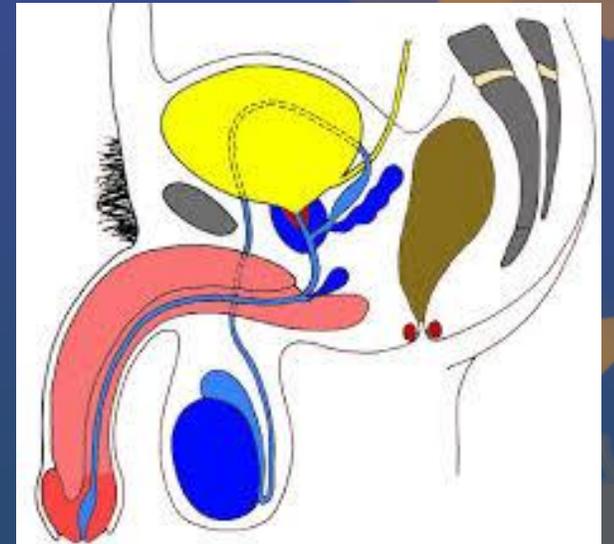
LES CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET SEXUELLES

○ Physiologiquement :

- Prostate ? Maturation et stockage des spermatozoïdes
- Reproduction + la sexualité = éjaculation (+ stimulation)
- Continence? Oui et non → dépend de la façon dont la PR se déroule, mais globalement plutôt non (**périnée oui**)

○ Les conséquences de la PR :

- Vésicules séminales sont enlevées
- Donc volume spermatique - - -
- Anéjaculation (pas de bolus spermatique
Si pas de bloc vesiculo-déférentiel)



LES CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET SEXUELLES

- Et les nerfs dans tout cela ???
 - Importance des nerfs pour l'érection ?
- Les nerfs servent à transmettre le désir (cerveau)
→ génital
- Permettre relaxation des muscles lisses (Barrière active anti-érections)
- PR Robot-assistée = tenter de conserver les nerfs... → chirurgie mini-invasive
 - Limites = plan oncologique

LES CONSEQUENCES PHYSIOLOGIQUES ET SEXUELLES

- Donc, pas de problèmes d'érection ? Si...
 - Importance du traumatisme génital, vésical, périnéal
 - Traction sur les nerfs pour les mettre de côté
 - → **élongation des tractus nerveux** = troubles de la conduction
- Et puis, il y a les aspects psychologiques :
 - « j'ai un cancer » → « de la prostate » → « je ne vais plus avoir d'érections »
 - → peur qui entraîne des angoisses... et **les angoisses ne sont pas « pro-érections »**.

LA NOTION DE DYSFONCTION ERECTILE

- Alors sexuellement ?
- Souvent au premier plan, on retrouvera
 - Le trouble de l'érection*
 - Anéjaculation (ER)
 - Un hypo-désir associé
origine psychogène, hormonale ou mixte
 - (Parfois, le trouble de la continence)
- Le trouble de l'érection = dysfonction érectile , un large éventail de possibilités



LA NOTION DE DYSFONCTION ERECTILE

- On peut utiliser des outils cliniques pour mesurer cette dysfonction : IIEF 5 (International Index of Erectile Function)
 - Verge état « flaccide » = pas d'érection = Insuffisance érectile complète
 - verge molle = pas suffisamment pour permettre une pénétration = l'insuffisance modérée à forte
 - Érection maintien difficile ou « fragile » = insuffisance faible à modérée
 - Souvent sentiment de ne plus « assurer ».
 - L'angoisse est alors plus gênante que l'érection instable en elle-même

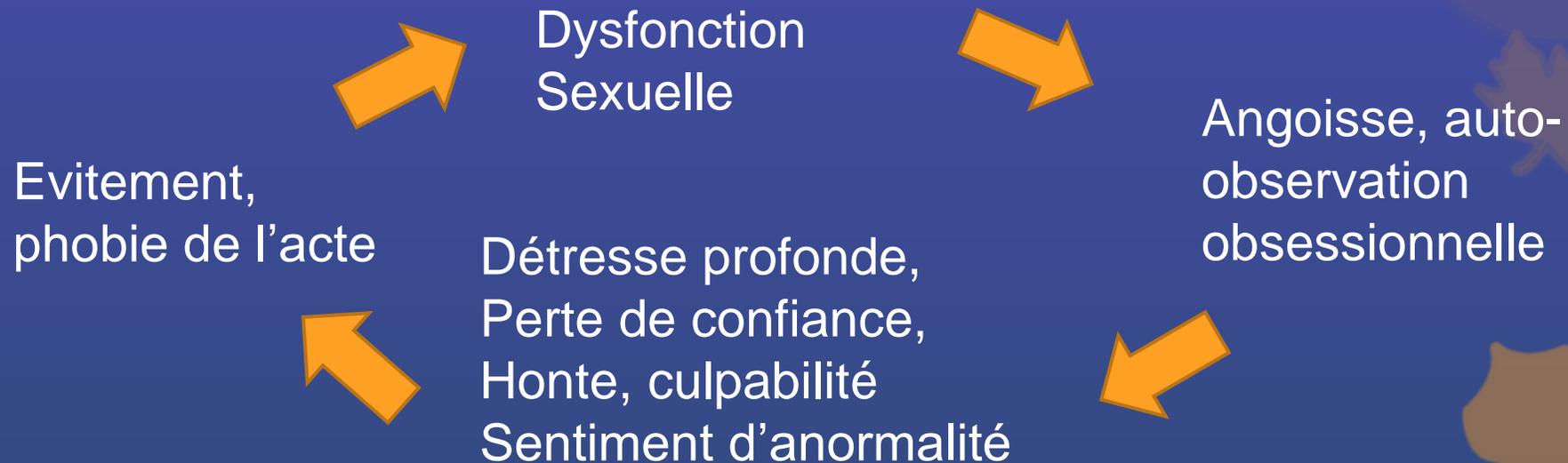


LA NOTION DE DYSFONCTION ERECTILE

- Mécanismes défavorisant la sexualité : psychologiques
 - Plus on a le sentiment que l'on ne vas pas y arriver...
 - Plus on pense à autre chose que se laisser aller...
 - Et moins on est a ce que l'on devrait faire...
- L'homme se focalise sur autre chose que le sentiment érotique nécessaire à un rapport sexuel
 - → Problème de confiance en soi
 - → Peur → Mise à distance de la sexualité...

LA NOTION DE DYSFONCTION ERECTILE

- Cercle de l'auto-observation :



- Facteurs de stress = système sympathique

- Si Système actif ++ = libère de NT (Nadré) = frein aux manifestations sexuelles : Excitation, érection, plaisir

La prise en charge Sexothérapeutique

- Lutter contre les représentations néfastes :
- « Il ne faut rien dire »
- → FAUX !
- En parler permet de trouver :
 - Aide et réconfort auprès de la partenaire
 - Solutions (corps médical)
 - Ressources Psycho pour affronter le problème



La prise en charge Sexothérapeutique

- « Il faut que je sois performant »
- → FAUX !
- Plus on cherche la performance et moins on y arrive
 - → principe simple : sexualité ≠ pornographie
 - Sexualité = érotisme = sensualité = corps



La prise en charge Sexothérapeutique

- « je ne suis plus un homme »
- → FAUX !
- Ce qui fait un homme ce n'est pas son sexe :
 - Ne pas se réduire soi-même à un objet sexuel
 - Il faut s'adapter aux changements
 - Car de 20 à 80 ans...
- Fertilité ≠ Virilité



La prise en charge Sexothérapeutique

- Travail +++ à faire : dissocier la fonction sexuelle de l'estime de soi
 - Dissocier l'évaluation de la masculinité de la fonction érectile
 - « Qu'est-ce qui fait de vous un homme ? »
- La grande difficulté des hommes, c'est de retrouver confiance

La prise en charge Sexothérapeutique

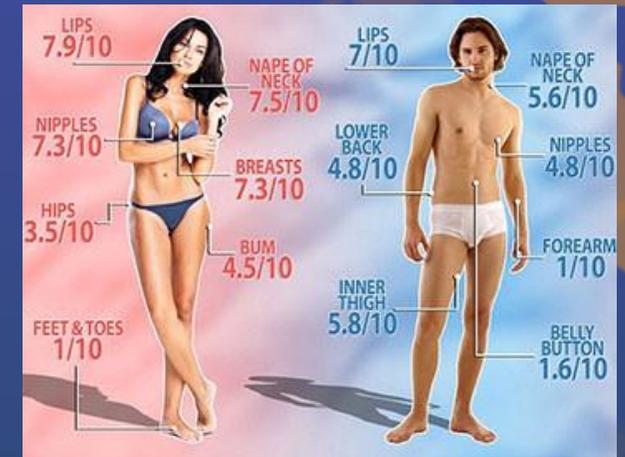
- Information Pré-op indispensable :
 - Conséquences physio, fonctionnelles
 - Conséquences fertilité = SECOS
 - Maintient de la fonction de fécondation
- Evaluation Fonction érectile pré-op :
 - FRCV, Psychogène, relationnels...
- Coopération Sexo-Urologue +++
 - Érections précoces et sexothérapies doivent se caller l'une avec l'autre

La prise en charge Sexothérapeutique

- Pour la confiance, aide **PARFOIS** nécessaire :
 - Médicament : IPDE-5 si possible (Viagra[®], Cialis[®], Xybilun[®])
 - Ou Injections Intra-caverneuses (Prostaglandines =Edex[®])
 - Ou Utilisation Vacuum / pompe à dépression
 - Ou Utilisation Gel intra-urétral (Vitaros[®], Muse[®])
 - Ou, Prothèse pénienne...
- Aider à la fonction érectile = retrouver une « image de soi » positive
- L'homme et son sexe , c'est important.

La prise en charge Sexothérapeutique

- Vrai travail sur la sexualité :
- Trouver le chemin de la corporalité
 - Souvent les hommes vivent leur sexualité à travers leur sexe
 - RS avec Pénétration, RBG, etc...
 - Mais qu'en est-il du reste de leur corps???
- Les zones érogènes ?
 - Travail de réactivation
 - Travail de prise de conscience du corps tout entier
 - Travail pour apprendre à utiliser son corps
 - sans les mains, sans le sexe



La prise en charge Sexothérapeutique

- Puis il y aura le travail avec le corps de l'autre
- Apprendre à vivre une sexualité « non-coïtale ».
 - Le sexe ce n'est pas que de la pénétration
 - Tout ce qui compte c'est d'être avec l'autre
 - La sexualité change avec le temps, c'est normal
- Il est URGENT DE PRENDRE SON TEMPS...
 - Apprendre et réapprendre à connaître sont corps, ses réactions et celles de la partenaire...
 - Vivre le temps d'un érotisme qui cherche à faire vivre le désir
 - Et pas simplement à défouler une pulsion



La prise en charge Sexothérapeutique

- Conditions : temps + contexte érotique stimulant
- + Envie de se retrouver
- + Caresses, Tendresse à deux
- Alors à ce moment là on est prêt pour :
 - Soit tenter une pénétration
 - Soit utiliser les aides médicales*
- Et surtout : ON RESTE DETENDU...
- Si cela ne fonctionne pas comme on voudrait : ce n'est pas grave, il faut du temps!



La place de la partenaire dans le travail de couple

- Quelques écueils à éviter... :
- Dire que son compagnon « n'est plus un homme »
 - Même dit gentiment « bah, tu sais, X, il ne peut plus... »
 - Très mauvais pour l'estime de soi et pour le rapprochement conjugal
- S'en prendre à lui s'il n'y arrive pas...
 - L'insulter ne servira à rien, au contraire = stress = pas d'érection
 - Croire que si on se dispute un peu cela va « pimenter » le couple...
FAUX!!

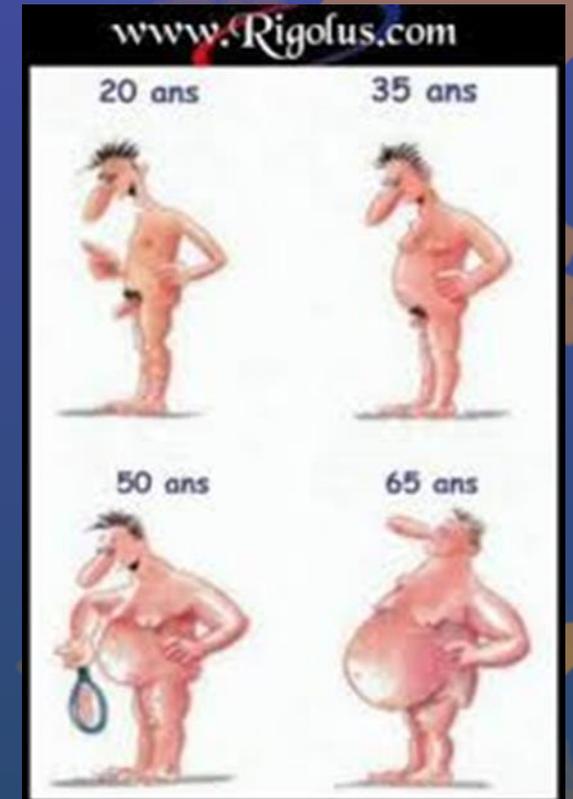


La place de la partenaire dans le travail de couple

- Croire que s'il n'a pas d'érection c'est parce qu'il ne vous aime plus : FAUX!
- Croire que c'est le médicament qui lui donne une érection et pas vous : FAUX!
- Croire que s'il n'y arrive pas avec vous mais que cela marche bien « tout seul » c'est parce qu'il ne vous aime plus... : FAUX!

La place de la partenaire dans le travail de couple

- L'homme vieillissant est dépendant de la femme sexuellement active :
 - Si les hommes ont toujours fonctionné avec le « désir et le vouloir »
 - En vieillissant et face à certaines dysfonctions, le vouloir n'est plus automatique

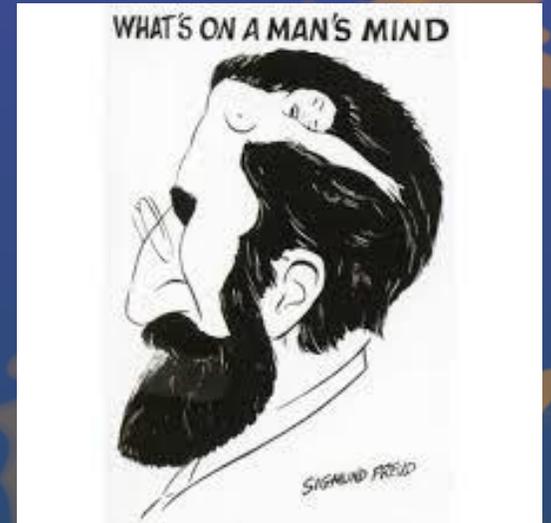


La place de la partenaire dans le travail de couple

- La femme dans le couple a un rôle très important :
 - **Ne pas mettre la pression**
 - Rassurer sur les sentiments et sur les tentatives (on ne s'arrête pas au bout de 2 tentatives si ça ne marche pas) = **il faut persévérer**
 - Mettre en place un **climat amoureux**
 - Mettre en place un **climat érotique**
 - Peut-être aussi oser ce que l'on a pas osé avant...
ETRE ACTIVE!

La place de la partenaire dans le travail de couple

- Les hommes et les femmes ne fonctionnent pas de la même manière
 - Un homme va avoir plutôt besoin de sa sexualité pour aller bien
 - Pour cela il faut que ça fonctionne (ça a toujours fonctionné = InV Bio)
 - Les hommes auraient plus facilement besoin d'un support visuel



La place de la partenaire dans le travail de couple

- Les hommes et les femmes ne fonctionnent pas de la même manière
 - Une femme va plutôt avoir besoin d'aller bien pour se sentir disponible pour la sexualité
 - La sexualité d'une femme est plus « subtile », plus basée sur l'imaginaire
 - Pour cela il faut qu'elle se sente dans un climat de confiance et de désir



Ce qu'il faut retenir

- La dysfonction érectile n'est pas une fatalité
- Le cancer de la prostate n'entraîne un arrêt de la sexualité **que pour ceux qui en font le CHOIX**
- Dans tous les cas, il est préférable de **se faire AIDER**
- Les **professionnels formés à la sexologie clinique** sont là pour vous accompagner :
 - Psycho-sexologues, Andrologues, Urologues
- Mais attention : **il faut une prise en charge pluridisciplinaire**



MERCI DE VOTRE ATTENTION

● Et pour tous renseignements complémentaires :

● www.richard-clautiaux.fr