

Quelle place pour l'*Onco-Sexualité* dans les cancers urologiques et digestifs ?

R.J. Opsomer

Urologue – Sexologue

Centre de Pathologie Sexuelle Masculine (CPSM)

Cliniques universitaires Saint-Luc à Bruxelles (UCL)

et Cabinet Médical du Parc à Erpent

En collaboration avec...

En collaboration avec :

- Dr L. de Visscher, Gr. Lefebvre et Y. Lefebvre
Service d'Urologie, Clinique St Luc - Bouge
- Dr Frédéric Piérard
Service de Chirurgie Digestive , Clinique St Luc - Bouge
- Dr Samuel Palumbo
Service de Radiothérapie, Clinique Ste Elisabeth - Namur

Une vignette clinique....

Mr André P. (46 ans) – néo de prostate
Son histoire sexologique... malgré lui...

- *La veille de l'intervention , à 17h.... :*
on lui annonce les effets collatéraux (potentiels)
de la Prostatectomie Radicale....
- Le patient est effondré....
- *En post-op* : les troubles érectiles sont bien là.....
- Prise en charge sexologique



Avril 1994

Mr André P. (46 ans)

Son histoire sexologique.... *l'électrochoc...*

- *pour le patient et*
- *pour le Dr Opsomer*

Depuis lors, Mr André P.

participe, par son témoignage spontané et volontaire, à *l'enseignement de la sexologie* aux étudiants des Facultés de Médecine et de Psychologie de l'Université de Louvain.

Onco-Sexology



Onco-Sexologie

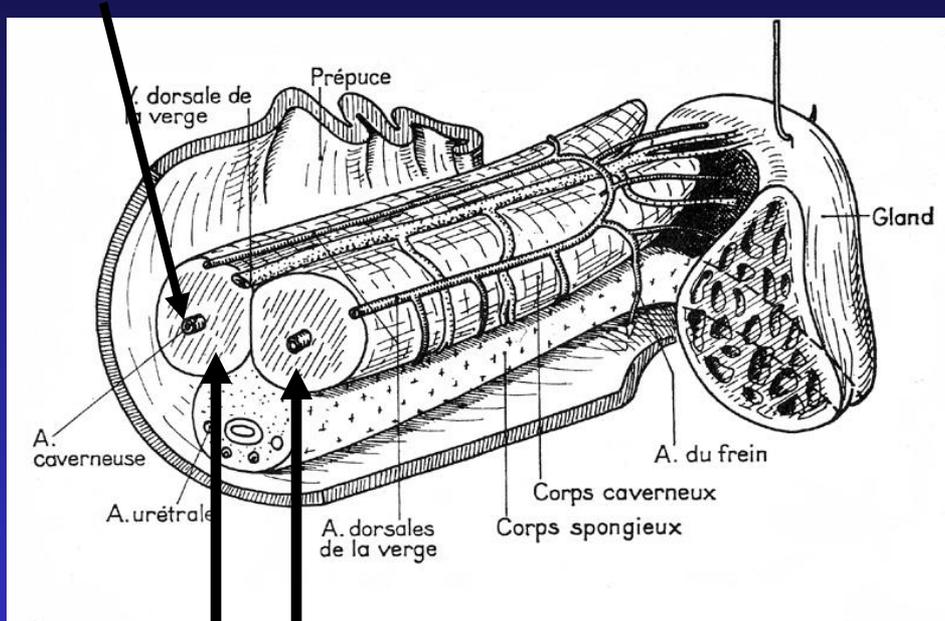
- La découverte d'un cancer conduit le (la) patient(e) et sa /son partenaire à prendre conscience de leur situation existentielle
- Aujourd'hui, il ne s'agit plus de guérir « *coûte que coûte* » du cancer en mutilant le (la) patient (e) ...
- **L'Onco-Sexologie ou**
le lien entre la cancérologie et la sexologie

Plan de l'exposé

- Bref rappel d'anatomie du petit bassin
- Physiologie de l'érection et de l'éjaculation
- *Les cancers de prostate et de vessie (Dr L de Visscher, G Lefebvre et S Palumbo)*
- *Les cancers du côlon gauche et du rectum (Dr Fr Piérard)*
- L'Onco-sexologie en 2018
- Le couple
- En bref : les cancers de vessie et du rectum chez la femme

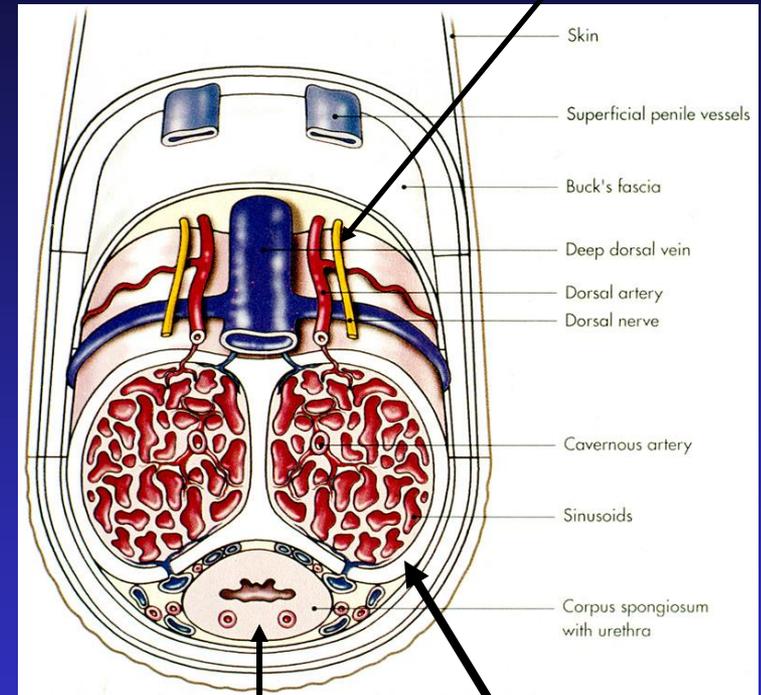
Anatomie du Pénis

Artère caverneuse



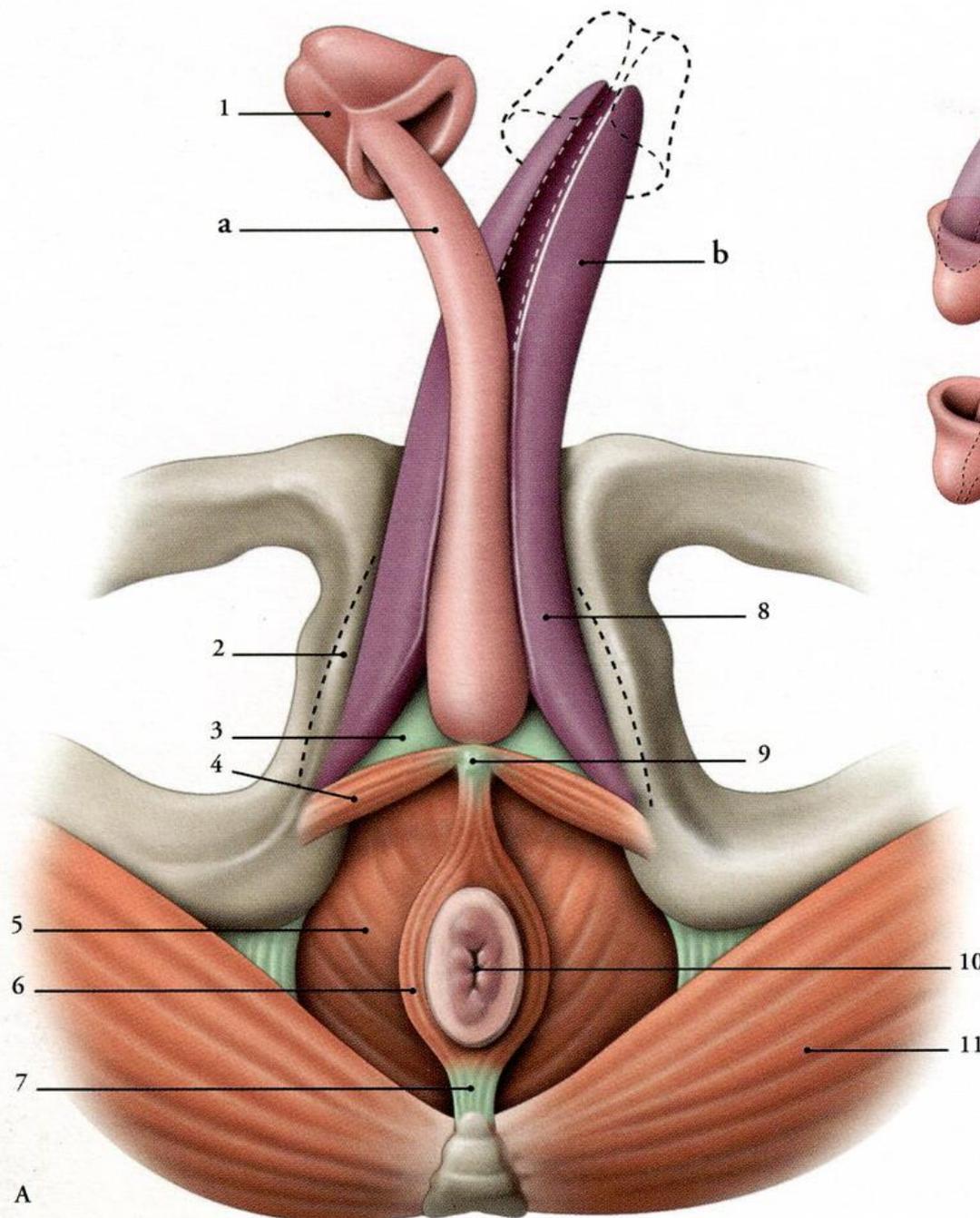
Corps caverneux

Nerf dorsal

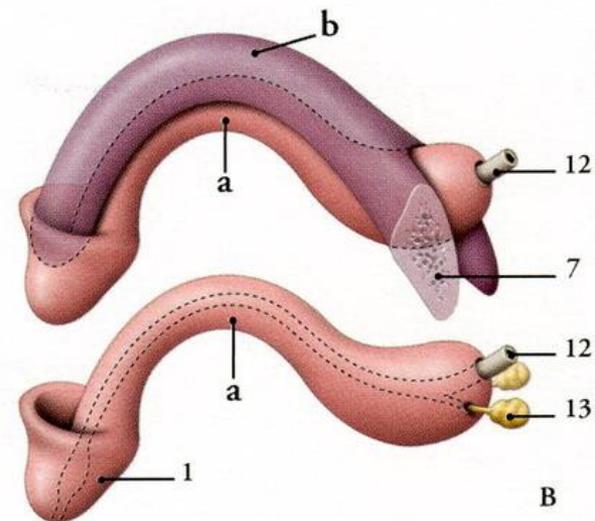


albuginée

Corps spongieux



A



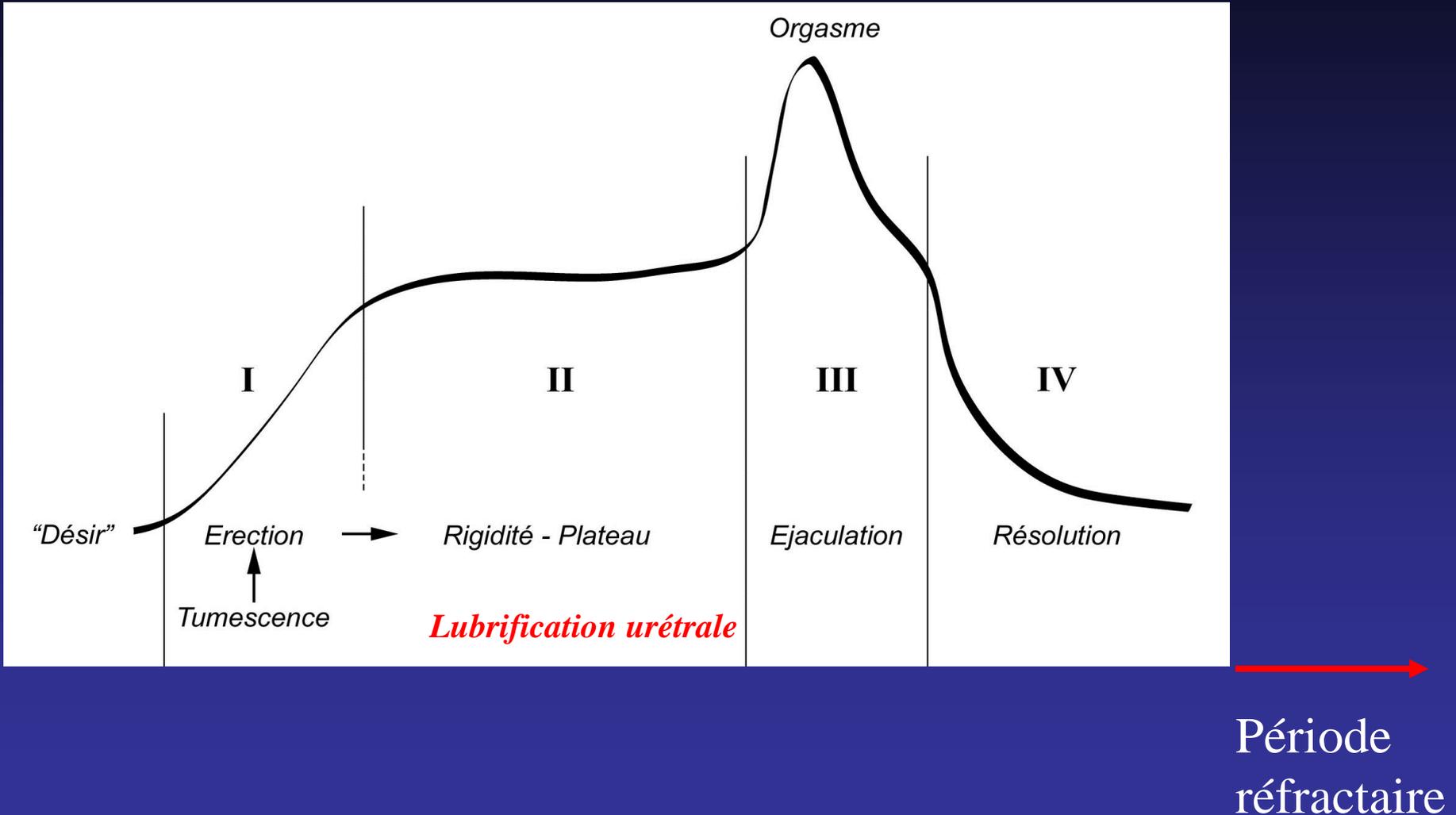
B

FIG. 17.3. Corps érectiles du pénis individualisés

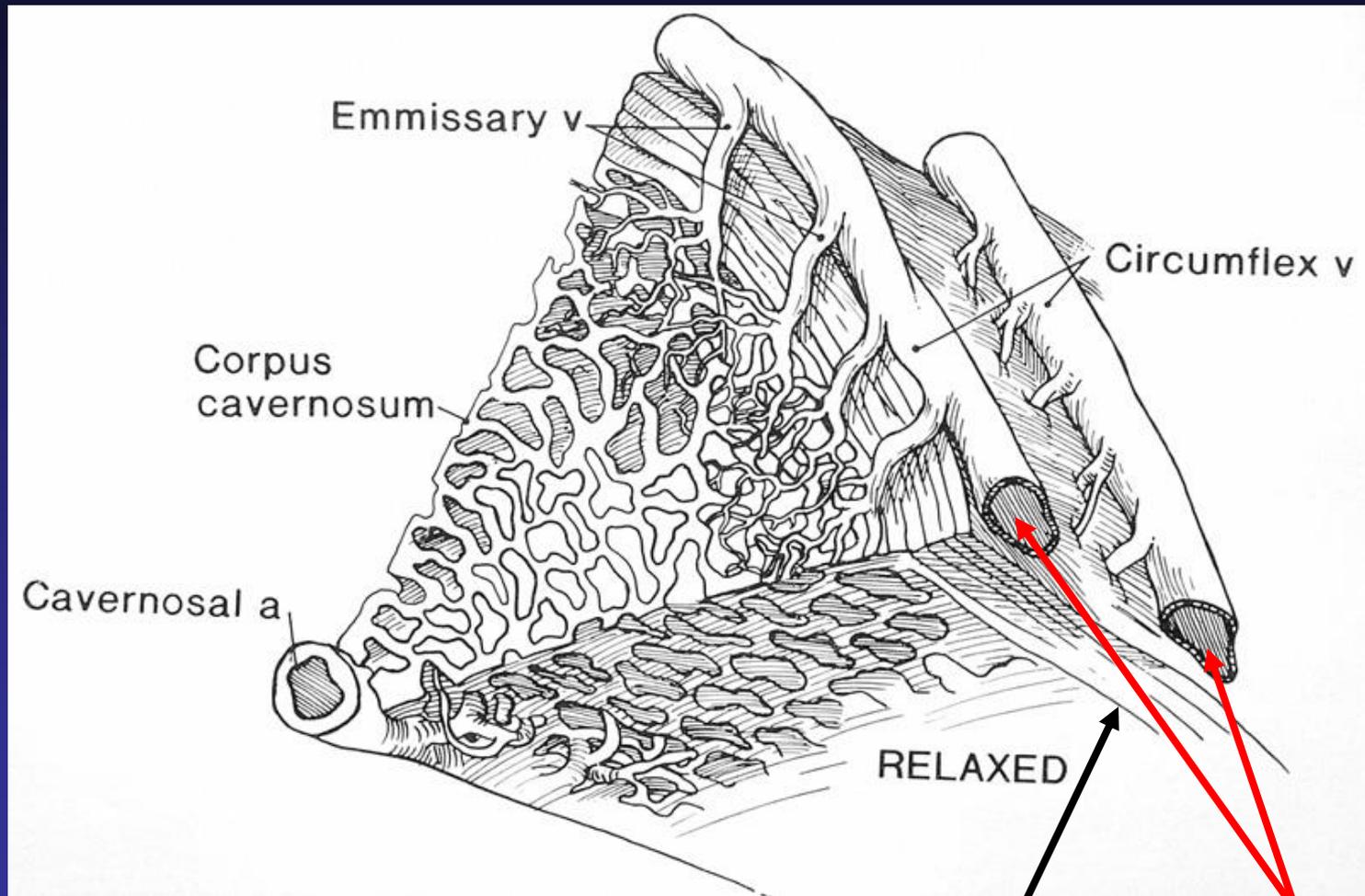
A. *Vue inférieure*
 B. *Vue latérale (constitution)*
 a. *Corps spongieux*
 b. *Corps caverneux*

- 1. *gland du pénis*
- 2. *branche ischio-pubienne*
- 3. *fascia inférieur du diaphragme urogénital (membrane périnéale)*
- 4. *m. transverse superficiel*
- 5. *m. élévateur de l'anus*
- 6. *m. sphincter externe de l'anus*
- 7. *lig. anococcygien*
- 8. *pilier du pénis*
- 9. *centre tendineux du périnée*
- 10. *anus*
- 11. *m. grand fessier*
- 12. *urètre*
- 13. *glandes bulbo-urétrales*

La Réponse Sexuelle chez l'homme



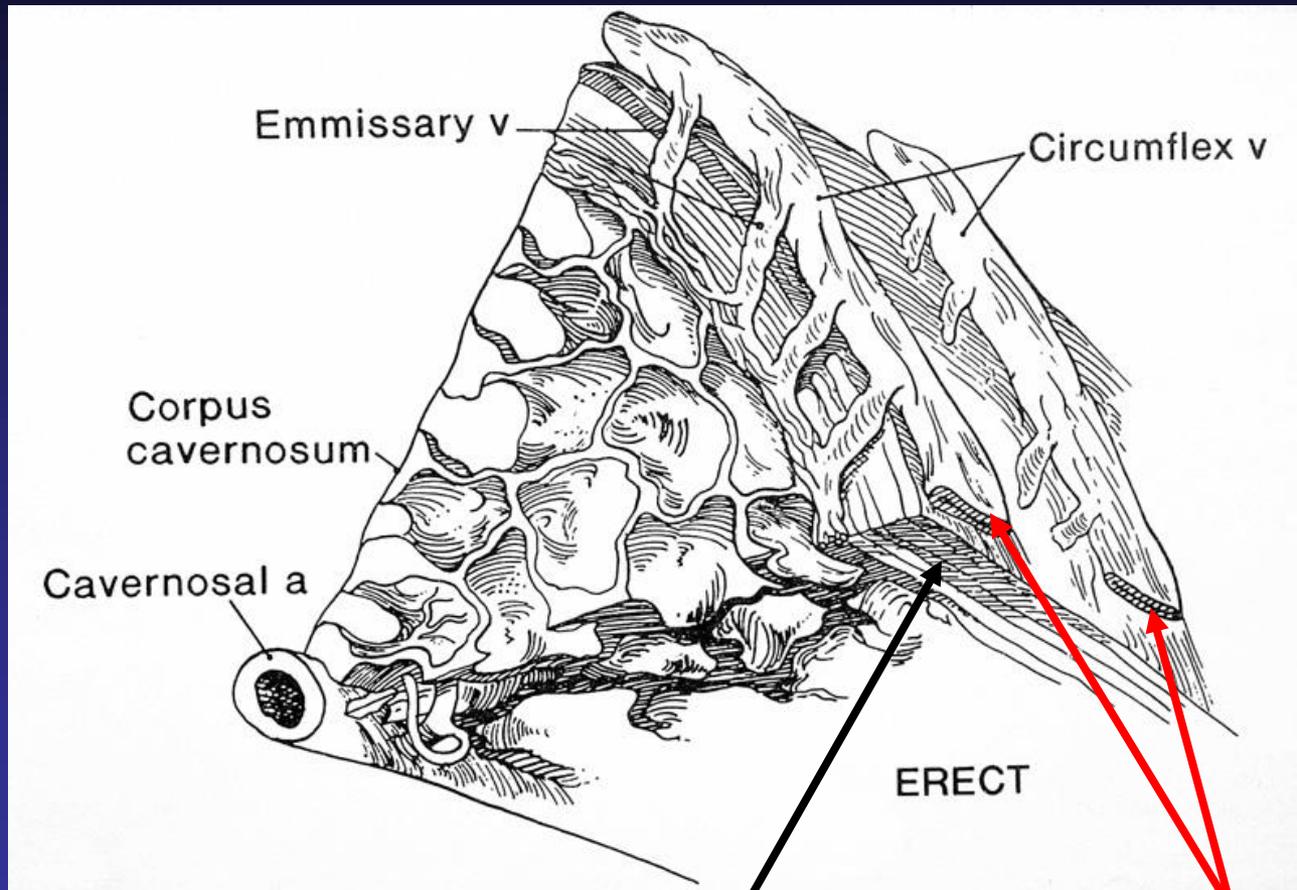
Physiologie I : la phase de Flaccidité



albuginée

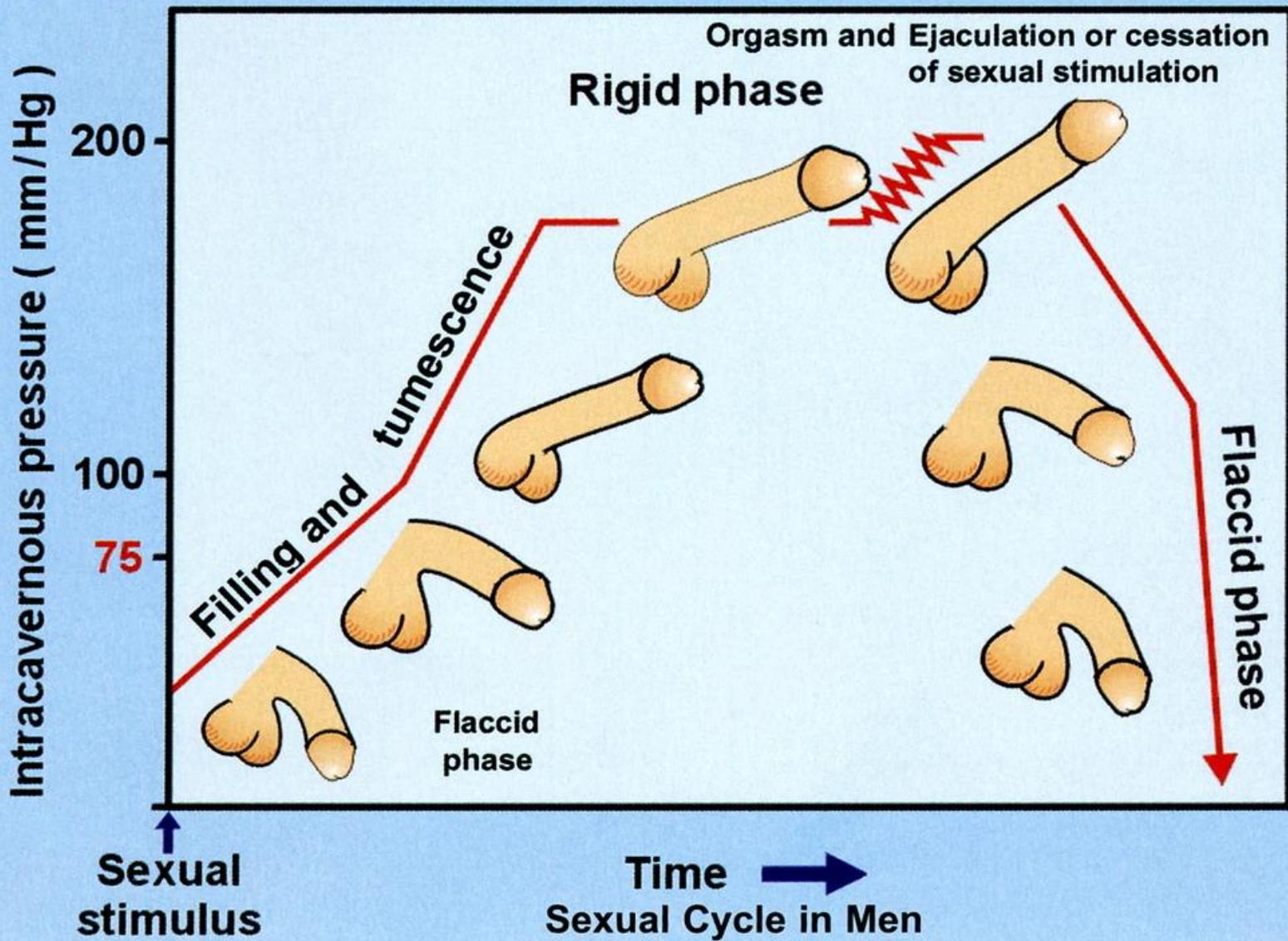
Veines ouvertes

Physiologie II : la phase d'Erection



albuginée

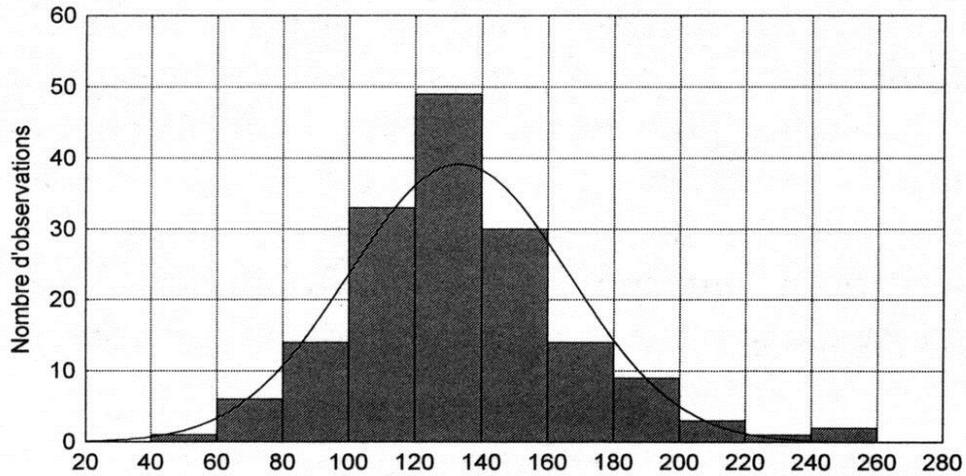
Veines collabées



volume du pénis

Volume nécessaire pour mettre la verge en érection

moyenne calculée sur un échantillon de 162 cas

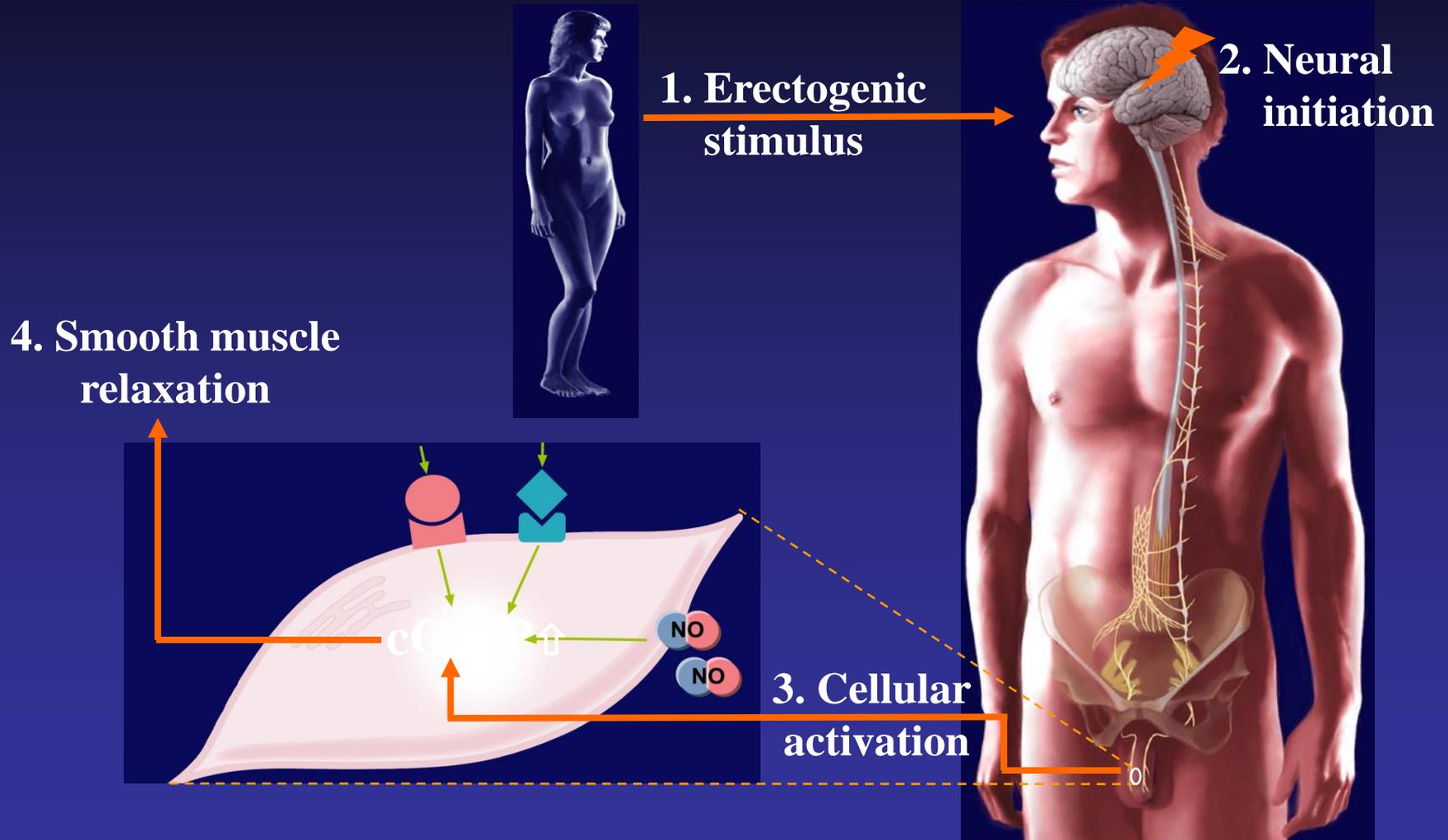


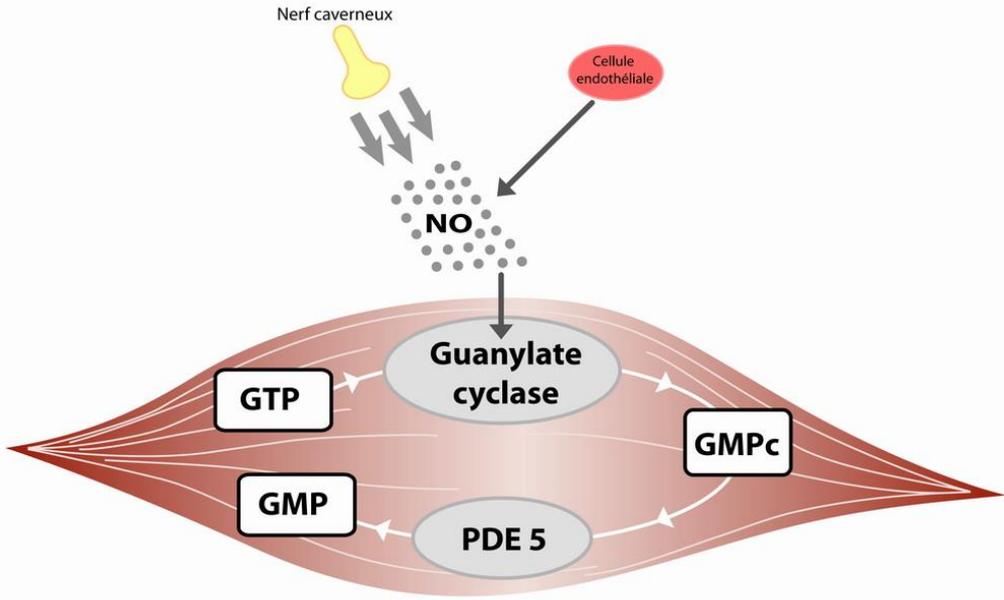
On appelle capacité érectile, la différence entre le volume atteint par le pénis lors de l'érection et celui qu'il a lorsqu'il est flasque.

La moyenne de la capacité érectile est de 133 ml avec un écart-type de 33 ml.



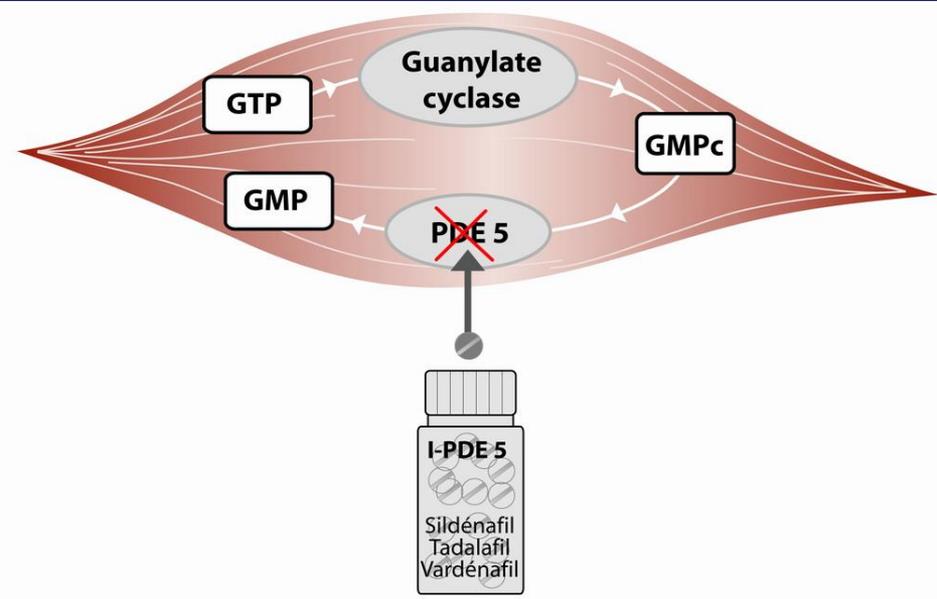
Mechanism of erection

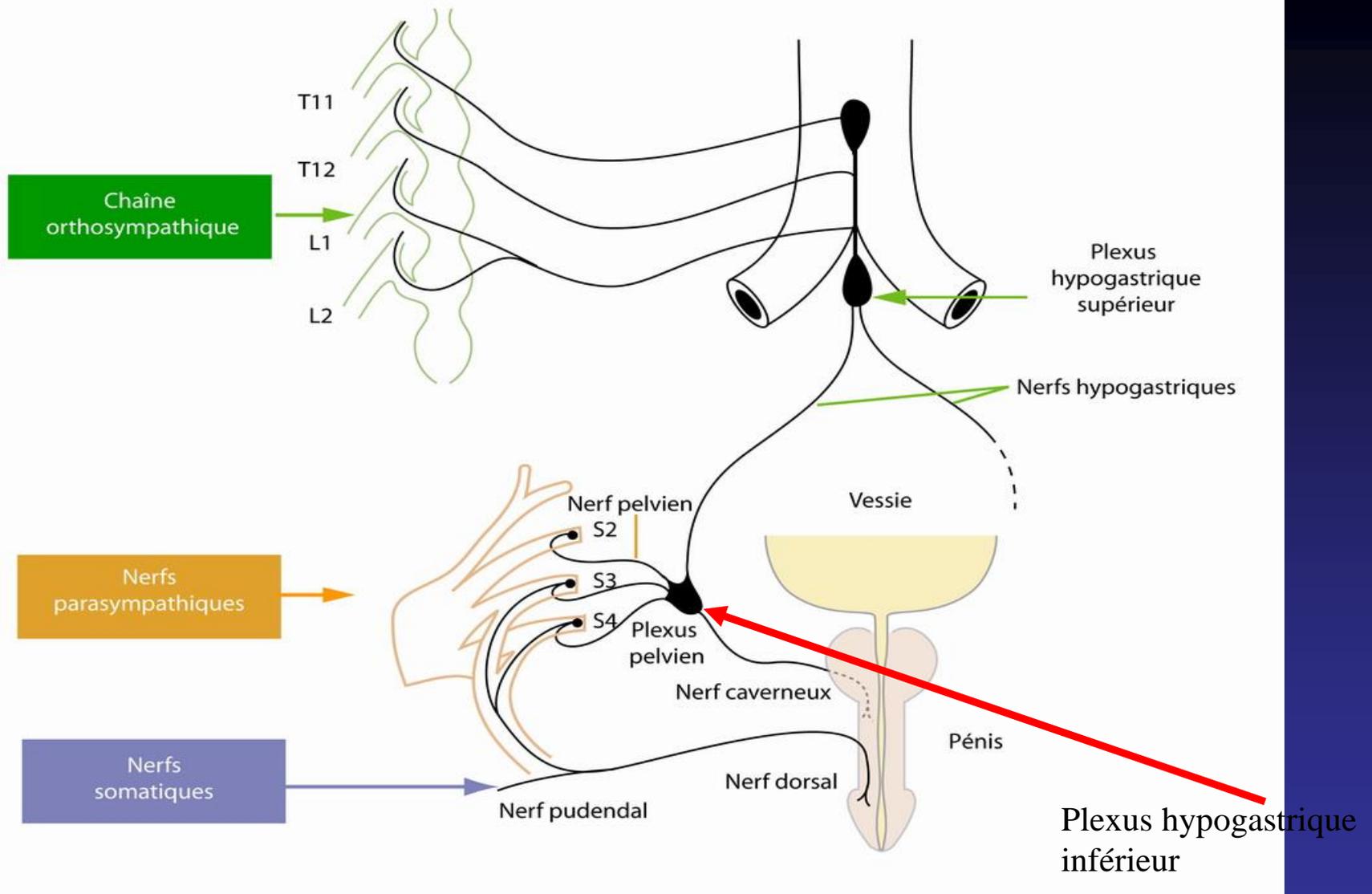




Biochimie locale dans la fibre musculaire lisse du corps caverneux

Mode d'action des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5





La triple innervation du bas appareil génito-urinaire

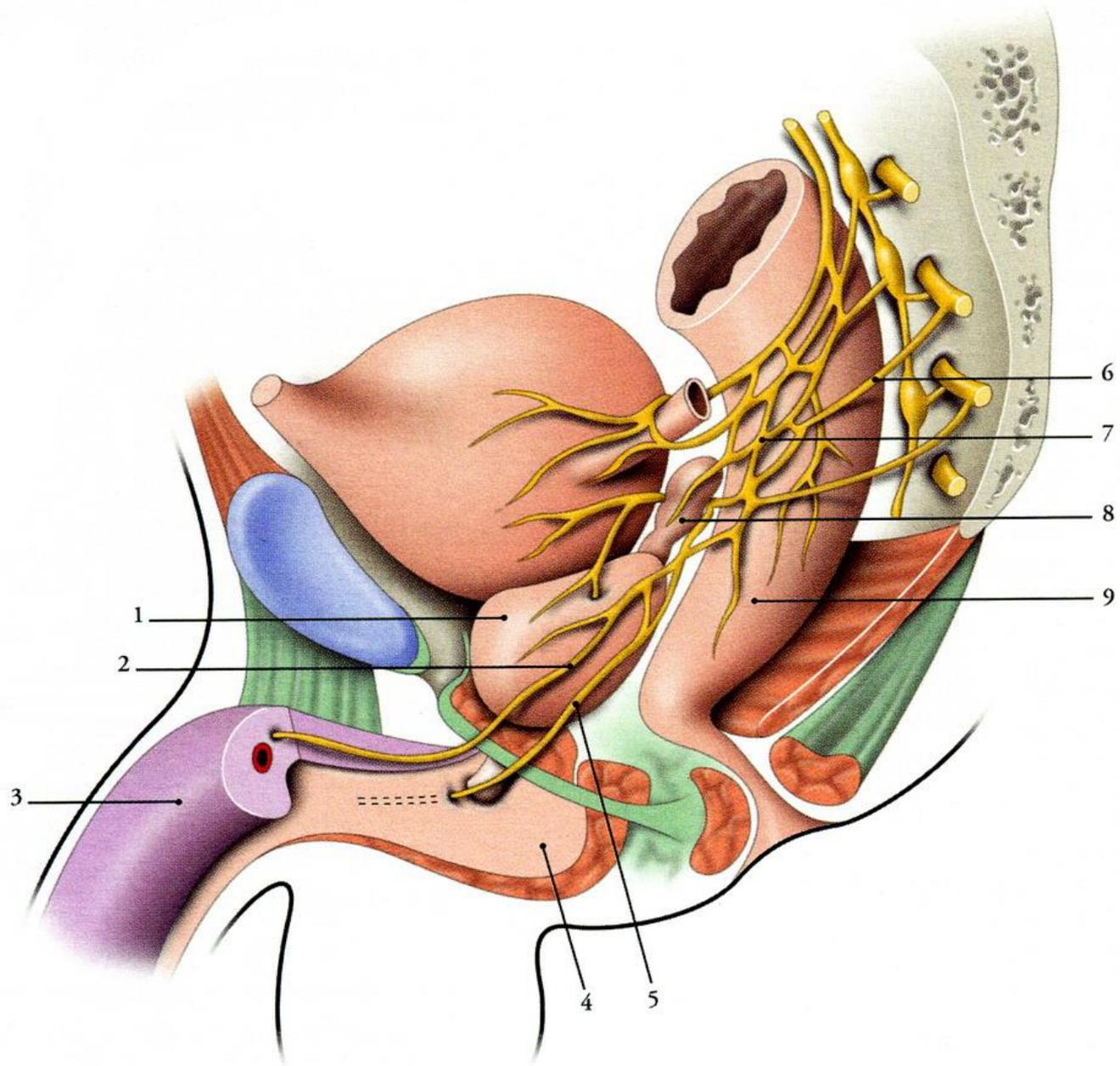
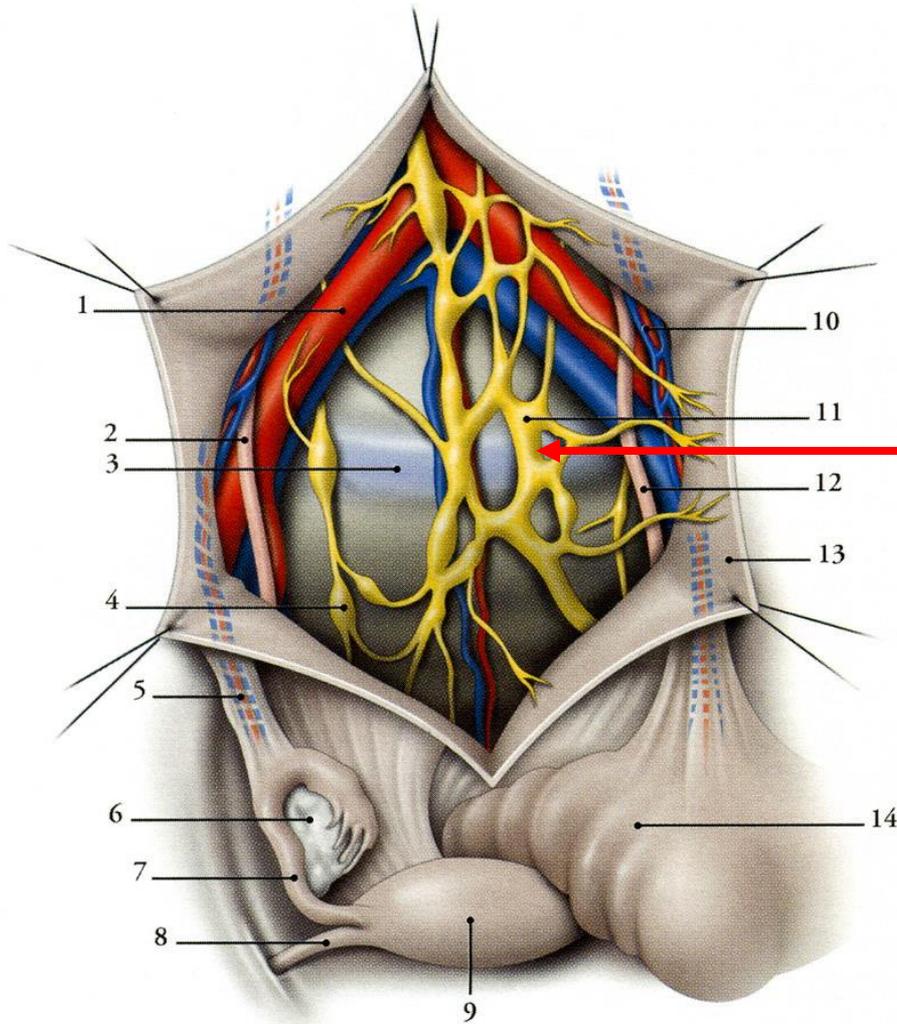
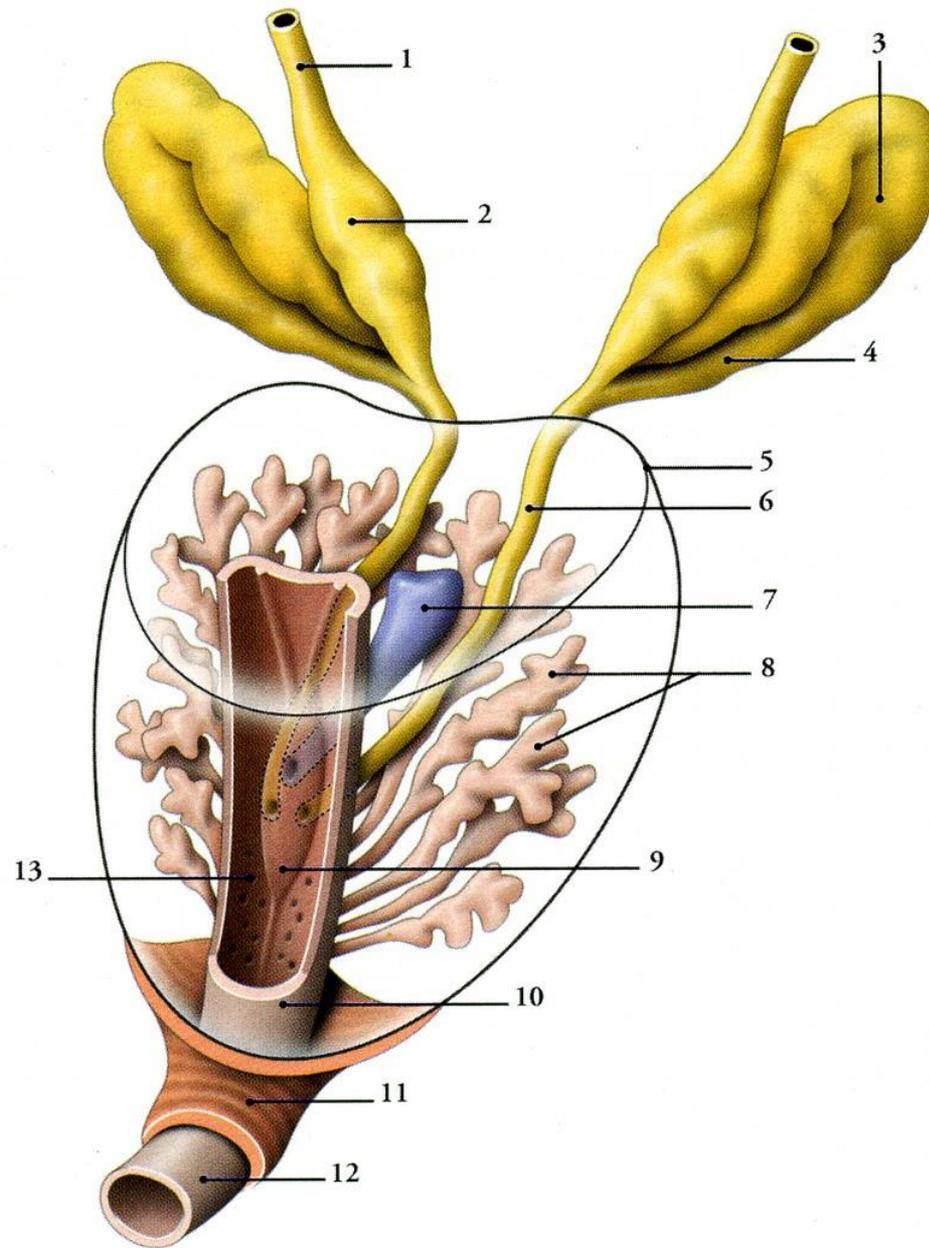


FIG. 10.8. Plexus hypogastrique inférieur chez l'homme



Plexus hypogastrique supérieur
(orthosympathique)

FIG. 10.7. Plexus hypogastrique supérieur
(vue antérieure) (D'après B.J. Anson modifié)



4 - Systématisation (fig. 13.23)

3

Posterior urethra dilated by semen under pressure

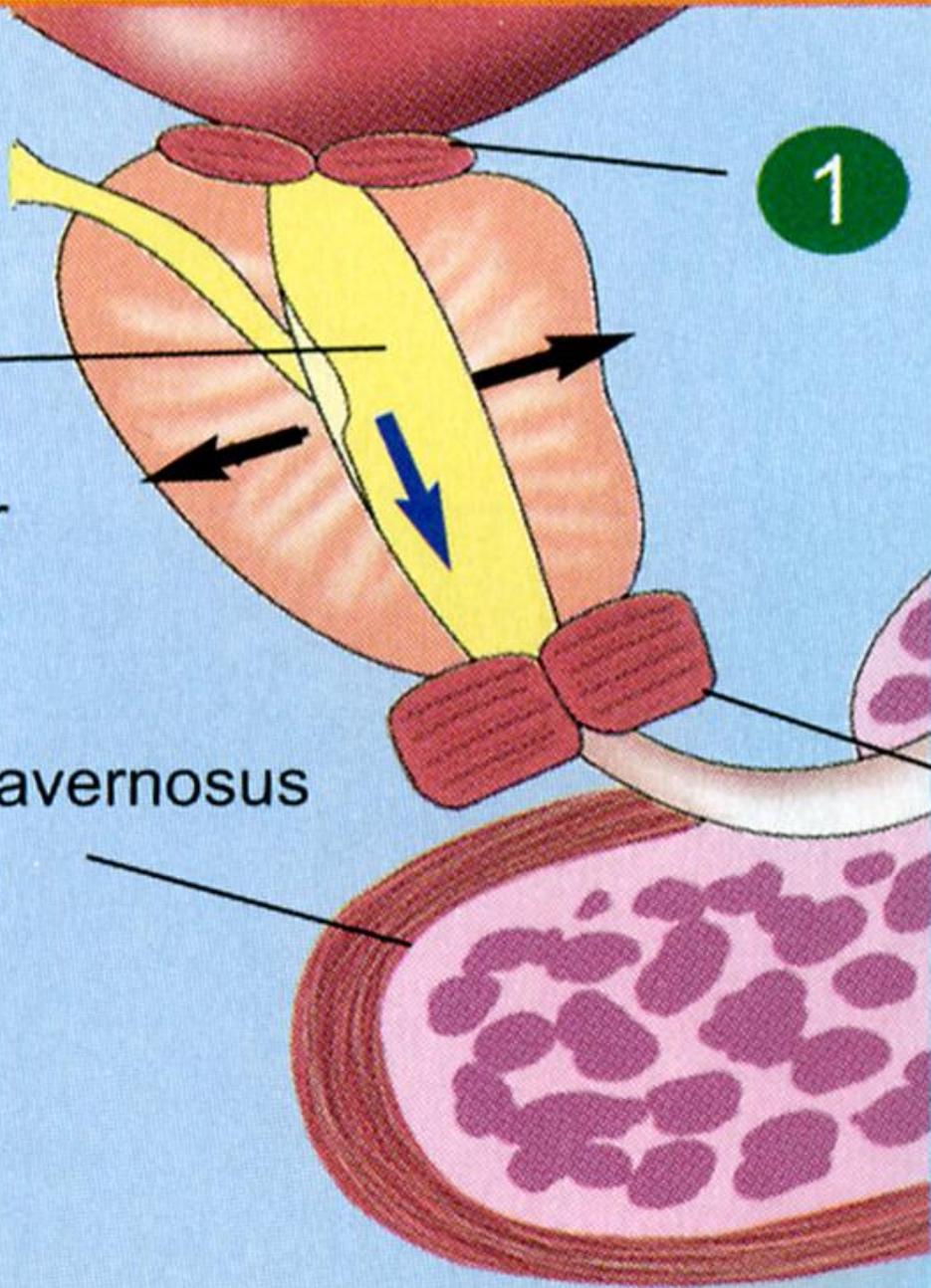
Bulbocavernosus muscle

1

Bladder neck closed

2

External sphincter closed



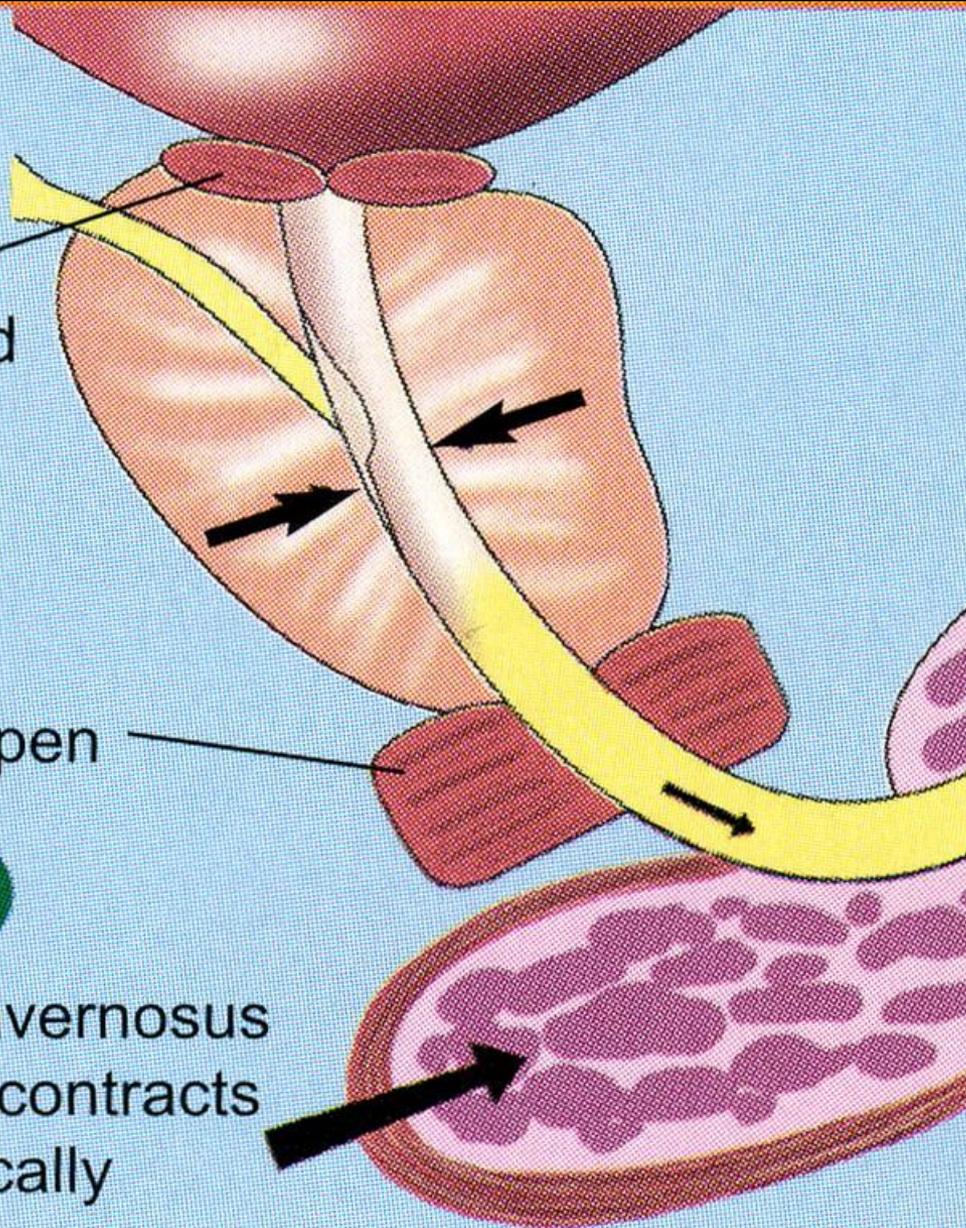
1
Bladder
neck closed

2
External
sphincter open

3
Bulbocavernosus
muscle contracts
rhythmically

Semen is expelled
forcibly

4



5. Anatomie fonctionnelle

La sécrétion des glandes séminales forme une part importante du liquide séminal. Cette sécrétion jaunâtre et visqueuse est alcaline (pH = 7,2) riche en fructose, en vésiculase (enzyme coagulante) et contenant des prostaglandines lorsqu'elles sont stimulées par la testostérone.

C – GLANDES BULBO-URÉTRALES¹⁷

Au nombre de deux, elles sont placées de chaque côté et au-dessus du bulbe spongieux; elles sont entourées du muscle sphincter de l'urètre (fig. 13.29).

Chaque glande est arrondie ou lobulée, jaunâtre et de 1 cm environ de diamètre.

Son conduit excréteur, long de 3 cm environ, se dirige obliquement en avant et traverse le fascia inférieur du diaphragme uro-génital pour s'aboucher dans l'urètre spongieux.

C'est une glande tubulo-alvéolaire dont les acinus sont revêtus d'un épithélium cylindrique simple. Le stroma conjonctif contient des myocytes lisses et striés. Des septums conjonctifs divisent la glande en lobules.

17. Ancien : glandes de Cowper.

Elles produisent, durant la stimulation érotique et le coït, une substance mucoïde, riche en glycosaminoglycans, assurant la lubrification des voies génitales.

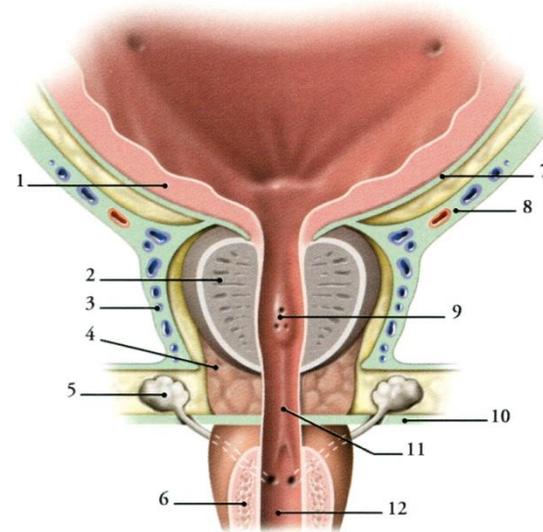


FIG. 13.29. Prostate et glandes bulbo-urétrales
(coupe frontale – vue antérieure)

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. vessie | 8. fascia ombilico-prévésical |
| 2. prostate | 9. colliculus séminal |
| 3. fascia prostatique | 10. fascia inférieur du |
| 4. m. sphincter de l'urètre | diaphragme urogénital |
| 5. glande bulbo-urétale | (membrane périnéale) |
| 6. bulbe spongieux | 11. urètre membranacé |
| 7. fascia vésical | 12. urètre spongieux |

Le liquide pré-éjaculatoire

Congrès de l'Association Mondiale de Sexologie Montréal, juillet 2005

*Y-a-t-il encore une vie sexuelle après
traitement du cancer de la prostate ?*

*Débat : oui **ou** non ?*

Oui : Reinier Opsomer, urologue, Bruxelles

Non : Pierre Bondil, urologue, Chambéry

Le point de vue de la partenaire :

Béatrice Cuzin, urologue, Lyon



THE FIRST ROTTERDAM SYMPOSIUM ON CANCER AND SEXUALITY

Erasmus MC, University Medical Center, supported by the International Society for Sexuality and Cancer (ISSC)

Oncosexology: A new discipline?

Tuesday, July 11th, 2006
Netherlands Architecture Institute
Rotterdam, the Netherlands



*L'onco-sexologie ?
encore un néologisme ??*



International Society for
Sexuality and Cancer

X^e SYMPOSIUM DU CENTRE DE PATHOLOGIE SEXUELLE MASCULINE (C.P.S.M.)



Université Catholique de Louvain
Cliniques Universitaires Saint-Luc



Coordonnateur du CPSM

Prof. R.J. Opsomer

Informations

M^{me} Fr. Sevens
Cliniques Universitaires
Saint-Luc (UCL)
Tél. 02/764 14 21
Fax. 02/764 89 20
cpsm@chex.ucl.ac.be

ONCO-SEXOLOGIE

Sexualité et Cancer

Samedi 18 novembre 2006
de 9 h 00 à 13 h 00

PROGRAMME

1^{re} Partie

- I. **Troubles sexuels consécutifs aux traitements des cancers urologiques et digestifs**
R.J. OPSOMER (UCL)
- II. **Impact du diagnostic et du traitement des néoplasies du col utérin sur la sexualité du couple**
A. LEQUEUX & J. SQUIFFLET (UCL)
- III. **Le patient et sa partenaire face au diagnostic de cancer et de ses séquelles sexuelles**
D. RAZAVI (ULB)
- IV. **Cancer et sexualité : la place du médecin de famille**
M. VANHALEWYN (UCL)

2^e Partie

- V. **Comment préserver la fonction sexuelle en cas de cancer de prostate ?**
B. TOMBAL (UCL)
- VI. **L'image corporelle d'un(e) patient(e) porteur(se) d'une stomie**
L. BRUYNINX (Liège)
- VII. **Les sexualités alternatives chez le patient stomisé : les traitements médicaux et la prise en charge psychologique**
B. CUZIN (Lyon)
- VIII. **Le cancer et la dynamique de couple**
Ch. REYNAERT (UCL)
- IX. **Guérir du cancer : au prix de...**
J.M. LONGNEAUX (FUNDP)

Lieu: Faculté de médecine de l'UCL, 1200 Bruxelles

Louvain édical

Revue de la Faculté de Médecine UCL

10

DÉCEMBRE

NUMÉRO SPÉCIAL

X^e SYMPOSIUM DU CENTRE DE
PATHOLOGIE SEXUELLE MASCULINE (CPSM)

SAMEDI 18 NOVEMBRE 2006

ONCO-SEXOLOGIE
« SEXUALITÉ ET CANCER »

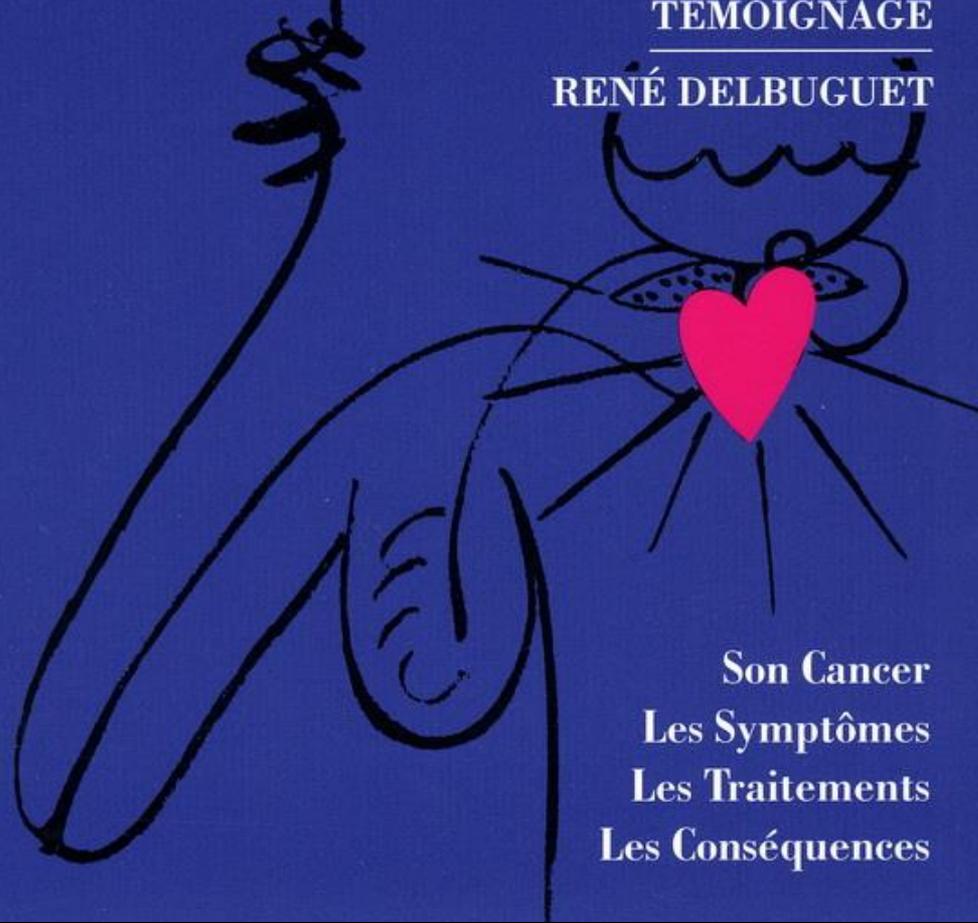
Coordonnateur : Prof. R.J. Opsomer

Le livre des résumés :
disponible en version pdf

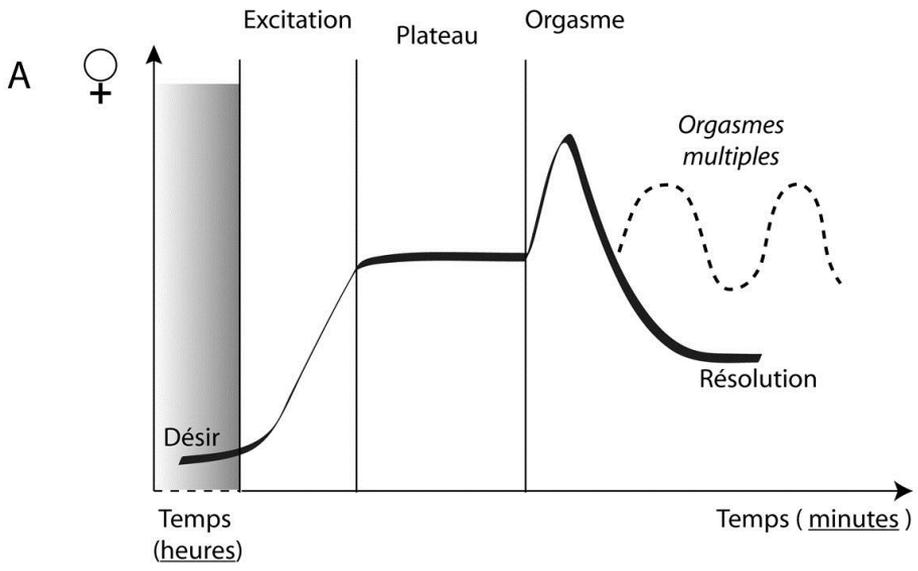
r.j.opsomer@uclouvain.be

MA PROSTATE CHÈRIE

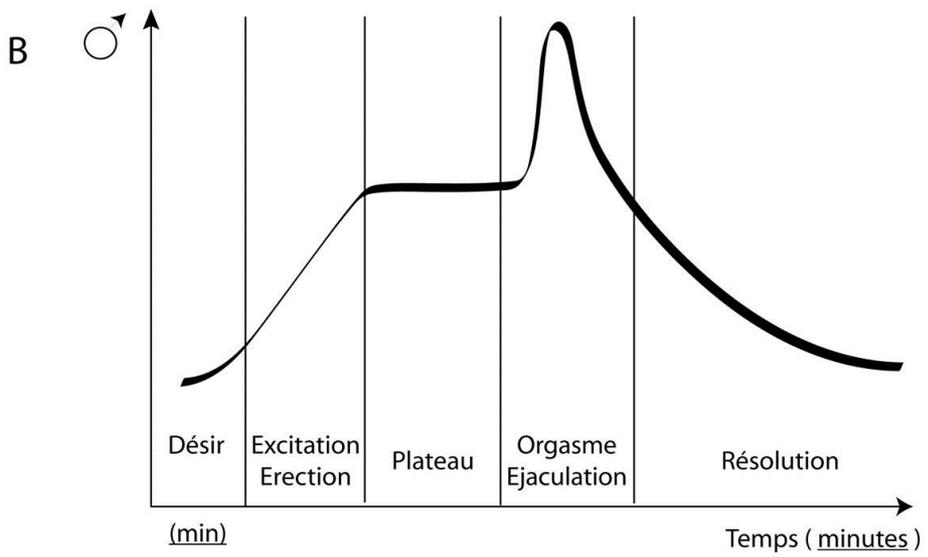
TÉMOIGNAGE
RENÉ DELBUGUET



Son Cancer
Les Symptômes
Les Traitements
Les Conséquences



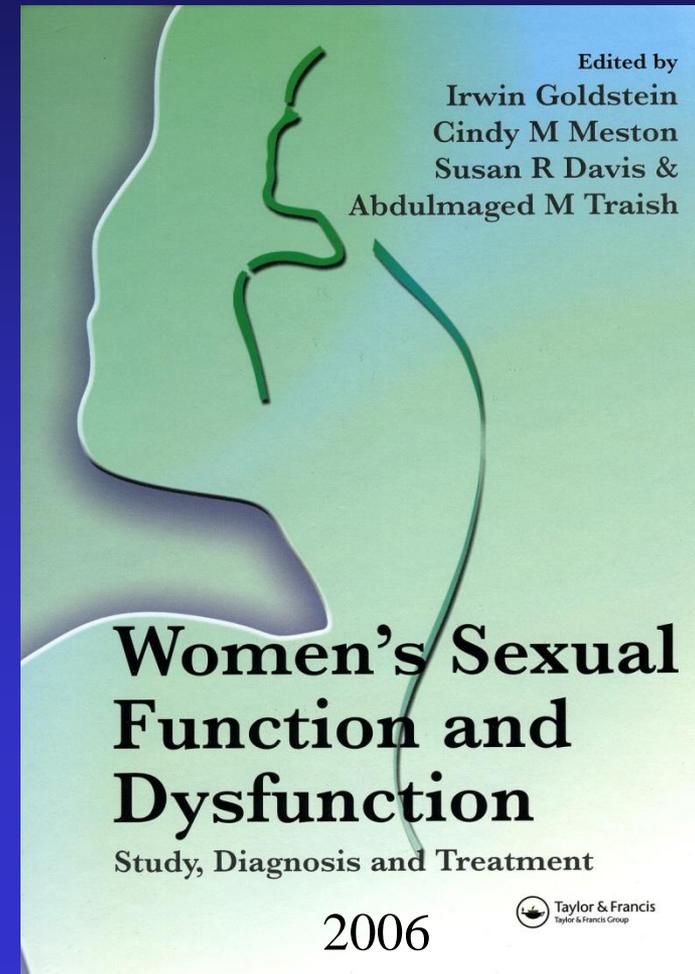
La réponse sexuelle de la femme



La réponse sexuelle de l'homme

Et la femme ... la parente pauvre...des thérapeutes ?

- Peu de tests objectifs
- Peu de thérapies « médicales »



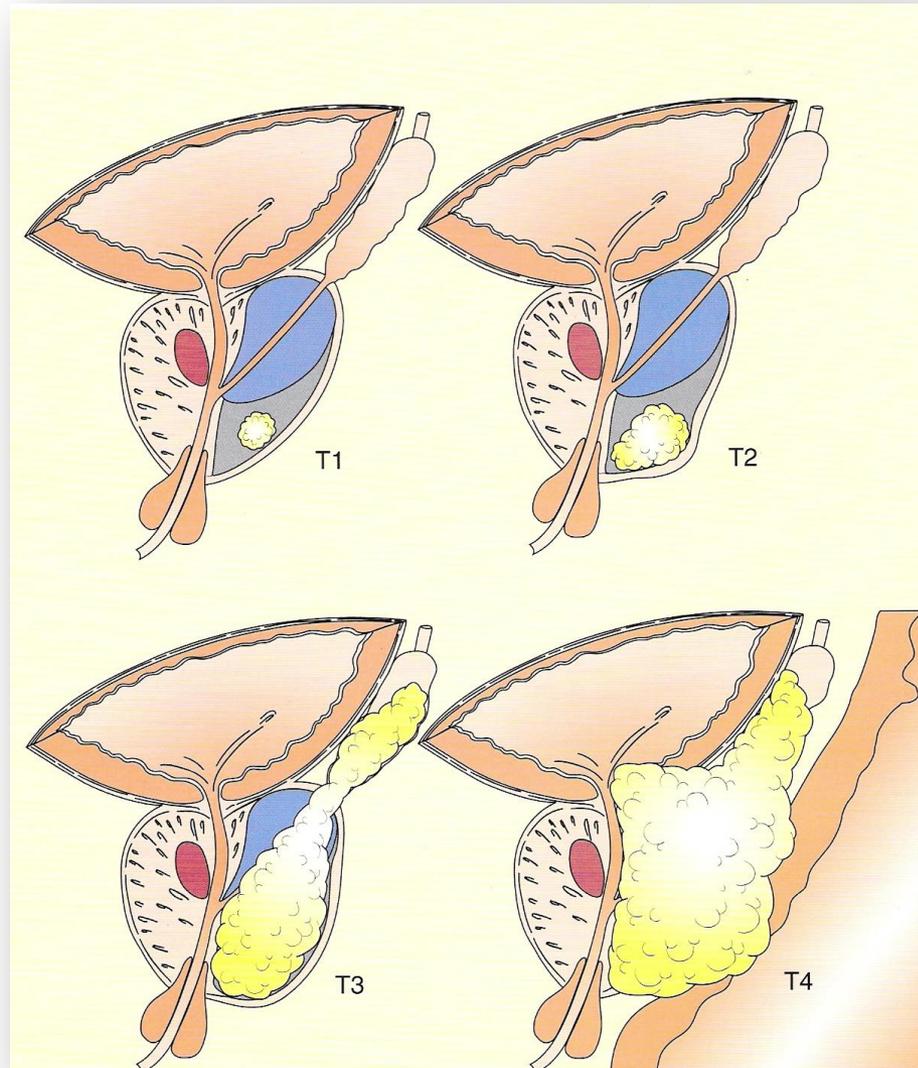


Dysfonction érectile et Traitements des cancers urologiques



Luc de Visscher
Gregory Lefebvre
Samuel Palumbo

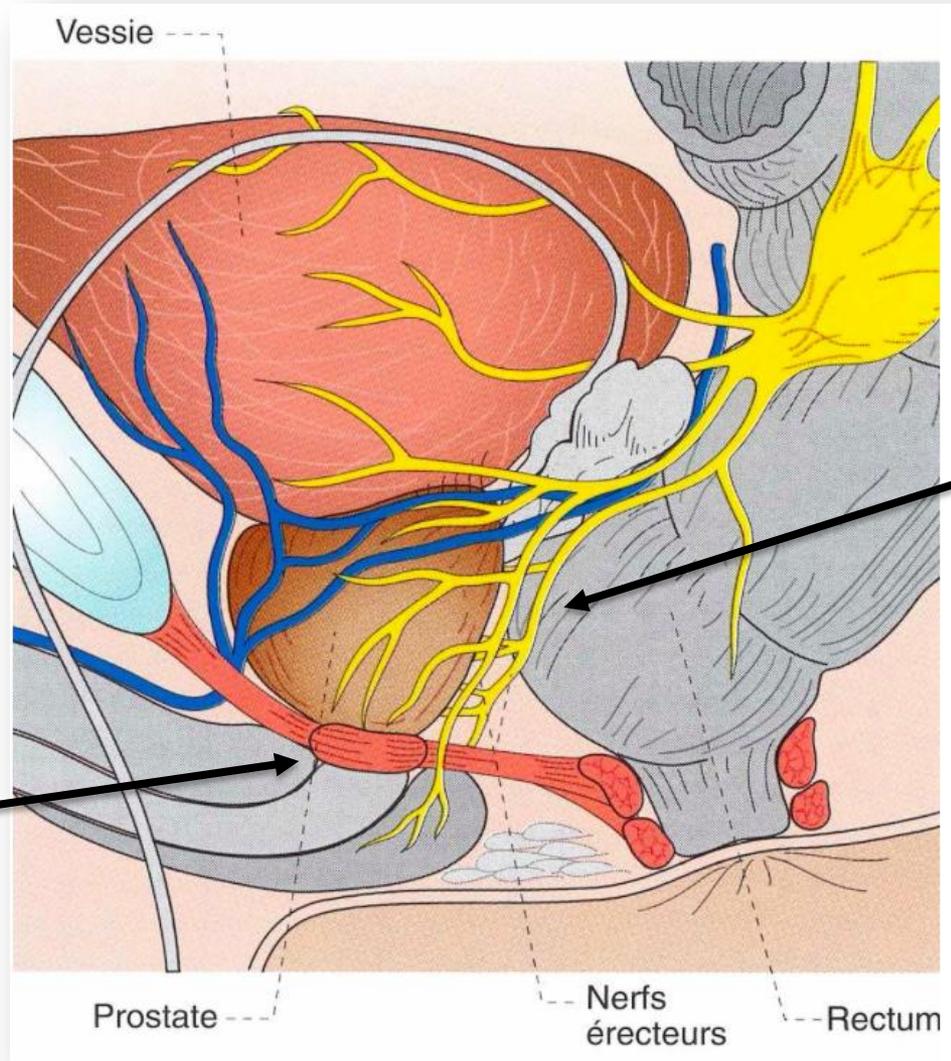
Cancer de prostate



Cancer de prostate : traitements

- Maladie localisée (T1-T2-T3 N0-1)
 - Surveillance active
 - Radiothérapie
 - Externe IMRT / Rapid Arc
 - Curiethérapie ou Brachythérapie
 - Chirurgie (Prostatectomie Radicale Totale)
- Maladie métastatique (M+)
 - Hormonothérapie
 - Castration (agoniste/antagoniste LHRH: Firmagon, Décapeptyl)
 - Anti-androgène (Casodex)

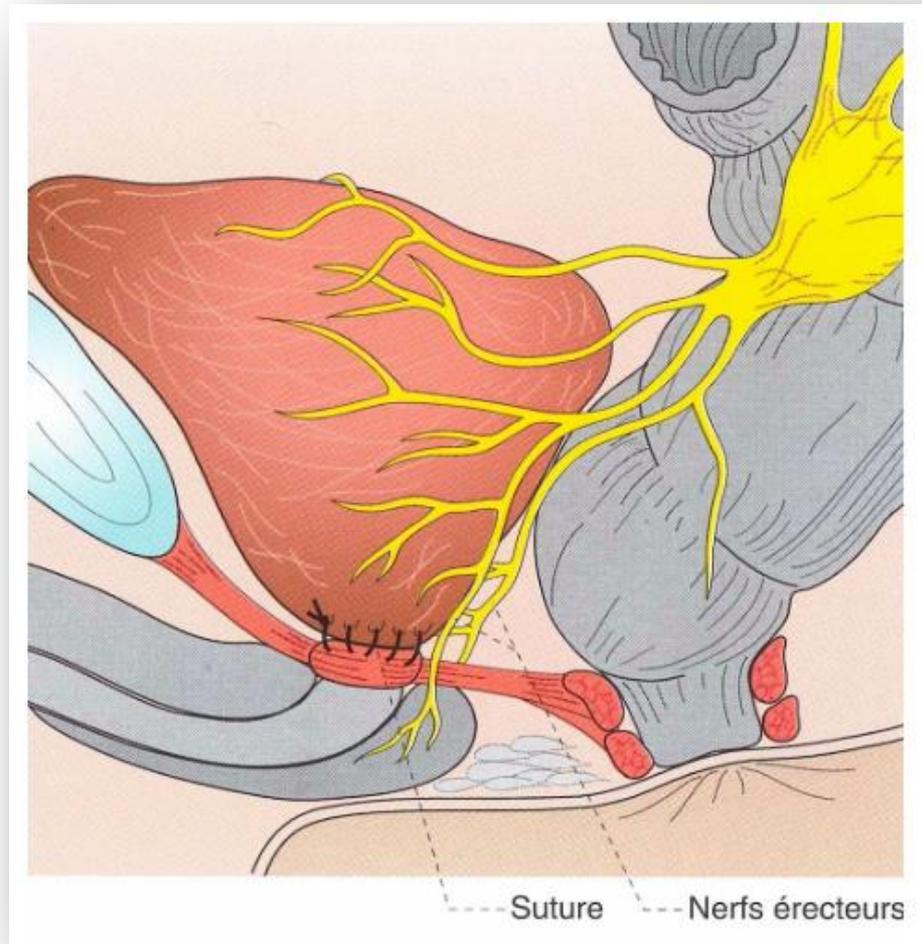
Prostatectomie radicale



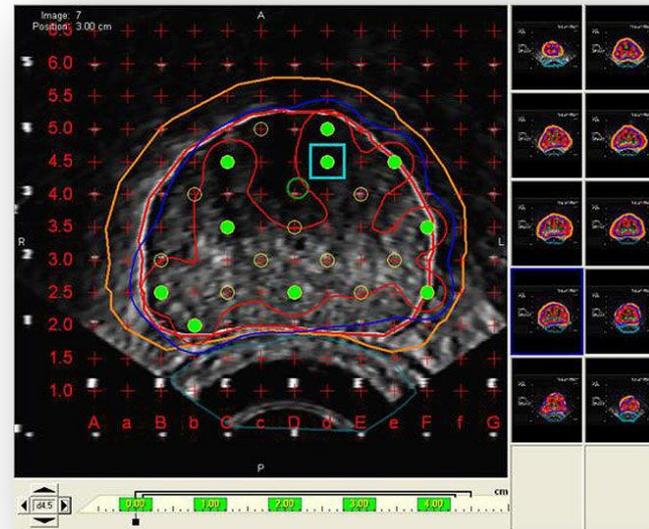
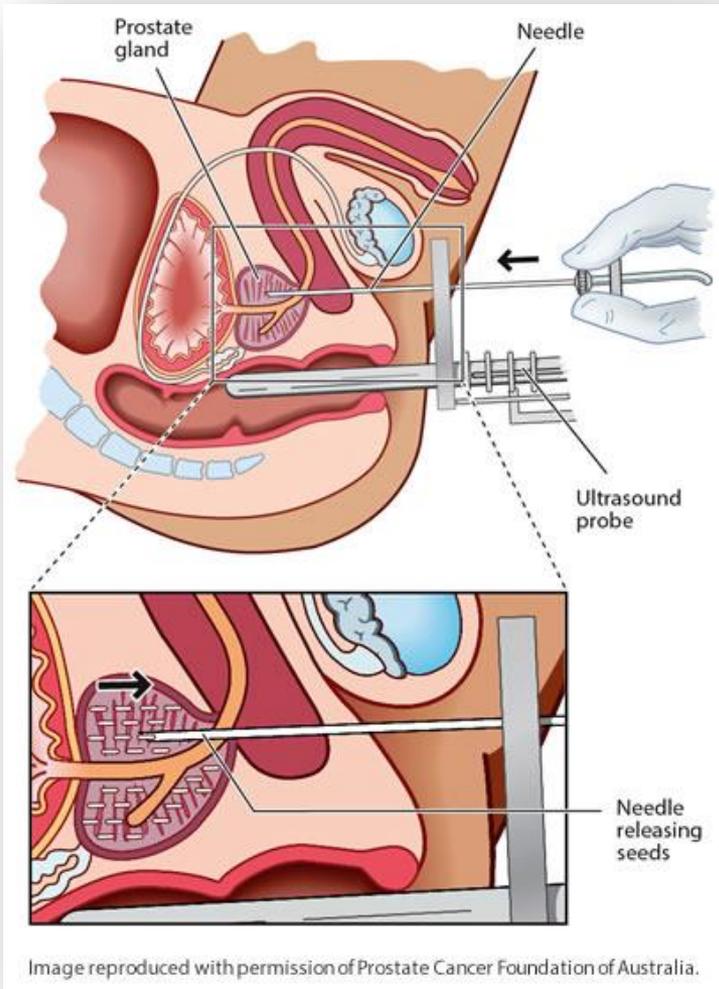
Sphincter

Bandelettes
neuro-
vasculaires

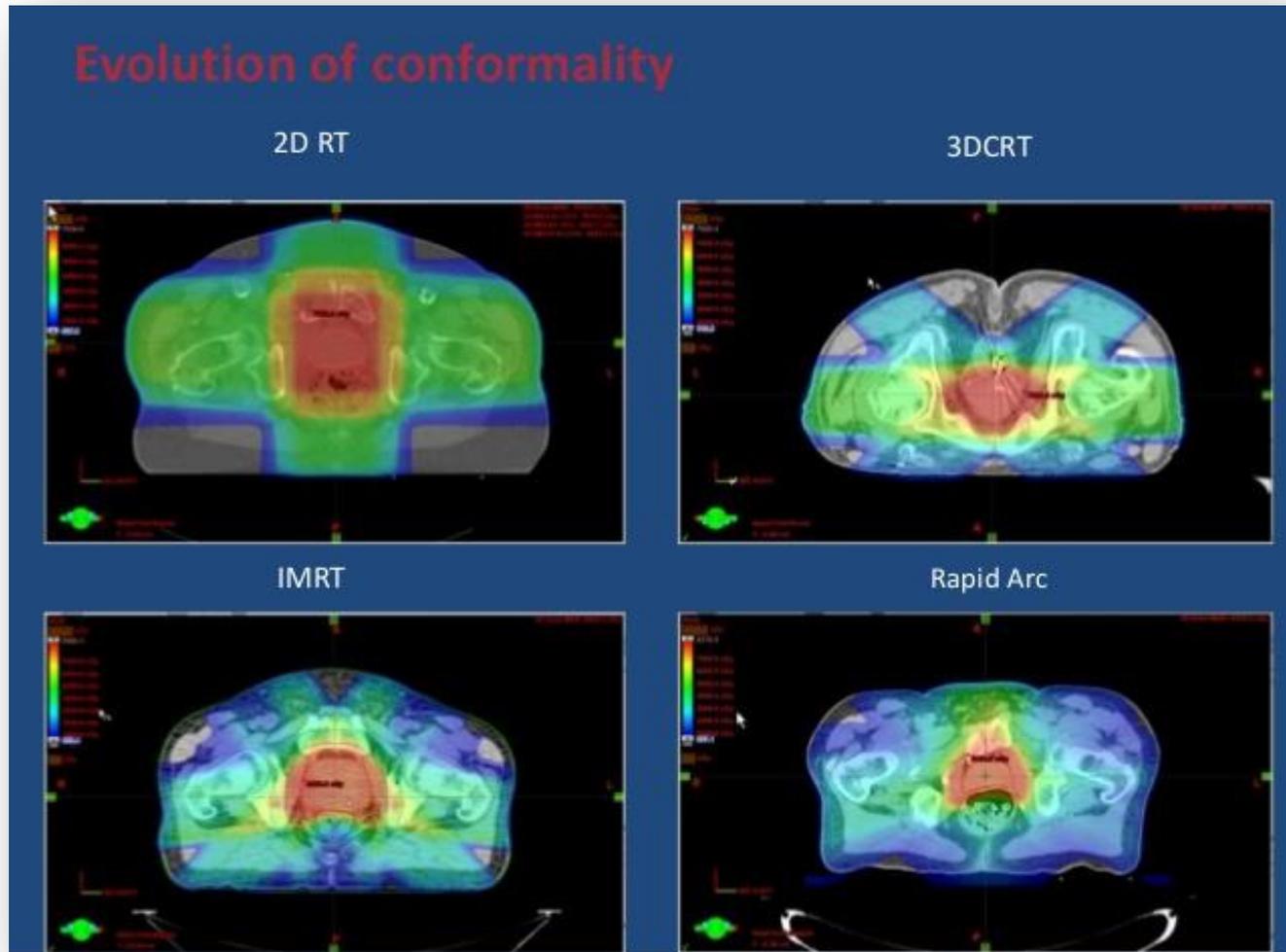
Prostatectomie radicale



Brachytherapie



Radiothérapie



Hormonothérapies

Antagoniste/Agoniste de
la LHRH (Castration)

= Firmagon, Décapeptyl

- Indication : M+
- Testostérone basse

- EI : troubles érectiles
diminution libido

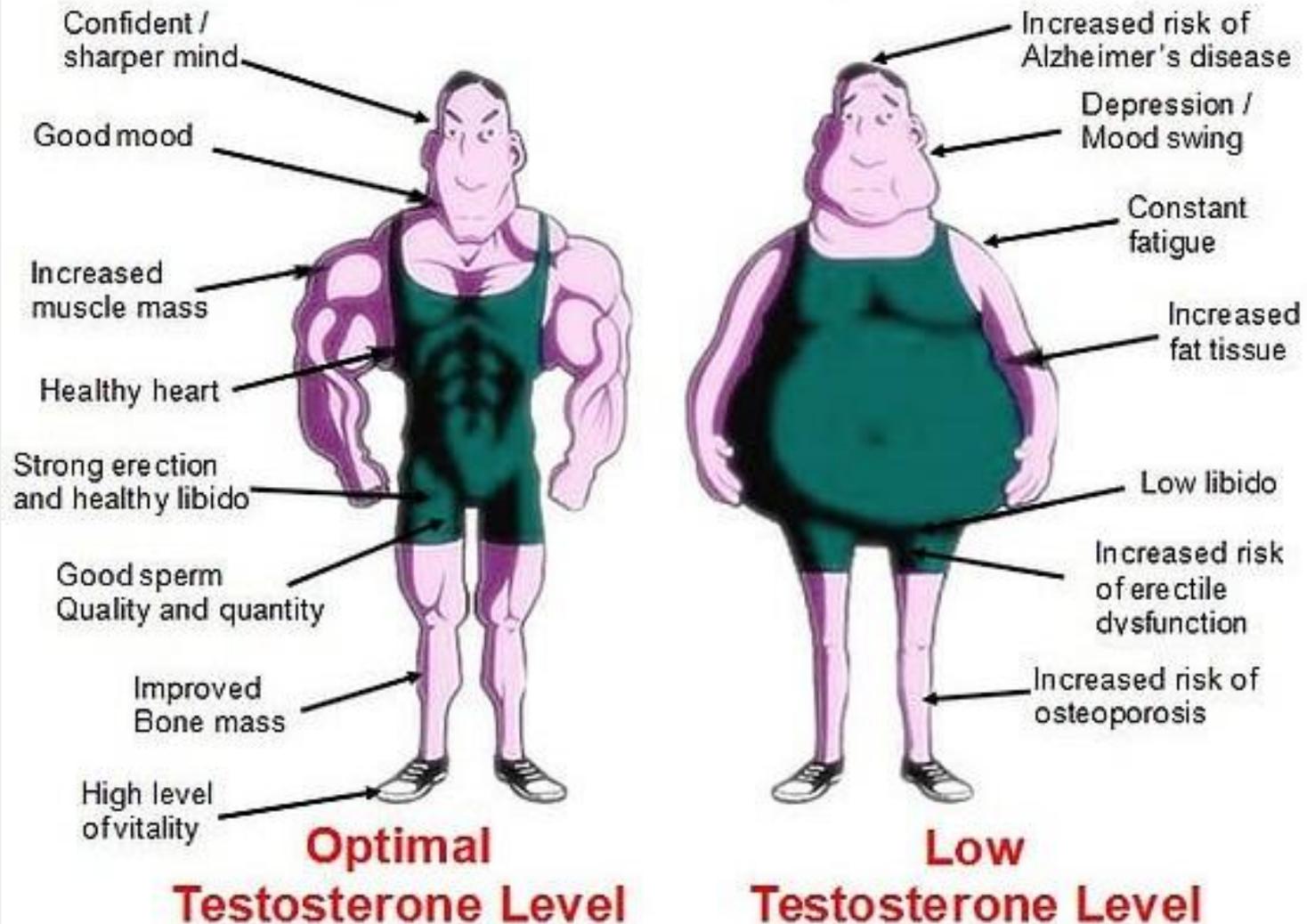
Antagoniste des récepteurs
à la testostérone

= bicalutamide, Casodex

- Indication : N+
- Testostérone normale

- EI : gynécomastie
douleurs mamelons

COMPARISON BETWEEN OPTIMAL AND LOW TESTOSTEROENE



Quel traitement choisir ?

- Le patient participe activement au choix !
- Discussion autour des différentes possibilités, calcul risques/bénéfices de chaque option.
- Discussion en CMO pour chaque patient !
- Temps de réflexion et possibilité d'un deuxième avis.
- Pouvoir offrir toutes les stratégies de traitements
-> réseaux de soins / sous-spécialisation !

Notre trajet de soins

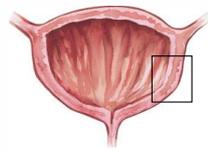
- Avant les biopsies:
 - PSA
 - TR / Echographie de la prostate
 - IRM
 - Anamnèse fonctionnelle urologique
- Annonce du diagnostic
- Bilan fonctionnel
 - Qmax
 - IPSS (Score prostatique et QoL)
 - IIEF5 (questionnaire fonctionnel et sexuel)
 - Profilométrie urétrale (qualité sphincter)
- Concertation Multi-disciplinaire en Oncologique Urologique (COM)
- Décision thérapeutique avec le patient

Saint Luc Bouge

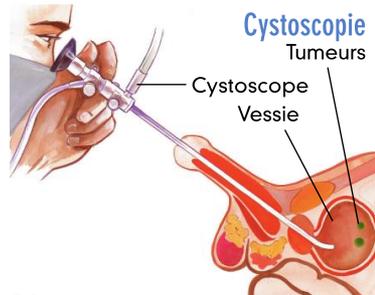
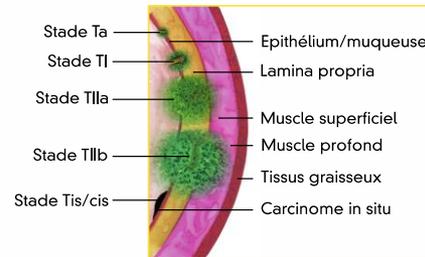
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
PB+	71	122	116	104	118	129	167	150	977
RP	46	68	62	40	43	56	49	53	417
EBRT	6	20	22	16	27	33	37	21	182
BT	2	7	10	8	8	10	12	11	66
AS	13	20	17	11	15	13	36	31	157

Cancers de vessie

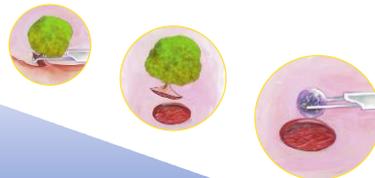
Polypes et Tumeurs superficielles de la Vessie.



Vessie



Résection



Instillation



NYCOMED

Un service offert par Nycomed Belgium

Tumeurs de vessie

- Tumeurs non infiltrantes :
 - Ta bas grade: Instillations de Mitomycine C
 - T1 haut grade et/ou CIS: Instillations d'OncoTice
- Tumeurs infiltrantes (non métastatique):
 - Chimio néo-adjuvante + cystectomie

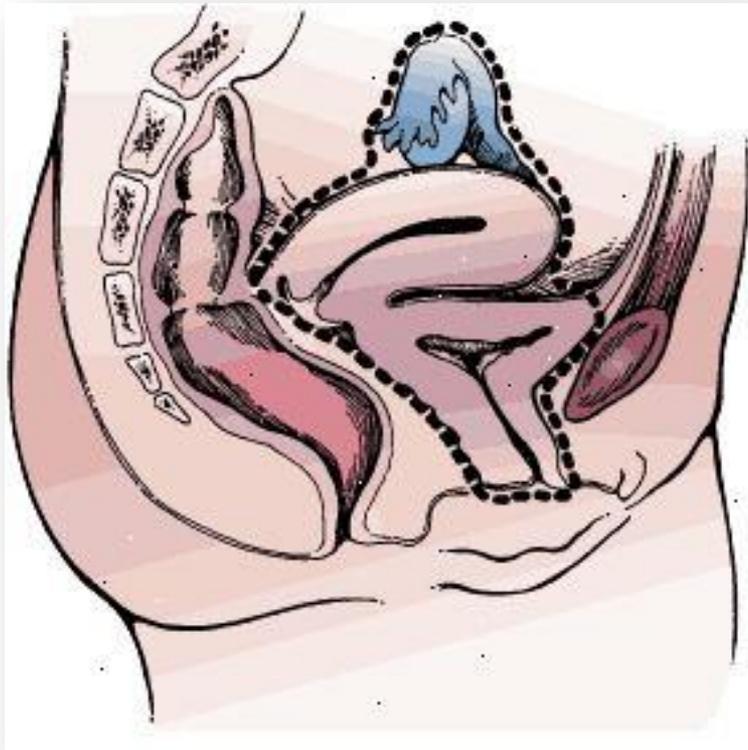
Cystectomie

- Indications
 - Tumeurs infiltrantes (T2), non métastatiques.
 - T1 haut grade récidivants malgré OncoTice
- Sexe :
 - Homme : cysto-prostatectomie
 - Femme : pelvectomie antérieure (ablation vessie, utérus, urètre, et paroi antérieure du vagin).
- Curage ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral étendu.
- Dérivation urinaire
 - Dérivation cutanée directe : urétérostomie (TUUCD)
 - Dérivation cutanée trans-iléale : Bricker
 - Remplacement de vessie (néovessie) : Studer

Cystectomie radicale

Femme :

Pelvectomie antérieure



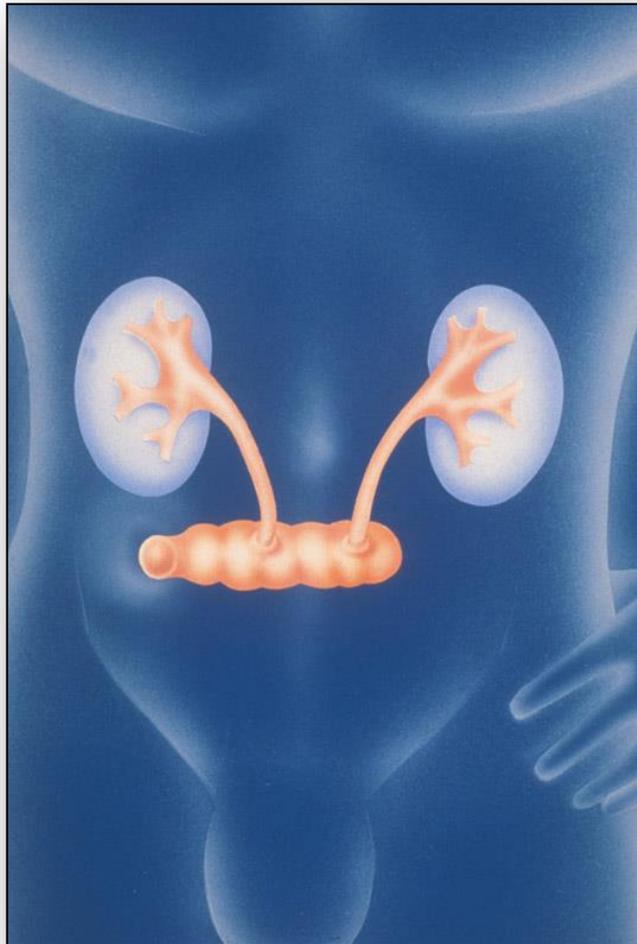
Homme :

Cysto-prostatectomie



Dérivations urinaires

Bricker



Studer

