

# 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)

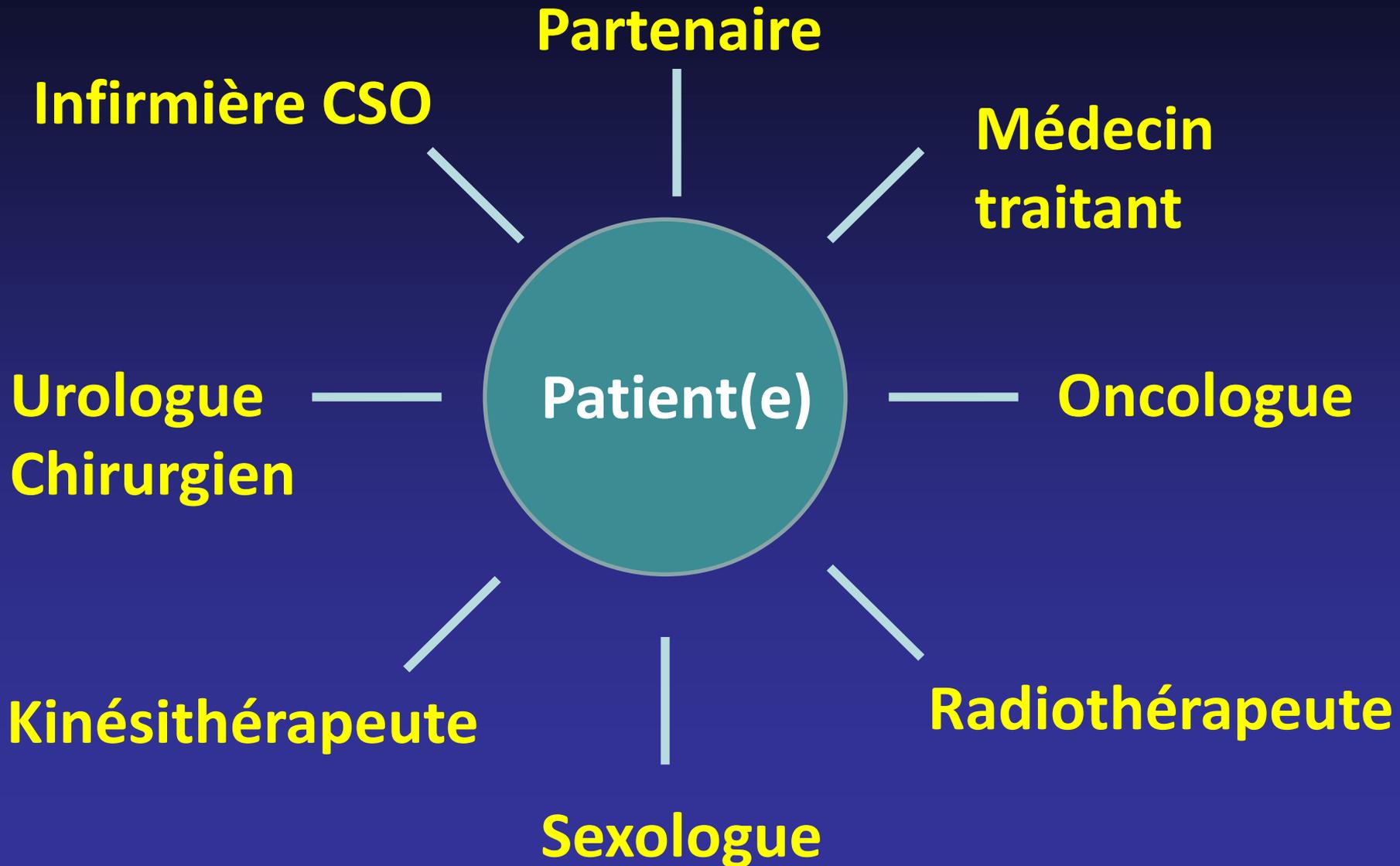
et Cabinet Médical du Parc à Erpent

*En collaboration avec...*

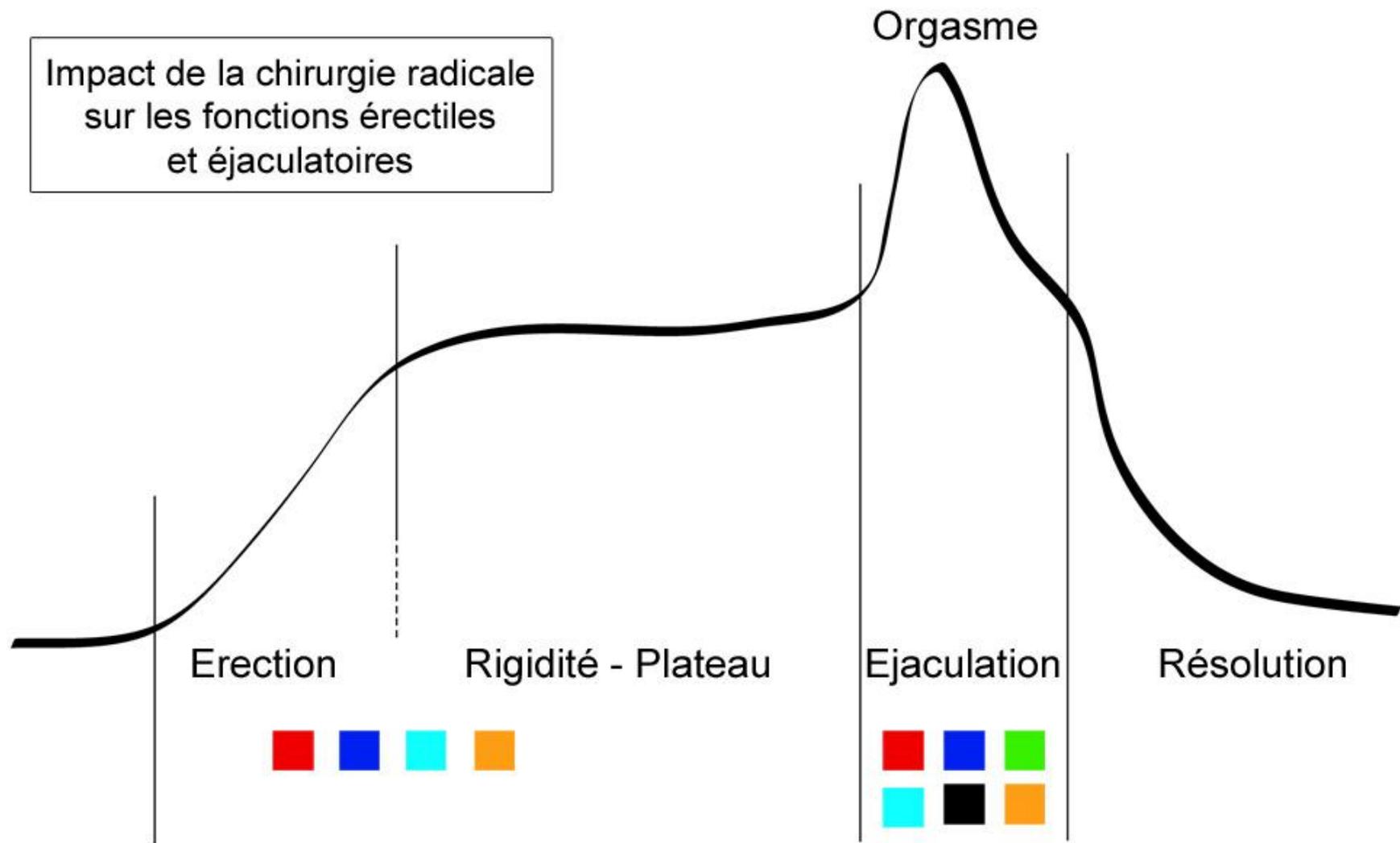
# Plan de l'exposé

- 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, Gr. 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
- **Table Ronde : questions-réponses**

# Prise en charge multidisciplinaire en onco-sexologie



Impact de la chirurgie radicale sur les fonctions érectiles et éjaculatoires

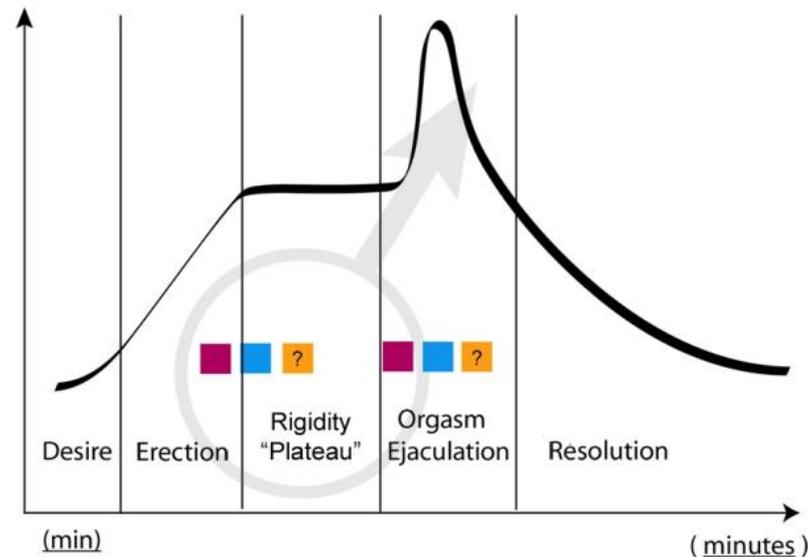
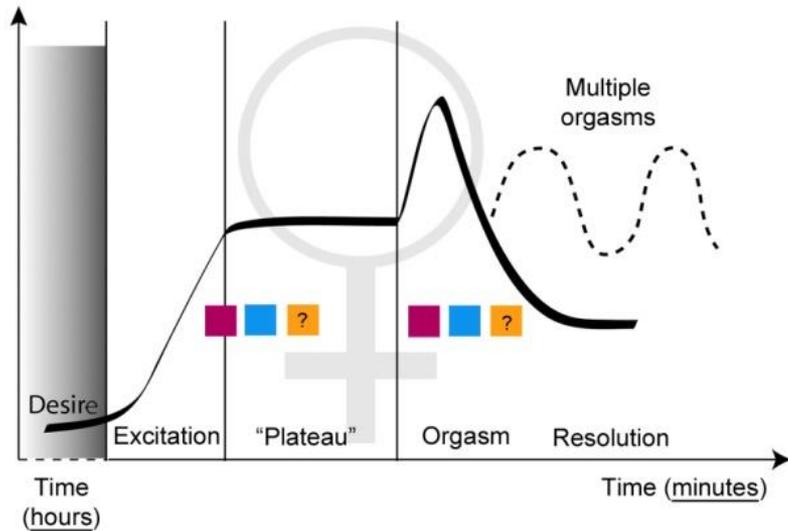


Techniques chirurgicales

- Prostatectomie radicale
- Cystectomie radicale
- Lymphadenectomie bilatérale

- Résection antérieure
- Amputation abdomino-périnéale
- Total Mesorectal Excision

## Impact de la chirurgie radicale du cancer du rectum chez la femme :



- Trouble de lubrification vaginale
- Trouble de l'orgasme
- Altération de l'image corporelle (si stomie)
- Douleurs / dyspareunie

### Surgical techniques

Anterior Resection    Abdomino-Perineal Resection    Total Mesorectal Excision

**Information et Prise en charge**  
des « *séquelles sexuelles potentielles* »  
des traitements carcinologiques

- **à l'annonce du diagnostic du « cancer »**
- pendant l'hospitalisation
- lors du retour à domicile
- au cours de la convalescence
- ***lors de la ré-insertion socio-professionnelle***

# Ecoute et Accompagnement au moment du *Diagnostic*

- Un temps d'information
- Un temps d'écoute
- Un temps de soutien
- Un temps de coordination avec les autres « acteurs de terrain »

**Idéalement consultation en couple !**

**Oui**, il y a une vie sexuelle après le cancer :  
*voici quelques « pré-requis » pour limiter les  
« dégâts organiques et/ou psychologiques »*

***Pré-traitement :***

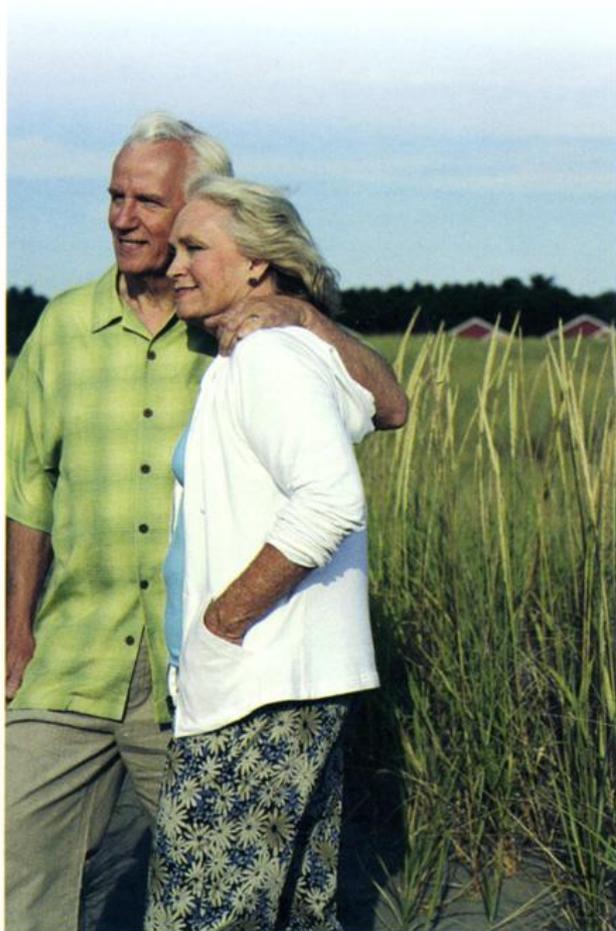
- *Informer le patient et sa partenaire sur la « mutilation » sexuelle possible*
- *Ne pas précipiter l'intervention chirurgicale (ou le Tt radiothérapique)*
- *Dé-dramatiser le concept de cancer*
- *Rôle du médecin de famille*

***Per- ou post-traitement :***

- *Prise en charge sexologique multi-disciplinaire*
- *Ecolage du patient et de sa partenaire vers une sexualité « alternative »*

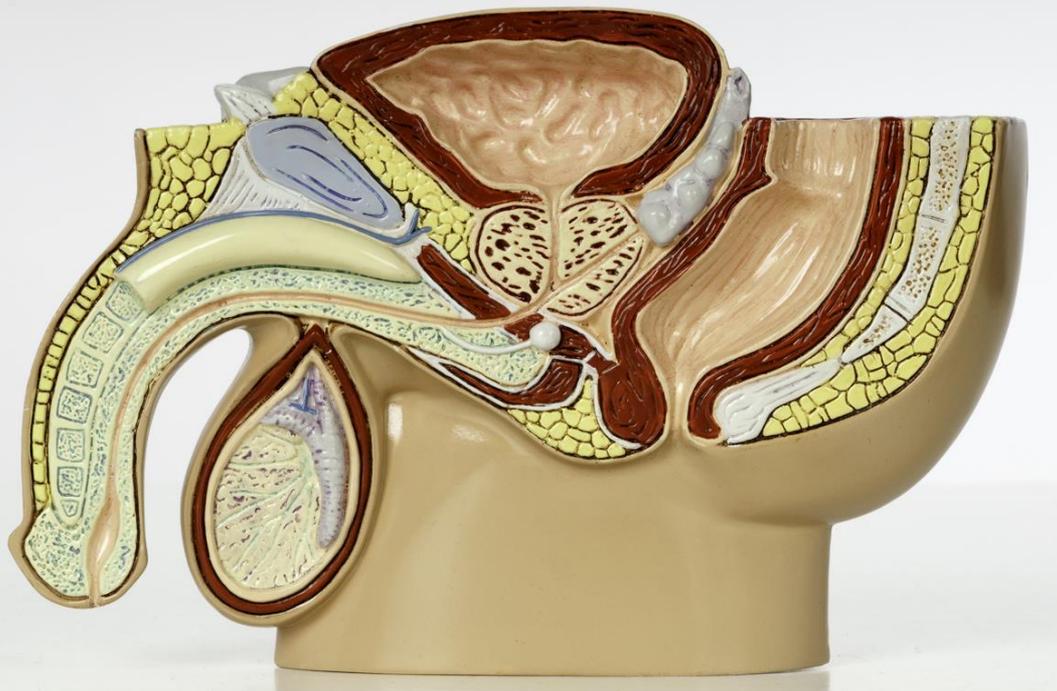
Vous n'êtes pas obligé  
de vivre avec un problème  
de dysfonction érectile.

Il existe différents traitements  
pour vous et votre partenaire.



# A qui parler ?

Informer

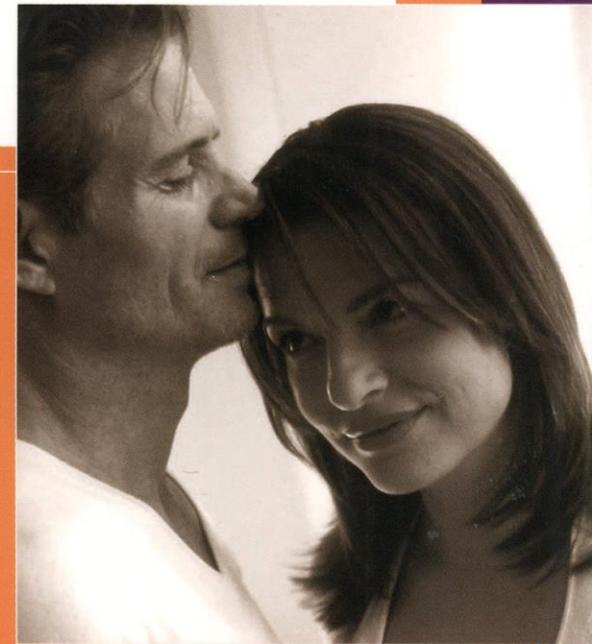


**Information destinée au patient et à sa partenaire :**

- schémas
- brochures

LE GUIDE BELGE DU PATIENT

## Comprendre et traiter Les troubles de l'érection



DES EXPLICATIONS CLAIRES,  
DES INFORMATIONS PRATIQUES

VIVIO

GUIDE BELGE du PRATICIEN

# Les troubles de l'érection

Pr Reinier Opsomer  
en collaboration avec les  
Pr Robert Andrienne  
Pr Christine Reynaert  
Pr Thierry Roumeguère  
Pr Guy T'Sjoen

À 50 ans et au-delà

Version pdf disponible :  
[r.j.opsomer@uclouvain.be](mailto:r.j.opsomer@uclouvain.be)

# 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 : en bref*
- *Les cancers du côlon gauche et du rectum*
- Onco-sexologie en 2018
- Une vignette clinique
- Le couple
- Et ces cancers chez la femme ?

# Les traitements du cancer de Prostate

## Traitements curatifs :

- Prostatectomie radicale
- Radiothérapie externe et brachythérapie

## Traitements palliatifs

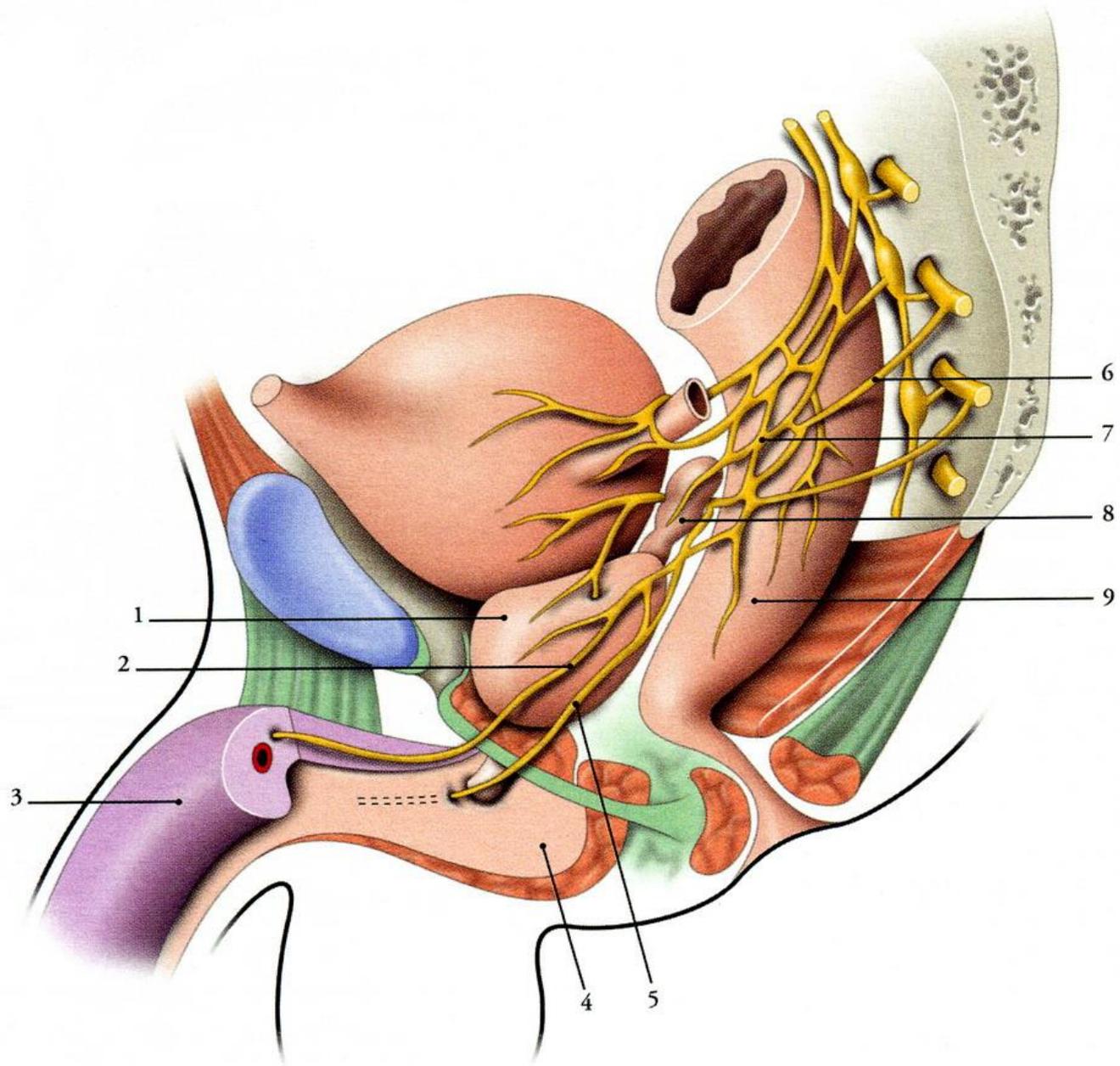
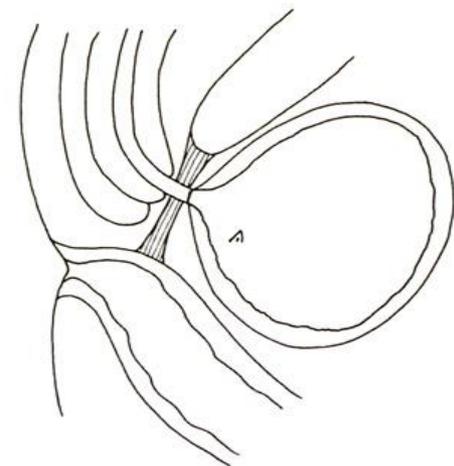
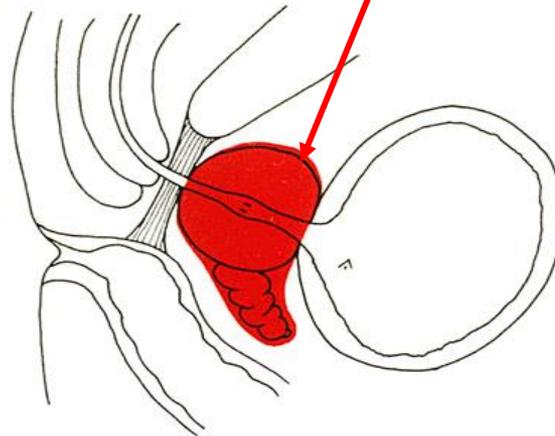
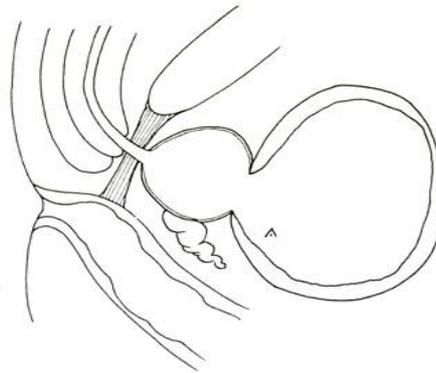
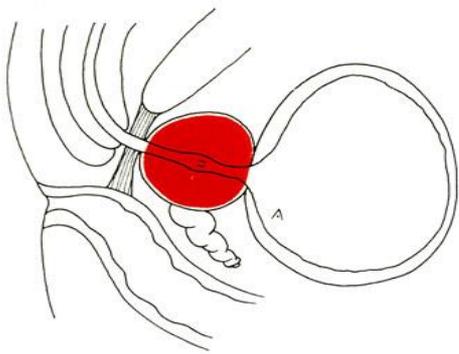


FIG. 10.8. Plexus hypogastrique inférieur chez l'homme

# Chirurgie de l' adénome bénin vs cancer de la Prostate Adénomectomie vs Prostatectomie Radicale





*Hypertrophie bénigne de prostate*

**Intervention:**

**Adénomectomie prostatique**



*Cancer de prostate*

**Intervention:**

**Prostatectomie Radicale Totale**

# Prostatectomie Radicale Totale :

## Les dysfonctions sexuelles organiques

1. Trouble de l'érection
2. Anéjaculation (inéluçtable)
3. Raccourçissement du pénis

(Impact négatif des fuites urinaires ou de la peur de la fuite)

# Prostatectomie Radicale Totale :

## Aspects fonctionnels et psychologiques

1. Perte de l'estime de soi : « je ne suis plus un homme »
2. Rôle important de la (du) partenaire
3. Raccourcissement du pénis

(Impact négatif des fuites urinaires ou de la peur de la fuite)

# Quelques conseils

- Uriner avant toute activité sexuelle
- Privilégier les préliminaires : redécouvrir son corps
- Orgasme possible sans érection et sans éjaculation

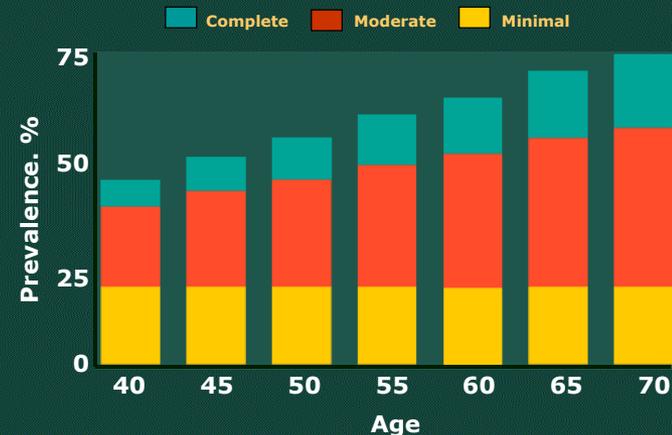
# Prévalences du cancer de prostate et de la dysfonction érectile en fonction de l'âge

Table 2  
Prevalence of Prostate Cancer,<sup>a</sup> ED (29), and Hypogonadism (30) vs Age

	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Prostate cancer prevalence (%)	.4	7.1	24.6	39.3	23.6	4.9
ED prevalence (%)	4	26	40	60	60+	—
Hypogonadism incidence (%)	2	10	30	45	70	—

<sup>a</sup> SEER Cancer Review 1975-2000. ED, erectile dysfunction.

## ERECTILE DYSFUNCTION: Increases with Age



Feldman, H.A. et al. Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology* 1994; 151:54-61

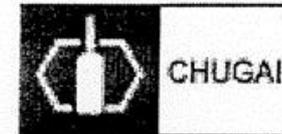


Revue de presse n°244

l'actualité hebdo en cancérologie

du 26 octobre 2004

réalisée avec le soutien  
institutionnel de :



Extrait de cette revue de presse - Version intégrale

© France Cancer 2004 - Reproduction interdite

### Entre radiothérapie, prostatectomie et qualité de vie à 5 ans, mon cœur balance...

Je ne vous apprendrai rien en vous disant que la prostatectomie radicale a démontré qu'elle réduisait significativement la mortalité spécifique *versus* simple surveillance, cependant au détriment d'effets négatifs importants sur les fonctions sexuelles et urinaires sans amélioration de la survie globale par ailleurs. A contrario, la radiothérapie offre une alternative très intéressante avec moins de complications, mais il n'existe que très peu d'études comparatives à long terme.

Au NCI, ce ne sont pas moins de mille patients avec un cancer localisé de la prostate chez lesquels il a été évalué à long terme la qualité de vie liée selon qu'ils ont été traités par radiothérapie ou prostatectomie radicale. C'est grâce à un questionnaire et à des entretiens (fonction urinaire, fonction sexuelle, intérêt, fréquence, et capacité à accomplir l'acte sexuel) que cette équipe a pu comparer l'état de la fonction urinaire et sexuelle avant tout traitement, deux ans et cinq ans après le diagnostic.

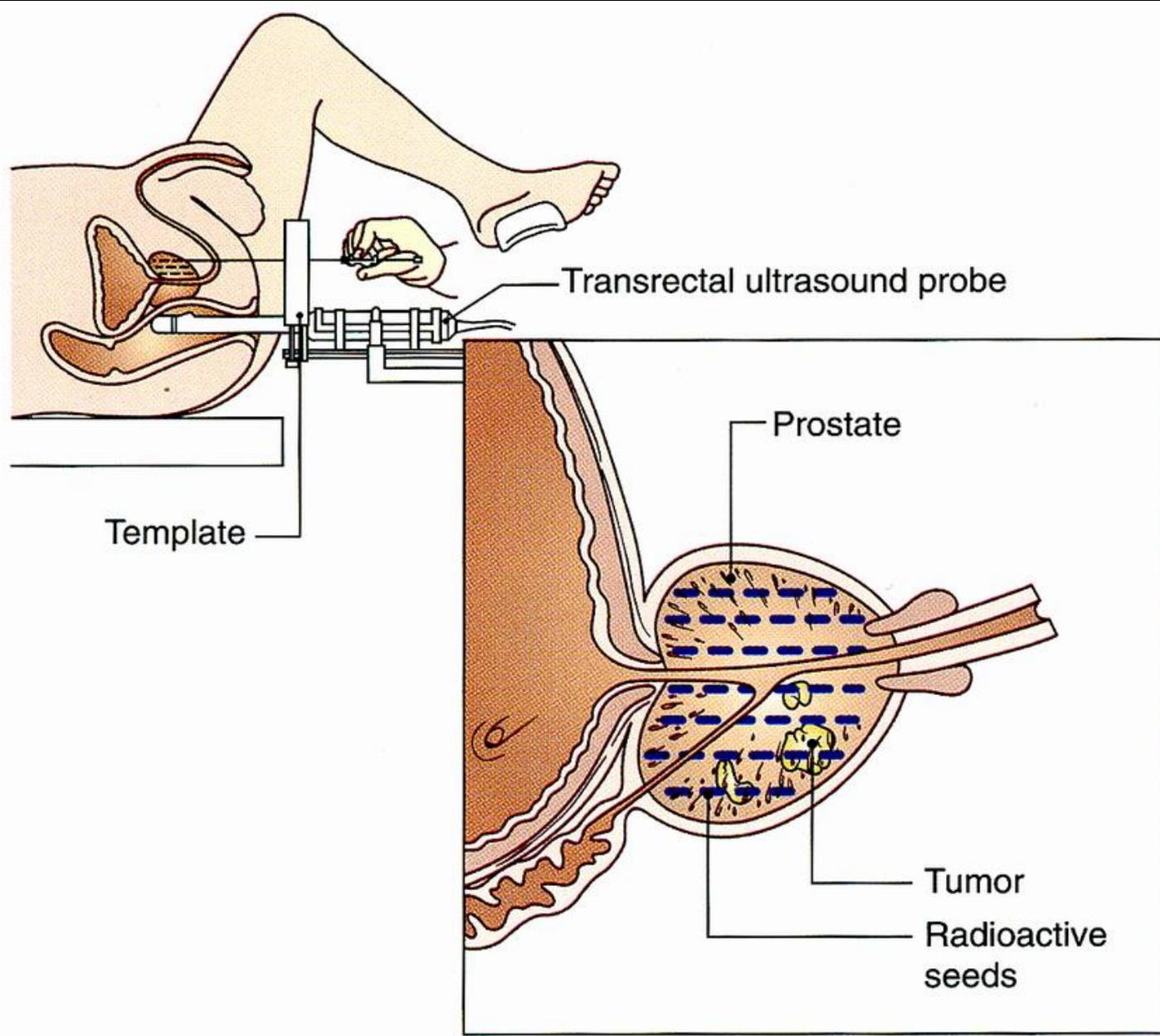
Les conclusions de ce suivi relèvent un déclin des fonctions d'une façon assez comparable dans les deux groupes, sauf pour la fonction érectile qui était plus affectée dans le groupe chirurgie (79% vs 63%). Dans le groupe de patients traités par prostatectomie totale, il existe d'autre part plus d'incontinence urinaire, par rapport aux patients traités par radiothérapie exclusive (15% vs 4%). A contrario, les patients traités par radiothérapie ont eu plus d'effets secondaires digestifs à type de diarrhées (30%) et d'épisodes hémorroïdaires douloureux (20%), par rapport aux patients traités par prostatectomie, respectivement 20% et 10%.

À 5 ans, les patients traités par prostatectomie totale ont plus de difficultés d'incontinence urinaire par rapport au groupe de malades traités par radiothérapie mais en termes d'impuissance, et c'est là que le bât blesse, eh bien c'est idem...

Rédacteur : Zoher Merad-Boudia

> Potosky AL, Davis WW, Hoffman RM et al. Five-year outcomes after prostatectomy or radiotherapy for prostate cancer: the prostate cancer outcomes study. *J Natl Cancer Inst.* 2004 Sep 15;96(18):1358-67.

# Radiothérapie et sexualité la brachythérapie



**Figure 34** Brachytherapy for adenocarcinoma showing technique of seed insertion

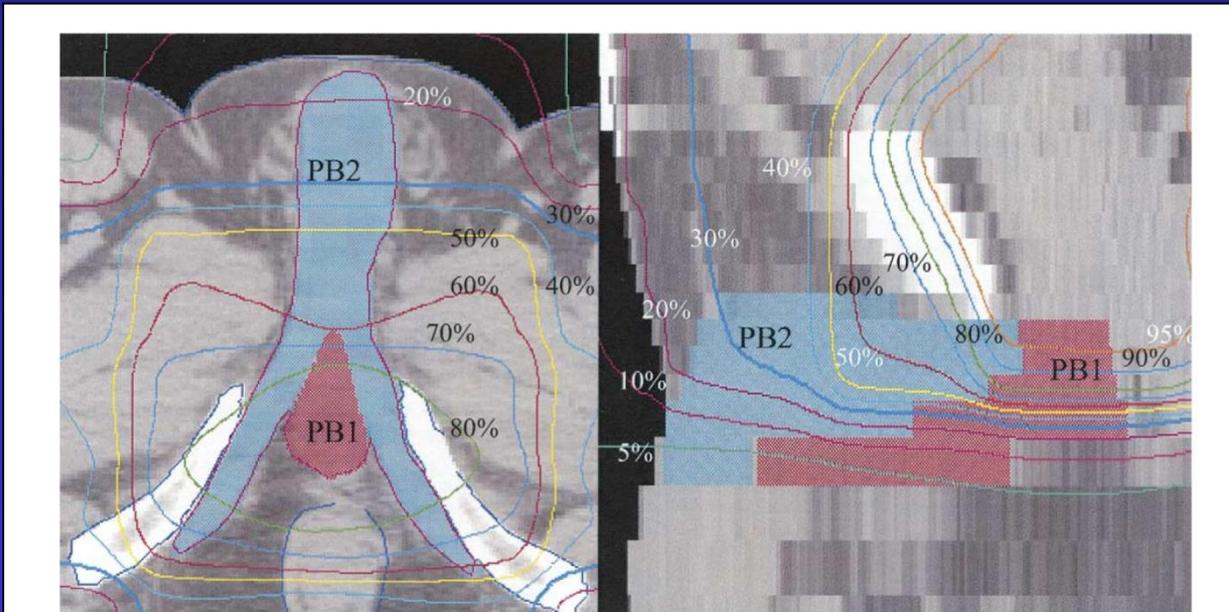
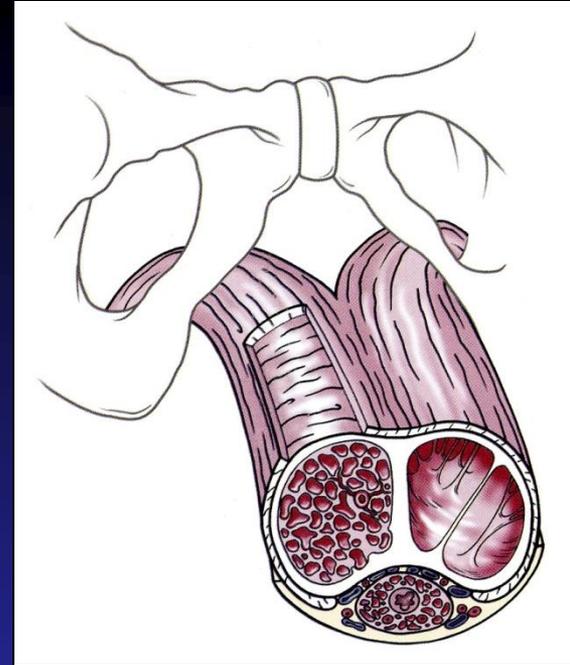
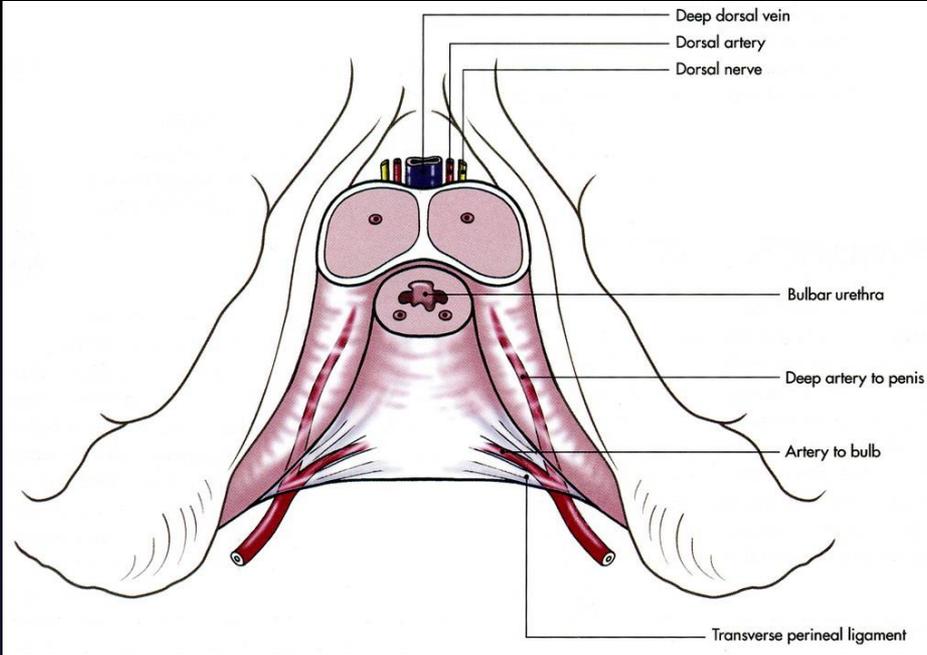


Fig. 1. Delineation of penile base contents as PB1 and PB2 and demonstration of percentage of dose distribution.

# Impact sexuel de la brachythérapie

Préservation des érections durant 3-4 années  
après la brachythérapie

Oui, il y a une vie sexuelle :  
*quelques « pré-requis » pour limiter les  
« dégâts organiques et/ou psychologiques »*

- Informer le patient et sa partenaire sur « la mutilation sexuelle » possible
- Ne pas précipiter l'intervention chirurgicale  
(ou le tt radiothérapique)
- Dé-dramatiser le concept de cancer
- ***Post-opératoire***
  - *Prise en charge sexologique multi-disciplinaire*
  - *Impliquer le / la partenaire*
  - *Ecolage du patient vers une sexualité « alternative »*
  - *Traiter les facteurs de risques cardio-vasculaires*

# Les traitements du cancer de Prostate

Traitements curatifs :

- Prostatectomie radicale
- Radiothérapie externe et brachythérapie

## Traitements palliatifs

Les Guides Visuels du Patient

# ➔ Le traitement hormonal du cancer de la prostate



**VIVIO**

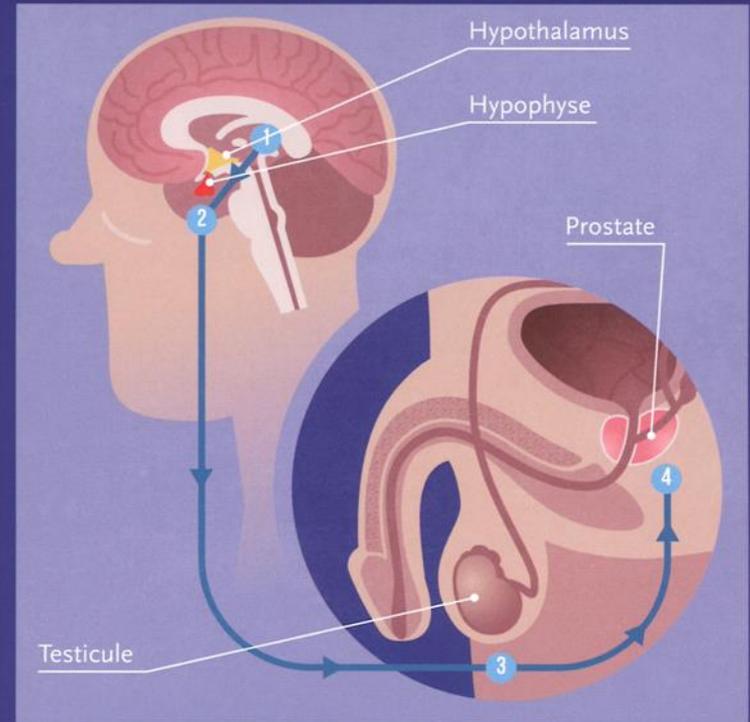
Avec le soutien de **AstraZeneca**

## LE TRAITEMENT HORMONAL

### LA PRODUCTION DE TESTOSTÉRONE

Une zone profonde du cerveau, l'**hypothalamus** va **sécréter une hormone, la LHRH**.

- 1 La LHRH va elle-même **stimuler** une glande située à la base du cerveau, l'**hypophyse**.
- 2 Cette hypophyse va elle-même **sécréter 2 hormones, la LH et la FSH**.
- 3 La LH et la FSH vont venir **provoquer** au niveau des testicules **la production de la fameuse testostérone**.
- 4 Et, c'est la testostérone qui va ensuite **stimuler la croissance des cellules** de la prostate.



## LE TRAITEMENT HORMONAL

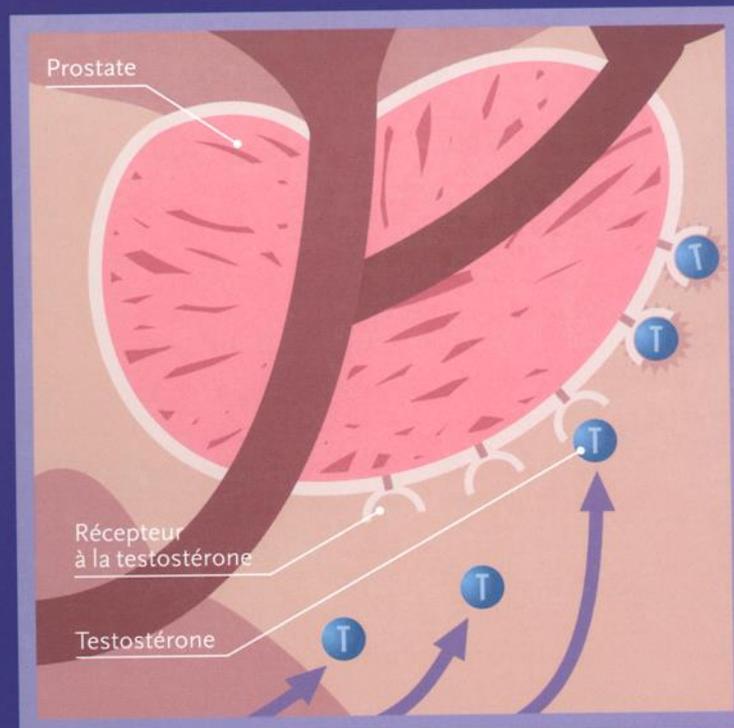
### L'OBJECTIF DU TRAITEMENT HORMONAL

Les **cellules** de la prostate, normales ou cancéreuses, **se multiplient** sous l'action d'une hormone mâle: la **testostérone** (produite, en majorité, par les testicules).

Pour **stopper la croissance du cancer**, l'hormonothérapie va donc **bloquer l'action de la testostérone**.

Il y a quelques dizaines d'années, **l'hormonothérapie était chirurgicale**: on enlevait chirurgicalement les testicules.

Aujourd'hui, il existe des **médicaments** qui permettent de bloquer l'action ou la sécrétion de la testostérone.



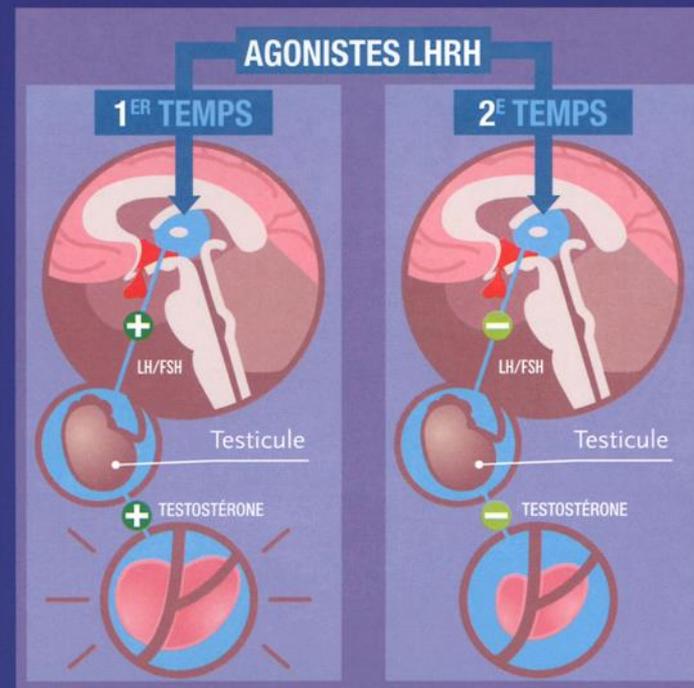
## LE TRAITEMENT HORMONAL

### LES AGONISTES DE LA LHRH

En mimant l'action de la LHRH, les agonistes de la LHRH sont des agents qui **bloquent la production** de l'hormone LHRH au niveau de l'hypothalamus.

Ce blocage se fait en **2 étapes**:

- Pendant les premières semaines, **augmentation de la sécrétion** de LH/FSH par l'hypophyse.
- Ensuite, **blocage de cette sécrétion** et donc blocage de la production de testostérone.



Dans un 1<sup>er</sup> temps, la sécrétion de LH/FSH est stimulée et donc la production de testostérone également.

Dans un 2<sup>e</sup> temps, la sécrétion de LH/FSH est bloquée et celle de la testostérone aussi.

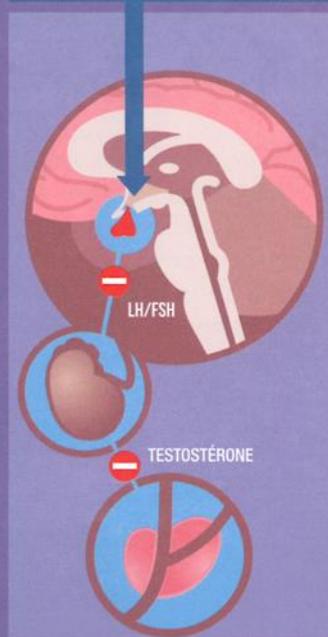
## LE TRAITEMENT HORMONAL

### LES ANTAGONISTES DE LA LHRH

Les antagonistes de la LHRH vont **directement bloquer l'action de la LHRH sur l'hypophyse.**

Ils vont donc **empêcher la production** de LH/FSH et empêcher la production de testostérone.

### ANTAGONISTES LHRH



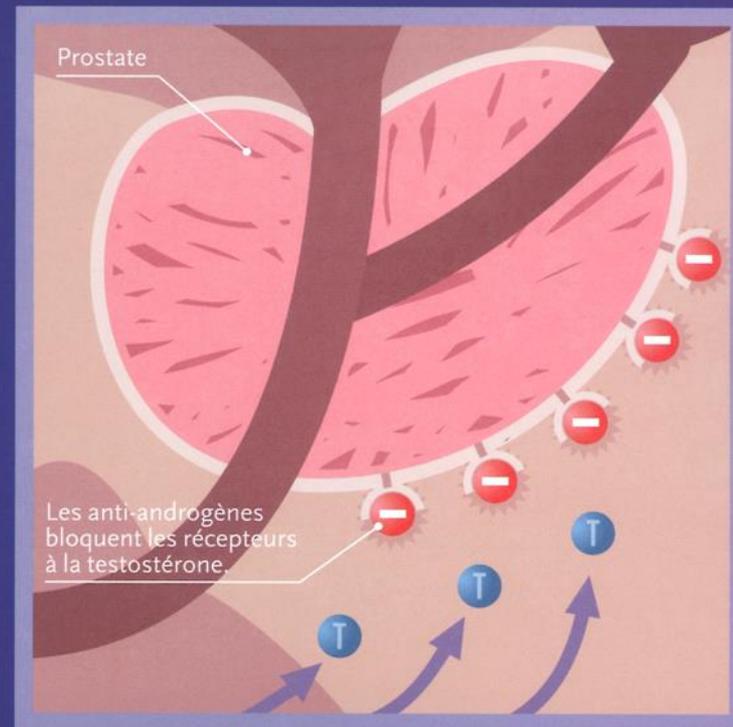
La production de la LH/FSH est directement bloquée.

## LE TRAITEMENT HORMONAL

### LES ANTI-ANDROGÈNES

Les anti-androgènes n'empêchent pas la production de testostérone par les testicules.

Ils **bloquent directement le récepteur** de la testostérone dans la cellule prostatique **sans induire de diminution** de la quantité de testostérone dans le sang.



## LES EFFETS INDÉSIRABLES DE L'HORMONOTHÉRAPIE

### LA LIBIDO

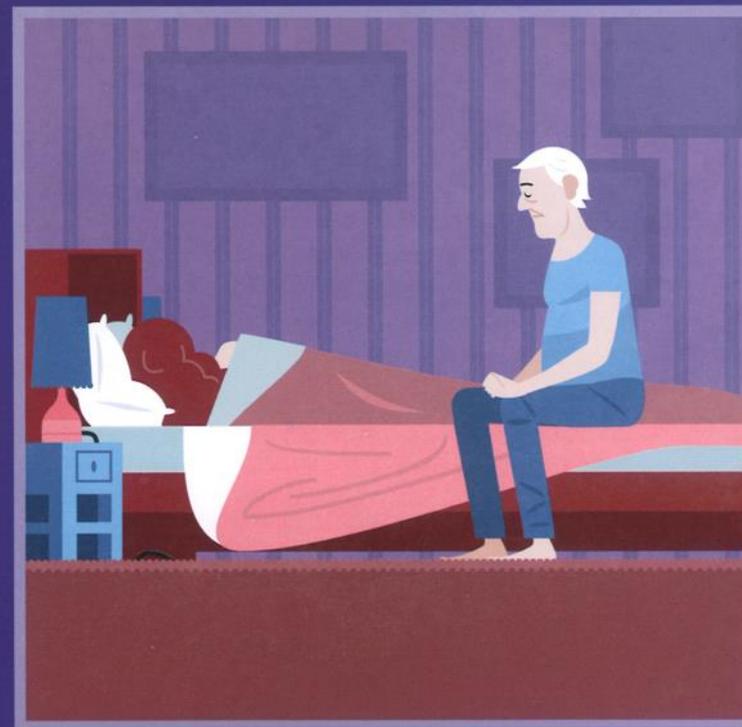
La diminution de la production de testostérone peut provoquer des **troubles de l'érection** ou aggraver des troubles de l'érection déjà existants.

L'hormonothérapie peut également **diminuer le désir sexuel**.

Il est important d'**en parler avec sa conjointe** pour qu'une diminution de l'activité sexuelle ne soit pas **interprétée comme un désintéret** ou un **manque d'amour**.

Les **médicaments facilitateurs de l'érection** peuvent améliorer la qualité de celle-ci sans cependant avoir d'effet sur la libido.

Parlez-en à votre médecin!



## LES EFFETS INDÉSIRABLES DE L'HORMONOTHÉRAPIE

### LES BOUFFÉES DE CHALEUR

Connues depuis longtemps comme un des **symptômes typiques de la ménopause**, les bouffées de chaleur **concernent également les hommes sous hormonothérapie**:

- bouffées de chaleur avec **rougeurs soudaines**, touchant le **visage** et le **torse**,
- **transpiration** profuse, intense, pouvant se diffuser dans tout le corps.



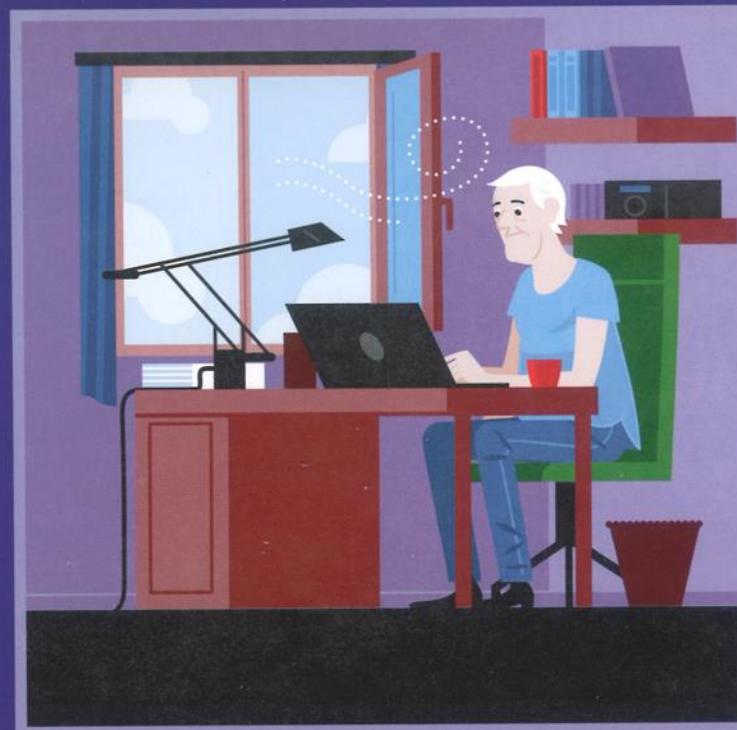
Même si elles sont bénignes,  
les bouffées de chaleur peuvent être handicapantes.

## LES EFFETS INDÉSIRABLES DE L'HORMONOTHÉRAPIE

### FAIRE FACE AUX BOUFFÉES DE CHALEUR

- Préférez les **vêtements amples**.
- **Évitez les lieux surchauffés** ou les brusques changements de température.
- Préférez les **matières naturelles** comme le coton aux tissus synthétiques.

Parlez-en à votre médecin. Certains **médicaments** peuvent également vous aider.



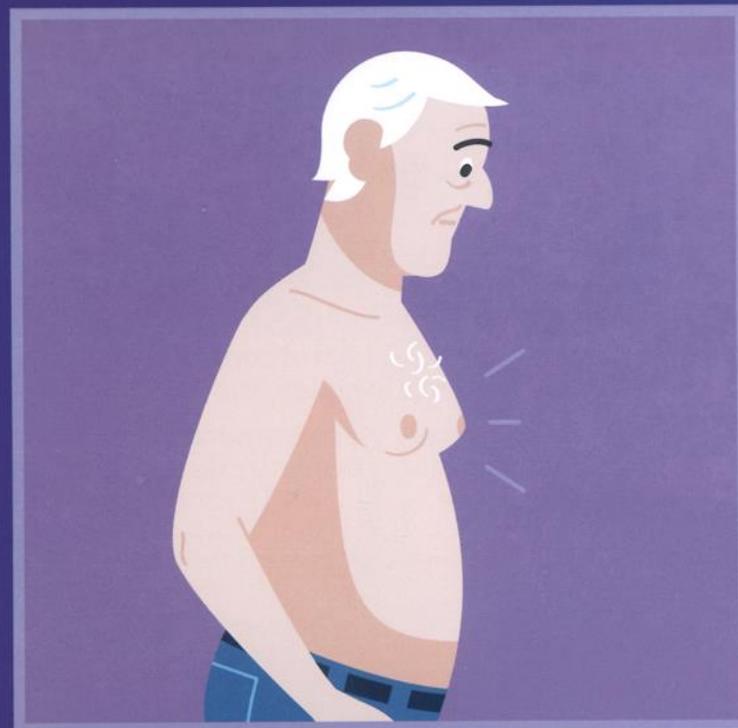
## LES EFFETS INDÉSIRABLES DE L'HORMONOTHÉRAPIE

### LA GYNÉCOMASTIE

Le traitement hormonal peut entraîner le **gonflement des seins** au point qu'ils ressembleront à une poitrine de femme. Ce phénomène est appelé gynécomastie.

La gynécomastie peut s'accompagner de **douleurs aux seins** ou d'**hypersensibilité** des seins.

Pour un homme, une augmentation de la taille de ses seins peut être **psychologiquement et socialement très gênante**.



## LES EFFETS INDÉSIRABLES DE L'HORMONOTHÉRAPIE

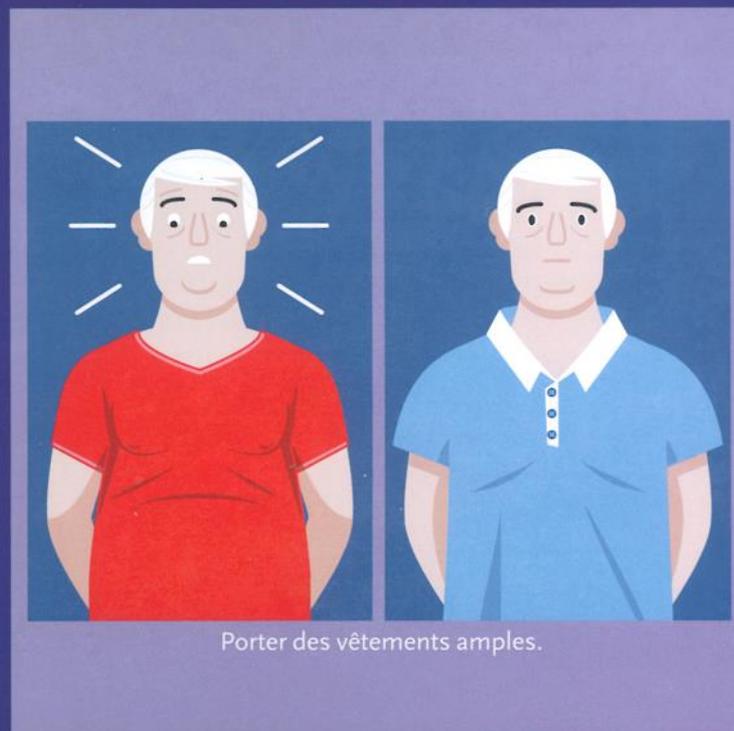
### FAIRE FACE À LA GYNÉCOMASTIE

Une douleur au niveau des seins peut être **contrôlée grâce à des antidouleurs et/ou anti-inflammatoires**.

Dans certains cas, un **traitement bloquant l'action des œstrogènes** peut être proposé.

De **faibles doses de radiothérapie** peuvent également permettre de contrôler la gynécomastie.

Parlez-en à votre médecin!



# Cancer de la prostate et l'hormonothérapie

5 façons d'améliorer votre qualité de vie



*Parlez de  
votre maladie*



*Agissez*



*Mangez  
sainement*



*Bougez*



*Détendez-vous*

# Cancer de la prostate et l'hormonothérapie

5 façons d'améliorer votre qualité de vie

+1



*Parlez de  
votre maladie*



*Agissez*



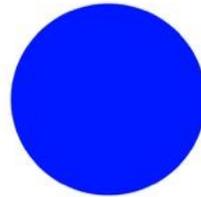
*Mangez  
sainement*



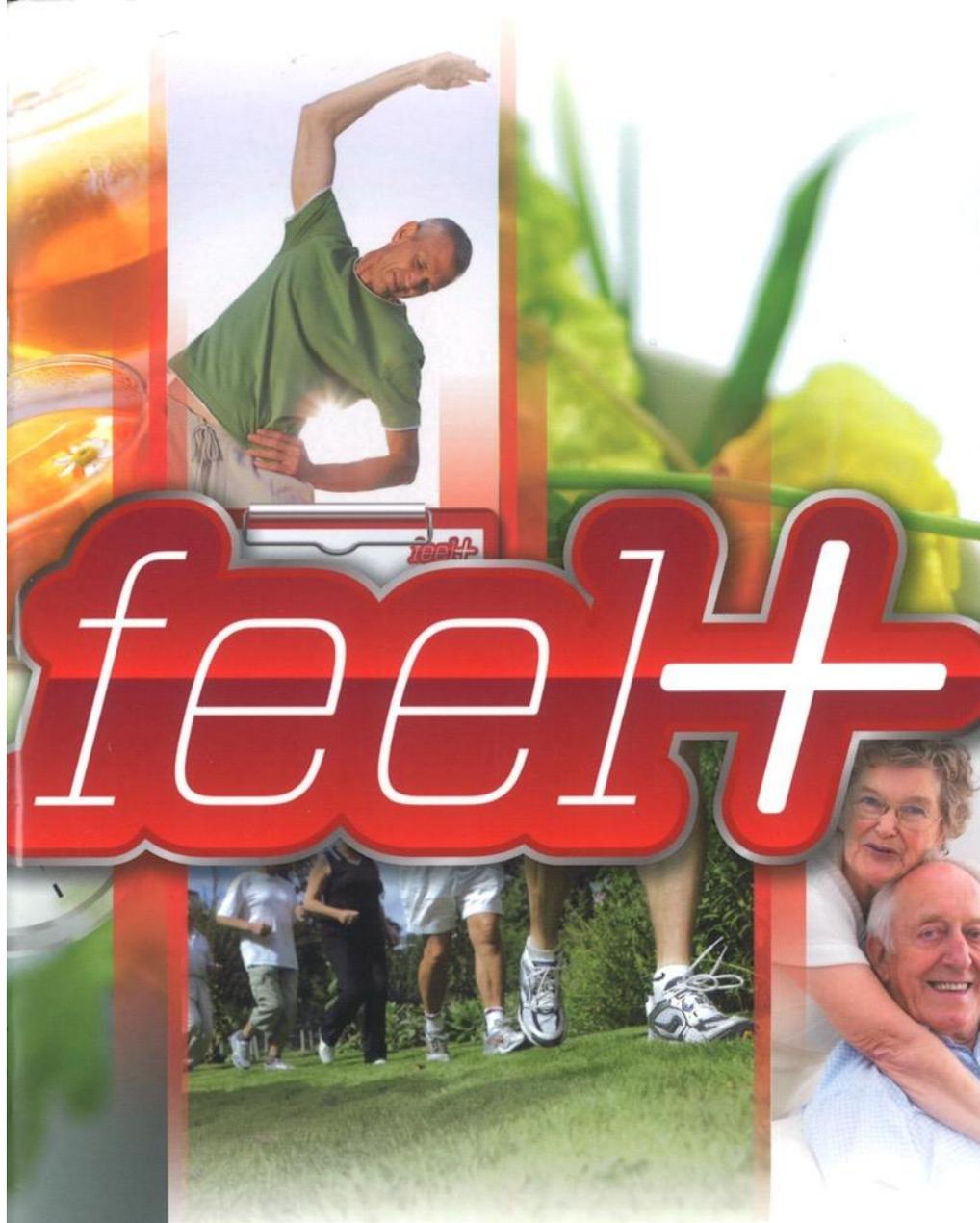
*Bougez*



*Détendez-vous*



et la vie intime ?



*Carnet de suivi*

Voici quatre moyens de mieux profiter de la vie pendant votre traitement hormonal :

1. Parlez de votre maladie
2. Soyez prêt à réagir contre les éventuels effets secondaires
3. Mangez sainement
4. Bougez

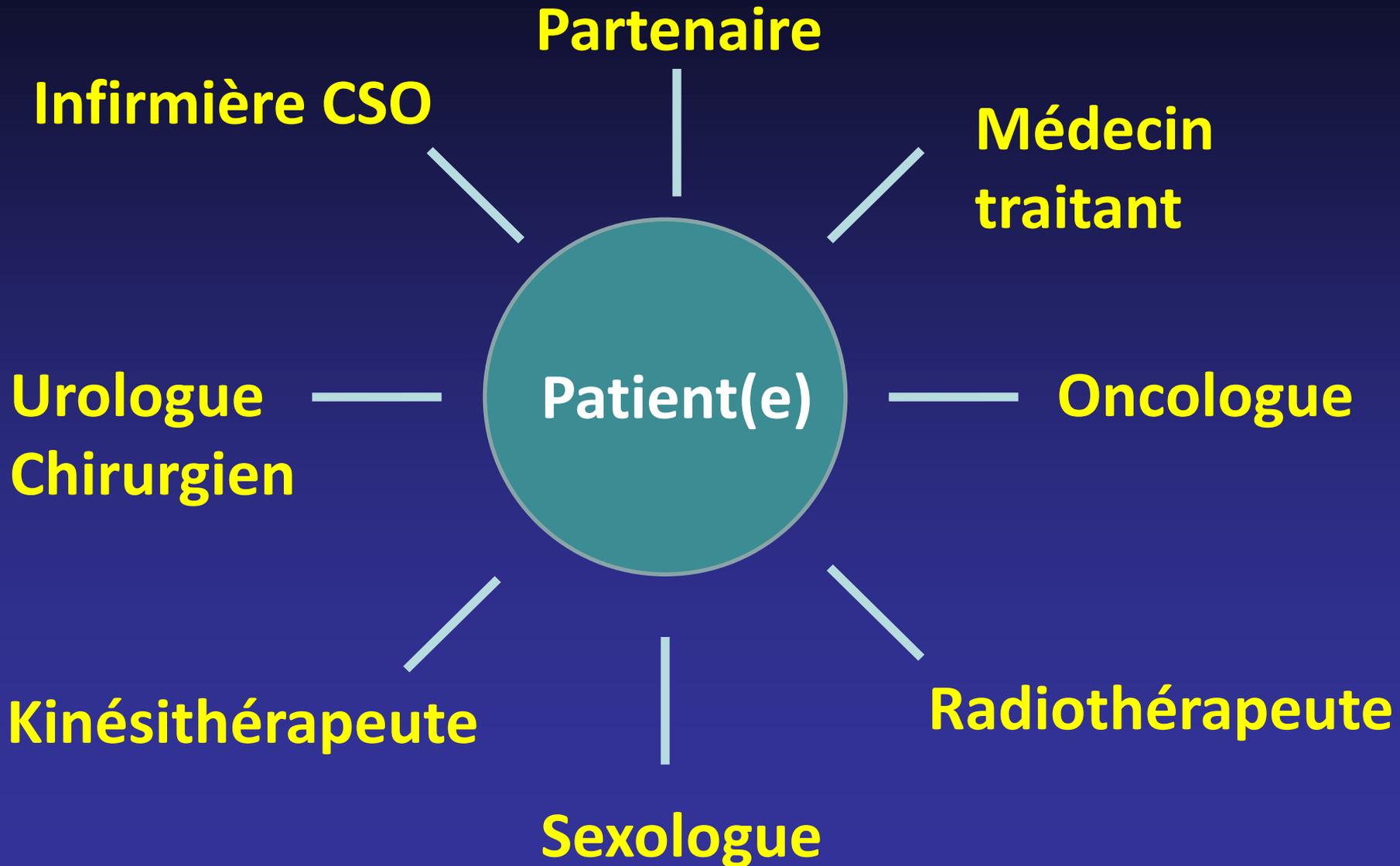


## 2. Soyez prêt à réagir contre les éventuels effets secondaires du traitement hormonal

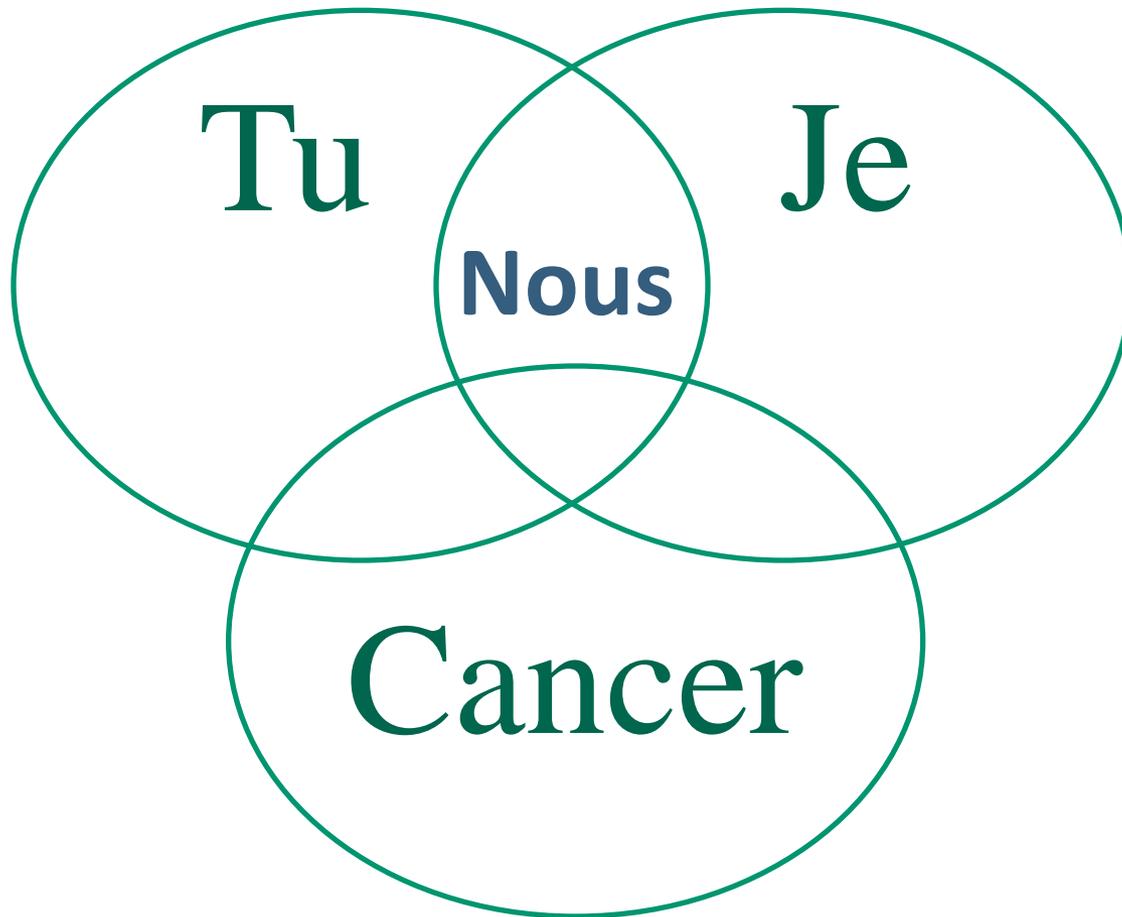
La testostérone est la principale hormone sexuelle masculine. Elle joue un rôle clé dans l'apparition et le maintien des caractéristiques typiquement masculines telles que la pilosité, la masse musculaire, le désir sexuel et la fonction érectile, mais elle contrôle aussi d'autres effets physiologiques. En réduisant le taux de testostérone, le traitement hormonal peut entraîner des effets secondaires gênants, notamment :

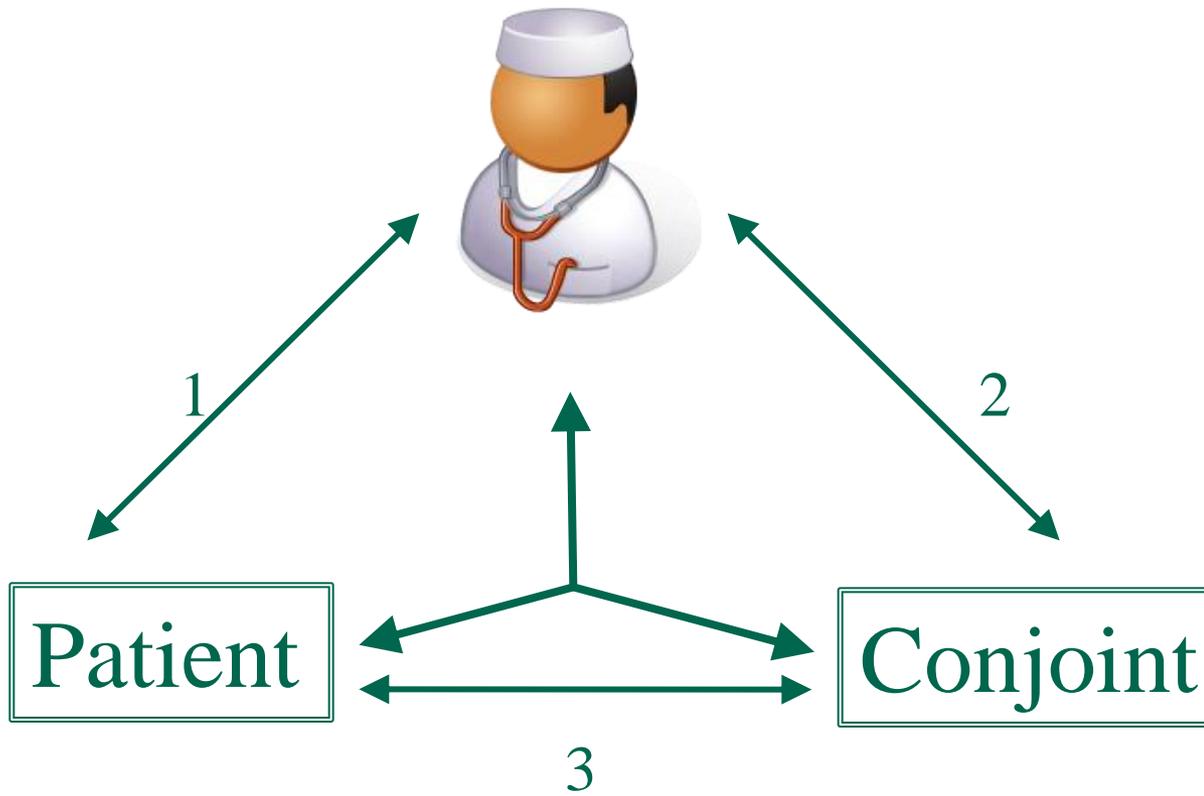
- des troubles sexuels (baisse du désir sexuel et dysfonctionnement érectile)
- des bouffées de chaleur
- de la fatigue
- une faiblesse musculaire, une prise de poids
- de l'ostéoporose
- des problèmes cognitifs (troubles de la mémoire et baisse de l'acuité mentale)
- diminution de la pilosité
- une sensibilité mammaire et le développement des tissus mammaires

# Prise en charge multidisciplinaire en onco-sexologie



**Et le couple.....**





# Psychological Distress in Spouses of Men Treated for Early-Stage Prostate Carcinoma

David T. Eton, Ph.D.<sup>1</sup>

Stephen J. Lepore, Ph.D.<sup>2</sup>

Vicki S. Helgeson, Ph.D.<sup>3</sup>

© 2005 American Cancer Society

DOI 10.1002/cncr.21092

Published online 27 April 2005 in Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

*Cancer Investigation*, 24:192–198, 2006  
ISSN: 0735-7907 print / 1532-4192 online  
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC  
DOI: 10.1080/07357900500524652



PALLIATIVE CARE

## Spousal Responses to Prostate Cancer: An Integrative Review

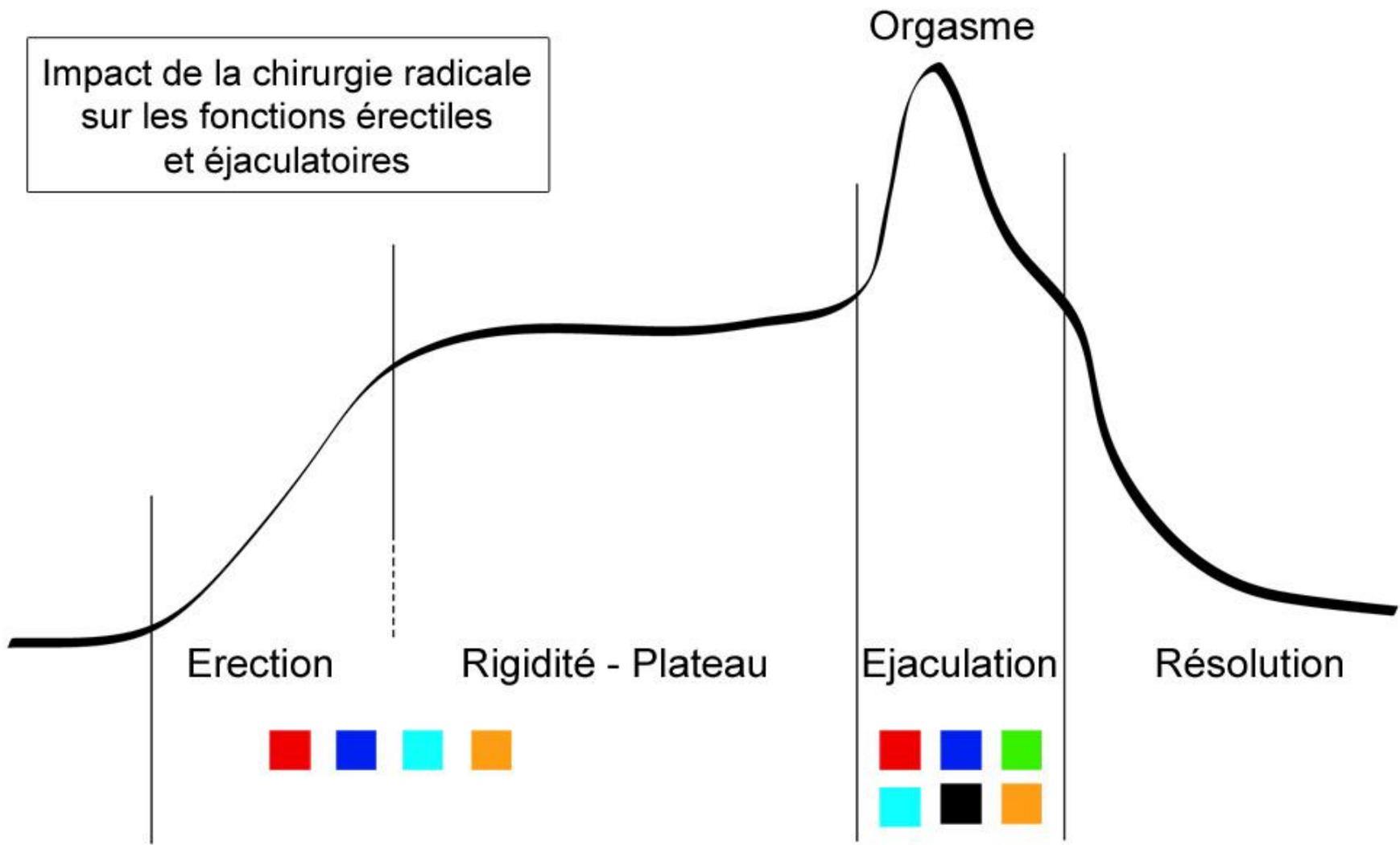
Lorie A. Resendes, R.N., M.S.N.<sup>1</sup> and Ruth McCorkle, Ph.D., FAAN<sup>2</sup>

*Advanced Practice Nurse, Yale University School of Nursing, New Haven, Connecticut, USA.<sup>1</sup>*

*Florence S. Wald Professor of Nursing, Yale University School of Nursing, New Haven, Connecticut, USA.<sup>2</sup>*

---

Impact de la chirurgie radicale sur les fonctions érectiles et éjaculatoires



Techniques chirurgicales

- Prostatectomie radicale
- Cystectomie radicale
- Lymphadenectomie bilatérale

- Résection antérieure
- Amputation abdomino-périnéale
- Total Mesorectal Excision

Et en post-opérateur....

Oui, il y a une vie sexuelle :  
*quelques « pré-requis » pour limiter les  
« dégâts psychologiques »*

- Informer le patient et sa partenaire sur « la mutilation sexuelle » possible
- Ne pas précipiter l'intervention chirurgicale  
(ou le tt radiothérapique)
- Dé-dramatiser le concept de cancer

*En post-opératoire :*

- *Prise en charge sexologique multi-disciplinaire*
- *Implication de la / du partenaire*
- *Ecolage du patient vers une sexualité « alternative »*
- *Traiter les facteurs de risques cardio-vasculaires*

# Cancer et Sexualité...

## toutefois...

- *Le patient / le couple est-il encore sexuellement actif ?*
- *Le patient avait-il déjà des troubles sexuels avant l'opération ?*
- *Le patient / le couple souhaite-t-il reprendre une activité sexuelle ?*

**UROLOGIE**

**Troubles  
d'érection et  
d'éjaculation**

**GYNÉCOLOGIE**

**ANDROLOGIE**

**Ménopause  
Infertilité masculine**

**DERMATOLOGIE**

**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SEXUELLE MASCULINE  
CPSM - Woluwe**

**SEXOLOGIE  
MEDICALE**

**PSYCHOPATHOLOGIE**

**Dysfonction sexuelle  
et troubles psychiatriques**

**ENDOCRINOLOGIE**

# Cancer et Sexualité...

## *Le ré-ajustement sexuel*

- *encourager le dialogue avec les thérapeutes*
- *encourager le dialogue dans le couple*
  
- *faire des choix :*
  - sexualité ne signifie pas nécessairement génitalité
  - vie sexuelle n'est pas synonyme de coït

# Ecoute et Accompagnement en post-opératoire

- Un temps d'information
- Un temps d'écoute
- Un temps de soutien
- Un temps de coordination avec les autres « acteurs de terrain »

**Idéalement consultation en couple !**

# Comment améliorer la prise en charge des troubles sexuels ?

- Consultation en couple en post-opératoire
- Écoute du patient et de sa partenaire :  
***faire son deuil d'une sexualité « spontanée »***
- Ré-inventer une nouvelle sexualité avec l'aide de la sexologue
- Kiné périnéale post-opératoire : amélioration de la proprioception (verrouillage des corps caverneux)

# Peut-on réduire les complications sexuelles de la PRT et de la Cystectomie radicale ?

- **Modification de la technique opératoire :**  
*préservation nerveuse uni- ou bilatérale*
- **Rééducation « pénienne » post-op précoce** (préventive?)  
par I-PDE5 ? (doses quotidiennes de Cialis)  
par injections IC de PGE1 ? (Caverject)
- **Kiné périnéale proprioceptive** (biofeedback)?

***Oui,***

Il y a encore une vie sexuelle après  
(pendant le) traitement du cancer de  
prostate/vessie/rectum....

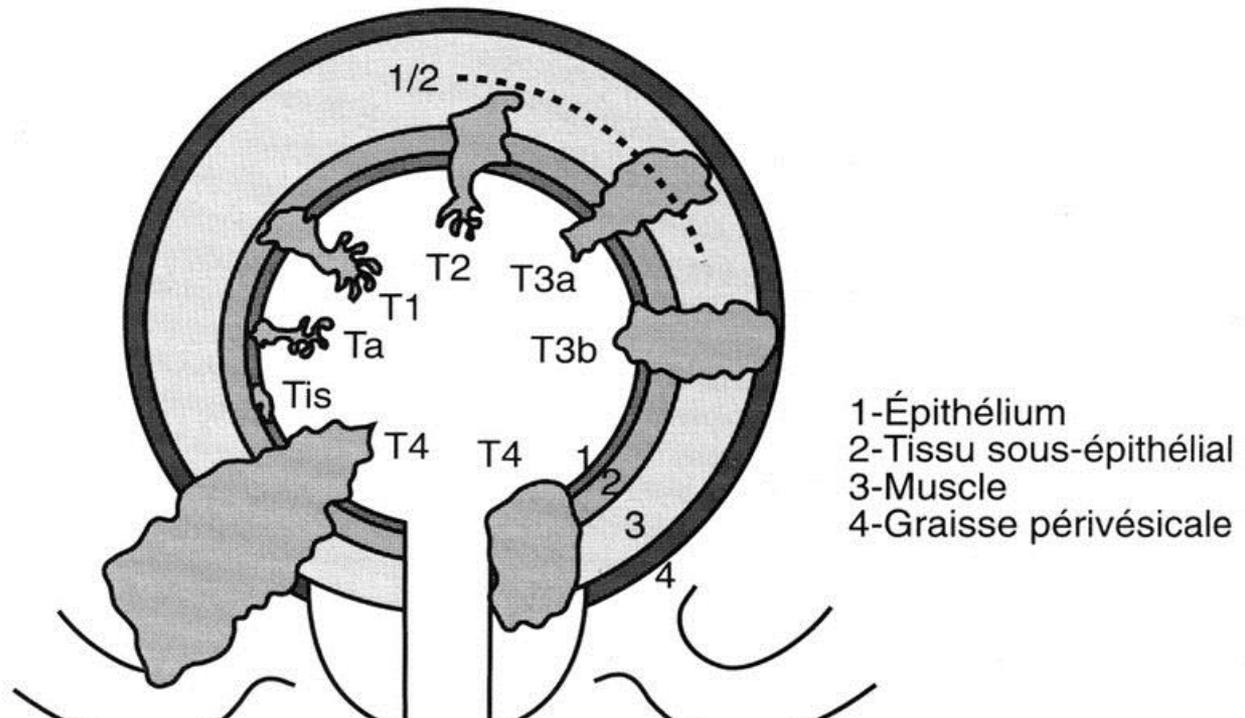
elle est différente....*mais pas*  
*nécessairement insatisfaisante*

## Le paramètre objectif de « récupération » de la fonction sexuelle : les érections nocturnes

- Érections spontanées
  - *durant les phases de sommeil paradoxal*
  - *4 à 5 phases d'érection d'une durée de 20 min*
  - *pas de contexte érotique*
  - *pas d'éjaculation*

# Les cancers de Vessie

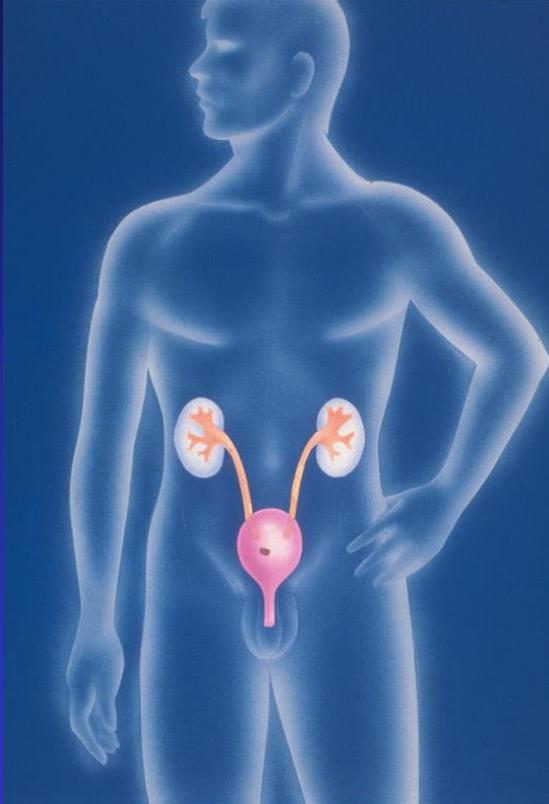
Représentation schématique des tumeurs de la vessie selon la classification T. ►



# La chirurgie radicale du cancer de vessie : *Cysto-prostatectomie radicale*

Quid du (néo) réservoir vésical ?  
L'image corporelle en danger...

# Quid du réservoir vésical ?

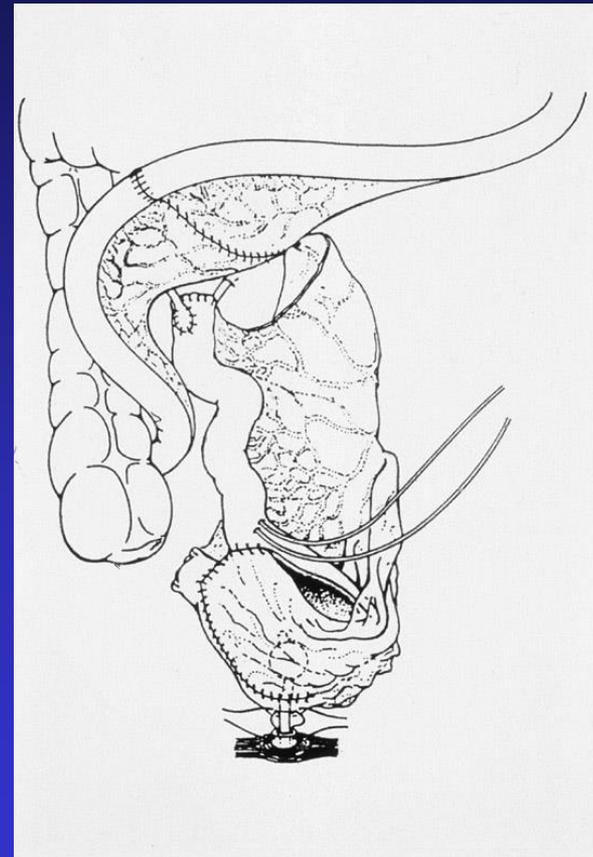
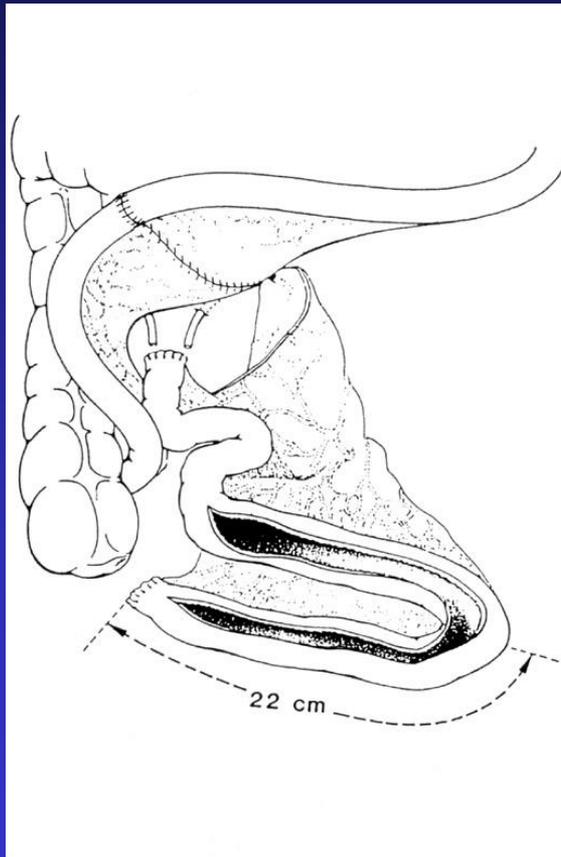


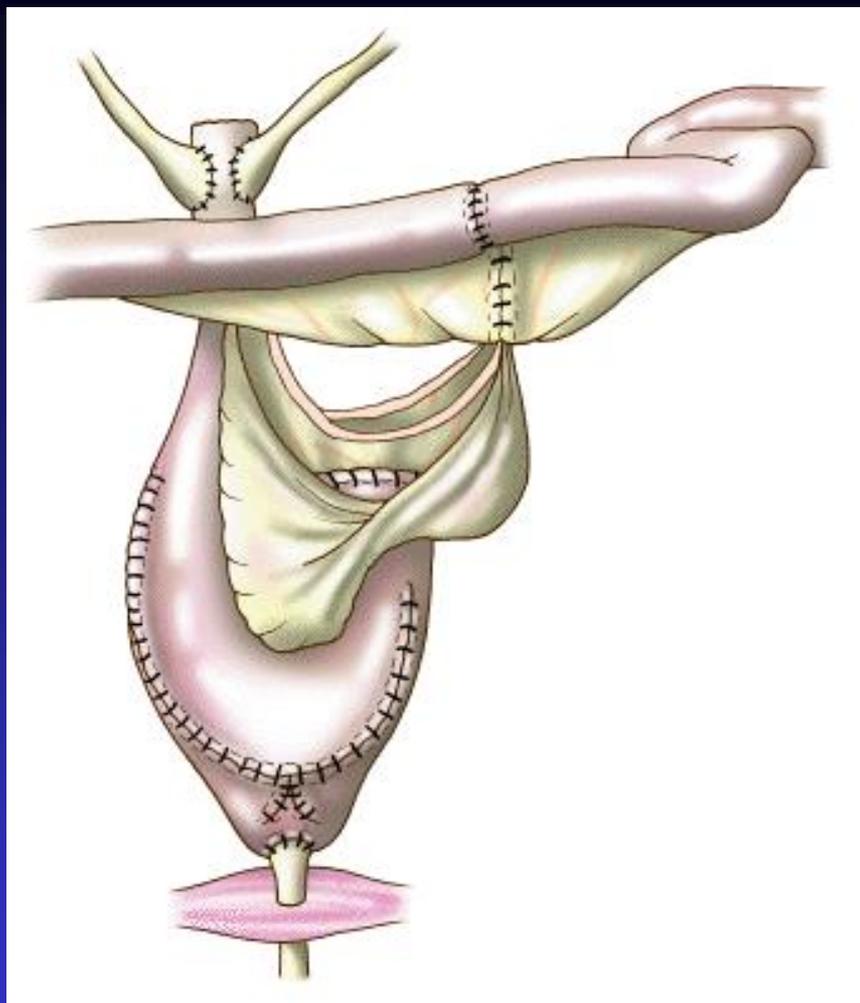
Situation anatomique



Dérivation externe  
selon Bricker

# Néo-vessie intestinale détubulisée



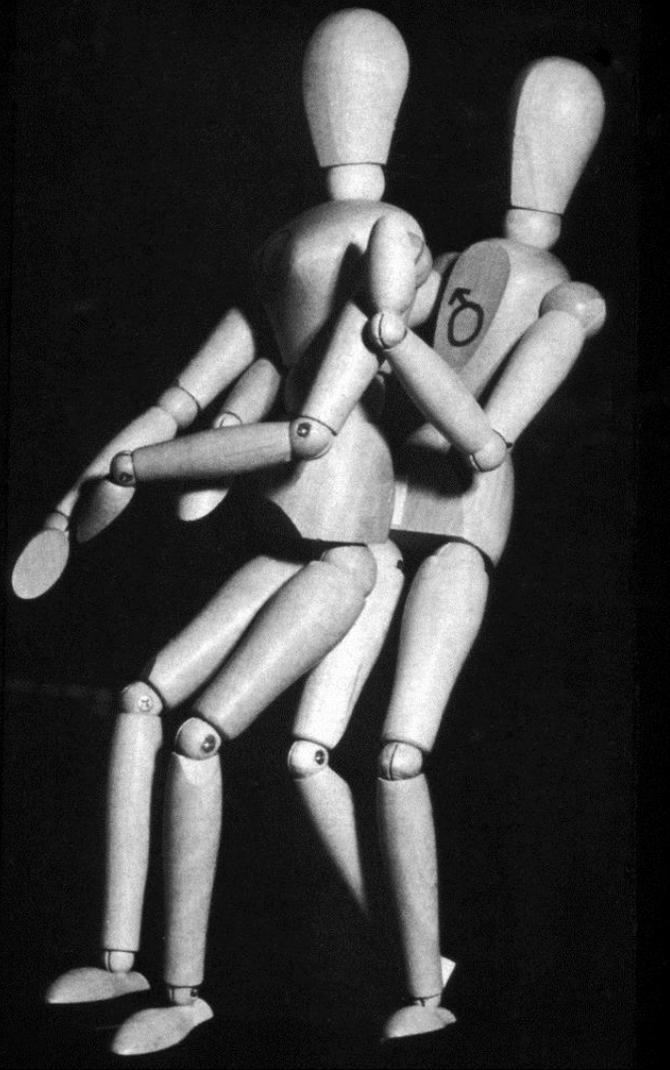


Dérivation interne :  
Néo-vessie intestinale selon Studer

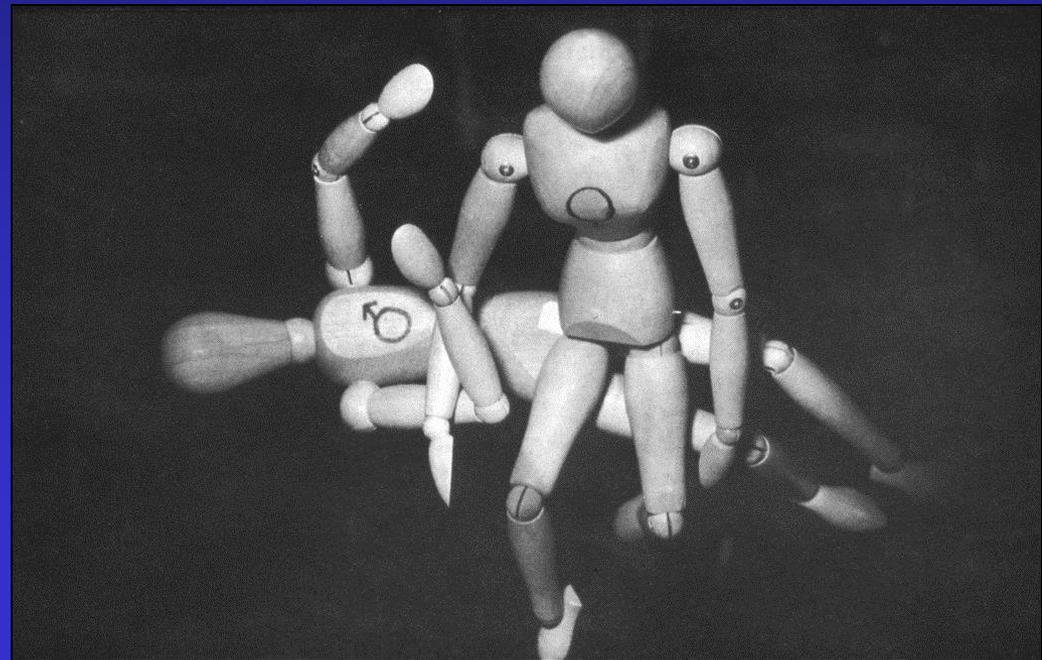
# Stomie externe

(stomie temporaire après TME de Heald – Cancer du rectum)

L'image corporelle en danger :  
que faire lors des rapports sexuels ?



**Lorsque la stomie est un obstacle  
aux rapports sexuels.....**





L'oiseau de ciel, Magritte

Magritte

# **Prise en charge de la Dysfonction Erectile**

**UROLOGIE**

**Troubles  
d'érection et  
d'éjaculation**

**GYNÉCOLOGIE**

**ANDROLOGIE**

**Ménopause  
Infertilité masculine**

**DERMATOLOGIE**

**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SEXUELLE MASCULINE  
CPSM - Woluwe**

**SEXOLOGIE  
MEDICALE**

**PSYCHOPATHOLOGIE**

**Dysfonction sexuelle  
et troubles psychiatriques**

**ENDOCRINOLOGIE**

# Options thérapeutiques

**Modification  
des facteurs  
de risque réversibles**

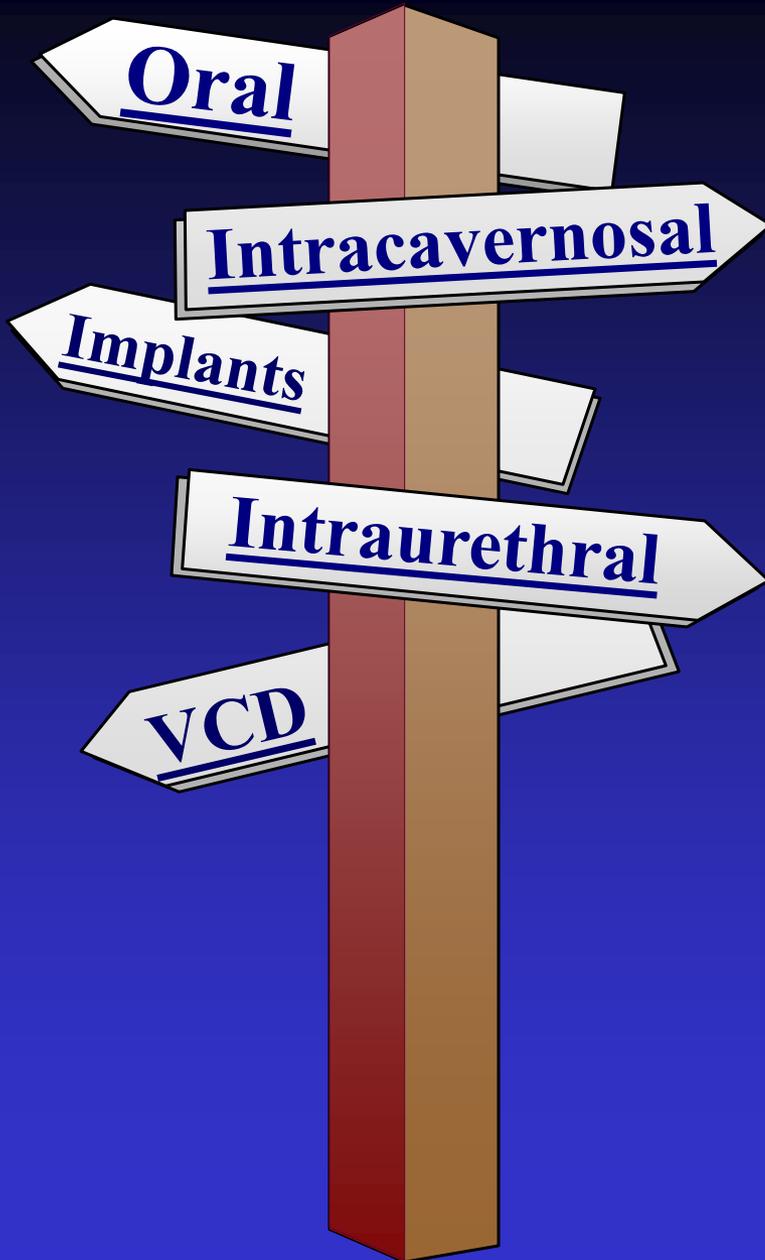
**Conseils sexologiques  
et éducation**

**Traitements  
voie orale**

**Traitements  
locaux**

**Traitements  
chirurgicaux**

# *Management strategy of ED*



**Which treatment  
and when ?**

# Algorithme du traitement de la D.E.

- I. Traitement oral :
- inhibiteurs de la PDE 5
    - Sildénafil (Viagra)
    - Tadalafil (Cialis)
    - Vardénafil (Levitra)
    - Avanafil (Spedra)

Si échec ou CI

```
graph TD; A([Si échec ou CI]) --> B[II. Injections intra-urétrales / intracaverneuses d'alprostadil];
```

II. Injections intra-urétrales / intracaverneuses d'alprostadil

Si échec ou refus

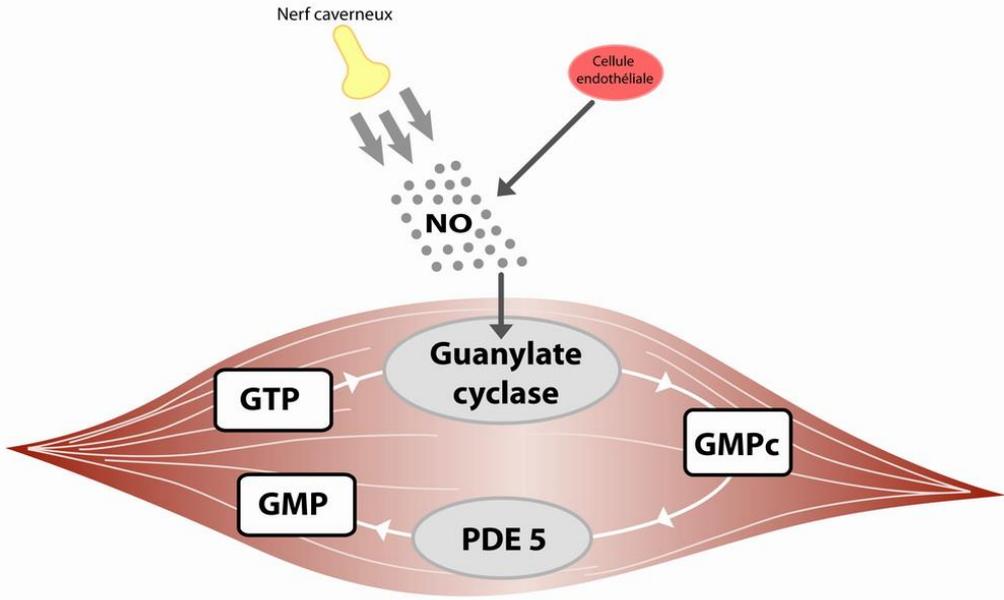
```
graph TD; C([Si échec ou refus]) --> D[III. Moyens « mécaniques »];
```

III. Moyens « mécaniques »

- Pompe à vide
- Prothèses péniennes

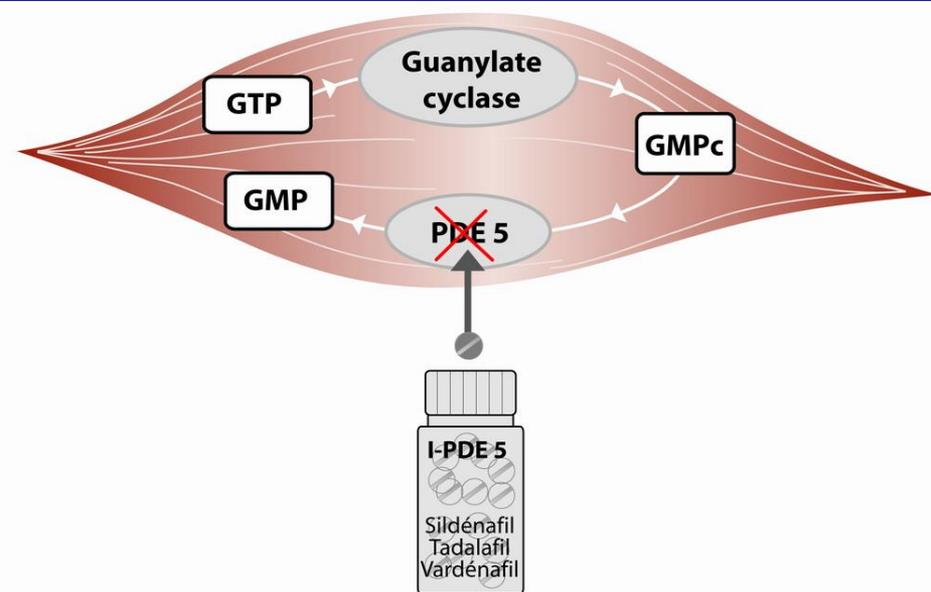
# *Sildenafil - Viagra*

- Laboratoire : Pfizer
- Classe : inhibiteur de la PDE 5
- prise : 60 min avant le rapport
- *Interférence avec:* *alcool et aliments (retarde l'effet)*
- Durée d'action : 4 h
- Dosages : 25 - 50 - 100 mg
- Effets secondaires: maux de tête
- Contre-indication : dérivés nitrés



## Biochimie locale dans la fibre musculaire lisse du corps caverneux

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





*et les génériques  
sont disponibles !*



# Cialis<sup>®</sup> Viagra<sup>®</sup> et Levitra<sup>®</sup>

	tadalafil Cialis <sup>®</sup> 5, 10, 20mg	sildenafil Viagra <sup>®</sup> 25-50-100mg	vardeafil Levitra <sup>®</sup> 5-10-20mg
Début d'action	120 min	60 min	60 min
Demi-vie (t ½)	17,5 h	3 h	3 h
Durée d'action	36 h	4-5 h	4-5 h
Interaction avec la nourriture (repas gras)	Non	Oui	non

# Commonly used oral PDE5 inhibitors :

PDE5 inhibitor	Onset of action (minutes after dosing)	Duration (hours)
Sildenafil	60 minutes	4
Tadalafil	120	36
Vardenafil	60	4
<b>Avanafil - SPEDRA</b>	<b>Approximately 30</b>	<b>&gt;6 hours</b>

*Spedra SmPC 2013; Sildenafil SmPC June 2013 Vardenafil SmPC April 2013; Tadalafil SmPC April 2013; Kang & Kim Ther Adv Urol 2013*

# Algorithme du traitement de la D.E.

## I. Traitement oral :

- inhibiteurs de la PDE 5

- Sildénafil (Viagra)
- Tadalafil (Cialis)
- Vardénafil (Levitra)
- Avanafil (Spedra)

Si échec ou CI

```
graph TD; A([Si échec ou CI]) --> B[II. Injections intra-urétrales / intracaverneuses d'alprostadil];
```

## II. Injections intra-urétrales / intracaverneuses d'alprostadil

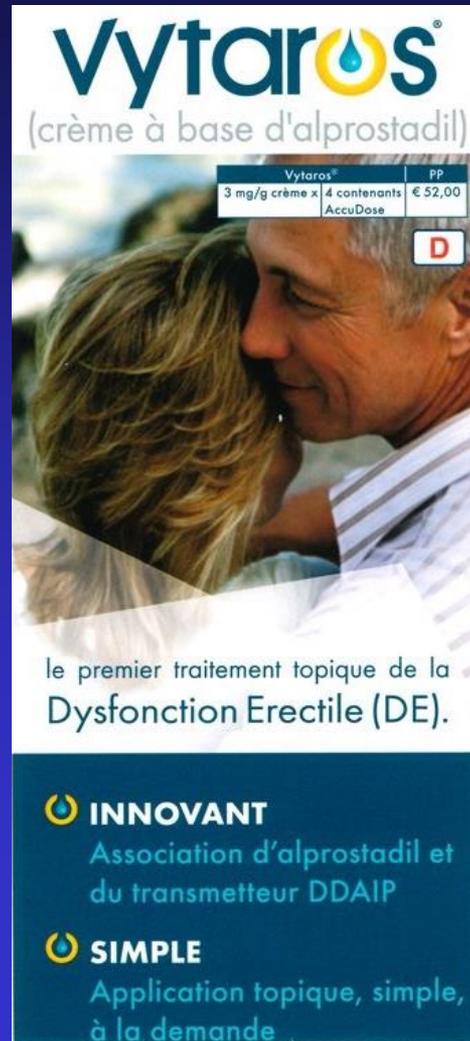
Si échec ou refus

```
graph TD; C([Si échec ou refus]) --> D[III. Moyens « mécaniques »];
```

## III. Moyens « mécaniques »

- Pompe à vide
- Prothèses péniennes

# L'instillation intra-urétrale (instillation topique d'Alprostadil)



**Vytaros®**  
(crème à base d'alprostadil)

Vytaros®	PP
3 mg/g crème x 4 contenants AccuDose	€ 52,00

**D**

le premier traitement topique de la  
Dysfonction Erectile (DE).

**INNOVANT**  
Association d'alprostadil et  
du transmetteur DDAIP

**SIMPLE**  
Application topique, simple,  
à la demande



Fig. 1

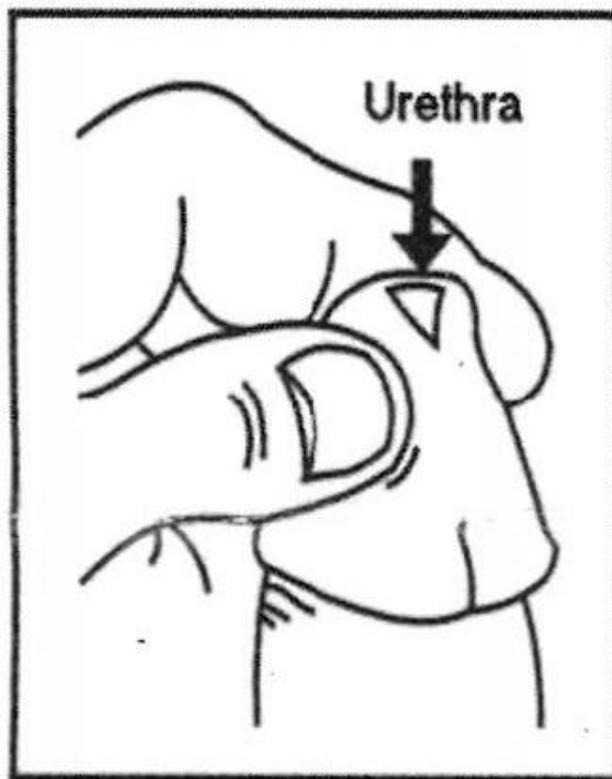


Fig. 2

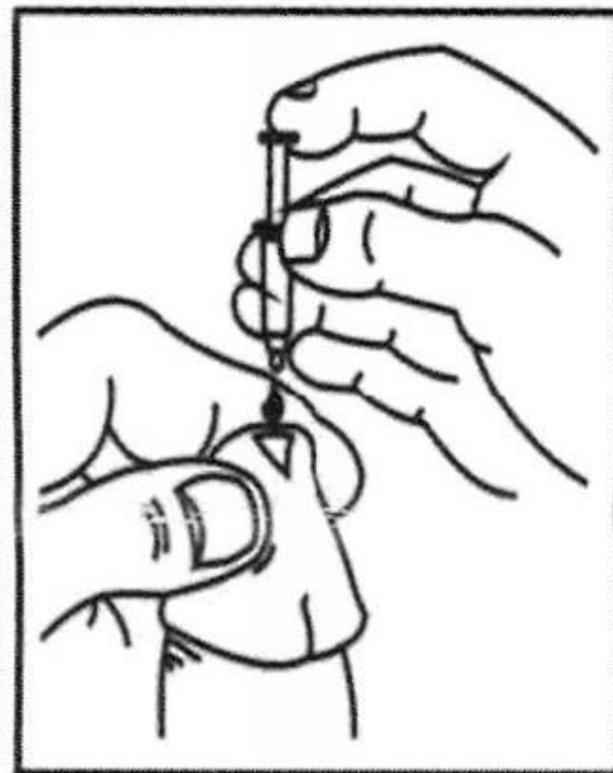


Fig. 3

 **RAPIDE**

Erection dans les 5 à 30 minutes

 **MECANIQUE**

pas besoin de stimulation

 **SÛR**

Profil de tolérance favorable : peu d'effets secondaires

 **CHOIX**

Comprimé Sildenafil Sandoz ou Crème Vytaros

**vytaros**<sup>®</sup>  
(crème à base d'alprostadil)

**Ravivez la passion.**

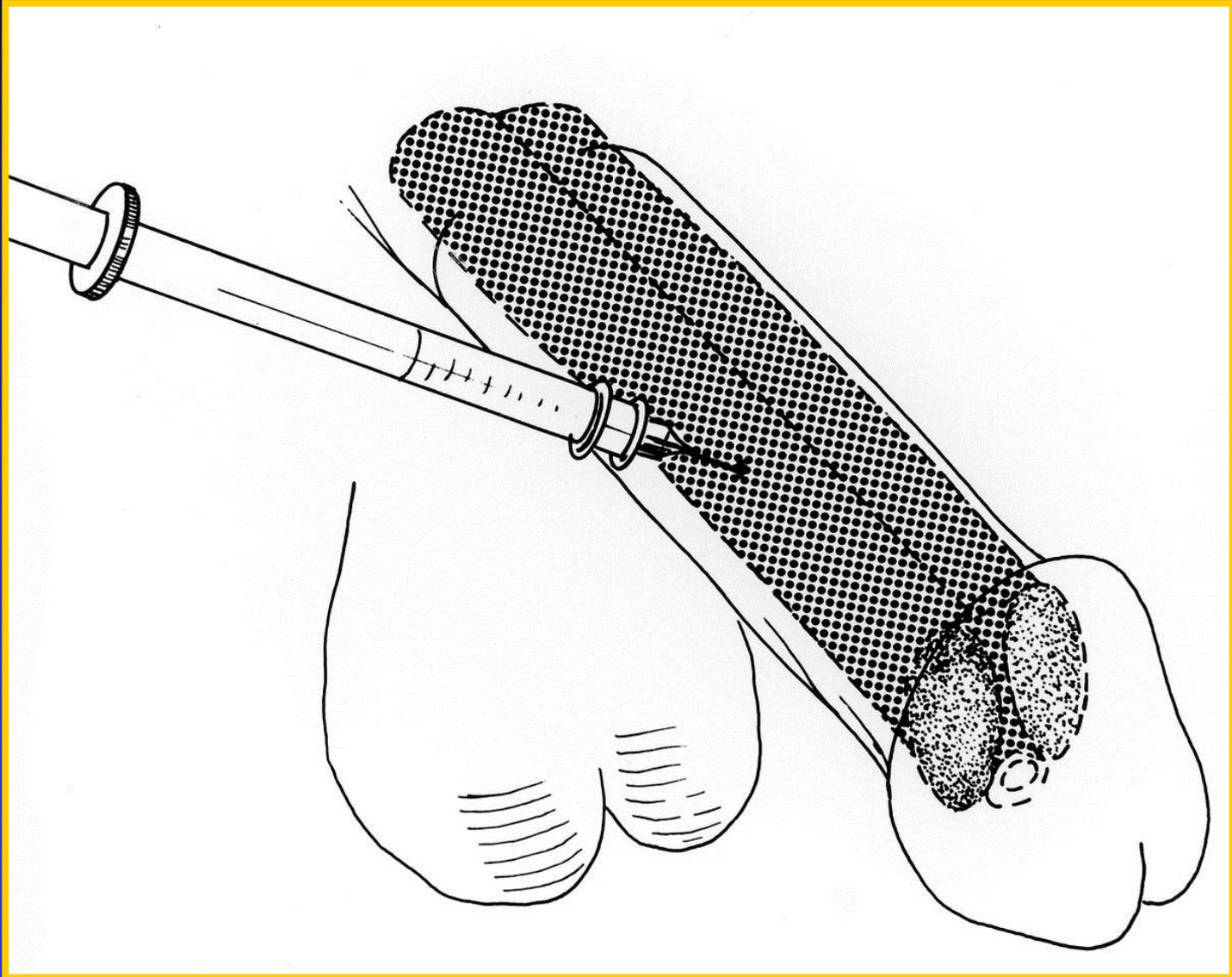


**SANDOZ**

a Novartis company

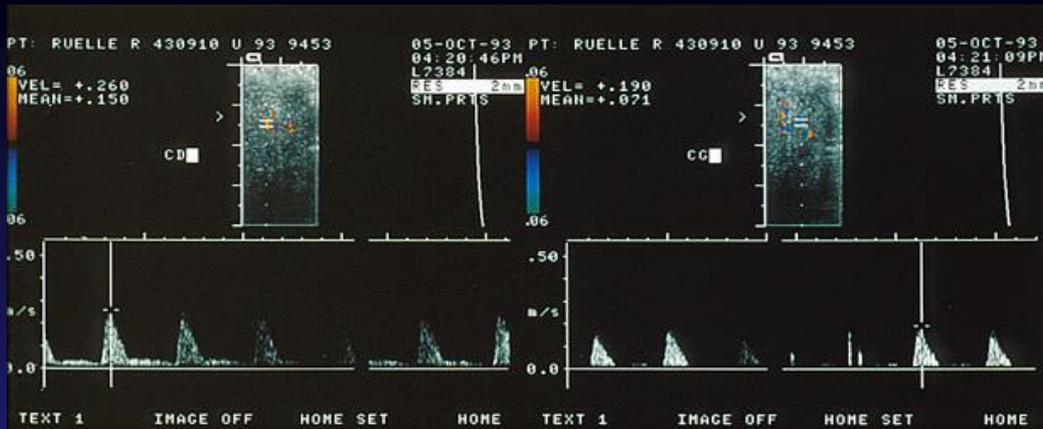
Actuellement disponible en France

# Injections intracaverneuses

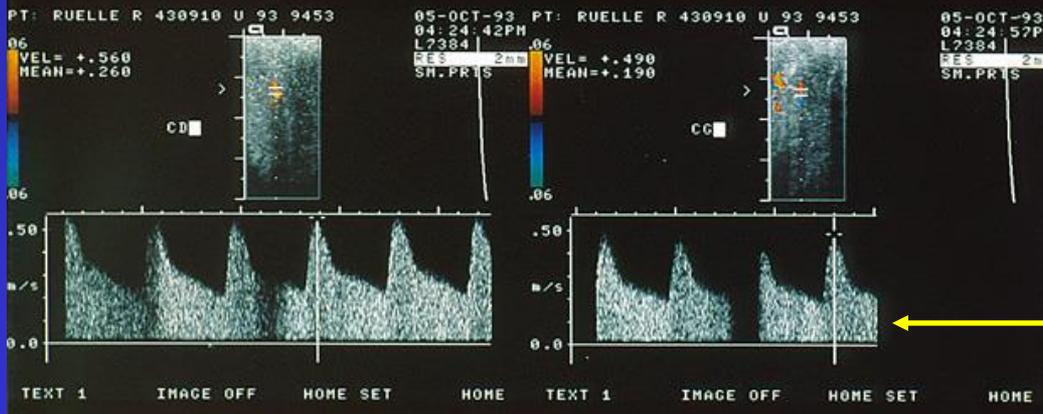
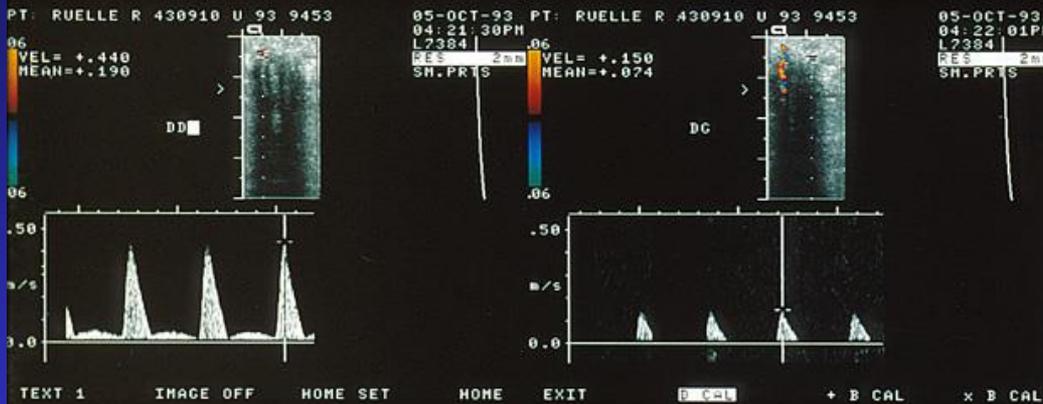


## Programme d'apprentissage des auto ou (hétéro)-injections intracaverneuses d'Alprostadil

- **Consultation 1** : Doppler pulsé + IC d'alprostadil par l'infirmier
- **Consultations 2 (et 3)** :  
Apprentissage de la technique d'injection :  
auto ou hétéro IC (patient ou la partenaire)
- Contacts ultérieurs par e-mail (prescriptions)



Consultation 1  
Doppler avant l'injection



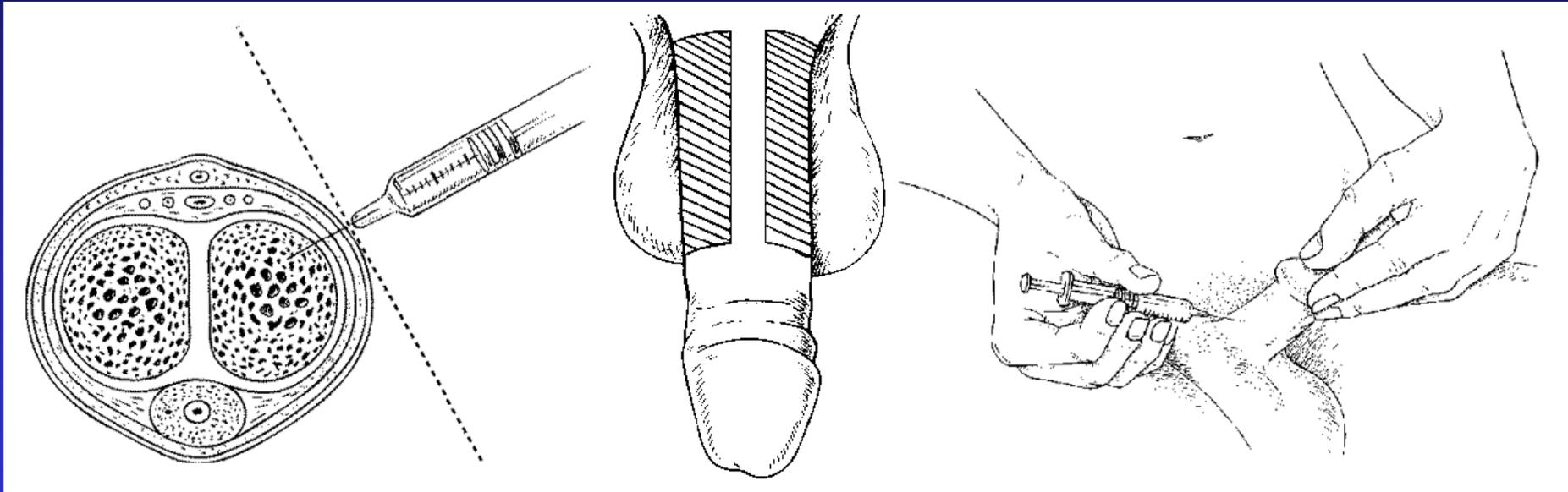
Doppler :  
2 min après l'injection



**Injections intracaverneuses :  
Principe de la technique**



# Injection intracaverneuse principe de la technique



# Prostaglandine E1 - Caverject



# Algorithme du traitement de la D.E.

## I. Traitement oral :

- inhibiteurs de la PDE 5

- Sildénafil (Viagra)
- Tadalafil (Cialis)
- Vardénafil (Levitra)
- Avanafil (Spedra)

Si échec ou CI

```
graph TD; A([Si échec ou CI]) --> B[II. Injections intra-urétrales / intracaverneuses d'alprostadil];
```

## II. Injections intra-urétrales / intracaverneuses d'alprostadil

Si échec ou refus

```
graph TD; C([Si échec ou refus]) --> D[III. Moyens « mécaniques »];
```

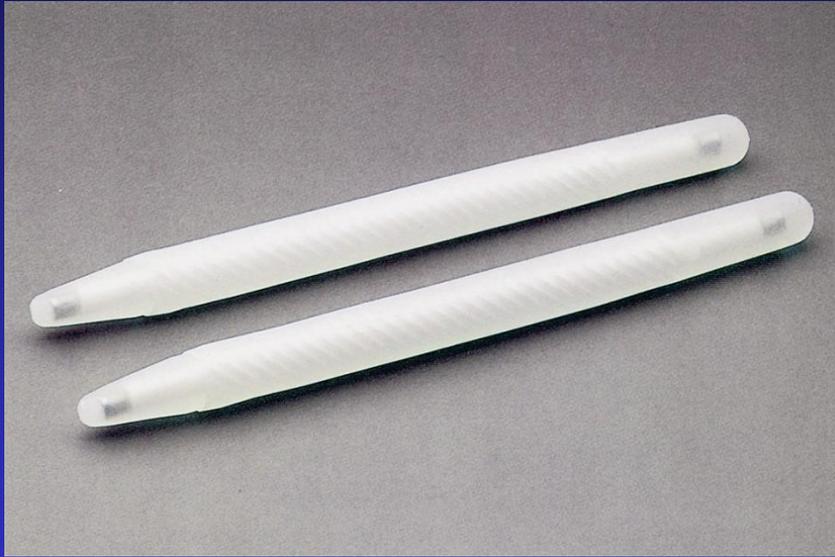
## III. Moyens « mécaniques »

- Pompe à vide
- Prothèses péniennes

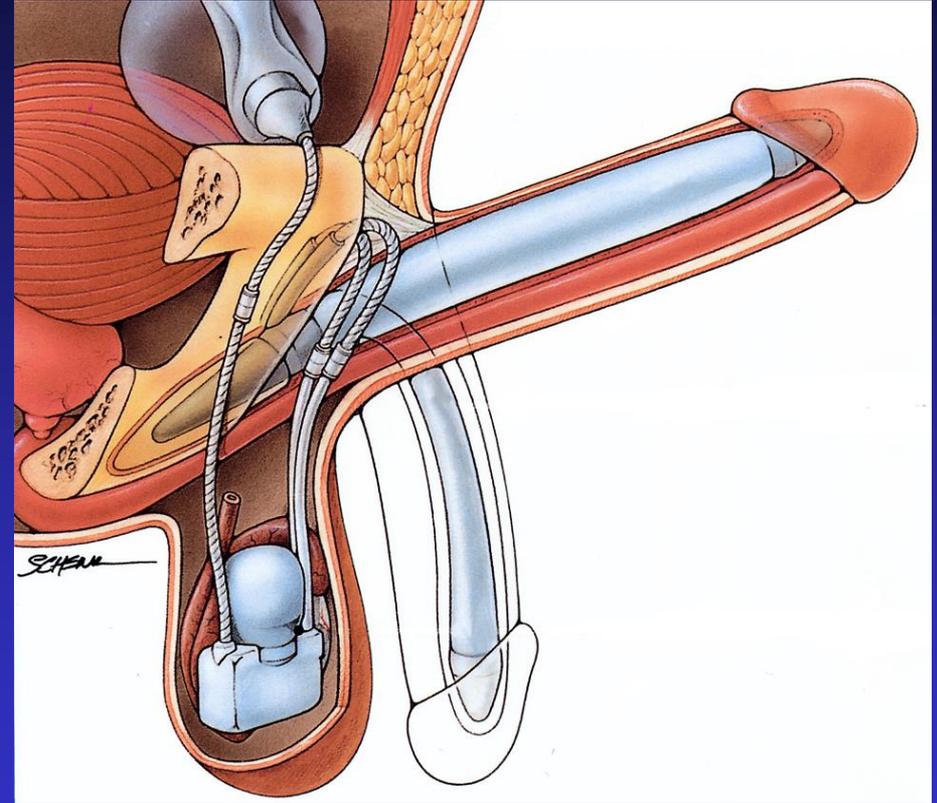
# La Pompe à vide



# Les Prothèses péniennes



**Prothèses semi-rigides**



**Prothèses gonflables**

## Appendix B3 -- Guideline Statement 18: Penile prosthesis data

Patient and partner satisfaction data:

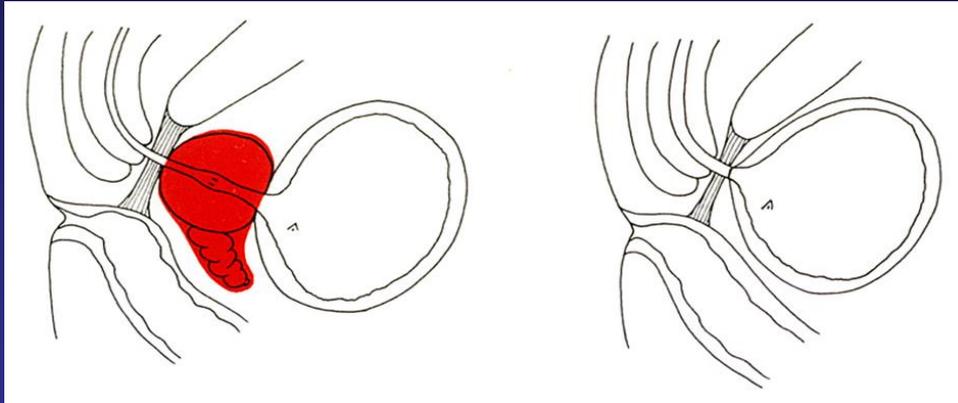
Patient Satisfaction Rates with Prosthesis Surgery					
Prosthesis Type	Prosthesis Subtype	# study arms	Minimum	Maximum	Mean
Inflatable	AMS 700 Series	20	65.00%	97.30%	86.62%
	Coloplast Titan	4	70.00%	97.60%	85.65%
	Other models or multiple models or unspecified models	13	77.80%	96.40%	88.28%
Malleable	AMS Spectra malleable	2	72.20%	96.20%	84.20%
	AMS 600-650 series malleable	5	34.78%	82.50%	66.06%
	Other models or unspecified models	2	87.00%	90.40%	88.70%

Partner Satisfaction Rates with Prosthesis Surgery					
Prosthesis Type	Prosthesis Subtype	# study arms	Minimum	Maximum	Mean
Inflatable	AMS 700 Series	8	69.80%	96.00%	83.34%
	Other or Multiple or Unspecified Inflatable	7	76.00%	98.00%	88.24%
Malleable	AMS Spectra malleable	2	84.60%	94.30%	89.45%
	AMS 600-650 series malleable	2	57.00%	75.00%	66.00%

# Les perturbations de l'éjaculation

**Anéjaculation *inéluçtable* après :**

- Prostatectomie radicale totale
- Cysto-prostatectomie radicale



*Cancer prostatique*

**Intervention: Prostatectomie radicale totale**

# **Anéjaculation:** *mieux vaut être préventif....*

En pré-opératoire :

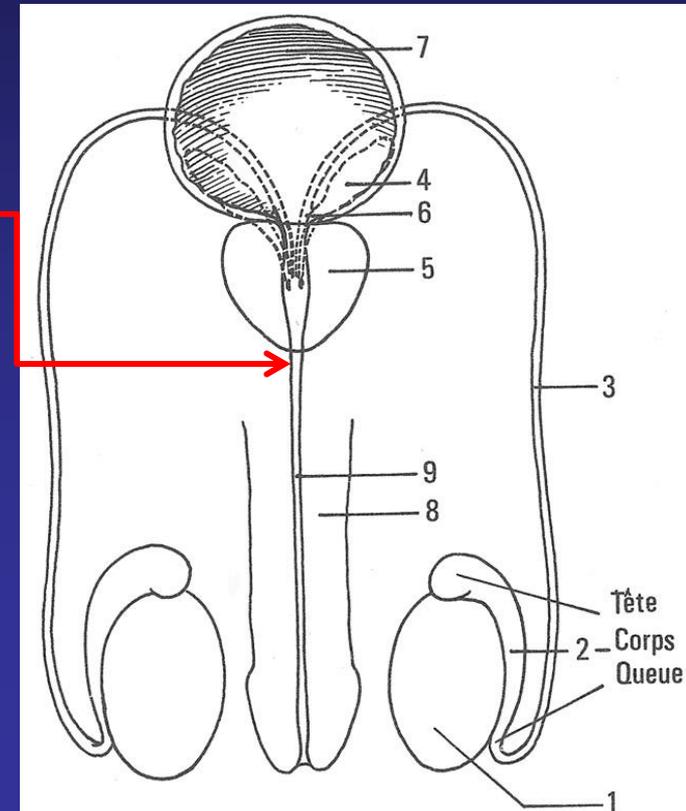
si le patient est en âge de procréer :  
mettre du sperme en banque

**Ne pas confondre :**  
**Ejaculat et Liquide pré-éjaculatoire**

# Le liquide pré-éjaculatoire

*Sécrétion des glandes  
bulbo-uréthrales*

Lubrification physiologique  
de l'urètre pré-éjaculatoire



## 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-URÉTRALES<sup>17</sup>

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.

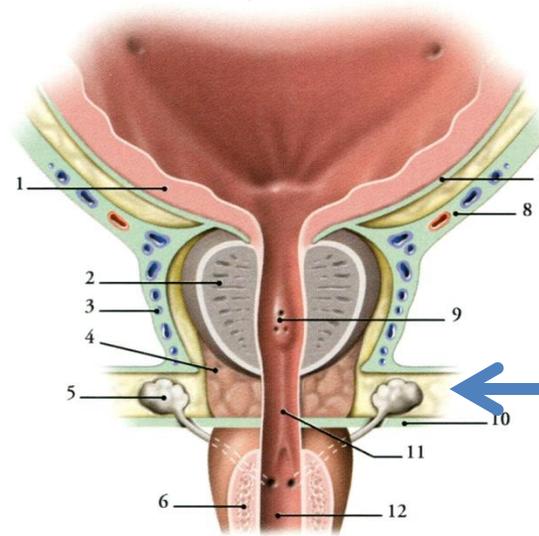
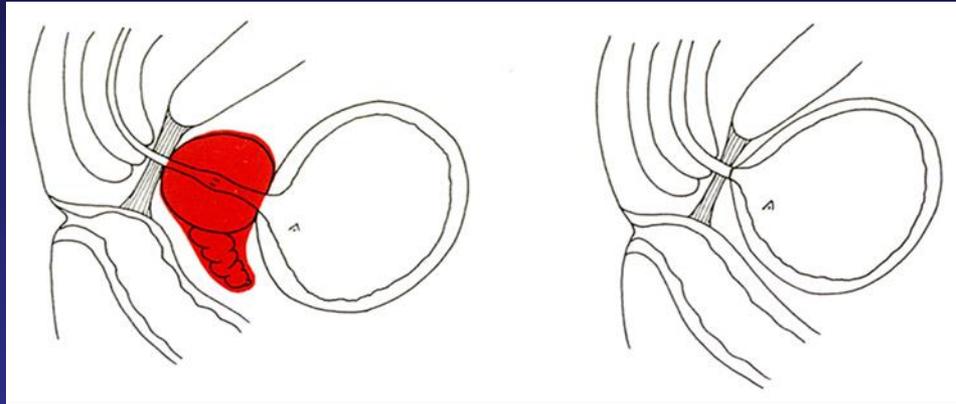


FIG. 13.29. Prostate et glandes bulbo-urétrales  
(coupe frontale - vue antérieure)

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

# Le raccourcissement du pénis



Cancer prostatique

Intervention: Prostatectomie radicale totale

## Tableau 1: Taille de la verge

Percentile	Longueur au repos en cm	Longueur en érection en cm	Circonférence en cm
P <sub>0</sub>	2,5	6,8	6
P <sub>50</sub>	8,8	16	13
P <sub>100</sub>	15,7	26	20,5

# Quelques conseils

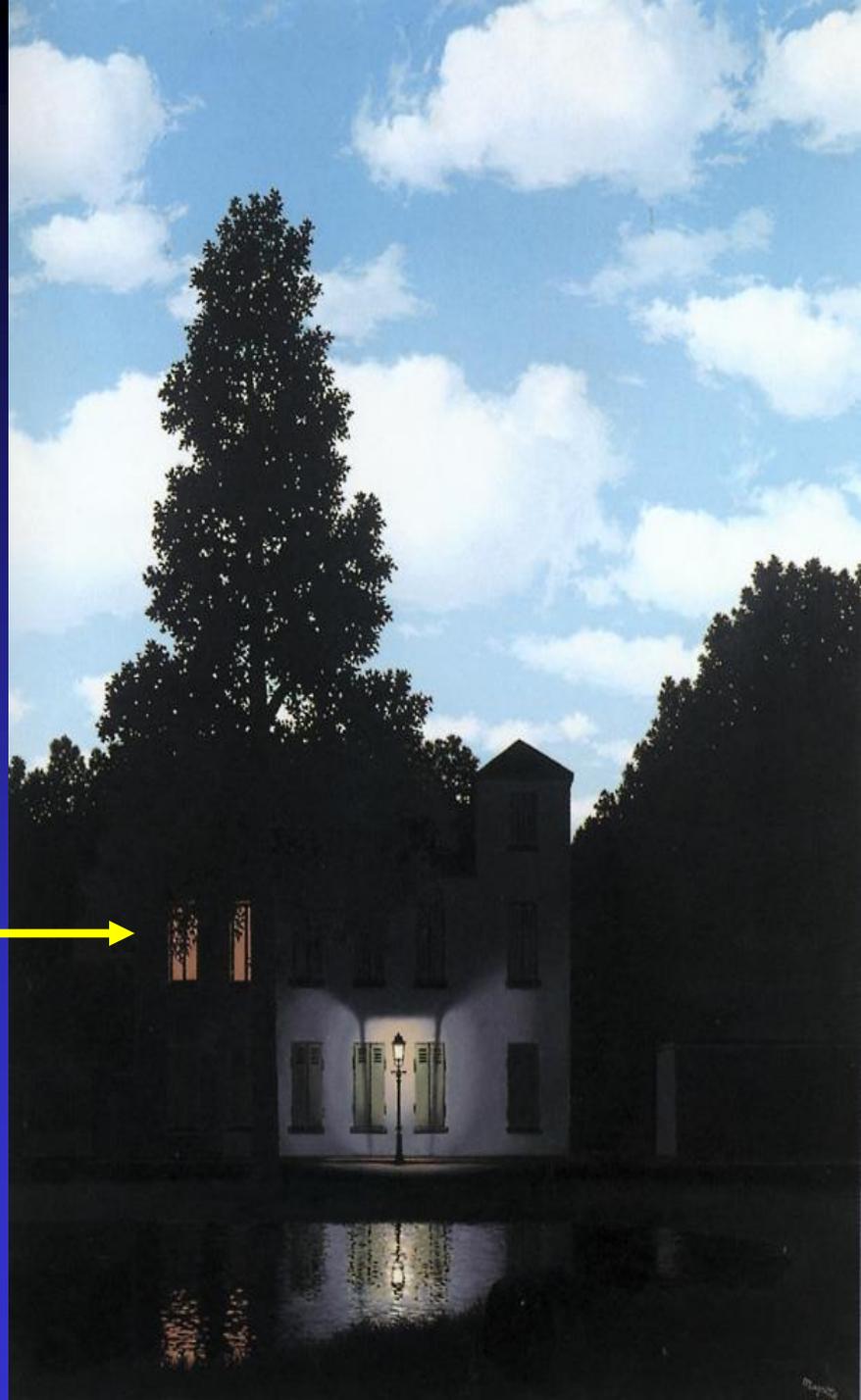
- Post-PRT : Uriner avant toute activité sexuelle
- Privilégier les préliminaires : redécouvrir son corps
- Redécouvrir son couple
- Orgasme possible *même sans érection et sans éjaculation*
- Production d'un liquide pré-éjaculatoire physiologique

En parallèle :  
Prise en charge sexothérapique



*Yes, you can enjoy sex  
after cancer !*

following Magritte





# LA SEXUALITÉ, C'EST LA SANTÉ !

Docteur Michel LOMBARD  
Nathalie CHAHINE



OSKAR  
éditions



La sexualité

=

La Cerise sur le Gâteau ?

OU

Un Droit Fondamental de l'Homme  
(O.M.S.)

# Louvain édical

Revue de la Faculté de Médecine UCL

# 10

DÉCEMBRE

NUMÉRO SPÉCIAL

X<sup>e</sup> SYMPOSIUM DU CENTRE DE  
PATHOLOGIE SEXUELLE MASCULINE (CPSM)

SAMEDI 18 NOVEMBRE 2006

**ONCO-SEXOLOGIE**  
« SEXUALITÉ ET CANCER »

Coordonnateur : Prof. R.J. Opsomer

Version pdf disponible :  
[r.j.opsomer@uclouvain.be](mailto:r.j.opsomer@uclouvain.be)

GUIDE BELGE du PRATICIEN

# Les troubles de l'érection

Pr Reinier Opsomer  
en collaboration avec les  
Pr Robert Andrienne  
Pr Christine Reynaert  
Pr Thierry Roumeguère  
Pr Guy T'Sjoen

À 50 ans et au-delà

Version pdf disponible :  
[r.j.opsomer@uclouvain.be](mailto:r.j.opsomer@uclouvain.be)

## Consultations d'onco-sexologie

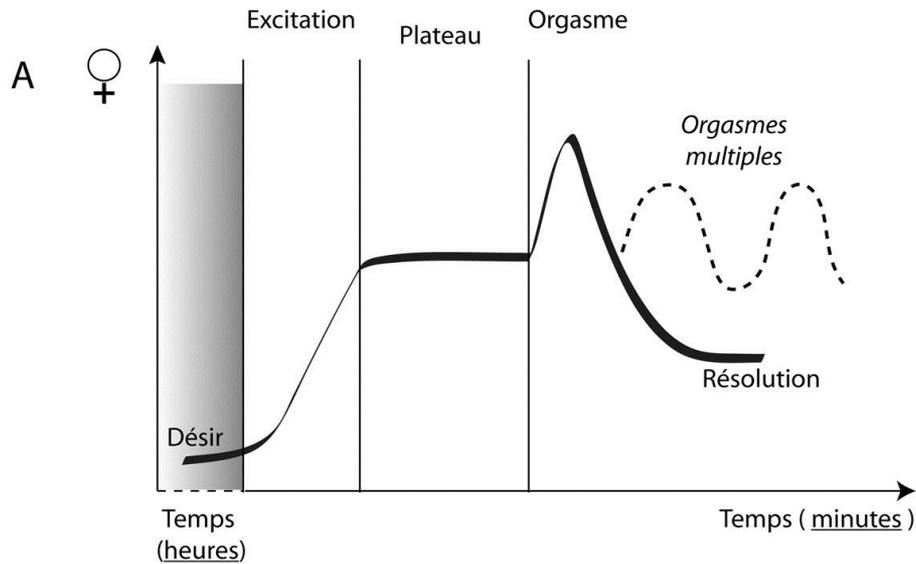
Dr RJ Opsomer

Cabinet Médical du Parc à Erpent

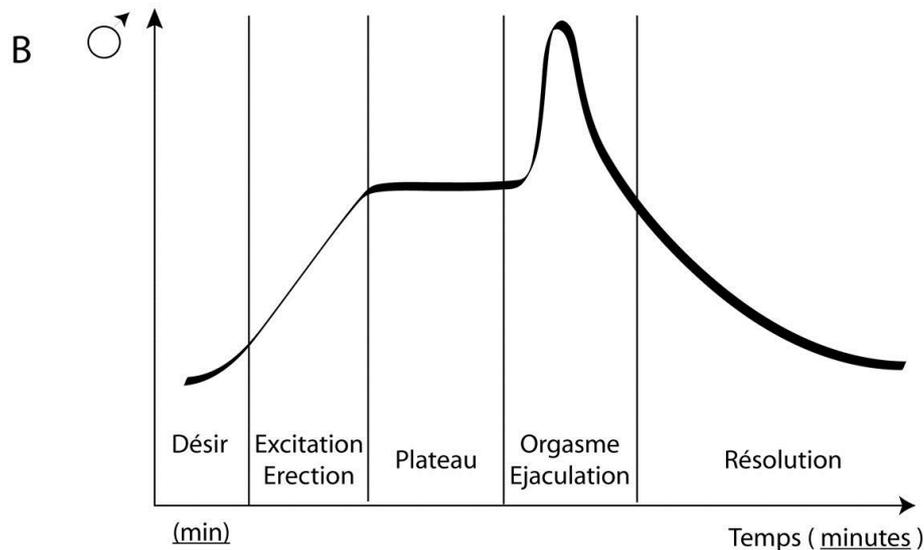
Chaussée de Marche 489

Tél : 081 / 74 33 33

Contact : [r.j.opsomer@uclouvain.be](mailto:r.j.opsomer@uclouvain.be)



## La Réponse sexuelle de la femme



## La Réponse sexuelle de l'homme