

Troubles sexuels masculins et cancer pelvien (chirurgie)

12/11/2020

Contributeurs

Coordination

Pr HUYGHE Éric (urologue, RRC Onco-Occitanie)

Coordination méthodologique

Dr FARSI Fadila (Directrice, RRC Onco-AURA), LE DU Kilian (Assistant projets, RRC Onco-Occitanie)

Membres du groupe de travail

AKAKPO William (RRC OncoRIF), ALMONT Thierry (RRC PROM), BONDIL Pierre (RRC Onco-AURA), BOUKER Amin (hors RRC, Tunis), BURTE Carol (RRC Onco-PACA), CHAUMEL Marie (RRC Onco-Centre), COUSSEAU Leïla (RRC Onco-Occitanie), DE HAUTECLOCQUE Astrid (RRC Onco Nouvelle Aquitaine), FERRETTI Ludovic (RRC Onco Nouvelle Aquitaine), FRETON Lucas (RRC OncoBretagne), GRAZIANA Jean-Pierre (RRC OncoBretagne), MADEC François-Xavier (RRC OncoRIF), ROUX Virginie (RRC Karukera Onco), SCHIRMANN Aurélie (RRC OncoRIF), YIOU René (RRC OncoRIF)

Selecteurs

BEERBLOCK Karine (OncoRIF), BOISSIER Romain (Onco-PACA), CARNICELLI Damien (RRC Onco-Aura), CHARRA-BRUNAUD Claire (RRC Grand-Est), CLAVERE Pierre (Onco Nouvelle-Aquitaine), DARLOY Franck (Onco-HDF), DROUPY Stéphane (RRC Onco-Occitanie), EL OSTA Rabih (RRC Grand Est), EMPEREUR Fabienne (OncoPL), FAIX Antoine (RRC Onco-Occitanie), JUIS Joël (RRC Onco Nouvelle Aquitaine), LACHAMBRE Clémence (Onco-HDF), MARCELLI François (RRC Onco Haut de France), METHORST Charlotte (RRC OncoRIF), MOREZ Anne-Marie (Onco-HDF), MORLIER Dominique (RRC Grand Est), PRASIVORAVONG Julie (Onco-HDF), PRÉAUBERT-SICAUD Christine (RRC Onco-Occitanie), THOULOUZAN Matthieu (RRC Onco-Occitanie)

Approbateurs (Participants à l'atelier des J2R du 02/07/2020)

BEY Émilie (Chef de projets, RRC OncoBFC), BRIKHOU Tahar (Oncologue, hors RRC, Saïda - Algérie), GARDIEN Pierre (Odontologue, RRC Onco-AURA)

Sommaire

○ Préambule	p. 4
○ Rappels concernant les principaux types de cancers masculins	p. 5
○ Rappels concernant les principaux troubles constatés après traitement des cancers masculins	p. 7
○ Prise en charge – Évaluation et information	p. 9
○ Recommandations préopératoires d'information	p. 10
○ Recommandations préopératoires d'évaluation	p. 11
○ Facteurs prédictifs de récupération de la fonction érectile	p. 13
○ Recommandations postopératoires	p. 14
○ Prise en charge – Traitements	p. 15
○ Traitements pharmacologiques, locaux et chirurgicaux	p. 16
○ Prise en charge psychosexuelle	p. 17
○ Début du traitement	p. 18
○ Durée du traitement	p. 19
○ Suivi	p. 20
○ Objectifs de la réhabilitation érectile	p. 21
○ Avantages et désavantages des différentes stratégies thérapeutiques	p. 22
○ Prise en charge de l'orgasme douloureux / Prise en charge de la climaturie	p. 24
○ Prise en charge des troubles liés aux stomies	p. 25
○ Sexualité du couple	p. 26
○ Checklist (pré et post-traitement)	p. 27
○ Ressources et annexes	p. 28
○ Références bibliographiques	p. 29

Préambule

OBJECTIFS DU RÉFÉRENTIEL

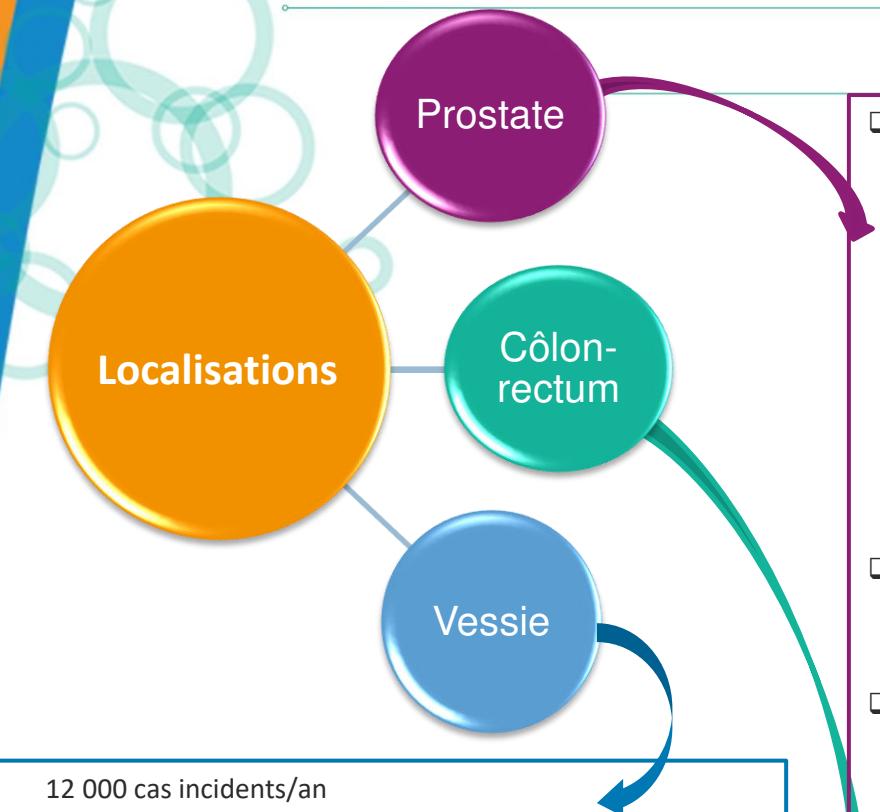
- Améliorer l'information, l'évaluation et la prise en charge des troubles sexuels masculins après traitement chirurgical d'un cancer pelvien
- Offrir des conseils de prescription/mise en place d'une réhabilitation sexuelle et intime

POURQUOI ?

- Sexualité et impacts de la maladie et des traitements sur vie intime = thèmes encore peu abordés par les soignants (cf. [Annexe 1](#))
- Forte demande des patients et des partenaires qui attendent que le soignant l'aborde en premier (VICAN 2)
- Critère pertinent de qualité de vie / bien-être
- Fréquence des localisations pelviennes chez l'homme : 1/3 des cas de cancers incidents (cf. [Annexe 2](#))
- Chirurgie carcinologique pelvienne = risque iatrogène important sur la santé sexuelle et la vie intime
- Amélioration de la survie dans ces pathologies (prévention secondaire) et de la qualité de vie (prévention tertiaire) (cf. [Annexe 2](#))
- Santé sexuelle et vie sexuelle/intime font partie des soins de support (cf. Référentiel socle « Cancer, vie intime et santé sexuelle ») : <https://www.afsos.org/fiche-referentiel/cancer-vie-sante-sexuelle/>

NB : ne concerne que les cancers pelviens, les cancers des organes génitaux externes et du périnée n'étant pas concernés.

RAPPELS CONCERNANT LES PRINCIPAUX TYPES DE CANCERS MASCULINS AU NIVEAU PELVIEN



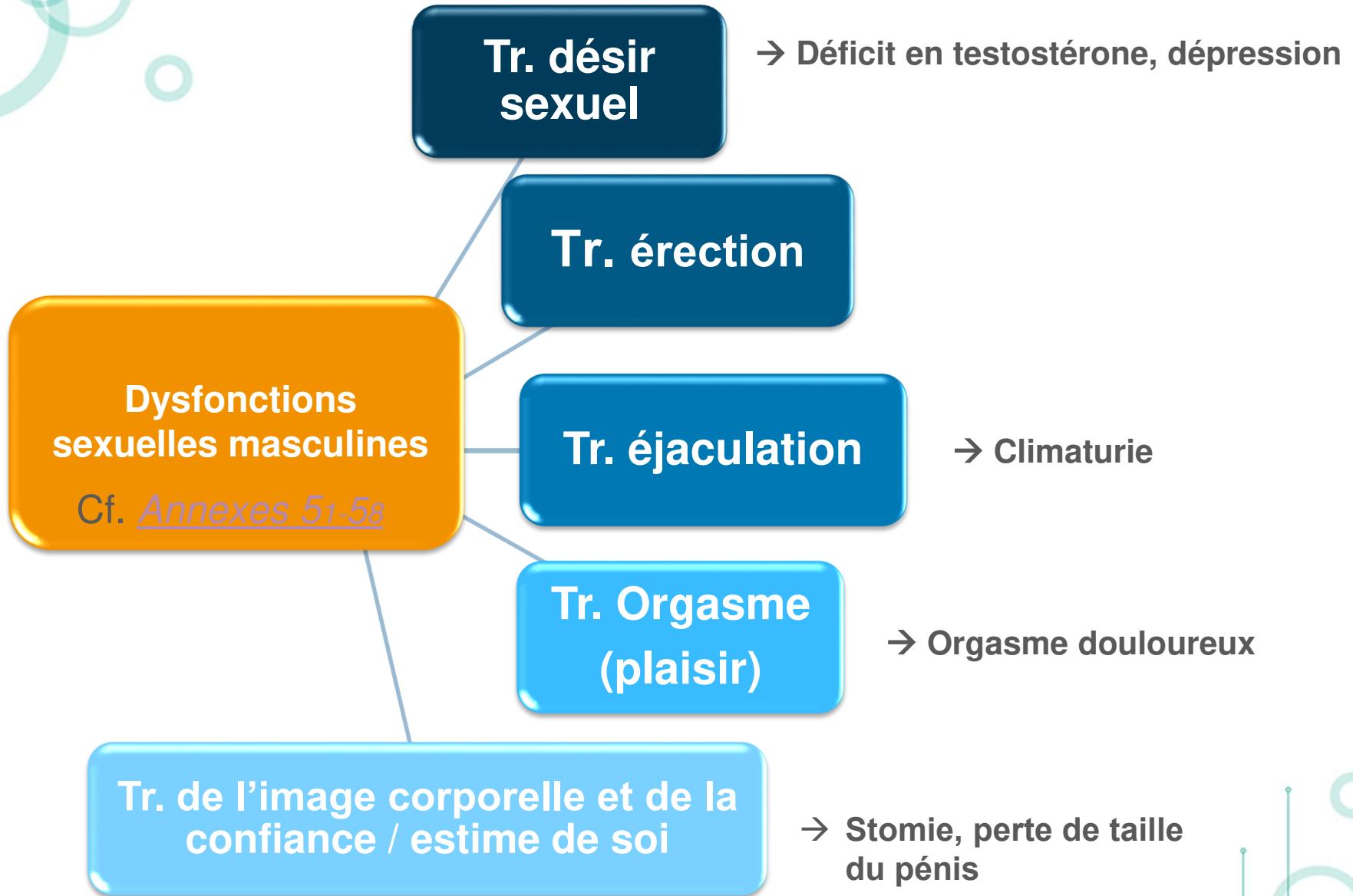
- ❑ 12 000 cas incidents/an
- ❑ Une majorité d'hommes
- ❑ Pronostic et impact des traitements très différents entre TVNIM (Tumeur Vésicale non envahissant le muscle)
- ❑ TVIM (Tumeur Vésicale envahissant le muscle) chirurgie radicale, chimiothérapie, et/ou radiothérapie
- ❑ Essentiellement :
 - *des troubles de l'érection et de l'éjaculation (cystoprostatectomie, radiothérapie)*
 - *impact sur l'image corporelle des stomies*
 - *impact des troubles de la continence*

(Mohamed, 2013)

- ❑ Avec plus de 53 000 nouveaux cas en 2009, le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers. La part des cancers de la prostate s'élève à 27 % de tous les cancers chez l'homme. Tous les traitements, y compris la surveillance active peuvent avoir un impact sur la sexualité. Essentiellement :
 - *des troubles de l'érection (prostatectomie radicale, curiethérapie, radiothérapie externe)*
 - *des troubles du désir (hormonothérapie)*
 - *des troubles de l'éjaculation (climaturie et fuites d'urines liées à l'excitation, orgasmes douloureux)*
- ❑ (InVs, 2012)
- ❑ Moins de 25 % des hommes traités par prostatectomie radicale avec conservation des bandelettes, récupèrent la qualité de l'érection qu'ils avaient avant traitement (Dalkin, 2008 ; Kimura, 2011 ; Nelson, 2013)
- ❑ Détérioration de la fonction érectile après radiothérapie externe (y compris après IMRT ou protonthérapie) et résultats décevants à long terme après la curiethérapie (Budäus, 2012 ; Lilleby, 2013 ; Sheets, 2012)
- ❑ L'antécédent de cancer de la prostate est un facteur prédictif majeur de la dysfonction sexuelle, même pour les hommes en surveillance active (80 % sous surveillance active, vs 43 % chez les témoins appariés sur l'âge) (Johansson, 2013 ; Taylor, 2012)

- ❑ Avec plus de 42 000 nouveaux cas estimés en France en 2012, dont 55% survenant chez l'homme, le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent chez l'homme.
- ❑ 4 % <50 ans et 50 % entre 50 et 75 ans
- ❑ Fréquence des troubles de l'érection en cas de chirurgie pour cancer du rectum, souvent aggravés si chimio/radiothérapie associée... (Traa MJ, Support Care Cancer 2013, Bentzen, 2013)

RAPPELS CONCERNANT LES PRINCIPAUX TROUBLES CONSTATÉS APRÈS TRAITEMENT DES CANCERS MASCULINS



PRISE EN CHARGE



ÉVALUATION ET INFORMATION

Recommandations préopératoires d'information

L'information sur les conséquences sexuelles et intimes est un droit des patients et un devoir des soignants.

- Évoquer les impacts potentiels de la chirurgie et discuter du programme de réhabilitation érectile et sexuelle avec le patient et s'il le souhaite avec le/la partenaire.
- Doit **concerner les différents domaines de la sexualité masculine** : désir, érection, éjaculation, orgasme (y compris éventualité d'une climaturie), et les changements corporels éventuels (diminution de taille du pénis, stomie, courbure de La Peyronie...).
- **Nécessité de travailler sur les représentations** : prendre en compte les fausses idées.
- **Toujours décider de manière partagée et éclairée avec le patient** de la meilleure stratégie en proposant toutes les solutions possibles, les iatrogénies sexuelles et les traitements disponibles.
- Discuter, si applicable, avec le/la partenaire des modalités de prise en charge, et de leur impact.

Recommandations préopératoires d'évaluation

*L'évaluation préopératoire est un élément pronostique qui aide à guider la mise en place de la réhabilitation post-traitement.

- Évaluer **la fonction sexuelle** du patient et de son/sa partenaire ([Annexe 6](#)) en s'aidant de **questionnaires validés**. ([Annexe 7](#))
- Évaluer la capacité du couple à débuter ou non un **programme de réhabilitation** érectile et sexuelle.
- Évaluer les **comorbidités, les traitements et les habitudes de vie** qui pourraient affecter les fonctions sexuelles.
- Évaluer toutes les **composantes biomédicales** : cancer en cause, comorbidités et leurs traitements, antécédents médicaux et chirurgicaux, histoire sexuelle du patient et partenaire. ([Annexe 6](#))
- Évaluer aussi les **facteurs psychologiques** (confiance, estime de soi), **relationnels, sociaux et environnementaux** (rôle majeur du partenaire) pouvant affecter la sexualité ou être affectés par une dysfonction sexuelle. ([Annexe 4](#))
- **Approche toujours globale** : « la réadaptation médicale est définie comme l'application coordonnée et combinée de mesures dans les domaines médical, social, psychique, technique et pédagogique, qui peuvent aider à remettre le patient à la place qui lui convient le mieux dans la société ou/et à lui conserver cette place » (OMS).
- Si patient jeune, discuter d'une préservation de la fertilité avant la chirurgie.

Recommandations préopératoires d'évaluation (suite)

*L'évaluation préopératoire est un élément pronostique qui aide à guider la mise en place de la réhabilitation post-traitement.

Identifier les leviers de prise en charge



FORCES

Facteurs :

- psycho +
- organiques +
- environnementaux +

A renforcer

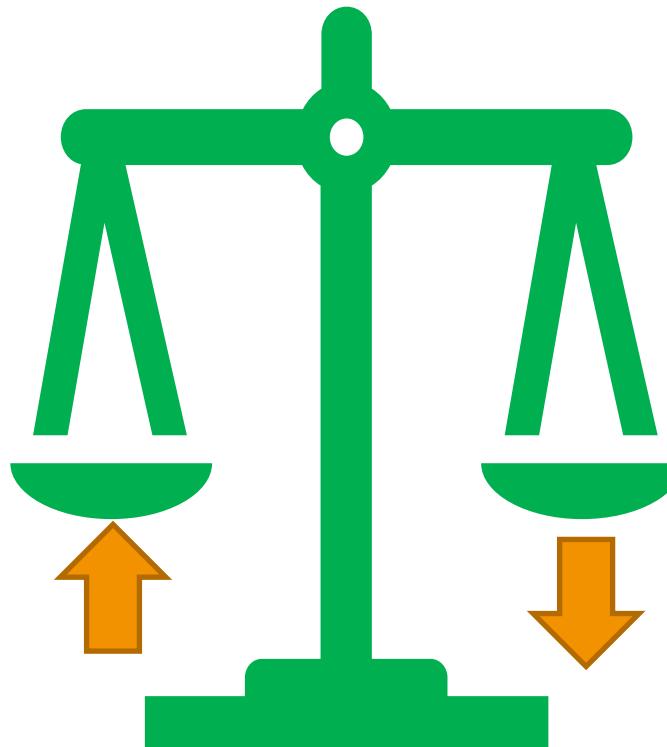


VULNERABILITES

Facteurs :

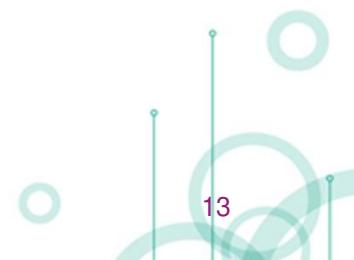
- psycho -
- organiques -
- environnementaux -

A corriger



Modèle de Perelman

Facteurs prédictifs de récupération de la fonction érectile

- **Âge** du patient et du partenaire : les patients / couples plus jeunes ont de meilleurs résultats.
 - **Présence ou non de comorbidités** augmentant le risque de dysfonction érectile (par exemple, diabète, maladies cardiovasculaires, dépression...).
 - **Hygiène de vie** : si déficiente (tabac, manque de sommeil...) = facteurs de risque de dysfonction érectile et sexuelles.
 - **Sexualité antérieure** à la chirurgie (fréquence des rapports, sexualité du couple).
 - **Technique chirurgicale** : chirurgie préservant les nerfs de l'érection vs. chirurgie non conservatrice.
 - **Niveaux de testostérone** : des niveaux normaux sont importants pour la récupération de la fonction érectile.
- 

Recommandations postopératoires

- **Réexpliquer** les modalités du programme de réhabilitation érectile et sexuelle avec le patient et son/sa partenaire.
- **Réévaluer la fonction sexuelle** de base et la demande dans les premières semaines après la chirurgie.
- **Débuter précocement** la prise en charge.

PRISE EN CHARGE

—

TRAITEMENTS

Traitements pharmacologiques, locaux et chirurgicaux

	Chirurgie avec conservation nerveuse	Chirurgie sans conservation nerveuse
Avant la chirurgie	<ul style="list-style-type: none"> Intérêt d'une première consultation (pour prise de contact), information et évaluation de la sexualité actuelle (dysfonction érectile préexistante ?) Débuter un traitement IPDE5* quotidien ou à la demande si dysfonction érectile préexistante ou difficultés sexuelles/érectiles récentes (*famille du sildénafil ou Viagra R) <ul style="list-style-type: none"> Expliquer l'intérêt d'une réhabilitation érectile et sexuelle pour lutter contre la fibrose et le raccourcissement de verge possible Expliquer au patient que le traitement sera adapté à sa réponse 	
Standards	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge psychosexuelle (accompagnement, voire PEC spécialisée) Réhabilitation par injections intra-caverneuses (IIC) ou injections intra-urétrales (IIU) 2 fois par semaine jusqu'à retour d'érections possibles sans IIC ou IIU <ul style="list-style-type: none"> Ou IPDE5 en continu (Tadalafil 5mg) +/- IPDE5 à la demande Ou IPDE5 à la demande Ou Vacuum (pompe à vide) 5-10 min quotidien Ou <p>Association :</p> <ul style="list-style-type: none"> IPDE5 à la demande tous les jours aussi longtemps que nécessaire +/-. IIC/IIU 2 fois /semaine +/-. Vacuum 5-10 min quotidien 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge psychosexuelle (accompagnement, voire PEC spécialisée) Entretien de la fonction érectile par injections intra-caverneuses (IIC) ou injections intra-urétrales (IIU) 2 fois par semaines <ul style="list-style-type: none"> Ou Vacuum Ou <p>Association :</p> <ul style="list-style-type: none"> IIC/IIU 2 fois /semaine +/-. Vacuum (pompe à vide) 5-10 min quotidien <p>Les IPDE5 ne sont généralement pas efficaces dans cette population</p>
Évaluation	<ul style="list-style-type: none"> Vérifier les conditions de prise du traitement avant de conclure à son inefficacité (délai d'attente avant rapport, prise à jeun ou non, respect de la posologie, nombre de prises, désir présent, stimulation sexuelle, etc.) 	
2 ^{ème} ligne	<ul style="list-style-type: none"> Essai d'une autre modalité de traitement ou d'une autre association Informier des possibilités de mise en place d'un implant pénien et de leurs résultats (satisfaction élevée) 	
3 ^{ème} ligne	<ul style="list-style-type: none"> Prothèse pénienne si dysfonction érectile réfractaire aux traitements pharmacologiques et mécaniques <ul style="list-style-type: none"> ou intolérance ou contre-indications aux traitements pharmacologiques <ul style="list-style-type: none"> ou en cas de souhait du patient souvent, après 12-18 mois post-opératoires 	

Prise en charge psychosexuelle

- **Tout professionnel de santé** peut faire de l'accompagnement.
- **Tout traitement doit être accompagné de conseils** pour l'adapter au mieux à la sexualité de chaque couple.
- **Expliquer le concept de réhabilitation** érectile et sexuelle au patient ET à son/sa partenaire.
- **Permettre l'accès à une thérapie psychosexuelle ou aux conseils psychologiques** pour le patient et son/sa partenaire avant et après l'intervention, en particulier lorsque les stratégies biomédicales sont inefficaces et/ou en cas de complexité et/ou en cas de détresse du patient ou de son/sa partenaire.
- **Encourager le soutien des partenaires.** Si possible, associer les partenaires à tous les processus décisionnels.

Début du traitement

- Commencez le traitement **le plus tôt possible** après la chirurgie (possible dès que le cathéter est retiré pour la prostatectomie radicale), et dans tous les cas, au cours des 3 premiers mois suivant la chirurgie.
- Dans certains cas, le traitement initié avant la chirurgie (notamment par IPDE5) pourra être poursuivi.

Durée du traitement

- **Personnaliser le traitement** (durée, méthode) **à chaque individu et savoir expliquer l'intérêt de le poursuivre le plus longtemps possible** car des récupérations tardives à 2 ans sont possibles, donc motiver et expliquer l'intérêt de poursuivre les traitements d'aide à la sexualité.
- **Ne pas conclure trop tôt à l'inefficacité d'un traitement et prendre en compte les différents facteurs d'échec ou d'abandon** (faire au moins 8 essais pour les IPDE5, expliquer qu'il s'agit d'un traitement au long cours sur plusieurs mois même si pas d'érection suffisante avec ce traitement).
- La décision d'arrêter le traitement dépend de chaque patient (le temps de récupération diffère d'un homme à l'autre). Idéalement, il devrait être administré jusqu'à ce qu'il ne soit plus nécessaire. En pratique, la **durée de la prise en charge varie de quelques mois à plusieurs années**.

Suivi

- Continuer un suivi de la sexualité tant que l'objectif fixé avec le patient ne semble pas atteint.
- Il est conseillé de **réévaluer les patients à intervalles réguliers**, par exemple à 8 semaines, 3 mois et 6 mois. Puis, tous les 3 à 6 mois pendant 2 ans après la fin du traitement.
- Le calendrier de réévaluation peut coïncider avec le calendrier d'examen du cancer.

Objectifs de la réhabilitation érectile

- **Préserver ou rétablir une fonction érectile** (médicalement ou non assistée) pour entretenir la trophicité des corps caverneux et continuer à avoir des rapports sexuels satisfaisants.
 - Tenter de **réduire la sévérité et la durée de la dysfonction érectile**.
 - **Prévenir ou minimiser le raccourcissement** du pénis.
 - Actuellement le **meilleur protocole de traitement médical n'est pas encore connu**, donc donner le choix au patient. Nécessité d'expliquer tous les traitements qui existent et le principe de la réhabilitation érectile et sexuelle.
- 

Avantages et désavantages des différentes stratégies thérapeutiques (1)

Stratégies thérapeutiques	Avantages	Désavantages
IPDE5 (sildénafil, tadalafil, vardénafil et avanafil)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Facile à prendre. <input type="checkbox"/> Acceptable pour la plupart des hommes et des partenaires. <input type="checkbox"/> Bonne tolérance en général. <input type="checkbox"/> Peut être pris à la demande (si nécessaire) ou quotidiennement. <input type="checkbox"/> Pourrait éviter la diminution de longueur du pénis. <input type="checkbox"/> N'interfère pas avec la spontanéité des rapports (notamment les préliminaires). <input type="checkbox"/> Aujourd'hui, plusieurs molécules génériques (sildénafil, tadalafil & vardénafil). 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réponse variable avec risque de non réponse (en fonction de la préservation nerveuse, de l'existence d'une angoisse de performance, de la fonction érectile de base, des comorbidités, du temps écoulé entre la chirurgie et le début du traitement, de la façon dont il est utilisé, ...). <input type="checkbox"/> Efficacité immédiate souvent médiocre. <input type="checkbox"/> Risque d'interactions médicamenteuses (inducteurs ou inhibiteurs enzymatiques). <input type="checkbox"/> Reste à charge. <input type="checkbox"/> Souvent crainte des patients de les utiliser : pharmacophobie
Vacuum	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Non médicamenteux (aucun effet systémique) <input type="checkbox"/> Non invasif. <input type="checkbox"/> Simple à utiliser. <input type="checkbox"/> Utile pour lutter contre la fibrose et le raccourcissement de verge. <input type="checkbox"/> Peut être utilisé quotidiennement. <input type="checkbox"/> Peut être utilisé en complément. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Souvent jugé mécanique (peu naturel). <input type="checkbox"/> Nécessite une bonne compréhension des modalités d'utilisation (éducation thérapeutique). <input type="checkbox"/> Érection manquant souvent de rigidité. <input type="checkbox"/> Onéreux : plusieurs centaines d'euros. <input type="checkbox"/> Non remboursé. <input type="checkbox"/> Acceptabilité. <input type="checkbox"/> Sensations péninnes altérées par le port de l'anneau de constriction s'il est utilisé pour la pénétration. <input type="checkbox"/> Peut être douloureux.
Injection intra-urétrale de PGE1	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Relativement facile à utiliser. <input type="checkbox"/> Agit rapidement. <input type="checkbox"/> Non invasif (pas d'aiguille). <input type="checkbox"/> Effet systémique rarissime. <input type="checkbox"/> Bien toléré. <input type="checkbox"/> Moindre risque de priapisme qu'avec les injections intra-caverneuses. <input type="checkbox"/> Remboursé. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Efficacité très inconstante. <input type="checkbox"/> Peut être difficile à insérer. <input type="checkbox"/> Picotement / brûlure urétrale. <input type="checkbox"/> Douleur liée à l'alprostadil chez certains. <input type="checkbox"/> Taux d'abandon élevé.

Avantages et désavantages des différentes stratégies thérapeutiques (2)

Stratégies thérapeutiques	Avantages	Désavantages
Injections intra-caverneuses de PGE1 (EDEX®, CAVERJECT®)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Injection quasi-indolore. <input type="checkbox"/> Rapidité d'action. <input type="checkbox"/> Habituellement efficace, même en cas de section des nerfs de l'érection. <input type="checkbox"/> Érection induite. <input type="checkbox"/> Cas exceptionnels de passage systémique possible. <input type="checkbox"/> Remboursées. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peut être anxiogène. <input type="checkbox"/> Risque de priapisme. <input type="checkbox"/> Peut provoquer des érections douloureuses (ou inconfortables) qui s'améliorent en diminuant les doses. <input type="checkbox"/> Nécessite une bonne compréhension des modalités d'utilisation (éducation thérapeutique). <input type="checkbox"/> Bonne dextérité manuelle nécessaire. <input type="checkbox"/> Pas acceptable pour tous les hommes ou leurs partenaires. <input type="checkbox"/> Peut provoquer des ecchymoses au point d'injection. <input type="checkbox"/> Peut provoquer une fibrose au site d'injection : risque de fibrose et courbure de Lapeyronie (10 % des cas).
PEC psycho-sexuelle	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pourrait améliorer les résultats de tout programme de réadaptation sexuelle pharmacologique. <input type="checkbox"/> Améliore l'acceptation des traitements et la volonté de continuer les traitements. <input type="checkbox"/> Peut réduire le sentiment de manque de spontanéité sexuelle, l'insatisfaction et l'inobservance. <input type="checkbox"/> Peut aider les couples à surmonter leur détresse et à renforcer leur relation. <input type="checkbox"/> Importance de l'écoute. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Peut être onéreuse et chronophage. <input type="checkbox"/> Besoin d'un conseiller qualifié (soins en sexologie). <input type="checkbox"/> Nécessite une motivation du patient et/ou du partenaire.

Prise en charge de l'orgasme douloureux

- Essayer un traitement alpha-bloquant.
 - Dans une petite série, amélioration de la douleur chez une majorité de patients après prostatectomie radicale.

(Barnas, 2005)

Prise en charge de la climaturie

- Diverses stratégies d'adaptation :
 - Conseils comportementaux : vider sa vessie avant les rapports, port d'un préservatif, ou d'un anneau à la base de la verge, restriction de l'apport liquidien.
- Pas de traitement curatif ayant fait la preuve de son efficacité actuellement :
 - Programmes de réhabilitation du plancher pelvien ?
 - Antidépresseurs ?
 - Traitements chirurgicaux de l'incontinence urinaire ?

Prise en charge des troubles liés aux stomies

- Travail anticipatoire à l'acte sexuel :
 - *Matériel adapté et éducation colique sur conseil stomathérapique*
 - *Mini poche avant l'acte*
 - *Obturateur (après irrigation colique)*
 - *Irrigation colique sur avis médical (stomie gauche)*
 - *Solution désodorisante*
 - *Recours aux vêtements dissimulants*
- Avis diététique :
 - *Connaître les aliments et boissons favorisant l'émission de gaz, odeurs et selles liquides.*
- Rôle majeur :
 - *Médecins impliqués (information, prévention, traitement des dysfonctions sexuelles)*
 - *Stomathérapeute : favoriser autonomisation stomie et vie sexuelle plus en sécurité (trucs et astuces)*
 - *Aidants naturels : partenaire + associations de patients*

Sexualité du couple

- Importance de conseiller les patients avant et après l'opération pour réduire le risque d'évitement sexuel, qui pourrait affecter négativement l'état psychologique et émotionnel du patient et de son/sa partenaire, et modifier la dynamique du couple.
- Favoriser la communication avec le/la partenaire (sexologue, psychologue, stomathérapeute).
- Éviter le rôle soignant du partenaire.
- Tenir compte d'éventuelles dysfonctions sexuelles et/ou de problèmes de santé du partenaire.
- Comprendre ce que l'autre ressent.
- Resensibiliser progressivement au plaisir.
- Modifier les habitudes et les scripts sexuels.
- Recourir aux associations de patients (échanges d'expérience).

Checklist *

Checklist concernant la prise en charge de la fonction sexuelle

Évaluer la fonction sexuelle du patient (et si possible, du partenaire), verbalement ou à l'aide de questionnaires sexuels validés, avant puis après la chirurgie.

Informier et discuter des conséquences sur la santé sexuelle et/ou la vie intime, qu'elles soient potentielles lors des consultations préopératoires, ou réelles lors des consultations post-opératoires et du suivi.

Informier et discuter d'un programme de réhabilitation érectile et sexuelle et des autres solutions thérapeutiques disponibles tout au long du parcours de soins, avec le patient (et partenaire si présent).

Débuter la réhabilitation érectile et sexuelle avant la chirurgie, ou précocement dans les 3 mois après la chirurgie.

Réévaluer régulièrement (au moins tous les 3 mois) une fois la réhabilitation érectile et sexuelle commencée.

*** Utilisable avant et après traitement**

RESSOURCES ET ANNEXES

Références bibliographiques (1)

Colson MH, Lechevallier E, Rambeaud JJ, Alimi JC et al.

Sexualité et cancer de la prostate [Sexuality and prostate cancer].

Prog Urol. 2012;22:S72-92.

Coombs PG, Heck M, Guhring P et al.

A review of outcomes of an intracavernosal injection therapy programme.

BJU Int 2012;110:1787-1791.

Deng H, Liu D, Mao X, Lan X et al.

Phosphodiesterase-5 Inhibitors and Vacuum Erection Device for Penile Rehabilitation After Laparoscopic Nerve-Preserving Radical Proctectomy for Rectal Cancer: A Prospective Controlled Trial./

Am J Mens Health. 2017;11:641-646.

Droupy S, Al Said B, Lechevallier E, Colson MH et al.

Sexualité et cancer de la prostate [Sexuality and prostate cancer].

Prog Urol. 2013;23:696-711.

Habold D, Bondil P.

L'intervention sexologique en oncologie [Sexual health management in oncology].

Presse Med. 2014;43:1120-4.

Hatzimouratidis K, Salonia A, Adaikan G, Buvat J et al.

Pharmacotherapy for erectile dysfunction: recommendations from the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015).

J Sex Med 2016;13:465-488.

Khera M.

Androgens and erectile function: a case for early androgen use in postprostatectomy hypogonadal men.

J Sex Med 2009;6(Suppl 3):234-238.

Kirby MG, White ID, Butcher J, Challacombe B et al.

Development of UK recommendations on treatment for post-surgical erectile dysfunction.

Int J Clin Pract. 2014;68:590-608.

Miranda-Sousa AJ, Davila HH, Lockhart JL, Ordorica RC et al.

Sexual function after surgery for prostate or bladder cancer.

Cancer control. 2006;13:179-87.

Références bibliographiques (2)

Moncada I, Cuzin B.

Clinical efficacy and safety of Vitaros^a/ Virirec^a (alprostadil cream) for the treatment of erectile dysfunction.
Urologia 2015;82:84-92.

Mulhall JP, Bella AJ, Briganti A et al.

Erectile function rehabilitation in the radical prostatectomy patient.
J Sex Med 2010;7:1687-1698.

Salonia A, Adaikan G, Buvat J et al.

Sexual rehabilitation after treatment for prostate cancer—part 1: recommendations from the Fourth International Consultation for Sexual Medicine (ICSM 2015).
J Sex Med 2017;14:285-296.

Salonia A, Burnett AL, Graefen M et al.

Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunctions. Part 1: choosing the right patient at the right time for the right surgery.
Eur Urol 2012;62:261-272.

Salonia A, Burnett AL, Graefen M et al.

Prevention and management of postprostatectomy sexual dysfunctions part 2: recovery and preservation of erectile function, sexual desire, and orgasmic function.
Eur Urol 2012;62:273-286.

Schover LR, Fouladi RT, Warneke CL et al.

Defining sexual outcomes after treatment for localized prostate carcinoma.
Cancer 2002;95:1773-1785.

Sridhar AN, Cathcart PJ, Yap T et al.

Recovery of baseline erectile function in men following radical prostatectomy for high-risk prostate cancer: a prospective analysis using validated measures.
J Sex Med 2016;13:435-443.

Vasconcelos JS, Figueiredo RT, Nascimento FL et al.

The natural history of penile length after radical prostatectomy: a long-term prospective study.
Urology 2012;80:1293-1296.

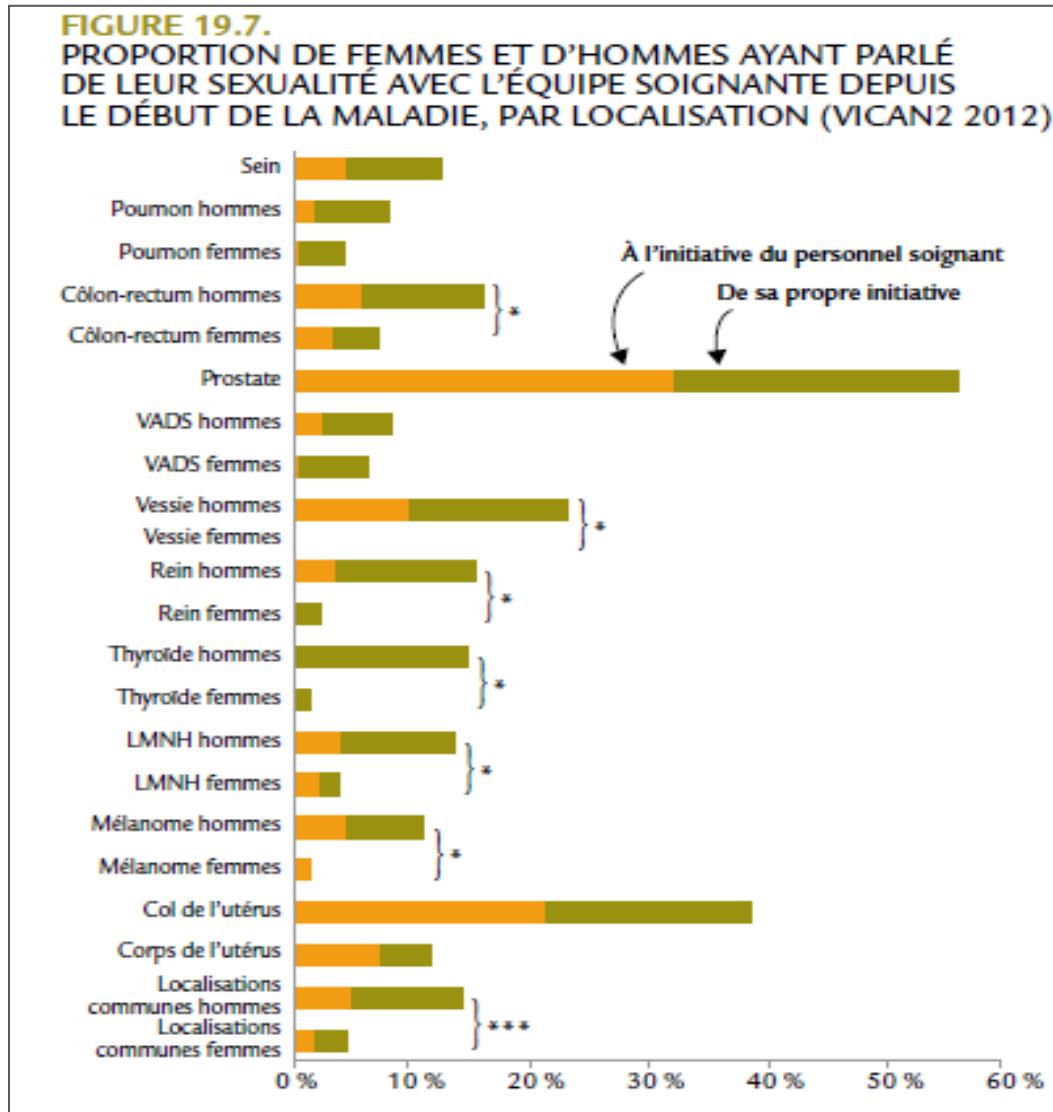
Yiou R, Bülow Z, Parisot J, Binhas M et al.

Is it worth continuing sexual rehabilitation after radical prostatectomy with intracavernous injection of alprostadil for more than 1 year?
Sex Med 2015;3:42-8.

Troubles sexuels masculins après chirurgie cancer pelvien

Annexe 1

Retour vers
« Préambule »



Annexe 2

Localisations	Effectifs	Contribution à l'ensemble des cancers
Prostate	53 465	19,0
Vessie	11 965	4,0
Côlon-rectum	42 152	14,1

(source INCA : *Incidence des cancers en France métropolitaine en 2012*)

Amélioration de la survie

- augmentation de 4 % par an pour la prostate
- + 50000 nouveaux survivants de cancers urologiques chaque année
- l'oncosexualité intéresse 80% des survivants des cancers pelviens

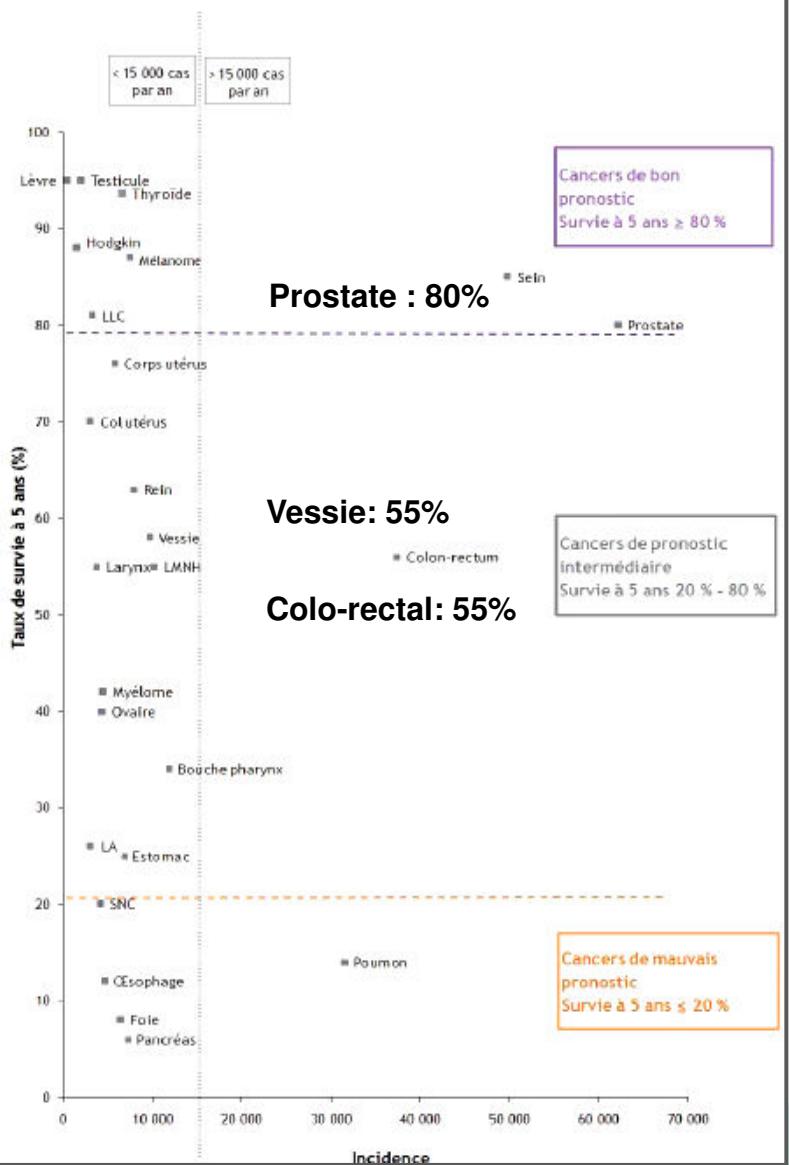
Sources: Inca, RAPSURVIE10
 Situation du cancer en France 2012
 Progrès en Urologie

Retour vers
 « Préambule »



Troubles sexuels masculins après chirurgie cancer pelvien

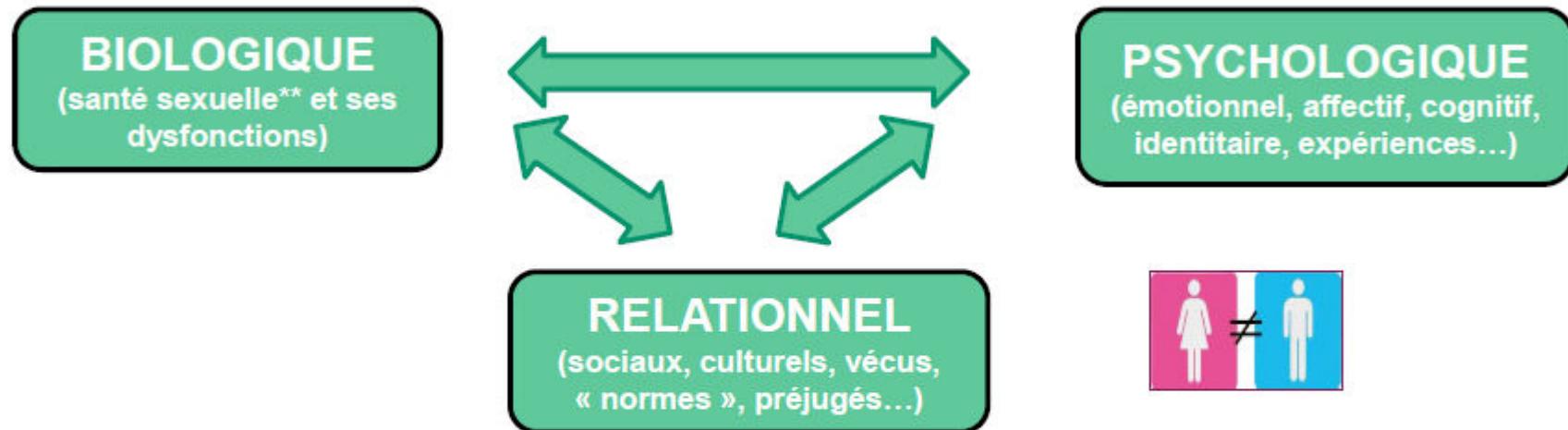
FIGURE 1 - SURVIE RELATIVE A 5 ANS DE 25 LOCALISATIONS DE CANCER EN FONCTION DE LEUR INCIDENCE ANNUELLE (DONNÉES FRANÇAISES)



Annexe 3

Troubles sexuels masculins après chirurgie cancer pelvien

Le cancer rentre AUSSI dans la maison en impactant (très diversement selon les individus) les trois piliers essentiels de la sexualité*



Nécessité d'une approche bio-psycho-environnementale (et pédagogique) intégrant le malade et le partenaire (dimension essentielle de la vie sexuelle = couple)

* « ...La sexualité est un aspect central de la personne humaine tout au long de la vie et comprend le sexe biologique, l'identité et le rôle sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. » OMS 1975

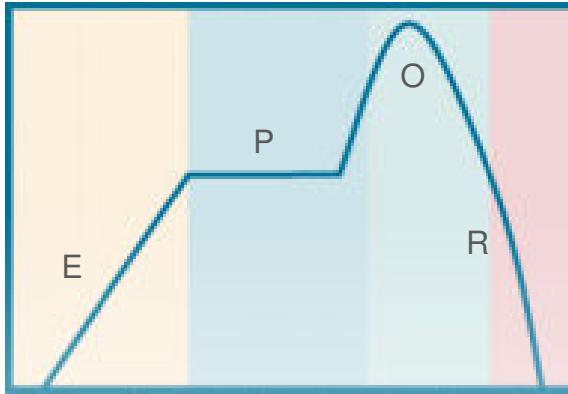
** « état de bien-être physique, émotionnel, mental et social associé à la sexualité. Elle ne consiste pas uniquement en l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle a besoin d'une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, et la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui apportent du plaisir en toute sécurité et sans contraintes, discrimination ou violence. Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés. » OMS 2010

Voir Référentiel AFSOS « Cancer, vie intime et santé sexuelle »

Annexe 4

Phases physiologiques
(d'après le schéma de Masters et Johnson)

- Principales Dysfonctions Sexuelles**
- Baisse du désir
 - Dysfonction érectile
 - Dysfonctions orgasmiques

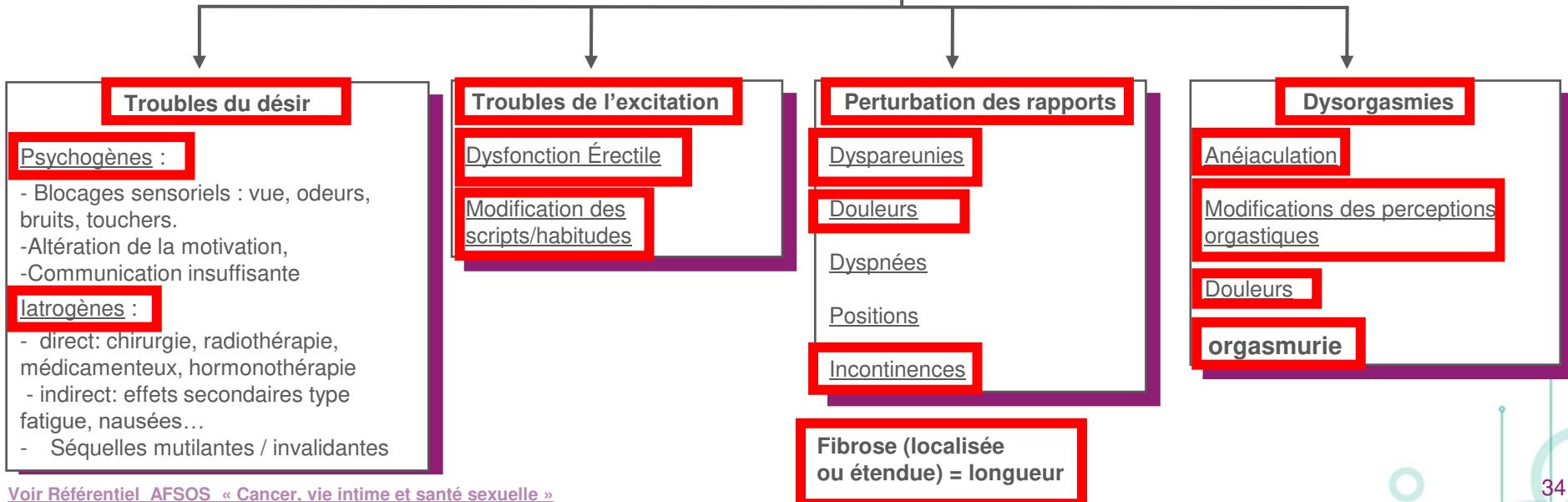


E = Excitation
P = Plateau
O = Orgasme
R = Résolution

Retour vers
« [Reco.](#)
[préopératoires](#)
[d'évaluation](#) »

Ne pas oublier les troubles identitaires et psychosociaux souvent présents mais masqués

Toutes les fonctions sexuelles peuvent être touchées isolément, ou plus souvent, de façon combinée



Annexe 5 :

**RAPPELS CONCERNANT LES
PRINCIPAUX TROUBLES MASCULINS
CONSTATÉS APRÈS TRAITEMENT
CHIRURGICAL DES CANCERS PELVIENS**

51 - Trouble du désir sexuel (1)

- Présents chez 60 % à 80 % après traitement des cancers pelviens.

(Jayadevappa, 2005; Salonia , 2012; Schover, 2002)

- Peuvent persister plusieurs années (Etude VICAN2).
- Facteurs prédictifs :
 - *Âge, consommation d'anxiolytiques, fatigue, hormonothérapie et chimiothérapie, liés au partenaire (VICAN2)*
- Associée à une diminution des rapports sexuels (VICAN2) : cause ou conséquence ?
- Peut diminuer la motivation d'un homme à rechercher de l'aide pour résoudre ses problèmes sexuels.

(Jenkins, 2004; Schover, 2004)

51 - Trouble du désir sexuel (2)

multifactoriel

- Peut être le moyen d'expression ou de découverte d'un syndrome dépressif
 - *Distorsions cognitives*
 - *Perturbation dans le processus de pensée*
 - *10 % de dépressions graves après cancer prostate*
- Peut amener au diagnostic d'un déficit en testostérone
 - *Prévalence élevée de l'hypogonadisme en cas de cancer : 40 % à 90 % (très > aux patients non cancéreux)*

Origine multifactorielle liée à des troubles psychologiques (anxiété, détresse ou dépression liées au diagnostic, à la modification de l'image de corporelle et à la crainte de la rechute) et/ou aux effets indésirables des traitements (douleurs, nausées, fatigue, troubles du sommeil...) et/ou si séquelles mutilantes ou invalidantes.

Garcia, 2006; Rajagopal, 2004

52 - Dysfonction érectile

- Les chirurgies de la prostate, de la vessie, ou du cancer colorectal peuvent endommager les nerfs (et artères) impliqués dans l'érection, ce qui peut aboutir à une dysfonction érectile.
 - La dysfonction érectile affecte jusqu'à 80 % des hommes après chirurgie des cancers pelviens.
 - Cette situation fréquente, sous-diagnostiquée et sous-traitée peut affecter de manière significative la qualité de vie des hommes et de leurs partenaires.
 - La dysfonction érectile peut impacter le sentiment de masculinité, l'estime de soi et la qualité de vie sexuelle de l'homme.
 - Les traitements de la dysfonction érectile peuvent réduire ou prévenir cette atteinte secondaire.
- 

53 - Perte de taille du pénis

Physiopathologie

- Après chirurgie des cancers du pelvis, l'atteinte des nerfs et artères à visée pénienne entraîne, en fonction de leur sévérité, une diminution voire une disparition des érections spontanées nocturnes quotidiennes. Il en résulte une oxygénation insuffisante des corps caverneux, à l'origine d'une fibrose progressive du tissu érectile puis d'une insuffisance érectile et d'un raccourcissement du pénis.
 - Le risque est plus élevé en cas de prostatectomie radicale élargie. Cette évolution peut non seulement entraîner une dysfonction érectile définitive, mais également causer une diminution de la longueur du pénis dans les premiers mois qui suivent la chirurgie.
 - La fibrose n'est parfois que localisée, d'où une courbure de la verge en érection.
- 

54 - Troubles de l'éjaculation

- Anéjaculation après prostatectomie ou cysto-prostatectomie mais orgasme conservé.
- Fuites d'urine possibles pendant l'orgasme après prostatectomie (climaturie) : très mal vécu par le patient et le couple.
- Anéjaculation ou éjaculation rétrograde après curage ganglionnaire rétro péritonéal.
- Conséquences pour la fertilité et importance du recours à la cryoconservation de sperme (chez le jeune).

55 - Troubles de l'orgasme

Modifications orgasmiques :

- (I) l'absence complète d'orgasme,
- (II) modifications de l'intensité de l'orgasme,
- (III) douleurs orgasmiques (c-à-d. dysorgasmie)

Modifications fréquentes de la perception de l'orgasme après prostatectomie :

- Émoussé, difficile, absent (50-75 %)
- Rapide
- Parfois plus intense (5-6 %)
- Douloureux
- Mais peut rester inchangé (20-30 %)

Frey, 2014; Wagner, 2009; Delaunay, 2011

56 - Orgasme douloureux

- Peut avoir un impact sur la satisfaction du rapport (et de la sexualité) et/ou entraîner des conduites d'évitement.

Barnas, 2005

Physiopathologie : spasme postopératoire de l'anastomose vésico-urétrale ou une dystonie de la musculature du plancher pelvien.

Barnas, 2004

Trouble sexuel souvent méconnu (peut exister dans 20 % des cas après chirurgie)

Durée : <1 min (55 %), 1 - 5 min (31 %), 5 - 60 min (12 %) ; >1h (2 %)

Localisation : dans le pénis (63 %), l'abdomen (9 %), le rectum (24 %), d'autres zones (4 %)

Fréquence : à chaque orgasme (33 %), fréquemment (13 %), occasionnellement (35 %), rarement (19 %)

57 - Troubles liés aux stomies

- Troubles organiques liés à la chirurgie.
- Séquelles esthétique et identitaire entraînant une baisse du désir d'origine multifactorielle :
 - *Perturbation de l'image corporelle*
 - *Atteinte de l'identité masculine*
 - *Modification du regard sur soi*
 - *Vulnérabilité au regard de l'autre*
 - *Sentiment d'être repoussant, dégoût*
 - *Peur des fuites, du bruit, du décollement de la poche...*
 - *Difficultés à en parler*

58 - Climaturie

Retour vers
« Dysfonctions
sexuelles »



Émission d'urine au moment de l'orgasme (climax) : 25 % à 40 % après prostatectomie radicale

Fréquence : rarement (21 %), occasionnellement (47 %), souvent (11 %), la plupart du temps (16 %), tout le temps (5 %)

Importance : <5 ml chez 85,8 % des patients

Facteurs de risque : pas associée à la présence d'incontinence urinaire, ni à l'âge du patient, à la dysfonction érectile préopératoire, à la qualité de l'érection postopératoire rapportée, au statut des bandelettes vasculo-nerveuses, à la présence ou à la rigidité des érections nocturnes, au niveau du désir sexuel.

Corrélée à la longueur fonctionnelle urétrale ? La non préservation du col ?

Lee, 2006

Annexe 6 : Check-list bilan « Santé sexuelle et vie intime » lors du PPS

Dimensions à analyser

Santé sexuelle	1.fonctions physiologiques Désir, excitation (érection/lubrification), plaisir (éjaculation, orgasme)	modifiée (oui/non) gênante (oui/non)
	2. douleur	oui / non
Santé non sexuelle	1. physique 2. mentale	bonne / moyenne /mauvaise
Hygiène de vie		bonne / moyenne /mauvaise
Vie sexuelle 	antérieure actuelle	absente / modérée / active satisfaisante / moyenne / non satisfaisante
Projets de vie	1. parental 2. nouveau partenaire*	oui / ne sait pas / non
	* en fonction du contexte (pas de partenaire, en cours de séparation...)	
Environnement	partenaire (H/F)	présent (oui / non) aidant / indifférent / opposant / communicant
	social / culturel	aidant / indifférent / opposant
Qualité de vie / bien-être	Liée à la vie 1) intime, 2) couple, 3) globale	satisfaisant / moyen / non satisfaisant

Annexe 7 : Questionnaires d'évaluation

- International Index of Erectile Function (IIEF)
(<https://www.urofrance.org/fileadmin/medias/scores/score-IIEF5.pdf>)
- Sexual Health Inventory for Men (SHIM)
- Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)
- Erection Hardness Score (EHS)
- Self-Esteem And Relationship (SEAR) : *non disponible en version française*
 - Permet d'évaluer les dimensions psychosociales chez les patients pris en charge pour une DE

Retour vers « Recommandations préopératoires d'évaluation »

International Index of Erectile Function (IIEF)

Questionnaire IIEF 15 (15 questions) :

Au cours des 4 dernières semaines :

Q1) A quelle fréquence avez-vous pu avoir une érection, au cours de vos activités sexuelles ?

- 0 = Je n'ai eu aucune activité sexuelle
1 = Presque jamais ou jamais
2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q2) Lorsque vous avez eu des érections à la suite de stimulations sexuelles, à quelle fréquence votre pénis a-t-il été suffisamment rigide (dur) pour permettre la pénétration ?

- 0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement
1 = Presque jamais ou jamais
2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Les trois questions suivantes portent sur les érections que vous avez peut-être eues pendant vos rapports sexuels.

Q3) Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous été capable de pénétrer votre partenaire (introduction du pénis dans le vagin) ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1 = Presque jamais ou jamais
2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q4) Pendant vos rapports sexuels, à quelle fréquence avez-vous été capable de maintenir votre érection après avoir pénétré votre partenaire ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1 = Presque jamais ou jamais
2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q5) Pendant vos rapports sexuels, à quel point vous-a-t-il été difficile de maintenir une érection jusqu'à la fin des rapports ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1 = Extrêmement difficile
2 = Très difficile
3 = Difficile
4 = Un peu difficile
5 = Pas difficile

Q6) Combien de fois avez-vous essayé d'avoir des rapports sexuels ?

- 0 = Aucune fois
1 = 1 à 2 fois
2 = 3 à 4 fois
3 = 5 à 6 fois
4 = 7 à 10 fois
5 = 11 fois et plus

Q7) Lorsque vous avez essayé d'avoir des rapports sexuels, à quelle fréquence en avez-vous été satisfait ?

- 0 = Je n'ai pas essayé d'avoir de rapports sexuels
1 = Presque jamais ou jamais
2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
5 = Presque tout le temps ou tout le temps

International Index of Erectile Function (IIEF)

Q8) À quel point avez-vous éprouvé du plaisir au cours de vos rapports sexuels ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1 = Je n'ai pas éprouvé de plaisir du tout
- 2 = Je n'ai pas éprouvé beaucoup de plaisir
- 3 = J'ai éprouvé assez de plaisir
- 4 = J'ai éprouvé beaucoup de plaisir
- 5 = J'ai éprouvé énormément de plaisir

Q9 Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous éjaculé ?

- 0 = Je n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q10) Lorsque vous étiez stimulé sexuellement ou aviez des rapports sexuels, avec quelle fréquence avez-vous eu un orgasme avec ou sans éjaculation ?

- 0 = Je n'ai pas été stimulé sexuellement ou n'ai pas eu de rapports sexuels
- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q11) A quelle fréquence avez-vous ressenti un désir sexuel ?

- 1 = Presque jamais ou jamais
- 2 = Rarement (beaucoup moins que la moitié du temps)
- 3 = Quelquefois (environ la moitié du temps)
- 4 = La plupart du temps (beaucoup plus que la moitié du temps)
- 5 = Presque tout le temps ou tout le temps

Q12) Comment évalueriez-vous l'intensité de votre désir sexuel ?

- 1 = Très faible / nulle
- 2 = Faible
- 3 = Moyenne
- 4 = Forte
- 5 = Très forte

Q13) A quel point avez-vous été satisfait de votre vie sexuelle en général ?

- 1 = Très insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 3 = A peu près autant satisfait qu'insatisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 5 = Très satisfait

Q14) A quel point avez-vous été satisfait de vos relations sexuelles avec votre partenaire ?

- 1 = Très insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 3 = À peu près autant satisfait qu'insatisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 5 = Très satisfait

Q15) À quel point étiez-vous sûr de pouvoir avoir une érection et de la maintenir ?

- 1 = Pas sûr du tout
- 2 = Pas très sûr
- 3 = Moyennement sûr
- 4 = Sûr
- 5 = Très sûr

Domaine de la fonction érectile de l'IIEF (6 questions)

Il regroupe les six questions de l'IIEF ayant trait à l'érection (Q1-Q5 and Q15). Il s'agit du « cœur » de l'IIEF. Ce domaine a été conçu pour évaluer les changements dans le temps et l'efficacité d'un traitement pharmacologique. Le domaine de la fonction érectile permet également de « grader » la DE :

- normal : score 26-30 ;
- DE peu sévère (mild) : score 22-25 ;
- DE peu à moyennement sévère (mild to moderate) : score 17-21 ;
- DE moyennement sévère (moderate) : score 11-16 ;
- DE sévère (severe) : score 6-10.

Concernant l'effet d'une intervention thérapeutique, une étude récente a permis d'identifier la différence minimale cliniquement significative en fonction de la sévérité de la DE :

- 2 pour une DE peu sévère ;
- 5 pour une DE moyennement sévère ;
- 7 pour une DE sévère.

Sexual Health Inventory for Men (SHIM)

Le fait que l'IIEF comprenne 15 questions n'en fait pas l'instrument idéal pour une utilisation en pratique quotidienne. Pour cette raison, une version abrégée de l'IIEF a été développé pour un usage en pratique courante. Il représente un outil de dépistage qui permet, associé à un interrogatoire et à un examen physique du patient, de faire un diagnostic précis et documenté. Le SHIM s'intéresse à la période de six mois ayant précédé son administration, il comprend quatre questions du domaine de la fonction érectile (Q2, Q4, Q5, Q15) et une question sur la satisfaction lors du rapport (Q7). Cinq « grades » sont proposés :

- érection normale : score 22-25 ;
- DE peu sévère (mild) : score 17-21 ;
- DE peu à moyennement sévère (mild to moderate) : score 12-16 ;
- DE moyennement sévère (moderate) : score 8-11 ;
- DE sévère (severe) : score 5-7.

Lors de l'utilisation du SHIM, il faut s'assurer que les patients ont un minimum de désir et qu'ils ont eu des opportunités de rapports pendant les six derniers mois afin d'affirmer qu'un score faible est bien le reflet d'une dysfonction érectile sévère.

Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Sexualité masculine

Il s'agit ici de ne plus s'intéresser à un seul symptôme mais à la sexualité masculine dans son ensemble, c'est-à-dire au désir, à l'érection, à l'éjaculation et à l'orgasme. Cette approche est pertinente en particulier pour l'homme vieillissant qui se plaint de plusieurs symptômes ou pour l'appréciation des conséquences de la chirurgie carcinologique pelvienne qui retentit non seulement sur l'érection mais également sur l'éjaculation, voire l'orgasme, et sur le désir par le biais du traumatisme psychologique associé à l'existence de la maladie. Cette approche plus holistique est également nécessaire chez les hommes souffrant de troubles mictionnels, associés ou non à une hypertrophie bénigne de prostate. On sait en effet que chez ces patients les troubles de l'éjaculation à type d'éjaculation retardée, d'éjaculation douloureuse, de diminution du volume du sperme y sont aussi fréquents que l'insuffisance érectile.

Un instrument ayant fait l'objet d'un développement approprié répond à ce besoin. Il s'agit du Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ). Cet outil comporte 25 questions explorant quatre domaines : érection (3 questions), l'éjaculation et l'orgasme (7 questions), le désir (4 questions), la satisfaction de l'homme vis-à-vis de sa sexualité (6 questions). Pour chaque domaine, une question permet d'évaluer la gêne liée à l'existence éventuelle d'un trouble. Pour l'appréciation de cette dimension déterminante pour guider la prise en charge des patients et pour la qualité des questions ayant trait à l'éjaculation le MSHQ apparaît comme un excellent instrument permettant d'évaluer les dysfonctions sexuelles masculines dans leur ensemble et leur importance pour les patients. Il est cependant un peu long, et il est tout à fait possible dans la pratique de n'utiliser les questions n'explorant qu'un domaine en fonction de la plainte du patient.

Introduction : Les questions suivantes portent sur différents aspects de vos capacités à avoir des rapports sexuels. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Il peut être difficile de répondre à certaines de ces questions. Merci de répondre au plus de questions possibles et de rester aussi sincère que possible en y répondant. Nous vous rappelons que toutes vos réponses resteront confidentielles.

Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Les premières questions portent sur vos érections, autrement dit sur la façon dont vous « bandez ».

Au cours du dernier mois, avez-vous pris des médicaments pour des problèmes d'érection ?

- Oui
- Non

Échelle sur l'érection

Q1. Au cours du dernier mois, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous réussi à avoir une érection quand vous en aviez envie ?

- 5 = Tout le temps
4 = La plupart du temps
3 = À peu près la moitié du temps
2 = Moins de la moitié du temps
1 = Jamais
0 = J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q2. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans l'aide de médicaments, combien de fois avez-vous pu rester rigide aussi longtemps que vous le souhaitiez ?

- 5 = Tout le temps
4 = La plupart du temps
3 = À peu près la moitié du temps
2 = Moins de la moitié du temps
1 = Jamais
0 = J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Q3. Au cours du dernier mois, si vous avez pu avoir une érection, sans utiliser de médicaments, comment évaluez-vous la rigidité de vos érections ?

- 5 = Complètement rigides
4 = Presque complètement rigides
3 = Plutôt rigides, mais pouvant se ramollir
2 = Un peu rigides, mais facilement ramollies
1 = Pas rigides du tout
0 = J'ai utilisé des médicaments pour l'érection lors de chaque rapport sexuel

Score total sur l'érection (0-15)

Item sur la Gêne (Problèmes d'Érection)

Q4. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés à ce que votre verge devienne rigide ou reste rigide sans l'aide de médicaments pour l'érection, avez-vous été gêné par ce problème ?

- 5 = Pas du tout gêné/Je n'ai pas eu de problème d'érection
4 = Un peu gêné
3 = Moyennement gêné
2 = Très gêné
1 = Extrêmement gêné

Score sur la gêne (Problèmes d'érection) (0-5)

Échelle sur l'éjaculation

Introduction : La section suivante concerne votre éjaculation et le plaisir associé à votre éjaculation. L'éjaculation correspond à l'expulsion de sperme lors de l'orgasme sexuel. Les questions suivantes concernent les éjaculations que vous avez lors d'activités sexuelles. Nous vous demandons de penser aux éjaculations que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), d'autres partenaires ou en vous masturbant.

Q5. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous été capable d'éjaculer lors d'une activité sexuelle ?

- 5 = Tout le temps
4 = La plupart du temps
3 = À peu près la moitié du temps
2 = Moins de la moitié du temps
1 = Jamais/Je ne pouvais pas éjaculer

Q6. Au cours du dernier mois, lorsque vous aviez une activité sexuelle, combien de fois avez-vous eu l'impression que l'éjaculation mettait trop de temps à venir ?

- 5 = Jamais
4 = Moins de la moitié du temps
3 = Environ la moitié du temps
2 = La plupart du temps
1 = Chaque fois
0 = Je ne pouvais pas éjaculer

Q7. Au cours du dernier mois, combien de fois, lors d'une activité sexuelle, avez-vous eu l'impression d'éjaculer alors qu'il n'y avait pas de sperme ?

- 5 = Jamais
4 = Moins de la moitié du temps
3 = Environ la moitié du temps
2 = La plupart du temps
1 = Chaque fois
0 = Je ne pouvais pas éjaculer

Q8. Comment évaluez-vous la force ou la puissance des éjaculations que vous avez eues au cours du dernier mois ?

- 5 = Aussi fortes qu'elles ont toujours été/pareilles ou inchangées
4 = Un peu moins fortes
3 = Moins fortes
2 = Beaucoup moins fortes
1 = Considérablement moins fortes
0 = Je ne pouvais pas éjaculer

Q9. En vous basant sur le dernier mois, comment évaluez-vous le volume ou la quantité de sperme lorsque vous éjaculez ?

- 5 = Aussi abondant qu'il a toujours été/pareil ou inchangé
4 = Un peu moins abondant
3 = Moins abondant
2 = Beaucoup moins abondant
1 = Considérablement moins abondant
0 = Je ne pouvais pas éjaculer

Q10. Par comparaison à il y a UN mois, diriez-vous que le plaisir physique que vous avez ressenti en éjaculant a :

- 5 = Beaucoup augmenté
4 = Augmenté moyennement
3 = Pas de changement
2 = Moyennement diminué
1 = Beaucoup diminué
0 = Je ne pouvais pas éjaculer

Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Q11. Au cours du dernier mois, avez-vous ressenti une douleur physique ou de la gêne pendant l'éjaculation ? Diriez-vous que vous avez eu :

- 5 = Aucune douleur
- 4 = Un peu de douleur ou d'inconfort
- 3 = Une douleur ou un inconfort modéré(e)
- 2 = Une grande douleur ou un grand inconfort
- 1 = Énormément de douleur ou d'inconfort
- 0 = Je ne pouvais pas éjaculer

Score sur l'éjaculation (1—35)

Item sur la Gêne (Problèmes d'éjaculation)

Q12. Au cours du dernier mois, si vous avez eu des difficultés pour éjaculer ou si vous n'avez pas pu éjaculer, cela vous a-t-il gêné ?

- 5 = Pas du tout gêné
- 4 = Un peu gêné
- 3 = Moyennement gêné
- 2 = Très gêné
- 1 = Extrêmement gêné

Score sur la gêne (Problèmes d'éjaculation) (1-5)

Échelle sur la satisfaction

Les quelques questions suivantes portent sur votre relation avec votre partenaire habituel(le) au cours du dernier mois. Certaines de ces questions portent sur vos relations sexuelles, alors que d'autres portent sur vos relations en général.

Q13. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des relations sexuelles que vous avez avec votre partenaire habituel(le) ? (ne cocher qu'une seule case)

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q14. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la qualité de votre vie sexuelle avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q15. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la fréquence de vos rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q16. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des signes de tendresse que vous et votre partenaire habituel(le) montrez lors des rapports sexuels ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q17. En général, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de la façon dont vous et votre partenaire habituel(le) parlez de sexualité ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Q18. Sans tenir compte de vos relations sexuelles, dans quelle mesure êtes-vous satisfait des autres aspects de votre relation avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Extrêmement satisfait
- 4 = Moyennement satisfait
- 3 = Ni satisfait ni insatisfait
- 2 = Moyennement insatisfait
- 1 = Extrêmement insatisfait

Items supplémentaires (activité et désir sexuels)

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre activité sexuelle au cours du dernier mois. Ces questions portent sur toutes les activités sexuelles que vous avez eues avec votre partenaire habituel(le), avec d'autres partenaires ou en vous masturbant. Par activité sexuelle, nous entendons tout type d'activité sexuelle que vous avez eu, y compris la pénétration, les caresses buccales ou toute autre activité sexuelle qui peut conduire à une éjaculation.

Q19. Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous eu une activité sexuelle, à savoir vous masturber, des rapports sexuels, des caresses buccales ou toute autre sorte d'activité sexuelle ?

- 5 = Chaque jour ou presque chaque jour
- 4 = Plus de 6 fois
- 3 = 4 à 6 fois
- 2 = 1 à 3 fois
- 1 = 0 fois

Si votre réponse à la question 19 est « 0 », veuillez répondre aux questions suivantes :

Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?

- 5 = Il y a 1 à 3 mois
- 4 = Il y a 4 à 6 mois
- 3 = Il y a 7 à 12 mois
- 2 = Il y a 13 à 24 mois
- 1 = Il y a plus de 24 mois

Pour quelle raison n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?

Je ne pouvais pas avoir d'érection :
Oui / Non

Je ne pouvais pas éjaculer :
Oui / Non

Je n'avais pas de partenaire :
Oui / Non

Autre raison (précisez) :

Male Sexual Health Questionnaire (MSHQ)

Q20. Par comparaison à il y a UN mois, la fréquence de votre activité sexuelle a-t-elle augmentée ou diminuée ?

- 5 = Beaucoup augmenté
- 4 = Augmenté moyennement
- 3 = Pas de changement
- 2 = Moyennement diminué
- 1 = Beaucoup diminué

Q21. Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par les modifications de fréquence de votre activité sexuelle ?

- 5 = Pas du tout gêné
- 4 = Un peu gêné
- 3 = Moyennement gêné
- 2 = Très gêné
- 1 = Extrêmement gêné

Introduction : Les questions suivantes portent sur votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le). Les questions suivantes portent sur les envies ou désirs sexuels que vous avez éprouvés pour votre partenaire habituel(le), et non pas si vous avez effectivement eu des rapports sexuels.

Avez-vous un(e) « partenaire habituel(le) » ?

- Oui
- Non

Si vous n'avez pas de partenaire habituel(le), veuillez répondre à toutes les questions sans vous référer à un(e) « partenaire habituel(le) ».

Q22. Au cours du dernier mois, avec quelle fréquence avez-vous ressenti une envie ou un désir de faire l'amour avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Tout le temps
- 4 = La plupart du temps
- 3 = À peu près la moitié du temps
- 2 = Moins de la moitié du temps
- 1 = Jamais

Q23. Comment décririez-vous les envies ou désirs d'avoir des rapports sexuels que vous avez-eus au cours du dernier mois avec votre partenaire habituel(le) ?

- 5 = Très forts
- 4 = Forts
- 3 = Modérés
- 2 = Faibles
- 1 = Très faibles ou absents

Q24. Au cours du dernier mois, avez-vous été gêné par le niveau de votre désir sexuel ? Avez-vous été :

- 5 = Pas du tout gêné
- 4 = Un peu gêné
- 3 = Moyennement gêné
- 2 = Très gêné
- 1 = Extrêmement gêné

Q25. Par comparaison à il y a UN mois, votre envie ou désir d'avoir des rapports sexuels avec votre partenaire habituel(le) ont-ils augmenté ou diminué ?

- 5 = Beaucoup augmenté
- 4 = Augmenté moyennement
- 3 = Pas de changement
- 2 = Moyennement diminué
- 1 = Beaucoup diminué

Retour vers « [Recommandations préopératoires d'évaluation](#) »