

Énoncés de lignes directrices :

I) Conseiller les patients et les partenaires sur l'incidence des traitements du cancer de la prostate sur les aspects biopsychosociaux de la sexualité

ÉNONCÉ 1 : Une discussion initiée par le clinicien devrait avoir lieu avec le patient et le partenaire (le cas échéant et s'il s'agit d'un partenariat approprié sur le plan culturel) au sujet des attentes réalistes quant à l'incidence du traitement du cancer de la prostate sur la fonction sexuelle du patient, l'expérience sexuelle du partenaire et la relation sexuelle du couple. Le clinicien devrait promouvoir l'ouverture et l'inclusivité, tenir compte du contexte culturel et adapter le service de consultation aux besoins particuliers des patients hétérosexuels, gais et bisexuels, s'identifiant comme des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec des femmes transgenres et avec des personnes de genre non conforme. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 2 : Les patients et les partenaires devraient être informés qu'un traitement biopsychosocial pour les problèmes sexuels peut atténuer les dysfonctions sexuelles et mener au rétablissement de l'intimité sexuelle. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 3 : Les patients et les partenaires doivent être informés que la détresse psychologique, y compris le chagrin et le deuil au sujet des pertes sexuelles résultant des effets secondaires sexuels des traitements contre le cancer de la prostate, peut être ressentie après les traitements contre le cancer de la prostate, et que la détresse peut être atténuée au moyen de stratégies de réadaptation biopsychosociale appropriées. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*



Énoncés de lignes directrices :

II. Conseiller les patients et les partenaires sur l'impact spécifique des différents traitements contre le cancer de la prostate sur la fonction sexuelle

ÉNONCÉ 4 : Les patients et les partenaires devraient être informés que tous les traitements contre le cancer de la prostate pourraient entraîner la dysfonction érectile à court et à long terme du patient. (*Recommandation forte; cote de force probante B*)

ÉNONCÉ 5 : Les patients et les partenaires devraient être informés que les patients traités par prostatectomie radicale ont des trajectoires différentes de déclin des fonctions sexuelles et de rétablissement potentiel par rapport aux patients traités par radiothérapie. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 6 : Les patients et les partenaires devraient être informés qu'après les traitements contre le cancer de la prostate, la plupart des patients ne retournent pas à leur fonction érectile avant le traitement. (*Recommandation forte; cote de force probante B*)

ÉNONCÉ 7 : Les patients et leurs partenaires devraient être informés que la dysfonction érectile préexistante est associée à un risque plus élevé de dysfonction érectile après le traitement après une prostatectomie radicale, quelle que soit la technique chirurgicale utilisée et après la radiothérapie, quel que soit le type de rayonnement utilisé. (*Recommandation forte; cote de force probante B*)

ÉNONCÉ 8 : Les patients et leurs partenaires devraient être informés qu'il n'existe aucune preuve claire démontrant l'avantage d'une prostatectomie radicale robotisée, laparoscopique ou ouverte sur le plan de la fonction érectile postopératoire. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 9 : Les patients et leurs partenaires doivent être informés que la prostatectomie et la radiothérapie pourraient être associées à une douleur orgasmique, à une diminution du désir sexuel, à une anodyspareunie au cours des relations anales et à des changements dans la fonction éjaculatoire. La prostatectomie entraîne une perte immédiate et complète du volume d'éjaculat, tandis que la radiothérapie est associée à une baisse plus graduelle et à une réduction variable du volume d'éjaculat. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 10 : Les patients et leurs partenaires devraient être informés que l'incontinence d'excitation sexuelle et la climacturie peuvent survenir après une prostatectomie radicale et peuvent se rétablir avec le contrôle urinaire. (*Recommandation forte; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 11 : Les patients et leurs partenaires devraient être informés qu'une perte de longueur et de pourtour du pénis ou de volume pourrait survenir après une prostatectomie radicale. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 12 : Les patients et leurs partenaires devraient être informés que la prostatectomie radicale pourrait être associée à un risque accru de courbure du pénis (maladie de Peyronie; MP). (*Recommandation conditionnelle; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 13 : Les patients et leurs partenaires devraient être conseillés sur les divers effets du traitement antiandrogénique (ADT) (comme traitement primaire ou comme adjuvant de ADT) sur le désir sexuel, la fonction érectile, le pourtour et la longueur pénienne, la fonction éjaculatoire, la fonction orgasmique et l'intimité des couples. (*Recommandation forte; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 14 : Les patients et les partenaires devraient être informés que les patients traités par ADT et radiothérapie combinés risquent d'avoir les effets secondaires sexuels cumulatifs associés à l'ADT et à la radiothérapie. (*Recommandation forte; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 15 : Avant de suivre un traitement du cancer de la prostate, les cliniciens devraient régulièrement demander aux patients atteints d'un cancer de la prostate (quel que soit leur âge) et à leurs partenaires si une fécondité future est souhaitée. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 16 : Il faut informer les patients qui s'intéressent à la fertilité future que les traitements contre le cancer de la prostate peuvent avoir une incidence négative sur leur potentiel de fertilité. Ces patients pourraient envisager la mise en banque de spermatozoïdes avant le traitement et l'aiguillage vers un spécialiste de la reproduction, car la disponibilité de techniques de procréation assistée et les considérations financières et culturelles le permettent. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

Énoncés de lignes directrices :

III. Évaluation des fonctions sexuelles et de la détresse sexuelle

ÉNONCÉ 17 : Les cliniciens devraient offrir régulièrement des services de dépistage et d'évaluation avant le traitement du cancer de la prostate et tout au long du suivi, de façon adaptée au contexte culturel, à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. *(Principe clinique)*

ÉNONCÉ 18 : Dans le cadre des évaluations préalables ainsi que postérieures au traitement du cancer de la prostate, les cliniciens devraient porter attention à la présence de dysfonction érectile, à la faible satisfaction sexuelle [y compris la sensation orgasmique, l'absence d'orgasme (anorgasmie), l'orgasme douloureux (dysorgasmie) et l'incontinence urinaire associée à l'orgasme (climacturie), l'incontinence d'excitation sexuelle, les changements dans la forme du pénis, le pourtour, la longueur ou la taille, l'anodyspareunie, la courbure, les préoccupations sexuelles des couples et l'évitement ou

l'arrêt de l'activité sexuelle et les préoccupations sexuelles des couples]. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 19 : Les patients et leurs partenaires doivent être informés qu'une évaluation de la fonction sexuelle du partenaire peut aider à planifier un traitement conçu pour favoriser le rétablissement de l'intimité sexuelle par les couples. *(Principe clinique)*

ÉNONCÉ 20 : Les cliniciens devraient utiliser les mesures validées des résultats déclarés par le patient chaque fois qu'il est approprié ou possible de le faire, pour évaluer la fonction sexuelle des patients et éventuellement celle des partenaires, ainsi que la détresse sexuelle, en se fondant sur une évaluation clinique de l'objectif de rétablissement sexuel des patients et des partenaires. *(Principe clinique)*



Énoncés de lignes directrices :

IV. Modification du style de vie

ÉNONCÉ 21 : La modification du mode de vie devrait être recommandée aux patients afin d'optimiser leur santé globale et sexuelle, notamment en évitant de fumer, en faisant de l'activité physique, en perdant du poids, en augmentant la consommation d'aliments sains à base de plantes et en réduisant la consommation de viande rouge et transformée.

(Principe clinique)

V. Traitement psychosocial

ÉNONCÉ 22 : Les cliniciens devraient offrir de l'éducation, une réadaptation sexuelle personnalisée et un soutien psychosexuel aux patients et aux partenaires dans l'ensemble du continuum de la survie, en fonction du type de traitement du cancer de la prostate, du statut de partenariat, du contexte culturel, ethnique et racial, de l'orientation sexuelle et de l'identité de genre. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 23 : Les cliniciens devraient normaliser le deuil en tant que réaction typique aux pertes sexuelles et encourager les patients et les partenaires à qui le rétablissement sexuel est important de poursuivre l'intimité sexuelle malgré les pertes sexuelles. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 24 : Si le patient et le partenaire sont d'accord, le clinicien devrait inclure le partenaire, et fournir du soutien aux couples qui font face aux effets secondaires sexuels du traitement du cancer de la prostate, directement ou par l'aiguillage vers un traitement psychosexuel. *(Recommandation forte; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 25 : Les cliniciens devraient soutenir les patients gais ou bisexuels, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, avec les femmes transgenres et avec les personnes non conformes de genre ainsi que leurs partenaires en leur fournissant des renseignements pertinents pour leur expérience sexuelle et les guider vers la recherche de ressources de soutien utiles. *(Avis d'expert)*

ÉNONCÉ 26 : Les cliniciens devraient aiguiller les patients, les partenaires et les couples pour lesquels l'éducation et le soutien sont insuffisants vers un traitement psychosexuel spécialisé. *(Principe clinique)*

ÉNONCÉ 27 : Les cliniciens devraient informer les patients et les partenaires des interventions de groupe et des méthodologies numériques de santé et de télémédecine qui peuvent accroître l'accès au soutien en santé sexuelle de survie au cancer de la prostate. *(Recommandation modérée; cote de force probante C)*

Énoncés de lignes directrices :

VI. Traitement biomédical

ÉNONCÉ 28 : Les cliniciens devraient envisager des options de traitement chirurgical permettant d'économiser les nerfs, lorsque celles-ci sont disponibles et sécuritaires sur le plan oncologique, peu importe la fonction érectile de base. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

Réhabilitation du pénis

ÉNONCÉ 29 : Les cliniciens devraient définir l'intention et les objectifs des stratégies de réadaptation du pénis sur une base individuelle, y compris la préservation de la longueur du pénis, le maintien de la qualité des tissus du corps et la participation précoce du patient au rétablissement sexuel. La réadaptation pénienne ne doit pas être assimilée à un traitement pour le rétablissement de la fonction érectile non assistée. (*Principe clinique*)

ÉNONCÉ 30 : Les cliniciens devraient conseiller aux patients qui utilisent des inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (PDE5i) pour la réadaptation du pénis au début de la période suivant la prostatectomie (jusqu'à 45 jours après la chirurgie) que comparativement à un placebo, ceci n'améliore pas le taux de rétablissement de la fonction érectile sans aide et avec PDE5i même après 12 mois. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 31 : Les cliniciens doivent informer les patients qu'il existe peu de données probantes pour déterminer les avantages des approches autres que PDE5i pour la réadaptation pénienne afin de favoriser le rétablissement de la dysfonction érectile. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 32 : Il serait de mise d'informer les patients et les partenaires qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour appuyer définitivement la réadaptation pénienne au moyen d'inhibiteurs PDE5 pour prévenir la perte de volume pénien. (*Recommandation conditionnelle; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 33 : Les cliniciens devraient expliquer aux patients qu'il n'y a pas suffisamment de données probantes pour déterminer les avantages de l'utilisation du PDE5i après la radiothérapie comme stratégie de réadaptation pénienne. (*Recommandation conditionnelle; cote de force probante C*)

Traitements de la dysfonction érectile

ÉNONCÉ 34 : Si le patient souhaite continuer à se livrer à des activités sexuelles, le clinicien devrait appuyer l'utilisation d'aides pro-érectiles par les patients, ainsi que l'activité sexuelle non pénétrante. (*Recommandation forte; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 35 : Les cliniciens devraient discuter de toutes les options de traitement de la fonction érectile disponibles avec les patients après toutes les modalités de traitement du cancer de la prostate, y compris le PDE5i, les suppositoires intra-urètre, les injections intracavernoses (ICI), les dispositifs d'érection sous vide (VED), le traitement de traction pénienne et les implants péniens. Les cliniciens devraient adapter les recommandations en fonction des préférences du patient, de son efficacité et de la phase de rétablissement de la fonction sexuelle. Cette discussion devrait porter sur les avantages, les risques et les contre-indications associés à chaque option, ainsi que sur les objectifs du patient et du partenaire. (*Principe clinique*)

ÉNONCÉ 36 : Les cliniciens devraient informer les patients atteints de dysfonction érectile persistante à la fin du traitement du cancer de la prostate des avantages et des risques potentiels d'une chirurgie d'implantation pénienne. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

Énoncés de lignes directrices :

VI. Traitement biomédical (suite)

Autres traitements de dysfonction sexuelle

ÉNONCÉ 37 : Si la sensation orgasmique est modifiée, la difficulté d'atteindre l'orgasme ou l'anorgasmie peut être gérée au moyen d'une approche biopsychosociale. *(Avis d'expert)*

ÉNONCÉ 38 : La dysorgasmie persistante et dérangeante peut être traitée au moyen de bloqueurs alpha-adrénergiques. *(Recommandation modérée; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 39 : Il serait de mise de conseiller les patients et les partenaires au sujet des stratégies de prise en charge de l'incontinence sexuelle dérangeante (y compris l'incontinence d'excitation sexuelle et la climacturie), comprenant le recadrage psychologique. *(Principe clinique)*

ÉNONCÉ 40 : Les patients doivent être informés qu'il n'y a pas suffisamment de données sur l'efficacité de la réadaptation du plancher pelvien, de la boucle de tension du pénis, de l'opération d'une élingue mâle ou du placement d'un sphincter urinaire artificiel pour la prise en charge de l'incontinence sexuelle (y compris l'incontinence d'excitation sexuelle et la climacturie). *(Recommandation conditionnelle; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 41 : Les cliniciens pourraient discuter des risques et des avantages d'un traitement à la testostérone pour améliorer le faible désir sexuel chez les hommes hypogonadaux à la suite d'un traitement du cancer de la prostate. *(Recommandation modérée; cote de force probante C)*

ÉNONCÉ 42 : Les cliniciens devraient informer les patients qu'il n'existe pas de données suffisantes pour quantifier les risques par rapport aux avantages liés à la testostérone pour traiter un faible désir sexuel chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate traité ou actif non métastatique. *(Recommandation conditionnelle; cote de force probante C)*

VII. Stratégies de modification du style de vie

ÉNONCÉ 43 : Les patients et leurs partenaires devraient être informés de l'importance et des avantages de l'exercice physique pour la santé sexuelle en tant que composante de la gestion médicale liée au traitement ADT. *(Recommandation modérée; cote de force probante C)*

Énoncés de lignes directrices :

VIII. Éducation et formation des cliniciens

ÉNONCÉ 44 : Les cliniciens devraient suivre une formation en santé sexuelle dans des groupes interprofessionnels en utilisant des approches d'apprentissage réfléchies et fondées sur des cas, en adoptant une perspective biopsychosociale et en tenant compte de la diversité ethnique et raciale et des minorités sexuelles. (*Recommandation forte; cote de force probante C*)

IX. Programmes et systèmes de soins de santé

ÉNONCÉ 45 : Les fournisseurs et les systèmes de soins de santé devraient élaborer du matériel adapté à la culture pour conseiller les patients et leurs partenaires sur les répercussions des traitements du cancer de la prostate sur la santé sexuelle. (*Recommandation modérée; cote de force probante C*)

ÉNONCÉ 46 : Les programmes d'éducation des patients sur le rétablissement sexuel après un traitement du cancer de la prostate devraient être adaptés pour tenir compte des influences culturelles locales, en fonction des ressources disponibles dans cette région, de la conceptualisation du rétablissement sexuel et des priorités de cette région. (*Avis d'expert*)

ÉNONCÉ 47 : Tous les fournisseurs d'assurance devraient couvrir le traitement des dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements du cancer de la prostate afin de valider cet aspect cliniquement important des soins du cancer de la prostate et de réduire les disparités en termes d'accès aux soins. (*Principe clinique*)