

Module

Seksuele Gezondheid

voor de richtlijn Prostaatcarcinoom

5

10

15

20

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Urologie

25

IN SAMENWERKING MET

Prostaatkankerstichting

Nederlandse Internisten Vereniging

Nederlandse Vereniging voor Nucleaire geneeskunde

30

Nederlandse Vereniging voor Pathologie

Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie

Nederlandse Vereniging voor Seksuologie

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

35

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

40

De ontwikkeling van de richtlijnmodule werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Colofon

MODULE GECOMBINEERDE HORMONALE- EN CHEMOTHERAPIE BIJ NIEUWE M+ VOOR DE
RICHTLIJN PROSTAATCARCINOOM
©2018

5

Nederlandse Vereniging voor Urologie
Mercatorlaan 1200, 3528 BL UTRECHT
030 282 32 18
nvu@xs4all.nl
www.nvu.nl

10

15

20

25

30

35

40

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze,
hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend
na voorafgaande toestemming van de uitgever. Toestemming voor gebruik van
tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de uitgever aanvragen.
Adres en e-mailadres: zie boven.

50

Inhoudsopgave

	Samenstelling van de werkgroep	4
5	Verantwoording	5
	Module Seksuele Gezondheid	15

Samenstelling van de werkgroep

Werkgroep

- 5 • Prof. dr. R.J.A. van Moorselaar, uroloog, werkzaam in het Amsterdam Universitair Medische Centra, locatie VUmc, NVU, voorzitter
- Prof. dr. J.O. Barentsz, radioloog, werkzaam in het RadboudUMC, NVvR
- Drs. R.J. van Alphen, internist-oncoloog werkzaam in het ETZ
- Drs. R. van der Giessen, patiënten vertegenwoordiger, Prostaatkankerstichting
- 10 • Prof. dr. L. Incrocci, radiotherapeut-oncoloog, werkzaam in het Erasmus MC, NVRO
- Dr. M.J.R. Janssen, nucleair geneeskundige, werkzaam in het RadboudUMC, NVvN
- Dr. G.J.L.H. van Leenders, patholoog, werkzaam in het Erasmus Medisch Centrum, NVvP
- Dr. I.M. van Oort, uroloog, werkzaam bij het RadboudUMC, NVU
- 15 • Dr. I. Schoots, radioloog, werkzaam bij het Erasmus MC, NVvR
- Dr. D.M. Somford, uroloog, werkzaam bij CWZ Nijmegen, NVU
- Dr. Y. Reisman, uroloog, seksuoloog NVVS, Flare-Health, Amstelveen, NVVS
- Drs. I. Zantingh, gz-psycholoog – seksuoloog NVVS, werkzaam bij Antoni van Leeuwenhoek, NVVS
- 20 • C. Tillier, verpleegkundig specialist urologie, werkzaam bij Antoni van Leeuwenhoek, V&VN
- Drs. H.A.M. Vanhauten, werkzaam bij het UMCG, radiotherapeut-oncoloog. NVRO
- Dr. E. Vegt, nucleair geneeskundige, werkzaam in het Erasmus MC, NVNG
- 25 *Met ondersteuning van:*
- Dr. I. Mostovaya, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. J. Boschman, senior adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- Dr. M. van Son, adviseur, Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten
- 30

Verantwoording

1.1 Methodologie richtlijnontwikkeling

Geldigheid en onderhoud

- 5 Bij het opstellen van de module heeft de werkgroep een inschatting gemaakt over de maximale termijn waarop herbeoordeling moet plaatsvinden en eventuele aandachtspunten geformuleerd die van belang zijn bij een toekomstige herziening (update). De geldigheid van de richtlijnmodule komt eerder te vervallen indien nieuwe ontwikkelingen aanleiding zijn een herzieningstraject te starten.

10

Autorisatie en geldigheid

Autorisatiedatum: (datum wordt na autorisatiefase ingevoegd)

Geautoriseerd door: Nederlandse Vereniging voor Urologie

15

Nederlandse Internisten Vereniging

Nederlandse Vereniging voor Nucleaire geneeskunde

Nederlandse Vereniging voor Pathologie

Nederlandse Vereniging voor Radiologie

Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en

20

Oncologie

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

Prostaatkankerstichting

(Deze organisaties zal verzocht worden de definitieve richtlijn te autoriseren of accorderen)

25

Belangrijkste wijzigingen

ten opzichte van vorige versie: (INVULLEN)

Regiehouder(s): Nederlandse Vereniging voor Urologie

Algemene gegevens

30

De richtlijnontwikkeling werd ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten (www.kennisinstituut.nl) en werd gefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Patiënten participatie bij deze richtlijn werd medegefinancierd uit de Stichting Kwaliteitsgelden Patiënten Consumenten (SKPC) binnen het programma KIDZ. De financier heeft geen enkele invloed gehad op de inhoud van de richtlijn.

35

1.2 Belangenverklaringen

- 40 De KNMG-code ter voorkoming van oneigenlijke beïnvloeding door belangenverstrengeling is gevolgd. Alle werkgroepleden hebben schriftelijk verklaard of zij in de laatste drie jaar directe financiële belangen (betrekking bij een commercieel bedrijf, persoonlijke financiële belangen, onderzoeksfinanciering) of indirecte belangen (persoonlijke relaties, reputatiemanagement, kennisvalorisatie) hebben gehad. Een overzicht van de belangen van werkgroepleden en het oordeel over het omgaan met eventuele belangen vindt u in onderstaande tabel. De ondertekende belangenverklaringen zijn op te vragen bij het
- 45 secretariaat van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Werkgroep lid	Functie	Nevenfuncties	Gemelde belangen	Ondernomen actie
* Van Moorselaar	Uroloog, Amsterdam UMC	Advisory board: Astellas, AstraZeneca	geen	Geen actie. In transparantieregist

		Bayer, Janssen, Sanofi-Genzyme: Betaald President European Board of Urology: onbetaald Board member European School of Urology: onbetaald		er diverse keren honoraria genoemd voor Astellas, AstraZeneca Bayer, Janssen, Sanofi-Genzyme (2018-2020). Bij herziening RL 2017 zat Jeroen ook al in deze adviescommissies (alleen AstraZeneca is erbij gekomen)
Reisman	Directeur en Seksuoloog Flare-Health, Amstelveen (0.5 fte) Hoofdopleider Seksuologie, RINO Amsterdam (zzp contract)	Past-President European Society for Sexual Medicine (ESSM) - ddel nemen aan het bestuur Bestuurlid en Past-President Multidisciplinary Joint Committee for Sexual Medicine of the European Union for Medical Specialists (UEMS) Co-director ESSM School and Advanced Course of Sexual Medicine Voorzitter network workinggroup HPV information and education van European Cancer Organisation (ECCO) Honorary Professor of Urology, Federal State Institute of Urology, Moscow Visiting Professor of Andrology, Shanghai Jiao Tong University, China Allemaal vrijwillig	Adviseur Besins Health Care Spreker: Lundbeck, Lilly, Coloplast en Berlin-Chemie Expertise op gebied van Onco-Seksuologie Editor "Cancer, Intimacy and Sexuality"	Geen actie.

Tillier	Verpleegkundig Specialist Urologie NKI-AVL, Amsterdam	EAUN Chair Elect (onbetaald) Consultant IPSEN bij het schrijven van informatie boekje voor patiënten over hormonale behandeling bij prostaatkanker	Geen.	Geen actie.
Schoots	Radioloog, Radiologie & Nucleair Geneeskunde, Erasmus MC (0.8 fte betaald)	Research appointment, Radiologie, AVL-NKI (0.2 fte betaald)	Advies functie - Quantib NV: radiologische software als hulp voor radiologische beoordeling van prostaat MRI - (betaald - aan werkgever Erasmus MC)	Geen actie. De UV's die we updaten hebben geen betrekking op de prostaat MRI.
Van der Giessen	Lid Kwaliteits Groep Prostaatkanker Stichting (vrijwilliger) Lid Overleggroep NWO (Erasmus-vrijwilliger))	Geen.	Geen.	Geen actie.
Vegt	Nucleair geneeskundige - Erasmus MC Rotterdam	Geen.	Deelname aan de studie "ROTOR registry" naar uitkomsten van Ra-223-therapie bij prostaatkarcinoom, gefinancierd door Bayer.	ROTOR registry heeft mogelijk enige betrekking op UV1 hormoongevoelig prostaatkarcinoom. Werkgroep lid is niet als trekker/meelezer betrokken bij deze UV.
Van Oort	Oncologisch Uroloog, Radboudumc Nijmegen	Geen.	adviseurschap bij Astellas, Sanofi, Janssen, Roche, Bayer gefinancierd onderzoek door: Astellas, Janssen, Bayer Radboudumc heeft de SelectMdx urinetest ontwikkeld,	Geen actie. In transparantieregister diverse keren honoraria genoemd voor Astellas, Bayer, Janssen, Sanofi-Genzyme (2018-2020). Bij herziening RL 2017 zat Inge ook in deze adviescommissies. Onderzoek gefinancierd door de industrie (was bij

			eigendom ligt nu extern	2017 werkgroep ook zo).
Incrocci	Radiotherapeut-oncoloog, Erasmus MC, Rotterdam	Geen.	Geen.	Geen actie.
Barentsz	Hoogleraar Radiologie Radboudumc	Geen.	onbetaald adviseur van SPL Medical en Soteria Medical	Geen actie.
Bergman	Internist-Oncoloog, Nederlands Kanker Instituut, Antoni van Leeuwenhoek	'Bezoldigde sprekers/organisatie vergoedingen van Bayer, Astellas, Sanofi	Participatie Advisory boards: Astellas, Jansen, Bayer, Sanofi. Financiering Investigator Initiated Studies door: Astellas, Sanofi, Bayer, Amgen Participatie industry sponsored Studies van: Merck, Astellas, Jansen, Bayer, Astra Zeneca. Bestuurslid Dutch Uro Oncology Study Group.	Geen actie. Vergoedingen industrie en onderzoek gefinancierd door industrie
Vanhauten	Radiotherapeut oncoloog UMCG	Bestuurslid Prostaatcentrum Noord-Nederland, onbetaald. Enkele malen per jaar lezing/panellid Astellas, Jansen, Prevents waarvoor sprekersvergoeding.	Geen.	Geen actie.
Tascilar	Internist-Oncoloog Isala, Zwolle	Lid commissie OOM (NVMO), aanvragen van off label indicaties voor oncologische middelen, vacatie lid Raad van Advies Prostaatkankerstichting , onbetaald DUOS werkgroep gemetastaseerd	Geen.	Geen actie.

		prostaatacarcinoom, onbetaald		
Mensink	Vrijwilliger, Belangenbehartiger Kwaliteit van Zorg bij Prostaatkankerstichting	Geen.	Geen.	Geen actie.
Janssen	nucleair geneeskundige Radboudumc	Voorzitter onderwijscommissie NVNG (onbetaald) lid onderwijscommissie NVvR (onbetaald) lid commissie wetenschappelijke ontmoetingen NVNG docent landelijk differentiatieonderwijs nucleaire radiologie (onkostenvergoeding)	PROPER-ABX studie, vergelijkende studie waarin Axumin en PSMA-1007 worden vergeleken qua diagnostische waarbij bij patiënten met biochemische recidief prostaatacarcinoom, gefinancierd door ABX.	Geen actie. De UV's die we updaten hebben geen betrekking op Axumin en PSMA-1007.
Van Alphen	internist oncoloog bij ETZ te Tilburg fulltime bestuurslid NVMO 3 uur per week (betaald aan het MSB)	Bestuurslid NVMO vacatie gelden 3 uur per week aan MSB NIV platform kwaliteit 4 avonden per jaar vacatie -> MSB Richtlijnen commissie NVMO 2 uur per maand vacatie -> MSB Richtlijnen commissie NIV 1 uur per maand vacatie -> MSB Commissie kwaliteit NVMO: 1 uur per maand vacatie MSB Inval vanuit NIV voor module hormoon sensitief prostaatacarcinoom.	ja, Studies met Pfizer, Bayer, Astellas, eigenlijk alle firma's die met prostaatkanker werken. Ik ken geen oncoloog in een groter perifeer ziekenhuis of academie die hier nee kan invullen. Hooguit neutraal als je voor alle firma's studies hebt lopen.	Geen actie???
Zantingh	gz-psycholoog / seksuoloog NVVS Antoni van Leeuwenhoek Centrum kwaliteit van leven docent cursus Seksuologie in de GZ opleiding	onbetaald lid mediacommissie NVVS onbetaald voorzitter NVVS Special Interest Group oncoseksuologie	Geen.	Geen actie.

	RINO Amsterdam eigenaar / praktijkhouder Seksuologie Praktijk Utrecht			
Van Leenders	Patholoog, Erasmus MC, Rotterdam	Bestuurslid Nederlandse Expertgroep Urologische Pathologie (NEUP), European Network of Uropathology (ENUP), International Society of Urological Pathology (ISUP) Wetenschappelijke raad ProstaatKankerStichtin g (PKS) en stichting Egidius Lidmaatschap EAU guideline committee prostate cancer, en International Collaboration on Cancer Reporting (ICCR) prostate cancer	Geen	Geen actie.
Somford	Uroloog CWZ en Prosper (1.0 FTE) Uroloog Radboudumc (detachering)	Voorzitter Werkgroep Oncologische Urologie (WOU) van de NVU Voorzitter Clinical Audit Board (CAB) Multidisciplinaire Kwaliteitsregistratie Prostaakanker (DICA) Voorzitter Lokale Toetsingscommissie CWZ Lid Wetenschappelijke Commissie (NVU) Associate Editor Frontiers in Oncology	Research Grants (CWZ): KWF, Besins Health Care Contracted research (CWZ): Janssen, Eli Lilly, Astellas, Blue Earth Diagnostics, Bayer, SPL Medical, QED Therapeutics Advisory Boards: Astellas, Janssen, MSD, Bayer Consultancy: Patient+ Lectures:	

			Bayer, Janssen	
--	--	--	----------------	--

1.3 Inbreng patiëntenperspectief

- 5 Er werd aandacht besteed aan het patiëntenperspectief door een afgevaardigde van een patiëntenvereniging, de ProstaatKankerStichting, in de werkgroep te laten participeren.

1.4 Implementatie

- 10 In de verschillende fasen van het ontwikkelproces is rekening gehouden met de implementatie van de richtlijnmodule en de praktische uitvoerbaarheid van de aanbevelingen. Daarbij is uitdrukkelijk gelet op factoren die de invoering van de module in de praktijk kunnen bevorderen of belemmeren. De implementatietabel is te vinden bij de aanverwante producten.

15

Werkwijze

AGREE

- 20 Deze module is opgesteld conform de eisen vermeld in het rapport Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0 van de adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit. Dit rapport is gebaseerd op het AGREE II instrument (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II; Brouwers, 2010), dat een internationaal breed geaccepteerd instrument is. Voor een stap-voor-stap beschrijving hoe een evidence-based module tot stand komt wordt verwezen naar het stappenplan Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

25

Knelpuntenanalyse

Uit de inventarisatie van de knelpunten door werkgroep/commissie Prostaatcarcinoom van de NVU (2017) bleek dat er een noodzaak was voor (revisie) van deze richtlijnmodule.

30 *Uitgangsvraag en uitkomstmaten*

- Op basis van de uitkomsten van de knelpuntenanalyse is door de werkgroepleden en de adviseur een uitgangsvraag opgesteld. Vervolgens inventariseerde de werkgroep welke uitkomstmaten voor de patiënt relevant zijn, waarbij zowel naar gewenste als ongewenste effecten werd gekeken. De werkgroep waardeerde deze uitkomstmaten volgens hun
- 35 relatieve belang bij de besluitvorming rondom aanbevelingen, als kritiek, belangrijk (maar niet kritiek) en onbelangrijk. Tevens definieerde de werkgroep tenminste voor de kritieke uitkomstmaten welke verschillen zij klinisch (patiënt) relevant vonden.

Strategie voor zoeken en selecteren van literatuur

- 40 Aan de hand van specifieke zoektermen werd gezocht naar gepubliceerde wetenschappelijke studies in (verschillende) elektronische databases. Tevens werd aanvullend gezocht naar studies aan de hand van de literatuurlijsten van de geselecteerde artikelen. In eerste instantie werd gezocht naar studies met de hoogste mate van bewijs. De werkgroepleden selecteerden de via de zoekactie gevonden artikelen op basis van vooraf
- 45 opgestelde selectiecriteria. De geselecteerde artikelen werden gebruikt om de uitgangsvraag te beantwoorden. De geselecteerde databases waarin is gezocht en de gehanteerde selectiecriteria zijn te vinden in de module met desbetreffende uitgangsvraag. De zoekstrategie is opvraagbaar bij de Richtlijnendatabase, zie het tabblad Zoekverantwoording voor verdere details.

Kwaliteitsbeoordeling individuele studies

Individuele studies werden systematisch beoordeeld, op basis van op voorhand opgestelde methodologische kwaliteitscriteria, om zo het risico op vertekende studieresultaten (risk of bias) te kunnen inschatten. Deze beoordelingen kunt u vinden in de Risk of Bias (RoB) tabellen. De gebruikte RoB instrumenten zijn gevalideerde instrumenten die worden aanbevolen door de Cochrane Collaboration:

- AMSTAR – voor systematische reviews.

10 *Samenvatten van de literatuur*

De relevante onderzoeksgegevens van alle geselecteerde artikelen werden overzichtelijk weergegeven in evidence-tabellen. De belangrijkste bevindingen uit de literatuur werden beschreven in de samenvatting van de literatuur. Indien van toepassing: Bij een voldoende aantal studies en overeenkomstigheid (homogeniteit) tussen de studies werden de gegevens ook kwantitatief samengevat (meta-analyse) met behulp van Review Manager 5.

Beoordelen van de kracht van het wetenschappelijke bewijs

De kracht van het wetenschappelijke bewijs werd bepaald volgens de GRADE-methode.

20 GRADE staat voor: Grading Recommendations Assessment, Development and Evaluation (zie <http://www.gradeworkinggroup.org/>).

GRADE onderscheidt vier gradaties voor de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs: hoog, redelijk, laag en zeer laag. Deze gradaties verwijzen naar de mate van zekerheid die er bestaat over de literatuurconclusie (Schünemann, 2013).

25

GRADE	Definitie
Hoog	• er is hoge zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • het is zeer onwaarschijnlijk dat de literatuurconclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Redelijk	• er is redelijke zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • het is mogelijk dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Laag	• er is lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • er is een reële kans dat de conclusie verandert wanneer er resultaten van nieuw grootschalig onderzoek aan de literatuuranalyse worden toegevoegd.
Zeer laag	• er is zeer lage zekerheid dat het ware effect van behandeling dichtbij het geschatte effect van behandeling ligt zoals vermeld in de literatuurconclusie; • de literatuurconclusie is zeer onzeker.

Formuleren van de conclusies

Voor elke relevante uitkomstmaat werd het wetenschappelijk bewijs samengevat in een of meerdere literatuurconclusies waarbij het niveau van bewijs werd bepaald volgens de

30 GRADE-methodiek. De werkgroepleden maakten de balans op van elke interventie (overall conclusie). Bij het opmaken van de balans werden de gunstige en ongunstige effecten voor de patiënt afgewogen. De overall bewijskracht wordt bepaald door de laagste bewijskracht gevonden bij een van de kritieke uitkomstmaten. Bij complexe besluitvorming waarin naast de conclusies uit de systematische literatuuranalyse vele aanvullende argumenten
35 (overwegingen) een rol spelen, werd afgezien van een overall conclusie. In dat geval werden de gunstige en ongunstige effecten van de interventies samen met alle aanvullende argumenten gewogen onder het kopje *Overwegingen*.

Overwegingen (van bewijs naar aanbeveling)

- Om te komen tot een aanbeveling zijn naast (de kwaliteit van) het wetenschappelijke bewijs ook andere aspecten belangrijk en worden meegewogen, zoals de expertise van de werkgroepleden, de waarden en voorkeuren van de patiënt, kosten, beschikbaarheid van voorzieningen en organisatorische zaken. Deze aspecten worden, voor zover geen onderdeel van de literatuursamenvatting, vermeld en beoordeeld (gewogen) onder het kopje *Overwegingen*.

Formuleren van aanbevelingen

- De aanbevelingen geven antwoord op de uitgangsvraag en zijn gebaseerd op het beschikbare wetenschappelijke bewijs en de belangrijkste overwegingen, en een weging van de gunstige en ongunstige effecten van de relevante interventies. De kracht van het wetenschappelijk bewijs en het gewicht dat door de werkgroep wordt toegekend aan de overwegingen, bepalen samen de sterkte van de aanbeveling. Conform de GRADE-methodiek sluit een lage bewijskracht van conclusies in de systematische literatuuranalyse een sterke aanbeveling niet a priori uit, en zijn bij een hoge bewijskracht ook zwakke aanbevelingen mogelijk. De sterkte van de aanbeveling wordt altijd bepaald door weging van alle relevante argumenten tezamen.

Randvoorwaarden (Organisatie van zorg)

- Bij de ontwikkeling van de module is expliciet rekening gehouden met de organisatie van zorg: alle aspecten die een randvoorwaarde zijn voor het verlenen van zorg (zoals coördinatie, communicatie, (financiële) middelen, menskracht en infrastructuur). Randvoorwaarden die relevant zijn voor het beantwoorden van een specifieke uitgangsvraag maken onderdeel uit van de overwegingen bij de bewuste uitgangsvraag, randvoorwaarden die van invloed zijn op de implementatie van de aanbeveling zijn opgenomen in de implementatietabel.

Kennislacunes

- Tijdens de ontwikkeling van deze module is systematisch gezocht naar onderzoek waarvan de resultaten bijdragen aan een antwoord op de uitgangsvraag. Er is nagegaan of (aanvullend) wetenschappelijk onderzoek gewenst is om de uitgangsvraag te kunnen beantwoorden. Mocht dit bij deze module het geval zijn, dan is er een aanbeveling voor het doen van onderzoek opgenomen in de bijlage Kennislacunes. Deze bijlage is te vinden onder de aanverwante producten.

Commentaar- en autorisatiefase

- De conceptmodule werd aan de betrokken (wetenschappelijke) verenigingen, instanties en (patiënt) organisaties voorgelegd ter commentaar. De commentaren werden verzameld en besproken met de werkgroep. Naar aanleiding van de commentaren werd de conceptmodule aangepast en definitief vastgesteld door de werkgroep. De definitieve module werd aan de deelnemende (wetenschappelijke) verenigingen en (patiënt) organisaties voorgelegd voor autorisatie en door hen geautoriseerd dan wel geaccordeerd. De commentaartabel is op te vragen bij het Kennisinstituut via secretariaat@kennisinstituut.nl

1.5 Literatuur

- Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, et al. AGREE Next Steps Consortium. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. doi: 10.1503/cmaj.090449. Epub 2010 Jul 5. Review. PubMed PMID: 20603348.

- Medisch Specialistische Richtlijnen 2.0. Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.
http://richtlijnendatabase.nl/over_deze_site/over_richtlijnontwikkeling.html. 2012.
- Schünemann H, Brożek J, Guyatt G, et al. GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group. Available from
5 http://gdt.guidelinedevelopment.org/central_prod/_design/client/handbook/handbook.html. 2013.
- Schünemann HJ, Oxman AD, Brozek J, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations for diagnostic tests and strategies. BMJ. 2008;336(7653):1106-10. doi: 10.1136/bmj.39500.677199.AE.
Erratum in: BMJ. 2008;336(7654). doi: 10.1136/bmj.a139. PubMed PMID: 18483053.
- 10 Ontwikkeling van Medisch Specialistische Richtlijnen: stappenplan. Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten.

Module Seksuele Gezondheid

Leeswijzer:

- 5 Onderstaande conceptrichtlijntekst wordt na het doorlopen van de commentaar- en autorisatiefase opgenomen in de Richtlijndatabase (www.richtlijndatabase.nl). Verwijzingen naar 'tabbladen' zijn in de huidige versie van de richtlijntekst terug te vinden in de 'bijlagen' aan het einde van de hoofdtekst. In verband met de modulaire opbouw van richtlijnen in de database wordt verwezen naar modules (i.p.v. hoofdstukken) en aanverwante producten (bijlagen).

10

Uitgangsvraag (NL)

Hoe om te gaan met seksuele gezondheid bij patiënten die behandeld worden en behandeld zijn voor prostaatkarcinoom?

15

Deze uitgangsvraag bevat drie subvragen:

1. Hoe dient seksuele gezondheid bij patiënten met prostaatkanker te worden bevorderd?
2. Wat is de plaats van een seksueel revalidatieprogramma bij prostaatkankerpatiënten na de kankerbehandeling om de seksuele gezondheid te verbeteren? (gedefinieerd als een revalidatieprogramma met medische en psychologische interventies)
- 20 3. Wanneer moeten mannen met prostaatkarcinoom verwezen worden naar een seksuologisch geschoolde hulpverlener?

25

Clinical question (ENG)

How should sexual health be considered in patients that are treated or were treated for prostate cancer?

30

This clinical question includes the following underlying questions:

1. Is there a need to improve sexual health in patients with prostate cancer and what topics have to be discussed with the patient and his partner?
2. What is the role of a sexual rehabilitation program in prostate cancer patients after cancer treatment to improve sexual health? (defined as a rehabilitation program with medical and psychological interventions)
- 35 3. When should patients with prostate cancer be referred to a sexual health professional?

Subhoofdstuk 1.

**Hoe dient seksuele gezondheid bij patiënten met prostaatkanker te worden bevorderd?
En welke onderwerpen ten aanzien van seksuele gezondheid moeten besproken worden met de patiënt met prostaatcarcinoom en zijn partner?**

5

Inleiding

10 Momenteel is er discussie gaande over de behoefte aan informatie over en behandeling van seksuele gezondheid van patiënten met prostaatkanker en hun partners. De aangeboden hulp door zorgverleners (zoals seksuologen, medisch psychologen, artsen, etc) is nog niet ingebed in richtlijnen en niet georganiseerd. Voor een juiste inschatting van de benodigde omvang en soort hulp die nodig is, moet de behoefte vastgesteld worden.

Uitgangsvraag (NL)

15 Is er behoefte aan bevordering van seksuele gezondheid bij patiënten met prostaatkanker en welke onderwerpen ten aanzien van seksuele gezondheid moeten besproken worden met de patiënt met prostaatcarcinoom en zijn partner?

Clinical question (ENG)

20 Is there a need to improve sexual health in patients with prostate cancer and what topics have to be discussed with the patient and his partner?

Search and select

25 No systematic analysis of the literature was performed for this clinical sub-question. The guideline working group based their answers on expert opinion and consensus of the guideline working group (elaborated under the tab Considerations/'Overwegingen').

Summary of literature

Description of studies

30 Not applicable.

Results

Not applicable.

Level of evidence of the literature

35 Not applicable.

Conclusions

Not applicable.

40 Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

45 Er is geen systematische literatuurstudie gedaan naar de vraag welke onderwerpen ten aanzien van seksuele gezondheid moeten besproken worden met de patiënt met prostaatcarcinoom en zijn partner en hoe seksuele gezondheid bij patiënten met prostaatkanker dient te worden bevorderd.

50 Diagnose en behandeling van prostaatkanker kan zowel lichamelijke als psychologische en relationele gevolgen hebben. De meest voorkomende lichamelijke gevolgen zijn: urine-incontinentie, darmproblemen en seksuele problemen met als voornaamste klacht erectieproblemen (Chambers et al., 2017; Grondhuis Palacios et al., 2018). Veel voorkomende mentale problemen die optreden na de diagnose en behandeling van prostaatkanker zijn: angst en depressie (Watson 2016), maar ook problemen met

lichaamsbeeld, zelfvertrouwen en gevoel van mannelijkheid (Eymech., 2022) Daarom is het belangrijk om het behandeltraject ook op de lange(re) termijn gevolgen af te stemmen.

Van alle bijwerkingen van de behandeling van prostaatkanker hebben problemen op het gebied van seksualiteit de grootste invloed op de kwaliteit van leven (Venderbos et al, 2020). Deze problemen hebben niet alleen betrekking op lichamelijke aspecten (bijvoorbeeld erectieproblemen) maar hebben ook gevolgen voor de betreffende persoon, zijn relatie en intimiteit. Verschillende onderzoeken laten zien dat 40-90% van de mannen die behandeld zijn voor prostaatkanker seksuele disfunctie ervaart en dit als een redelijk groot tot groot probleem benoemt (Watson 2021; Europe-uomo, 2020). De mate waarin mannen dit als probleem ervaren kan voor sommige subgroepen (jonge mannen, mannen die seks hebben met mannen (MSM) groter zijn dan voor andere (Matheson, et al, 2017).

Veranderingen in seksuele gezondheid treffen niet alleen de patiënten zelf, maar ook hun partners. In opdracht van de ProstaatKankerStichting heeft Saxion Hogeschool een vragenlijst-onderzoek uitgevoerd naar de invloed van prostaatkanker op intimiteit en seksualiteit (Saxion, 2017). De vragenlijst is door 1008 donateurs en partners ingevuld. Van hen wist 28% voorafgaand aan de behandeling niet dat (de behandeling van) prostaatkanker invloed zou hebben op het seksueel functioneren. Zowel tevredenheid over intimiteit en seksualiteit als kwaliteit van leven nam af na de diagnose, in het bijzonder bij uitgezaaide prostaatkanker. Met name libidoverlies, erectieproblemen, lichamelijke problemen en moeite met het omgaan met de diagnose prostaatkanker werden genoemd. Een goede voorlichting door artsen en verpleegkundigen lijkt significant bij te dragen aan het verkleinen van de impact van prostaatkanker op intimiteit, seksualiteit, lichamelijke gesteldheid en kwaliteit van leven. Het is essentieel dat het onderwerp intimiteit en seksualiteit wordt geborgd in het behandelingstraject, waarbij een persoonsgerichte benadering cruciaal is (Saxion, 2017).

Waarden en voorkeuren van patiënten en hun partners

De meeste patiënten en partners voelen zich niet op hun gemak om zelf zo'n gevoelig onderwerp ter sprake te brengen, zelfs als hun seksuele gezondheid ernstig verstoord is (Gilbert et al. 2016; King et al. 2015); Watson et al, 2021). Daarnaast is het voor de man met prostaatkanker en zijn partner zelf ook lastig om onderling een gesprek aan te gaan over de impact van de diagnose en behandeling op hun emotionele welzijn en relatie (Badr et al., 2009; Naeyeart et al., 2021). Partners geven er de voorkeur aan om informatie over seksualiteit en intimiteit te ontvangen van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg als standaardzorg. De informatie moet praktische adviezen en ervaringen van anderen bevatten. Geschikte informatie, aangepast aan de sociale en cognitieve toestand van de partner, kan partners en patiënten ondersteunen bij het omgaan met veranderde seksualiteit en intimiteit na kanker en is belangrijk om te worden opgenomen in ondersteunende kankerzorg (Saxion, 2017; Albers et al, 2021).

Ook uit de studie van Grondhuis Palacios et al. (2018) blijkt dat er behoefte is aan eerlijke en goede informatievoorziening, voor zowel de patiënt als partner, op diverse momenten in het zorgtraject, waarbij er gebruik moet worden gemaakt van verschillende vormen van informatievoorziening (bijvoorbeeld lotgenotencontact, mondelinge en schriftelijke voorlichting).

Recente onderzoeken tonen aan dat bij prostaatkanker, MSM veel van dezelfde zorgen hebben als niet-MSM met prostaatkanker. Echter, seksuele dysfuncties kunnen hun gevoel van mannelijke identiteit beïnvloeden en er is behoefte aan specifieke informatie (Matheson et al., 2017). Aandacht moet gericht zijn op het bespreken van de zorgen van MSM en het

aanbieden aan patiënten van relevante en geschikte informatie en middelen voor sociale steun (Martin-Tuite & Shindel, 2021).

Welke onderwerpen ten aanzien van seksuele gezondheid moeten besproken worden met de patiënt met prostaatcarcinoom en zijn partner?

- *Bijwerkingen*

Seks is een belangrijk onderdeel van het dagelijks leven en het is redelijk om seksuele veranderingen te bespreken bij het bespreken van mogelijke behandeling en voordat de therapie wordt gestart. Voorafgaand aan de keuze van de behandeling moeten van iedere optionele behandeling de mogelijke behandelinggerelateerde bijwerkingen besproken worden, ook psychosociaal en op het gebied van seksuele gezondheid. Dit betreft zowel fysieke gevolgen (bijvoorbeeld erectiestoornissen, veranderingen van de penis, orgasme-gerelateerde incontinentie) als gevolgen op het gebied van seksueel verlangen en de relatie met de partner. Zowel frequentie van voorkomen als ook de mate waarin een gevolg reversibel is moet besproken worden.

- *Behandeldoelen en voorkeuren van de patiënt*

Zowel patiënten als urologen noemden de effectiviteit van de behandeling het belangrijkste behandeldoel, maar patiënten gaven aan dat eventuele gevolgen voor de kwaliteit van leven (zoals seksuele functie (45%) belangrijke factoren waren bij het selecteren van een behandeling. Voor veel mannen is het behoud van de seksuele functie belangrijker dan andere neveneffecten van de behandeling, zoals verminderde urinefunctie en angst (Knight & Latini, 2009).

- *Verwachtingen, zorgen en vragen van patiënten en partners*

Wanneer zorgprofessionals de kwestie van seksualiteit niet aan de orde hebben gesteld, zijn patiënten ontevreden en voelen ze zich niet gehoord door zorgprofessionals. Zorgprofessionals moeten mogelijkheden bieden om seksuele gezondheid te bespreken en het is belangrijk om te zorgen voor goede communicatieve vaardigheden, kennis en training.

- *Mogelijkheid van psychoseksuele begeleiding en seksuele revalidatie*

Psychoseksuele begeleiding, door daarvoor geschoolde en getrainde professionals, moet worden aangeboden aan alle prostaatkankerpatiënten, met als doel het verbeteren van seksuele respons, lichaamsbeeld, intimiteit en relatieproblemen, en algemeen seksueel functioneren en tevredenheid. Een gesprek tussen de patiënt en de zorgverlener over revalidatie is vereist, ongeacht de leeftijd of de relatiestatus van de patiënt.

Vanzelfsprekend moeten medische of andere behandelbare factoren die bijdragen aan eventuele seksuele problemen behandeld worden.

Kosten (middelenbeslag)

Om aan de bestaande behoefte aan hulpverlening op het gebied van seksuele gezondheid te voldoen, zijn goede voorzieningen en goed opgeleide zorgverleners, zoals consulenten seksuele gezondheid NVVS en seksuologen NVVS noodzakelijk. Dit zal leiden tot toename in zorgkosten maar waarschijnlijk ook tot verbetering in kwaliteit van zorg met als gevolg betere kwaliteit van leven.

Aanbevelingen

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Diagnose en behandeling van prostaatkanker kunnen ernstige lichamelijke en psychische gevolgen hebben. De meest voorkomende lichamelijke bijwerkingen zijn urine-incontinentie, darmproblemen en seksuele problemen. De aard en mate van seksuele disfunctie zijn afhankelijk van veel factoren: de seksuele functie voor de diagnose, het

communicatiepatroon van het koppel, het verloop van de behandeling, de fysieke en mentale veranderingen en emotionele gevolgen van een kankerdiagnose en behandelingsmogelijkheden, of een combinatie van deze factoren. Seksuele problemen hebben niet alleen betrekking op de feitelijke mogelijkheid van geslachtsgemeenschap, maar

5 ook op het individu, de relatie en intimiteit. Veranderingen in de seksuele gezondheid hebben niet alleen invloed op mannen, maar ook op hun partners.

Professionele steun ontbreekt vaak op dit gebied. De specialist besteedt meestal alleen aandacht aan de fysieke aspecten van deze problemen en niet of weinig aan de

10 psychologische en relationele gevolgen. Seksuele gezondheid speelt een belangrijke rol bij de kwaliteit van leven en moet een structureel onderdeel zijn in het behandelingstraject. Veel patiënten en partners vinden het belangrijk dat dit onderwerp proactief wordt besproken, vooral door zorgverleners. Het is belangrijk dat op verschillende momenten in het behandeltraject deze langetermijngevolgen en de invloed hiervan op de kwaliteit van het leven van de patiënten en hun partners worden besproken. Hierbij moet betrouwbare

15 en op het individu en de situatie toegesneden informatie worden verstrekt. Het is van belang dat oncologische zorgprofessionals opgeleid worden op het gebied van (het bespreken van) seksualiteit. Daarnaast is het belangrijk dat alle patiënten met prostaatkanker en hun partners toegang krijgen tot seksuele ondersteuning en indien nodig verwezen kunnen worden naar gespecialiseerde zorg. Hierbij is het PLISSIT-model een goede

20 leidraad als gespreksmodel. PLISSIT vormt een acronym van Permission, Limited Information, Specific Suggestions en Intensive Therapy.(richtlijndatabase) Het is een stepped care model waarbij de interventies worden onderscheiden van eenvoudig (die door alle disciplines kunnen worden uitgevoerd) naar complex (die voorbehouden zijn aan medisch specialisten en seksuoloog NVVS) en het verenigt zowel preventieve als curatieve

25 elementen in zich. Het PLISSIT- model is inmiddels 40 jaar oud en heeft zijn robuustheid als waardevol gespreksmodel internationaal bij uiteenlopende doelgroepen bewezen (zie bijlage).

- Bespreek veranderingen en mogelijke problemen in seksuele gezondheid bij prostaatkankerpatiënten, ongeacht het ziektestadium en/of de behandeling (ook bij actieve surveillance), gezien de behoefte van de patiënt en de partner.
- Zorg voor waardevolle en accurate informatie en begeleiding tijdens de diagnose, behandeling en follow-up.
- Bied diverse vormen van voorlichting aan zoals lotgenotencontact, mondelinge voorlichting door behandelend artsen en/of specialistisch verpleegkundigen en schriftelijke voorlichting.
- Sluit aan bij de wensen en behoeften van de patiënt met prostaatkanker en de partner. Betrek de partner bij de informatievoorziening.
- Bied psychosociale en/of psychoseksuele counseling aan voor alle patiënten met prostaatkanker, gericht op:
 - het verbeteren van seksuele respons,
 - lichaamsbeeld, zelfvertrouwen en gevoel van mannelijkheid
 - relatieproblemen, en
 - algemeen seksueel functioneren en tevredenheid.
- Identificeer medische en bijdragende factoren eerst en behandel deze.
- Overweeg verwijzing van patiënten met aanhoudende zorgen naar de juiste zorgprofessional (zoals lichamelijke klachten-voor passend aanvullend onderzoek, relatieproblemen en/of stressklachten-de geestelijke gezondheidszorg, seksuele problemen-seksueel consulent of seksuoloog-NVVS).

Kennislacunes

Welke informatie over seksuele gezondheid en gevolgen van de behandeling hebben de patiënten en hun partner nodig voor de keuze van de behandeling van hun prostaatkanker?

5 Er ontbreekt kennis over de exacte verwachtingen ten aanzien van de seksuele gevolgen van de verschillende behandelingen. Ontwikkeling van tools om exacte en nauwkeurige voorspellingen te kunnen geven zal hierbij helpen.

Ondanks de uitgebreide literatuur over bovenstaande onderwerp zijn er nog steeds tekortkomingen in onze kennis. Zo is het nog steeds niet duidelijk bij welke patiënten en hun partner welke informatie noodzakelijk is en welke patiënt juist de informatie over seksuele
10 gezondheid wenst te ontvangen. Verder is meer onderzoek nodig naar de uitgebreidheid van de informatie, op welk tijdstip van de diagnose en behandeling en door wie en op welke manier.

Welke maatregelen zijn nodig om de barrières ten aanzien van informatievoorziening met betrekking tot seksuele gezondheid van prostaatkanker patiënten te doorbreken?

15 De meeste zorgverleners zijn het eens dat het hun verantwoordelijkheid is om de patiënt, na een diagnose en behandeling van prostaatkanker, van goede seksuele gezondheidsinformatie te voorzien. Ondanks deze wens en noodzaak gebeurt het bij de meerderheid van de patiënten toch niet. Onderzoek naar de meest voorkomende barrières
20 voor deze ontoereikende situatie en de methodes om dit te overkomen is noodzakelijk (Fennell, 2019; Wang, 2017).

Welke zijn de meest effectieve manieren voor informatieoverdracht en op welk tijdstip van de behandeling moet welke informatie gegeven worden?

25 De juiste manier voor informatieoverdracht en het bevorderen van communicatie tussen de arts en de patiënt met partner moet nog uitgebreid onderzocht worden. Verder moet het juiste tijdstip voor informatievoorziening (vanaf diagnose tot overleving) nader gespecificeerd worden aan de hand van wetenschappelijke data.

30

Literatuur

Albers LF, van Belzen MA, van Batenburg C, Engelen V, Putter H, den Ouden MEM, Pelger RCM, Elzevier HW. Sexuality in Intimate Partners of People with Cancer: Information and Communication Needs: A Brief Communication. J Sex Marital Ther. 2021;47(2):197-203. doi:
35 10.1080/0092623X.2020.1828206.

Badr, H., & Taylor, C. L. C. Sexual dysfunction and spousal communication in couples coping with prostate cancer. Psycho-Oncology. 2009;18(7):735-746

40 Chambers, S.K., Hyde, M.K., Smith, D.P., Hughes, S., Yuill, S., Egger, S., O'Connell, D.L., Stein, K., Frydenberg, M., Wittert, G., & Dunn, J. New challenges in psycho-oncology Research III: A systematic review of psychological interventions for prostate cancer survivors and their partners: Clinical and research implications. Psycho-Oncology. 2017;26(7):273-913

45 <https://www.europa-uomo.org/who-we-are/quality-of-life-2/the-euproms-study/#section-7>
2020

Eymech, Omar, et al. "The impact of radical prostatectomy on the social well-being of prostate cancer survivors: A qualitative meta-synthesis." *European Journal of Cancer Care* 31.4 (2022): e13630.
50

Fennell R, Grant B. Discussing sexuality in health care: A systematic review. *J Clin Nurs*. 2019;28:3065–3076.

5 Gilbert E, Perz J, Ussher JM. Talking about sex with health professionals: the experience of people with cancer and their partners. *Eur J Cancer Care* 2016;25(2):280-293. doi:10.1111/ecc.12216

10 Grondhuis Palacios LA, Krouwel EM, den Oudsten BL, den Ouden MEM, Kloens GJ, van Duijn G, Putter H, Pelger RCM, Elzevier HW. Suitable sexual health care according to men with prostate cancer and their partners. *Support Care Cancer*. 2018;26(12):4169-4176. doi: 10.1007/s00520-018-4290-2.

15 Grondhuis Palacios LA, den Ouden MEM, den Oudsten BL, Putter H, Pelger RCM, Elzevier HW. Treatment-Related Sexual Side Effects From the Perspective of Partners of Men With Prostate Cancer. *J Sex Marital Ther*. 2019;45(5):440-451. doi:10.1080/0092623X.2018.1549636

20 King A.J.L., Evans M., Moore T.H.M., Paterson C., Sharp D., Persad R. & Huntley A.L. Prostate cancer and supportive care: a systematic review and qualitative synthesis of men's experiences and unmet needs. *European Journal of Cancer Care* 2015: 24, 618–634

25 Knight SJ, Latini DM. Sexual side effects and prostate cancer treatment decisions: patient information needs and preferences. *Cancer J*. 2009;15(1):41-44. doi:10.1097/PPO.0b013e31819764cc

Martin-Tuite PJ, Shindel AW. Prostate cancer and sexual consequences among men who have sex with men. *Int J Impot Res*. 2021 May;33(4):473-479. doi: 10.1038/s41443-020-00392-6

30 Matheson, L., et al., A qualitative metasynthesis exploring the impact of prostate cancer and its management on younger, unpartnered and gay men. *European Journal of Cancer Care*, 2017. 26(6).

35 Naeyaert, S., Van Coillie, M., & Keygneart, I. (2021) Ondersteuning van de communicatie bij koppels omtrent seksualiteit en intimiteit na een prostaatkankerbehandeling. *Tijdschrift voor Seksuologie* 2021;45(4):200-208

40 https://richtlijndatabase.nl/index.php/gerelateerde_documenten/bijlage/14855/1/100/P_LISSIT-model.html

Saxion. Prostaatkanker verstoort intimiteit en seksualiteit: Maak het bespreekbaar! In opdracht van Prostaatkankerstichting, 2017.

<https://www.saxion.nl/binaries/content/assets/onderzoek/health-and-wellbeing/verpleegkunde/prostaatkanker-verstoort-intimiteit-en-seksualiteit.pdf>

45 Venderbos LDF, et al. Europa Uomo Patient Reported Outcome Study (EUPROMS): Descriptive Statistics of a Prostate Cancer Survey from Patients for Patients. *Eur Urol Focus*. 2020;3:S2405-4569(20)30297-2. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2020.11.002>

Wang K, Ariello K, Choi M, Turner A, Wan BA, Yee C, Rowbottom L, Macdonald R, Lam H, Drost L, Chow E. Sexual healthcare for cancer patients receiving palliative care: a narrative review.

- 5 Watson E, Shinkins B, Frith E, et al. Symptoms, unmet needs, psychological well-being and health status in survivors of prostate cancer: implications for redesigning follow-up. *BJU Int.* 2016 ;117(6B):E10-9. Doi: 10.1111/bju.13122

- 10 Watson E, Wilding S, Matheson L, Brett J, McCaughan E, Downing A, Wright P, Cross W, Selby P, Butcher H, Glaser A, Gavin A, Wagland R. Experiences of Support for Sexual Dysfunction in Men With

Prostate Cancer: Findings From a U.K.-Wide Mixed Methods Study. *J Sex Med.* 2021 Mar;18(3):515-525. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.12.017.

15

Subhoofdstuk 2.

What is the role of a sexual rehabilitation program in prostate cancer patients to improve sexual health?

5 Inleiding

Een penisrevalidatieprogramma kan aangeboden worden aan patiënten na radicale prostatectomie (RP) en na radiotherapie (RT). Er bestaat geen bewezen standaardprotocol voor penisrevalidatie en de adherentie is in het algemeen beperkt, onder andere wegens financiële redenen. Seksuele revalidatie waarbij aandacht wordt gegeven aan alle seksuele gevolgen van de behandeling inclusief emotionele, relationele en psychosociale gevolgen is minder voorkomend en krijgt minder aandacht. Toch lijkt meer behoefte te bestaan aan deze vorm van revalidatie.

Uitgangsvraag (NL)

- 15 Wat is de plaats van een seksueel revalidatieprogramma bij prostaatkankerpatiënten na de kankerbehandeling om de seksuele gezondheid te verbeteren? (gedefinieerd als een revalidatieprogramma met medische en psychologische interventies)

1.6 Clinical question (ENG)

- 20 What is the role of a sexual rehabilitation program in prostate cancer patients after cancer treatment to improve sexual health? (defined as a rehabilitation program with medical and psychological interventions)

Search and select

- 25 A systematic review of the literature was performed to answer the following question: What are the (un)favourable effects of sexual rehabilitation in prostate cancer patients after cancer treatment?

- | | | |
|----|--------------------|---|
| 30 | P: patients | prostate cancer patients after cancer treatment |
| | I: intervention | sexual rehabilitation (defined as a rehabilitation program with a combination of medical and psychological interventions) |
| | C: control | no intervention targeting sexual rehabilitation |
| | O: outcome measure | sexual functioning (e.g., erectile function), sexual satisfaction, quality of life, partner relationship, depression |
| 35 | | |

Relevant outcome measures

- 40 The guideline development group considered sexual functioning and sexual satisfaction as critical outcome measures for decision making; and quality of life, partner relationship, and depression as important outcome measures for decision making.

- 45 A priori, the working group did not define the outcome measures sexual functioning, sexual satisfaction, quality of life, partner relationship, depression, but used the definitions used in the studies.

- The working group defined a relative risk ≤ 0.8 or ≥ 1.25 as a minimal clinically (patient) important difference for all the outcome measures.

50

Search and select (Methods)

An exploratory search was performed on prostate cancer and penile/sexual rehabilitation in the databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) with relevant search terms from 2005 to March 2021. This systematic literature search on reviews and RCTs resulted in 714 hits. In addition, a more focused search on sexual rehabilitation in prostate cancer patients, defined as a sexual rehabilitation program with a combination of medical and psychological interventions, was performed in the databases Medline (via OVID) and Embase (via Embase.com) with relevant search terms from 2005 to July 2021. This systematic literature search on observational studies resulted in 79 hits. The detailed search strategies are depicted under the tab Methods. Studies were selected based on the following criteria: 1) the study population consisted of prostate cancer patients; 2) the intervention to improve sexual health involved a combination of medical and psychological elements; 2) at least one of the predefined outcome measures was reported. 54 studies were initially selected based on title and abstract screening. After reading the full text, 53 studies were excluded (see the table with reasons for exclusion under the tab Methods), and one study was included.

Results

One study (Ljunggren 2015) was included in the analysis of the literature. Important study characteristics and results are summarized in the evidence table. The assessment of the risk of bias is summarized in the risk of bias table.

Summary of literature

Description of studies

Ljunggren 2015 evaluated in a prospective observational study a combined penile and sexual rehabilitation program with a clinical sexologist (study group) compared to a penile rehabilitation program alone (reference group) one year after robot-assisted radical prostatectomy. Patients were preoperatively potent (International Index of Erectile Function-short version, IIEF-5 >21) and sexually active. The prostatectomy was performed regarding localized prostate cancer (tumour stage: T1c, T2, pT3, PSA <10 and Gleason score <8) with or without preservation of the neurovascular bundles.

The aim of the penile rehabilitation program (since 2007) was to restore post-operative erectile dysfunction for all men that were preoperatively fully potent. Based on the outcome of the procedure (bilateral nerve-sparing; unilateral nerve-sparing; non nerve-sparing) and the recorded Erection Hardness Score at one month, patients received either: 1) no treatment; 2) oral PDE-5 inhibitors; 3) intraurethral PGE-1 gel; 4) intracavernous PGE-1 injections or 5) any combination of 2, 3, and 4. Participants of the penile rehabilitation program were 28 Caucasian men with a mean age of 61 years (range 47-69). In 16 cases the bundles were preserved bilaterally (57.1%), in 9 unilaterally (32.1%) and in 3 no preservation was possible (10.7%). All operations were performed by one surgeon alone.

In 2009 a clinical sexologist was included in the penile rehabilitation program and the program was extended to become a combined penile and sexual medicine rehabilitation program. The clinical sexologist saw the patient and his partner before surgery and at 1, 3, 6 and 12 months postoperatively and on additional visits when needed during the first postoperative year. During the study period, only one clinical sexologist was involved in the management of all the patients. Various counselling methods were used in the sexual rehabilitation process, usually psycho-dynamic therapies for a relation perspective (i.e.; Motivation Interviewing, Cognitive Behaviour Therapy, Coaching, Coping, and Biofeedback). Participants of the combined program consisted of 79 Caucasian men with a mean age of 61 years (range 45-74). In 36 cases the bundles were preserved bilaterally (46.0%), in 34

unilaterally (43.0%) and in 9 no preservation was possible (11.4%). All operations were performed by one surgeon alone. The main outcome measure in this study was having regular sexual activity (at least 1-2 times/month) with penetrating sex.

5 Results

Outcome measure 1: sexual functioning

Ljunggren (2015) defined erectile function as having regular sexual activity (at least 1-2 times/month) with penetrating sex. Being sexually active with penetrating sex was reported by 66 of 79 (84%) men participating in the combined penile and sexual rehabilitation program versus 17 of 28 (61%) men that participated in the penile rehabilitation program (p=0.02).

Outcome measure 2: sexual satisfaction

No studies reported on sexual satisfaction.

Outcome measure 3: quality of life

No studies reported on quality of life.

Outcome measure 4: partner relationship

No studies reported on partner relationship.

Outcome measure 5: depression

No studies reported on depression.

25 Level of evidence of the literature

Observational studies for intervention questions start at a low GRADE. The following outcome measures were not reported: sexual satisfaction, quality of life, partner relationship, and depression.

30 The level of evidence regarding the outcome measure having regular sexual activity with penetrating sex was downgraded by three levels to a very low GRADE because of imprecision (-2) (only one study was included for this outcome measure with a small sample size: 79 men in the intervention group and 28 men in the control group) and risk of bias (-1) (differences in follow-up between intervention and control group; instrument for outcome assessment was not mentioned; few baseline characteristics of the study sample were reported).

Conclusions

Very low GRADE	The evidence is very uncertain about the effect of a combined penile and sexual rehabilitation program on <i>having regular sexual activity with penetrating sex</i> , compared to a penile rehabilitation program in men one year after robot-assisted radical prostatectomy for prostate cancer. <i>Sources: Ljunggren, 2015</i>
-----------------------	---

- GRADE	No data was available on the outcome measures sexual satisfaction, quality of life, partner relationship, and depression.
----------------	---

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Ten aanzien van het beantwoorden van de vraag naar de waarde van een seksueel revalidatie programma (gedefinieerd als een programma dat medische en psychologisch interventies omvat) bij prostaatkankerpatiënten na de behandeling van prostaatkanker, werd 1 observationele studie geïnccludeerd. De bewijskracht voor de cruciale uitkomstmaat seksueel functioneren was zeer laag (afwaardering voor imprecisie en risico op bias). Er was geen data beschikbaar betreffende de cruciale uitkomstmaat seksuele tevredenheid. Bovendien was er geen data beschikbaar betreffende de belangrijke uitkomstmaten (kwaliteit van leven; partner relatie; depressie). De overall bewijskracht was dan ook zeer laag: er is sprake van een kennislacune.

Duidelijke richtlijnen over therapiekeuze, timing en regime voor penisrevalidatie na behandeling voor gelokaliseerde prostaatkanker zijn niet eenvoudig te leveren op basis van de huidige RCT's beschikbaar in de literatuur. Vroeg begin van penisrevalidatie na behandeling voor lokale prostaatkanker levert betere resultaten dan uitgestelde therapie. (Philippou, 2018) Over het algemeen is er heel weinig bekend uit de literatuur over de lange termijn resultaten van penisrevalidatie na RP en RT en de gepresenteerde data is voornamelijk gericht op de erectiele functie (Nicolai et al, 2021). Andere frequent voorkomende seksuele bijwerkingen worden verwaarloosd (Frey, 2014; Liu et al. 2017; Sari Motlagh et al. 2021). Er is een hoge graad van bewijs voor de positieve effect van PDE5i voor bevorderen van erectiele functie en seksuele tevredenheid zowel na RP als RT (Liu, 2017; Philippou, 2018; Sari Morlagh, 2021). Echter het effect op herstel van erectiele functie naar de preoperatief niveau ontbreekt. Dit wordt ook ondersteund door een Cochrane review (Philippou, 2018). Echter, PDE5i hebben mogelijk een positief effect op verandering van de penislengte en verkromming na RP (Frey, 2014).

In het geval van ED bij niet oncologische patiënten, is de combinatie van psychologische interventies en PDE5is een veelbelovende strategie voor een gunstig resultaat en kan worden beschouwd als een belangrijk keuze optie voor ED-patiënten. Er zijn meerdere RCT's nodig om deze eerste bevinding te bevestigen (Schmidt et al, 2014). Vanuit dit gedachte en vele seksuele bijwerkingen, behalve ED, van de prostaatkankertherapie werd gedacht aan de betrokkenheid van een klinisch seksuoloog bij een postoperatieve gecombineerde penis- en seksuele revalidatie programma na RP.

Postoperatieve gecombineerde penis- en seksuele revalidatie programma's na RP lijken een positief effect te hebben op de mogelijkheid van een acceptabel seksueel leven en indringende activiteit een jaar na de operatie. Deze resultaten lijken ook houdbaar te zijn op de lange termijn (Stroberg et al, 2020).

Waarden en voorkeuren van patiënten (en evt. hun verzorgers)

Om de kwaliteit van leven en seksuele relatie te verbeteren, zijn naast nieuwe interventies en zorgmodellen, ook strategieën nodig voor het identificeren van die mannen met aanhoudende problemen, afgestemd op de individuele behoeften.

Kosten (middelenbeslag)

Kosten-batenanalyse van penile en seksuele revalidatie werden tot heden niet verricht. Er is een toename te verwachten van zorgkosten, zowel door geschoolde en getrainde zorgaanbieders als tijd van de medische specialisten. Echter, de behoefte aan seksuele gezondheid zorg is bewezen aanwezig zowel bij patiënten als hun partners. Seksuele welzijn wordt gezien als een van de graadmeters voor kwaliteit van het leven en is van invloed op de stemming en het fysieke en mentale welzijn van oncologie patiënten. In kader van de huidige recente gepubliceerde "Cancers beating Plan"

van de Europese Commissie is seksuele welzijn onderdeel van kwaliteit van het leven en de zorg voor oncologie patiënten in het algemeen (EU, 2021).

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie

- 5 De meerderheid van de prostaatkankerpatiënten hebben behoeften aan intimiteit en seksuele ondersteuning. Daarom is seksuele revalidatie een mogelijk onderdeel van de behandeling. Deze moet nog wetenschappelijk gedefinieerd en bewezen.
- 10 Implementatie van seksueel welzijn zorg, begint al bij keuze van de behandeling en vraagt zowel een toename in kennis en training van de betrokkenen helpverleners, als aanwezigheid van de juiste voorzieningen.

Aanbeveling

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

- 15 Er is hoge graad van bewijs voor de positieve effect van PDE5i voor bevorderen van erectiele functie en seksuele tevredenheid zowel na RP als RT. Echter, duidelijke richtlijnen over therapiekeuze, timing en regime voor penisrevalidatie na behandeling voor gelokaliseerde prostaatkanker zijn niet eenvoudig te leveren op basis van de huidige beschikbaar literatuur. Vroeg begin van penisrevalidatie na behandeling voor lokale prostaatkanker levert beter resultaten dan uitgesteld therapie.
- 20 De beschikbare data is voornamelijk gericht op ED en is relatief weinig bekend over andere seksuele gevolgen van de behandeling en over de lange termijn resultaten van penisrevalidatie na RP en RT.
- 25 Hoewel de bewijs kracht gering is, postoperatieve gecombineerde penis- en seksuele revalidatie programma's na RP met aandacht voor erectiele functie en andere seksuele bijwerkingen lijken een positief effect te hebben op de mogelijkheid van een acceptabel seksueel leven en indringende activiteit een jaar na de operatie. Deze resultaten lijken ook houdbaar te zijn op de lange termijn.

- Start penisrevalidatie zo snel mogelijk na de behandeling door middel van PDE5i, vacuümpomp en/of injectietherapie.
- Overweeg het aanbieden van seksuele revalidatie aan patiënten met prostaatkanker waarbij aan de volgende voorwaarden kan worden voldaan:
 - de counseling start vóór de behandeling van prostaatkanker;
 - de behandeling van seksuele klachten moeten worden geleid door de voorkeuren en doelen van de patiënt en zijn partner;
 - er zijn zorgverleners in het behandelteam van de patiënt geëquipeerd om seksuele revalidatiezorg te verlenen;
 - heb naast aandacht voor erectiele disfunctie ook aandacht voor andere seksuele problemen.

30

Kennislacunes

- Tot op heden is er beperkt hoog waardig onderzoek naar de effecten van een seksueel revalidatie programma na de behandeling van prostaatkanker gericht op seksuele tevredenheid, relatie en kwaliteit van het leven. Ongewenste effecten van een dergelijk programma werden tot heden niet gerapporteerd.
- 35 Strategieën voor het identificeren van die mannen met aanhoudende seksuele en relationele problemen hebben, naast het ontwikkelen van nieuwe interventies en zorgmodellen, toegespitst op individuele behoeften, zijn nodig om de kwaliteit van leven te verbeteren.

Er is ook beperkt onderzoek naar de seksuele uitkomsten en revalidatie mogelijkheden van patiënten na behandeling van gender dysforie (transgenders) en niet-heteroseksuele prostaatkankerpatiënten.

- 5 Het is onduidelijk wat het effect is van een gecombineerd penis- en seksuele revalidatieprogramma op regelmatige seksuele activiteit met penetrerende seks, vergeleken met een penisrevalidatieprogramma bij mannen een jaar na robotgeassisteerde radicale prostatectomie voor prostaatkanker.

10 Literatuur

https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/non_communicable_diseases/docs/eu_cancer-plan_en.pdf

Frey AU, Sønksen J, Fode M. Neglected side effects after radical prostatectomy: a systematic review. *J Sex Med.* 2014;11(2):374-385. doi:10.1111/jsm.12403

- 15 Liu C, Lopez DS, Chen M, Wang R. Penile Rehabilitation Therapy Following Radical Prostatectomy: A Meta-Analysis. *J Sex Med* 2017;14:1496–1503.

Ljunggren C, Ströberg P. Improvement in sexual function after robot-assisted radical prostatectomy: A rehabilitation program with involvement of a clinical sexologist. *Cent European J Urol.* 2015;68(2):214-20. doi: 10.5173/ceju.2015.484. Epub 2015 May 4. PMID: 26251748; PMCID: PMC4526602.

- 20 Nicolai M, Urkmez A, Sarikaya S, et al. Penile Rehabilitation and Treatment Options for Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy and Radiotherapy: A Systematic Review. *Front Surg.* 2021;8:636974. Published 2021 Mar 2. doi:10.3389/fsurg.2021.636974
- 25 Nguyen DD, Berlin A, Matthew AG, Perlis N, Elterman DS. Sexual function and rehabilitation after radiation therapy for prostate cancer: a review. *Int J Impot Res.* 2021;33(4):410-417. doi:10.1038/s41443-020-00389-1

Philippou YA, Jung JH, Steggall MJ, O'Driscoll ST, Bakker CJ, Bodie JA, Dahm P. Penile rehabilitation for postprostatectomy erectile dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 10. Art. No.: CD012414. DOI: 10.1002/14651858.CD012414.pub2.

- 30 Sari Motlagh R, Abufaraj M, Yang L, et al. Penile Rehabilitation Strategy after Nerve Sparing Radical Prostatectomy: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Trials. *J Urol.* 2021;205(4):1018-1030. doi:10.1097/JU.0000000000001584
- 35 Schmidt HM, Munder T, Gerger H, Frühauf S, Barth J. Combination of psychological intervention and phosphodiesterase-5 inhibitors for erectile dysfunction: a narrative review and meta-analysis. *J Sex Med.* 2014;11(6):1376-1391. doi:10.1111/jsm.12520

Stroberg P, Ljunggren C, Sherif A. Sustainable long-term results on postoperative sexual activity after radical prostatectomy when a clinical sexologist is included in the sexual rehabilitation process. A retrospective study on 7 years postoperative outcome. *Cent European J Urol.* 2020;73(4):551-557. doi: 10.5173/ceju.2020.0079R. Epub 2020 Oct 31. PMID: 33552583; PMCID: PMC7848825.

45

Subhoofdstuk 3.

When should patients with prostate cancer be referred to a sexual health professional?

5 Inleiding

Informatievoorziening over de mogelijke gevolgen van een prostaatkankerdiagnose en verschillende behandelingen ten aanzien van seksuele gezondheid, kan gegeven worden door medisch specialisten betrokken bij de diagnose en behandeling en ook door Physician Assistenten, Verpleegkundig Specialisten en gespecialiseerde verpleegkundigen. Alle behandelingen voor prostaatkanker kunnen een impact op de seksuele functie hebben. Bij niet of beperkte zenuwsparende prostatectomie is het negatieve effect op erectiele functie meteen aanwezig, in tegenstelling tot andere behandelingen zoals radiotherapie zonder hormonen (brachytherapie en externe radiotherapie) waarbij de afname van erectiele functie gedeeltelijk is en later (een paar maanden tot 2 jaar na behandeling) kan optreden. Bij hormonale behandeling kan de impact op het libido gepaard gaan met een daling van het testosterongehalte.

Meerdere medische en niet medische interventies zijn mogelijk om te proberen een herstel van de erectiele functie te bereiken (PDE-5 remmers, vacuümpomp, intra-caverneuze injecties, psychoseksuele counseling en therapie). Er zijn geen richtlijnen of protocollen die aangeven wanneer patiënten, als ze dat wensen, verwezen kunnen worden naar seksuoloog-NVVS, psycholoog seksuele counseling of seksuele therapie. Psychosociale zorg wordt tevens weinig aangeboden aan patiënten na hun behandeling voor prostaatkanker (Goonewardene, 2015).

25 Uitgangsvraag (NL)

Wanneer zouden mannen met prostaatcarcinoom verwezen moeten worden naar de geschoolde seksuologisch hulpverlener?

Clinical question (ENG)

30 When should patients with prostate cancer be referred to a sexual health professional?

Search and select

No search question was formulated to answer the clinical question 'When should patients with prostate cancer be referred to a sexual health professional?' This clinical question was answered by expert opinion and consensus of the guideline working group (elaborated under the tab Considerations/'Overwegingen').

Summary of literature

Description of studies

40 Not applicable.

Results

Not applicable.

45 Level of evidence of the literature

Not applicable.

Conclusions

Not applicable.

50

Overwegingen – van bewijs naar aanbeveling

Voor- en nadelen van de interventie en de kwaliteit van het bewijs

Patiënten dienen goed geïnformeerd te worden over de impact van de behandeling op seksuele functies zoals erectiele functie, orgasme/ejaculatie en zin in vrijen voordat ze behandeld worden. Deze informatie kan door de uroloog/radiotherapeut gegeven worden, maar ook door de verpleegkundig specialist/physician assistent. Bij erectiele disfunctie na de behandeling van prostaatkanker worden in de praktijk vaak eerst fosfodiesterase type 5 remmers (PDE-5 remmers) al dan niet in combinatie met een vacuümpomp/ intracavernosale injectietherapie geadviseerd. Als er naast de technische aspecten nog meer problemen spelen op het gebied van de seksuele gezondheid, zoals rouw, een veranderd zelfbeeld of relatieproblematiek dan is verwijzing naar een psycholoog /seksuoloog op zijn plaats (White, 2015).

Bij radiotherapie wordt een vroegtijdige start van penisrevalidatie aanbevolen om radio-geïnduceerde fibrose van de corpora cavernosa zwellichamen te voorkomen of te verminderen (White, 2015). Dit geldt ook voor patiënten die prostatectomie ondergaan. (Jo et al. 2018) heeft in een gerandomiseerde studie laten zien dat het vroeg starten van PDE-5 remmers na prostatectomie (meteen na het verwijderen van urinekatheter) een gunstiger effect op het herstel van erectiele functie heeft dan starten na 3 maanden na de prostatectomie.

Bij behandeling met ADT wordt altijd een effect op het seksueel verlangen gezien en is het verkrijgen van een natuurlijke dan wel geassisteerde erectie nog lastiger. Derhalve dienen patiënten en hun partners voor de start van hormonale behandeling goed geïnformeerd te worden over de impact van ADT op hun seksuele leven.

Waarden en voorkeuren van patiënten (en evt. hun verzorgers)

Ongeacht de behandeling die patiënten hebben ondergaan, hebben counseling en psychosociale interventies een positieve impact op het seksuele functioneren en de tevredenheid (Chisholm, 2012; Corona, 2012; Wittmann, 2009; Wootten, 2014). Voor complexe vraagstukken, waarin zowel biologische, psychologische als sociaal-relationale factoren interacteren, is verwijzing naar een seksuoloog-NVVS vereist. Het achtervoegsel NVVS is de enige in Nederland geldende certificering, die de kwaliteit van de seksuoloog / seksuologische hulpverlening waarborgt.

Kosten (middelenbeslag)

Nicolai (2021) laat zien dat niet alleen medicijnen aangeboden kunnen worden voor penisrevalidatie na prostatectomie maar ook niet-medische interventies (vacuümpomp, yoga, oefeningen voor de bekkenbodemspieren). Bij zenuwsparende RP is start van PDE-5 remmers geadviseerd als patiënten gemotiveerd zijn (Nicolai et al 2021). Helaas kunnen niet alle patiënten PDE-5 remmers veroorloven aangezien deze medicijnen niet vergoed worden door de meeste zorgverzekeraars voor de indicatie erectiele disfunctie als gevolg van behandeling prostaatkanker.

Aanvaardbaarheid, haalbaarheid en implementatie

Literatuur over het belang en de positieve effecten van seksuele revalidatie en seksuele counseling voor, tijdens en na behandeling van prostaatkanker is uitgebreid aanwezig. Er zijn weinig gerandomiseerde studies en veel kwalitatieve studies maar deze beantwoorden niet de uitgangsvraag wanneer mannen met prostaatcarcinoom naar de seksuoloog verwezen moeten worden. Wel wordt het aanbevolen om seksuele counseling en penisrevalidatie zo snel mogelijk te starten na radiotherapie en prostatectomie (White, 2015 en Nicolai, 2021).

Patiënten en partners moeten goed geïnformeerd zijn over het effect van alle vormen van behandeling voor de start van de behandeling. De medisch specialist

(uroloog/radiotherapeut) kan deze informatie geven en wordt tegenwoordig heel vaak door een gespecialiseerde verpleegkundige of verpleegkundig specialist daarin gesteund. De medisch specialist en verpleegkundig specialist moeten patiënten laagdrempelig naar een seksuoloog NVVS/ medisch psycholoog kunnen verwijzen.

5

Aanbeveling

Rationale van de aanbeveling: weging van argumenten voor en tegen de interventies

Alle behandelingen van prostaatkanker hebben invloed op de erectiele functie en de seksualiteit

- 10 Patiënten en eventuele partners moeten voorafgaand aan de behandeling voorzien worden van specifieke informatie over de mogelijke effecten van behandeling van prostaatkanker op seksualiteit / seksuele gezondheid, en over de mogelijkheid van seksuele revalidatie als onderdeel van de gebruikelijke zorg.

- 15 Het wordt aanbevolen om seksuele en/of penisrevalidatie zo snel mogelijk na de behandeling te starten.

Seksuele gevolgen van de behandeling kunnen niet los gezien worden van andere biologische functies zoals urine- of darmproblemen en motorische en sensorische uitdagingen. In die context is het belangrijk om met de patiënt en een eventuele partner individuele wensen en doelen te bespreken.

- 20 Indien voorlichting, adviezen en initiële behandeling onvoldoende resultaat opleveren of de patiënt last houdt van fysieke, psychologische, functionele en relationele problemen ten gevolge van de behandeling die een negatieve invloed hebben op seksualiteit en intimiteit is verwijzing naar een seksuoloog NVVS aan te bevelen.

Verwijs naar een seksuoloog NVVS, bij onvoldoende effect van voorlichting en verdere initiële behandeling op de seksuele gezondheid door de direct betrokken zorgverleners, of op verzoek van de patiënt.

25

Kennislacunes

Er zijn weinig gerandomiseerde studies en veel kwalitatieve studies, maar deze beantwoorden niet de uitgangsvraag Wanneer verwijst je mannen met prostaatcarcinoom naar de seksuoloog NVVS?

30

Literatuur

Chisholm KE, McCabe MP, Wooten AC, Abbott JA. Review: psychosocial interventions addressing sexual or relationship functioning in men with prostate cancer. J Sex Med. 2012 May;9(5):1246-60. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02687.x. Epub 2012 Mar 28. PMID: 22458946.

35

Corona G, Gacci M, Baldi E, Mancina R, Forti G, Maggi M. Androgen deprivation therapy in prostate cancer: focusing on sexual side effects. J Sex Med. 2012 Mar;9(3):887-902. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02590.x. Epub 2012 Jan 16. PMID: 22248394.

40

Goonewardene SS, Persad R. Psychosexual care in prostate cancer survivorship: a systematic review. Transl Androl Urol. 2015 Aug;4(4):413-20. doi: 10.3978/j.issn.2223-4683.2015.08.04. PMID: 26816840; PMCID: PMC4708596.

45

Jo JK, Jeong SJ, Oh JJ, Lee SW, Lee S, Hong SK, Byun SS, Lee SE. Effect of Starting Penile Rehabilitation with Sildenafil Immediately after Robot-Assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy on Erectile Function Recovery: A Prospective Randomized Trial. J Urol. 2018

Jun;199(6):1600-1606. doi: 10.1016/j.juro.2017.12.060. Epub 2018 Jan 4. PMID: 29307683

5 Nicolai M, Urkmez A, Sarikaya S, et al. Penile Rehabilitation and Treatment Options for Erectile Dysfunction Following Radical Prostatectomy and Radiotherapy: A Systematic Review. *Front Surg*. 2021;8:636974. Published 2021 Mar 2. doi:10.3389/fsurg.2021.636974

10 White ID, Wilson J, Aslet P, Baxter AB, Birtle A, Challacombe B, Coe J, Grover L, Payne H, Russell S, Sangar V, Van As N, Kirby M. Development of UK guidance on the management of erectile dysfunction resulting from radical radiotherapy and androgen deprivation therapy for prostate cancer. *Int J Clin Pract*. 2015 Jan;69(1):106-23. doi: 10.1111/ijcp.12512. Epub 2014 Oct 6. PMID: 25283500; PMCID: PMC4309408

15 Wittmann D, Northouse L, Foley S, Gilbert S, Wood DP Jr, Balon R, Montie JE. The psychosocial aspects of sexual recovery after prostate cancer treatment. *Int J Impot Res*. 2009 Mar-Apr;21(2):99-106. doi: 10.1038/ijir.2008.66. Epub 2009 Jan 22. PMID: 19158798.

20 Wootten AC, Abbott JM, Farrell A, Austin DW, Klein B. Psychosocial interventions to support partners of men with prostate cancer: a systematic and critical review of the literature. *J Cancer Surviv*. 2014 Sep;8(3):472-84. doi: 10.1007/s11764-014-0361-7. Epub 2014 Apr 22. PMID: 24752701

Bijlagen bij hoofdstuk Seksuele gezondheid

Implementatieplan

Aanbeveling	Tijdspad voor implementatie: < 1 jaar, 1 tot 3 jaar of > 3 jaar	Verwacht effect op kosten	Randvoorwaarden voor implementatie (binnen aangegeven tijdspad)	Mogelijke barrières voor implementatie ¹	Te ondernemen acties voor implementatie ²	Verantwoordelijken voor acties ³	Overige opmerkingen
- Bespreek veranderingen en mogelijke problemen in seksuele gezondheid bij prostaatkankerpatiënten, ongeacht het ziektestadium en/of de behandeling (ook bij actieve surveillance), gezien de behoefte van de patiënt en de partner. - Zorg voor waardevolle en accurate informatie en begeleiding tijdens de diagnose, behandeling en follow-up. - Bied diverse vormen van voorlichting aan zoals lotgenotencontact, mondelinge voorlichting door behandelend artsen en/of specialistisch verpleegkundigen en schriftelijke voorlichting. - Sluit aan bij de wensen en behoeften van de patiënt met prostaatkanker en de partner. Betrek de partner bij de informatievoorziening. - Bied psychosociale en/of psychoseksuele counseling aan voor alle patiënten met prostaatkanker, gericht op: - het verbeteren van seksuele respons, - lichaamsbeeld, zelfvertrouwen en gevoel	1 tot 3 jaar	Geen	Verspreiding van de richtlijn	Geen kennis van de richtlijn Tijdsgebrek multidisciplinaire teams	Uitrollen richtlijn naar betrokken beroepsgroepen	verenigen die de richtlijn autoriseren; Urologen, Oncoloog-internisten, seksuologen; opleiders in ziekenhuizen	Geen

van mannelijkheid - o relatieproblemen, en - o algemeen seksueel functioneren en tevredenheid. • Identificeer medische en bijdragende factoren eerst en behandel deze. Overweeg verwijzing van patiënten met aanhoudende zorgen naar de juiste zorgprofessional (zoals lichamelijke klachten-voor passend aanvullend onderzoek, relatieproblemen en/of stressklachten-de geestelijke gezondheidszorg, seksuele problemen-seksueel consulent of seksuoloog-NVVS).							
• Start penisrevalidatie zo snel mogelijk na de behandeling door middel van PDE5i, vacuümpomp en/of injectietherapie. • Overweeg het aanbieden van seksuele revalidatie aan patiënten met prostaatkanker waarbij aan de volgende voorwaarden kan worden voldaan: – de counseling start vóór de behandeling van prostaatkanker; – de behandeling van seksuele klachten moeten worden geleid door de voorkeuren en doelen van de patiënt en zijn partner;	1 tot 3 jaar	Geen	Verspreiding van de richtlijn	Geen kennis van de richtlijn Tijdsgebonden multidisciplinaire teams	Uitrollen richtlijn naar betrokken beroeps groepen	verenigen die de richtlijn autoriseren; Urologen, Oncologen, internisten, seksuologen; opleiders in ziekenhuizen	Geen

– er zijn zorgverleners in het behandelteam van de patiënt geëquipeerd om seksuele revalidatiezorg te verlenen; heb naast aandacht voor erectiele disfunctie ook aandacht voor andere seksuele problemen.							
Verwijs naar een seksuoloog NVVS, bij onvoldoende effect van voorlichting en verdere initiële behandeling op de seksuele gezondheid door de direct betrokken zorgverleners, of op verzoek van de patiënt.	1 tot 3 jaar	Geen	Verspreiding van de richtlijn	Geen kennis van de richtlijn Tijdsgebonden multidisciplinaire teams	Uitrollen richtlijn naar betrokken beroeps groepen	verenigen die de richtlijn autoriseren; Urologen, Oncologen, internisten, seksuologen; opleiders in ziekenhuizen	Geen

¹ Barrières kunnen zich bevinden op het niveau van de professional, op het niveau van de organisatie (het ziekenhuis) of op het niveau van het systeem (buiten het ziekenhuis).

Denk bijvoorbeeld aan onenigheid in het land met betrekking tot de aanbeveling, onvoldoende motivatie of kennis bij de specialist, onvoldoende faciliteiten of personeel, nodige concentratie van zorg, kosten, slechte samenwerking tussen disciplines, nodige taakherschikking, etc.

² Denk aan acties die noodzakelijk zijn voor implementatie, maar ook acties die mogelijk zijn om de implementatie te bevorderen. Denk bijvoorbeeld aan controleren aanbeveling tijdens kwaliteitsvisitatie, publicatie van de richtlijn, ontwikkelen van implementatietools, informeren van ziekenhuisbestuurders, regelen van goede vergoeding voor een bepaald type behandeling, maken van samenwerkingsafspraken.

³ Wie de verantwoordelijkheden draagt voor implementatie van de aanbevelingen, zal tevens afhankelijk zijn van het niveau waarop zich barrières bevinden. Barrières op het niveau van de professional zullen vaak opgelost moeten worden door de beroepsvereniging. Barrières op het niveau van de organisatie zullen vaak onder verantwoordelijkheid van de ziekenhuisbestuurders vallen. Bij het oplossen van barrières op het niveau van het systeem zijn ook andere partijen, zoals de NZA en zorgverzekeraars, van belang.

Evidence tables

Study reference	Study characteristics	Patient characteristics ²	Intervention (I)	Comparison / control (C) ³	Follow-up	Outcome measures and effect size ⁴	Comments
Ljunggren, 2015	Type of study: prospective observational study Setting and country: Department of Urology, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping, Sweden Funding and conflicts of interest: -The authors declare no conflicts of interest. -Funding was not reported in the article.	<u>Inclusion criteria:</u> -preoperatively potent (International Index of Erectile Function-short version, IIEF-5 >21) and sexually active; -da Vinci robot-assisted radical prostatectomy performed for localized prostate cancer (tumour stage: T1c, T2, pT3, PSA <10 and Gleason score <8) with or without preservation of the neurovascular bundles. <u>Exclusion criteria:</u>	Combined penile and sexual medicine rehabilitation program In 2009 a clinical sexologist was included in the penile rehabilitation program and the program was extended to become a combined penile and sexual medicine rehabilitation program. The clinical sexologist saw the patient and his partner before surgery and at 1, 3, 6 and 12 months postoperatively and on additional visits when needed during the first postoperative year. During the study period, only one clinical sexologist was involved in the management of all the patients.	Penile rehabilitation program The aim of the penile rehabilitation program (since 2007) was to restore post-operative erectile dysfunction for all men that were preoperatively fully potent. Based on the outcome of the procedure (bilateral nerve-sparing; unilateral nerve-sparing; non nerve-sparing) and the recorded Erection Hardness Score (EHS) at one month, patients received either: A) no treatment; B) oral PDE-5 inhibitors; C) intraurethral PGE-1 gel; D) intracavernous PGE-1 injections or E) any combination of B, C, and D.	<u>Length of follow-up:</u> I: 11-17 months median=13 C: 11-15 months median=12.5 <u>Loss-to-follow-up:</u> Not reported. <u>Incomplete outcome data:</u> Not reported.	<u>Erectile function, n/N (%)</u> Defined as having regular sexual activity (at least 1-2 times/month) with penetrating sex. I: 66/79 (84%) C: 17/28 (61%) P=0.02	<u>Remarks</u> -sample size is small and there is no randomization. -observation time of one year is most likely too short to draw conclusions <u>Authors conclusion</u> Involvement of a clinical sexologist in a postoperative combined penile and sexual rehabilitation program after da Vinci robot-assisted radical prostatectomy appears to improve the ability to have regular sexual activity with penetrating sex one year after surgery, when compared to a penile rehabilitation program alone, particularly in patients without perioperative complete

		Not reported <u>N total at baseline:</u> Intervention: 79 Control: 28 <u>Important prognostic factors²:</u> <i>Age (range; mean)</i> I: 45-74, 61 years C: 47-69, 61 years <i>Neurovascular bundles, n/N (%)</i> Preserved bilaterally I: 36/79 (46.0%) C: 16/28 (57.1%) Preserved unilaterally I: 34/79 (43.0%) C: 9/28 (32.1%) No preservation possible I: 9/79 (11.4%) C: 3/28 (10.7%)	Various counselling methods were used in the sexual rehabilitation process, usually psycho-dynamic therapies for a relation perspective (i.e.; Motivation Interviewing, Cognitive Behaviour Therapy, Coaching, Coping, and Biofeedback).	All patients with an EHS grade <3 at the time of the first follow-up visit were qualified for and received erectile dysfunction treatment (options B-E) according to patient preference. Patients with EHS 3 were recommended to initiate ED treatment with PDE-5 inhibitors daily or on demand according to patients' preference (option B) and patients with an EHS grade 4 qualified to option A – no treatment. The patients were then followed up at 3, 6 and 12 months. Adjustments to the treatment were done, when needed, according to the outcome of the treatment and, to some			preservation of the neurovascular bundles.
--	--	--	---	--	--	--	---

		Groups comparable at baseline? Not reported.		degree, the patients' preference.			
--	--	---	--	-----------------------------------	--	--	--

Notes:

1. Prognostic balance between treatment groups is usually guaranteed in randomized studies, but non-randomized (observational) studies require matching of patients between treatment groups (case-control studies) or multivariate adjustment for prognostic factors (confounders) (cohort studies); the evidence table should contain sufficient details on these procedures
- 5 2 Provide data per treatment group on the most important prognostic factors [(potential) confounders]
3. For case-control studies, provide sufficient detail on the procedure used to match cases and controls
4. For cohort studies, provide sufficient detail on the (multivariate) analyses used to adjust for (potential) confounders

Risk of bias table

Risk of bias tables

5

Study reference (first author, year of publication)	Bias due to a non-representative or ill-defined sample of patients? ¹ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to insufficiently long, or incomplete follow-up, or differences in follow-up between treatment groups? ² (unlikely/likely/unclear)	Bias due to ill-defined or inadequately measured outcome ? ³ (unlikely/likely/unclear)	Bias due to inadequate adjustment for all important prognostic factors? ⁴ (unlikely/likely/unclear)
Ljunggren, 2015	Unclear Few baseline characteristics were reported.	Likely 12 months follow-up: reference group (11-15 months median= 12.5) and the study group (11-17 months median=13). It was not reported if outcome data was missing.	Unclear The outcome measure in this study was having regular sexual activity (at least 1-2 times/month) with penetrating sex. However, it was not mentioned which instrument was used for assessment.	Likely No correction for possible confounding.

1. Failure to develop and apply appropriate eligibility criteria: a) case-control study: under- or over-matching in case-control studies; b) cohort study: selection of exposed and unexposed from different populations.

10 2. Bias is likely if: the percentage of patients lost to follow-up is large; or differs between treatment groups; or the reasons for loss to follow-up differ between treatment groups; or length of follow-up differs between treatment groups or is too short. The risk of bias is unclear if: the number of patients lost to follow-up; or the reasons why, are not reported.

3. Flawed measurement, or differences in measurement of outcome in treatment and control group; bias may also result from a lack of blinding of those assessing outcomes (detection or information bias). If a study has hard (objective) outcome measures, like death, blinding of outcome assessment is not necessary. If a study has "soft" (subjective) outcome measures, like the assessment of an X-ray, blinding of outcome assessment is necessary.

15 4. Failure to adequately measure all known prognostic factors and/or failure to adequately adjust for these factors in multivariate statistical analysis.

Table of excluded studies

Author and year	Reason for exclusion

Literature search strategy 1

5

How should sexual health be considered in patients that have been treated or were treated for prostate cancer?	
Database(s): Medline, Embase	Date: 19-03-2021
Publication date range: 2005-March 2021	Languages: English, Dutch

	EMBASE	OVID/MEDLINE	Removal of duplicates
SRs	129	99	157
RCTs	461	249	557
Total	590	348	714

Database	Search terms	
Embase	No.	Query
	#1	'prostate cancer'/exp/mj OR ((prostat* NEAR/2 (cancer* OR carcinoma* OR tumor* OR tumour* OR neoplasm*)):ti) OR pca:ti OR mpca:ti OR mhspc:ti
	#2	'penile rehabilitation'/exp OR 'sexual rehabilitation'/exp OR 'phosphodiesterase v inhibitor'/exp OR 'intracavernous drug administration'/exp OR 'sex therapy'/exp OR 'sexual education'/exp OR 'sexual health'/exp OR 'psychosexual therapy'/exp OR 'sexual function'/exp OR 'sexology'/exp OR 'unmet needs'/exp OR (((penile OR sexual) NEAR/3 rehabilitat*):ti,ab,kw) OR (((phosphodiesterase OR pde5) NEAR/3 inhibitor*):ti,ab,kw) OR 'intracavernosal injection*':ti,ab,kw OR 'vacuum device*':ti,ab,kw OR 'intraurethral suppositor*':ti,ab,kw OR 'penile implant*':ti,ab,kw OR sextherapy:ti,ab,kw OR sexology:ti,ab,kw OR sexuality:ti,ab,kw OR (((sexual OR psychosexual) NEAR/2 (education OR therap* OR health OR care OR aid* OR function OR intimacy OR orientation OR preferences)):ti,ab,kw) OR 'unmet needs':ti,ab,kw
	#3	#1 AND #2 AND ([english]/lim OR [dutch]/lim) AND [2005-2021]/py NOT (('animal'/exp OR 'animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)
	#4	'meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR
		Results
		170392
		143144
		1414
		716072

	'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR (((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*:ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*':ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*':ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR synthes*)):ti) OR (((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR synthes*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*:ab)) OR metasyntes*:ti,ab OR 'meta synthes*':ti,ab #5 'clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti 3259893 #6 #3 AND #4 – SR's 129 #7 #3 AND #5 NOT #6 – RCT's 461 #8 #6 OR #7 590
Medline (OVID)	1 exp *Prostatic Neoplasms/ or (prostat* adj2 (cancer* or carcinoma* or tumor* or tumour* or neoplasm* or adenocarcinoma)).ti. or (PCa or mPCa or mHSPC).ti. (131316) 2 Phosphodiesterase 5 Inhibitors/ or exp Sexual Health/ or exp Sex Education/ or exp Sexual Behavior/ or exp Sexology/ or (((penile or sexual) adj3 rehabilitat*) or ((phosphodiesterase or pde5) adj3 inhibitor*) or 'intracavernosal injection*' or 'vacuum device*' or 'intraurethral suppositor*' or 'penile implant*' or (sextherapy or sexology or sexuality) or ((sexual or psychosexual) adj2 (education or therap* or health or care or aid* or function or intimacy or orientation or preferences)) or 'unmet needs').ti,ab,kw. (161602) 3 1 and 2 (1750) 4 limit 3 to ((english or dutch) and yr="2005 -Current") (1268) 5 4 not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/)) (1216) 6 (meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*)):ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or ((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,kf. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,kf. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*)):ti,ab,kf. or (("data extraction" or "data source*") and "study selection").ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or ("data source*" and "data synthesis").ti,ab,kf. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or synthes*)):ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or synthes*)) and (search* or database* or data-base*)):ab. or (metasyntes* or meta-syntes*).ti,ab,kf.) not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/)) (485707)

7	(exp clinical trial/ or randomized controlled trial/ or exp clinical trials as topic/ or randomized controlled trials as topic/ or Random Allocation/ or Double-Blind Method/ or Single-Blind Method/ or (clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or controlled clinical trial or randomized controlled trial or multicenter study or clinical trial).pt. or random*.ti,ab. or (clinic* adj trial*).tw. or ((singl* or doubl* or treb* or tripl*) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw. or Placebos/ or placebo*.tw.) not (animals/ not humans/) (2096863)
8	5 and 6 (99) – SRs
9	(5 and 7) not 8 (249) – RCTs
10	8 or 9 (348)

Literature search strategy 2

What is the role of sexual rehabilitation in prostate cancer to improve sexual health?	
Database(s): Medline, Embase	Date: 28-07-2021
Publication date range: 2005-July 2021	Languages: English, Dutch

	EMBASE	OVID/MEDLINE	Removal of duplicates
SRs	18	10	22
RCTs	74	24	82
Observational studies	60	40	79
Total	152	74	183

5

Database	Zoektermen		
Embase	No.	Query	Results
	#1	'prostate cancer'/exp/mj OR ((prostat* NEAR/2 (cancer* OR carcinoma* OR tumor* OR tumour* OR neoplasm*)):ti,kw) OR pca:ti OR mpca:ti OR mhspc:ti	181887
	#2	'penile rehabilitation'/exp OR 'sexual rehabilitation'/exp OR 'phosphodiesterase v inhibitor'/exp OR 'intracavernous drug administration'/exp OR (((penile OR sexual) NEAR/3 rehabilitat*):ti,ab,kw) OR (((phosphodiesterase OR pde5) NEAR/3 inhibitor*):ti,ab,kw) OR 'intracavernosal injection*':ti,ab,kw OR 'vacuum device*':ti,ab,kw OR 'intraurethral suppositor*':ti,ab,kw OR 'penile implant*':ti,ab,kw	46811
	#3	'sexual rehabilitation'/exp OR 'sex therapy'/exp OR 'sexual education'/exp OR 'sexual health'/exp OR 'psychosexual therapy'/exp OR 'sexual function'/exp OR 'sexology'/exp OR ((sexual NEAR/3 rehabilitat*):ti,ab,kw) OR sextherapy:ti,ab,kw OR sexology:ti,ab,kw OR sexuality:ti,ab,kw OR (((sexual OR psychosexual) NEAR/2 (education OR therap* OR health OR care OR aid* OR function OR intimacy OR orientation OR preferences)):ti,ab,kw)	92475
	#4	#1 AND #2 AND #3 AND ([english]/lim OR [dutch]/lim) AND [2005-2021]/py NOT (('animal'/exp OR 'animal experiment'/exp OR 'animal model'/exp OR 'nonhuman'/exp) NOT 'human'/exp) NOT ('conference abstract'/it OR 'conference review'/it OR 'editorial'/it OR 'letter'/it OR 'note'/it)	198
	#5	'meta analysis'/exp OR 'meta analysis (topic)'/exp OR metaanaly*:ti,ab OR 'meta analy*':ti,ab OR metanaly*:ti,ab OR 'systematic review'/de OR 'cochrane database of systematic	716072

	reviews'/jt OR prisma:ti,ab OR prospero:ti,ab OR (((systemati* OR scoping OR umbrella OR 'structured literature') NEAR/3 (review* OR overview*)):ti,ab) OR ((systemic* NEAR/1 review*):ti,ab) OR (((systemati* OR literature OR database* OR 'data base*') NEAR/10 search*):ti,ab) OR (((structured OR comprehensive* OR systemic*) NEAR/3 search*):ti,ab) OR (((literature NEAR/3 review*):ti,ab) AND (search*:ti,ab OR database*:ti,ab OR 'data base*:ti,ab)) OR (('data extraction':ti,ab OR 'data source*:ti,ab) AND 'study selection':ti,ab) OR ('search strategy':ti,ab AND 'selection criteria':ti,ab) OR ('data source*':ti,ab AND 'data synthesis':ti,ab) OR medline:ab OR pubmed:ab OR embase:ab OR cochrane:ab OR (((critical OR rapid) NEAR/2 (review* OR overview* OR syntheses*)):ti) OR (((critical* OR rapid*) NEAR/3 (review* OR overview* OR syntheses*)):ab) AND (search*:ab OR database*:ab OR 'data base*:ab)) OR metasynthes*:ti,ab OR 'meta syntheses*':ti,ab #6 'clinical trial'/exp OR 'randomization'/exp OR 'single blind procedure'/exp OR 'double blind procedure'/exp OR 'crossover procedure'/exp OR 'placebo'/exp OR 'prospective study'/exp OR rct:ab,ti OR random*:ab,ti OR 'single blind':ab,ti OR 'randomised controlled trial':ab,ti OR 'randomized controlled trial'/exp OR placebo*:ab,ti 3259893 #7 'major clinical study'/de OR 'clinical study'/de OR 'case control study'/de OR 'family study'/de OR 'longitudinal study'/de OR 'retrospective study'/de OR 'prospective study'/de OR 'cohort analysis'/de OR cohort*:ab,ti OR (('case control' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('follow up' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (observational NEAR/1 (study OR studies)) OR ((epidemiologic NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) OR (('cross sectional' NEAR/1 (study OR studies)):ab,ti) 6143700 #8 #4 AND #5 – SR's 18 #9 #4 AND #6 NOT #8 – RCT's 74 #10 #4 AND #7 NOT (#8 OR #9) - observationeel 60 #11 #8 OR #9 OR #10 152
Medline (OVID)	1 exp *Prostatic Neoplasms/ or (prostat* adj2 (cancer* or carcinoma* or tumor* or tumour* or neoplasm* or adenocarcinoma)).ti. or (PCa or mPCa or mHSPC).ti. (134400) 2 Phosphodiesterase 5 Inhibitors/ or (((penile or sexual) adj3 rehabilitat*) or ((phosphodiesterase or pde5) adj3 inhibitor*) or 'intracavernosal injection*' or 'vacuum device*' or 'intraurethral suppositor*' or 'penile implant*).ti,ab,kf. (17465) 3 exp Sexual Health/ or exp Sex Education/ or exp Sexual Behavior/ or exp Sexuality/ or ((penile or sexual) adj3 rehabilitat*).ti,ab,kf. or (sextherapy or sexology or sexuality or ((sexual or psychosexual) adj2 (education or therap* or health or care or aid* or function or intimacy or orientation or preferences)) or 'unmet needs').ti,ab,kf. (149942) 4 1 and 2 and 3 (154) 5 limit 4 to ((english or dutch) and yr="2005 -Current") (129) 6 5 not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/ not humans/)) (126) 7 (meta-analysis/ or meta-analysis as topic/ or (metaanaly* or meta-analy* or metanaly*).ti,ab,kf. or systematic review/ or cochrane.jw. or (prisma or prospero).ti,ab,kf. or ((systemati* or scoping or umbrella or "structured literature") adj3 (review* or overview*)):ti,ab,kf. or (systemic* adj1 review*).ti,ab,kf. or

	((systemati* or literature or database* or data-base*) adj10 search*).ti,ab,kf. or ((structured or comprehensive* or systemic*) adj3 search*).ti,ab,kf. or ((literature adj3 review*) and (search* or database* or data-base*).ti,ab,kf. or ("data extraction" or "data source*") and "study selection").ti,ab,kf. or ("search strategy" and "selection criteria").ti,ab,kf. or ("data source*" and "data synthesis").ti,ab,kf. or (medline or pubmed or embase or cochrane).ab. or ((critical or rapid) adj2 (review* or overview* or syntheses*).ti. or (((critical* or rapid*) adj3 (review* or overview* or syntheses*) and (search* or database* or data-base*).ab. or (metasynthes* or meta-synthes*).ti,ab,kf.) not (comment/ or editorial/ or letter/ or ((exp animals/ or exp models, animal/) not humans/)) (509622) 8 (exp clinical trial/ or randomized controlled trial/ or exp clinical trials as topic/ or randomized controlled trials as topic/ or Random Allocation/ or Double-Blind Method/ or Single-Blind Method/ or (clinical trial, phase i or clinical trial, phase ii or clinical trial, phase iii or clinical trial, phase iv or controlled clinical trial or randomized controlled trial or multicenter study or clinical trial).pt. or random*.ti,ab. or (clinic* adj trial*).tw. or ((singl* or doubl* or treb* or tripl*) adj (blind\$3 or mask\$3)).tw. or Placebos/ or placebo*.tw.) not (animals/ not humans/) (2145668) 9 Epidemiologic studies/ or case control studies/ or exp cohort studies/ or Controlled Before-After Studies/ or Case control.tw. or (cohort adj (study or studies)).tw. or Cohort analy\$.tw. or (Follow up adj (study or studies)).tw. or (observational adj (study or studies)).tw. or Longitudinal.tw. or Retrospective*.tw. or prospective*.tw. or consecutive*.tw. or Cross sectional.tw. or Cross-sectional studies/ or historically controlled study/ or interrupted time series analysis/ [Onder exp cohort studies vallen ook longitudinale, prospectieve en retrospectieve studies] (3778677) 10 6 and 7 (10) – SRs 11 (6 and 8) not 10 (24) – RCTs 12 (6 and 9) not (10 or 11) (40) – observationeel 13 10 or 11 or 12 (74)
--	--

Bijlage PLISSIT model

Het PLISSIT model omvat de volgende onderdelen:

Toestemming - zorgverlener biedt de mogelijkheid en initieert discussie over seksualiteit.

- 5 Toestemming, waarbij het onderwerp seksualiteit wordt geïntroduceerd, vertelt aan de patiënt/het stel dat het oké is om seksuele zorgen te bespreken. Toestemming om seksuele problemen te bespreken kan secundaire problemen na de operatie voorkomen, zoals emotionele terugtrekking en verminderde intimiteit. De geruststelling bieden dat patiënten nog steeds seksuele wezens zijn, recht hebben op seksueel genot en opties hebben om eerdere seksuele activiteit en relatie(s) voort te zetten. Verdrijf mythen. Deze overtuigingen verhinderen het verkennen van alternatieve methoden voor seksueel genot wanneer volledige erecties niet mogelijk zijn. Een nadruk op erectie en orgasme) interfereert met seksuele aanpassing, waardoor negatieve zelfpercepties toenemen. Het verdrijven van mythen kadert het denken over seksualiteit, waardoor een paar creatief kan werken om seksueel genot te vergroten. Moedig het paar aan om troost en geruststelling te accepteren van elkaar, en om hun relatie en geschiedenis te waarderen. Bespreek seksuele aanpassingen als onderdeel van hun relatie, maar ook in de context van seksuele ontwikkeling gedurende hun hele leven.

- 20 *Beperkte informatie* is het verstrekken van informatie die relevant is voor de seksuele situatie in het algemeen en specifiek voor de situatie van de patiënt. Patiënten en partner hebben informatie nodig over het verwachte seksueel functioneren, waaronder: verlies van erectie, kan na de operatie een geleidelijke terugkeer van de erectie krijgen, er is een volledig scala aan seksuele activiteit en expressie voor patient en uw partner om gedurende deze tijd intimiteit te behouden.

- 25 Help patiënten/echtparen om hun reacties/gevoelens te benoemen (shock, woede, angst, hopeloosheid) door non-verbale signalen op te merken. Sommigen zullen het gevoel hebben dat ze twee leven veranderende ervaringen hebben meegemaakt: een keer met een waargenomen levensbedreigende diagnose van kanker, en ten tweede met de dreiging van verlies van seksuele vermogens.

- 30 Luister naar reacties van patiënten/paar; de houding ten opzichte van seks, levensstijl en relatie onderzoeken; en vraag naar hun verwachtingen voor seksueel functioneren na de operatie. Geef onderwijs in de taal van de klant, maar verduidelijk de termen zodat er geen misverstanden ontstaan. Vraag naar de termen die het paar gebruikt voor erectie en penetratie of geslachtsgemeenschap. Als communicatie moeilijk is, gebruik dan diagrammen voor uitleg. Bespreek seksuele veranderingen in het kader van de seksuele responscyclus, met behulp van een eenvoudig diagram(zin/interesse, verlangen/opwinding, orgasme/ejaculatie).

- 35 Het orgasme is mogelijk is na een prostatectomie, zelfs zonder erectie of ejaculatie. Deze piek seksuele sensatie van intens genot gebeurt spontaan zonder het te willen en wordt gevolgd door intense verlichting. Seksueel genot en intimiteit zijn mogelijk zonder orgasme.

- 40 Moedig koppels aan om communiceren over hun gevoelens in plaats van zich terug te trekken, elkaar vast te houden en te genieten van het fysieke comfort en de nabijheid. Betrek het paar bij deze uitleg en vraag naar hun ideeën over hoe ze seksuele intimiteit kunnen voortzetten zonder geslachtsgemeenschap.

- Onderzoek de gevoelens van patiënten/koppels over het gebruik van PDE% remmers of andere methoden om tumescentie te bevorderen (intracavernosale injecties of vacuümpomp).

- 45 Leg factoren uit die van invloed zijn op het herstel van het erectievermogen (zoals: eerdere seksuele activiteit, eerder erectiel vermogen, zenuwsparend operaties en comorbiditeiten).

- 50 Help het paar seksuele activiteiten te ontplooiën met een gevoel van ontspanning en plezier in plaats van druk of prestatie. Corrigeer elke misvatting dat erecties beter zullen zijn dan vóór de operatie. Erectieproblemen vóór de operatie worden veroorzaakt door een andere aandoening, niet door de prostatectomie. Andere aandoeningen (diabetes mellitus, hypertensie, medicijnen) moeten worden beoordeeld om de behandelingsresultaten voor ED te bepalen.

Moedig patiënten/koppels aan om seksuele activiteit te hervatten door het uiten van genegenheid en het vervangen van alternatieve seksuele activiteiten en strelen in plaats van gemeenschap. Bespreek An-ejaculatie (droog orgasme) en andere bijwerkingen van prostatectomie. Er komt nog steeds een orgasme voor, maar sensaties kunnen anders zijn dan voorheen.

5 Besprek gevolgen van andere therapieën.

Specifieke suggesties - Identificeert het probleem en vereist mogelijk meer kennis, comfort bij het bespreken van seksualiteit met patiënten en bereidheid om tijd te nemen. Het geven van specifieke gedragssuggesties kan een aanzienlijke impact hebben op en het vermogen van koppels om seksuele

10 bevrediging te behouden of te verbeteren.

Start een bespreking van aanbevolen gedragsinterventies om thuis uit te voeren, waarbij rekening wordt gehouden met de individuele kenmerken van de cliënt.

Bespreek de emotionele reacties van het paar op gedrag suggesties, en verduidelijk die reacties met empathisch luisteren. Onderzoek negatieve reacties die interfereren met vooruitgang, en

15 verhelderen van verkeerde interpretaties. Vraag hoe het paar de gedragssuggesties zou kunnen implementeren, en moedig hen aan om suggesties te individualiseren die passen bij hun unieke seksuele relatie. Informeer naar factoren die de implementatie kunnen belemmeren, en

aanbevelingen aanpassen aan een specifiek individu of stel. Verder kunnen suggesties gegeven worden over tijd van activiteit, planning maken en eventueel

20 gebruik van help middelen.

Intensieve therapie - De problemen zijn ernstig, langdurig, reeds bestaand of meer in de diepte.

Patiënt moet mogelijk worden doorverwezen naar een specialist

Tekenen dat een verwijzing nodig is, zijn onder meer (a) aanhoudende negativiteit van de patiënt met betrekking tot specifieke suggesties, (b) duidelijke relatieconflicten, (c) geschiedenis van

25 relatieproblemen en seksuele conflicten, en (d) diagnoses van psychische aandoeningen of de aanwezigheid van depressie.

Communiceer met de therapeut om de zorg te coördineren, aangezien seksuele problemen fysieke en psychologische factoren met zich meebrengen. Doorgaan met het beoordelen van het seksuele functioneren van de patiënt bij vervolfbezoeken. Therapie voor het verbeteren van het seksuele functioneren na een prostaat kanker behandeling is veelbelovend gebleken voor het verminderen

30 van de algehele stress en het verbeteren van het wereldwijde seksuele functioneren van patiënten en partners.

Interventies voor seksuele revalidatie omvatten het gebruik van het PLISSIT-model, communicatie- en relatie-interventies en het bevorderen van seksuele passie. Seksuele voorlichting, verandering van houding, suggesties om op een comfortabele manier seks te hervatten, ideeën over het overwinnen van lichamelijke handicaps en het verminderen van conflicten die verband houden met ziekte. Deze aanbevelingen kunnen worden uitgevoerd door intensieve therapie. Hierbij kan gebruik

35 gemaakt worden van Sensate focus en seksuele revalidatie.

40

Belangrijk aspecten in informatie aan de patient:

Seksualiteit verwijst naar hoe mensen zich op een seksuele manier uiten. Het omvat hoe ze zichzelf zien, voelen en denken over zichzelf als een seksueel wezen, en de manieren waarop ze dit laten zien door hun acties, gedrag en relaties. Het is heel persoonlijk en voor iedereen anders. Seksualiteit

45 wordt soms seksuele gezondheid genoemd. Seksualiteit is heel persoonlijk en de situatie van elke persoon is anders.

De manieren waarop een persoon seksualiteit toont, is niet alleen door de seksuele daad. Andere manieren zijn onder meer handen vasthouden, speciale blikken geven, knuffelen, kussen, kleding die ze dragen, manieren waarop ze lopen en bewegen, enz. De seksualiteit van een persoon en hoe hij deze laat zien, kan door veel dingen worden beïnvloed, zoals leeftijd, geslacht of genderidentiteit ,

50 partnerstatus, sociale status, zelfrespect, opvoeding, emoties en stemmingswisselingen, en

religieuze en culturele overtuigingen. Het kan ook worden beïnvloed door hun algehele gezondheid, en soms beïnvloeden gezondheidsproblemen het welzijn, het lichaamsbeeld, de seksuele functie en de emotionele gezondheid.

Seks, seksualiteit en intimiteit zijn net zo belangrijk voor mensen met kanker als voor mensen die geen kanker hebben. Het is zelfs aangetoond dat seksualiteit en intimiteit mensen helpen kanker onder ogen te zien door hen te helpen omgaan met gevoelens van angst en wanneer ze door een behandeling gaan. Seksuele problemen ontstaan vaak als gevolg van fysieke en psychologische bijwerkingen van kanker en kankerbehandelingen. Sommige behandelingen hebben een direct effect op de geslachtsorganen en veroorzaken disfuncties. Bepaalde soorten behandelingen hebben bijwerkingen zoals vermoeidheid, misselijkheid, darm- of blaasproblemen, pijn en huidproblemen of andere veranderingen in het uiterlijk die problemen met seksualiteit kunnen veroorzaken. Studies hebben aangetoond dat patiënten een betere kwaliteit van leven rapporteren en zich aantrekkelijker voelen wanneer ze een ondersteunende partner of verzorger hebben die ze kunnen vertrouwen met intieme details. Het kunnen praten over hun emotionele problemen en seksuele problemen met een partner kan ook helpen om de patiënt gerust te stellen. Vóór behandelingen moeten patiënten en hun partners op de hoogte zijn van mogelijke veranderingen die een bepaald lichaamsdeel, of hun geslachtsorganen, seksualiteit en seksuele functie kunnen beïnvloeden. Belangrijk te vragen naar verlangen, opwinding (inclusief erectiele functie) en orgasme, maar ook over lichaamsbeeld en uiterlijk. Informatie geven over deze aspecten naar aanleiding van de therapie is van belang. Tijdens de behandeling kunnen patiënten zich zorgen maken over intimiteit en seksuele activiteit, of kunnen ze veranderingen opmerken.

De huidige literatuur toont aan dat seksuele disfunctie, die niet alleen erectiestoornissen omvat, maar ook een verminderd libido, verminderde opwinding en gedempt orgasme, verstrekende gevolgen kan hebben voor de intimiteit, communicatie en relatietevredenheid van de patiënt en partner. Onbehandelde seksuele disfunctie wordt geassocieerd met frustratie, angst en depressie voor zowel patiënten als partners, mogelijk culminerend in scheiding, echtscheiding en zelfs zelfmoord. Als gevolg hiervan is er een groeiende interesse in het behouden en bevorderen van het herstel van de seksuele functie en seksuele intimiteit bij overlevenden van prostaatkanker en hun partners.

Partners spelen een cruciale rol bij het seksuele herstel van overlevenden van prostaatkanker door zowel emotionele als logistieke ondersteuning te bieden. De seksuele interesse van partners is positief gecorreleerd met het herstel van de seksuele functie van patiënten.

Interventies die seksueel herstel bevorderen na de behandeling van prostaatkanker zijn schaars, vooral interventies die een breder perspectief hebben door zowel patiënten als partners tegelijkertijd aan te spreken op het functionele, emotionele en relationele domein. Eerdere studies die deze benaderingen hebben gebruikt, hebben een aantal positieve resultaten laten zien, waaronder verminderde stress, toegenomen gebruik van pro-erectiehulpmiddelen, meer realistische verwachtingen over het herstel van seksuele functie en hogere niveaus van relatietevredenheid.

Seksualiteitsbeoordeling: Voor de behandeling

Seksualiteitsbeoordelingen is een gevoelige onderwerp voor de patiënt / het paar. Bied privacy en een comfortabele omgeving voor de algehele beoordeling, en start het onderwerp seksualiteit door aan te geven dat dit vragen zijn die aan alle patiënten worden gesteld. Specifieke vragen over seksueel functioneren verduidelijken het preoperatieve functioneringsniveau en bieden realistische verwachtingen voor terugkeer van het erectiele vermogen postoperatief. Reageer op non-verbale en verbale signalen om een verstandhouding op te bouwen. Het gebruik van vaardigheden voor het opbouwen van relaties en een interactieve stijl helpen patiënten en echtgenoten/partners vertrouwen te ontwikkelen, zodat onuitgesproken zorgen geuit kunnen worden.

Beoordelvingsvragen zijn onder meer:

- Bent u seksueel actief?
- Heeft u een seksuele partner?
- Wat is u seksuele oriëntatie, tot welke geslacht ben u aangetrokken?
- 5 • “Is seks belangrijk voor u en uw partner?”
- Hoe belangrijk zijn erecties in uw seksuele relatie?
- Hoe vaak heeft u de afgelopen maand seksuele geslachtsgemeenschap gehad?
- Is uw erectie voldoende voor penetratie en/of geslachtsgemeenschap?
- Bent u tevreden met uw seksuele activiteit?
- 10 • Heeft u een seksuele probleem of bezorgdheid?
- Heeft u met uw seksuele partner gesproken over de seksuele veranderingen na een prostaatoperatie?

Voor de beoordeling kan gebruik worden gemaakt van een schriftelijk instrument. De International Index of Erectile Function (IIEF)-vragenlijst die de seksuele functie beoordeelt over erecties, zin en ejaculatie en kan worden gebruikt voor beoordeling van seksueel functioneren vóór de behandeling en later om het niveau van herstel van seksuele functie te beoordelen (Rosen et al., 1997). Het instrument is nuttig gebleken vanwege zijn responspecificiteit en meetbetrouwbaarheid (0,70 tot 0,90 interne consistentie en 0,64 tot 0,84 test-hertestbetrouwbaarheid) (Rosen et al., 1997).

Indien van toepassing kan seksuele revalidatie aangeboden worden

Seksualiteitsbeoordeling: Na de behandeling

- Hoe is uw seksleven beïnvloed door de behandeling van kanker?
- Welke effecten op zin, erecties, ejaculatie en orgasme heeft de behandeling gehad
- Indien seksueel actief, is het bevredigende seks te hebben?
- 25 • Hoe regeert uw partner?
- Heeft u de verandering met uw partner besproken?
- Welke aanpassingen kunnen u en uw partner doen?
- Heeft u interesse voor schriftelijk, website informatie materiaal of een steungroep?
- Ervaart u gevoelens van verdriet, angst of stress?

Deze vragen zijn slechts een begin. U zult ongetwijfeld andere vragen hebben op basis van de patient persoonlijke situatie.