



Sexualité et cancers gynécologiques et mammaires

Sex and breast and cervical cancers

Chérazade Bensaïd*, Anne-Sophie Bats*, Aziz Achouri*, Laurent Makké*, Claude Nos*, Fabrice Lécuru*

Avec 42 000 nouveaux cas par an, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent en France : il représente plus du tiers des cancers féminins. Il atteint majoritairement des femmes jeunes et actives (la moitié des patientes sont âgées de moins de 61 ans au diagnostic). L'incidence des cancers gynécologiques est respectivement de 5 000 cas par an pour le cancer du corps utérin, avec une survie de 85 % à 5 ans, de 3 100 nouveaux cas par an pour le cancer du col, avec un âge moyen de 50 ans et de 4 500 cas par an pour le cancer de l'ovaire, avec 3 500 décès par an.

Les cancers gynécologiques et mammaires entraînent chez beaucoup de femmes un sentiment de dévalorisation et d'atteinte de la féminité, voire parfois de l'identité. La chirurgie change l'image corporelle de la patiente et les traitements perturbent souvent son intimité. L'altération de l'image corporelle, le choc psychologique et la crainte de l'avenir expliquent que beaucoup de patientes et/ou leur partenaire ne s'intéressent pas aux problèmes sexuels liés à la maladie ou ne veulent pas les envisager. Les troubles psychologiques (anxiété, dépression) liés au diagnostic, au(x) traitement(s) et à la crainte de la rechute sont à eux seuls suffisants pour altérer le désir. La crainte de ne plus pouvoir satisfaire leur partenaire peut favoriser, chez ces femmes, un sentiment de culpabilité et interférer avec l'expression de son désir.

Les études sur la sexualité sont difficiles à interpréter en raison des reculs variables et dans la mesure où elles portent sur des âges confondus, des stades confondus et des types de traitements différents. L'évaluation de la sexualité n'est pas simple en raison de son caractère multifactoriel : pour la femme, la satisfaction sexuelle est plus fondée sur les aspects intimes et la sensualité que sur le nombre de coïts. L'appréciation "numérique" du nombre de rapports sexuels et d'orgasmes ne reflète pas forcément la satisfaction sexuelle dans son ensemble (1).

Le diagnostic et le traitement d'un cancer du sein représentent une irruption destructrice dans la vie de la femme et de son entourage. Sur le point particulier de la féminité, celle-ci est touchée de multiples manières, à la fois par l'existence même de la maladie et de son pronostic, mais également par sa prise en charge médico-chirurgicale. Le type de traitement chirurgical proposé affecte de manière différente l'image corporelle ; ainsi, 40 % des femmes se plaignent d'une diminution du plaisir lors des caresses mammaires après une mastectomie partielle et 80 %, après chirurgie de reconstruction. La sexualité diminue durant la 1^{re} année suivant le diagnostic de cancer du sein. Si l'image corporelle est provisoirement plus affectée par le type de chirurgie, la sexualité est, quant à elle, plus affectée à long terme par la chimiothérapie, l'hormonothérapie, la ménopause induite, quel que soit le type de chirurgie. Il faut noter, par ailleurs, que le vécu du traitement est différent selon l'âge. La qualité de vie et la sexualité après traitement sont essentiellement liées à la personnalité, aux facteurs psychologiques et à la relation de couple (2, 3).

Concernant les cancers gynécologiques pelviens, il faut noter que le corps comme le col utérin ne sont pas nécessaires pour atteindre l'orgasme, seule l'exercice des zones sensibles du clitoris ou de la partie inférieure du vagin peut entraîner des troubles orgasmiques. Or, les indications de telles chirurgies sont exceptionnelles en gynécologie. Certaines dissections pelviennes peuvent néanmoins être sources de lésions nerveuses qui peuvent entraver les sensations de la femme lors des rapports sexuels. L'apport de nouvelles techniques chirurgicales, telles que la "Nerve Sparing Surgery" ou encore la chirurgie robotique, améliore les conséquences fonctionnelles en réalisant une dissection plus sélective des filets nerveux et de la vascularisation (4, 5).

D'avantage que la chirurgie, c'est en fait bien souvent la radiothérapie qui altère la sexualité des patientes

* Chirurgie oncologique gynécologique et du sein, hôpital européen Georges-Pompidou, Paris.

Points forts⁺

- » Les thérapeutiques des cancers gynécologiques, en particulier chirurgicales, ont des conséquences directes ou indirectes (hormonales, psychologiques) sur la sexualité des femmes.
- » Les difficultés intimes et sexuelles rencontrées par les femmes traitées pour un cancer du sein sont largement sous-estimées, relevant du tabou pour de nombreuses patientes et équipes.
- » La prise en charge des cancers de la femme devrait se concevoir désormais de manière globale. Des questionnaires de qualité de vie développés depuis plus de 20 ans sont disponibles.

prises en charge pour un cancer gynécologique. En dehors du désintérêt pour la sexualité, les principales manifestations cliniques entravant la sexualité sont la dyspareunie, la sécheresse vaginale, la diminution de l'élasticité vaginale, les saignements vaginaux provoqués, l'atrophie vaginale, la sténose vaginale, persistant, voire augmentant 2 ans après la fin du traitement, à l'inverse des troubles postchirurgicaux, qui s'améliorent à 1 an (6). Ces manifestations sont à l'origine de troubles du désir, de l'excitation, de la lubrification et des sensations, qui s'associent à un sentiment de culpabilité. En outre, ce sentiment de culpabilité peut être majoré selon le type de tumeur et leur facteur de risque. Ainsi, dans le cadre du cancer du col, la patiente peut éprouver de la gêne quant à l'infection à *Human Papilloma Virus* souvent préexistante, et qui est sexuellement transmissible. À long terme, la qualité de vie globale, la santé mentale et l'adaptation à l'environnement social se restaurent chez les patientes traitées par radiothérapie, mais les conséquences sur la sexualité, quant à elles perdurent (7, 8).

Les effets de la curiethérapie préopératoire comme postopératoire accentuent les conséquences néfastes sur le vagin, avec une diminution de la longueur vaginale et de son élasticité (9). Afin d'éviter un rétrécissement du vagin, il est conseillé, soit de poursuivre les rapports sexuels 2 à 3 fois par semaine, soit d'utiliser un mandrin qui peut être prescrit par le médecin. Le rétrécissement peut en effet empêcher tout rapport sexuel ultérieur et tout examen gynécologique. Par ailleurs, la chimiothérapie a un impact sur la sexualité. Les femmes qui reçoivent une chimiothérapie ont significativement moins de désir pour les relations sexuelles, plus de sécheresse vaginale

et de dyspareunies, moins d'orgasmes vaginaux et globalement moins de satisfaction de leur activité sexuelle. Chez les jeunes patientes, la ménopause chimio-induite ou la castration chirurgicale sont à l'origine de symptômes climactériques et de signes physiques tels que la modification corporelle, la prise de poids, la sécheresse vaginale ou l'instabilité urinaire. Tous ces éléments ne peuvent que contribuer à altérer profondément l'érotisme féminin. Certaines chimiothérapies irritent toutes les muqueuses corporelles, en particulier celles de la cavité buccale et du vagin. De façon générale, la libido est modifiée durant toute chimiothérapie et quelque temps après en raison des différents effets indésirables observés (nausées, vomissements, mucite, etc.). Les modifications de l'image corporelle, les effets des traitements du cancer sur la sexualité (perte de cheveux, site de chimiothérapie implantable visible) fragilisent psychologiquement la femme, qui peut ne plus se sentir désirable pour son partenaire et induire également un malaise chez ce dernier.

Les troubles de la sexualité après cancer restent difficiles à évoquer en consultation en raison de la réticence des patientes, mais aussi des médecins. Il s'agit cependant d'un réel problème, pour lequel il est vraiment possible d'aider nos patientes. Le cancer et ses traitements peuvent avoir d'importantes conséquences sur la sexualité. Même si elles sont temporaires, il est nécessaire de préciser les effets des traitements du cancer sur la sexualité. Ces effets sont variables d'une femme à l'autre. Certains troubles sont temporaires, d'autres définitifs (séquelles). Si certains aspects de la sexualité sont modifiés, vivre sa sexualité reste possible. ■

Mots-clés

Cancer féminin
Sexualité
Qualité de vie
Chirurgie
Radiothérapie
Chimiothérapie
Information

Highlights

The treatment of gynecological cancers, particularly surgical, has a direct, such as hormonal, or indirect, such as psychological effect on womens' sexuality. Intimate and sexual difficulties experienced by women treated for breast cancer is a largely underestimated problem, noting, for many patients and staff, the taboo.

The management of cancer of women should be seen now as a whole. The quality of life questionnaires developed for over 20 years are available.

Keywords

Femal cancer
Sexuality
Quality of life
Surgery
Radiotherapy
Chemotherapy
Information

Références bibliographiques

1. Lalos A, Jacobsson L, Lalos O, Stendahl U. Experiences of the male partner in cervical and endometrial cancer: a prospective interview study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1995;16:153-65.
2. Bogaarts MP, Den Ouden BL, Roukema JA, Van Riel JM, Beerepoot LV, De Vries J. Development of the Psychosocial Distress Questionnaire-Breast Cancer (PDQ-BC): a breast cancer-specific screening instrument for psychosocial problems. *Support Care Cancer* 2011;19:1485-93.
3. Bredart A, Dolbeault S, Savignoni A et al. Prevalence and associated factors of sexual problems after early-stage

- breast cancer treatment: results of a French exploratory survey. *Psychooncology* 2011;20:841-50.
4. Chen C, Li W, Li F et al. Classical and nerve-sparing radical hysterectomy: an evaluation of the nerve trauma in cardinal ligament. *Gynecol Oncol* 2011 Dec 29.
5. Magrina JF, Pawlina W, Kho RM, Magtibay PM. Robotic nerve-sparing radical hysterectomy: feasibility and technique. *Gynecol Oncol* 2011;121:605-9.
6. Greimel ER, Winter R, Kapp KS, Haas J. Quality of life and sexual functioning after cervical cancer treatment: a long-term follow-up study. *Psychooncology* 2009;18:476-82.

7. Herzog TJ, Wright JD. The impact of cervical cancer on quality of life: the components and means for management. *Gynecol Oncol* 2007;107:572-7.
8. Lalos O, Lalos A. Urinary, climacteric and sexual symptoms one year after treatment of endometrial and cervical cancer. *Eur J Gynaecol Oncol* 1996;17:128-36.
9. Bruner DW, Lanciano R, Keegan M, Corn B, Martin E, Hanks GE. Vaginal stenosis and sexual function following intracavitary radiation for the treatment of cervical and endometrial carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 1993;27:825-30.