

SEXUALITE APRES TRAITEMENT D'UN CANCER GYNECOLOGIQUE

Anne-Sophie Bats, Aurore Imbert, Chérazade Bensaïd, Aziz Achouri, Laurent Makke, Claude Nos, Fabrice Lécuru

*Chirurgie Cancérologique Gynécologique et du Sein,
Psychologie clinique et psychiatrie de liaison,
Hôpital Européen Georges-Pompidou
Université Paris Descartes*



Introduction

- **Cancers gynécologiques** (col et corps utérins, ovaire, vagin, vulve) **et cancers mammaires**
- L'Annonce du diagnostic provoque un choc, un état de sidération émotionnelle, ainsi que l'émergence de l'angoisse de mort, de mutilation, de dégradation.
- La féminité apparaît gravement menacée:

Utérus ↔ maternité

Vagin, vulve ↔ sexualité, plaisir

Ovaire ↔ féminité, fertilité

Sein ↔ féminité, sexualité, maternité Hirsch 2005

Avec le cancer, ces organes, habituellement symboles de vie et de plaisir deviennent soudain menaçants et porteurs de mort.

- 30 à 100% femmes ayant un cancer gynécologique présentent un désordre sexuel.



Schéma de la sexualité

COMPOSANTE
SOCIALE

Communication

Intimacy

SEXUAL RELATIONSHIPS

COMPOSANTE
PSYCHOLOGIQUE

SEXUAL SELF CONCEPT

Body
Image

Sexual
Esteem

Sexual Self
Schema

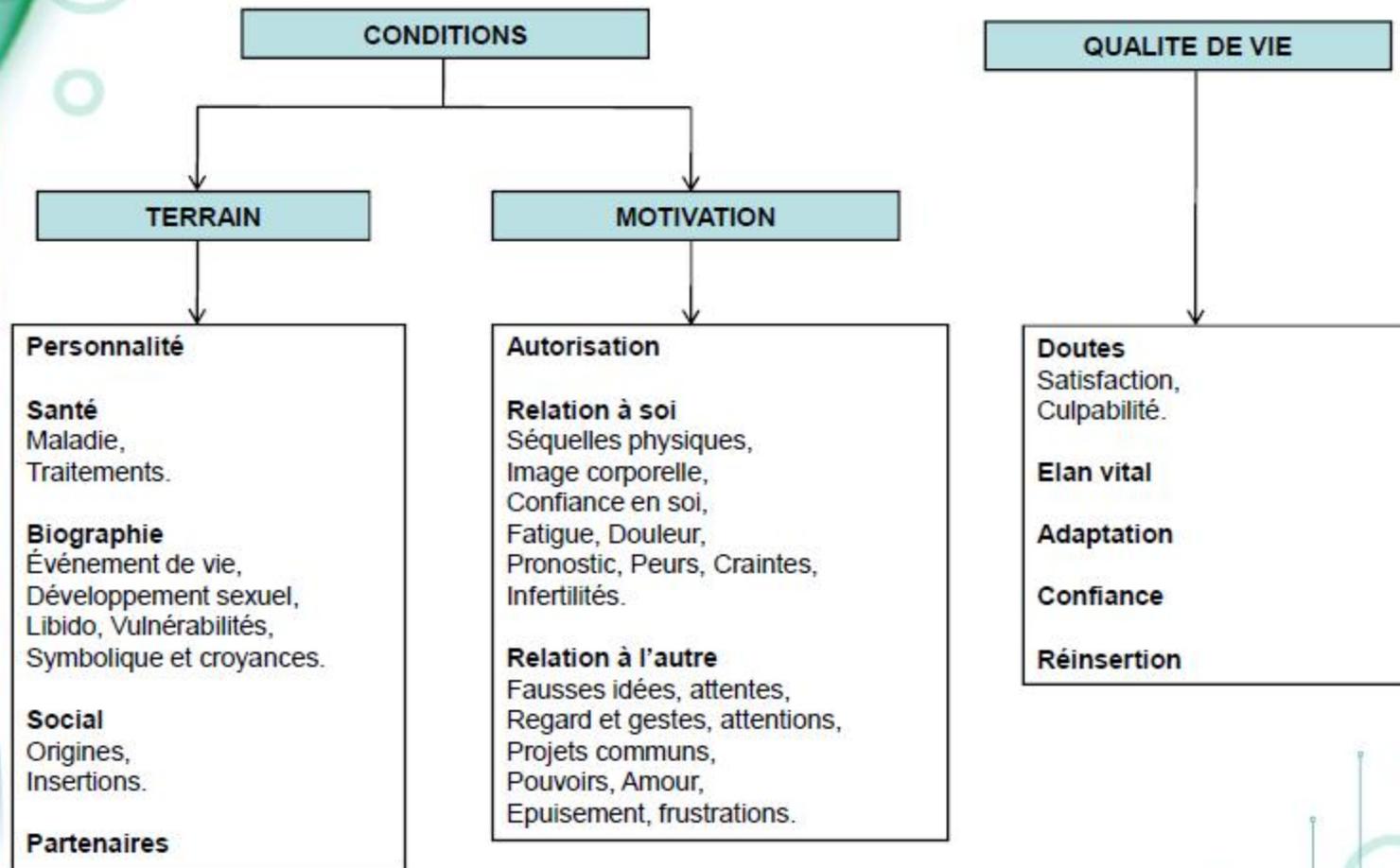
COMPOSANTE
PHYSIQUE

SEXUAL FUNCTIONING

Sexual Response Cycle:

- Desire
- Arousal/excitement
- Orgasm

Diversités des impacts possible sur la santé et la vie sexuelle



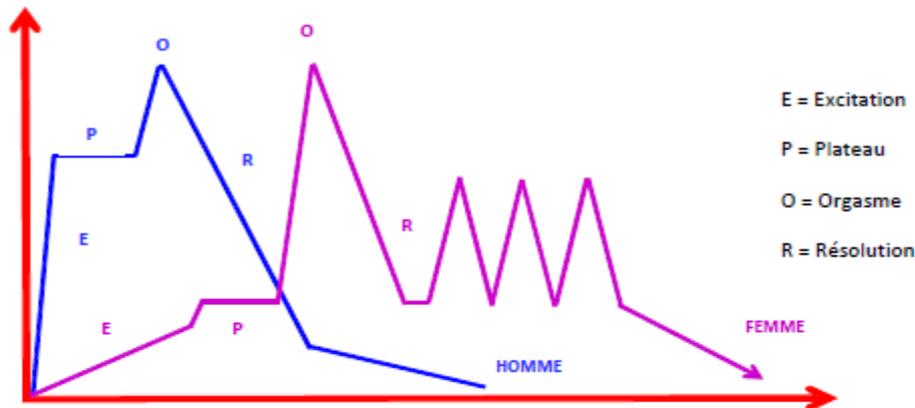
Troubles sociaux à l'origine d'un trouble de la sexualité :

- Maintenir les rôles et attentes passées
- Maintenir des relations sexuelles avec le partenaire
- Partenaire devenant distant émotionnellement
- Changement perçu dans le niveau d'intérêt du partenaire pour l'activité sexuelle
- Difficultés de communication
- Réaction du partenaire aux changements du corps du survivant, survivant "malade"
- Effets nocifs sur les relations intimes à venir avec le partenaire

Dysfonctions sexuelles

Référentiels inter régionaux en Soins Oncologiques de Support

Troubles sexuels



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

De multiples perturbations attendues à différents niveaux de la réponse physiologique

Troubles du désir

Psychogènes
Blocages sensoriels : vue, odeurs, bruits, touchers.
Altération de la motivation, communication insuffisante.

Iatrogènes :
Hormonaux,
Médicamenteux.

Troubles physiologiques

Dysfonction Érectile
Sécheresse vaginale
Modification des scripts

Perturbation des rapports

Dyspareunies
Douleurs
Dyspnées
Positions
Incontinences

Dysorgasmies

Anéjaculation
Modifications des perceptions orgasmiques
Douleurs
Incontinences



Cancers gynécologiques et traitements

	Chirurgie	RTE	Curie	Chimio	Hormono
Endomètre	x	x	x	x	x
Col	x	x	x	x	
Vagin	x	x	x	x	
Vulve	x	x	x	x	
Ovaire	x			x	
Sein	x	x		x	x

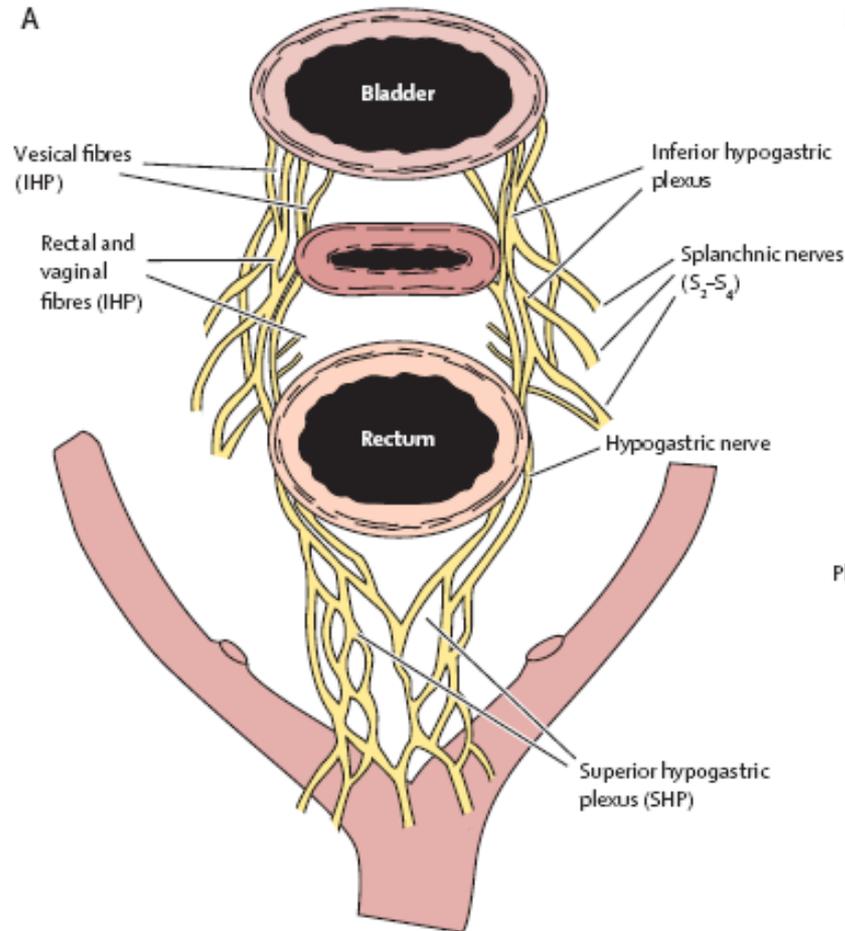
Quelle chirurgie et quelles conséquences?

- Hystérectomie extrafasciale
- Annexeomie bilatérale → *Castration chirurgicale et ménopause induite*
- Hystérectomie élargie
- *Lésions nerveuses à l'origine de dysfonctions sexuelles*
- Colpectomie → *raccourcissement vaginal*
- Pelvectomies +/- stomies
- Vulvectomies → *mutilation*
- *Tumorectomie/mastectomie* → *sensibilité, mutilation*
- Cicatrices disgracieuses

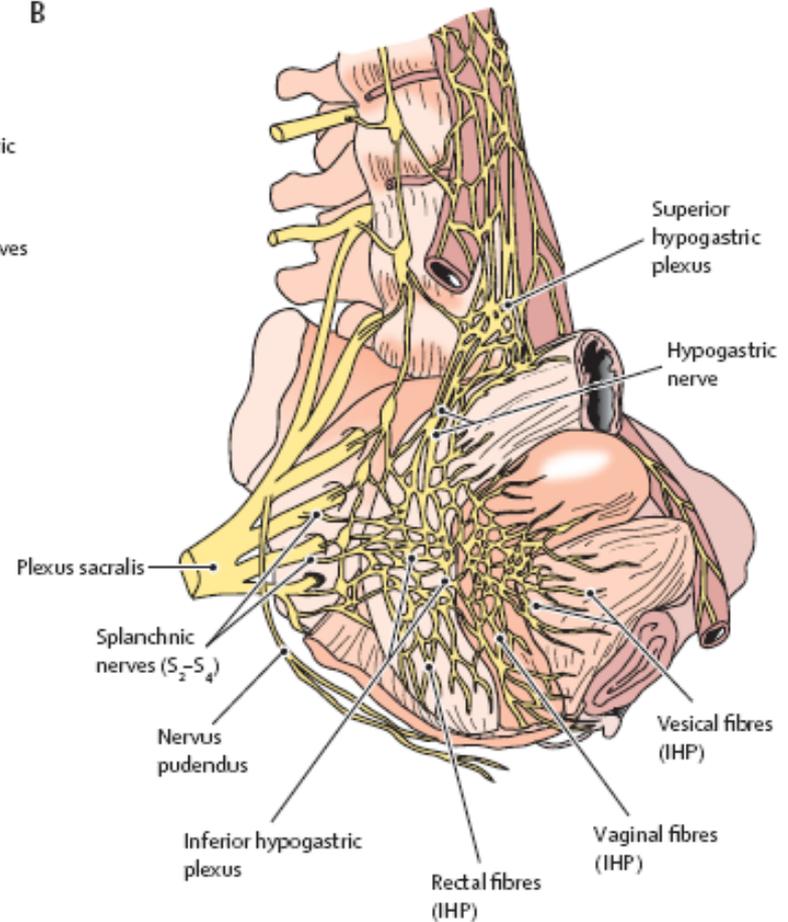


Hystérectomie radicale et lésions du système nerveux autonome

A



B





Effets secondaires de la radiothérapie

Curiethérapie :

- Leucorrhées
- Inflammation vaginale
- Irritation vaginale

Quick, IJGC 2012

Radiothérapie externe:

- Raccourcissement vaginal
- Atrophie/sténose vaginale
- Sécheresse vaginale
- Fibrose vaginale, diminution de l'élasticité vaginale
- Douleurs
- Insuffisance ovarienne

Jenssen, Int J Radiat Oncol Biol Phys 2003

Effets secondaires de la chimiothérapie

- 
- Asthénie
 - Nausées
 - Vomissements
 - Mucite
 - Alopécie

 - Modification du profil hormonal s'apparentant à une ménopause précoce :
 - Bouffées de chaleur
 - Sécheresse vaginale
 - Prise de poids
 - Vieillesse cutané,
 - Troubles génito-urinaires
 - Trouble de l'humeur

Chirurgie et conséquences psychologiques

La chirurgie :

- Connaissances approximatives
- Cicatrice +/- étendue → esthétisme, drains, poches
- Sensations internes inconnues, inquiétantes

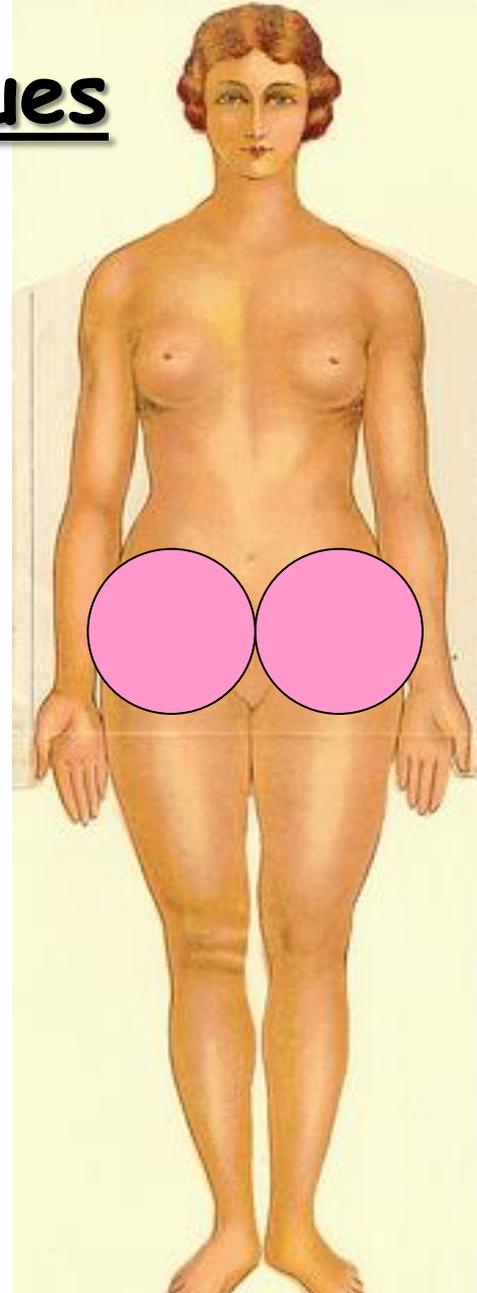
Hoarau, Psycho-Oncol 2009

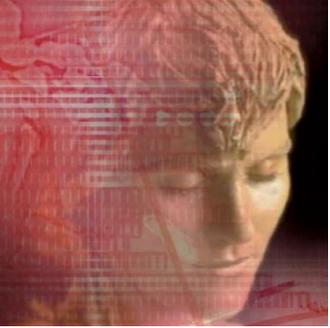
- Atteinte réelle du corps ≠ atteinte Image inconsciente du corps

Reich, Psycho-Oncologie 2007

- Investissement différent dans l'image inconsciente du corps en fonction de l'histoire de chacune

→ *retentissement psychique différent*





- Représentations en lien avec leur histoire personnelle gynécologique, maternelle, sexuelle, et les évènements de vie
 - Deuil de la fonction de reproduction subjective
 - Organes qui ne "servent plus à rien"
 - Réactivation du deuil de projet d'enfant

Poinsot, Rev francoph Psycho-oncologie 2005





- **Conséquences de la chirurgie**

- Atteinte de l'intégrité corporelle, vécu de mutilation, intrusion (chirurgie, curiethérapie, examens), altération de l'identité féminine
- Sentiment de ne plus être attirante, de ne plus être complètement une femme
- Conséquences relationnelles et sexuelles
- Sentiment d'étrangeté à soi-même, difficulté dans le rapport à son propre corps...

→ *Remaniements et réinvestissement d'une identité de femme, "avant-après"*



Constats

- Les patientes n'abordent pas spontanément leurs difficultés sexuelles lors des consultations (pudeur, gêne, honte, peur du ridicule...)
- Difficultés de communication chez les soignants, par manque de formation, de connaissance, tabou personnel...
 - « *Le matériel sexologique, si on ne va pas le chercher, ne se dévoile pas spontanément.* »
(E. Hirsch)

Comment aborder le sujet de la
sexualité avec les patientes ?



Créer un climat de confiance

- Choisir le bon moment
 - Emprunter un ton adéquat
 - Empathie, chaleur, humour
- A chaque médecin ou psychologue d'inventer la manière de dialoguer, variable selon chaque patiente et son contexte.
- Il existe de nombreux mots pour désigner l'acte sexuel. Reprendre les termes employés par la patiente elle-même.



Evaluer les troubles



- Oser les questions
 - *Comment va votre mari? La maladie a-t-elle modifié votre vie intime?*
- Effet libérateur de la parole
- Identifier l'origine de la dysharmonie sexuelle
 - Patiente et/ou du conjoint?
 - Pb fonctionnels, conséquences des traitements, maladie elle-même?
 - Pb psychologiques (anxiété, dépression, perturbation de l'image corporelle, peur, blocages...)
- Difficultés sexuelles ou conjugales antérieures
- Pour certains couples, permet d'abandonner définitivement une sexualité vécue comme contraignante



Evaluation objective

Questionnaires multiples

- *The Female Sexual Function Index (FSFI)*
- *The Female Sexual Distress Scale (FSDS)*
- *The Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS)*
- *The Maudsley Marital Questionnaire (MMQ)*
- *the Symptom Checklist-90 (SCL-90)*
- *EORTC QoL-CX24 module*

Cancer et sexualité : Quand l'aborder avec le patient et le couple ? *

* Tout au long d'un véritable « PARCOURS PERSONNALISÉ de SOINS en ONCO-SEXOLOGIE » avec à chaque étape ses priorités pour le patient et le soignant.

☛ Prévoir et systématiser un espace temps et des supports d'évaluation et d'information permettant d'aborder ce sujet

Moment	Annonce	Traitement	Sortie	Après Cancer
Enjeu	Légitimer	Prévenir	Encourager / Autoriser	Réadaptation
Action	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Information Prévention</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Prise en charge Information Prévention</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Bilan Information Prévention</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Prise en charge Information Prévention</div>
Quels professionnels de santé concernés en priorité ?	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Oncologues, Spécialistes d'organes, Médecins généralistes, IDE Dispositif annonce...</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Cancérologues, IDE de soins, Médecins généralistes...</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Cancérologues, Spécialistes d'organes IDE coordinatrice...</div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">Médecins généralistes, Associations, Ligue...</div>
	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; background-color: #e0f2f7;">Phase d'annonce ☞ Page 14</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; background-color: #e0f2f7;">Phase de traitement spécifique ☞ Page 15</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; background-color: #e0f2f7;">Phase de sortie ☞ Page 16</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center; background-color: #e0f2f7;">Phase de surveillance ☞ Page 17</div>



Relation médecin-patient Informé et accompagner

- Être conscient que les connaissances anatomiques des femmes sont limitées et qu'il est nécessaire de leur faire comprendre avec exactitude ce que le traitement va modifier
- Bien parler des effets II des traitements, de leur évolution au cours du temps
- Aborder la difficulté de reprise des rapports des deux partenaires
- Soulager les femmes du sentiment de culpabilité (HPV)
- Parler de la culpabilité à l'égard de la perte du projet de grossesse, le cas échéant



Relation médecin-patient Traitement des effets II

- Sécheresse vaginale: lubrifiants, crèmes hydratantes
- Atrophie vaginale: dilatateurs
- Chirurgie reconstructrice (vagin, vulve)
- Psychothérapie
- Sexothérapie ...

- *Et ne pas oublier la souffrance éventuelle du partenaire!*



Instaurer une prise en charge adaptée

- Œuvrer pour redonner au couple confiance et sérénité
- Prodiguer des encouragements, des conseils pratiques
- Permettre au couple de retrouver une intimité à travers la tendresse, les moments érotiques et sensuels
- "Resensualisation progressive" (E. Hirsh)

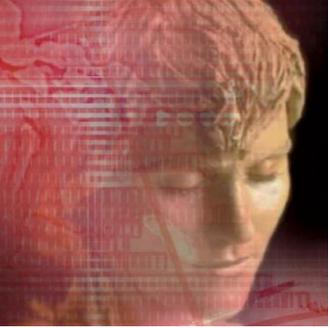
Le simple fait de mettre une parole sur la sexualité stimule souvent la sexualité des couples.



Restaurer l'image du corps

- La femme doit se réappropriier son corps et sa féminité:
 - Retrouver un sentiment de maîtrise du corps
 - Restaurer des points de repères corporels
 - Induire, explorer des sensations agréables pour retrouver un corps-plaisir

→ *Les techniques psycho-corporelles sont indiquées :
relaxation, sophrologie, massages...
pratiquées par des professionnels qualifiés.*



Prévenir les effets secondaires des traitements

- Limiter la radicalité de l'hystérectomie ou de la trachélectomie pour les « petits » cancers du col

Le risque d'atteinte paramétriale est minimal pour les tumeurs <2cm, sans embole, envahissant <10mm du stroma et pN0.

Frumovitz M et al. 2009



Less radical surgery than radical hysterectomy in early stage cervical cancer: a pilot study.

(Laparoscopic lymphadenectomy followed by a simple vaginal hysterectomy in sentinel lymph node (SLN) negative early cervical cancer patients.)

- Sélection des patientes sur facteurs favorables
 - IA1 avec ELV
 - IA2 et IB1 avec tumeur <20mm et invasion stromale <50%
- 60 stages IA1-IB1
- 5 patientes avec GS+ (8,3%)
- Suivi médian = 47 mois (12-92)
- Pas de récurrence
- Morbidité faible



Less radical fertility-sparing surgery than radical trachelectomy in early cervical cancer.

(Laparoscopic lymphadenectomy with SLN biopsy followed by large cone or simple trachelectomy.)

- 26 patients (IA2-IB1)
- 4 FS were positive (15.4%) → Wertheim RH type III
- Median follow-up was 49 months (18-84).
- 1 central recurrence was observed 14 months after surgery.
- 15 women planned pregnancy, 11 women became pregnant, and 7 women delivered eight children.



Late morbidity following nerve-sparing radical hysterectomy

- Enquête prospective
- Patientes opérées d'un cancer du col utérin, sans radiothérapie post-opératoire.
- Bilan à T0 et à 6 mois
- Urinaire, sexualité, digestif

There were significant differences ($p < 0.05$) between groups following NS and type C or D RH in changes of following parameters: **defecation regularity, receptivity to sexual activity, urinary incontinence, nocturia, and straining to void**

Table 3

Changes in self-reported parameters after radical hysterectomy in the whole group as evaluated using McNemar test.

Variable	Change			McNemar test
	Improve	No change	Worsen	p-value
Δ(Defecation straining)	7	39	20	0.033006
Δ(Defecation regularity)	3	43	22	0.000579
Δ(Defecation frequency)	3	47	13	0.020921
Δ(Use of laxatives)	0	46	14	0.000911
Δ(Flatulence incontinence)	0	49	12	0.000532
Δ(Stool incontinence)	2	49	5	0.414216
Δ(Sexual intercourse)	4	41	5	0.738883
Δ(Frequency of sexual intercourse)	2	27	9	0.057780
Δ(Sexual fantasies)	1	43	6	0.102470
Δ(Sexual subjective excitement)	3	36	2	0.654721
Δ(Receptivity to sexual activity)	0	39	8	0.205903
Δ(Masturbation)	1	42	6	0.102470
Δ(Frequency of masturbation)	1	5	1	1.000000
Δ(Genital lubrication)	2	37	9	0.057780
Δ(Dyspareunia)	10	33	3	0.083265
Δ(Orgasmic disorder)	3	44	1	0.317311
Δ(Urinary incontinence)	2	43	21	0.000967
Δ(Urinary urgency)	9	40	11	0.808365
Δ(Nocturia)	2	39	19	0.002700
Δ(Loss of bladder sensation)	6	38	19	0.038947
Δ(Straining to void)	0	22	44	0.000000



Quality of life and sexual, bladder, and intestinal dysfunctions after class III nerve-sparing and class II radical hysterectomies: a questionnaire-based study.

Étude rétrospective

- Piver II (n=51) vs NS Piver III (n=76)
- Stades Ib - IIB
- Recul median 22 mois
- Score de qualité de vie FACT-Cx

TABLE 2. Comparison of CC-specific symptom scores, after class II RH and III NSRH evaluated with FACT-Cx subscale

	No. Patients Who Answered	Group 1 Mean Item Score, % Answering	Group 2 Mean Item Score, % Answering	Difference	95% CI of the Difference	<i>P</i>
Cx1: I am bothered by discharge or bleeding from my vagina	99	0.38 (73.5)	0.98 (73.5)	-0.59	(-1.12) - (-0.065)	0.02
Cx2: I am bothered by odor coming from my vagina	108	1.05 (81.6)	1.50 (80.0)	-0.45	(-1.00) - (0.109)	NS
Cx3: I am afraid to have sex	110	1.02 (85.7)	1.09 (80.0)	-0.06	(-0.06) - (0.46)	NS
B4: I feel sexually attractive	109	1.6 (81.6)	1.3 (81.2)	0.36	(-0.10) - (0.84)	NS
Cx4: My vagina feels too narrow or short	106	0.85 (85.7)	1.3 (80.0)	-0.50	(-1.03) - (0.03)	0.06
BMT7: I have concerns about my ability to have children	94	0.36 (61.2)	0.83 (75.0)	-0.46	(-1.06) - (0.13)	NS
Cx5: I am afraid the treatment may harm my body	103	0.45 (67.3)	0.75 (82.5)	-0.30	(-0.79) - (0.18)	NS
BL4: I am interested in sex	118	1.5 (85.7)	1.32 (90.0)	0.18	(-0.27) - (0.63)	NS
C7: I like the appearance of my body	124	2.0 (91.8)	1.84 (93.7)	0.20	(-0.19) - (0.60)	NS
Cx6: I am bothered by constipation	117	1.7 (85.7)	2.01 (88.7)	-0.25	(-0.78) - (0.28)	NS
C6: I have a good appetite	125	2.6 (91.8)	2.63 (95.0)	-0.00	(-0.34) - (0.32)	NS
BL1: I have trouble controlling my urine	123	0.95 (89.8)	1.04 (93.7)	-0.08	(-0.61) - (0.44)	NS
BL3: It burns when I urinate	123	0.22 (89.8)	0.21 (93.7)	0.01	(-0.21) - (0.24)	NS
Cx7: I have discomfort when I urinate	123	0.15 (89.8)	0.34 (93.7)	-0.18	(-0.46) - (0.09)	NS
HN1: I am able to eat the foods that I like	125	3.1 (91.8)	2.99 (95.0)	0.12	(-0.22) - (0.47)	NS



Prévenir les effets secondaires des traitements

- Traitements conservateurs des ovaires, de l'utérus
- Développer la chirurgie mini-invasive (coelio, robot)
- Reconstruction
- Oncoplastie
- Mieux cibler les indications de radiothérapie (PORTEC)



Conclusion

- Dialoguer sur la sexualité avec les patientes, les couples.
- Porter une attention particulière aux *femmes jeunes* (désir de maternité), *célibataires* (désir de trouver un partenaire après la maladie).
- Instaurer des prises en charge spécifiques en équipe pluridisciplinaire.
- Poursuite de l'étude de l'impact des cancers gynécologiques et des traitements sur la sexualité