



La vie après un cancer du sein : les désirs

Désir de plaisir et désir de grossesse

Sexual desire, pregnancy desire

Mots-clés : Sexualité – Cancer du sein – Soins de support – Oncofertilité – Oncosexologie.

Keywords: Female sexuality – Breast cancer – Supportive care – Oncofertility – Oncosexology.

M. Chevret-Méasson*

Désir sexuel, désir de grossesse : même problématique ?

La possibilité de prévenir de possibles infertilités définitives et de préserver la sexualité future des femmes jeunes est-elle envisagée avant tout traitement anticancéreux ?

Nous choisissons de séparer totalement le versant fertilité du versant érotique et relationnel de la sexualité. En effet, pour ces jeunes femmes, la préservation de la fertilité après un cancer du sein nécessite des techniques de procréation médicalement assistée à mettre en place en urgence avant les traitements anticancéreux.

Désir de grossesse

L'augmentation du nombre de patientes en âge de procréer, la nette diminution de la mortalité grâce aux nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques, les nombreuses études ayant établi que la grossesse survenant après un cancer du sein n'augmentait pas le risque de récurrence et ne péjorait pas le pronostic (1), poussent les médecins à une nouvelle écoute des demandes de survivantes de moins de 40 ans.

La plupart de ces traitements efficaces ont des effets secondaires altérant ou supprimant la fertilité, et un certain nombre de ces femmes sont plus affectées par cette infertilité que par toutes les autres modifications psychosexuelles – comme la modification de l'image du corps, souvent prise en compte –, conséquences de leur traitement (2).

À l'annonce du diagnostic de cancer du sein, la patiente sous le choc et le médecin préoccupé par le choix de la thérapeutique peuvent éluder la question de la fertilité, y compris chez les patientes jeunes. La plupart des personnes traitées pour cancer ne reçoivent ni les informations adéquates ni l'aide nécessaire pour la reproduction (3).

Cependant, des groupes multidisciplinaires ont étudié la problématique d'infertilité et ont proposé des solutions diverses dans les procédures de préservation de la fertilité (4). Enfin, des recommandations ont été publiées qui font déjà référence. La nécessité d'un

réseau multidisciplinaire avec des protocoles rodés est obligatoire pour que ces traitements soient de réelles possibilités et non de simples vœux pieux, car une préservation des embryons ou des ovocytes avant les traitements demande que les équipes de PMA et de cancérologie puissent travailler ensemble dans l'urgence.

Le rôle des psychiatres et/ou des psychologues attachés à ces services est fondamental pour aider ces femmes et ces couples à peser les différents éléments pour prendre une décision difficile dans le contexte. Il s'agit parfois de montrer le paradoxe consistant à ignorer l'avenir, c'est-à-dire la vie par une focalisation sur la bataille contre la mort. Attitudes souvent regrettées ensuite : *“Je n'étais pas prévenue que je serais ménopausée définitivement et que je devrai faire le deuil d'une grossesse et d'un enfant, car le service d'adoption nous a prévenus qu'avec un cancer, il était impossible de postuler.”* Les psys impliqués dans les services peuvent permettre aux équipes d'accepter certaines demandes, comme celle d'un couple ayant déjà trois enfants, comme aussi légitime que celle d'une nullipare.

D'après l'Observatoire national français, on trouve 0,3% des cancers du sein dans la tranche d'âge avant 30 ans et 5,3% dans la tranche des 30-39 ans (5). Dans l'étude de Huygue et al. (3), au moment du diagnostic, 43% des femmes de moins de 50 ans désiraient encore un enfant. Des experts estiment que 13 à 18% des femmes de moins de 45 ans désirent que leur fertilité soit préservée.

Dans l'annonce du diagnostic, profiter de l'information sur les effets secondaires des traitements pour parler de ménopause précoce non réversible, d'infertilité ou de stérilité éventuelle est possible. Cette attitude permet de dépister rapidement les patientes intéressées par des mesures de préservation de la fertilité et d'activer rapidement les réseaux.

Les traitements utilisés sont les cryoconservations d'embryons (25 à 30% des grossesses) ou les cryoconservations d'ovocytes ou même d'ovaires, ces deux derniers traitements restant encore expérimentaux. La congélation d'embryons, méthode de choix, nécessite la présence de sperme, soit du partenaire consentant, soit d'un donneur si la femme est célibataire. Dans ce cas, les règles des CECOS (Centres d'études et de conservation des œufs et du sperme) et de l'assurance maladie, et la législation française sont autant d'obstacles pour une femme avec désir d'enfant mais n'ayant pas encore de père possible pour le projet d'enfant : *“C'est une double peine”, m'a dit, effondrée, une jeune patiente.*

* Hôpital Femme Mère Enfant, Lyon-Bron.

Il est extrêmement important que les soignants appliquent des attitudes systématiques et qu'ils ne soient pas tentés de réagir dans leurs systèmes inconscients (*"Elle a déjà 3 enfants... Elle est lesbienne... Elle a des réactions infantiles... Avec un mari comme ça!"*).

La question la plus compliquée est celle du risque encouru par cet enfant de se retrouver orphelin, cette question étant beaucoup plus celle du législateur que celle du médecin. C'est une question de droits de l'homme, une question de société qui va bien au-delà des perceptions personnelles sous-tendues par la morale, la religion, et l'histoire personnelle de chacun des soignants.

Désir de plaisir ou désir de retrouver une vie sexuelle érotique et relationnelle

Il existe une difficulté particulière de penser la sexualité érotique d'une patiente dans les conditions médicales vitales.

La dichotomie encore bien présente selon laquelle la sexualité masculine est principalement biologiquement enracinée alors que la sexualité féminine est principalement psychologique est en partie responsable des différences masculin-féminin dans les progrès de la recherche sur les dysfonctions sexuelles, et sur l'apparition sur le marché de produits pharmacologiques efficaces.

Intégration et sexualité antérieure

Négliger les aspects biologiques des problèmes sexuels féminins entraîne une méconnaissance de la physiopathologie de nombreuses dysfonctions sexuelles chez les femmes. Cependant, les interventions médicales ou chirurgicales peuvent être déclarées totalement responsables des problèmes féminins alors qu'il s'agit de l'augmentation d'un problème féminin ou conjugal préexistant. Une recommandation pratique pour augmenter l'*impact factor* positif sur les soins et pour éviter des actions légalistes coûteuses et déplaisantes est de questionner sur la sexualité et les éventuelles dysfonctions avant toute prescription médicale ou intervention chirurgicale et de consigner les informations recueillies dans le dossier (6).

Prévalence des dysfonctions sexuelles féminines

Les problèmes sexuels féminins ont une prévalence de 43% (incluant les dysfonctions, les peurs) et sont associés à une mauvaise qualité de vie, un niveau d'études faible, une estime de soi basse, une mauvaise image du corps, la dépression et l'anxiété (7).

Cependant, le point important est la détresse associée au symptôme, qui n'existe que chez un tiers à la moitié de ces femmes (8).

Pistes pour prendre en compte les droits à une santé sexuelle

Avec les progrès de la cancérologie, nous sommes passés du pronostic vital au pronostic vital et fonctionnel. L'importance de la sexualité relationnelle de la femme après un cancer est une nécessité pour tous ceux qui s'occupent de santé et de qualité de vie. Des études ont montré que sur ces 20 dernières années, la fréquence des relations sexuelles et de la satisfaction sexuelle chez les femmes de plus de 50 ans sont les changements les plus importants des comportements sexuels (9). Ce changement sociétal et l'obligation

d'information aux patients nous obligent à ne pas éluder la question de la santé sexuelle des patients atteints de maladies chroniques et donc de cancers (10).

La santé sexuelle : définition de l'OMS (2000)

"La santé sexuelle est l'expérience de bien-être physique, psychologique et socioculturel relatif à la sexualité. La santé sexuelle est naturellement dans l'expression libre et responsable de ses capacités sexuelles encourageant le bien-être personnel et social et enrichissant la vie individuelle et sociale... Pour que la santé sexuelle soit atteinte et maintenue, il est nécessaire que les droits sexuels de chacun soient reconnus et maintenus..." (11)

Les droits sexuels font directement allusion aux droits des personnes âgées, des malades chroniques et des handicapés.

La sexualité féminine est multifactorielle

Des facteurs biologiques, psychosexuels (le développement psychologique comprenant aussi la maltraitance et les abus sexuels), contextuels (dynamique du couple, questions socioculturelles) coexistent dans des proportions variables selon les périodes de la vie. Chacun comprend que le diagnostic de cancer peut influencer négativement sur la sexualité; les études épidémiologiques montrent que la longue durée d'une relation est un facteur de diminution du désir. Ainsi, un problème de désir lié à l'aspect brutal de l'arrêt hormonal d'une ménopause provoquée peut retentir gravement sur la vie sexuelle d'une femme en couple depuis de longues années et être presque gommé par une nouvelle relation amoureuse chez une autre. Les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les cancers sont les désirs sexuels très diminués dès l'annonce et/ou les traitements et le manque de lubrification vaginale responsable de douleurs et entretenant le manque de désir par la peur de la douleur chez les deux membres du couple.

Les éléments prédictifs les plus pertinents pour la santé sexuelle des femmes après un cancer du sein sont l'absence de sécheresse vaginale, le bien-être émotionnel, l'image du corps, la qualité relationnelle avec le partenaire et l'absence de dysfonctions sexuelles chez le partenaire (12).

Les traitements et adjuvants possibles

Nous sommes à l'aube des traitements pharmacologiques pour les femmes. Actuellement, la seule AMM concerne le patch à la testostérone dans les ménopauses chirurgicales et avec traitement d'œstrogènes, totalement contre-indiqués dans les cancers du sein. Des molécules hors AMM comme les IPDE5 devraient être testées. La flibansérine, agoniste des récepteurs 5-HT_{1A} et antagoniste des récepteurs 5-HT_{2A}, peut être une piste prometteuse, mais les résultats ne sont pas encore communiqués.

Des aides instrumentales existent, comme le vacuum à clitoris ou des vibromasseurs pour augmenter l'excitation et réveiller la sensibilité. Des traitements locaux (lubrifiants, gels hydratants, crèmes stimulantes contenant de la L-arginine, du menthol, ou différentes plantes) peuvent être proposés comme adjuvants.

La priorité reste l'information et l'éducation

Et celle-ci, pour être efficace, suppose de laisser s'exprimer les idées, les peurs et les fausses croyances, pour les rectifier et sortir des mythes (*"La sexualité nuit à la santé et donc à la guérison, c'est un luxe inutile pendant les traitements"*; *"La sexualité avec des adjuvants n'est pas spontanée donc n'est pas une sexualité*

réelle...”). La sexualité est du côté de la vie, du plaisir et de la relation. Si des séances d'information ont lieu, les proposer aux couples est fondamental pour que chacun ose ensuite en parler. Le point clé est de comprendre et d'expliquer à nos patientes et à leurs conjoints que le plus souvent, ces symptômes sont multifactoriels et que l'ajout d'un nouvel élément (iatrogénique, psychologique, contextuel ou conjugal) sur une somme de facteurs biologiques perturbés peut faire basculer dans le symptôme et la chronicité, alors que chacun de ces facteurs biologique, psychologique, relationnel ou

iatrogénique ne pourrait à lui seul créer le symptôme (13). Les aider à sortir du tout ou rien : la perte partielle dans la fonction sexuelle n'implique pas la perte de toute sexualité ; l'enjeu est celui de l'adaptation qui va permettre de sortir de l'anxiété, renforcer l'estime de soi, chasser la dépression et la culpabilité pour recréer un lieu d'intimité différent, qui est parfois une véritable nouvelle chance (14). À la lecture de toutes les études – non randomisées –, deux éléments ressortent : la qualité relationnelle avec le partenaire et la lubrification vaginale (facilement compensée). ■

Références bibliographiques

- [1] Lobo RA. Potential options for preservation of fertility in women. *N Engl J Med* 2005;353(1):64-73.
- [2] Schover LR. Reproductive complications and sexual dysfunction in cancer survivors in Ganz PA, ed *cancer survivorship: today and tomorrow*. NY: Springer;2007:251-71.
- [3] Huyghe E, Sui D, Odensky E, Schover LR. Needs assessment survey to justify establishing a reproductive health clinic at a comprehensive cancer center. *J Sex Med* 2009;6:149-63.
- [4] Lee SJ, Schover LR, Partridge AH, Patrizio P, Wallace WH, Haggerty K. American Society of Clinical Oncology recommendations on fertility preservation in cancer patients. *J Clin Oncol* 2006;24:2917-31.
- [5] Cutuli B, Cottu PH, Guastalla JP, Mechin H, Costa A, Jourdan R. A french national survey on infiltrating breast cancer: analysis of clinicopathological features and treatment modalities in 1159 patients. *Breast Cancer Res Treat* 2006;95(1):55-64.
- [6] Graziotin A. Ch 26. Iatrogenic and post-traumatic female sexual disorder. Porst H, Buvat J eds. *Standard Practice in Sexual Medicine*. Oxford. Blackwell Publishing, 2006.
- [7] Delbes A. Du veuvage à l'isolement. *Gérontologie et Société* 2000;95:11-26.
- [8] Laumann EL, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;10:537-45.
- [9] Bancroft J. Distress about sex: a national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav* 2003;32:193-204.
- [10] Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. *Sexual medicine: 2nd international consultation on sexual dysfunctions*. Paris ED 2004.
- [11] Giami A. Sexual health: the emergence, development and diversity of a concept. *Annu Rev Sex Res* 2002;13:1-35.
- [12] Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999;17:2371-80.
- [13] Lewis FM, Cochrane BB, Flechter KA, Zahlis EH, Shands ME, Gralow JR. Helping her heal: a pilot study of an educational counselling intervention for spouses of women with breast cancer. *Psychooncology* 2008;17(2):131-7.
- [14] Dennerstein L. Confronting the challenges: epidemiological study of female sexual dysfunction and the menopause. *J Sex Med* 2005;(Suppl. 3): 118-32.