Sexualité et cancer

Introduction : *ce qu'il faut savoir /les problèmes de communication /annonce du contenu de la brochure* (Pierre Bondil)

La sexualité fait partie de votre sphère privée et intime. Elle ne répond pas à des normes, mais à une variété de pratiques et d'attitudes selon les personnes et pour une même personne, selon le moment et les circonstances. Ce qui importe, pour vous et votre partenaire, est-ce qui vous procure à chacun une satisfaction dans vos relations. Une relation intime est quelque chose de vivant qui doit sans cesse être réinventée. La sexualité est un processus qui engage bien plus que nos corps, il engage aussi nos cœurs et nos esprits. Ce qui explique peut-être pourquoi la majorité des gens, à juste titre, y attache de l'importance.

Le cancer et ses traitements peuvent avoir d'importantes conséquences sur la sexualité. Même si ces bouleversements sont temporaires, il est nécessaire de vous donner des explications et de répondre à vos questions et à vos inquiétudes.
Par pudeur ou pour d'autres raisons, il arrive que des femmes et des hommes n'osent pas poser les questions qu'elles ou ils trouvent embarrassantes et ne parviennent pas à trouver les mots pour parler de ce qui les concerne ni à trouver les interlocuteurs qui pourraient les aider .

Ce document vous est destiné quel que soit votre âge, quelle que soit votre vie sexuelle, que vous soyez célibataire ou en couple. Il peut aussi intéresser votre partenaire et a pour but :

- de vous informer des effets secondaires de la maladie cancéreuse et de ses traitements qui peuvent modifier votre vie sexuelle ;
- de vous donner des conseils ;
- de vous orienter vers différents professionnels capables de vous écouter, de dialoguer avec vous et de répondre aux questions que vous vous posez.

Rappels physiologiques :

La sexualité chez la femme et chez l'homme correspond à quatre phases :

- **Le désir** (libido*) : intérêt porté à la relation sexuelle ou à l'attirance vers votre partenaire;

- **L'excitation :**

  - chez la femme résulte de caresses, de fantasmes, ou autres sollicitations. Cette excitation se caractérise spécifiquement par la lubrification du vagin. Elle entraîne des modifications physiologiques avec accélération du cœur et de la respiration,

  - L'excitation chez l'homme, est surtout le résultat de stimulations visuelles, mais aussi de caresses, de fantasmes. Cette excitation se caractérise spécifiquement par l'érection du pénis (verge) et par une accélération du cœur et de la respiration

- **L'orgasme** (le plaisir) : correspond au point culminant du plaisir sexuel.

- **La résolution :** est la phase de détente agréable qui suit l'orgasme. Il est physiologiquement impossible à l'homme d'obtenir une nouvelle érection avant un certain délai, c'est ce que l'on appelle la "période réfractaire". Cette période peut aller de quelques minutes (à l'âge de 20 ans) à quelques jours (après 70 ans).

Le désir sexuel chez l'homme

L'hormone mâle appelée testostérone détermine les caractères sexuels de l'homme (barbe, voix grave…), la conduite sexuelle et l'érection. Cette hormone est produite par les testicules et à un degré moindre par des petites glandes (les surrénales) situées au-dessus des deux reins. La sécrétion de la testostérone est sous l'influence d'une autre hormone sécrétée par une glande appelée hypophyse située à la base du cerveau, elle-même en relation avec une zone du cerveau, l'hypothalamus.

- **L'érection :** L'érection est la résultante de la présence de testostérone et d'une stimulation du cerveau. Ce dernier envoie un signal qui chemine par la moelle épinière jusqu'aux nerfs du bassin (bas ventre) vers la région génitale. Une partie de la verge - les corps caverneux - va recevoir le signal et se remplir de sang. La pression de ce sang va aboutir à une érection.

- **L'orgasme :** L'orgasme est le paroxysme du plaisir sexuel chez l'homme comme chez la femme. Chez l'homme, il est associé à l'émission du sperme appelée éjaculation. Celle-ci se manifeste par des contractions rythmiques et involontaires de muscles qui vont expulser le sperme en cinq ou six jets hors du méat urinaire (l'orifice au bout du pénis). Ce n'est ni l'émission du sperme ni son volume qui provoque l'intensité de l'orgasme. L'orgasme est une jouissance qui se vit dans le cerveau d'une part (composante psychique) et dans le corps par les contractions rythmiques dans la région du sexe d'autre part (composante somatique ou corporelle). Il est parfaitement possible de jouir sans émettre de sperme, ce qui est le cas des jeunes avant la puberté ou de certains hommes opérés de la prostate (éjaculation rétrograde).

- **La résolution :** la résolution est le retour à l'état de départ quelques minutes après l'orgasme. A la phase de résolution l'érection disparaît assez rapidement car l'apport de sang artériel dans les corps caverneux va se réduire.

Le désir sexuel chez la femme

II est faux de penser que les œstrogènes et la progestérone produites par les ovaires provoquent le désir sexuel chez la femme. Beaucoup de femmes craignent qu'à la ménopause*, au moment où il y a cessation de l'activité ovarienne, le désir sexuel ne disparaisse. A elle seule la privation de ces hormones ne diminue pas le désir sexuel.

Ce sont les androgènes* qui permettent à la femme de ressentir le désir sexuel. Les androgènes sont l'équivalent chez la femme des hormones produites par les testicules chez l'homme. Chez la femme, les androgènes sont produites, pour moitié par les glandes surrénales situées au sommet des reins, et pour l'autre moitié par les ovaires.

Lors de la ménopause, les glandes surrénales continuent de produire des hormones. Une petite quantité d'androgènes est suffisante pour engendrer du désir. Chez la plupart des femmes, le désir sexuel subsiste malgré des variations hormonales liées au cycle menstruel, à la grossesse, à la contraception et à la ménopause.

Ce sont les œstrogènes qui interviennent dans les modifications anatomiques du vagin (humidité, longueur, largeur) lors de l'excitation. Lorsque le taux hormonal d'œstrogènes est bas au moment de la ménopause par exemple malgré un désir sexuel important, le vagin peut rester étroit et sec. Dans ce cas, on parle d'atrophie vaginale.

Le système nerveux envoie un message de plaisir au cerveau, lors de l'excitation sexuelle. L'orgasme se déclenche au moment où le signal est le plus intense. Durant l'orgasme, les muscles du périnée se contractent. Le relâchement musculaire provoque des ondes de plaisir dans la région génitale et au-delà, de la détente et de la satisfaction.

Il n'y a pas de comportement sexuel stéréotypé. Des excitations de toutes sortes et différentes d'une femme à l'autre permettent d'atteindre l'orgasme. L'orgasme chez une même femme peut varier en intensité et en qualité. Une femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs.

Les effets des traitements du cancer sur la sexualité

Ces effets sont variables d'une femme à l'autre et d'un homme à l'autre. Certains troubles sont temporaires, d'autres définitifs (séquelles). Si certains aspects de la sexualité sont modifiés, vivre sa sexualité reste possible.

Une communication de qualité entre vous, votre partenaire, vos interlocuteurs médicaux doit vous permettre d'exprimer vos questions afin d'obtenir des réponses face aux difficultés rencontrées.

L'altération de l'image corporelle, le choc psychologique, la crainte de l'avenir, expliquent que beaucoup de patient(e) s et/ou leur partenaire ne s'intéressent pas aux problèmes sexuels liés à la maladie ou ne veulent pas les envisager.
A l'inverse, le manque d'information par les soignants sur les conséquences sexuelles de certains traitements, peut aboutir à une frustration et un dépit. Certains soignants sont parfois réticents à informer leurs malades de crainte de les voir refuser un traitement curatif. Il reste de la responsabilité de chacun d'accepter ou de refuser un traitement et l'on peut comprendre qu'une personne malade refuse une intervention qui la privera d'une sexualité qui parait essentielle pour sa vie.

Les troubles de la sexualité peuvent être plurifactoriels, il est important de faire un bilan médical afin d'en rechercher les causes. En effet, certaines pathologies présentes avant le cancer (maladies cardio-vasculaires ou neurologiques comme le diabète, syndromes anxio-dépressifs,…), certains traitements médicamenteux (antidépresseurs, morphine, anxiolytiques, anti-hypertenseurs…), et parfois certains facteurs psycho-sociaux (isolement, précarité, …) peuvent occasionner des troubles de la santé sexuelle, indépendamment du cancer ou de ses traitements. Il convient d'éliminer ces causes pour affiner le diagnostic et orienter vers la prise charge en oncosexualité. L'oncosexualité permet d'approcher des troubles de la santé sexuelle apparus depuis l'annonce du cancer ou au décours de l'évolution des traitements et de la maladie, du diagnostic à la phase palliative ou l'après-cancer

Les troubles psychologiques

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. Il est parfaitement

compréhensible qu'une personne ne soit plus intéressée par la sexualité quand il y a par ailleurs une menace sur la vie. Chez la femme comme chez l'homme, la crainte de ne plus pouvoir satisfaire son/ou sa partenaire peut favoriser un sentiment de culpabilité et interférer avec l'expression de son désir.
Une information appropriée, des conseils auprès de professionnels, un suivi psychologique sont souvent utiles.

Les troubles fonctionnels

Dans d'autres cas, les symptômes liés à la progression de la tumeur ou aux différents traitements, comme les nausées et la douleur, peuvent altérer une partie ou l'ensemble des relations sexuelles et l'intensité de l'orgasme. L'acte sexuel peut être douloureux chez la femme lorsqu'il y a sécheresse vaginale par exemple. Chez l'homme, une diminution de l'intensité de l'orgasme peut aller de pair avec une perturbation de l'éjaculation. Une irritation de l'urètre ou de la prostate à la phase aiguë du traitement (radiothérapie par exemple) peut rendre l'éjaculation douloureuse.

- Les effets des traitements du cancer sur la sexualité **chez l'homme** :
  - Après un traitement chirurgical :
    - ☞ Les troubles de l'érection

Des opérations comme l'ablation complète de l'ensemble de la prostate, de la vessie étendue à la prostate, du rectum, peuvent altérer des nerfs et parfois des artères qui contrôlent l'acte sexuel notamment l'érection.
Elle peut devenir insuffisante ou impossible alors que la sensibilité de la peau de la verge et la sensation d'un orgasme peuvent rester normales. L'ablation complète de la prostate peut entraîner l'ablation de nerfs sectionnés lors de l'opération, d'où une insuffisance d'érection dans 60 % à 90 % des cas selon l'âge. Les patients jeunes conservent plus facilement une érection que les patients âgés.
Vouloir conserver à tout prix des fibres nerveuses, n'évite pas l'insuffisance érectile qui peut atteindre 30 % chez les patients de moins de 60 ans et 70 % chez ceux de plus de 70 ans. La chirurgie large du cancer de la prostate, du rectum et de la vessie altère rarement le désir. L'orgasme reste souvent possible bien que parfois diminué (voir le chapitre "comment améliorer certains de ces troubles ").

    - ☞ Les troubles de l'éjaculation :

Une opération complète de la prostate entraîne aussi l'absence de sperme, les cellules du sperme n'étant plus mélangées avec le liquide produit par la prostate. L'homme peut avoir un orgasme sans émission de sperme, c'est-à-dire qu'il n'aura que les contractions rythmiques et involontaires des muscles. Cela est également le cas après une intervention qui enlève dans le même temps, la vessie et la prostate.
D'autres interventions peuvent aboutir à une éjaculation "rétrograde", c'est-à-dire dans la vessie et non vers l'extérieur en raison du mauvais fonctionnement de la valve entre la vessie et l'urètre qui, en temps normal, se ferme au moment de l'éjaculation.
Ainsi, en urinant, l'homme produit une urine mélangée à son sperme qui peut être récupéré en cas de désir de fécondation. Le phénomène d'éjaculation rétrograde survient parfois après résection* (ablation localisée) de la prostate par les voies naturelles (à travers l'urètre), après une résection du rectum ou après l'ablation des ganglions lymphatiques autour de l'aorte dans certains cas de cancer testiculaire.
Dans ces trois opérations, des nerfs qui entourent ces organes peuvent être lésés par l'opération. Après ablation des ganglions autour de l'aorte, il peut se passer un à trois ans

avant récupération de l'éjaculation par les voies naturelles. Des médicaments peuvent éventuellement aider à combattre l'éjaculation rétrograde.

☞ La stérilité :

En cas d'ablation des deux testicules pour une tumeur bilatérale, un traitement substitutif par testostérone est nécessaire. L'ablation des deux testicules aboutit à une stérilité et non pas à des troubles de l'érection si un traitement substitutif est prescrit. Du sperme peut avoir été conservé préalablement dans une "banque de sperme", appelée CECOS, présente dans tous les grands hôpitaux.

- Après un traitement par radiothérapie *

La radiothérapie du bassin pour tumeur de la prostate, vessie, rectum, peut altérer les petites artères qui participent à l'érection, surtout en cas de dose élevée. Environ 30 % des hommes irradiés peuvent noter un an après l'irradiation, une altération de leur érection et ce d'autant plus qu'ils ont des artères altérées par un tabagisme, une hypertension artérielle ou un diabète. Ce chiffre peut monter jusqu'à 60 % pour les cancers de la prostate irradiés à forte dose.

- Après un traitement par chimiothérapie*

La chimiothérapie n'altère en principe pas les nerfs et les artères qui participent à l'acte sexuel (à l'exception peut-être de la Vincristine qui par sa toxicité neurologique peut entraîner une éjaculation rétrograde). La fatigue et le choc psychologique peuvent modifier le désir et l'érection pendant un temps donné mais reviennent à la normale au bout de quelques semaines. De façon générale, la libido* est modifiée durant toute chimiothérapie et quelques temps après en raison des différents effets secondaires observés (nausées, vomissements, mucite*…) Les modifications de l'image corporelle (perte de cheveux, site de chimiothérapie implantable visible) fragilisent psychologiquement l'homme qui peut ne plus se sentir désirable pour sa/son partenaire. La chimiothérapie altère rarement la sécrétion de testostérone. Elle peut diminuer la fertilité par action sur les spermatozoïdes.

- Après un traitement par hormonothérapie*

Un traitement hormonal qui perturbe la sécrétion de testostérone (cas du cancer de la prostate) entraîne une altération de l'acte sexuel.
C'est le cas des traitements qui bloquent les récepteurs à la testostérone ou qui diminuent le taux de testostérone dans le sang. Dans le premier cas, il s'agit d'anti androgènes, dans le deuxième cas, il s'agit d'hormones femelles (œstrogènes*) et surtout d'hormones analogues à celles produites par l'hypophyse et une région du cerveau appelée hypothalamus (analogues LH-RH). Il existe alors une diminution du désir, une insuffisance d'érection ou une altération de l'orgasme. Ce sont en particulier les œstrogènes (actuellement peu prescrits) qui peuvent entraîner une certaine féminisation (poussée mammaire, pilosité faciale diminuée). Les différents traitements hormonaux aboutissent à une baisse de la testostérone qui entraîne une disparition de la libido et donc du désir. Les traitements hormonaux peuvent provoquer des bouffées de chaleur gênantes.

- Les effets des traitements du cancer sur la sexualité **chez la femme** :

  - Après un traitement chirurgical :

☞ Hystérectomie totale

C'est une intervention pratiquée, entre autre, pour les cancers de l'utérus et de l'ovaire. Le chirurgien enlève l'utérus et le col de l'utérus situés au sommet du vagin, les ligaments qui les maintiennent en place dans le petit bassin, ainsi que la partie haute du vagin. Le raccourcissement du vagin, sauf si une grande partie du vagin a été enlevée, ne gêne pas l'acte sexuel car la phase d'excitation provoque un allongement du vagin. Dans ce cas le couple peut trouver, par des positions adaptées, celle qui donnera la sensation de plus grande plénitude du vagin.

Après avoir enlevé l'utérus, le chirurgien suture le vagin à son sommet. Contrairement à la peur exprimée par la femme, le vagin n'est pas un orifice béant dans le ventre après l'intervention.
Dans certains cas, très particuliers, le chirurgien proposera à une femme jeune de laisser les ovaires en place. Si un seul ovaire persiste, il produit suffisamment d'hormones pour éviter une ménopause* précoce. Après une hystérectomie, la femme n'est plus réglée.
L'utérus et le col de l'utérus ne sont pas nécessaires pour atteindre l'orgasme, qui n'est supprimé que si le chirurgien enlève les zones sensitives comme le clitoris ou la partie inférieure du vagin, ce qui est exceptionnel en cas de cancer de l'utérus.

Certaines femmes se sentent psychologiquement et sexuellement diminuées et moins féminines après l'ablation de l'utérus. Toutes les questions peuvent être posées au chirurgien avant l'intervention. Il peut être difficile de vider la vessie durant quelques semaines après l'intervention en raison de réactions post-opératoires. Une vessie pleine peut gêner l'acte sexuel. Votre médecin peut vous donner des conseils pour y remédier.

☞ Résection abdomino-périnéale

Elle est pratiquée pour les cancers de la partie basse du rectum qui est entièrement enlevée. Une colostomie est mise en place (abouchement du colon à la paroi de l'abdomen pour dériver le transit intestinal et les selles vers l'extérieur, dans une poche de recueil). Chez la femme, les rapports sexuels peuvent être douloureux et peu confortables en raison de la disparition du rectum qui soutenait le vagin en arrière L'orgasme n'est ni diminué ni absent. Le vagin peut être moins lubrifié si les ovaires ont été enlevés en même temps que le rectum. Dans ce cas, un traitement substitutif hormonal et/ou un lubrifiant local peuvent faciliter l'acte sexuel.
Le couple doit choisir certaines positions qui rendent l'acte sexuel plus facile. Ainsi, certaines femmes trouvent plus confortable de placer un coussin sous leur bassin lorsqu'elles sont couchées sur le dos. Une information claire sur ces troubles et leur possible régression ou maîtrise appelle votre attention et celle de votre partenaire afin de pouvoir faire face aux difficultés rencontrées et de pouvoir conserver une existence personnelle et sociale de qualité.

☞ Vulvectomie

Le traitement du cancer de la vulve nécessite souvent une chirurgie partielle ou totale : petites lèvres, grandes lèvres, clitoris, glandes de Bartholin, ganglions lymphatiques de l'aine.
Cette intervention entraîne donc la disparition de la partie externe du sexe de la patiente. Il existe de façon souvent transitoire une perte de la sensibilité de la partie basse du vagin. L'acte sexuel est possible, mais l'orgasme est difficile à atteindre en raison de l'ablation des zones érogènes.
Cette intervention mutilante entraîne chez certaines femmes la crainte d'être abandonnées par leur partenaire car la disparition de la partie externe du sexe peut être troublante. Des entretiens psychologiques peuvent être proposés à la femme et/ou au couple, pour

permettre d'exprimer les difficultés rencontrées et de faire face aux modifications de l'image corporelle.

☞ Ablation du vagin

Le vagin peut être enlevé si le cancer s'y est largement propagé. Une chirurgie réparatrice complexe est possible, mais peut nécessiter la mise en place quotidienne d'un dilatateur ou mandrin* vaginal pendant quelques minutes pour éviter une rétraction et un raccourcissement du vagin reconstruit. Par ailleurs, l'utilisation d'un gel lubrifiant est conseillée avant les rapports.
Des conseils d'hygiène locale sont donnés qui dépendent du type de chirurgie réparatrice.

☞ Exentération pelvienne totale

Cette chirurgie, la plus importante du petit bassin, est proposée en cas de cancer évolué. Elle aboutit à l'ablation de l'utérus, des ovaires, du vagin, de la vessie et du rectum. Deux stomies sont créées, (urines et selles). Les organes génitaux externes avec le clitoris sont conservés.
Cette chirurgie a des résonances psychologiques importantes. Après une chirurgie vaginale reconstructrice – qui n'est pas toujours réalisable – l'acte sexuel est possible avec orgasme.

☞ Cystectomie totale

Elle est pratiquée dans les cancers de la vessie. Le chirurgien enlève la vessie, l'utérus, le col de l'utérus, une partie du vagin et parfois l'urètre.
Le port d'une poche réservoir en plastique adhérente à la peau ou stomie* est nécessaire après une telle intervention, si le replacement de la vessie est impossible.

- Après un traitement de radiothérapie*

La sexualité de la femme est affectée par la radiothérapie pratiquée dans la zone pelvienne ("bas-ventre"), notamment après une irradiation externe (cobalt, accélérateur) ou après certaine curiethérapie (mise en place de corps radioactif dans le vagin et la cavité de l'utérus).

☞ Avant la ménopause

Les ovaires après irradiation sont mis au repos, ceci entraîne une aménorrhée (arrêt des règles) temporaire ou définitive selon la dose délivrée.
A forte dose, la radiothérapie entraînera une ménopause avec ses modifications : bouffées de chaleur, troubles du sommeil et sécheresse vaginale. Après de faibles doses de radiothérapie en zone pelvienne, les femmes traitées peuvent être à nouveau réglées

☞ Après la ménopause

Si la femme est déjà ménopausée, elle notera peu de changement en ce qui concerne d'éventuelles bouffées de chaleur.
La radiothérapie à forte dose pour le cancer de l'utérus par exemple, produit au niveau du vagin des effets secondaires, le rendant plus fragile et plus étroit. Il peut y avoir des saignements, parfois des douleurs, durant les rapports sexuels.
Afin d'éviter un rétrécissement du vagin, il est conseillé soit de poursuivre les rapports sexuels deux à trois fois par semaine soit d'utiliser un dilatateur qui peut être prescrit par le médecin.

Le rétrécissement peut en effet empêcher tout rapport sexuel ultérieur et tout examen gynécologique.
Les rapports sexuels sont-ils possibles pendant une radiothérapie pelvienne ?
-Dans quelques cas, oui. Il est préférable de poser la question à votre médecin.

- Après un traitement par chimiothérapie

Certaines chimiothérapies peuvent réduire le fonctionnement des ovaires de façon définitive ou temporaire selon le type de chimiothérapie et l'âge de la patiente (les personnes malades après 40 ans sont plus sensibles) induisant alors une stérilité. Les femmes ne souhaitant pas de grossesse doivent utiliser une contraception appropriée, car même si le cycle menstruel est interrompu, une grossesse est possible.
On peut retrouver les symptômes de la ménopause induite* souvent après un ou deux cycles de chimiothérapie : bouffées de chaleur, cycle menstruel irrégulier ou absent, sécheresse vaginale, atrophie vaginale.

Certaines chimiothérapies irritent toutes les muqueuses du corps (revêtement des cavités internes) comme la cavité buccale par exemple ou le vagin qui deviennent enflammés. Cette inflammation est appelée mucite*. De plus, il peut y avoir des poussées d'infection vaginale notamment des mycoses* avec des écoulements vaginaux occasionnant parfois des démangeaisons.
En cas de mucite et/ou d'infection vaginale, un traitement local peut être nécessaire car le système de défense immunitaire est diminué par la chimiothérapie. De même, il est conseillé de porter des culottes en coton et d'éviter de porter des pantalons trop serrés en cas d'infection vaginale.

Chimiothérapie et désir sexuel : de façon générale, la libido* est modifiée durant toute chimiothérapie et quelques temps après en raison des différents effets secondaires observés (nausées, vomissements, mucite…).

Les modifications de l'image corporelle (perte de cheveux, site de chimiothérapie implantable visible) fragilisent psychologiquement la femme qui peut ne plus se sentir désirable pour son/sa partenaire et induire également un malaise chez ce dernier.

A la fin de la chimiothérapie, dès que la patiente se sent mieux et que les effets secondaires disparaissent, le désir revient souvent à son niveau habituel.

- Après un traitement par hormonothérapie

Un traitement hormonal a pour but de neutraliser l'activité de certaines hormones notamment les œstrogènes chez la femme, dans le cas du cancer du sein et du cancer du corps de l'utérus.

Ce traitement peut être réalisé par :

- une action directe sur les ovaires qui sont mis au repos par chirurgie, radiothérapie ou des médicaments hormonaux. Ces traitements vont produire les symptômes de la ménopause, mais n'ont pas d'incidence sur le désir sexuel et l'orgasme. Les rapports sexuels ne déclenchent pas la sécrétion d'œstrogènes.

- des médicaments qui bloquent les récepteurs des œstrogènes des cellules. Parmi ceux-ci, le Tamoxifène est très souvent prescrit. Il peut entraîner des bouffées de chaleur, mais a une action voisine des œstrogènes sur le vagin (il favorise sa

lubrification d'où parfois un discret écoulement) et sur les os (prévention de l'ostéoporose).

- des progestatifs* qui stimulent l'appétit avec comme conséquence une prise de poids.

NB : Le Tamoxifène et les progestatifs peuvent parfois augmenter le risque de phlébite

- des médicaments qui bloquent la sécrétion de certaines hormones des glandes surrénales (anti aromatases). Ils sont en général bien tolérés mais peuvent entraîner une sécheresse vaginale et des bouffées de chaleur.

- Après un traitement du cancer du sein

Vivre une mastectomie (ablation totale d'un sein) pour une femme est un réel traumatisme. Cette intervention, en modifiant l'image corporelle a des répercussions dans la vie relationnelle, intime et sexuelle.
Après une mastectomie, il peut être difficile pour la femme de se regarder dans un miroir, de toucher sa cicatrice, d'affronter le regard de son/sa partenaire et des autres. Beaucoup de femmes gardent un vêtement sur leur poitrine pour cacher leur cicatrice durant les rapports sexuels par crainte du regard de leur partenaire porté sur leur mastectomie. La modification de l'image corporelle est moindre après tumorectomie (ablation d'une partie du sein).

Certaines femmes se plaignent de douleurs au niveau de la poitrine, de la cicatrice et de l'épaule après l'intervention et ne souhaitent pas que ces zones soient touchées ou caressées par leur partenaire.

Des sensations de brûlure, la rougeur de la peau, sont des effets secondaires possibles de la radiothérapie pour un cancer du sein pendant la radiothérapie et les semaines qui suivent. Les seins - surtout volumineux - peuvent présenter un œdème, être tendus et sensibles.

Des douleurs cutanées, de l'épaule ou du bras du côté de l'opération peuvent amener la femme à éviter certaines positions qui pourraient réveiller ces douleurs.

La chirurgie de reconstruction va permettre à la femme de retrouver des repères par rapport à son image corporelle et de se restaurer au plan psychologique. Les sensations physiques de plaisir liées au sein ne sont plus les mêmes après une mastectomie et une reconstruction.

Une chirurgie mammaire ou une irradiation d'un sein ne diminue pas le désir de la patiente, ne modifie pas les conditions physiques des rapports sexuels et n'altère pas la possibilité de plaisir.

La prise d'œstrogènes étant contre indiquée en cas de cancer du sein, un traitement substitutif de la ménopause, comprenant des œstrogènes doit être interrompu. La patiente va être alors sujette à une sécheresse vaginale à laquelle il faut rapidement et absolument remédier sous peine de voir apparaître des douleurs au cours des relations sexuelles (dyspareunie).

Cette dyspareunie est à l'origine d'une baisse puis d'une disparition du désir, d'un évitement, d'une aversion et enfin d'un arrêt total des relations sexuelles. On remédiera à la

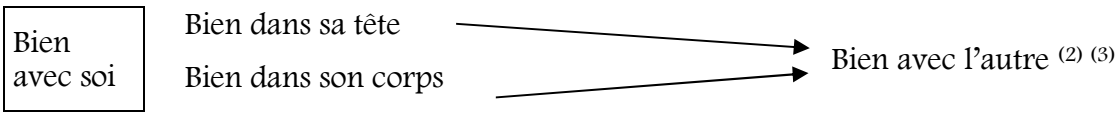
sécheresse par l'utilisation de lubrifiants vaginaux et des relations sexuelles régulières sont conseillées.

NB : A ce jour les effets de l'immunothérapie sur le sexualité ne sont pas connus chez l'homme comme chez la femme.

Comment améliorer certains de ces troubles ?

Certains de ces troubles sont temporaires. D'autres sont définitifs. Les troubles liés au stress et à l'anxiété – perte du désir, d'efficacité de l'érection – peuvent trouver une issue favorable assez rapidement lorsque les traitements sont terminés et quand la confiance en soi et l'espoir sont revenus.
Il en est de même pour les réactions aiguës liées au traitement (irritation des organes du bassin après une irradiation par exemple). La présence des érections nocturnes physiologiques est un témoin de retour à un fonctionnement "normal" des fonctions sexuelles chez l'homme. Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets secondaires de la maladie et de ses traitements. Des entretiens psychologiques peuvent aider à mieux vivre certaines situations difficiles.

Mais avant de parler de sexualité, il est bon de rappeler que l'être humain pour communiquer avec « l'autre » doit se sentir en harmonie physique et psychique avec lui-même.



En pratique, pour être bien avec l'autre faire l'amour, que faire ?

Se poser les bonnes questions, « quel est mon problème en ce moment ? Qu'est-ce que je fais pour ça se passe bien (médical, familial, professionnel) » ? Je liste les problèmes, je trouve pour chacun un élément positif à mettre en place, je me motive, je me fixe des objectifs positifs à court terme, seule ou à deux. Je peux envisager une psychothérapie si je flanche.

Le dialogues entre les partenaires

L'harmonie, la confiance et une bonne communication entre les partenaires jouent un rôle essentiel dans le réapprentissage de la sexualité. Il est important que le couple intègre les modifications physiques et psychologiques et que chacun regagne une assurance notamment quant à son pouvoir de séduction. Il est nécessaire que les partenaires puissent se parler, s'écouter et qu'une compréhension existe de la part de celui qui n'est pas traité. Il peut être parfois nécessaire d'inventer un nouveau mode de rapports sexuels avec de nouvelles caresses et/ou moyens d'excitation ou d'obtention de l'orgasme.

Le couple face à la maladie

Comment faire face, consoler, trouver comment soutenir l'autre, se protéger soi aussi, trouver de nouveaux centres d'intérêts… Faire quelques fois le constat d'un couple déjà proche de la rupture.

Le couple est souvent représenté comme l'idéal du havre de paix. On a rarement envisagé un « arrêt sur image », à cause d'un cancer, qui génère souvent une sidération, un désespoir, avant, la plupart du temps, de pouvoir rebondir pour se soigner et laisser à l'autre, celui qui n'est pas « malade », le temps de s'adapter. Car l'annonce de la maladie semble être un choc

presque aussi important pour l'un et l'autre des membres du couple, perçue très différemment selon la maturité personnelle et le degré d'émotivité de chacun.

Tel patient dira par exemple :

-« mon épouse est malade, mais moi là, je fais quoi ? Comment je vais m'en sortir ? ».

Et l'épouse de répondre :

- « mais enfin, je ne suis pas morte ».

Et le thérapeute répondant :

- « Ecoutez, chaque prise en charge va être effectuée à plusieurs niveaux : médical, psychologique, conjugal et/ou sexuel ; personne n'est oublié dans nos structures de prise en charge globale, vous aussi, vous avez votre place en tant que partenaire ».

Il est en effet important, au sein du couple, que le praticien fasse une place au partenaire, c'est une partie de la réussite d'une évolution positive face à la maladie.

Certains couples « soudés » sauront faire face avec amour, soutien positif et dialogue :

« Tu vois pour les enfants, après ta chimio, je vais m'organiser au travail pour finir plus tôt… ne t'inquiète pas non plus pour mon tennis, pendant quelques semaines je peux différer, je ne prépare pas non plus Roland Garos !

Cool, répond la personne malade, je n'abuserai pas, il faut aussi que tu te détendes, m'aider oui, me porter sans arrêt non ! » …

Certaines personnes souhaitent autant que possible s'assumer le plus possible et ne pas peser sur l'autre, ne pas être une charge. A chacun de dire avec tact ce qu'il attend de l'autre pour s'ajuster au mieux à toutes les étapes de la maladie.

Cependant il faut que ces souhaits soient exprimés afin de ne pas risquer de voir l'autre déprimer, en restant trop passif et impuissant et inconsciemment se sentir mal aimé, rejeté. En effet, n'oublions pas que dans un couple auparavant soudé, tout changement pourra être ressenti comme une forme de désamour, ou comme une souffrance : « elle n'a plus besoin de moi ! ». Reconnaissons que le (ou la) malade est souvent actif face à la maladie et le conjoint parfois passif, pourrait être tenté, s'il se sent délaissé, de s'investir trop à l'extérieur, socialement, affectivement… et de contribuer à rompre le bel équilibre de son couple. Donc, occupez le terrain, tous les deux, à votre rythme, proposez projets, idées de sorties à court terme et moyen terme… et en se disant : « là c'est un peu tôt pour envisager cela, mais c'était une bonne idée, on verra plus tard ».Il est important de laisser à chacun une place nouvelle qu'il convient de définir ensemble au fur et à mesure des traitements, tout en continuant à imaginer des projets ensemble. Il est utile aussi de mettre en place une organisation au quotidien, qui permette à celui ou celle qui est malade de ne pas être submergé par des tâches trop lourdes à assumer et de lui laisser ensuite reprendre le cours des choses lorsque cela ira mieux. C'est un équilibre à trouver à deux.

En ce qui concerne l'intimité, au sein d'un couple en harmonie, l'étape du traitement sera difficile pour les deux mais, habitués à dialoguer, ils sauront trouver d'autres modes de communication sensuelle.

Osez demander des conseils, osez la sensualité, caresses, massages, musique aimée… qui rappelle de merveilleux souvenirs au couple. Apprendre à se renforcer positivement et affectivement ensemble : « on est tous les deux, ça va aller de mieux en mieux, profitons déjà de ce moment d'échange sensuel à défaut d'être sexuel… ». Se demander : «

qu'aimerais-tu comme approche sensuelle et/ou sexuelle, qu'est-ce qui te dérange, t'ennuie depuis la maladie ? Nudité ou pas ? En cas de stomie il est possible de la recouvrir avec une ceinture en coton (couper le bas d'un tee-shirt par exemple et l'utiliser comme ceinture permet de se sentir plus à l'aise) …ou encore « Si tu as mal, veux-tu que je te propose de te caresser avec un gel hydratant spécifique, sans hormone, et qui nous fera du bien à tous les deux ? ».

Il n'y a que des solutions pendant et après la maladie, en respectant, évidemment, les périodes de traitement ou de fatigue.

Pour les couples qui traversaient une période difficile avant l'arrivée de la maladie (chômage, querelles conjugales, infidélité, enfants ayant des personnalités difficiles à gérer, etc.), l'annonce de la maladie va être ressentie encore plus douloureusement. L'énergie sera canalisée par le ou la personne malade pour soigner sa maladie, tandis que l'autre membre du couple en profitera peut-être pour s'éloigner… Saturé par « l'overdose » de problèmes, il ou elle pourra prendre la fuite vers d'autres rivages. Ce n'est heureusement pas systématique et certains couples, face à la maladie vont réussir à rétablir un lien et rétablir un dialogue.

Dans ces cas difficiles, loin de fustiger celui ou celle qui fuit, essayer de le (la) comprendre sans culpabiliser, et se dire que c'est peut-être le moment de décoder ensemble au cours d'une thérapie, ce qui ne va pas, et d'essayer de lister les points positifs ou négatifs et voir si le dialogue est encore possible ou pas. Par exemple :

- On a vécu de bons moments.
- Je n'en peux plus, je pars.
- Néanmoins je ne t'abandonne pas.
- Puis-je t'aider ?
- Que me demanderais-tu ? Etc…

Dans ce monde où les codes changent si vite, où les couples se font et se défont, où la maladie n'épargne personne au sein des familles, l'avenir consistera à aménager un lien affectif plus serein pour le bien-être du couple et de son environnement familial et amical. En cas de séparation le couple se tournera vers un aménagement de son territoire, sans « tout brûler sur son passage », en s'interrogeant sur les valeurs profondes à conserver : « qu'a-t-on réalisé de bien, de beau, de fort, et comment donc épargner ce qui reste de l'environnement familial, professionnel et amical même si nos chemins se séparent ? ».

La modification de l'image et des sensations corporelles

La perte d'une partie du corps ou les organes génitaux, modifie la perception de l'image que la femme ou l'homme a d'elle-même ou de lui-même. Elle s'accompagne de la perte des sensations d'excitation et de plaisir induites par la stimulation des zones érogènes* durant la relation sexuelle. Il peut être difficile de se réapproprier son corps : il y a parfois de la gêne à se regarder et à être regardé(e), à toucher son corps et à être touché(e). Il est important de pouvoir en parler. C'est l'occasion peut-être de pratiquer le programme de Masters et Johnson pour se désensibiliser de la peur d'avoir mal et de se sentir crispé€, programme sur plusieurs semaines, à son rythme

1) d'abord se caresser habillés en se parlant, j'aime, je n'aime pas, plus fort, moins fort.

2) caresses sur tout le corps en effleurant les zones sexuelles et toujours en se disant : « j'aime, je n'aime pas ».

3) caresses sexuelles en insistant sur les zones qui procurent du plaisir et conduisant à un maximum de plaisir, (orgasme).

- Il n'y a pas d'orgasme à chaque rapport amoureux
- Ce n'est pas la pénétration qui donne le plus de plaisir.
- S'apprendre réciproquement à caresser son partenaire pour lui donner du plaisir même s'il n'y a pas de pénétration.
- Préparer l'endroit où on fait l'amour, pour que ce soit une fête ; lumière douce, musique qu'on aime tous les deux, mots tendres.
- Oser caresses et positions même jamais envisagées, à votre rythme, en accord l'un avec l'autre… Vous avez tout à y gagner.

Et si le désir, il a disparu…

Aidez-le (la), aidez-vous, c'est se donner envie d'avoir envie. Créez votre scénario « érotico-sensuel », imaginez une situation déjà vécue excitante ou inhabituelle que vous créez ; c'est personnel, ça ne se dit pas à l'autre. Commencez à vous hydrater au niveau du clitoris, « connectez-vous » en pensant à votre amoureux (se), imaginez le plaisir d'être avec lui,(avec elle), à partager des sensations érotiques et, avec l'entraînement, l'habitude, il sera de plus en plus facile de vous « connecter » avec votre partenaire, avec cet univers sexuel que vous semblez avoir perdu.

Si vous n'y arrivez pas, faites quelques séances de sophrologie où on vous apprendra à créer votre bulle de visualisation personnalisée et ainsi de vous permettre d'atteindre une relaxation profonde où on se laisse aller, où le corps et l'esprit sont « dans un autre monde ». Votre esprit est alors dans un état de conscience modifiée et cela vous permet de mettre en place des scénarios érotiques mais aussi d'autres scénarios, par exemple se voir dans la réussite d'un projet, dans la guérison, dans la préparation de la future séance de chimio ou radiothérapie… Bref, ces séances de sophronisation seront une aide précieuse (5),

Comment améliorer certaines situations chez la femme ?

- L'orgasme

La plupart des femmes ayant connu l'orgasme avant un traitement contre le cancer l'atteindront une fois celui-ci terminé, soit de la même façon, soit d'une façon différente. Des exercices de relaxation peuvent diminuer la tension nerveuse.

- La sécheresse vaginale

On recommande l'utilisation d'un gel lubrifiant sans colorant et sans parfum. Utiliser un gel hyper hydratant (Monasens) à base d'acide hyaluronique qui hydrate bien les muqueuses masser le bord du vagin avec le pouce, mettre l' index à l'intérieur du vagin avec le gel et faire pénétrer le produit. Le soir remettre du gel avec introduction du doigt pour une meilleure répartition du produit et ceci jusqu'à ne pas avoir trop mal. Avant un rapport sexuel, mettre le gel au bord du vagin et, si besoin, ajouter, une dosette de gel qui permet de déposer le gel au fond du vagin (pharmacie uniquement).

- Les symptômes de ménopause précoce

Après une ovariectomie, ou lorsque l'activité ovarienne est arrêtée par chimiothérapie ou par radiothérapie pelvienne, le manque d'œstrogènes va provoquer des bouffées de chaleur et une atrophie vaginale. Les bouffées de chaleur sont surtout ressenties la nuit. Le désintérêt pour le sexe est davantage lié à l'inconfort produit qu'à une modification hormonale.

La ménopause induite* affecte de façon sérieuse la qualité de vie sexuelle de la femme traitée pour un cancer. Les symptômes sont souvent plus importants que lors de la ménopause naturelle où les modifications se font de façon progressive. Le médecin traitant

peut prescrire - si cela n'est pas contre-indiqué - de quoi compenser le manque en œstrogènes. Chaque femme doit discuter avec son médecin des bénéfices et des inconvénients d'un traitement de substitution.

Un traitement avec des œstrogènes est contre-indiqué chez les femmes traitées pour un cancer du sein ou du corps de l'utérus. Les femmes qui ont une ménopause induite ont parfois un faible taux d'androgènes ce qui peut affecter la libido. Une prise de sang permet d'en évaluer le taux et éventuellement d'en prescrire afin d'y remédier mais avec de possibles effets indésirables de masculinisation (voix grave, pilosité). Le traitement des bouffées de chaleur comprend une gamme de produits que votre médecin peut vous conseiller. Récemment, il a été démontré que des progestatifs délivrés à faible dose et certains antidépresseurs avaient une action très efficace.

La prise en charge de votre sexualité un soin de support reconnu, des ressources existent : où les trouver, est-ce remboursé… ?

La prise en charge des troubles de la sexualité est à considérer comme un soin de support à prioriser pour les populations à risques (cancer des organes génitaux, cancer du sein, cancers pelviens, adolescents-jeunes adultes)- *(Axes opportuns d'évolution du panier des soins oncologiques de support-Inca Oct.2016)*

Quel que soit le type de cancer et l'individu atteint, les conséquences sur la sexualité existent ; de la leucémie au cancer de la verge, de l'enfance à la vieillesse, du pronostic le meilleur au stade palliatif, la blessure de l'intime existe et doit pouvoir trouver les espaces de prise en charge.

Le malade a le droit de souffrir de se sentir moins disponible par la fatigue, les douleurs, l'essoufflement, les soucis, un imaginaire érotique défaillant, de souffrir d'être moins désirable ou désirant, d'être bloqué par une infertilité annoncée, de devoir en plus supporter la frustration de l'être aimé, d'avoir des troubles de la phase d'excitation avec une érection défectueuse ou une lubrification vaginale insuffisante, des modifications de l'orgasme, des réticences à la caresse ou encore ne pas retrouver des postures sexuelles satisfaisantes. Or dans la plupart des cas il reste bien seul avec son trouble, n'ose pas dire qu'il aurait envie d'avoir envie, et ne trouve pas l'offre de soins lisible pour prendre en compte ce qui pourrait apparaître futile mais qui pourtant fait partie de la qualité de vie.

En tant que patient ou partenaire vous pouvez à tout moment confier vos gênes, troubles, craintes sexuelles aux différents membres des équipes soignantes qui sauront vous orientés vers des personnes compétentes dans ce domaine (sexothérapeutes ou sexologues).

Quel est la différence entre un sexologue et un sexothérapeute ?

- Qu'est-ce qu'un sexothérapeute ?

Le sexothérapeute n'est pas un médecin de la sexualité. Son rôle est plus celui d'un conseiller conjugal ou d'un psychologue que d'un guérisseur de maladies sexuelles. En effet, **il n'est pas habilité à prescrire des médicaments ou des actes médicaux.**

Si vous consultez un sexothérapeute, il est préférable de vous être assuré que votre problème sexuel ne possède pas de causes physiques, mais uniquement psychologiques. Le sexothérapeute agira alors en se concentrant sur la sexualité de son patient, seul ou avec son partenaire.

Il cherchera à comprendre les troubles psychiques qui se cachent derrière vos difficultés sexuelles afin de les traiter.

- Qu'est-ce qu'un sexologue ?

Un sexologue est un médecin de formation qui a suivi un cursus supplémentaire de 3 ans en se spécialisant dans la sexualité. Le sexologue est habilité à prescrire des médicaments et des actes médicaux. Il peut également pratiquer de la chirurgie lorsque cela s'avère nécessaire.

Il se préoccupe des maladies sexuelles, donc physiologiques, contrairement au sexothérapeute qui, lui, traite uniquement l'aspect psychologique du trouble sexuel. Le sexologue est le médecin de la sexualité, mais il peut également entreprendre une thérapie avec ses patients.

- Qui consulter un sexologue ou un sexothérapeute ?

Pour un trouble érectile, il est premièrement conseillé de consulter son médecin généraliste qui pourra définir si le dysfonctionnement vient d'une cause psychologique ou physiologique et ainsi orienter son patient vers un sexologue ou un sexothérapeute (ou un urologue, si le problème est plus important).

Pour traiter des problèmes de libido, un psychothérapeute est parfois suffisant, à part si la cause est d'origine physiologique. Vous pouvez, par ailleurs, consulter premièrement un sexothérapeute et ensuite un sexologue ou inversement suivant votre trouble de la sexualité.

La première consultation n'est pas toujours évidente à passer, mais ces deux professionnels sauront vous guider et vous aideront à communiquer en toute liberté sur votre vie sexuelle.

- Comment s'assurer des compétences du professionnel ?

Attention, à ce jour, le titre de sexologue n'étant ni protégé, ni réglementé, n'importe qui peut se déclarer « sexologue » et proposer des consultations de sexologie en s'inscrivant dans les pages jaunes de l'annuaire.

Il faut s'avoir qu'actuellement les seuls diplômes en France reconnaissant la compétence de sexologue sont :

- ☞ Le DIU de sexologie pour les médecins
- ☞ Le DIU d'étude de la sexualité humaine ouvert aux six catégories de professionnels que sont les sages-femmes, psychologues cliniciens, kinésithérapeutes, psychomotriciens, infirmiers et pharmaciens.
- ☞ Le DU de santé sexuelle ouverts aux non médecins concernés par la connaissance de la sexualité

Enfin, tout professionnel sexologue ou sexothérapeute se doit de respecter une éthique et des règles de déontologie dont voici les points essentiels:

- o Le praticien en sexologie/sexothérapie doit avoir suivi une formation théorique et pratique approfondie apte à créer une véritable compétence.

- o Si le thérapeute (médecin ou non médecin) pratique une approche qui vise à aider le patient sur le plan psychosexuel (comportemental, cognitif, travail avec l'inconscient etc..), il doit être lui-même passé par un long processus de travail personnel en psychothérapie ou psychanalyse.

- Le professionnel doit impérativement s'abstenir de tout geste ou activité à caractère sexuel avec les personnes dont il a la charge.

- S'il n'est pas médecin, le sexologue s'interdit de pratiquer quelque examen que ce soit sur son patient. Pour ce faire, il doit l'adresser à un médecin.

- Le thérapeute respecte le secret professionnel en ne délivrant aucun renseignement à des tiers sans l'accord explicite de son patient, à l'exception des cas ou la loi ou un jugement l'y oblige.

- En acceptant la prise en charge d'un patient, le sexologue/sexothérapeute doit tenir compte des limites de sa compétence et des moyens dont il dispose dans l'intérêt de celui-ci.

- Le sexologue/sexothérapeute doit faire ce qui est en son pouvoir pour établir une relation de confiance entre lui et son patient. Il doit respecter les valeurs et convictions de celui-ci.

Le lieu et le prix d'une consultation d'un sexologue

- Où consulter ?

Des consultations de sexologie sont tenues à l'hôpital, notamment, dans les services de gynécologie, d'urologie ou d'endocrinologie. Très courues et prises en charge par la sécurité sociale, elles demandent parfois beaucoup de patience, avec des délais de plusieurs mois... Les sexologues libéraux répondent plus rapidement aux demandes.

A l'hôpital comme dans le privé, ces spécialistes peuvent exercer la sexologie exclusivement ou à temps partiel, en parallèle de leur activité (andrologue, gynécologue, urologue, psychiatre, etc.), ce qui est le cas le plus fréquent en France.

- Quel est le prix d'une consultation ?

Les tarifs démarrent à 50 euros en province et vont jusqu'à 100 euros à Paris pour une consultation de 45 à 60 minutes. Ils sont en partie pris en charge par la sécurité sociale si le sexologue est médecin et les mutuelles couvrent parfois le complément.

Les trois quarts des praticiens prennent la CMU en consultation individuelle et dans 56% des cas lors de consultations de couple

Conseil :

Premier interlocuteur en cas de problème sexuel, le généraliste. Il pourra aiguiller vers un spécialiste (urologue en cas de phimosis, gynécologue pour des douleurs durant les rapports,…) et aura sans doute dans son réseau un sexologue à recommander.

Consulter certains sites. Dans la jungle de la sexologie, quelques astuces atténuent le risque de tomber sur un charlatan. Certains sites fournissent des annuaires de sexologues

compétents, comme l'Association inter-hospitalo universitaire de sexologie (Aihus), le Syndicat national des médecins sexologues (SNMS) ou encore le Syndicat national des sexologues cliniciens.

Prudence avec l'annuaire des pages jaunes. S'il fournit la liste des sexologues en précisant s'ils sont médecins, ceux qui ne le sont pas sont simplement indiqués comme sexologue sans qu'aucune vérification concernant leur formation ne soit assurée.

Remboursement thérapie de couple et sexologue : que proposent les mutuelles de santé et la sécurité sociale ?

Il est possible d'obtenir le remboursement du sexologue et d'une thérapie de couple, de la part de la Sécurité Sociale. Cette dernière impose deux conditions :

- ☞ Le praticien doit détenir un DNOMS (diplôme national officiel de médecin sexologue)
- ☞ La consultation est motivée par un besoin médical et non de confort

Le régime de base rembourse les frais de la sexologie et des thérapies en couple à hauteur de 70%. Néanmoins, les médecins spécialisés dans les troubles sexuels et relationnels entre conjoints sont peu nombreux (environ 600 en France) et rares sont ceux qui exercent dans le secteur 1.

En cas de reste à charge important suite à votre thérapie de couple, il vous est possible de faire appel au service de votre mutuelle personnelle, ou de famille nombreuse, pour être bien remboursé.

Il est aussi à remarquer qu'une thérapie de couple remboursée par la Sécurité Sociale peut être effectuée par un psychiatre ou un médecin formé en psychologie qui exerce dans une structure publique (Centre médico-psychologique). Le seul souci est que les rendez-vous sont longs à obtenir et le rapport de confiance entre le praticien et les patients est difficile à établir pour discuter de l'intimité du couple.

La fertilité

Certains patients concernés par le cancer sont des enfants ou de jeunes adultes. Les progrès faits pour les soigner leur permettent d'envisager heureusement un avenir. Cet avenir peut passer par l'étape de devenir parent.

Cependant de nombreux traitements nécessaires pour soigner des cancers peuvent avoir un effet néfaste immédiat et/ou sur le long terme sur les possibilités de reproduction d'un homme ou d'une femme. La préservation de la fonction de reproduction peut donc être indispensable en début de maladie pour les patients concernés par des projets d'enfant. Ces techniques permettent de conserver une chance de grossesse ultérieure.

- Qui est concerné par une préservation de fertilité ?

Tous les patients, hommes ou femmes, pouvant avoir à distance de leur maladie ou avant cette maladie un projet de grossesse.

Il peut s'agir d'enfants, d'adolescents ou d'adultes jeunes qui ont besoin d'un traitement potentiellement toxique pour leurs testicules ou leurs ovaires.

- A quel moment faut-il préserver la fertilité d'un patient ?

Le plus tôt possible ! En tout début de maladie et dès que possible avant tout traitement potentiellement stérilisant.

En effet, ce traitement même si il est très efficace et nécessaire contre le cancer, peut avoir des effets indésirables néfastes sur les ovaires chez la femme ou sur les testicules chez l'homme. Ces effets sont parfois irrémédiables et peuvent altérer précocement la reproduction future. Une prise en charge avant tout début de traitements toxiques est donc préconisée.

- ☞ Si une prise en charge précoce n'a pas été possible avant de débuter un traitement de chimiothérapie, il faudra évaluer la fertilité à distance en consultation spécialisée auprès d'un médecin spécialisé en reproduction. Il évaluera l'impact éventuel du traitement sur la fonction de reproduction.
- ☞ Il pourra vous informer du suivi à organiser le cas échéant ou des solutions possibles en différé le cas échéant. Dans certaines conditions, il peut être possible de préserver la fertilité après une première chimiothérapie.

- Comment préserver la fertilité d'un patient ?

Selon le délai de mise en route des traitements, la maladie concernée, l'état de santé du patient, son âge et son choix, différentes solutions existent :

- ☞ Chez l'homme et le jeune garçon, un simple recueil de sperme par éjaculation au laboratoire ou parfois au lit du patient peut être envisagé sans délai. Ceci permet une congélation des spermatozoïdes pour une utilisation ultérieure par des techniques de procréation médicalement assistées.

- ☞ Chez la femme ou la jeune fille, différentes techniques sont possibles. Il peut y avoir une congélation d'ovocytes matures ou immatures (ou d'embryons si un projet de grossesse était déjà présent au sein du couple), une congélation de tissu ovarien, une transposition d'ovaire.

Ces différentes solutions seront expliquées au patient lors d'une consultation auprès d'un médecin de la reproduction, dans le centre le plus proche de votre domicile ou du centre anti-cancéreux qui suit le patient. Ce contact sera à prendre auprès de votre cancérologue ou chirurgien.

- Et la grossesse ?

Il peut, dans de nombreux cas, y avoir des grossesses après un cancer. Selon les traitements de chimiothérapie utilisés une atteinte testiculaire ou ovarienne peut survenir mais n'être que partielle ou temporaire. La fonction de reproduction doit être réévaluée à distance de la maladie annuellement.

En cas de récupération d'une fonction de reproduction une grossesse spontanée peut survenir. Un délai minimum de 3 à 9 mois est cependant préconisé pour éviter de débuter une grossesse à partir d'un gamète ayant été soumis directement à une chimiothérapie.

La grossesse est bien sûr l'objectif prioritaire de toute préservation de fertilité. En cas d'absence de récupération d'une fonction de reproduction ou d'altération définitive, l'utilisation des gamètes préservés sera nécessaire pour l'obtenir. Ce projet passera par la réalisation d'une technique d'assistance médicale à la procréation, adaptée à chaque situation.

Toute grossesse devra se programmer à distance de la maladie initiale et des traitements de chimiothérapie. Pour la femme, un délai de 2 ans après la prise en charge initiale en l'absence de récidive est le plus souvent préconisé avant d'envisager cette grossesse et ceci actuellement en France jusqu'à l'âge de 43 ans.

Les grossesses issues de patients ayant bénéficié d'un traitement pour un cancer dans l'enfance ou à l'âge adulte, se déroulent bien dans la majorité des cas. Elles permettent de donner naissance à des enfants sains et en bonne santé. Une surveillance particulière peut être parfois cependant nécessaire.

La grossesse n'aura pas d'effet chez la femme sur l'évolution de sa maladie initiale. Une surveillance adaptée sera à mettre en place au cas par cas.

La conservation des gamètes est donc possible pour du très long terme selon les situations. Un courrier annuel sera adressé au patient pour lui demander la confirmation de cette conservation et tout changement d'adresse sera bien sûr à signaler au centre qui conserve les gamètes.

- Des alternatives ?

En cas d'impossibilité de réaliser une préservation de fertilité ou de choix du patient de ne pas la réaliser, le don de spermatozoïdes chez l'homme ou d'ovocytes chez la femme pourront être une solution pour voir aboutir un projet parental. Pour certains patients le choix de l'adoption pourra concrétiser leur souhait.

Quel que soit la situation rencontrée, le médecin référent du patient ou le spécialiste en reproduction pourra l'orienter au mieux vers les choix possibles.

Une préservation de la fertilité doit être réalisée dès qu'un traitement gonado-toxique est envisagé chez un patient ou une patiente jeune ou en âge de procréer quel que soit la pathologie sous-jacente. Parlez-en à votre médecin.

Pour conclure, aborder la sante sexuelle peut aider à rester ou à se re-situer dans une dynamique positive de vie en termes de désirs, de plaisirs, de sentiment d'exister, d'estime de soi ou de projets de vie. Elle redonne une certaine maîtrise du temps, enjeu important pour la santé mentale afin de se percevoir moins « patient ». A ce titre, avoir un partenaire aidant et maintenir une activite sexuelle s'avèrent de bons rééducateurs à la fois pour la vie intime et la complicite du couple et pour la préservation et la récupération des fonctions sexuelles. Ces bénéfices ne peuvent plus être négligés par les soignants .En facilitant les capacités individuelles d'adaptation et de résilience, c'est-à-dire des dispositions à faire face à l'évènement de vie particulièrement difficile et violent qu'est le cancer, l'approche oncosexologique favorise la santé mentale positive et réduit la détresse psychologique.(conclusion de Pierre BONDIL / reprise d'un de ses articles)

Bibliographie

(1)

(2) La relaxation, gestion du stress – Noëlla Jarrousse, Lise Bouilly – Ed. Leduc – à paraître fév. 2017.

(3) Schéma – Les thérapies comportementales et cognitives – Noëlla Jarrousse – Ed. Ellebore.

(4) En effet les traitements chimiothérapeutiques et ceux bloquant la production hormonal assèchent les muqueuses, cependant il n'en est pas ainsi pour tous les patients, certains ne ressentent aucune gène.

(5) Adresse de l'annuaire de sophrologie à la ligue dans les départements.