

Retentissement des thérapeutiques anticancéreuses sur la sexualité de l'homme

M. BONAL

Service de Chirurgie Urologique, CHU Toulouse Rangueil, avenue J. Poulhes, 31054 Toulouse

RESUME

Les traitements anticancéreux ont considérablement changé l'évolution et le pronostic de la maladie cancéreuse, dans ses différentes formes et localisations. C'est pourquoi, nous pouvons aujourd'hui nous poser la question du devenir de la vie sexuelle des hommes atteints d'un cancer. La sexualité de l'homme est comprise ici, de façon intégrative, dans ses dimensions physiologiques, intra psychiques et relationnelles. Le cancer et ses traitements portent atteinte à la réponse sexuelle, à l'image corporelle et à l'identité sexuelle. Les différents facteurs de variations des troubles sexuels secondaires au cancer et à ses traitements sont analysés.

Mots clés : sexualité masculine - sexualité de couple - cancer - traitements anticancéreux - dysfonctions sexuelles.

Les traitements anti cancéreux ont considérablement changé l'évolution et le pronostic de la maladie cancéreuse, dans ses différentes formes et localisations. C'est pourquoi nous pouvons aujourd'hui nous poser la question du devenir de la vie sexuelle et relationnelle des patients atteints d'un cancer. Si nous considérons la sexualité humaine non seulement dans ses fonctions reproductives et hédoniques, mais aussi dans ses fonctions de réassurance narcissique, de comblement des besoins fusionnels et de

consolidation de l'identité sexuelle, il paraît licite de se préoccuper des conséquences de la prise en charge médicale et des traitements pour pouvoir apporter information et aide dès que la personne malade le souhaite.

La sexualité de l'homme sera donc comprise ici de façon intégrative dans ses dimensions physiologiques, intrapsychiques et relationnelles.

L'annonce d'un cancer, c'est l'effondrement d'un projet de vie, pour l'homme malade, pour sa compagne, pour l'entourage [12] ; à moins, bien sûr, que ce ne soit l'effondrement et la dépression qui aient précédé l'apparition du cancer. Rapidement la préoccupation va se cristalliser autour du "faire" : qu'est ce qu'il faut faire ? Y a-t-il quelque chose à faire ? ... Les traitements anticancéreux vont venir s'inscrire dans ce registre du faire, venant en quelque sorte temporiser, par la mise en route de leurs rituels, l'angoisse de mort. Ces traitements sont lourds de conséquences ; les patients le savent, le pressentent : ces conséquences seront le prix à payer pour la survie. Les réactions émotionnelles suivant l'annonce d'un cancer sont vives : anxiété, culpabilité, honte, déni, colère, révolte, régression, dépression, isolement ... Elles peuvent être successives ou vécues de façon simultanées. Elles constituent ce que E. Kubler Ross appelle les étapes du deuil [10]. Il faut souligner la difficulté, dans toutes les

études cherchant à évaluer les effets des divers traitements anticancéreux sur la sexualité, de différencier la part de l'annonce du cancer et des traitements eux-mêmes [14].

La question de la sexualité peut paraître bien secondaire dans ce moment où patient et médecins unissent leurs efforts pour lutter pour la survie. Pourtant dans l'après coup les patients se plaignent du silence de l'équipe soignante qui n'ose pas aborder directement les questions sexuelles [4, 7]. Écoutons le soliloquer, ce patient : "vais-je vivre ? combien de temps ? et quelle vie ? vais-je rester handicapé ? diminué ? est-ce que je pourrai encore faire l'amour ? est-ce que faire l'amour sera dangereux pour ma santé ? est-ce que je resterai désirable, excitant, pour l'autre ? est-ce déjà la vieillesse ? serai-je stérile ? et l'autre, va-t-il encore m'aimer ? et si la sexualité est possible, comment oser me montrer ? comment oser montrer le plaisir dans mon corps malhabile et souffrant ?"

Pourtant, la revue de bibliographie nous montre par l'abondance des publications que médecins et chercheurs se préoccupent de préserver la qualité de la vie et la sexualité de leurs patients ; en témoigne l'évolution du traitement chirurgical et hormonal du cancer de la prostate [15, 19]. On peut remarquer que la majorité des publications s'intéressent aux cancers pelviens qui retentissent sur la réponse sexuelle génitale alors que toute forme de cancer peut avoir des effets sur la sexualité et que d'autre part les atteintes de l'image corporelle sont beaucoup plus souvent étudiées dans les cancers féminins !

Le cancer et ses traitements vont atteindre la sexualité dans ses dimensions physiologiques, intra psychiques et relationnelles. On peut dire que chez l'homme comme chez la femme le cancer et ses traitements portent atteinte à la réponse sexuelle, à l'image corporelle et à l'identité sexuelle [1, 9].

RETENTISSEMENT SUR LA PHYSIOLOGIE

Les cancers génitaux et pelviens, traités par chirurgie et/ou par radiothérapie, vont entraîner une perte ou une diminution de la réponse sexuelle génitale par les délabrements neurologiques et vasculaires qu'ils provoquent. Il y aura anérection ou dysérection dans les cancers de la prostate, de la vessie, du rectum, du colon ; la réponse excitatoire globale de l'organisme est conservée et l'évolution peut se faire dans un délai de 12 à 18 mois vers une récupération partielle de l'érection menant à un orgasme sans éjaculation : les réactions spasmodiques orgasmiques peuvent donc être retrouvées normales, ou émoussées et vécues de façon satisfaisantes [3]. Il existe une stérilité définitive associée.

Dans le cancer du testicule, l'excitation et la réponse érectile sont conservées, mais il existe une anéjaculation liée au curage ganglionnaire rétropéritonéal, qui récupère souvent spontanément avec le temps [2, 3].

Les troubles érectiles entraînent la perte de la fonction coïtale. La perte des capacités coïtales est toujours vécue douloureusement car elle porte atteinte aux besoins fusionnels (le coït représente l'union totale ou l'intimité totale, et renvoie au sentiment de comblement) et à l'identité sexuelle.

Enfin d'autres localisations de cancer, bien que les réponses sexuelles génitales soient intactes, touchent la capacité à intensifier et vivre l'excitation (cancer des poumons, O.R.L., ou des os), par la limitation de la respiration et du mouvement.

RETENTISSEMENT INTRA PSYCHIQUE

La perte du désir sexuel est fréquente ; il existe une phase dépressive réactionnelle à l'annonce du cancer. Le stress est d'autant plus important qu'il s'agit de l'annonce d'une récurrence ou d'une deuxième atteinte.

Freud déjà notait la nécessité d'un repli narcissique lié à la maladie [8, 16]. Cette période dépressive et régressive, le plus souvent transitoire est nécessaire pour permettre la cicatrisation physique et la restauration psychique. La perte du désir sexuel s'inscrit donc dans une perte de désir globale pour la personne [14]. Ceci est aggravé par la nécessité d'une position passive du patient pendant qu'il se soumet aux protocoles thérapeutiques. Enfin, ce sont les traitements hormonaux, dans le cancer de la prostate qui entraînent une baisse de la libido, majeure avec les analogues du LHRH.

Les troubles de l'intimité sont fréquents aussi. Le corps malade exposé aux explorations, aux soins, à divers regards, perd son opacité. Comment préserver l'intimité et la pudeur dans un cadre de soins ? Dans les structures hospitalières l'intimité pour le couple, des gestes, des paroles est limitée. Est-ce qu'une institution de soins peut tolérer des échanges sexuels dans ses murs ? Parfois ce sont certains gestes palliatifs (les stomies) qui viennent perturber l'érotisme du couple dans ses moments d'intimité [11].

L'atteinte de l'identité sexuelle se fait par différents mécanismes. La chimiothérapie entraîne un amaigrissement avec perte des formes du corps, perte des cheveux et des poils, c'est-à-dire perte des caractères sexuels secondaires, donnant au corps un aspect impubère [5]. Les traitements hormonaux entraînent associée à la dysérection, une féminisation du corps par la gynécomastie ou les bouffées de chaleur. Ces transformations sont difficiles à vivre car elles réveillent des anxiétés profondes chez l'homme, qui sont l'anxiété de féminité et l'anxiété d'homosexualité [6] et touchent les capacités de séduction donnant le sentiment de ne plus pouvoir être désiré et aimé.

Dans les cancers génitaux et pelviens, l'atteinte de l'identité sexuelle se fait aussi par la modification de la perception des organes

génitaux [17] internes et externes et par la modification des sensations sexuelles. Il y a atteinte de l'archétype, par la perte des activités coïtales et donc de l'intrusivité.

Il y a aussi atteinte des stéréotypes: le regard des autres se modifie ; l'homme est regardé par l'entourage comme un malade et non plus comme un homme. Le regard porté sur soi est dévalorisant, il y a perte de l'estime et de la confiance en soi. Le retrait des diverses activités professionnelles et sociales porte atteinte à l'identité propre de la personne et à sa façon d'être homme dans les différents rôles sociaux.

LE RETENTISSEMENT RELATIONNEL

Si la personne est célibataire, et d'autant plus si elle est jeune et inexpérimentée, elle va se trouver confrontée aux difficultés de la rencontre : comment dire la maladie ? la stérilité ? l'handicap ? ou les limites sexuelles ? Si la personne vit en couple, les réactions de la partenaire seront déterminantes : parfois l'autre s'en va, c'est l'abandon [12]. Le plus souvent apparaissent des réactions de surprotection et de maternage, qui inhibent tout désir [7]. La maladie rompt l'équilibre de la balance des pouvoirs dans le couple : la fragilité de l'un peut faire la toute puissance de l'autre, les deux positions étant difficiles à tenir, ou inversement révéler l'extrême fragilité de l'autre.

Des réactions d'évitement de la sexualité peuvent apparaître par peur de nuire (sentiment de fragilité de la personne malade), par dégoût ou aversion du corps malade, par peur de la contagiosité du cancer [12].

CONCLUSION

En conclusion, nous proposons une grille d'évaluation synthétisant les facteurs de variations des troubles sexuels secondaires au cancer et à ses traitements :

Facteurs liés à la maladie

nature de la pathologie initiale
extension des lésions
type d'intervention pratiquée
traitements adjuvants associés
durée des traitements

Facteurs liés à la personne

âge
sexualité antérieure
dépression
capacités d'adaptation : "coping" [18]

Facteurs liés à l'environnement

relation à l'autre
insertion professionnelle, familiale, sociale
accompagnement par l'équipe soignante
à la reprise de la vie sexuelle.

REFERENCES

1. BADEAU D., BERGERON A. : La santé sexuelle après 60 ans. Ed.Méridien, Gérontologie, 1991.
2. BEUTEL M. : Problèmes sexuels de l'homme atteint de cancer. Cahiers de sexologie.
3. BUVAT J., JOUANNET P. : L'éjaculation et ses perturbations ; SIMEP, 1984.
4. CACHELOU R. : Cancer et sexualité. Gynécologie et psychosomatique, 1993, 6, : 23-27.
5. CACHELOU R. : Féminité-sexualité et chimiothérapie. Cahiers de sexologie clinique, 1993, 19, 115 : 138-21.
6. CREPAULT C. : Une classification des désordres psychosexuels. Contraception, Fertilité, Sexualité, 1993, 21, 2 : 177-183.
7. DESBARATS M. : Le droit au plaisir. Résurgence, 1994, n°9.
8. FREUD S. : Pour introduire le narcissisme. Ed Gallimard. La vie sexuelle. Paris, 1962.
9. KAPLAN H. : La nouvelle thérapie sexuelle. Ed Buchet/Chastel. Paris, 1979 : 61-64.
10. KUBLER-ROSS E. : La mort, dernières étapes de la croissance. Québec, Montréal, 1977.
11. LANDRY A., TREMBLAY S. : La sexualité du stomisé, un tabou, pour qui ? Nursing Quebec, 1988, 8, 6 : 29-37.
12. RENSHAW DOMEENA C. : Sex and cancer. Stress medicine, 1987, 3 : 169-170.
13. SCHOVER LESLIE R., EVANS ROBERT B., VON ESCHENBACH ANDREW C. : Sexual rehabilitation in a cancer center : diagnosis and outcome in 384 consultations. Archives of sexual behavior, 1987, 16, 6, : 445-461.
14. SCHOVER LESLIE R. : Sexual rehabilitation after treatment of prostate cancer. Cancer., 1993, feb 1, 71, 3 suppl. : 1024-30.
15. SCHRODER FH. : Endocrin thérapy : where do we stand and where are we going ? Cancer surv., 1991, 11 : 177-94.
16. SLAMA L. : Expression du corps souffrant et cadre hospitalier. Gynécologie et psychosomatique: 1993, 8, : 6-10.
17. STOLLER R. : Recherches sur l'identité sexuelle. Ed Gallimard. Connaissance de l'inconscient, 1978.
18. TAP P. : Hommes et femmes en situation difficile : sexe, coping, et personnalisation. 12° Forum Professionnel des Psychologues, Montpellier, 14-17 juin 1984.
19. WALSH PC., PARTIN AW. : Treatment of early stage prostate cancer:radical prostatectomie. Important advances in oncologie, 1994, 211-23.

ABSTRACT

Repercussions of antineoplastic therapies on male sexuality

M. BONAL

Therapies of cancer have markedly changed the evolution and prognosis of the cancer illness in its various forms and locations. Thus, the future of the sexual life of the men with a cancer is now a question. Sexuality of men is expressed herein in its physiological, intra psychological and relational aspects. Cancer and its therapies affect the sexual response, the body image and the sexual identity.

The various factors responsible for the differents aspects of sexual dysfunction induced by the cancer and its treatments are analysed.

Key words : male sexuality, couple sexuality, cancer, sexual dysfunction, anti neoplastic therapies.