

Sexualité des patients après traitements anti-cancéreux - nécessité d'une prévention

C. CABANIS

Services de Gynécologie Obstétrique, Hôpital La Grave, Toulouse.

RESUME

Sexe et cancer, plaisir et mort, ces mots sont difficiles et douloureux dans leur association et leur évocation.

Alors que l'on sait que cette réalité existe, la sexualité des patients traités pour cancer, et celle de leur conjoint, est méconnue, voire ignorée par les médecins et les oncologues, et peu présente encore dans les consultations de sexologie. Pourtant, malheureusement, le cancer est encore une maladie fréquente frappant les deux sexes, pas uniquement d'âge avancé, dans leur corps et leur vie, et les relations sexuelles existent heureusement toujours entre les hommes et les femmes ; nous y sommes donc confrontés.

La vie sexuelle des patients traités pour cancer mérite que nous nous en occupions. Les conséquences des actes et traitements sur la sexualité de la personne et du couple peuvent être prévenues ; cette prévention devrait se situer au-delà d'une information générale, le plus souvent imprécise et inadaptée ou d'une information purement clinique sur les réparations possibles d'une fonction perdue.

La prévention doit donc avoir des objectifs, des moyens et un temps.

Les objectifs : Permettre, maintenir, retrouver ou trouver une vie sexuelle

et relationnelle satisfaisante. Sauvegarder la fonction sexuelle, la sensualité, la communication érotique et la jouissance, semble indispensable à une qualité de la vie physique et psychique dans "l'après traitement".

Le temps : Il se situe avant, pendant et après, voire longtemps après les phases diagnostiques et thérapeutiques de la maladie.

La prévention, c'est aussi les propositions thérapeutiques que l'on peut faire au patient si des troubles sexuels existent, apparaissent ou persistent :

- **traitements spécifiques visant à une récupération de la "fonctionnalité" sexuelle, érectile dans les cas où la part d'organicité est importante.**
- **sexothérapie associée aux précédents traitements, ou seule, s'il s'agit de dysfonctions sexuelles sans composante organique majeure (manque d'intérêt sexuel, trouble du désir, ...).**

Mots clés : *sexualité masculine, cancer, prévention des troubles sexuels.*

Les thérapeutiques utilisés en oncologie ajoutés à la maladie elle-même, ont des conséquences sur la sexualité des patients, tant dans la fonction de reproduction que dans la fonction de plaisir.

La vie sexuelle de ces patients mérite donc que nous nous en occupions en développant

entre autres la prévention. Cette prévention devrait se situer entre une information générale banalisée, le plus souvent imprécise et inadaptée, et une information purement clinique et froide sur les réparations possibles d'une fonction perdue.

QUELS SONT DONC LES OBJECTIFS DE CETTE PRÉVENTION ?

Permettre, maintenir, trouver, retrouver ou adapter une vie sexuelle personnelle et relationnelle satisfaisante dans les suites d'un traitement pour le cancer.

Ces *objectifs* seront bien-sûr variables en fonction :

- du patient ou de la patiente
- de son conjoint ou partenaire
- de l'importance de la sexualité pour lui ou pour elle
- du vécu antérieur de la sexualité
- et enfin de l'histoire psycho-affective de chacun et du couple.

QUEL EST LE CONTENU DE LA PRÉVENTION ?

1. Cette prévention commence d'abord au niveau de l'acte thérapeutique

L'importance que la médecine accorde maintenant au corps et aussi à la personne, alors qu'avant l'importance était d'avantage donnée à la maladie, a fait que l'on a essayé de limiter de plus en plus les conséquences physiques et donc psychiques des actes par l'évolution des techniques chirurgicales et l'amélioration des protocoles thérapeutiques ; et ceci est particulièrement vrai en cancérologie [1]. Ces progrès ne s'adressent pas qu'aux patients jeunes ; les patients âgés en bénéficient bien-sûr aussi. On tend donc actuellement vers une sécurité carcinologique maximale avec un retentissement corporel minimal.

2. La prévention s'adresse au patient et à son conjoint

Cette prévention peut se situer à 3 niveaux :

1° niveau : Information systématique qui concerne la réalité clinique.

2° niveau : Information orientée qui concerne la réalité sexuelle.

3° niveau : Information réfléchie qui concerne le sens et la valeur de la sexualité et du plaisir.

a) Le 1° niveau de prévention pour le patient est donc une *information systématique* dans un langage clair et précis qui concerne la *réalité clinique*. C'est-à-dire une information sur ce que l'on a fait chirurgicalement par rapport au corps ou les effets que les traitements vont avoir sur le corps. C'est aussi l'information de ce qu'on a fait par rapport au cancer lui-même.

Et enfin, c'est l'information sur les *possibilités* et les *capacités* sexuelles, surtout dans les cas de cancers *pelviens* et portant sur les organes génitaux.

Il est nécessaire d'apporter cette information aux deux membres du couple pour ne pas qu'il y ait ensuite déformation de l'information ou crainte de cacher quelque chose à l'autre.

Un climat chaleureux et détendu avec du temps est nécessaire à cette information si on veut faire évoluer vers le niveau 2.

Dans le cas des cancers de la prostate et des autres cancers pelviens, il faudra informer sur les troubles érectiles, sur les troubles éjaculatoires, sur la castration éventuelle. Il faut alors préciser le caractère le plus souvent *transitoire*, la récupération possible et le traitement prévu pour corriger ces troubles.

b) Le 2° niveau de la prévention est une *information orientée* ; il s'agit de parler de la réalité sexuelle du patient ou du couple dans les suites du traitement.

Cela ne doit pas être fait de façon systématique. Il faut savoir si les personnes **le souhaitent**, mais surtout **à quel moment** elles le souhaitent. Ce n'est pas non plus obligatoire que cela soit fait en couple d'emblée. En effet, on ne peut pas parler d'un retentissement ou de modifications intervenant sur l'intimité sexuelle sans avoir évoqué avec le patient ses besoins et ses attentes, c'est-à-dire sans connaître son fonctionnement sexuel antérieur et l'importance qu'a pour lui la sexualité.

On lui posera donc des questions sur :

Quelle est la place de la sexualité dans sa vie, son couple ? Quels étaient leur comportement sexuel, leur désir et leur plaisir, leur expression, le niveau de communication dans le couple, les rôles dans la rencontre sexuelle, l'importance de la tendresse, de la sexualité ... ? Est-ce-qu'il existe des tabous, des difficultés dans les échanges... ? On essaiera d'apprécier les possibilités ou capacités d'adaptation au changement [3].

Tout cela pour saisir l'environnement et le vécu de leur sexualité jusque là et pouvoir leur apporter une aide dans la réalité sexuelle nouvelle qui soit conforme, non choquante ou en tout cas qui puisse s'intégrer dans leur vie ou leur projet de vie ou qui puisse évoluer après la maladie.

Le conseil portera par exemple sur :

- Le déroulement de l'acte,
- Les expressions du désir et du non-désir,
- Les aménagements différents de l'intimité sexuelle,
- Les modifications des rôles sexuels,
- Le renforcement de l'identité, de la séduction ...

c) Le 3° niveau de prévention pourrait être une information que j'appelle réfléchie ou plus élaborée. Il s'agit d'évoquer ou d'élaborer une réflexion avec le patient sur le sens de la sexualité, du plaisir sexuel, pas

uniquement en terme de plaisir génital, mais plutôt en terme d'érotisme et de plaisir des sens ou des plaisirs de la vie en général.

Il faut faire ressortir avec lui, dans les entretiens, la force vitale du plaisir.

APRES AVOIR VU LE CONTENU DE LA PREVENTION, QUI PEUT PRENDRE EN CHARGE CETTE PREVENTION ?

Les **équipes soignantes** au contact de ces patients, médecins, infirmières, psychologues des Centres ou services hospitaliers.

- Lors des hospitalisations de longue durée
- Lors des hospitalisation de jour
- Lors des consultations de suivi

Mais cela nécessite **une formation** :

- Acquisition de connaissances dans le domaine de la sexualité humaine avec ses composantes psychiques affectives et physiques.
- Connaissance du retentissement sur la sexualité des traitements chirurgicaux, chimiothérapeutiques et hormonaux.
- Formation à l'écoute sexologique : d'abord pour pouvoir donner les informations nécessaires à la prévention de 1° niveau systématique, de 2° niveau orientée, de 3° niveau réfléchie, en ne projetant pas ses propres valeurs sexuelles dans l'entretien ; ensuite, pour pouvoir orienter certains de ces patients vers une prise en charge thérapeutique spécialisée.

LE TEMPS ET LES SEQUENCES DE CETTE PREVENTION

- 1) Avant et/ou pendant les traitements --> information 1er niveau,
- 2) Pendant et/ou Après les traitements --> information 2° niveau,
- 3) Longtemps après les traitements --> information 3° niveau.

Il est important de s'arrêter sur ce que j'appelle le "**longtemps après**".

Cela peut être le temps de la guérison et certains patients n'auront envie de s'occuper de leur vie sexuelle qu'à ce moment là. Mais, une abstinence longue (6 mois à un an et plus) émousse le désir et modifie la capacité sexuelle et ne favorise donc pas la reprise de l'activité sexuelle.

Ou alors, c'est malheureusement le temps de la chronicité, de l'aggravation ou de la récurrence, temps au cours duquel les préoccupations sexuelles ne sont vraiment pas au premier plan pour la majorité ; mais il ne faut pas avoir d'a priori sur la vie sexuelle des grands malades.

Il est donc nécessaire de trouver à chaque étape du traitement et du suivi, une possibilité d'écoute et d'accompagnement.

LA PREVENTION C'EST AUSSI OFFRIR AUX PATIENTS DES POSSIBILITES DE PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE, QUAND LES TROUBLES SEXUELS EXISTENT, APPARAISSENT OU PERSISTENT

On doit expliquer aux patients en quoi cela consiste car ils peuvent penser que cela pourrait trop alourdir leurs consultations et rendez-vous, déjà trop nombreux pour eux.

La prise en charge sexologique commence par **l'évaluation** du symptôme, de la maladie, de la personne, du couple.

Après cette évaluation on peut se trouver dans trois circonstances :

- 1) Le trouble avancé est très certainement **organique**.
- 2) Les troubles ou symptômes sexuels sont vraisemblablement "**fonctionnels**".
- 3) Les troubles sexuels s'accompagnent d'une **décompensation psychique** importante.

1. Dans la 1° situation clinique

Il y a perte de la fonction érectile ou éjaculatoire.

Dans les impuissances, les Injections Intra-Caverneuses donnent maintenant de bons résultats, mais un travail d'accompagnement sur le désir, le plaisir, la relation à l'autre est tout aussi important et nécessaire.

2. Dans la 2° situation clinique

Il s'agit des dysfonctions sexuelles survenant après les traitements du cancer.

Les symptômes présentés par le patient sont le désintérêt sexuel, le manque de désir, les troubles de l'excitation et les troubles de la relation car une dysfonction sexuelle ne reste pas isolée.

Les thérapies proposées peuvent faire appel à différents modèles et systèmes thérapeutiques :

Les thérapies d'approche sexocorporelle concernent plus : les troubles de l'identité corporelle, les troubles de l'excitation sexuelle, les troubles de l'orgasme et du plaisir.

Les thérapies d'approche cognitivo-comportementales peuvent être proposées dans les dysérections et les troubles de l'excitation.

Les thérapies du couple :

- corporelles : type "Lo Picollo-sensate focus" visent à recréer l'intimité sexuelle, à permettre l'éveil de la sensualité du couple (ceci est très utile lors de la perte totale de la fonction sexuelle).
- verbales : en cas de conflit conjugal pré-existant qui décompense ou en cas de réaménagement d'une pathologie du couple après le cancer.

L'approche psychothérapeutique classique peut être proposée dans les cas où existe angoisse, culpabilité, peurs, dévalorisation, perte d'identité ...

3. Dans la 3° situation clinique

Les troubles sexuels accompagnent ou passent au 2° plan derrière une décompensation psychique importante.

La prise en charge fera appel à la psychothérapie associée ou non à un traitement pharmacologique des troubles psychiatriques.

CONCLUSION

A une époque où les progrès thérapeutiques en cancérologie laissent espérer des taux de survie de plus en plus longs, il devient urgent de se préoccuper de la *qualité* de cette *survie*, car les problèmes sexuels exercent le plus souvent des effets extrêmement néfastes sur *la relation de couple* des intéressés, sur leur *vie familiale et sociale*, sur leur *santé mentale* et par voie de conséquence, sur leur santé en général et bien évidemment sur le *processus de guérison* [2].

L'intérêt d'un travail d'équipe ne fait aucun doute pour aider les couples en difficulté après un cancer et notamment un cancer pelvien de l'homme. Chacun doit y trouver sa place en fonction de sa compétence et de ses responsabilités particulières.

REFERENCES

1. ANDERSEN Barbara PH. D. : Sexual self shema as a possible predictor of sexual problems following cancer treatment. The Canada Journal of Human Sexuality, Vol. 3-2, Summer 1994, 165-170.
2. CACHELOU R. : Problèmes sexuels et Problèmes de communication dans le couple après cancers gynécologiques. Provence Médicale N° 10, Octobre 1982, 143-146.

3. MARANDON E. : Sexuality Handicaps "Handicap et sexualité" Edition MASSON 1981, 163-168.

ABSTRACT

Prevention of sexual problems following cancer treatments

C. CABANIS

Sex and cancer, pleasure and death are words very difficult and painful to associate and to evoke. The sexuality of patients with cancerous diseases is unrecognized by physicians and very little present in the practice of sexology. The sexual life of cancerous patients must be preserved. The preventions must have aims, means and time.

The aims are : to allow, to keep, to find or to rediscover a sexual and relational life.

The means are :

- **systematic information on the clinical reality and his results,**
- **directed information on the sexual reality and his capacities,**
- **thought information on the sense and the value of the sexuality and of the pleasure.**

The time is before, during and after the treatment for cancer.

The prevention is also sexological treatments if sexual symptoms occur.

Key words : male sexuality - cancer - prevention of sexual problems.