

# Cancers gynécologiques et sexualité

Les fondamentaux à connaître par tout  
professionnel de santé



Dr Pierre BONDIL  
urologue-oncologue-sexologue  
Centre soins de support ERMIOS  
CH Chambéry 73011  
[pierre.bondil@ch-metropole-savoie.fr](mailto:pierre.bondil@ch-metropole-savoie.fr)



**Oncobretagne**  
**Journées Laurence Leroyer**  
**8<sup>e</sup> Actualités et controverses**  
3 avril 2015 Saint Malo



# Pourquoi cancer et sexualité (1) ?

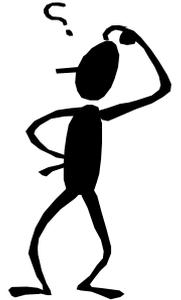


- **Vie sexuelle = paramètre pertinent et validé QdV et bien-être**
  - «...*toute amélioration des troubles de la vie sexuelle concourt au bien-être de l'individu...* »
  - large variabilité inter et intra individuelle
  - à tout âge
- **Demands fortes et légitimes de préservation / retour des fonctions y compris... sexuelles = objectif contemporain prise en charge du cancer**
- **Prévalence trop élevée de soins de support non satisfaits dans ce domaine**



# Pourquoi cancer et sexualité (2) ?

- **Iatrogénie sexuelle majeure +++**
  - tous traitements et toutes fonctions sexuelles
  - très dépendante
    - cancer lui-même (stade et pronostic)
    - patient (comorbidités, souhaits, partenaire, environnement socioculturel)
  - **large variabilité morbidité sexuelle** (immédiate ou différée, transitoire ou durable, légère ou sévère)
- **Malades / couples mal préparés à faire face à perte de l'intimité sexuelle** (surtout « jeunes »)
- **Importance information / communication + éducation thérapeutique** (prévention du risque "désinsertion intimité / sexuelle »)



**Survie nette à 10 ans et nombre de cas en 2012**

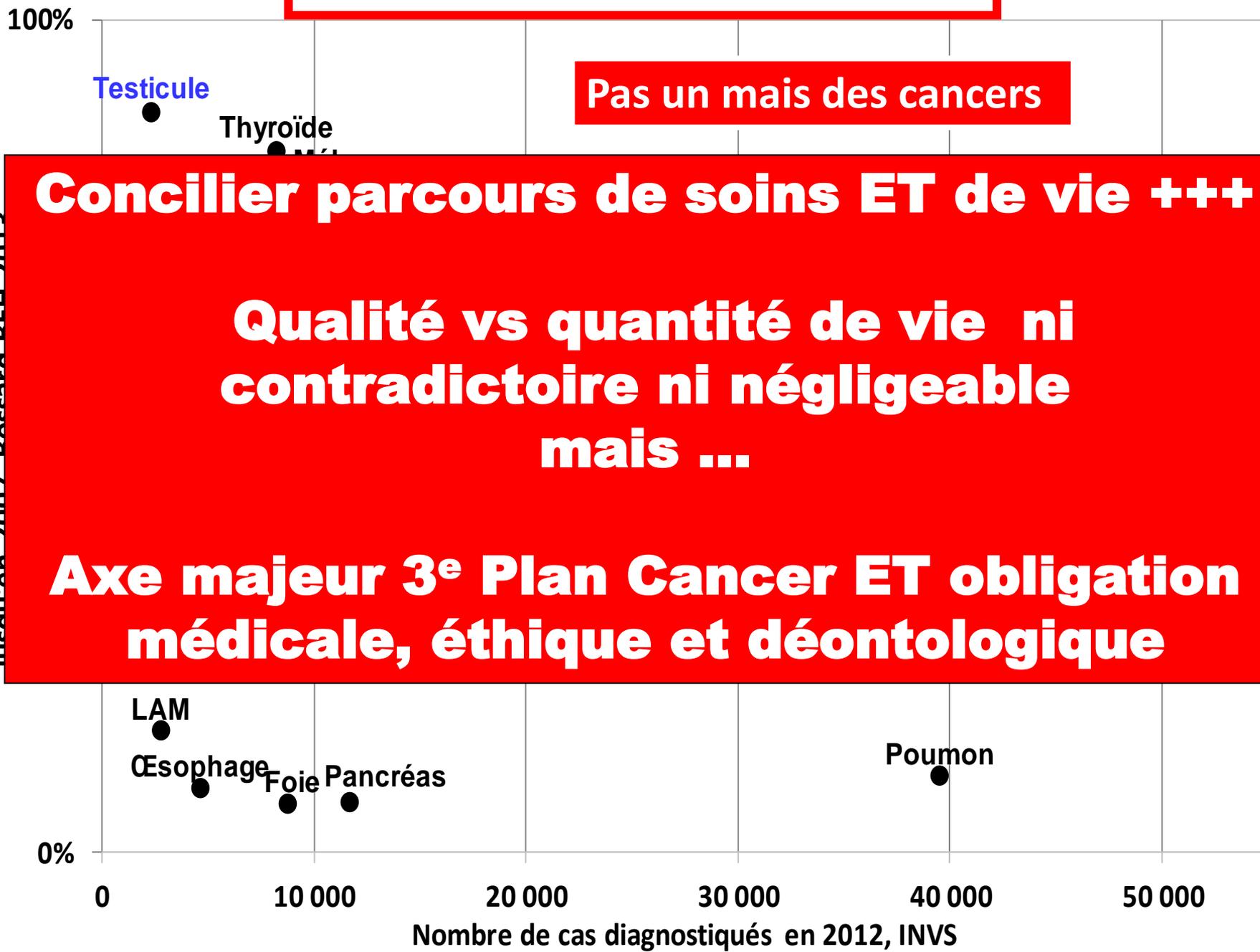
**Pas un mais des cancers**

**Concilier parcours de soins ET de vie +++**

**Qualité vs quantité de vie ni  
contradictoire ni négligeable  
mais ...**

**Axe majeur 3<sup>e</sup> Plan Cancer ET obligation  
médicale, éthique et déontologique**

Survie des cas diagnostiqués de 1989 à 2004 & suivis  
jusqu'en 2007. Record REU 2012



# Cancer et sexualité: de quoi parle-t-on ?



La femme la plus sexy du monde en 2014 est une mère de famille de 40 ans

# Définitions OMS

## Cinq dimensions pour approche soignante moderne = personnalisée

1. santé physique
2. santé mentale
3. santé sexuelle
4. mode de vie
5. bien-être / QdV



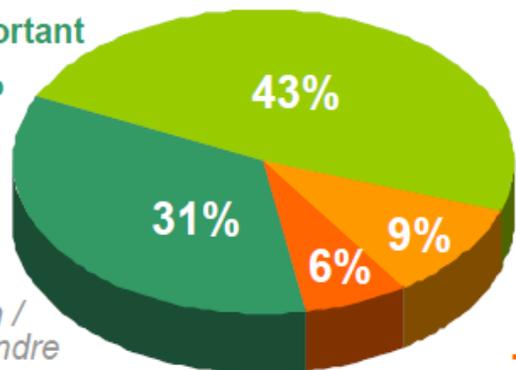
# L'importance donnée à la vie sexuelle

Dans votre vie, diriez-vous que la sexualité joue un rôle :

- Indispensable
- Important mais pas indispensable
- Pas très important
- Pas du tout important

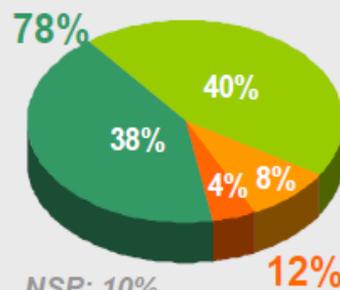
## ENSEMBLE

Total important  
74%

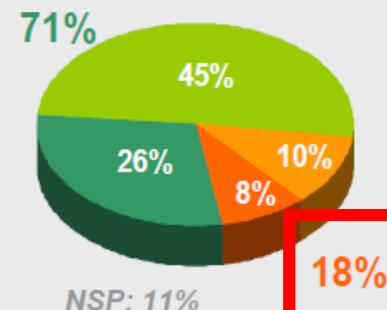


Total pas important  
15%

## Hommes

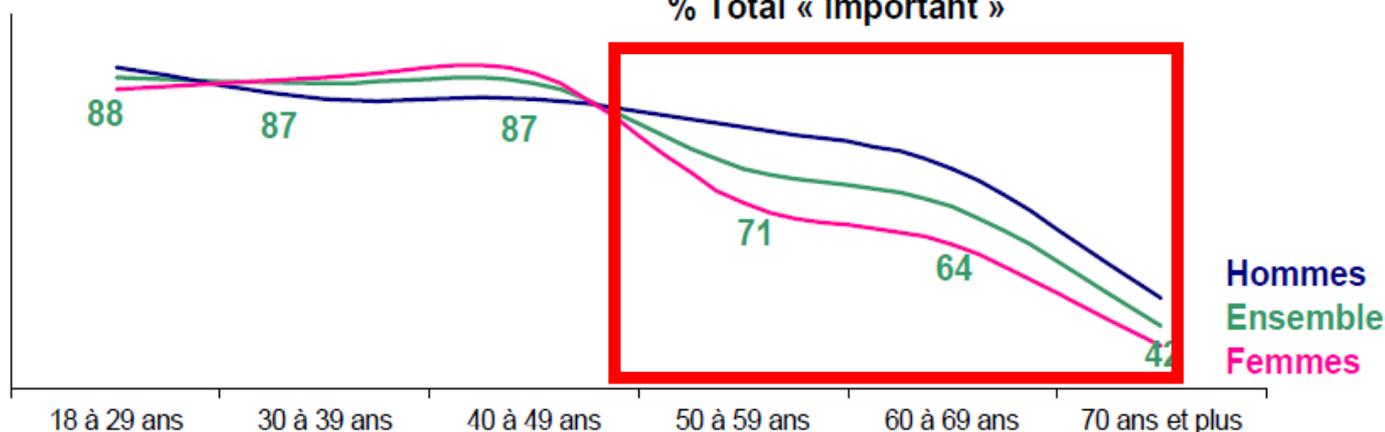


## Femmes



18%

## % Total « important »



[Lindau ST](#), [Gavrilova N](#), [Anderson D](#): Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer: a comparison to national norms. [Gynecol Oncol](#). 2007;106:413-8.

### Sexual attitudes among vaginal and cervical cancer survivors

| Statement about sexual attitude  | Percentage of positive answers |
|--|--------------------------------|
| During the past 12 months having sex   |                                |
| - much more often or somewhat more often than respondent would like                                      | 10.92                          |
| - about as often as respondent would like  | 40.34                          |
| - much less often or somewhat less often than respondent would like                                      | 48.74                          |
| Feeling  |                                |
| - very satisfied or somewhat satisfied   | 42.28                          |
| - neither satisfied nor dissatisfied   | 16.78                          |
| - very dissatisfied or somewhat dissatisfied if spend the rest of life with sex life the way it is today | 40.94                          |
| Agree or strongly agree with the following statements:   |                                |
| An active sex life is good for health  | 92.05                          |
| Satisfactory sexual relations are essential to the maintenance of a relationship                         | 89.47                          |
| Sexual satisfaction is an important part of feeling fulfilled in life                                    | 85.53                          |

# Paramètre patient / partenaire / couple

La vie sexuelle: quelle importance ?

Résultats identiques dans population adulte atteintes de cancer et de maladies chroniques

+++

Morbidité sexuelle (effets indésirables) varie grade 0 à

3 selon individus / couples / médecins et...

temps !

# Cancer et sexualité

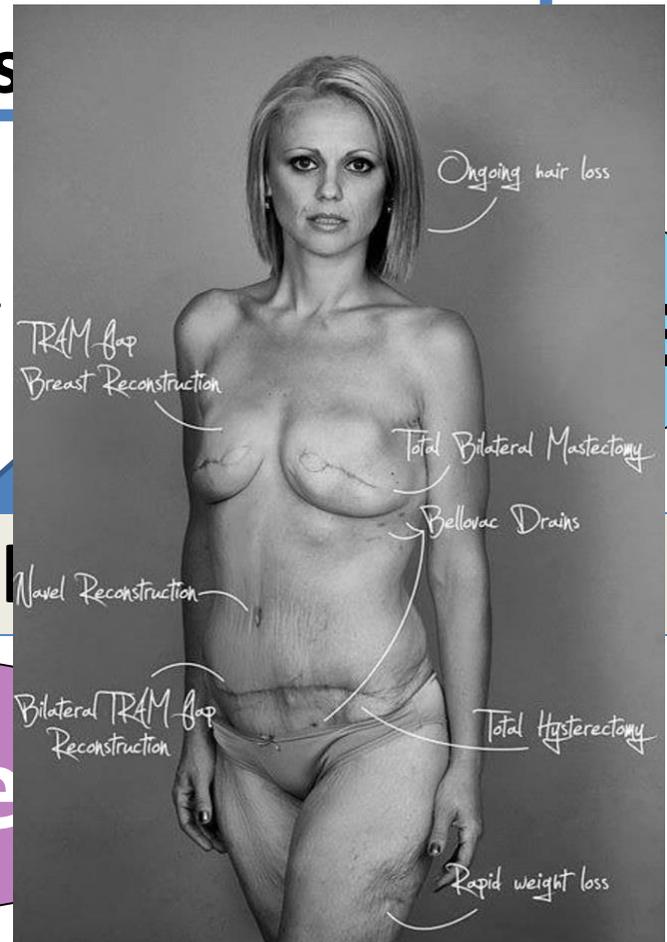
ons es

Biolo

Couple

entiel

nne



Pathologies sexuelles = 1, 2 ou 3 dysfonctionnement(s)  
ET souffrance / mal-être liés au(x) dysfonctionnement(s)

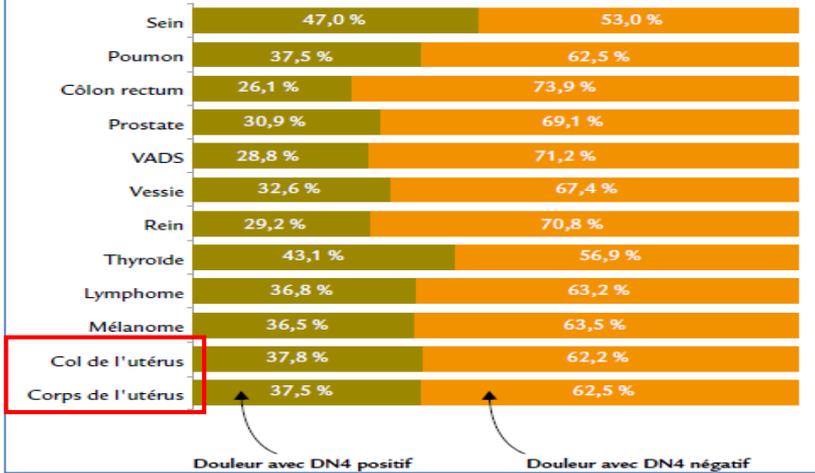
# Quid des préoccupations sexuelles des patientes atteintes de cancers gynécologiques

## Que dit la littérature ?

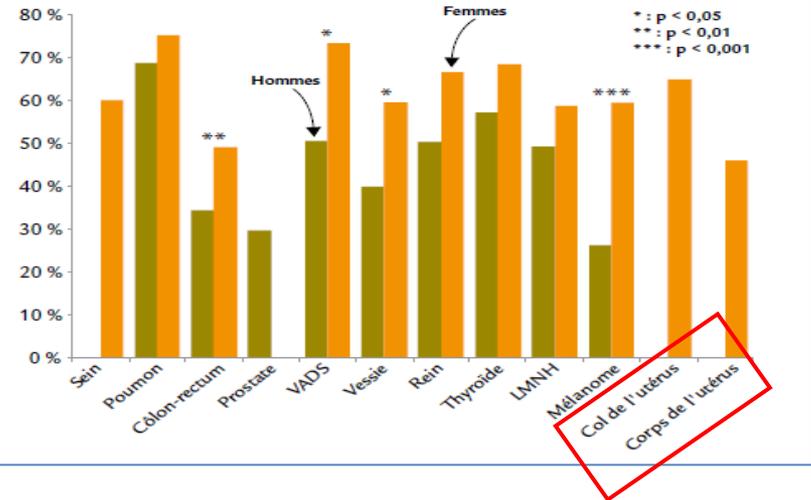
- **Toutes les dimensions de la sexualité = concernées mais 3 principales:**
  1. **physique = dyspareunie, modification vaginale et diminution activité sexuelle**
  2. **psychologique = baisse désir, altérations image corporelle, anxiété liée performance sexuelle**
  3. **sociale = difficulté conserver rôle social antérieur, distanciation émotionnelle du partenaire, sentiment modification de l'intérêt sexuel du partenaire.**
- **Majorité de études s'intéressent surtout à la dimension physique de la sexualité, très peu sur aspects psycho-éducatifs.**
- **Les professionnels de santé doivent être plus attentifs aux besoins psychologiques et sociaux**

# Vie sexuelle / intime = multifactoriel

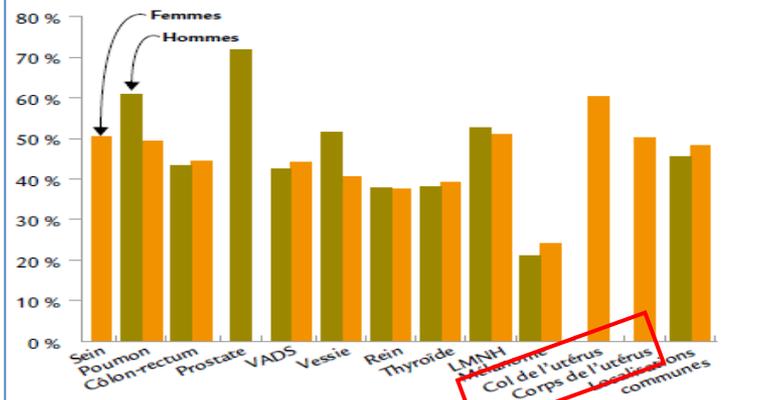
**FIGURE 9.1.**  
PRÉVALENCE DES DOULEURS NEUROPATHIQUES (ESTIMATION DN4) PAR LOCALISATION POUR LES ENQUÊTÉS DÉCLARANT DES DOULEURS RÉCENTES (VICAN2 2012)



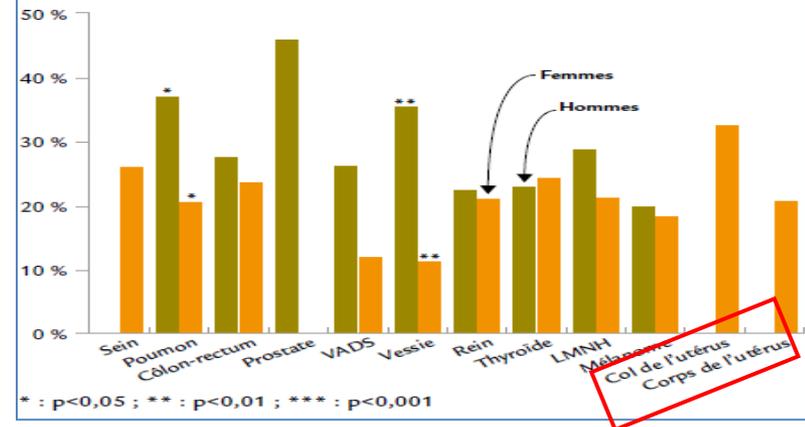
**FIGURE 8.1.**  
PRÉVALENCE DE LA FATIGUE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES EN FONCTION DE LA LOCALISATION DU CANCER (VICAN2 2012)



**FIGURE 19.2.**  
PROPORTION DE PARTICIPANTS RAPPORTANT UNE BAISSÉ DE LIBIDO DEPUIS LE DIAGNOSTIC EN FONCTION DE LA LOCALISATION (ENQUÊTE VICAN2 2012)



**FIGURE 19.5.**  
INSATISFACTION QUANT À LA FRÉQUENCE ACTUELLE DES RAPPORTS SEXUELS (ENQUÊTE VICAN2 2012)



# Cancers et sexualité

## Qui est potentiellement concerné ?

- Tous les patient(e)s = oui (directement ou non )
- Peu de cancers « asexués » et trop de cancers « orphelins » (ORL, digestifs, hémopathies...)
- A tout âge = souvent (y compris seniors +++)
- Mais aussi très souvent tous les proches
  - ✓ partenaire +++
  - ✓ parents
  - ✓ enfants
- Soit près de **5 millions d'adultes** en France !



# Où situer cancer et sexualité ?

Monde de

Nouvelles offres de soins de support dans le PPS

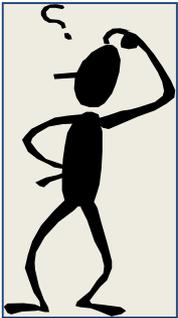
Oncopédi

génétique

Oncogéri

oplastie

Soins de support

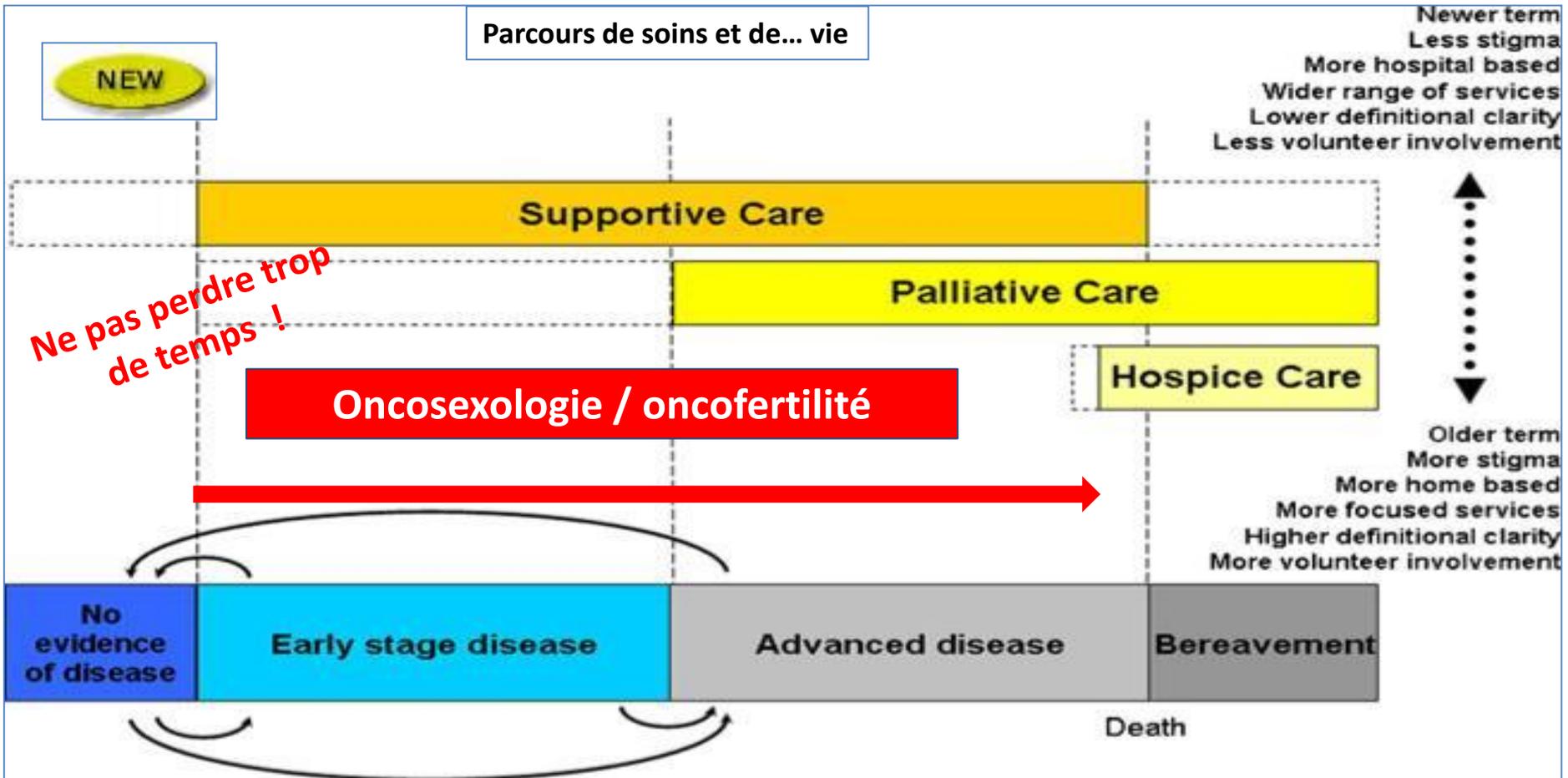


Cancer et sexualité

Oncofertilité

Oncosexologie

# Soins oncologiques de support = recommandation actuelle de mise en place précoce dans PPS



Hui D et al: Support Care Cancer. Mar 2013; 21(3): 659–685. A conceptual framework toward understanding “supportive care,” “palliative care,” and “hospice care.” Under this model, “hospice care” is part of “palliative care,” which in turn, is part of “supportive care.” Importantly, the *dashed boxes* illustrate the evolving nature of these definitions to expand their scope of service.. A increasing number of articles suggest that “palliative care” should start from the time of diagnosis. Other distinguishing features among the three terms are listed on the right hand side

# Conséquences des cancers H-F sur la vie intime / privée = 1<sup>ère</sup> réalité

- Sexualité encore souvent perturbée = 65%



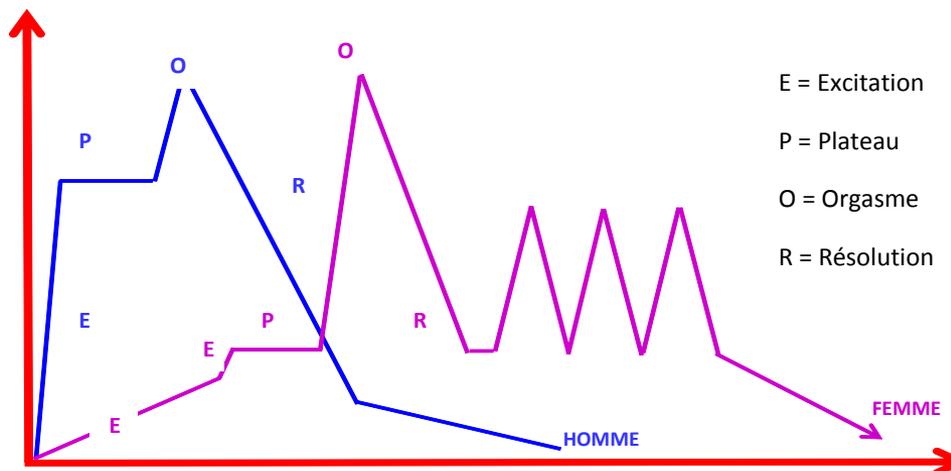
## Particularités

difficultés / séquelles sexuelles ou intimes souvent  
brutales et durent longtemps

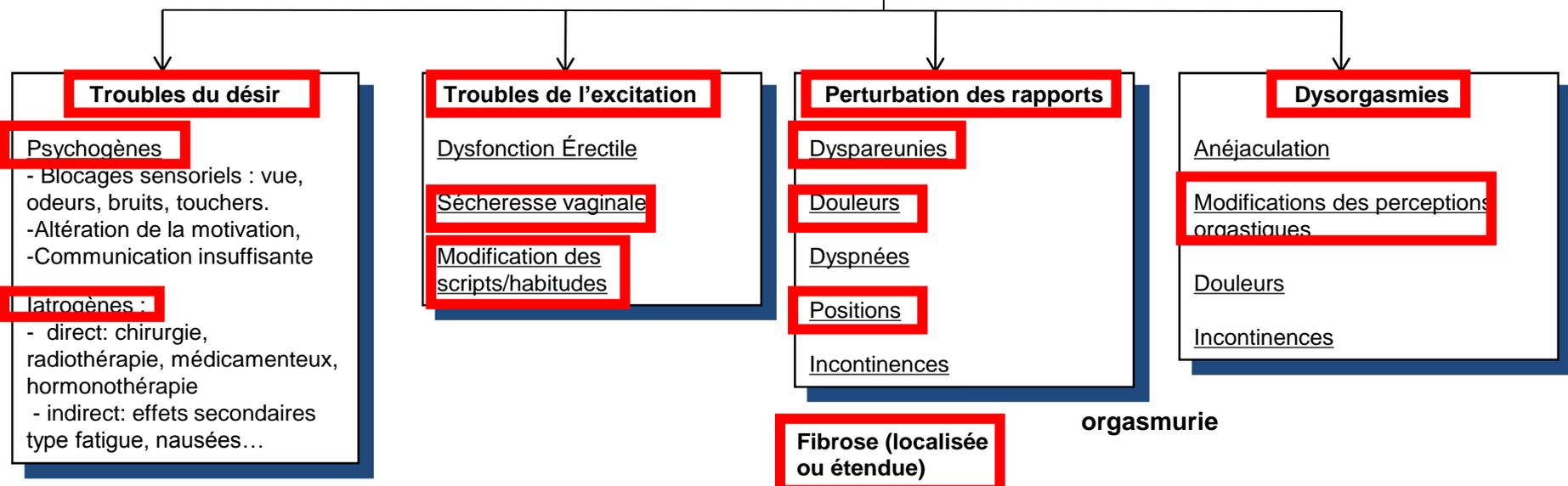
Irruption du cancer dans parcours de vie couple  
modifie très souvent les priorités de vie !

# Quels troubles sexuels ?

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



De multiples perturbations attendues à différents niveaux de la réponse physiologique



# Cancers gynécologiques et morbidité sexuelle chez « survivantes » = une réalité

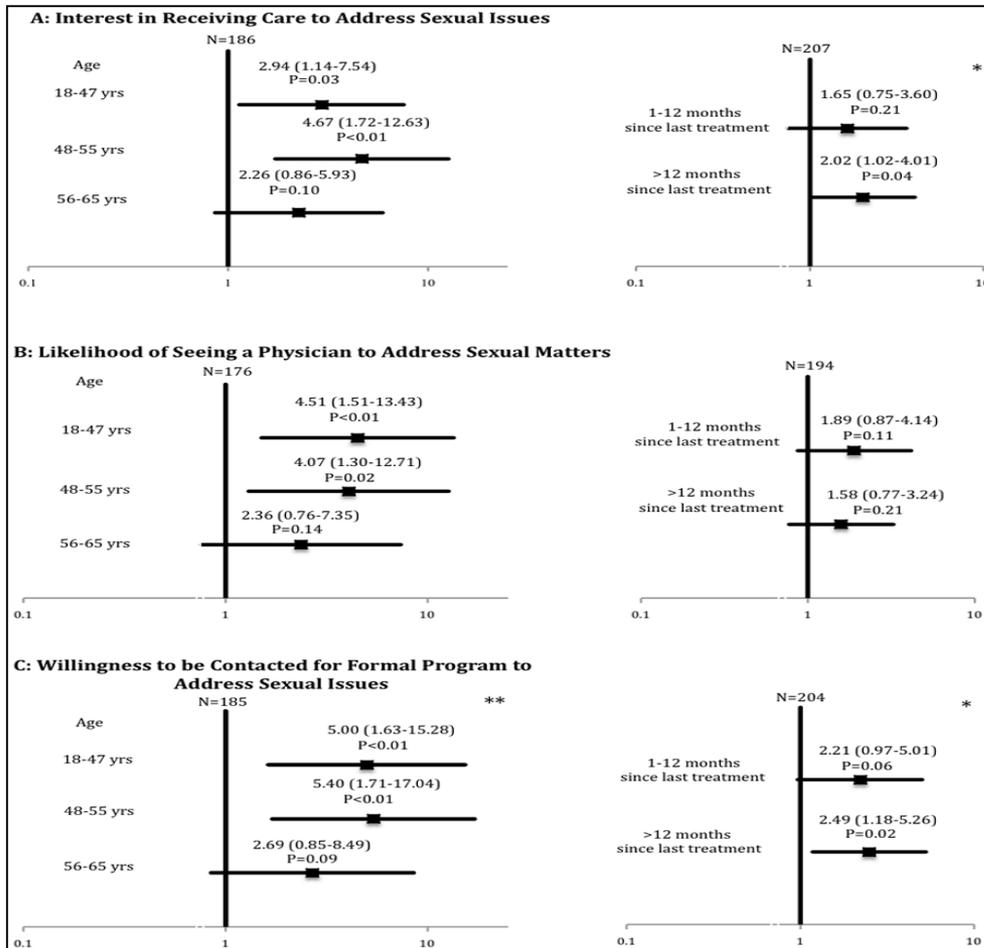
Association between vaginal and cervical cancer survival and reported sexual problems as compared to population-based controls

| Sexual Problem                                     | Crude odds ratio (95% CI) | P      | Adjusted odds ratio (95% CI) | P      |
|--|---------------------------|--------|------------------------------|--------|
| Lacked interest in having sex                      | 4.53 (2.82 – 7.28)        | <0.001 | 5.67 (2.89 – 11.13)          | <0.001 |
| Had trouble lubricating                            | 6.52 (3.93– 10.80)        | <0.001 | 6.28 (3.22 – 12.26)          | <0.001 |
| Experienced physical pain during intercourse       | 10.47 (5.52– 19.87)       | <0.001 | 8.56 (3.71 – 19.76)          | <0.001 |
| Unable to climax                                   | 2.69 (1.71 – 4.22)        | <0.001 | 2.24 (1.21 – 4.15)           | 0.01   |
| Felt anxious about the ability to perform sexually | 4.33 (2.32 – 8.07)        | <0.001 | 2.89 (1.29 – 6.50)           | 0.01   |
| Did not find sex pleasurable                       | 2.33 (1.39 – 3.88)        | 0.001  | 1.96 (0.99 – 3.86)           | 0.053  |
| Climaxed too quickly                               | 1.96 (0.91 – 4.21)        | 0.08   | 2.23 (0.74 – 6.71)           | 0.153  |
| Had three or more sexual problems listed above     | 5.47 (3.44 – 8.70)        | <0.001 | 4.87 (2.68 – 8.82)           | <0.001 |

All ORs were derived using conditional logistic regression. Adjusted ORs were derived from models including partner status, income, and self-reported health.

# Cancers gynécologiques et sexualité

## Demande réelle mais ni satisfaisante ni satisfaite

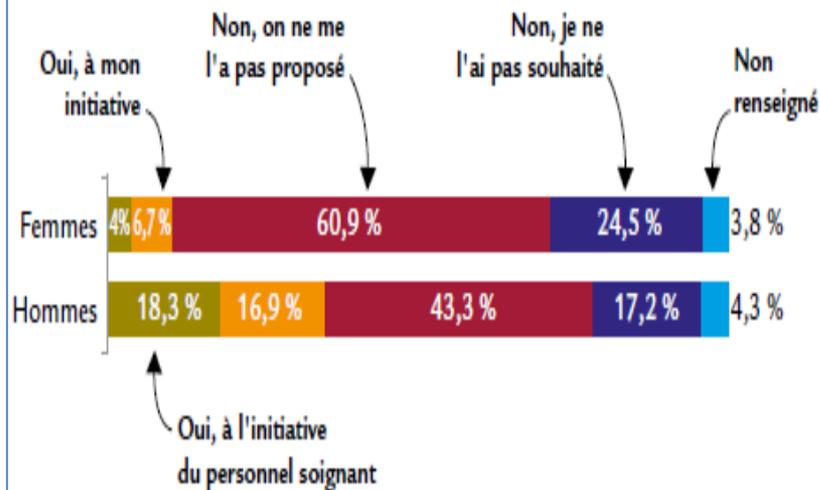


- **7%** ont bénéficié d'une aide
- **41.6%** intéressées par prise en charge.
- **> 30%** souhaiteraient consulter un médecin pour ce problème
- **35%** souhaiteraient être contactées si programme formalisé mis en place
- femmes **plus jeunes** et **après un an de traitement** = les plus demandeuses

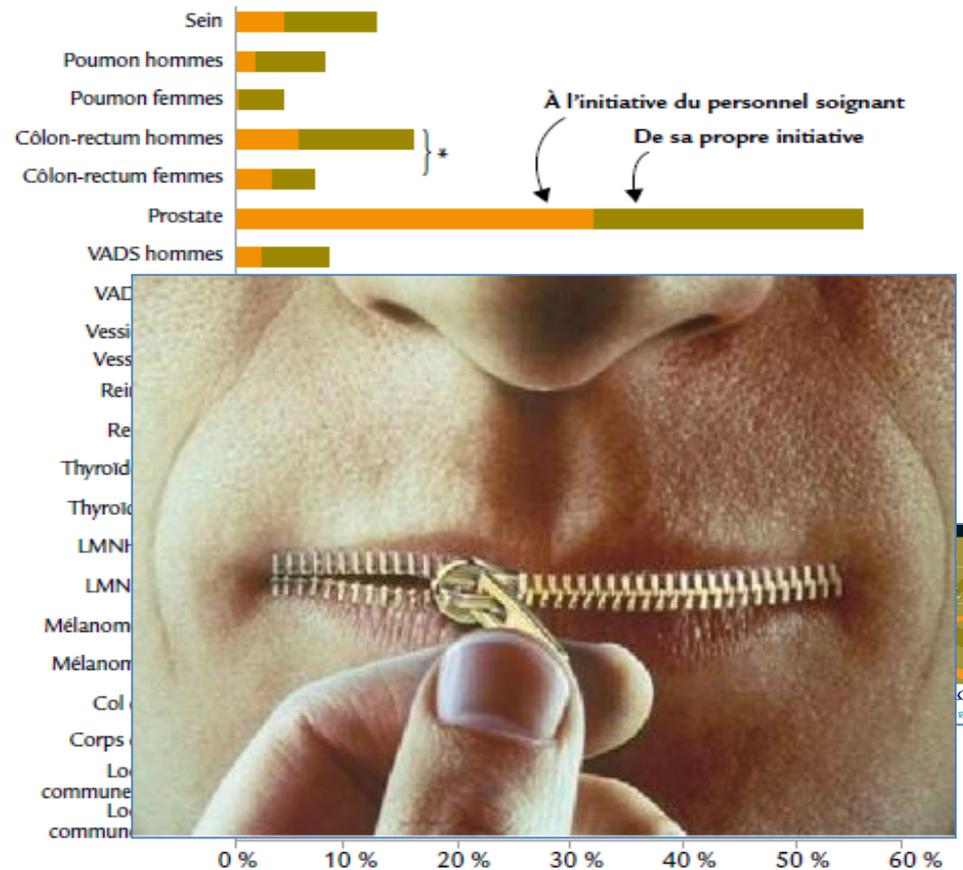
population: n = 261, âge moyen 55 dont 2/3 avec partenaire, cancers gynécologiques 91.2% (ovaire / trompe / péritonéal: 36%, endomètre: 32.2%, col: 18.8%, vulve / vagin : 4.2%) et sein: 8.8%

# 2<sup>e</sup> réalité : dialogue difficile + déficit d'information = réelle inégalité d'accès aux soins

**FIGURE 19.6.**  
PROPORTION DE FEMMES ET HOMMES AYANT PARLÉ DE LEUR SEXUALITÉ AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE DEPUIS LE DÉBUT DE LA MALADIE (ENQUÊTE VICAN2 2012)



**FIGURE 19.7.**  
PROPORTION DE FEMMES ET D'HOMMES AYANT PARLÉ DE LEUR SEXUALITÉ AVEC L'ÉQUIPE SOIGNANTE DEPUIS LE DÉBUT DE LA MALADIE, PAR LOCALISATION (VICAN2 2012)



**Lever le silence pour autoriser à en parler et légitimer la demande = enjeu majeur**

# Variables d'ajustement mental à la maladie cancéreuse (cognitives, comportementales et émotionnelles)



**Esprit combatif** ↗

**Détresse** ↗

- **Information (P/P)** ↗
- **Soutien affectif et moral des amis et de la famille (P/P)**
- **Activité sexuelle (P/P)** ↗
- **Qualité de vie physique (P/P)** ↗
- **Qualité de vie mentale (P/P)** ↗

**Adaptation positive**

- **Information** ↘
- **Désir soutien psy**
- **Non satisfaits de leur suivi**
- **Soutien affectif et moral** ↘
- **Détérioration du couple**
- **Activité sexuelle** ↘
- **Séquelles (présence gêne et prise en compte)**
- **Psychotropes**

**Adaptation négative**

Anne-Gaëlle Le Corroller Soriano 2008



**Rôle réellement négligeable de santé sexuelle / vie couple ?**

# Marital Status and Survival in Patients With Cancer

*Aiser AA. et al. J Clin Oncol\_ 2013 Nov 1;31(31):3869-76*



**Purpose :** To examine the impact of marital status on stage at diagnosis, use of definitive therapy, and cancer-specific mortality among each of the 10 leading causes of cancer-related death in the US.

**Methods:** We used the Surveillance, Epidemiology and End Results program to identify 1,260,898 patients diagnosed in 2004 through 2008 with lung, colorectal, breast, pancreatic, prostate, liver/intrahepatic bile duct, non-Hodgkin lymphoma, head/neck, ovarian, or esophageal cancer. We used multivariable logistic and Cox regression to analyze the 734,889 patients who had clinical and follow-up information available.

**Results:** Married patients were less likely to present with metastatic disease (adjusted odds ratio [OR], 0.83; 95% CI, 0.82 to 0.84;  $P < .001$ ), more likely to receive definitive therapy (adjusted OR, 1.53; 95% CI, 1.51 to 1.56;  $P < .001$ ), and less likely to die as a result of their cancer after adjusting for demographics, stage, and treatment (adjusted hazard ratio, 0.80; 95% CI, 0.79 to 0.81;  $P < .001$ ) than unmarried patients. These associations remained significant when each individual cancer was analyzed ( $P < .05$  for all end points for each malignancy). **The benefit associated with marriage was greater in males than females for all outcome measures analyzed ( $P < .001$  in all cases).** For prostate, breast, colorectal, esophageal, and head/neck cancers, the survival benefit associated with marriage was larger than the published survival benefit of chemotherapy.

**Conclusion:** Even after adjusting for known confounders, unmarried patients are at significantly higher risk of presentation with metastatic cancer, undertreatment, and death resulting from their cancer. This study highlights the potentially significant impact that social support can have on cancer detection, treatment, and survival.

**Comparison of HRs for overall survival associated with chemotherapy (based on prior literature) with cancer-specific survival associated with marriage (in the present study) in patients with solid malignancies**

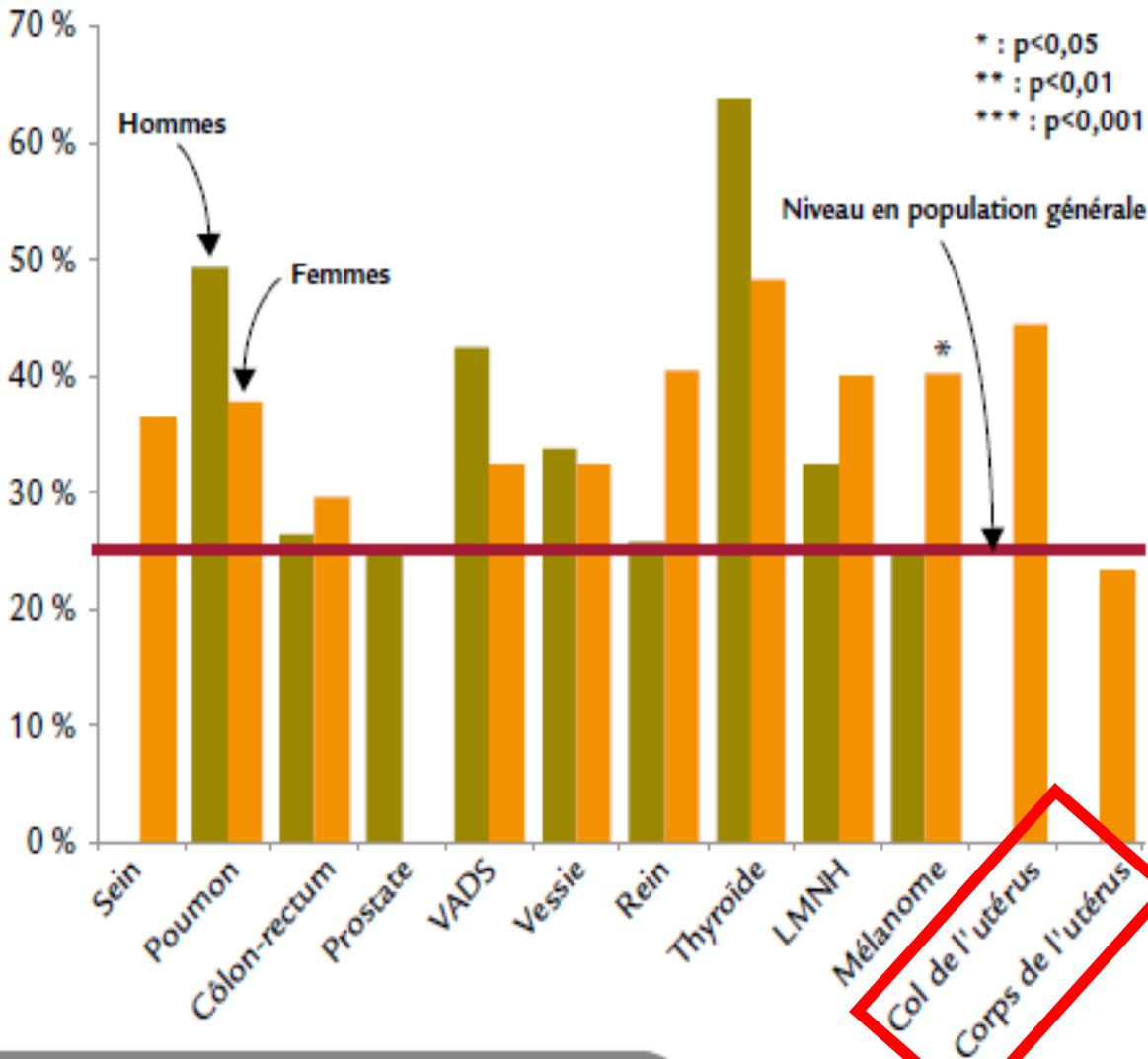
| Cancer      | Type of Chemotherapy Study      | Population Evaluated in Chemotherapy Study | Chemotherapy | Reference       | HR for Chemotherapy | HR* for Marriage in Present Study |
|-------------|---------------------------------|--|--------------|-----------------|---------------------|-----------------------------------|
| Prostate    | Randomized trial <sup>25</sup>  | Metastatic, hormone-resistant prostate     | Docetaxel    | Mitoxantrone    | 0.79                | 0.74                              |
| Breast      | Meta-analysis <sup>26</sup>     | Metastatic breast                          | Any          | chemotherapy    | 0.84                | 0.78                              |
| Lung        | Systematic review <sup>27</sup> | Metastatic lung                            | Any          | chemotherapy    | 0.71                | 0.85                              |
| Colorectal  | Randomized trial <sup>28</sup>  | Metastatic colorectal                      | Any          | chemotherapy    | 0.85                | 0.72                              |
| Pancreatic  | Randomized trial <sup>29</sup>  | Metastatic pancreatic                      | Any          | chemotherapy    | 0.71                | 0.87                              |
| Liver, IHBD | Randomized trial <sup>30</sup>  | Metastatic liver, IHBD                     | Any          | chemotherapy    | 0.69                | 0.88                              |
| Esophageal  | Meta-analysis <sup>31</sup>     | Metastatic esophageal cancer               | Any          | chemotherapy    | 0.87                | 0.77                              |
| Ovarian     | Systematic review <sup>32</sup> | Early-stage epithelial ovarian cancer      | Any          | No chemotherapy | 0.74                | 0.87                              |
| Head/neck   | Meta-analysis <sup>33</sup>     | Nonmetastatic head and neck cancer         | Any          | No chemotherapy | 0.87                | 0.67                              |

**Pour les cancers de prostate, du sein, colorectal, oesophage et ORL, le bénéfice en terme de survie lié au mariage est supérieur à ceux publiés pour la chimiothérapie !**



San  
perti

**FIGURE 7.2.**  
DÉGRADATION DE LA QUALITÉ DE VIE MENTALE EN FONCTION  
DU SEXE ET DE LA LOCALISATION DU CANCER (VICAN2 2012)



niques  
ression

Screenin  
Sympton  
Clinical

Barbara L. And  
Mary Jane Mas

**Purpose**  
A Pan-Canadi  
(Depression,

**Met**  
Am  
clin  
dev

**Res**  
On  
gen  
evid  
add  
me  
rec  
at p  
pub  
info  
and  
depress  
mortality. Thi

**Conclusion**  
Although clin  
cancer, they  
Recognizing a  
reduce the h

J Clin Oncol

epressive  
ociety of

apion,  
L. Rowland

hosocial Distress

members. It is  
ing for

on and anxiety  
sing validated,

earthnatory and  
es.

medical effects of  
avioral sequelae.  
r depression will

Interrogatoire +++, questionnaire type échelle visuelle détresse

**Cancers = morbidité sexuelle importante  
avec iatrogénie majeure**

origine multifactorielle

psychologie

**Enjeux, priorités et impacts  
sexuels = très inhomogènes en  
fonction du cancer** (stade, pronostic,  
traitement) **et du patient** (âge, comorbidités,  
projets de vie et proximologie)

chirurgie

hormonothérapie

**Souvent « brutale » = information / prévention / réhabilitation**

# Traitement souvent multimodal = iatrogénie et morbidité santé sexuelle / vie intime croissantes

FIGURE 6.1.  
CHIRURGIE DEPUIS LE DIAGNOSTIC PAR LOCALISATION (VICAN2 2012)

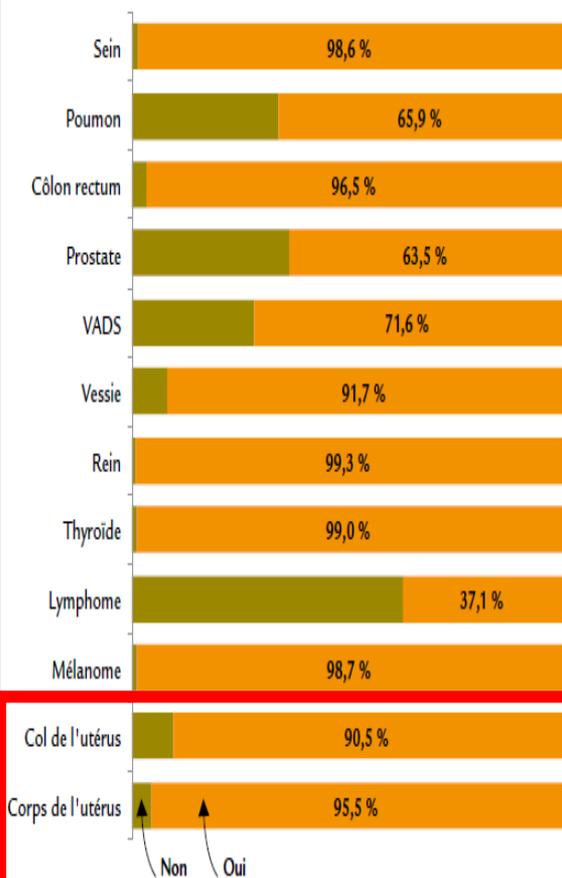


FIGURE 6.2.  
RADIOTHÉRAPIE ADMINISTRÉE DEPUIS LE DIAGNOSTIC PAR LOCALISATION (VICAN2 2012)

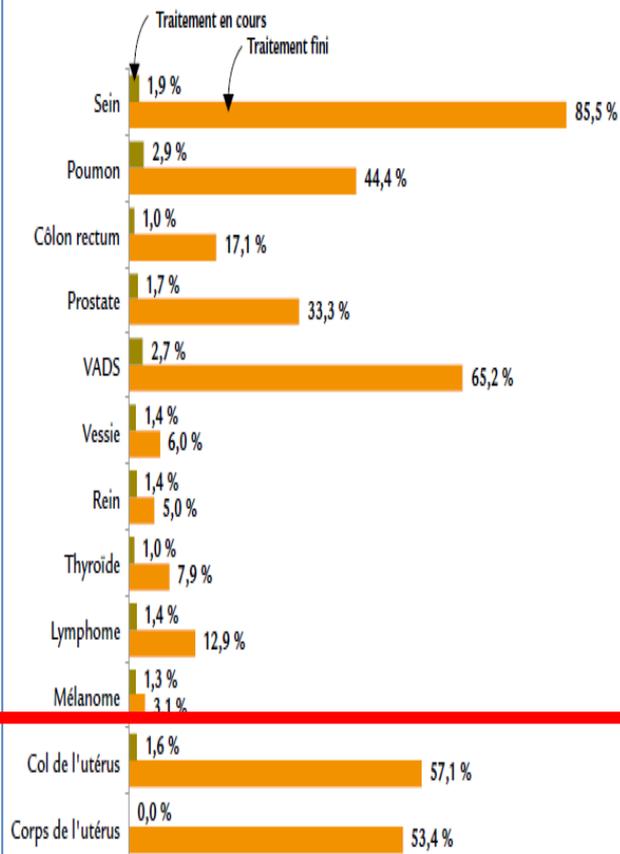
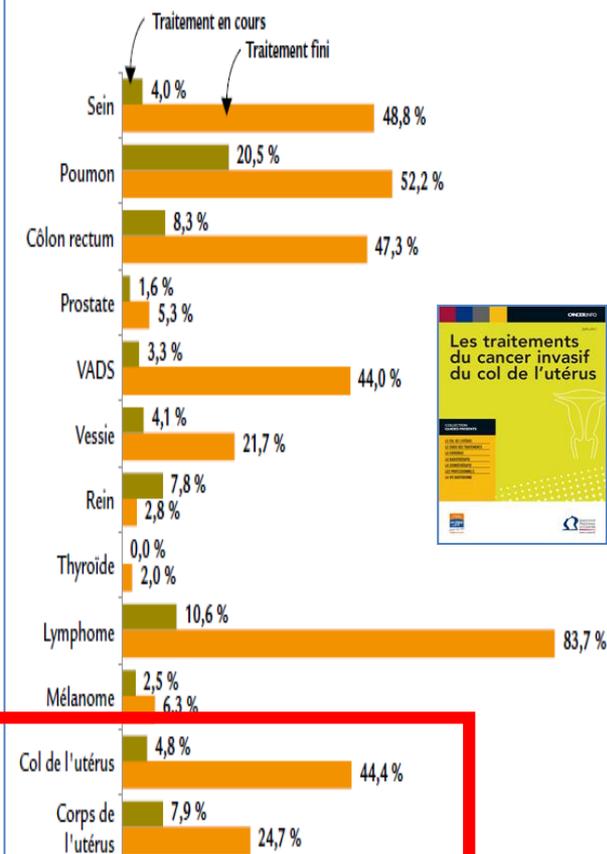


FIGURE 6.3.  
CHIMIOTHÉRAPIE ADMINISTRÉE DEPUIS LE DIAGNOSTIC PAR LOCALISATION (VICAN2 2012)



## Cancer et sexualité :

### Quand l'aborder avec le patient et le couple ? \*

Chaque étape : priorités propres au cancer et à son traitement , au patient et...aux soignants  
 Pas une annonce mais une succession d'annonce  
 Pour optimiser, systématiser un espace temps et des supports facilitateurs (associations patients)

| Moment  | Annonce   | Traitement  | Sortie   | Après Cancer  |
|---|---|---|--|---|
| Enjeu   | Légitimer   | Prévenir  | Encourager / Autoriser   | Réadaptation  |
| Action  | Information<br>Prévention   | Prise en charge<br>Information<br>Prévention                | Bilan<br>Information<br>Prévention                               | Prise en charge<br>Information<br>Prévention        |
| Quels professionnels de santé concernés en priorité ? | Oncologues,<br>Spécialistes d'organes,<br>Médecins généralistes,<br>IDE Dispositif annonce... | Cancérologues,<br>IDE de soins,<br>Médecins généralistes... | Cancérologues,<br>Spécialistes d'organes<br>IDE coordinatrice... | Médecins généralistes,<br>Associations,<br>Ligue... |
|   | Phase d'annonce<br>page 14  | Phase de traitement<br>Spécifique<br>page 15                | Phase de sortie<br>page 16                                       | Phase de surveillance<br>page 17                    |

# Réalité du terrain ou... il faut **démystifier** la pathologie sexuelle

Patient / couple

Professionnels de santé

De  
Si

**Notion capitale  
problématiques oncosexuelles**

=

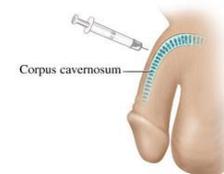
**responsabilité et compétence de la  
grande majorité = soins primaires +++  
(prévention / prise en charge hors fertilité)**

# Prise en charge personnalisée

= multiforme et adaptée DS + attentes / demandes / besoins du patient et couple  
= information / éducation thérapeutique / traitement



MUSE



Penile Injection



Vacuum Device



3 piece inflatable prosthesis (implanted)

Références guidelines EAU, ISSM, JSM, AFSOS

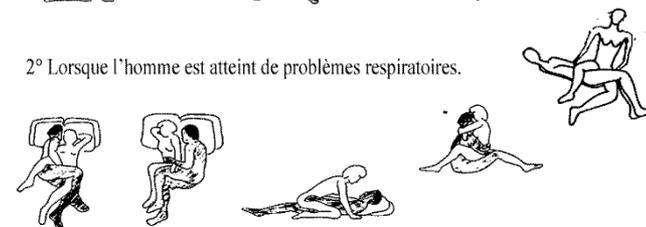


## Possibilités de positions

1° Lorsque la femme est atteinte de problèmes respiratoires



2° Lorsque l'homme est atteint de problèmes respiratoires.



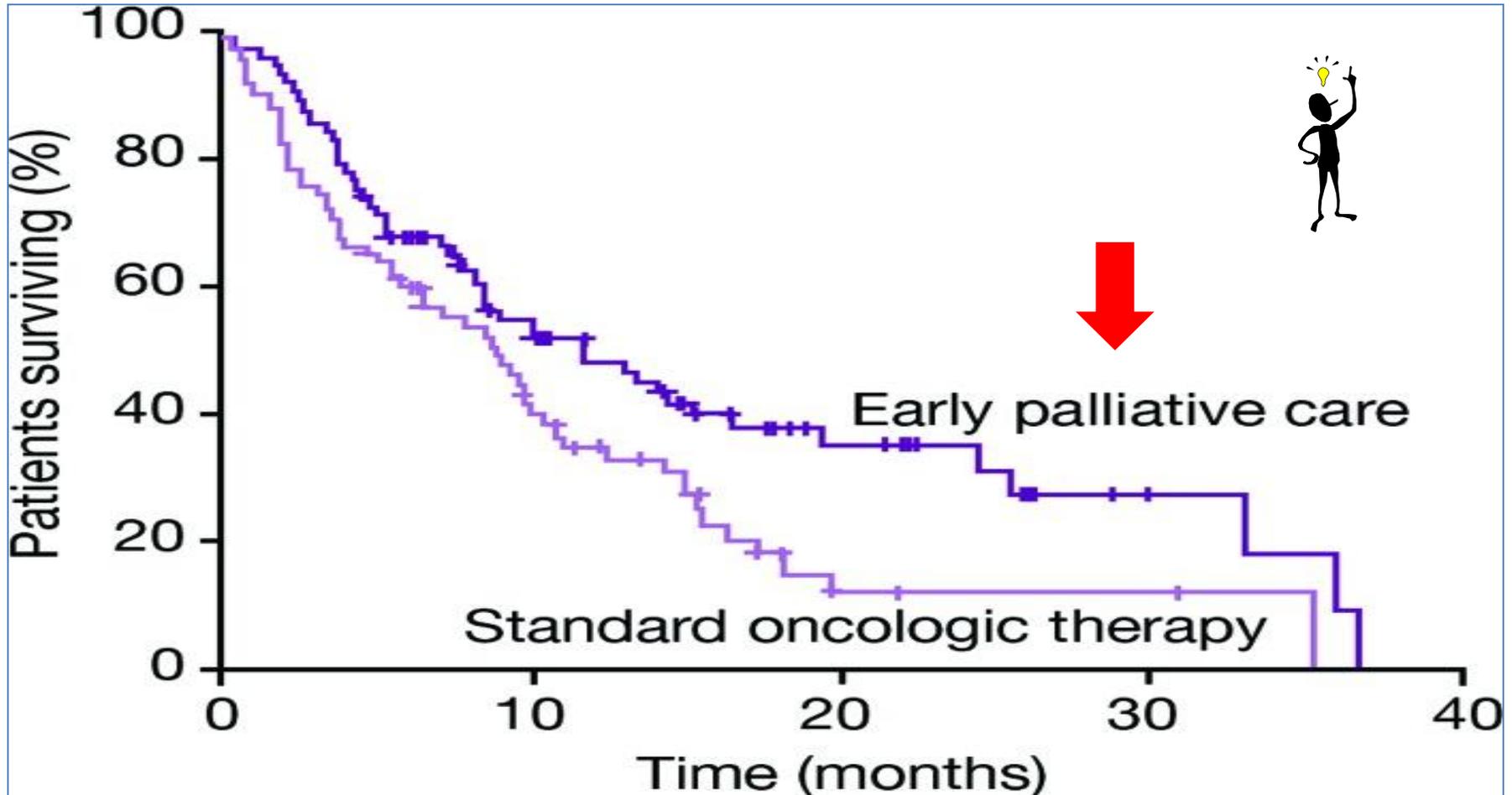
Règles de bonnes pratiques cliniques

Diagnostic situationnel et éducatif

**Nouvelle approche = renforcer la défense / lutte contre le « prédateur » (cancer) en ciblant aussi la « proie » (malade)**



# Avancée majeure récente

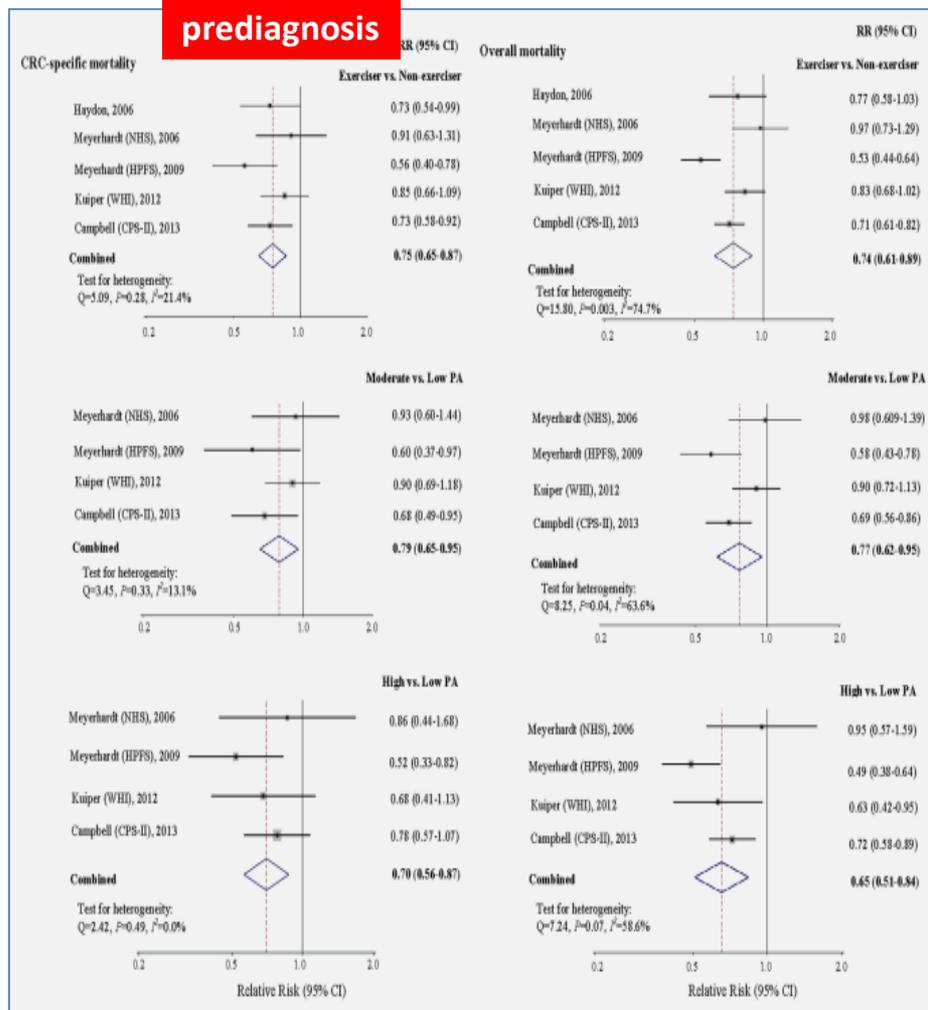


**Early palliative care integrated into standard oncological therapy can prolong survival compared with standard oncologic therapy for second-line metastatic non-small cell lung cancer.**

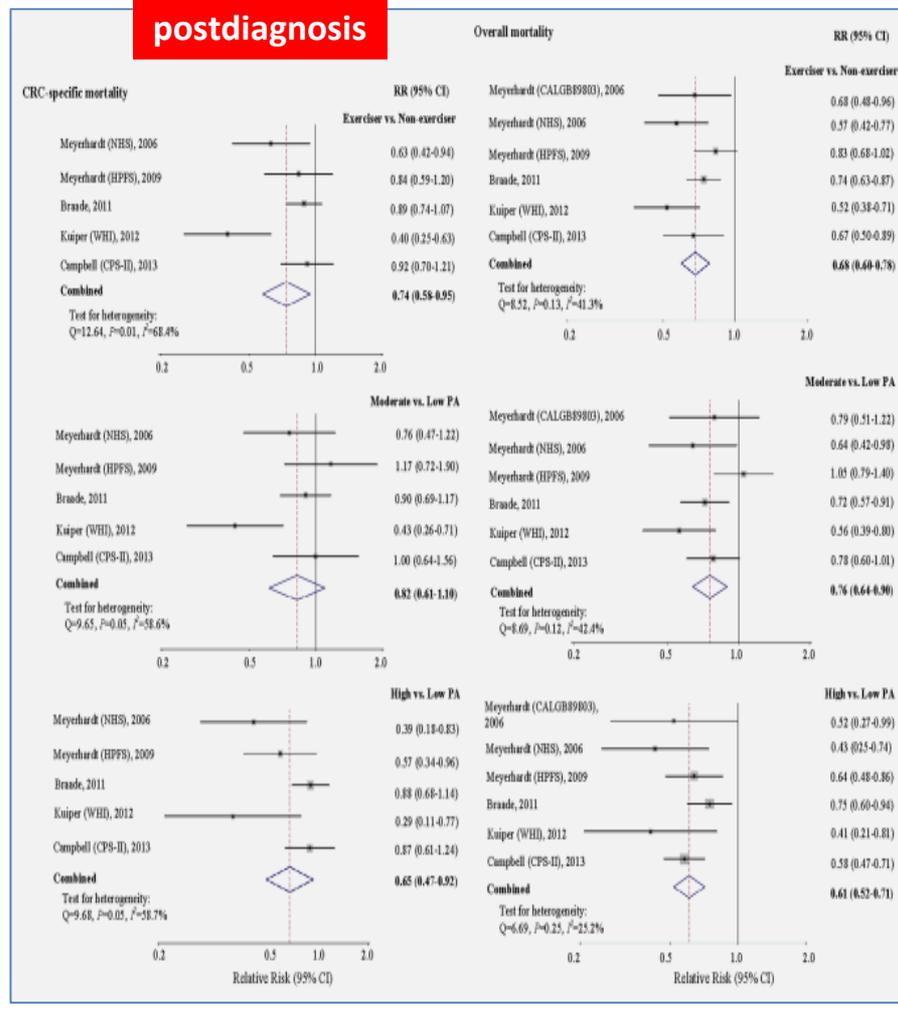
Adapted from Temel JS, Greer JA, Muzikansky A et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733–742, with permission.

# Association between physical activity (PA) and mortality in colorectal cancer: A meta-analysis of prospective cohort studies

## prediagnosis



## postdiagnosis



**In conclusions, both prediagnosis and postdiagnosis PA were associated with reduced colorectal cancer-specific mortality and all-cause mortality.**

# Comment améliorer le mode de vie d'un malade cancéreux ?



1. Don't smoke
2. Avoid secondhand smoke
3. Exercise regularly
4. Avoid weight gain

**Après l'APA... l'AIA  
(activité intime adaptée) +++++**



check-ups.

**9. Enjoy your sexual / intimate life !**

Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message [Kathleen Y. Wolin](#), [Hank Dart](#), and [Graham A. Colditz](#)  
Cancer Causes Control. 2013 May; 24(5): 827-837.

Available at <http://www.cancernewsincontext.org/>

# Pourquoi prendre en charge la sexualité en cas de cancers gynécologiques en 2015 ?

- **Exigences médicales**

- maladie souvent chronique = problématique QdV et bien-être
- demande / besoin forts et légitimes de préservation / retour à une « normalité » y compris... sexuelle (malades / proches)
- prévalence trop élevée de soins de support non satisfaits ++
- améliore ajustement au cancer ++
- relativiser car un sujet sur deux n'est pas ou peu concerné
- prise en charge scientifique et humaniste (médecine personnalisée)

- **Demandes sociétales**

- Plans cancer = intégrer parcours de vie dans parcours de soins
- réduire inégalités accès / qualité des soins car réponses soignantes insuffisantes (échelon individuel et institutionnel)

**fait partie intégrante du soin oncologique**



4<sup>èmes</sup> RENCONTRES  
CANCER & SEXUALITÉ



Toulouse  
6-7 Octobre 2015

# Structuration de l'offre de formations en oncosexologie

