



Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

pour la vie

Sexualité et cancer

Information destinée aux femmes

traitées pour un cancer

Introduction

Le cancer et ses traitements peuvent avoir d'importantes conséquences sur la sexualité. Même si elles 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 n'osent pas poser des questions qu'elles trouvent embarrassantes et ne parviennent pas à trouver les mots pour parler de ce qui les concerne.

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.*

Brochure rédigée par le Pr S. SCHRAUB, Faculté de médecine, Université Louis Pasteur/Strasbourg et E. MARX, Psychologue et Psychothérapeute (Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss/Strasbourg)
Mise à jour : février 2008.

Les auteurs remercient vivement les Professeurs et Docteurs D. JACQMIN (urologue, faculté de médecine de Strasbourg), J.-C. OLLIER (chirurgien, Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss de Strasbourg), J. RITTER (gynécologue, faculté de médecine de Strasbourg), J.-F. RODIER (chirurgien, Centre de Lutte contre le Cancer de Strasbourg), J. SEDIVY (sexologue, Strasbourg) qui ont participé à la relecture de cette brochure.

La sexualité

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 satisfaction dans vos relations.

La sexualité chez la femme correspond à quatre phases :

- ❶ **le désir (libido*)** est l'intérêt porté à la relation sexuelle ou l'attirance vers votre partenaire,
- ❷ **l'excitation** résulte de caresses, de fantasmes, ou autres sollicitations. Cette excitation se caractérise spécifiquement chez la femme par la lubrification du vagin. Elle entraîne des modifications physiologiques avec accélération du cœur et de la respiration,
- ❸ **l'orgasme (le plaisir)** correspond au point culminant du plaisir sexuel. La femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs.
- ❹ **la résolution** est le retour à l'état de départ quelques minutes après l'orgasme. Dans le cas où il y a excitation sans orgasme, la résolution est plus lente.

Le désir sexuel chez la femme

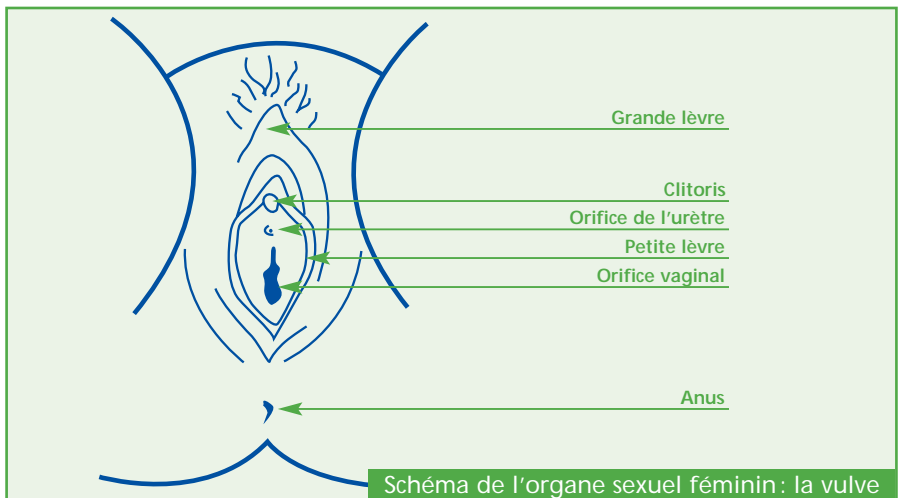
Il est faux de penser que les œstrogènes* et la progestérone* produites par les ovaires provoquent le désir sexuel chez la femme. Beaucoup de femmes craignent qu'à la ménopause*, au moment où il y a cessation de l'activité ovarienne, le désir sexuel ne disparaisse. A elle seule la privation de ces hormones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

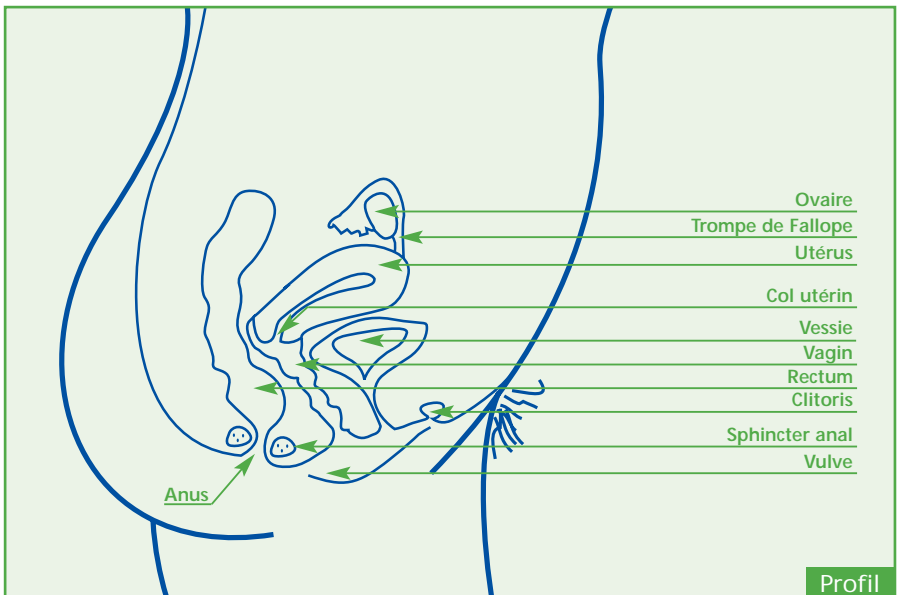
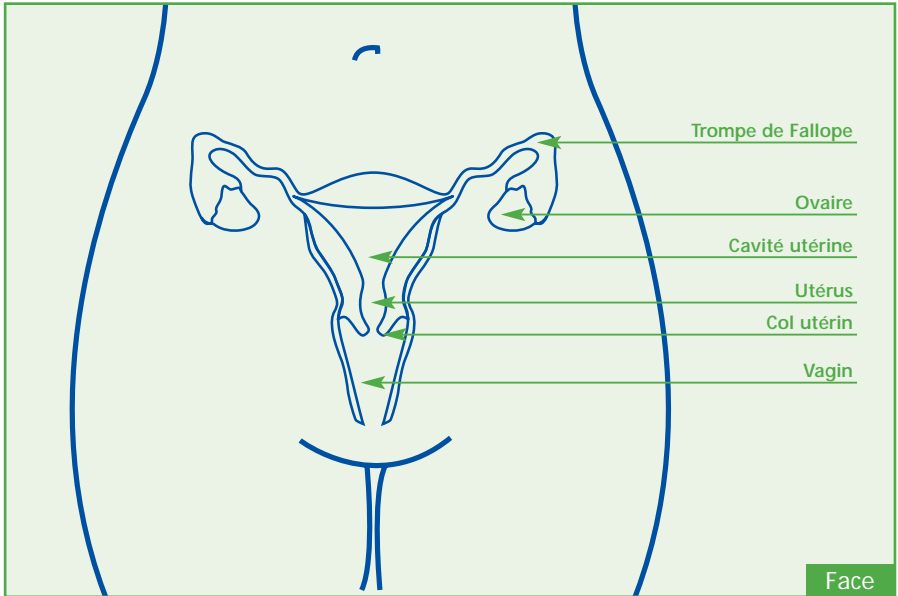
Ce sont les œstrogènes qui interviennent dans les modifications anatomiques du vagin (humidité, longueur, largeur) lors de l'excitation. Lorsque le taux hormonal d'œstrogènes est bas -au moment de la ménopause par exemple- malgré un désir sexuel important, le vagin peut rester étroit et sec. Dans ce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



Organes génitaux féminins



Les effets des traitements du cancer sur la sexualité

Ces effets sont variables d'une femme 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 patients et/ou leurs partenaires ne s'intéressent pas aux problèmes sexuels liés à la maladie ou ne veulent pas les envisager. A l'inverse, la non-information par les soignants sur les conséquences sexuelles de certains traitements, aboutit à une frustration et un dépit. Certains soignants sont réticents à en 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 qu'il lui paraît essentielle pour sa vie.

>> 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 la crainte de ne plus pouvoir satisfaire son/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 de l'acte sexuel et l'intensité de l'orgasme. Si le désir et l'excitation sont absents, l'acte sexuel peut être douloureux.

>> 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 sensibles comme le clitoris ou la partie inférieure du vagin, ce qui est exceptionnel en cas de cancer de l'utérus.

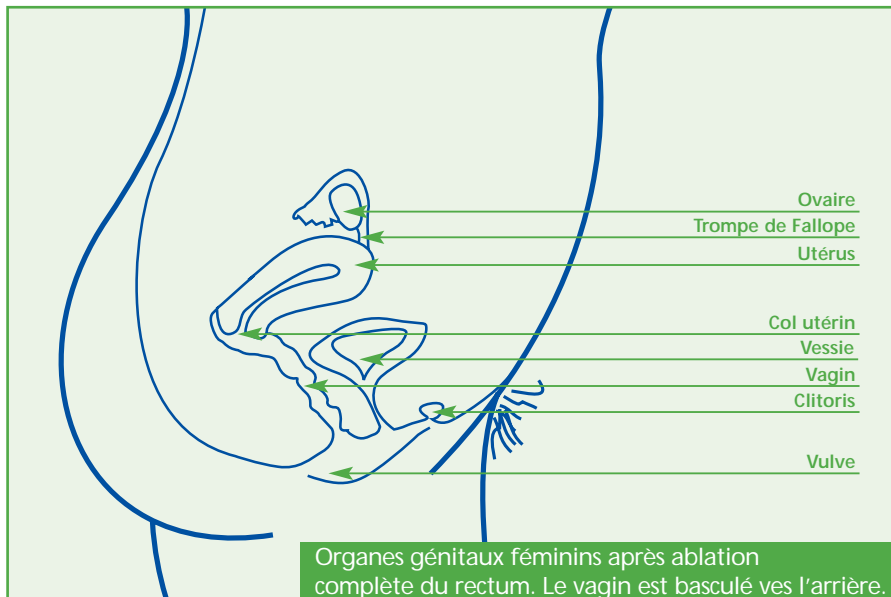
Certaines femmes se sentent psychologiquement et sexuellement diminuées et moins féminines après l'ablation de l'utérus.

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 côlon 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.

- **Vulvectomy**

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'aîne.

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 dilateur 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 sur la stomie* est nécessaire après une telle intervention, si le remplacement de la vessie est impossible.

>> **Les troubles après un traitement par 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 stérilité partielle 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 mandrin 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.

>> Les troubles 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.

>> Les troubles 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 des 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 aux œstrogènes des cellules. Parmi ceux-ci, le Tamoxifène est très souvent prescrit. Il peut entraîner de 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. Tamoxifène et progestatifs peuvent parfois augmenter le risque de phlébite.
- des médicaments qui bloquent la sécrétion de certaines hormones des glandes surrénales (antiaromatases). Ils sont en général bien tolérés mais peuvent entraîner une sécheresse vaginale et des bouffées de chaleur.

>> Les troubles 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.

Comment améliorer certaines situations ?

Certains de ces troubles sont temporaires. D'autres sont définitifs.

Les troubles liés au stress et à l'anxiété, perte du désir, pas ou peu d'orgasme, peuvent trouver une issue favorable assez rapidement lorsque les traitements sont terminés et que la confiance et l'espoir sont revenus. Il en est de même pour les réactions aiguës liées au traitement (irritation des organes ou inflammation des tissus après une irradiation par exemple).

Des traitements médicaux peuvent diminuer les effets secondaires de la maladie et de ses traitements. Des entretiens psychologiques peuvent aider à vivre mieux certaines situations difficiles.

>> Le dialogue entre les partenaires

L'harmonie, la confiance et une bonne communication entre les partenaires jouent un rôle essentiel dans le ré-apprentissage 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.

>> La modification de l'image et des sensations corporelles

La perte d'une partie du corps -le sein ou les organes génitaux- modifie la perception de l'image que la femme a d'elle-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 regardée, à toucher son corps et à être touchée. Il est important de pouvoir en parler.

>> 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. Des produits locaux (ovules) à base d'œstrogènes peuvent être prescrits s'il n'y a pas de contre-indication médicale. La vaseline n'est pas recommandée car elle peut favoriser une infection vaginale.

>> 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 anti-dépresseurs avaient une action très efficace.

>> La douleur

La douleur au moment des rapports sexuels est l'une des plaintes les plus fréquemment évoquées par les femmes. Elle peut concerner toute partie du corps y compris les zones génitales. Elle est due aux changements de position du vagin et à la sécheresse vaginale. Elle peut vous gêner dans certaines positions que vous aviez l'habitude de prendre lors des rapports, ou être due à des effets secondaires du cancer et de ses traitements. Des modifications et des douleurs peuvent apparaître après une chirurgie pelvienne ou lors d'un traitement modifiant l'équilibre hormonal. D'une façon générale, la lubrification vaginale ne devient maximale qu'après une phase d'excitation. Un rapport est alors d'autant moins douloureux que la phase d'excitation est longue.

Après une radiothérapie, il peut y avoir une atrophie vaginale : le vagin peut devenir plus étroit et plus court. Des douleurs et une sensation de brûlure peuvent apparaître lors des rapports sexuels. Le risque d'infection urinaire existe, mais peut être minimisé par une habitude simple : vider sa vessie immédiatement après chaque relation sexuelle.

Parfois la douleur est liée à une contracture involontaire et invincible de l'entrée du vagin : le vaginisme, empêchant toute pénétration. Cette phobie (peur intense) de la pénétration peut être traitée par des thérapies cognitives et comportementales chez un sexologue. Parlez-en à votre médecin car cette difficulté n'a aucune tendance à guérir seule avec le temps.

>> Le rétrécissement du vagin

Un dilateur vaginal est souvent utilisé après une irradiation du pelvis, du col de l'utérus ou du vagin afin d'éviter qu'il ne s'atrophie avec accolement définitif de ses parois. Il s'agit d'un mandrin en plastique de taille variable selon les anatomies. L'utilisation du mandrin est associée parfois à une crème à base d'œstrogène pour lutter contre l'atrophie vaginale. Il est conseillé soit d'utiliser le mandrin avec un lubrifiant à base de gel, trois fois par semaine pendant quelques minutes, soit d'avoir des rapports sexuels réguliers.

>> En cas de colostomie ou d'urostomie

L'abouchement du côlon* à la peau (colostomie*) ou de l'uretère* à la peau (urétérostomie*) nécessite dans la majorité des cas, le port d'une poche réservoir en plastique adhérente à la peau. La présence d'une stomie modifie la perception de l'image corporelle et entraîne des difficultés psychologiques en favorisant un isolement relationnel et intime.

Des conseils pratiques facilitent les relations et réduisent le risque de gêner votre partenaire : mini-poche, poche vidée, remplacée par un pansement masqué par le port d'un vêtement, position lors des rapports sexuels évitant la vue de la stomie, ...

>> En cas de laryngectomie

L'ablation du larynx aboutit à l'abouchement de la trachée à la peau au niveau du milieu de la partie basse du cou. Un masque sur l'orifice de la stomie est conseillé. La respiration parfois sonore ou stridente, pendant les rapports, peut être gênante. La communication est parfois difficile entre les partenaires.

>> En cas de cancers de la face

Ils perturbent aussi la communication et les relations sexuelles. La chirurgie réparatrice joue un rôle très important dans la récupération physique et psychologique par rapport à l'image corporelle et l'estime de soi.

>> En cas d'amputation d'un membre

L'amputation d'un membre modifie le comportement au moment des rapports sexuels. Elle est à l'origine de douleurs chroniques et de douleurs du membre fantôme qui peuvent gêner la personne lors des rapports. Une consultation auprès d'un spécialiste de la douleur est alors recommandée.

Psychologie et relation avec le/la partenaire

Une consultation auprès d'un(e) psychologue, d'un(e) sexologue ou d'un médecin peut être utile et faciliter la communication dans le couple. Une discussion franche avec votre partenaire est nécessaire. L'absence de communication, le repli sur soi accentuent la crainte et l'anxiété. La patience et des gestes de tendresse sont importants. Continuer en couple une activité -intellectuelle, physique, de loisir, ...- est essentiel.

Une dépression latente est possible : si vous broyez du noir, si vous avez des troubles du sommeil, si vous n'avez envie de rien, si vous n'arrivez pas à vous concentrer, si vous vous sentez sans espoir, n'hésitez pas à consulter votre médecin.

En cas de besoin, une consultation auprès d'un(e) psychologue peut vous apporter une aide. Vous pouvez trouver soutien et réconfort auprès de vos amis et de votre entourage.

Lors de la reprise d'une activité sexuelle, il est préférable de disposer d'un environnement serein. Une relation sexuelle ne se résume pas à la seule pénétration, donner du plaisir à votre partenaire peut se faire par des stimulations diverses avec les mains ou la bouche sur les zones érogènes* (sein, sexe, ...). La confiance en soi et en l'autre ainsi que la tendresse amènent progressivement à un équilibre et à une satisfaction émotionnelle et physique.

En cas de nouvelle relation, et pour éviter que votre partenaire découvre tardivement les séquelles physiques du cancer (stomie par exemple), il faudrait ne pas hésiter pas à lui en parler.

Les questions que vous pouvez vous poser

>> Le cancer est-il contagieux ?

La réponse est négative. Le cancer ne se transmet pas par voie sexuelle, ni par le contact d'objet ou de la personne. Il est affligeant de voir certains proches ou collègues professionnels se mettre à distance d'une malade ou d'une ancienne malade.

>> Les traitements par radiothérapie ou chimiothérapie sont-ils nocifs pour votre partenaire ?

La réponse est négative. Pendant la radiothérapie, vous n'êtes pas radioactive et ne pouvez contaminer votre partenaire. Pendant la chimiothérapie, quelques produits peuvent se retrouver à des doses infimes dans les sécrétions vaginales mais ne peuvent altérer la santé de votre partenaire. Au besoin, demandez à votre médecin si le port d'un préservatif peut être nécessaire au moment d'un rapport sexuel.

>> Les rapports sexuels peuvent-ils entraîner une rechute de la maladie cancéreuse ?

Certaines femmes pensent à tort que leur cancer est lié à une supposée « faute sexuelle ». Ce préjugé erroné leur fait craindre une rechute du cancer par la reprise des rapports sexuels.

D'autres ont l'idée d'un marchandage avec une puissance divine consistant à échanger la guérison contre une abstinence sexuelle après le traitement. Il n'a pas été démontré de liens entre rechute d'un cancer et reprise d'une activité sexuelle. Les données scientifiques comme les religions ne soutiennent pas l'existence d'un lien entre rechute du cancer et relation sexuelle. Si vous ressentez de la culpabilité, vous avez la possibilité d'en discuter avec l'aumônier de votre religion.

>> Existe-t-il des contre-indications à la reprise des rapports sexuels ?

Immédiatement après une chirurgie, les rapports sexuels ne sont pas conseillés car l'effort physique peut modifier la cicatrice (hémorragie, lâchage de sutures, ...). Le délai entre la chirurgie et une reprise des rapports varie selon le type d'opération.

En cas de baisse de vos défenses immunitaires, il y a un risque d'infection. Votre médecin saura vous dire si les rapports sont possibles.

>> Une femme peut-elle avoir des rapports sexuels durant son traitement ?

Oui, sauf cas particuliers (cancer du col en cours de traitement par exemple). Il est utile d'interroger son médecin.

>> La grossesse augmente-t-elle le risque de récurrence du cancer du sein ?

Les travaux scientifiques actuels ne montrent pas de risque évident de rechute chez une patiente guérie d'un cancer du sein.

Chaque femme a son individualité et sa personnalité qui doivent être écoutées, entendues, prises en compte et respectées.

Une vie sexuelle est possible après le traitement d'un cancer. La confiance réciproque et des sentiments forts favorisent l'entente entre les partenaires et sont une clé de la reprise de la sexualité.

Glossaire

Androgène

hormone mâle sécrétée par les testicules et une partie des glandes surrénales (placées au-dessus du rein).

Chimiothérapie

traitement avec un ou plusieurs médicaments qui vise à détruire les cellules cancéreuses.

Côlon

gros intestin.

Hormonothérapie

traitement médicamenteux qui utilise les hormones ou leurs dérivés.

Libido

intérêt porté à la relation sexuelle.

Mandrin

appareil servant à dilater le vagin.

Ménopause

arrêt de l'activité ovarienne chez la femme ayant pour conséquence l'arrêt des règles.

Ménopause induite

ménopause due à une intervention : chirurgie (ovariectomie bilatérale), hormonothérapie, chimiothérapie. Seule la ménopause par ovariectomie bilatérale est définitive.

Mycose

affection provoquée par des champignons microscopiques.

Mucite

inflammation de la muqueuse (revêtement des organes creux).

Œstrogène

une des hormones femelles.

Progestatifs

médicaments dérivés de la progestérone, autre hormone femelle.

Progestérone

autre hormone femelle.

Radiothérapie

traitement des tumeurs par les rayons (photons et/ou électrons).

Résection

opération chirurgicale qui consiste à couper, enlever partiellement ou en totalité, un organe, un membre...

Stomathérapie

soins dispensés aux personnes porteuses d'une stomie (stomisées) par une infirmière spécialisée.

Stomie

abouchement à la peau de l'abdomen, d'un segment intestinal ou urinaire. Une stomie est toujours incontinente et doit être appareillée en permanence.

Urètre

canal qui conduit l'urine du rein à la vessie.

Urétérostomie

abouchement à la peau de l'abdomen d'un segment urinaire.

Urètre

canal qui conduit l'urine de la vessie à l'extérieur. Chez l'homme, l'urètre sert aussi pour le sperme.

Zone érogène

zone qui lorsqu'elle est stimulée, provoque une excitation sexuelle.

Qu'est-ce que la Ligue nationale contre le cancer ?

Créée en 1918, la Ligue nationale contre le cancer est une association loi 1901 à but non lucratif et reconnue d'utilité publique. Elle est une ONG indépendante reposant sur la générosité du public et sur l'engagement de ses militants. Forte de plus de 728.000 adhérents, la Ligue est un mouvement organisé en une fédération de 103 Comités départementaux qui, ensemble, luttent dans trois directions :

- la recherche,
- l'information, la prévention, le dépistage,
- et les actions pour les malades et leurs proches.

• La recherche

La Ligue est le premier financeur associatif de la recherche sur le cancer en France. Cette dernière s'organise autour de différents pôles : la recherche fondamentale, la recherche clinique (amélioration des traitements), recherche épidémiologique (étude des facteurs de risque pour l'amélioration des conditions de prévention et de dépistage) et la recherche en sciences humaines et psycho-sociales (étude de la qualité de vie des malades pendant et après les traitements du cancer). Elle est pilotée en toute indépendance et transparence par un conseil scientifique national et des conseils scientifiques régionaux et interrégionaux. En labellisant des équipes rigoureusement sélectionnées pour leur excellence par des commissions d'expertise, la Ligue assure le financement de programmes de recherche et suscite des avancées très importantes dans le traitement et la qualité de vie des malades.

• L'information, la prévention et le dépistage

L'objectif est triple. Sensibiliser chacun au danger de certaines pratiques (consommations de tabac et d'alcool, exposition prolongée au soleil, etc.), alerter sur les facteurs de risque, communiquer sur les avantages du dépistage et informer sur l'identification de certains symptômes.

Pour répondre aux publics concernés, de nombreux moyens de communication adaptés sont régulièrement actualisés et disponibles au siège de la Ligue ou auprès des Comités départementaux.

• Les actions pour les personnes malades et leurs proches

Les Comités de la Ligue apportent leurs soutiens matériel et financier, moral et psychologique aux personnes malades, aux anciens malades et à leurs proches. En organisant, en 1998, en 2000 et en 2004, en présence du Président de la République, les Etats généraux des malades du cancer et de leurs proches, la Ligue a donné une très forte impulsion pour que les malades soient mieux pris en charge. En leur donnant la parole, la Ligue a mis en lumière, pris en compte et traduit en actes leurs attentes et leurs besoins pour l'amélioration de la qualité des soins et de la qualité de vie. Les moyens donnés pour le dispositif d'annonce, les groupes de parole institués, les espaces d'information

installés dans les lieux de soins et dans les lieux de vie pour soutenir et rompre l'isolement des personnes malades et de leurs proches, en sont des exemples. La Ligue leur dédie également un espace d'expression et d'information avec le journal « *Les proches* ». Enfin, la Ligue soutient les patients dans leurs difficultés rencontrées pour défendre leurs droits, retrouver un emploi, bénéficier d'un prêt bancaire...

• Au cœur de la société

Parce que le cancer est un problème de santé mais aussi une question de société, la Ligue intervient en communiquant activement sur la nécessité de modifier l'image sociale du cancer. Par le biais de son Ecole de formation, la Ligue facilite l'engagement militant en s'appuyant sur des connaissances validées.

Parce que la Ligue nationale contre le cancer est un acteur reconnu et sérieux, elle a créé et développé le numéro de téléphone Cancer Info Service (0.810.810.821) et le gère désormais en collaboration avec l'Institut national du cancer (INCA). Ce numéro azur est à la disposition du public, tous les jours, sauf le dimanche, de 8 h à 20 h.

Elle édite également une revue trimestrielle « *Vivre* », vendue en kiosque, informant ses adhérents et le grand public, sur ses actions et celles de ses Comités départementaux et sur les dernières avancées thérapeutiques contre le cancer.

« Contre le cancer,
nous avons tous un rôle à jouer ! »



La Ligue vous aide et vous informe :



Votre Comité départemental



LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

14 rue Corvisart - 75013 Paris - Tél. : 01 53 55 24 00

www.ligue-cancer.net

La Ligue tient à votre disposition
les coordonnées des Comités départementaux.



pour la vie

Recherche
Information - prévention - dépistage
Actions pour les malades et leurs proches

