

Difficultés sexuelles après le traitement d'un cancer du sein non métastatique : résultats d'une étude exploratoire

Sexual difficulties following non-metastatic breast cancer treatment: findings from an exploratory study

A. Brédart^{1,2}, S. Dolbeault^{1,3,4}, A. Savignoni⁵, C. Besancenet¹, P. This⁶, C. Flahault¹, M.C. Falcou⁵, B. Asselain⁵, L. Copel⁷

En Europe occidentale, la survie globale des femmes atteintes de cancer du sein est de 78 % à cinq ans (1). Cependant, les traitements de ce cancer comportent un ensemble d'effets indésirables et de séquelles. Même si des niveaux de qualité de vie globale élevés sont rapportés (2), la littérature fait état de la persistance de certains troubles plusieurs années après les traitements, notamment de problèmes dans le domaine de la sexualité (3, 4).

Différents facteurs médicaux ou psycho-sociaux sont susceptibles d'affecter la sexualité des femmes au décours d'un traitement pour un cancer du sein. D'après les données de la littérature, nous savons déjà que le traitement chirurgical affecte l'image corporelle – en particulier lorsqu'il y a eu mastectomie avec reconstruction (5) – et que celle-ci est un déterminant de la sexualité (6). Mais, en outre, le fonctionnement sexuel semble perturbé après une chimiothérapie, quel que soit le type de traitement chirurgical reçu (4). Des symptômes vasomoteurs et des troubles sexuels liés à la sécheresse vaginale s'installent fréquemment et de manière persistante chez les femmes qui ont subi une ménopause induite par la chimiothérapie (7). Il en est de même des traitements qui entraînent une suppression de la

fonction ovarienne (analogues de la LH-RH), mais il s'agira alors de symptômes réversibles; les traitements par inhibiteurs de l'aromatase peuvent de surcroît induire des douleurs musculaires et articulaires importantes (8).

En ce qui concerne les facteurs psycho-sociaux, le bien-être émotionnel, l'image du corps, la relation avec le partenaire ainsi que l'état de santé de celui-ci sont régulièrement identifiés comme des facteurs affectant la sexualité des femmes atteintes de cancer du sein (6, 9, 10).

Alors que des études menées en Occident (9, 11, 12) ou en Asie (13) fournissaient des informations sur le vécu de la sexualité chez des femmes suivies au décours d'un traitement pour cancer du sein localisé, ce type de données n'existait pas encore en France à notre connaissance.

Des facteurs culturels ou liés à la prise en charge pouvant affecter le vécu de la sexualité, il semblait important d'analyser spécifiquement, en France, l'effet des traitements du cancer du sein sur ce plan. Les objectifs de cette étude* consistent donc à :

- décrire la perception qu'ont les femmes concernées de leur propre fonctionnement sexuel;
- déterminer les facteurs de risque de dysfonction-

¹ Unité de psycho-oncologie, département de soins de support, Institut Curie, Paris.

² Université Paris Descartes.

³ Inserm, U 669, Paris.

⁴ Universités Paris-Sud et Paris Descartes, UMR-S0669.

⁵ Département de biostatistiques, Institut Curie, Paris.

⁶ Service de génétique et pôle de sénologie, Institut Curie, Paris.

⁷ Département de soins de support, Institut Curie, Paris.

* Cette étude a été réalisée grâce à un financement du groupe Simone Pérèle/Socoloir.

Résumé

Une étude, réalisée auprès de femmes traitées pour un cancer du sein non métastatique, a eu pour objectif de déterminer la prévalence et les facteurs de risque de troubles sexuels en phase post-traitement (de 6 mois à 5 ans hors hormonothérapie). Les patientes qui ont accepté de participer à cette étude (taux de réponse de 45 %) se sont révélées plus jeunes et plus proches de la date du diagnostic de cancer du sein. Soixante et onze pour cent d'entre elles ont témoigné d'une activité sexuelle ; 58 % et 51 % d'une altération, respectivement, du désir ou de la capacité à atteindre l'orgasme due au cancer ; 20 % ont ressenti une distance émotionnelle instaurée au sein du couple en raison du cancer ; 25 % ont rapporté percevoir une peur des rapports sexuels chez leur partenaire, et 65 % ont estimé ne pas avoir été suffisamment informées des effets du cancer et de ses traitements sur la sexualité. Cette étude révèle que la perception d'une peur des rapports sexuels chez le partenaire, d'une distance émotionnelle instaurée dans le couple depuis l'expérience du cancer, d'une moindre capacité à accomplir les rôles de la vie quotidienne, la présence de nausées ou d'insomnie et l'âge supérieur à 50 ans constituent les facteurs prédictifs de gêne sexuelle, d'inactivité sexuelle ou d'absence de plaisir.

Mots-clés

Cancer du sein
Survivantes
Problèmes sexuels
Facteurs de risque
Qualité de vie

nement ou d'insatisfaction sexuelle parmi diverses caractéristiques socio-démographiques, cliniques, psychologiques ou relationnelles.

Patientes et méthodes

Une série de 850 femmes suivies pour un cancer du sein (6 mois à 5 ans après la fin de la radiothérapie) a été sélectionnée au hasard. Les critères d'inclusion comprenaient, notamment :

- l'âge, de 18 à 70 ans ;
- un premier diagnostic de cancer du sein non métastatique.

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 et le module spécifique au cancer du sein EORTC QLQ-BR23 ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie des patientes. L'échelle BIS (*Body Image Scale*) [14, 15] a permis d'évaluer les problèmes concernant l'image du corps. Pour évaluer la sexualité, nous avons eu recours à 3 outils distincts : le *Sexual Activity Questionnaire* (SAQ) [16], le questionnaire "Relation and sexualité" (17) et le questionnaire élaboré par le groupe d'analyse des comportements sexuels en France (ACSF) [18].

Résultats

Parmi les 850 femmes sélectionnées, 453 (53 %) ont accepté de participer à l'étude et 378 (45 %) ont retourné les questionnaires complétés. La moyenne d'âge des femmes ayant répondu à cette enquête était de 53 ans. La plupart des femmes étaient mariées ou vivaient en couple (76 %). Notre échantillon de femmes se situait à une durée écoulée de 35 mois en moyenne (écart type de 12 mois) depuis le diagnostic du cancer. Cent quatre-vingt-deux patientes (48 %) étaient ménopausées au moment de ce diagnostic.

Activité et problèmes sexuels

Cent neuf des 378 patientes qui ont répondu à cette enquête (29 %) ont témoigné ne pas avoir d'activité

sexuelle à cette période, et ce principalement du fait de l'absence de partenaire (49 femmes), d'un désintérêt pour l'activité sexuelle (35 femmes), mais aussi du fait, chez elles, de problèmes physiques (17 cas) ou d'une fatigue (12 cas) ; ou chez le partenaire, d'une fatigue (8 cas), d'un désintérêt pour l'activité sexuelle (8 cas) ou de problèmes physiques (7 cas).

Le désir sexuel a été affecté par le cancer et ses traitements respectivement pour 58 % et 60 % des femmes qui ont répondu à ces questions, et la capacité à atteindre l'orgasme a été diminuée pour 51 % d'entre elles. Vingt pour cent ont fait part d'un sentiment de plus grande distance avec leur partenaire, mais 63 %, à l'inverse, d'un sentiment de rapprochement (avec leur partenaire) ; 14 % n'étaient pas du tout satisfaites du mode de relation affective dans le couple. Trente-huit pour cent ont rapporté une peur des rapports sexuels et 25 % ont évoqué le sentiment de peur des rapports sexuels émanant de leur partenaire. Enfin, 65 % de ces patientes ont jugé ne pas avoir reçu une information suffisante sur la manière dont le cancer et ses traitements pouvaient affecter leur vie sexuelle.

Facteurs prédictifs d'inactivité sexuelle, d'amoindrissement du plaisir ou de gêne sexuelle

Après ajustement sur les autres facteurs retrouvés lors de l'analyse univariée, la perception par la femme d'une distance émotionnelle dans la relation avec son partenaire et celle d'une peur des rapports sexuels chez ce dernier constituent les facteurs prédictifs d'absence d'activité sexuelle ; la perception d'une peur des rapports sexuels chez le partenaire et la diminution de la capacité à accomplir les rôles de la vie quotidienne constituent des facteurs prédictifs d'un degré moindre de plaisir sexuel ; un âge supérieur à 50 ans, la perception d'une distance émotionnelle dans la relation avec le partenaire, des nausées ou des insomnies sont des facteurs prédictifs d'une gêne sexuelle plus importante.

Highlights

The study aimed at assessing the prevalence and risk factors of sexual problems in breast cancer survivors. The study included 453 women who had been treated for breast cancer (6 months to 5 years after the end of radiotherapy) and who had accepted to participate in the study. The inclusion criteria were: age, 18 to 70 years; a first diagnosis of breast cancer. The EORTC QLQ-C30 and the EORTC QLQ-BR23 module were used to assess the quality of life of the women. The BIS scale [14, 15] was used to assess the problems concerning the body image. To assess the sexual life, we used three tools: the Sexual Activity Questionnaire (SAQ) [16], the questionnaire "Relation and sexualité" (17) and the questionnaire developed by the French group for the analysis of sexual behaviors (ACSF) [18]. Among the 453 women selected, 378 (45%) returned the completed questionnaires. The average age of the women who responded to this survey was 53 years. Most of the women were married or living in a couple (76%). Our sample of women was at a duration of 35 months on average (standard deviation of 12 months) since the diagnosis of cancer. One hundred and eighty-two women (48%) were postmenopausal at the time of this diagnosis. One hundred and nine of the 378 women who responded to this survey (29%) reported no sexual activity at this period, and this was mainly due to the absence of a partner (49 women), a lack of interest in sexual activity (35 women), but also due to physical problems (17 cases) or fatigue (12 cases); or in the partner, fatigue (8 cases), a lack of interest in sexual activity (8 cases) or physical problems (7 cases). Sexual desire was affected by cancer and its treatments respectively for 58% and 60% of the women who responded to these questions, and the ability to reach orgasm was reduced for 51% of them. Twenty percent reported feeling a greater distance with their partner, but 63%, on the contrary, reported a feeling of closeness (with their partner); 14% were not at all satisfied with the emotional relationship in the couple. Thirty-eight percent reported a fear of sexual relations and 25% evoked the feeling of fear of sexual relations coming from their partner. Finally, 65% of these women judged that they had not received sufficient information on the way in which cancer and its treatments could affect their sexual life.

Keywords

Breast cancer
Survivors
Sexual problems
Risk factors
Quality of life

Discussion

Cette étude transversale, menée à l'Institut Curie à Paris auprès d'un échantillon de femmes âgées en moyenne de 53 ans, traitées pour un cancer du sein non métastatique et évaluées dans les 6 mois à 5 ans suivant la fin des traitements (hors hormonothérapie), met en évidence l'existence de problèmes sexuels en lien avec l'expérience du cancer chez un nombre substantiel d'entre elles. En termes de facteurs de risque de difficultés sexuelles, notre étude met en évidence la forte prépondérance des facteurs psychologiques – et, en particulier, la perception de la relation avec le partenaire.

Ces facteurs sont associés à l'absence d'activité sexuelle ou à un moindre plaisir sexuel, alors que les aspects physiques liés au cancer ou à ses traitements ne paraissent pas prédictifs.

La plupart des femmes qui ont participé à cette étude font état d'une activité sexuelle au moment de l'enquête (71 %). Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés dans des populations de femmes en bonne santé (19-21).

Cependant, contrairement aux études menées auprès de patients en bonne santé pour lesquels c'est l'absence de partenaire qui représente la première raison d'inactivité sexuelle (21), les facteurs explicatifs identifiés en l'occurrence sont surtout le désintérêt pour l'activité sexuelle, les problèmes physiques ou la fatigue.

Pour un nombre substantiel de femmes de notre étude, les difficultés sexuelles sont mises en lien avec l'expérience du cancer (par exemple 58 % perçoivent une modification du désir sexuel du fait du cancer et 51 % une modification de leur capacité à atteindre l'orgasme).

En ce qui concerne la perception de l'impact du cancer sur la relation de couple, un pourcentage relativement moins important (20 %) évoque le sentiment de distanciation à la suite du cancer.

Dans cette étude, les facteurs qui prédisent le mieux l'absence d'activité ou les difficultés sexuelles sont essentiellement de nature relationnelle, à savoir : le vécu par la femme de la relation de couple ou celui d'une peur des rapports sexuels chez le partenaire. Une capacité altérée à accomplir ses différents rôles quotidiens laisse suspecter un risque plus élevé de trouble du désir ou du plaisir ou un risque plus élevé d'insatisfaction sexuelle. L'avancée en âge et les symptômes comme les nausées ou l'insomnie sont associés à un inconfort sexuel.

Nos résultats concordent avec les données de la littérature en ce qui concerne le rôle des facteurs

psycho-sociaux sur le fonctionnement sexuel, en particulier s'il s'agit du désir sexuel ou de la satisfaction sexuelle globale (6, 9, 12, 22).

De même, le vieillissement semble associé à un déclin du fonctionnement sexuel, à une moindre excitabilité ou capacité d'orgasme (23) ainsi qu'à des problèmes de lubrification et de dyspareunie (9). Pour ce qui est des autres facteurs envisagés, les traitements oncologiques ne constituent pas, dans notre étude, un facteur de risque plus important de dysfonctionnement sexuel chez ces femmes. Il en est de même du type de chirurgie mammaire, résultat convergeant avec ceux que rapporte la littérature (9, 24).

Pour l'hormonothérapie (goséroline, tamoxifène, anastrozole), la littérature semble indiquer la présence de troubles sexuels spécifiques mais réversibles (8, 17).

Si cette étude permet de fournir des données majeures et nouvelles pour la population française, elle présente cependant des aspects qui en limitent la portée. Tout d'abord, elle est réalisée sur un seul site hospitalier, et les patientes sont plus jeunes et plus proches du diagnostic de leur cancer que la population des femmes en rémission d'un cancer du sein non métastatique à l'Institut Curie. Par ailleurs, il s'agit d'une étude transversale, qui, donc, identifie des facteurs de risque de trouble mais ne permet pas d'établir les mécanismes par lesquels les difficultés sexuelles apparaissent et, notamment, de caractériser la façon dont se nouent les uns aux autres les caractéristiques individuelles, la perception du couple et les troubles sexuels.

Conclusion

Cette étude met en évidence l'existence d'un nombre important de femmes qui présentent des difficultés ou une insatisfaction sexuelle en période de rémission d'un cancer du sein localisé qu'elles attribuent à leur expérience de la maladie tumorale. En outre, nombreuses sont les femmes qui déplorent le manque d'information concernant le retentissement du cancer et de ses traitements sur la sexualité. Étant donné les difficultés sexuelles dont témoignent les femmes après le traitement d'un cancer du sein, une amélioration de l'information devrait être instaurée dans les lieux de soins cancérologiques, et des interventions psycho-sociales portant sur les difficultés spécifiques de ces femmes devraient être mises en place.

Références bibliographiques

1. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A et al. Eurocare-3, summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl. 5):v128-v149.
2. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:39-49.
3. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L et al. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998;16(2):487-94.
4. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:376-87.
5. Janz NK, Mujahid M, Lantz PM et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res* 2005;14:1467-79.
6. Fobair P, Stewart SL, Chang S et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006;15:579-94.
7. Schover LR. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *J Clin Oncol* 2008;26:753-8.
8. Buijs C, de Vries EG, Mourits MJ, Willems PH. The influence of endocrine treatments for breast cancer on health-related quality of life. *Cancer Treat Rev* 2008;34:640-55.
9. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005;11:440-7.
10. Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM et al. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat* 2009 [epub ahead of print].
11. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* 1997;8:149-53.
12. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med* 2008;5:1898-906.
13. Takahashi M, Ohno S, Inoue H et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psychooncology* 2008;17(9):901-7.
14. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37(2):189-97.
15. Brédart A, Swaine-Verdier A, Dolbeault S. Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale" (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie* 2007;1(1):24-30.
16. Thirlaway K, Fallowfield L, Cuzick J. The Sexual Activity Questionnaire: a measure of women's sexual functioning. *Qual Life Res* 1996;5:81-90.
17. Berglund G, Nystedt M, Bolund C et al. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study. *J Clin Oncol* 2001;19(11):2788-96.
18. Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Rapport au ministre de la Recherche et de l'Espace. Paris : La documentation Française, 1993.
19. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
20. Atkins L, Fallowfield LJ. Fallowfield's sexual activity questionnaire in women with, without and at risk of cancer. *Menopause Int* 2007;13:103-9.
21. Vistad I, Fossa SD, Kristensen GB, Mykletun A, Dahl AA. The sexual activity questionnaire: psychometric properties and normative data in a Norwegian population sample. *J Womens Health (Larchmont)* 2007;16:139-48.
22. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999;17(8):2371-80.
23. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16:501-14.
24. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(17):1422-9.

Communiqués des conférences de presse, symposiums, manifestations organisés par l'industrie pharmaceutique

Quatrième bourse Merck Serono Oncologie

Merck Serono Oncologie propose aux médecins (chirurgien, oncologue, anatomo-pathologiste, pneumologue, ORL, gastroentérologue, radiothérapeute et dermatologue) d'une même équipe hospitalière médicale, chirurgicale ou biologique, de mener une recherche sur le thème suivant : "Approche clinique et/ou translationnelle dans le cadre d'un traitement par anti-EGFR".

Depuis 2006, Merck Serono offre chaque année une bourse de recherche d'un montant de 20 000 euros à de jeunes chercheurs (âgés de moins de 40 ans) pour leur permettre de mener à bien leurs projets. Jusqu'alors, cette bourse était limitée aux travaux portant sur les cancers colo-rectaux métastatiques (CCRM); ainsi, la première avait été attribuée à une recherche sur le rôle prédictif du gène KRAS pour les anti-EGFR.

En 2009, avec 2 indications dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et une future AMM dans le poumon, l'intérêt et l'utilisation d'Erbix® ne se limitent plus aux seuls CCRM. Aussi le choix du thème est-il élargi et s'applique-t-il désormais aux cancers colo-rectal, bronchique et au cancer des VADS.

Les dossiers seront examinés et sélectionnés par un jury composé de 8 membres selon le calendrier suivant :

- clôture des inscriptions le 31 décembre 2009;
 - analyse des dossiers de janvier à février 2010;
 - sélection des dossiers en février 2010;
- et les critères ci-dessous :
- originalité de l'approche du travail;
 - réalisation (mise en œuvre effective du projet);
 - clarté et concision du projet.

La remise officielle du prix au lauréat sera organisée le 19 mars 2010 à l'occasion du séminaire sur les traitements biologiques du cancer organisé à Lyon.

Pour toute demande de renseignements ou de dossier, contacter : Dr Mohamed Bouchada, département médical oncologie, Merck Serono; courriel : mohamed.bouchada@merck.fr

Composition du jury : Dr Bibeau (Montpellier), Pr Douillard (Nantes), Pr Goldwasser (Paris), Pr Guigay (Paris), Pr Lartigau (Lille), Pr Merlin (Nancy), Pr Merrouche (Saint-Étienne), Pr Morère (Paris).

Nouvelles
de l'industrie
pharmaceutique



Résumé

Une étude, réalisée auprès de femmes traitées pour un cancer du sein non métastatique, a eu pour objectif de déterminer la prévalence et les facteurs de risque de troubles sexuels en phase post-traitement (de 6 mois à 5 ans hors hormonothérapie). Les patientes qui ont accepté de participer à cette étude (taux de réponse de 45 %) se sont révélées plus jeunes et plus proches de la date du diagnostic de cancer du sein. Soixante et onze pour cent d'entre elles ont témoigné d'une activité sexuelle ; 58 % et 51 % d'une altération, respectivement, du désir ou de la capacité à atteindre l'orgasme due au cancer ; 20 % ont ressenti une distance émotionnelle instaurée au sein du couple en raison du cancer ; 25 % ont rapporté percevoir une peur des rapports sexuels chez leur partenaire, et 65 % ont estimé ne pas avoir été suffisamment informées des effets du cancer et de ses traitements sur la sexualité. Cette étude révèle que la perception d'une peur des rapports sexuels chez le partenaire, d'une distance émotionnelle instaurée dans le couple depuis l'expérience du cancer, d'une moindre capacité à accomplir les rôles de la vie quotidienne, la présence de nausées ou d'insomnie et l'âge supérieur à 50 ans constituent les facteurs prédictifs de gêne sexuelle, d'inactivité sexuelle ou d'absence de plaisir.

Mots-clés

Cancer du sein
Survivantes
Problèmes sexuels
Facteurs de risque
Qualité de vie

nement ou d'insatisfaction sexuelle parmi diverses caractéristiques socio-démographiques, cliniques, psychologiques ou relationnelles.

Patientes et méthodes

Une série de 850 femmes suivies pour un cancer du sein (6 mois à 5 ans après la fin de la radiothérapie) a été sélectionnée au hasard. Les critères d'inclusion comprenaient, notamment :

- l'âge, de 18 à 70 ans ;
- un premier diagnostic de cancer du sein non métastatique.

Le questionnaire EORTC QLQ-C30 et le module spécifique au cancer du sein EORTC QLQ-BR23 ont été utilisés pour évaluer la qualité de vie des patientes. L'échelle BIS (*Body Image Scale*) [14, 15] a permis d'évaluer les problèmes concernant l'image du corps. Pour évaluer la sexualité, nous avons eu recours à 3 outils distincts : le *Sexual Activity Questionnaire* (SAQ) [16], le questionnaire "Relation and sexualité" (17) et le questionnaire élaboré par le groupe d'analyse des comportements sexuels en France (ACSF) [18].

Résultats

Parmi les 850 femmes sélectionnées, 453 (53 %) ont accepté de participer à l'étude et 378 (45 %) ont retourné les questionnaires complétés. La moyenne d'âge des femmes ayant répondu à cette enquête était de 53 ans. La plupart des femmes étaient mariées ou vivaient en couple (76 %). Notre échantillon de femmes se situait à une durée écoulée de 35 mois en moyenne (écart type de 12 mois) depuis le diagnostic du cancer. Cent quatre-vingt-deux patientes (48 %) étaient ménopausées au moment de ce diagnostic.

Activité et problèmes sexuels

Cent neuf des 378 patientes qui ont répondu à cette enquête (29 %) ont témoigné ne pas avoir d'activité

sexuelle à cette période, et ce principalement du fait de l'absence de partenaire (49 femmes), d'un désintérêt pour l'activité sexuelle (35 femmes), mais aussi du fait, chez elles, de problèmes physiques (17 cas) ou d'une fatigue (12 cas) ; ou chez le partenaire, d'une fatigue (8 cas), d'un désintérêt pour l'activité sexuelle (8 cas) ou de problèmes physiques (7 cas).

Le désir sexuel a été affecté par le cancer et ses traitements respectivement pour 58 % et 60 % des femmes qui ont répondu à ces questions, et la capacité à atteindre l'orgasme a été diminuée pour 51 % d'entre elles. Vingt pour cent ont fait part d'un sentiment de plus grande distance avec leur partenaire, mais 63 %, à l'inverse, d'un sentiment de rapprochement (avec leur partenaire) ; 14 % n'étaient pas du tout satisfaites du mode de relation affective dans le couple. Trente-huit pour cent ont rapporté une peur des rapports sexuels et 25 % ont évoqué le sentiment de peur des rapports sexuels émanant de leur partenaire. Enfin, 65 % de ces patientes ont jugé ne pas avoir reçu une information suffisante sur la manière dont le cancer et ses traitements pouvaient affecter leur vie sexuelle.

Facteurs prédictifs d'inactivité sexuelle, d'amoindrissement du plaisir ou de gêne sexuelle

Après ajustement sur les autres facteurs retrouvés lors de l'analyse univariée, la perception par la femme d'une distance émotionnelle dans la relation avec son partenaire et celle d'une peur des rapports sexuels chez ce dernier constituent les facteurs prédictifs d'absence d'activité sexuelle ; la perception d'une peur des rapports sexuels chez le partenaire et la diminution de la capacité à accomplir les rôles de la vie quotidienne constituent des facteurs prédictifs d'un degré moindre de plaisir sexuel ; un âge supérieur à 50 ans, la perception d'une distance émotionnelle dans la relation avec le partenaire, des nausées ou des insomnies sont des facteurs prédictifs d'une gêne sexuelle plus importante.

Highlights

The study aimed at assessing the prevalence and risk factors of sexual problems in breast cancer survivors. The study included 453 women who had been treated for breast cancer (6 months to 5 years after the end of radiotherapy) and who had accepted to participate in the study. The inclusion criteria were: age, 18 to 70 years; a first diagnosis of breast cancer. The EORTC QLQ-C30 and the EORTC QLQ-BR23 module were used to assess the quality of life of the women. The BIS scale [14, 15] was used to assess the body image problems. To assess sexual activity, we used three tools: the Sexual Activity Questionnaire (SAQ) [16], the questionnaire "Relation and sexualité" (17) and the questionnaire developed by the French group for the analysis of sexual behaviors (ACSF) [18]. Among the 453 women selected, 378 (45%) completed the questionnaires. The mean age of the women who responded to this survey was 53 years. Most of the women were married or living in a couple (76%). Our sample of women was at a mean duration of 35 months (SD 12 months) since the diagnosis of breast cancer. 182 women (48%) were postmenopausal at the time of diagnosis. 109 women (29%) reported no sexual activity at this time, and this was mainly due to the absence of a partner (49 women), lack of interest in sexual activity (35 women), but also due to physical problems (17 cases) or fatigue (12 cases); or in the partner, fatigue (8 cases), lack of interest in sexual activity (8 cases) or physical problems (7 cases). Sexual desire was affected by cancer and its treatments for 58% and 60% of the women who responded to these questions, and the ability to reach orgasm was reduced for 51% of them. Twenty percent reported feeling a greater distance with their partner, but 63%, on the contrary, reported feeling closer (with their partner); 14% were not at all satisfied with the emotional relationship in the couple. Thirty-eight percent reported a fear of sexual intercourse and 25% reported the feeling of fear of sexual intercourse coming from their partner. Finally, 65% of these women judged that they had not received sufficient information on how cancer and its treatments could affect their sexual life.

Keywords

Breast cancer
Survivors
Sexual problems
Risk factors
Quality of life

Discussion

Cette étude transversale, menée à l'Institut Curie à Paris auprès d'un échantillon de femmes âgées en moyenne de 53 ans, traitées pour un cancer du sein non métastatique et évaluées dans les 6 mois à 5 ans suivant la fin des traitements (hors hormonothérapie), met en évidence l'existence de problèmes sexuels en lien avec l'expérience du cancer chez un nombre substantiel d'entre elles. En termes de facteurs de risque de difficultés sexuelles, notre étude met en évidence la forte prépondérance des facteurs psychologiques – et, en particulier, la perception de la relation avec le partenaire.

Ces facteurs sont associés à l'absence d'activité sexuelle ou à un moindre plaisir sexuel, alors que les aspects physiques liés au cancer ou à ses traitements ne paraissent pas prédictifs.

La plupart des femmes qui ont participé à cette étude font état d'une activité sexuelle au moment de l'enquête (71 %). Ces chiffres sont comparables à ceux retrouvés dans des populations de femmes en bonne santé (19-21).

Cependant, contrairement aux études menées auprès de patients en bonne santé pour lesquels c'est l'absence de partenaire qui représente la première raison d'inactivité sexuelle (21), les facteurs explicatifs identifiés en l'occurrence sont surtout le désintérêt pour l'activité sexuelle, les problèmes physiques ou la fatigue.

Pour un nombre substantiel de femmes de notre étude, les difficultés sexuelles sont mises en lien avec l'expérience du cancer (par exemple 58 % perçoivent une modification du désir sexuel du fait du cancer et 51 % une modification de leur capacité à atteindre l'orgasme).

En ce qui concerne la perception de l'impact du cancer sur la relation de couple, un pourcentage relativement moins important (20 %) évoque le sentiment de distanciation à la suite du cancer.

Dans cette étude, les facteurs qui prédisent le mieux l'absence d'activité ou les difficultés sexuelles sont essentiellement de nature relationnelle, à savoir : le vécu par la femme de la relation de couple ou celui d'une peur des rapports sexuels chez le partenaire. Une capacité altérée à accomplir ses différents rôles quotidiens laisse suspecter un risque plus élevé de trouble du désir ou du plaisir ou un risque plus élevé d'insatisfaction sexuelle. L'avancée en âge et les symptômes comme les nausées ou l'insomnie sont associés à un inconfort sexuel.

Nos résultats concordent avec les données de la littérature en ce qui concerne le rôle des facteurs

psycho-sociaux sur le fonctionnement sexuel, en particulier s'il s'agit du désir sexuel ou de la satisfaction sexuelle globale (6, 9, 12, 22).

De même, le vieillissement semble associé à un déclin du fonctionnement sexuel, à une moindre excitabilité ou capacité d'orgasme (23) ainsi qu'à des problèmes de lubrification et de dyspareunie (9). Pour ce qui est des autres facteurs envisagés, les traitements oncologiques ne constituent pas, dans notre étude, un facteur de risque plus important de dysfonctionnement sexuel chez ces femmes. Il en est de même du type de chirurgie mammaire, résultat convergeant avec ceux que rapporte la littérature (9, 24).

Pour l'hormonothérapie (goséroline, tamoxifène, anastrozole), la littérature semble indiquer la présence de troubles sexuels spécifiques mais réversibles (8, 17).

Si cette étude permet de fournir des données majeures et nouvelles pour la population française, elle présente cependant des aspects qui en limitent la portée. Tout d'abord, elle est réalisée sur un seul site hospitalier, et les patientes sont plus jeunes et plus proches du diagnostic de leur cancer que la population des femmes en rémission d'un cancer du sein non métastatique à l'Institut Curie. Par ailleurs, il s'agit d'une étude transversale, qui, donc, identifie des facteurs de risque de trouble mais ne permet pas d'établir les mécanismes par lesquels les difficultés sexuelles apparaissent et, notamment, de caractériser la façon dont se nouent les uns aux autres les caractéristiques individuelles, la perception du couple et les troubles sexuels.

Conclusion

Cette étude met en évidence l'existence d'un nombre important de femmes qui présentent des difficultés ou une insatisfaction sexuelle en période de rémission d'un cancer du sein localisé qu'elles attribuent à leur expérience de la maladie tumorale. En outre, nombreuses sont les femmes qui déplorent le manque d'information concernant le retentissement du cancer et de ses traitements sur la sexualité. Étant donné les difficultés sexuelles dont témoignent les femmes après le traitement d'un cancer du sein, une amélioration de l'information devrait être instaurée dans les lieux de soins cancérologiques, et des interventions psycho-sociales portant sur les difficultés spécifiques de ces femmes devraient être mises en place.

Références bibliographiques

1. Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A et al. Eurocare-3, summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Ann Oncol* 2003;14(Suppl. 5):v128-v149.
2. Ganz PA, Desmond KA, Leedham B et al. Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: a follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002;94:39-49.
3. Dorval M, Maunsell E, Deschênes L et al. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998;16(2):487-94.
4. Ganz PA, Kwan L, Stanton AL et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004;96:376-87.
5. Janz NK, Mujahid M, Lantz PM et al. Population-based study of the relationship of treatment and sociodemographics on quality of life for early stage breast cancer. *Qual Life Res* 2005;14:1467-79.
6. Fobair P, Stewart SL, Chang S et al. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psycho-oncology* 2006;15:579-94.
7. Schover LR. Premature ovarian failure and its consequences: vasomotor symptoms, sexuality, and fertility. *J Clin Oncol* 2008;26:753-8.
8. Buijs C, de Vries EG, Mourits MJ, Willems PH. The influence of endocrine treatments for breast cancer on health-related quality of life. *Cancer Treat Rev* 2008;34:640-55.
9. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *Breast J* 2005;11:440-7.
10. Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM et al. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat* 2009 [epub ahead of print].
11. Barni S, Mondin R. Sexual dysfunction in treated breast cancer patients. *Ann Oncol* 1997;8:149-53.
12. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual dysfunction after premenopausal stage I and II breast cancer: do androgens play a role? *J Sex Med* 2008;5:1898-906.
13. Takahashi M, Ohno S, Inoue H et al. Impact of breast cancer diagnosis and treatment on women's sexuality: a survey of Japanese patients. *Psychooncology* 2008;17(9):901-7.
14. Hopwood P, Fletcher I, Lee A, Al Ghazal S. A body image scale for use with cancer patients. *Eur J Cancer* 2001;37(2):189-97.
15. Brédart A, Swaine-Verdier A, Dolbeault S. Traduction/adaptation française de l'échelle "Body Image Scale" (BIS) évaluant la perception de l'image du corps chez des femmes atteintes de cancer du sein. *Psycho-Oncologie* 2007;1(1):24-30.
16. Thirlaway K, Fallowfield L, Cuzick J. The Sexual Activity Questionnaire: a measure of women's sexual functioning. *Qual Life Res* 1996;5:81-90.
17. Berglund G, Nystedt M, Bolund C et al. Effect of endocrine treatment on sexuality in premenopausal breast cancer patients: a prospective randomized study. *J Clin Oncol* 2001;19(11):2788-96.
18. Spira A, Bajos N et le groupe ACSF. Les comportements sexuels en France. Rapport au ministre de la Recherche et de l'Espace. Paris : La documentation Française, 1993.
19. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537-44.
20. Atkins L, Fallowfield LJ. Fallowfield's sexual activity questionnaire in women with, without and at risk of cancer. *Menopause Int* 2007;13:103-9.
21. Vistad I, Fossa SD, Kristensen GB, Mykletun A, Dahl AA. The sexual activity questionnaire: psychometric properties and normative data in a Norwegian population sample. *J Womens Health (Larchmont)* 2007;16:139-48.
22. Ganz PA, Desmond KA, Belin TR, Meyerowitz BE, Rowland JH. Predictors of sexual health in women after a breast cancer diagnosis. *J Clin Oncol* 1999;17(8):2371-80.
23. Ganz PA, Rowland JH, Desmond K et al. Life after breast cancer: understanding women's health-related quality of life and sexual functioning. *J Clin Oncol* 1998;16:501-14.
24. Rowland JH, Desmond KA, Meyerowitz BE et al. Role of breast reconstructive surgery in physical and emotional outcomes among breast cancer survivors. *J Natl Cancer Inst* 2000;92(17):1422-9.

Communiqués des conférences de presse, symposiums, manifestations organisés par l'industrie pharmaceutique

Quatrième bourse Merck Serono Oncologie

Merck Serono Oncologie propose aux médecins (chirurgien, oncologue, anatomo-pathologiste, pneumologue, ORL, gastroentérologue, radiothérapeute et dermatologue) d'une même équipe hospitalière médicale, chirurgicale ou biologique, de mener une recherche sur le thème suivant : "Approche clinique et/ou translationnelle dans le cadre d'un traitement par anti-EGFR".

Depuis 2006, Merck Serono offre chaque année une bourse de recherche d'un montant de 20 000 euros à de jeunes chercheurs (âgés de moins de 40 ans) pour leur permettre de mener à bien leurs projets. Jusqu'alors, cette bourse était limitée aux travaux portant sur les cancers colo-rectaux métastatiques (CCRM); ainsi, la première avait été attribuée à une recherche sur le rôle prédictif du gène KRAS pour les anti-EGFR.

En 2009, avec 2 indications dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) et une future AMM dans le poumon, l'intérêt et l'utilisation d'Erbix® ne se limitent plus aux seuls CCRM. Aussi le choix du thème est-il élargi et s'applique-t-il désormais aux cancers colo-rectal, bronchique et au cancer des VADS.

Les dossiers seront examinés et sélectionnés par un jury composé de 8 membres selon le calendrier suivant :

- clôture des inscriptions le 31 décembre 2009;
 - analyse des dossiers de janvier à février 2010;
 - sélection des dossiers en février 2010;
- et les critères ci-dessous :
- originalité de l'approche du travail;
 - réalisation (mise en œuvre effective du projet);
 - clarté et concision du projet.

La remise officielle du prix au lauréat sera organisée le 19 mars 2010 à l'occasion du séminaire sur les traitements biologiques du cancer organisé à Lyon.

Pour toute demande de renseignements ou de dossier, contacter : Dr Mohamed Bouchada, département médical oncologie, Merck Serono; courriel : mohamed.bouchada@merck.fr

Composition du jury : Dr Bibeau (Montpellier), Pr Douillard (Nantes), Pr Goldwasser (Paris), Pr Guigay (Paris), Pr Lartigau (Lille), Pr Merlin (Nancy), Pr Merrouche (Saint-Étienne), Pr Morère (Paris).

Nouvelles
de l'industrie
pharmaceutique

