

Année 2020/2021

n°

THÈSE

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

SPÉCIALITÉ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Diplôme d'état

Par

Fanny MINISCLOUX

Née le 06 septembre 1991 à Paris (75)

**Suivi de la sexualité des patientes atteintes d'un cancer du sein,
dans les 7 ans post traitement chirurgical conservateur ou non.**

Présentée et soutenue publiquement le mardi 28 septembre 2021 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Gilles BODY, Gynécologie-obstétrique, Professeur Émérite,
Faculté de Médecine-Tours.

Membres du Jury :

Professeur Henry MARRET, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine-Tours.

Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine-Tours.

Directeur de thèse : Docteur Etienne ROUSSEL, Gynécologie-obstétrique, PH – Blois.

Suivi de la sexualité des patientes atteintes d'un cancer du sein, dans les 7 ans post-traitement chirurgical conservateur ou non.

Résumé :

Introduction : Le cancer du sein représente le cancer féminin le plus fréquent en France, avec un excellent pronostic grâce aux progrès médicaux et chirurgicaux. Il reste cependant source d'une détresse sexuelle importante, de trouble de l'image corporelle et de la féminité, persistant au-delà de la période de rémission. Nous avons voulu savoir s'il existait des périodes de plus grande fragilité psychologique et relationnelle chez ces femmes afin d'anticiper, prévenir et accompagner les différents troubles de la sexualité pouvant survenir.

Matériel et méthode : Durant un an, nous avons vu en consultation les patientes opérées depuis moins de 7 ans d'un cancer du sein au centre hospitalier de Blois. L'évaluation de leur sexualité était réalisée via le questionnaire BISF-W (Brief Index of Sexual Functioning For Women) et celle de bien-être corporel et féminité via un questionnaire personnalisé.

Résultats : nous avons inclus 50 patientes avec une période post-opératoire moyenne de 3.7 ans. 54% de nos patientes ont décrit une modification de leur sexualité à la suite des traitements médicaux et chirurgicaux. La durée post-opératoire n'a pas montré de corrélation avec le score de sexualité (coef corrélation = -0.009, $p= 0.95$). Par ailleurs, nous avons observé chez la moitié de nos patientes la présence de troubles du bien-être corporel et de la féminité perdurant au-delà de la première année post-chirurgicale. La résilience est faible ou inexistante durant les années suivantes. La réalisation d'une mastectomie et la mauvaise qualité de la cicatrice influent négativement sur certains aspects du bien-être corporel des patientes ($p<0.05$)

Conclusion : Les troubles de la sexualité et de la féminité persistent sur le long terme pour une majorité de patientes, sans période d'amélioration ou de dégradation. Certains autres facteurs semblent influencer sur la survenue ou non d'une résilience psycho-sexuelle. La prise en charge précoce, par une équipe paramédicale spécialisée dans les troubles de la sexualité, pourrait permettre de diminuer l'importance et la prévalence de la morbidité psycho-sexuelle chez les femmes atteintes d'un cancer du sein.

Mots Clefs : Cancer du Sein ; Evolution ; Sexualité ; Résilience ; Bien-être corporel ; Féminité

Abstract :

Introduction: Breast cancer is the most common womanly cancer in France with an excellent prognosis thanks to medical and surgical progress. Nevertheless it remains a source of significant sexual distress, womanhood and body image disorders, that persists beyond the period of remission. This study focuses on the existence of periods with more important social and psychological fragility in women with cancer in order to prevent and support the various sexual disorders that may arise.

Material and method: For one year volunteers with a less than 7 years post-surgery were surveyed at the hospital center of Blois. Their sexuality was assessed using the BISF-W and their well-being with a personalized questionnaire.

Results: The study includes 50 patients with a post-operative period of 3.7 years on average. Among them, 54% describe a modification of their sexuality due to the medical and surgical treatments. The post-operative period does not show any correlation with the sexuality score ($r = -0.009$, $p = 0.95$). Half of the patients still suffered of well-being and womanly disorders after the first year of the surgical operation. The resilience is low or non-existent the subsequent years. A mastectomy and the poor quality of the scar negatively influence some aspects of their well-being ($p < 0.05$).

Conclusion: Sexual and womanly disorders persist on the long-term for most of the patients without a period of improvement or degradation. Other factors seem to influence the occurrence or non-occurrence of a psycho-sexual resilience. Early management by a paramedical team specialized in sexual disorders may reduce the incidence and prevalence of the psycho-sexual morbidity among women with breast cancer.

Keywords: Breast cancer, evolution, sexuality, resilience, bodily well-being, femininity.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens - relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT Pr Dominique GOGA Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - P. BAGROS - P. BARDOS - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - P. COSNAY - C. COUET - L. DE LA LANDE DE CALAN - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAINÉ - J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - L. POURCELOT - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER.....	Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive - réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive - réanimation
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie

LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine.....	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA ClarisseLEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BINET Aurélien Chirurgie infantile
BISSON Arnaud Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical
..... et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie - gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et
prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie
clinique
LEFORT Bruno Pédiatrie
LEGRAS Antoine Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl Bactériologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie
clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
NICOGLOU Antonine Philosophie - histoire des sciences et des
techniques
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale
RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS - EA 7501
.....	- ERL CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm - UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS -
.....	UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

Remerciements.

Il y a 12 ans, presque jour pour jour, je franchissais pour la première fois, avec fierté, les portes de la faculté de médecine de Tours. Impatiente de connaître tous les mystères du corps humain, de la physiologie à la pathologie, apprendre ses faiblesses et les maux dont il pouvait souffrir. Puis découvrir sa robustesse et ses forces, en particulier celle de guérison pour laquelle la médecine œuvre jour après jour : ce pourquoi j'ai étudié et pratiqué durant 12 années, entouré et encadré par de nombreuses personnes ayant participées à cette aventure, que je tiens à remercier.

Aux membres de mon Jury.

Mr le Professeur Gilles Body : Vous me faites l'honneur de venir présider ce jury. Je vous remercie pour vos enseignements durant mon internat, en particulier pour connaissance et la pratique de la sénologie. Votre passion fut source de l'intérêt particulier que j'y porte à ce jour, m'ayant inspirée pour la réalisation de ce travail. Merci de venir juger mon travail.

Mr le Professeur Henry Marret : Je vous remercie sincèrement pour votre soutien et votre écoute tout au long de mon internat. Votre patience et disponibilité sans faille, afin de nous permettre de réaliser au mieux notre parcours, de répondre à nos attentes et objectifs, pour exercer notre métier de demain.

Mr le Professeur Franck Perrotin : Merci pour cette pratique de l'obstétrique que vous nous apprenez à la maternité Olympe de Gouge. Merci pour votre investissement dans la recherche et le développement de cette discipline afin de permettre de nouvelles prises en charge pour nos patientes.

Mr le Docteur Etienne Roussel : Un immense merci d'avoir accepté de diriger mon travail sur ce sujet bien particulier auquel tu es sensibilisé via ta pratique quotidienne. Merci pour ta gentillesse et ton écoute, ton enseignement toujours dans le calme absolu, ta sagesse sur le terrain comme dans tes conseils. Tu m'as également montré les versants relationnels et émotionnels, ainsi que la bienveillance envers nos patientes : la prise en charge d'un corps malade, mais surtout d'un esprit La grande difficulté de notre pratique réside dans la prise en charge conjointe et indissociable de ces deux parties. Je te remercie également en tant qu'ami, pour ton optimisme, ton soutien et tes encouragements lors de certaines épreuves que j'ai affrontées, me permettant d'avancer et d'en être là où je suis aujourd'hui. J'espère sincèrement que cela perdurera et que nous pourrons bientôt exercer comme amis et confrères à Blois.

A toutes les personnes ayant participées à ma formation.

Aux équipes du gynécologie-obstétrique du CH de Chartres : Dr Faraguet, Dr Guilbaud, Dr Louis, Dr Seridi, Dr Dathevy et Dr Souhaid, merci de m'avoir accueillie dans ma première année d'internat. Vous m'avez initié à la chirurgie gynécologique, à l'obstétrique et à l'échographie, c'est avec vous que j'ai pu réaliser mes premiers accouchements et césariennes, avec toute la joie et le bonheur qui les accompagnent.

C'est également à vos côtés que j'ai assisté aux complications obstétricales et gynécologiques, celles qui nous font réaliser l'importance de notre métier et de nos prises en charge, celles qui nous poussent à nous dépasser. A Alexis, Mariana et Bessa, avec qui j'ai également pu apprendre tant de choses, tout en partageant des moments de complicités et des fous rires.

A mes chefs d'obstétrique et de gynécologie d'Olympe de Gouges : Christelle, Carine, Jérôme, Caroline, Stéphanie, Annie, Lobna, Iris, Thomas, Laura, Helene, Venda, Emilie, Marie. Je tenais à vous remercier pour ces semestres passés à vos côtés où vous m'avez encadré, appris et conseillé dans les vastes domaines de la gynécologie-obstétrique. Vous m'avez également fait reconnaître mes capacités, mais également ouvrir les yeux sur mes limites. Je compte bien mettre tout ceci à profil afin d'adapter ma pratique future et permettre la meilleure prise en charge possible pour mes patientes.

A l'équipe du CECOS : Marie-Laure, Olivia, Véronique, Marion, Jacques, Jennifer, mais également tous les biologistes, sages-femmes, aides-soignantes et secrétaires... Vous savez à quel point mes remerciements sont profonds, tant sur le plan professionnel que personnel. Vous m'avez fait découvrir la PMA, son rôle, son importance et son impact pour tant de couples. Grâce à vous j'ai pu accompagner et apporter mes connaissances ainsi que mon soutien à de nombreuses personnes en souffrance, souvent en silence. Ces mêmes couples qui, après un parcours fait de patience, de détermination et d'espoir, ont pu vivre la plus grande des joies : celle de mettre au monde un nouvel être. Vous m'avez donné envie d'orienter mon avenir vers l'accompagnement et la prise en charge de ces patients, encore merci.

Aux équipes de gynécologie-obstétriques du CH de Blois : Jean-Luc, Yaëlle, Angeline, Helene, Léa, Marion, à toutes les sages-femmes et l'équipe du bloc opératoire. Merci pour ce semestre passé à vos côtés, pour cet apprentissage et cette vision différente de l'obstétrique que vous m'avez montrée. Merci pour ces discussions et moments de rires les nuits de gardes, merci de m'avoir montré l'intérêt que pouvait avoir l'acupuncture dans la prise en charge des patientes.

Aux équipes de chirurgie du CHIC d'Amboise : Dr Bourlier, Julien, Achref et toute l'équipe du bloc opératoire et du service hospitalier. J'ai eu la chance d'apprendre et d'exercer la chirurgie viscérale durant un an à vos côtés, mais pas seulement : J'ai aussi partagé toute une histoire et un projet de vie avec vous. Projet dans lequel vous avez tous été présents, dans les moments d'espoir, d'attente, de tristesse et de douleurs. Vous m'avez soutenue et aidé à avancer, à garder confiance, à croire. Vous m'avez également prise en charge de façon extraordinaire en tant que patiente, avec tout le professionnalisme qui vous habite. Et enfin, j'ai eu la joie de partager, avec vous tous, ce miracle pour lequel je me battais, à vos côtés. Je n'oublierai jamais ces moments, votre gentillesse, votre écoute, votre soutien, et je ne vous remercierai jamais assez. Que ce petit monde du CHIC continue d'avancer et de développer son activité, je n'ai jamais vu un tel travail d'équipe pour nos patients, vous êtes extraordinaires. Mr Bourlier, vous êtes un exemple à suivre, tant par votre talent indiscutable de chirurgiens que par votre capacité à enseigner, avec rigueur et calme. Merci pour tous vos conseils et leçons dont vous m'avez fait profiter.

A l'équipe de la Mosaïque santé de Blois : Georges, Michel, Xavier, Nicolas, Amaury, Louise et Camille (sans oublier nos supers secrétaires : Annie, Charlotte, Helene et Aurèlie). Tous mes remerciements pour votre superbe accueil : Vous êtes une équipe si dynamique et conviviale !

Vous êtes un exemple pour votre travail et professionnalisme, exercé avec passion et toujours avec le sourire. C'est un véritable plaisir et une chance d'avoir pu apprendre et développer ma pratique de l'échographie à vos côtés. J'espère sincèrement que vous resterez ainsi et pouvoir de nouveau travailler avec vous tous.

A mes proches.

A mes Co-internes : Pour ces bons moments durant tout mon internat, pour cette complicité, cette entraide et cette construction de futur docteur que nous avons réalisé ensemble.

A mes anciens Co-externes et amis : Eva, Filipe, Alexis et Clémence, pensées bien particulières pour vous quatre, avec qui j'ai eu le plaisir de partager mon externat. Tous les 5 nous avons été si soudés durant ces années difficiles, à travailler, vivre et penser « médecine » chaque minute de chaque jour. Mais grâce à vous j'ai pu partager de si bons moments de vie, d'amitié et parfois de folies, ces moments qui nous ont permis de tenir jusqu'au grand jour de l'ECN. Merci pour ces années si importantes, celle qui nous ont permis de choisir et réaliser nos parcours, tous différents et éloignés. Bien que la distance nous éloigne aujourd'hui, je ne vous oublie pas, et espère que nous pourrions nous retrouver pour se remémorer tous ces souvenirs...

A mes amis : Thibault, Justine, Sandrine, Basile... Pour notre amitié et nos souvenirs indélébiles, pour nos retrouvailles qui n'en sont jamais réellement car le temps n'a pas sa place entre nous. Jonathan, Gusseau, Clémence, Denis et Anne-Laure : pour ces soirées qui m'ont permis de décompresser en votre présence, pour votre joie naturelle et toujours présente. Marie et Ameline : pour votre soutien et solidarité féminine toujours au rendez-vous. Axel et Isabelle, nos supers voisins avec qui nous avons été solidaires durant ces longues périodes de confinement ! Adeline et Maël, cela fait déjà 6 ans que nous partageons tant ce choses. 6 ans d'amitié, de bons moments, d'échanges, de conseils, de projections de notre avenir. Sans oublier nos soirées jeux sans fin, nos éclats de rires et nos quelques pas de danses à la guinguette ! Merci, d'être là, d'être vous.

A ma famille : Il y aurait tant de chose à dire, à vous tous, mes grands-parents, mes oncles et tantes, ainsi que tous mes cousins et cousines. Vous avez cru en moi et m'avez encouragé, chacun aux quatre coins de la France et du monde, merci pour toutes vos pensées. Mes grands-parents maternels, vous vous êtes si souvent occupés de moi depuis mon enfance, m'avez permis de réaliser et découvrir tant de choses. Merci pour tout ce que vous avez fait, et d'être encore présents à mes côtés aujourd'hui. Mes grands-parents paternels, vous veillez sur moi de votre petit paradis à tous les deux, vous, ce couple si fusionnel et inséparable. Vous étiez si fiers et heureux le jour où je vous ai annoncé avoir été reçue au concours de P1 et de commencer enfin ma formation de médecin. Je suis sûre que vous seriez fière de moi aujourd'hui.

A mes parents : Je reconnais la chance infinie que j'ai de vous avoir à mes côtés... sans cela, je pense que ne serais jamais arrivée là où j'en suis aujourd'hui. Vous avez été ma source de motivation et ma force durant toutes ces années, vous m'avez épaulé, poussé et motivé sans faillir. Vous avez eu confiance et m'avez permis d'y croire dans les moments les plus durs, ceux où l'on voudrait juste tout arrêter. Je vous remercie également pour votre regard, vos conseils et votre implication pour la rédaction de mes mémoires et pour l'écriture de cette thèse. Maman, je sais à quel point ce sujet pouvait être sensible pour toi.

Mais ton vécu et le recul que tu as su prendre ont été source d'inspiration et de sincérité dans ces pages. Vous avoir à mes côtés aujourd'hui est le plus beau cadeau que vous puissiez me faire, l'aboutissement d'un parcours et l'ouverture d'un nouveau chapitre.

A ma petite sœur : petite et pourtant devenue maintenant si grande... J'ai l'impression que c'était encore hier, les jours où nous vivions sur le même palier du Coudray. Ces moments où l'on se cherchait, se disputait sur des sujets futiles, mais à l'époque nous tenant à cœur. Puis les années ont passées, tu es partie comme une grande faire ta vie, et tu as très bien réussie. Tu t'es construite, certains diront que tu es maintenant une femme accomplie, et pourtant ... Dès que l'on se retrouve, à mes yeux, tu restes et resteras ma petite sœur. Durant tous ces moments, maintenant ou dans 30 ans, nous retrouverons toutes deux nos âmes d'enfants.

A mon cher et tendre : Cela fait déjà dix ans, par une rencontre des plus inattendues... dix années d'amitiés, cinq à partager ta vie et depuis quelques mois, je porte une moitié de toi. Autant d'années où tu as été présent, à l'écoute et réconfortant, tu as toujours été mon meilleur confident. Dans tes bras je me sentais réconfortée, derrière toi je me savais protéger et avec toi, sans crainte, je me dévoilais. Ensemble nous avons appris, ensemble nous avons construit, au travers d'erreurs et de conflits, mais toujours unis. On ne peut prédire l'avenir, ni même les obstacles qu'il y aura à franchir, mais je suis sûre d'une chose : à tes côtés, nous arriverons à tous les gravir. Merci d'être là, ami, chéri et confident. Merci d'être toi, futur papa ...

A mon baby boy : A toi que nous attendons depuis si longtemps. Ce petit miracle ayant germé de tant d'amour et passion, de combat et de volonté. Aujourd'hui tu vies en moi, chaque jour tu te développes en prenant tous ce que je peux t'offrir et t'apporter, tu t'exprimes pour les premières fois... dans quelques semaines nous aurons l'immense joie de te rencontrer enfin, de voir ton sourire et tes si petites mains... A toi ma raison de vivre, désormais et pour toujours...

A ma grand-mère ...

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.	P 17
INTRODUCTION.	P 18
MATHERIEL ET METHODES.	P 20
I - Population.	P 20
II - Méthode de collecte des données.	P 20
III - Critères de jugement.	P 21
IV - Méthode statistique.	P 21
V - Recherche Bibliographique.	P 21
RESULTATS.	P 22
I - Description de notre étude.	P 22
A - Inclusion des patientes.	P 22
B - Caractéristiques de notre population.	P 23
C - Caractéristiques thérapeutiques.	P 25
II - Résultat concernant l'impact de la durée post-opératoire sur la sexualité des patientes.	P 28
A - Etude de la sexualité des patientes selon le BISF-W.	P 28
a) Analyse de corrélation entre les variables quantitatives descriptives.	P 28
b) Résultat du score de sexualité en fonction de la durée post opératoire.	P 29
B - Etude du bien-être corporel et de la féminité des patientes.	P 30
a) Etude globale du bien-être corporel et de la féminité des patientes dans notre population.	P 30
b) Impact de la durée post opératoire sur le bien-être corporel et la féminité.	P 31
c) Y a-t-il des périodes plus propices à la rémission ou non ?	P 32
III - Recherche d'autres facteurs influant sur la sexualité des patientes.	P 35
A - Etude du vécu de la sexualité des patientes en fonction de la période diagnostic, préopératoire et thérapeutique.	P 35
a) Analyse de la sexualité préopératoire, per-thérapeutique, et post-thérapeutique.	P 35
b) Impact de l'annonce et des différents traitements lors d'un cancer du sein.	P 37
B - Etudes des différents critères et traitements influant sur la sexualité et féminité des patientes.	P 39
a) Analyse des caractéristiques de la population sur la sexualité.	P 39
b) Analyse du type de traitement chirurgical sur la sexualité.	P 40
c) Analyse des traitements chirurgicaux sur le bien-être corporel et la féminité.	P 41
d) Analyse des traitements adjuvants reçus sur la sexualité.	P 43

DISCUSSION.	P 44
I - Le suivi des patientes de la chirurgie à la période de rémission.	P 44
II - Quelles influences peuvent avoir les autres facteurs personnels et thérapeutiques sur la sexualité ?	P 46
III - L'évaluation des troubles de la sexualité, une difficulté pour le corps médical.	P 49
IV - Les perspectives de prises en charge des patientes atteintes de cancer du sein.	P 52
CONCLUSION.	P 54
BIBLIOGRAPHIE.	P 55
ANNEXES.	P 58

GLOSSAIRE :

OMS : Organisation mondiale de la santé.

CPI : Carcinome papillaire infiltrant.

CLIS : Carcinome lobulaire in-situ.

CLI : Carcinome lobulaire infiltrant.

CIC : Carcinome intra-canalair.

CCI : Carcinome canalaire infiltrant.

CCIS : Carcinome canalaire in situ.

BISF-W : “Brief Index of Sexual Functioning for Women”, auto-questionnaire de qualité de vie sexuelle, développé par Rosen en 1993. Il a été traduit et validé linguistiquement.

Image corporelle : perception qu'une personne a de son corps, la perception qu'elle croit que les autres en ont, ce qu'elle ressent lorsqu'elle pense à son corps et comment elle se sent dans son corps.

Bien être : État agréable résultant de la satisfaction des besoins du corps et du calme de l'esprit.

Féminité : Ensemble de caractères stéréotypés correspondant à l'image sociale traditionnelle des femmes.

Résilience : phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable.

INTRODUCTION.

Le cancer du sein est le cancer féminin le plus fréquent en France avec 58.459 nouveaux cas en France métropolitaine en 2018 et représente la première cause de décès par cancer chez la femme (12.146 décès estimés en 2018). Il fait l'objet d'un programme national de dépistage organisé afin d'être détecté précocement et d'en réduire la mortalité.

Ce taux diminue d'année en année et aujourd'hui la survie nette, standardisée sur l'âge, est à 5 ans de 87 % et à 10 ans de 76%. Cela s'explique en partie par l'amélioration des traitements et par un dépistage du cancer du sein de plus en plus adapté au niveau de risque de chaque femme permettant le diagnostic à un stade précoce. (1)

Le cancer du sein est donc un cancer de très bon pronostic à l'heure actuelle grâce aux progrès médicaux et chirurgicaux.

Il existe d'autres axes d'amélioration : l'accompagnement psychologique et relationnelle des patientes est l'un d'entre eux.

L'OMS définit la Santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Aujourd'hui il est reconnu que la sexualité, influencée par de nombreux facteurs sociaux-culturels, fait partie intégrante du bien être mental et social. (2) De même, tout bouleversement physique, mental ou social peut perturber la sexualité.

Le cancer du sein est une réelle source de difficultés psycho-sociale, de modification de l'image corporelle pouvant conduire à une détresse sexuelle et à des troubles au sein du couple. (3) (4) (5) Il a donc un impact direct sur la féminité et sur la sexualité de la femme.

La médecine travaille de plus en plus ce point et ne cesse de vouloir améliorer la prise en charge des patientes en souffrance psychologique tout au long de leur parcours médical et chirurgical, mais également au-delà de la période de rémission. (6)

Pour y répondre, nous nous sommes fixés la problématique suivante :

Quelles sont les périodes de plus grande fragilité psychologique et relationnelle depuis la consultation d'annonce et les sept années suivantes ?

Nous avons réalisé cette étude afin d'analyser si le corps médical pouvait intervenir à certaines étapes clés dans les différents troubles de sexualité présentés par les patientes atteintes de cancer du sein.

MATERIEL ET METHODES.

Nous avons réalisé une étude transversale, prospective et uni-centrique, au CH de Blois sur une année complète, de janvier 2020 à décembre 2020. Nous avons étudié la féminité et sexualité des femmes en post chirurgie mammaire pour un cancer du sein, sur une période de sept ans.

I - Population.

Notre population incluait toutes les patientes majeures, opérées d'un cancer du sein durant les sept dernières années, par le même chirurgien, avec ou sans traitement adjuvant ou néoadjuvant et venant consulter pour leur suivi cancérologique gynécologique.

Les critères d'exclusion de la population ont été : les syndromes confusionnels, l'impossibilité de lire et de répondre au questionnaire de façon autonome par illettrisme ou non compréhension du français.

II - Méthode de collecte des données.

Lors des consultations de suivi cancérologique, nous avons proposé à chaque patiente répondant aux critères d'inclusion de répondre à un questionnaire anonyme en 2 parties en leur expliquant le but et les objectifs de notre étude.

Si elles acceptaient, nous remplissions en leur présence la première feuille de chaque questionnaire. Celle-ci correspondant aux principaux critères descriptifs des patientes (âge, taille, poids), du type de chirurgie mammaire et axillaire reçue ainsi que des éventuels traitements adjuvants. Nous avons également répertorié l'existence ou non de complication, et leur nature. Enfin les patientes pouvaient attribuer une note sur l'esthétisme de leur cicatrice grâce à une EVA [0-10] et indiquer si elles avaient réalisé une reconstruction mammaire ou l'envisageaient. (Annexe 1).

Puis chaque patiente se voyait remettre son questionnaire, auquel elle répondait sur place.

La première partie était constituée de questions que nous avons voulu axer sur le ressenti et le vécu des patientes durant les traitements jusqu'au moment présent, concernant leur féminité, intimité et sexualité. Nous les avons également interrogées sur les éléments qu'elles considéraient comme les plus impactant sur leur sexualité (Annexe 2)

La deuxième partie était un questionnaire standardisé et validé, en français, applicable à toute la population féminine : le BISF-W. Ce questionnaire explorait les aspects quantitatifs

et qualitatifs de la sexualité féminine (7). Il a permis l'analyse de 7 domaines : la pensée/désir, l'excitation, la fréquence de l'activité, la réceptivité et l'initiative, le plaisir et l'orgasme, la satisfaction relationnelle et pour finir les problèmes affectant la sexualité. Obtenant ainsi un score composite entre -16 et +75. (Annexe 3).

Une fois le questionnaire anonyme rempli, les patientes nous le remettaient directement dans une boîte dédiée.

III - Critères de jugement.

Le critère de jugement principal était d'évaluer si la période temps avait un impact sur la sexualité des patientes grâce au questionnaire standardisé BISF-W et à l'évaluation personnalisée que nous avons réalisé au regard de leur intimité et féminité.

Le critère de jugement secondaire était d'étudier quels autres facteurs pouvaient avoir un impact sur la sexualité des patientes dans notre étude, en se basant sur la littérature.

IV - Méthode statistique.

Nous avons réalisé nos analyses statistiques via le logiciel XLSTAT.

Pour l'analyse de nos données nous avons fixé un risque alpha = 5%, avec $p < 0.05$ afin de conclure à un résultat significatif.

Nous avons fait l'analyse de variances grâce au test corrélation de Spearman, et réaliser la comparaison de nos variables qualitatives via le test non paramétrique de Mann-Whitney.

V - Recherche Bibliographique.

Nous avons étudié la littérature principalement via la base de données PUBMED, en recherchant les articles sur 10 ans grâce aux mots clefs « breast cancer », « impact of surgical treatment », « sexuality », « evolution ».

Nous avons retenu 21 articles pour appuyer notre étude.

RESULTATS.

I - Description de notre étude.

A - Inclusion des patientes.

Nous avons vu 67 patientes dans le cadre de leur suivi pour un cancer du sein traité chirurgicalement depuis moins de 7 ans.

Nous avons exclu 8 patientes : 6 présentant un syndrome confusionnel, 2 parlant une langue étrangère avec un niveau de français insuffisant pour répondre au questionnaire.

Nous avons proposé aux 59 patientes correspondant à nos critères d'inclusion si elles souhaitaient participer à l'étude. 9 d'entre elles ont refusé de participer, pour différentes raisons : l'absence de sexualité, la perte de leur conjoint, des questions trop intimes, sans motif.

Nous avons donc inclus 50 patientes dans notre étude

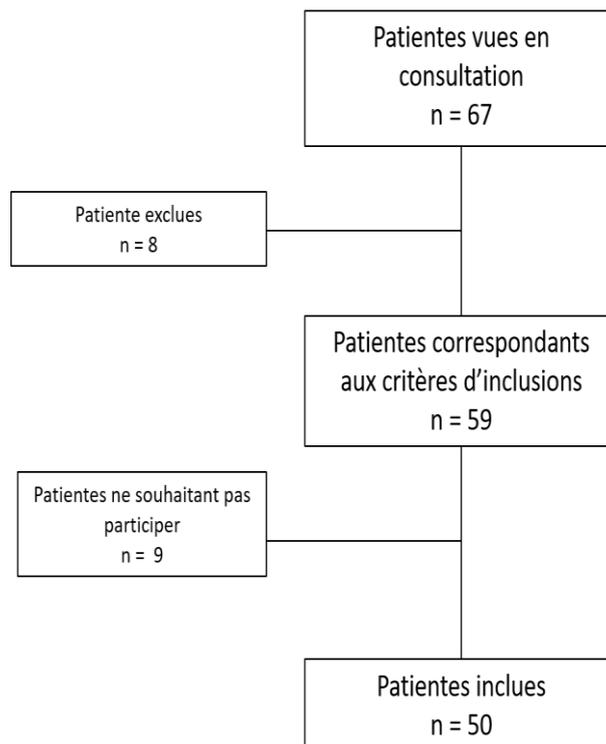


Figure 1 Méthode d'inclusion des patientes

B - Caractéristiques de notre population.

Dans notre population l'âge moyen était de 62.5 ans, avec des extrêmes allant de 39 ans à 79 ans. La répartition des classes d'âges est représentée ci-dessous

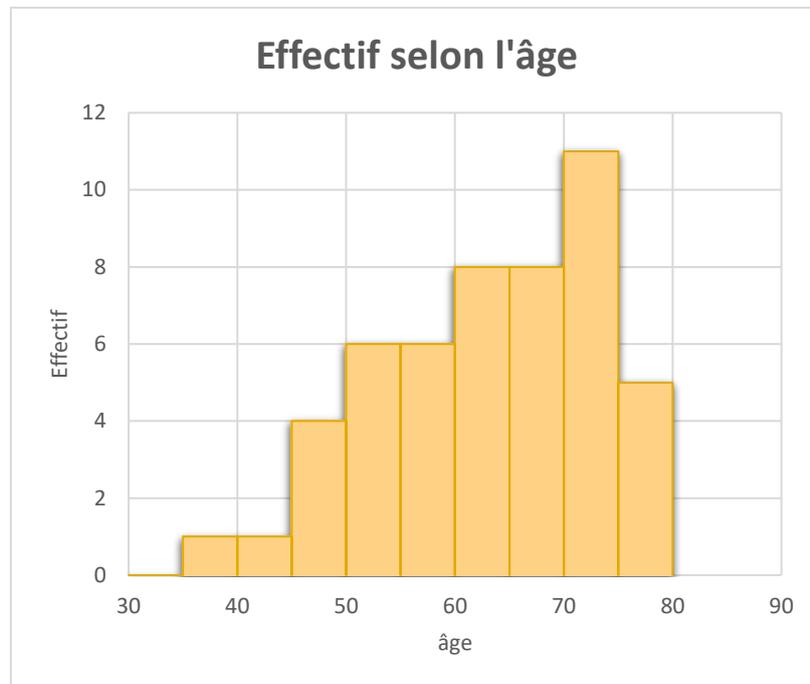


Figure 2 Répartition des classes d'âges de notre population

Nous avons constaté une moyenne d'âge plus élevée chez les patientes refusant de participer (Moyenne 77.2 - minimum 62- maximum 93).

De même, les patientes exclues étaient en moyenne plus âgées (Moyenne 71.6 - minimum 50- maximum 83) que les patientes de notre étude.

La durée de la période post-opératoire s'étendait de 0.3 à 7 ans, avec une moyenne de 3.7 ans. L'IMC moyen était de 27.2 (minimum de 17.6 et un maximum de 47.9).

Concernant l'EVA attribuée par les patientes, la moyenne était de 8.12 (minimum 0 – maximum 10), la moyenne de l'EVA attribuée par le chirurgien était à 8 (minimum 3 – maximum 10).

Enfin le score de sexualité composite s'étendait de -1 à 45.4 avec une moyenne de 19.23.

La majorité de nos patientes étaient ménopausées au moment de l'étude, 4 patientes avaient subi une ménopause prématurée induite par les traitements.

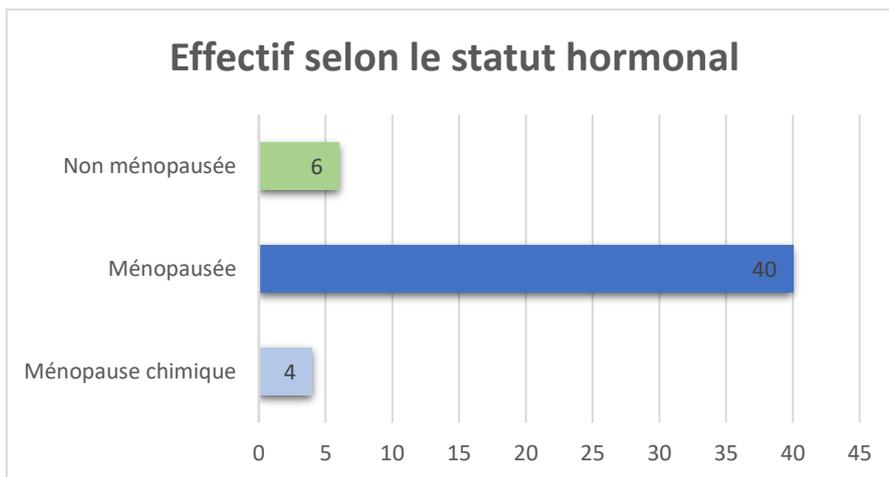


Figure 3 Statut hormonal de notre population

Nous avons analysé et représenté sous forme d'histogramme les différents types tumoraux et leur grade.

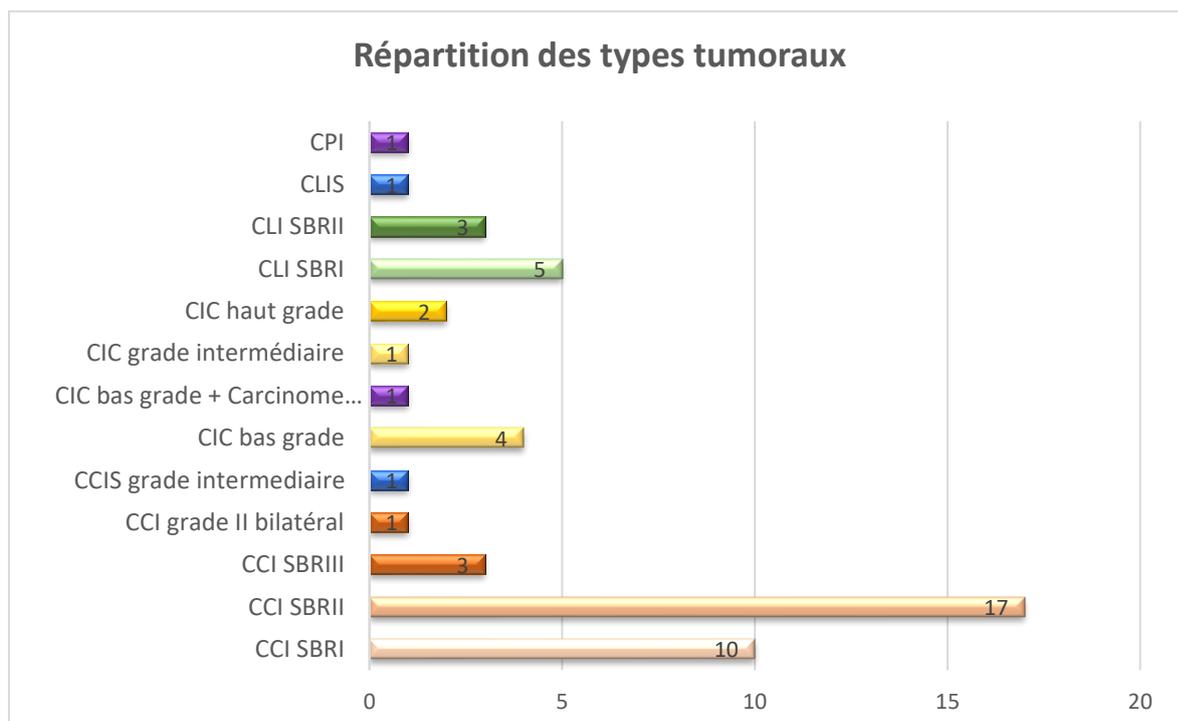


Figure 4 Analyse des différents types tumoraux

Dans notre population la majorité des patientes avaient un cancer in situ ou de grade I (46%) puis de grade II (44%).

Seule 6 patientes (10%) présentaient un cancer de grade III.

C - Caractéristiques thérapeutiques.

Concernant les traitements chirurgicaux, nous avons réalisé une Tumorectomie pour 41 patientes (82%) et une mastectomie pour 9 d'entre elles (18%).

Pour les 48 patientes ayant reçu un traitement adjuvant, 35 (73%) avaient eu une hormonothérapie, 11 une chimiothérapie (23%) et 35 une radiothérapie (94%).

6 patientes (12%) avaient réalisé une reconstruction mammaire immédiate ou différée : 4 à la suite de mastectomie et 2 à la suite de tumorectomie. Pour les 44 patientes n'ayant pas réalisé de reconstruction, une seule patiente envisageait de réaliser une intervention à but esthétique.

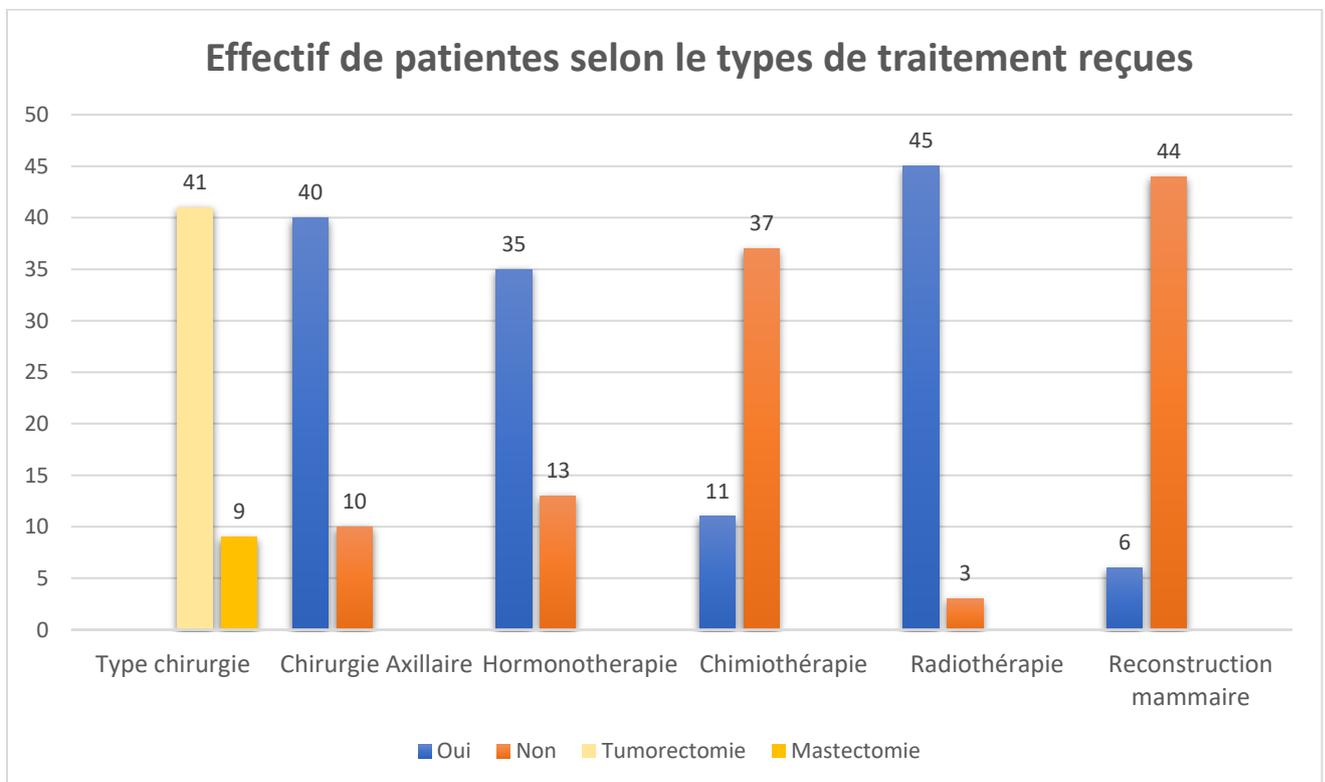


Figure 5 Analyse des différents traitements reçus

Également, 40 patientes (80%) avaient eu une chirurgie axillaire concomitante, 70% d'entre elle via l'ablation du ganglion sentinelle et 30% par un curage axillaire.

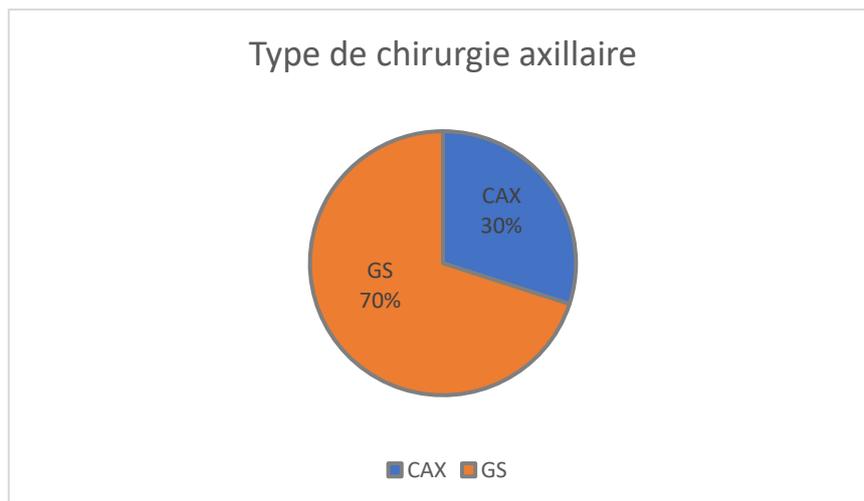


Figure 6 Analyse du type de chirurgie axillaire

Les inhibiteurs de l'aromatase étaient le principal traitement hormonal reçu au sein de notre population, suivi des anti-œstrogènes.

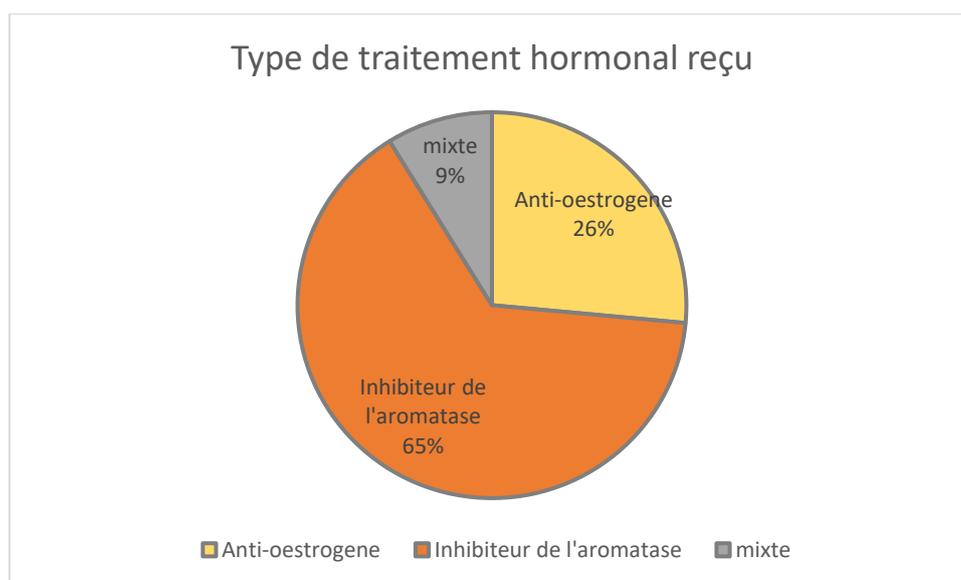


Figure 7 Analyse des traitements hormonaux reçus

Pour conclure, nous avons pu constater que 18% des patientes avaient eu une ou plusieurs complications post thérapeutiques sans gravité, que nous avons détaillées dans la figure 12.

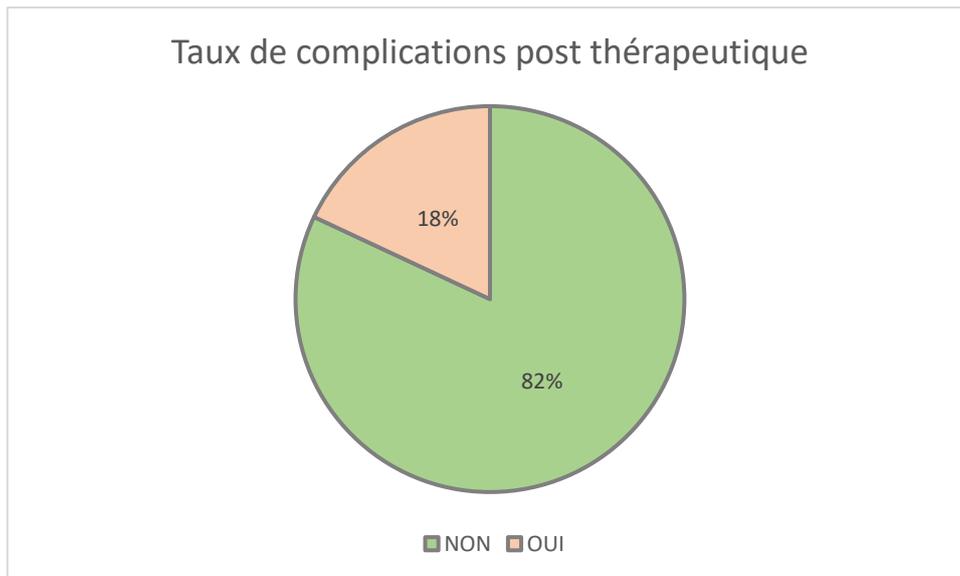


Figure 8 Analyse du taux de complications

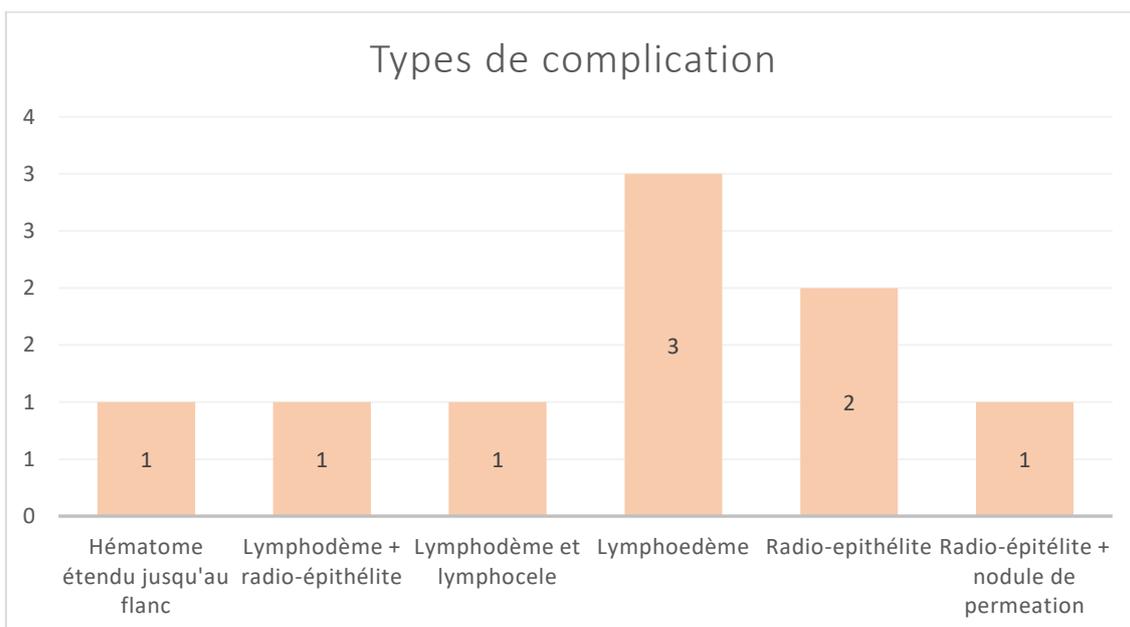


Figure 9 Analyse détaillé des complications

II - Résultat concernant l'impact de la durée post-opératoire sur la sexualité des patientes.

A - Etude de la sexualité des patientes selon le BISF-W.

a) Analyse de corrélation entre les variables quantitatives descriptives.

<i>Période post-opératoire</i>	<i>Coefficient de corrélation</i>	<i>IC 95%</i>	<i>P value</i>
Age	0.035	[-0.246 - 0.310]	0.809
IMC	-0.224	[-0.476 - 0.062]	0.118
Qualité cicatrice	0.038	[-0.243 - 0.313]	0.795

Tableau 1 Analyse de corrélation entre les variables quantitatives descriptives

Concernant le critère de jugement principal, à savoir la durée post opératoire et les différentes variables descriptives de notre population, nous n'avons pas trouvé de différence significative que ce soit pour l'âge ($p=0.809$), l'IMC ($p=0.118$) ou pour la qualité de la cicatrice ($p=0.795$). Les variables sont donc indépendantes.

<i>Caractéristiques des patientes</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>
Durée de la période post-opératoire (en année)	0.3	7	3.7	1.7
IMC	17.6	47.9	27.2	6.25
EVA : Qualité et aspect de la cicatrice selon la patiente (0-10)	0	10	8.12	2.3
EVA : Qualité et aspect de la cicatrice selon le chirurgien (0-10)	3	10	8	1.6
Score de sexualité globale	-1	45.4	19.2	14.6
Score de sexualité (ménopausées)	-1	43.8	16.9	13.7
Score de sexualité (non ménopausées)	27.6	45.4	36.7	6.9

Tableau 2 Analyse des paramètres de notre population

b) Résultat du score de sexualité en fonction de la durée post opératoire.

<i>Période post-opératoire</i>	<i>Coefficient de corrélation</i>	<i>IC 95%</i>	<i>P- value</i>
Score composite	-0.009	[-0.287 – 0.270]	0.95
D1 pensée – désir	0,017	[-0,263 – 0.294]	0,907
D2 excitation	0,019	[-0,261 – 0.295]	0,898
D3 fréquence de l'activité	-0,052	[-0,326 – 0.229]	0,717
D4 réceptivité et initiative	-0,089	[-0,359 – 0.195]	0,539
D5 plaisir et orgasme	-0,154	[-0,416 – 0.132]	0,285
D6 satisfaction relationnelle	0,005	[-0,274 – 0.283]	0,973
D7 problème affectant la sexualité	-0,196	[-0,452 – 0.090]	0,171

Tableau 3 Analyse de Corrélation entre le score de sexologie et la période post-opératoire

Nous avons recherché si la durée post-opératoire avait un impact sur la sexualité des femmes grâce au score composite du BISF-W, ainsi que dans ses différents domaines d'études (D1pensée-désir, D2excitation, D3 fréquence, D4 réceptivité et initiative, D5 plaisir et orgasme, D6 satisfaction relationnelle, D7 problème concernant la sexualité).

Nous avons utilisé le test de Spearman pour déterminer le coefficient de corrélation entre les variables Temps (en année) et score de sexualité.

Nous n'avons pas retrouvé de corrélation significative entre la durée post-opératoire et le score de sexualité composite (coef. corrélation = -0.009, p= 0.95).

De même l'analyse entre les différents domaines concernant la sexualité, et la durée post opératoire n'ont pas montré de corrélation significative $P > 0.05$

B - Etude du bien-être corporel et de la féminité des patientes.

a) Etude globale du bien-être corporel et de la féminité des patientes dans notre population.

Nous avons étudié le ressenti des patientes dans leur bien-être corporel et leur féminité à la date d'aujourd'hui, grâce à différentes questions.

Tout d'abord nous les avons interrogées sur leurs sensations corporelles et avons constaté que 35 % des patientes n'aimaient pas regarder leur poitrine à ce jour, dont 13% n'aimaient pas du tout.

Également 14% des patientes n'acceptaient pas de toucher leur poitrine dont 9% n'acceptaient, pas du tout, de la toucher. Lors de l'expression libre pour les patientes ayant répondu « non », nous avons eu pour commentaires marquants :

- « *elle me rappelle la maladie* ».
- « *je n'aime plus me regarder* ».
- « *pas beau, gênant, trop de cicatrice* ».
- « *impression d'avoir un corps dégradé malgré la reconstruction* ».
- « *sentiment d'être différente, déformée. Je ne me trouve pas belle* ».

Concernant leur ressenti globale et en couple, 14% ne se sentait pas à l'aise avec leur poitrine actuelle et 20% ne se sentaient pas à l'aise nue devant leur conjoint.

De la même manière lors de l'expression libre pour les patientes ayant répondu « non », nous avons pu recueillir comme témoignage :

- « *Moins femme, moins attirante* ».
- « *Je me sens intimidée* ».
- « *Je dois me cacher le torse* ».
- « *Pour le regard qu'il peut porter* ».

Enfin concernant l'achat de lingerie, acte lié à l'appropriation de son corps, sa féminité et sa sensualité, 58% de nos patientes n'avaient pas du tout acheté de lingerie depuis leur intervention, toute date confondue.

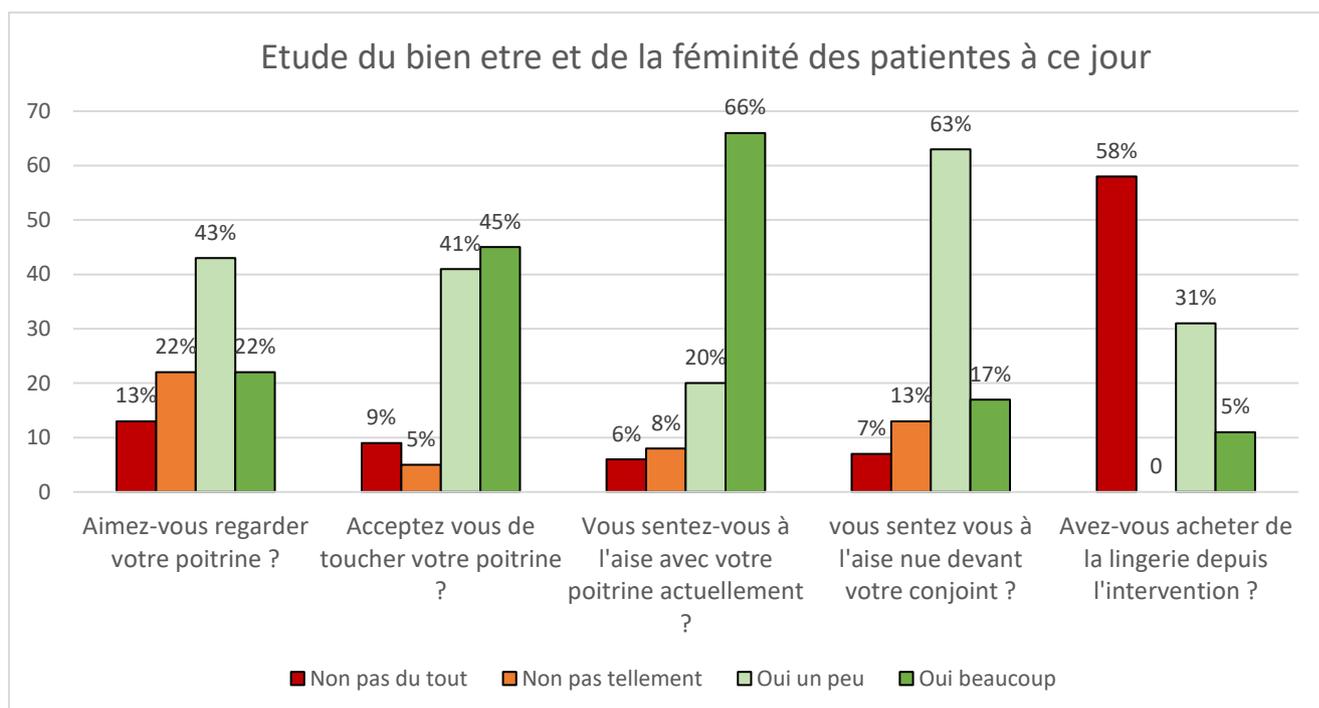


Figure 10 Analyse selon différents critères de féminité

Pour conclure, 6 patientes ont déclaré vouloir apporter des modifications esthétiques à leur poitrine à ce jour, dont 4 d'entre elles avaient déjà eu recours à une reconstruction mammaire.

b) Impact de la durée post opératoire sur le bien-être corporel et la féminité.

Afin de rechercher un éventuel impact de la durée post-opératoire sur le bien-être et la féminité des patientes, nous avons séparé les réponses de nos patientes en 2 groupes :

- « Oui » correspondant aux patientes sans séquelle ou en cours de rémission psychologique (comprenant les réponses « oui un peu, oui complètement »).

- « Non » correspondant aux patientes en souffrance, avec des difficultés pour accepter leur nouveau corps, que nous avons détaillé précédemment. (Comprenant les réponses « non pas tellement, non pas du tout »),

Nous avons ensuite recherché une différence de durée post-opératoire entre les groupes via le test de Mann-Whitney.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre les 2 groupes concernant toutes les questions subjectives sur le bien-être et féminité de nos patientes, et la variable durée post-opératoire.

<i>Durée post opératoire</i>	<i>Moyenne (en année)</i>		<i>Ecart-type</i>		<i>P value</i>
	Oui	Non	Oui	Non	
Aujourd'hui acceptez-vous de toucher votre poitrine ?	3.6	4.6	1.75	2.57	0.549
Avez-vous acheté de la lingerie depuis l'intervention ?	3.9	3.4	1.59	1.75	0.35
Aimez-vous regarder votre poitrine ?	3.9	3.6	1.83	1.6	0.67
Vous sentez-vous à l'aise avec votre poitrine actuellement ?	3.7	3.6	1.67	2.1	0.74
Vous sentez vous à l'aise nue devant votre conjoint ?	3.8	3.5	1.73	1.76	0.491

Tableau 4 Analyse de l'impact de la durée post-opératoire sur le bien-être et la féminité des patientes.

c) Y a-t-il des périodes plus propices à la rémission ou non ?

Nous avons analysé la période temps pour identifier l'apparition du sentiment de bien-être et de féminité que nous ont décrit les patientes (groupe « OUI » de la figure 11)

Ainsi, parmi les patientes déclarant aimer leur poitrine à ce jour, 79% ont déclaré que cet évènement était survenu avant 1 an post-opératoire, dont 45% dans les 6 premiers mois post-opératoire. Par ailleurs 13% des patientes n'ont eu ce ressenti qu'après un délai de 3-4 ans post-opératoire.

Également 70% des patientes ont accepté de toucher leur poitrine dans l'année post-opératoire, et 17% d'entre elles ont déclaré avoir mis 3-4 ans avant de pouvoir réaliser cet acte.

Concernant l'achat de lingerie, l'événement était réparti de façon plus homogène avec 30% de patientes ayant fait cet acte avant 6 mois, 30% dans la première année et 30% entre la première et deuxième année suivant l'intervention. Seulement 10% des patientes avaient mis 3-4 ans avant d'acheter de la lingerie fine.

<i>A partir de quel moment avez-vous eu ce sentiment ?</i>	<i>Avant 6 mois</i>	<i>6mois-1 an</i>	<i>1-2 ans</i>	<i>3-4 ans</i>	<i>Supérieur à 5 ans</i>	<i>Total</i>
Aimez-vous regarder votre poitrine : OUI	13 (45%)	10 (34%)	2 (7%)	4 (13%)	0	29
Aujourd'hui acceptez-vous de toucher votre poitrine : OUI	7 (41%)	5 (29%)	2 (12%)	3 (17%)	0	17
Vous sentez vous à l'aise avec votre poitrine actuellement : OUI	18 (45%)	11 (27.5%)	7 (17.5%)	4 (10%)	0	40
Vous sentez vous à l'aise nue devant votre conjoint : OUI	14 (47%)	7 (23 %)	5 (17%)	4 (13%)	0	30
Avez-vous acheté de la lingerie depuis l'intervention : OUI	6 (30%)	6 (30 %)	6 (30%)	2 (10%)	0	20

Tableau 5 Analyse de la période post-opératoire sur le bien-être et la féminité des patientes

Pour les patientes retrouvant un état de bien-être corporel et une féminité satisfaisants post-opératoire, la majorité des événements se produisent donc dans l'année suivant la chirurgie.

Cependant une partie des patientes conserve des souffrances au-delà de cette période.

En reprenant l'ensemble de notre population, nous avons étudié la survenue ou non d'une résilience, ainsi que sa période d'apparition.

Ainsi nous avons constaté qu'un an après l'intervention 49% des patientes n'aiment pas regarder leur poitrine. Après 2 ans révolu 45% des patientes conservent ce sentiment négatif.

Également 46% des patientes ne sentent pas à l'aise nues devant leur conjoint et 45% n'acceptent pas de toucher leur poitrine au-delà de la première année post-opératoire.

<i>A partir de quel moment avez-vous eu ce sentiment ou fait cet acte ?</i>	<i>Oui Avant 6 mois</i>	<i>Oui 6mois-1 an</i>	<i>Oui 1-2 ans</i>	<i>Oui 3-4 ans</i>	<i>Non</i>	<i>Total</i>
Aimez-vous regarder votre poitrine	13 (29%)	10 (22%)	2 (4%)	4 (9%)	16 (36%)	45
Aujourd'hui acceptez-vous de toucher votre poitrine	7 (35%)	5 (25%)	2 (10%)	3 (15%)	3 (15%)	20
Vous sentez vous a l'aise avec votre poitrine actuellement	18 (38%)	11 (23%)	7 (15%)	4 (9%)	7 (15%)	47
Vous sentez vous à l'aise nue devant votre conjoint :	14 (36%)	7 (18 %)	5 (13%)	4 (10%)	9 (23%)	39
Avez-vous acheté de la lingerie depuis l'intervention	6 (12.5%)	6 (12.5 %)	6 (12.5%)	2 (4%)	28 (58%)	48

Tableau 6 Etude de l'apparition ou non d'une période de résilience

L'impact négatif de la chirurgie persiste à moyen et long terme pour 50% de patientes, avec des troubles de leur bien-être corporel et de leur féminité persistant au moins un à deux ans après l'intervention.

III - Recherche d'autres facteurs influant la sexualité des patientes.

A - Etude du vécu de la sexualité des patientes en fonction de la période diagnostic, préopératoire et thérapeutique.

a) Analyse de la sexualité préopératoire, per-thérapeutique, et post-thérapeutique.

Nous avons constaté qu'en préopératoire 82% des patientes considéraient leur vie sexuelle comme satisfaisante.

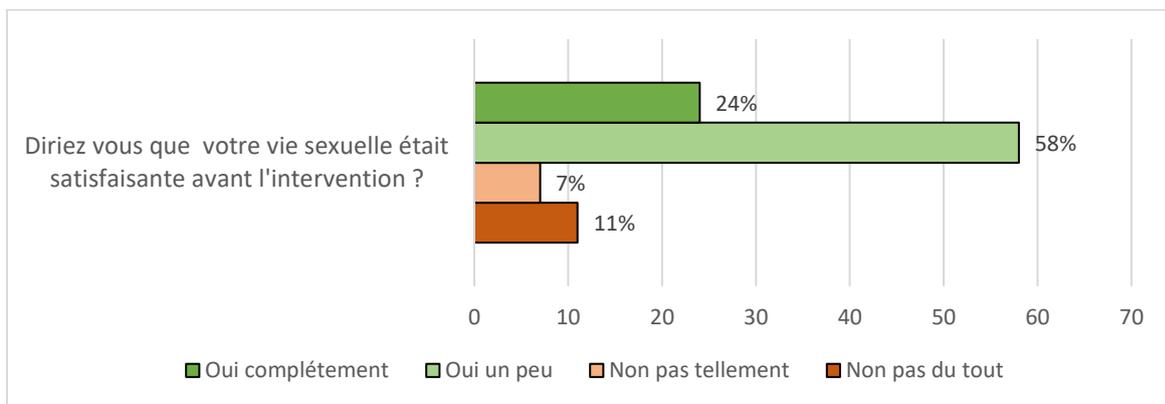


Figure 11 Analyse de la sexualité préopératoire

Durant les périodes de traitements, tous types confondus, 61% des patientes présentaient une modification de leur sexualité dont 28% déclaraient avoir une sexualité dégradée.

En interrogeant ces patientes pour avoir les détails de leur ressenti, nous avons pu identifier comme témoignages révélateurs :

« Je ne voulais pas qu'il la voie comme ça ».

« Il a peur de me faire mal par rapport aux cicatrices ».

« Peur d'être touchée, que mon conjoint touche mon sein douloureux et déformé ».

« Pas de désir, douleur ».

« Mon corps avait changé ».

Enfin en les interrogeant sur leur vie sexuelle à l'heure actuelle, nous avons seulement pu constater une légère amélioration puisque que 54 % des patientes gardaient une sexualité modifiée dont 14% la considérant dégradée.

Nous constatons par ailleurs que 16% des patientes disent avoir une sexualité améliorée comparé à la période pré-thérapeutique.

De la même façon nous nous sommes intéressés à ces patientes déclarant leur sexualité améliorée et avons pu recueillir comme témoignages :

« Nous avons des liens plus forts ».

« Maintenant je prends la vie a plein bras ».

« Il n'y a plus la crainte des cicatrices ».

« J'ai eu une augmentation libido après l'arrêt de l'Aromasine ».

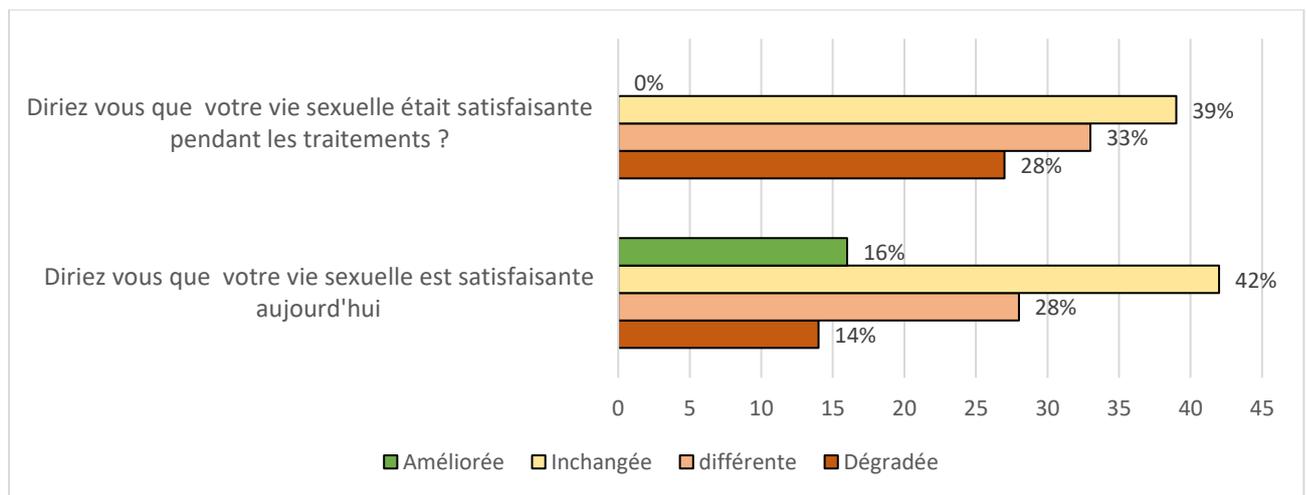


Figure 12 analyse de la sexualité per-traitement et actuelle

La période de traitement semble donc avoir le plus d'impact, en particulier négatif, sur la sexualité des patientes.

En période de rémission, le taux de patiente décrivant une modification de leur sexualité reste similaire à la période de traitement, mais nous constatons l'apparition d'un nouveau trait. En miroir du sentiment d'avoir une sexualité dégradée, certaines femmes décrivent, au contraire, une sexualité plus épanouie.

b) Impact de l'annonce et des différents traitements lors d'un cancer du sein.

Pour conclure nous avons interrogé les patientes sur les facteurs impactant leur sexualité.

42 % des patientes estimaient que la découverte du cancer était en cause dans la modification de leur sexualité et 55% d'entre elles désignaient les traitements reçus.

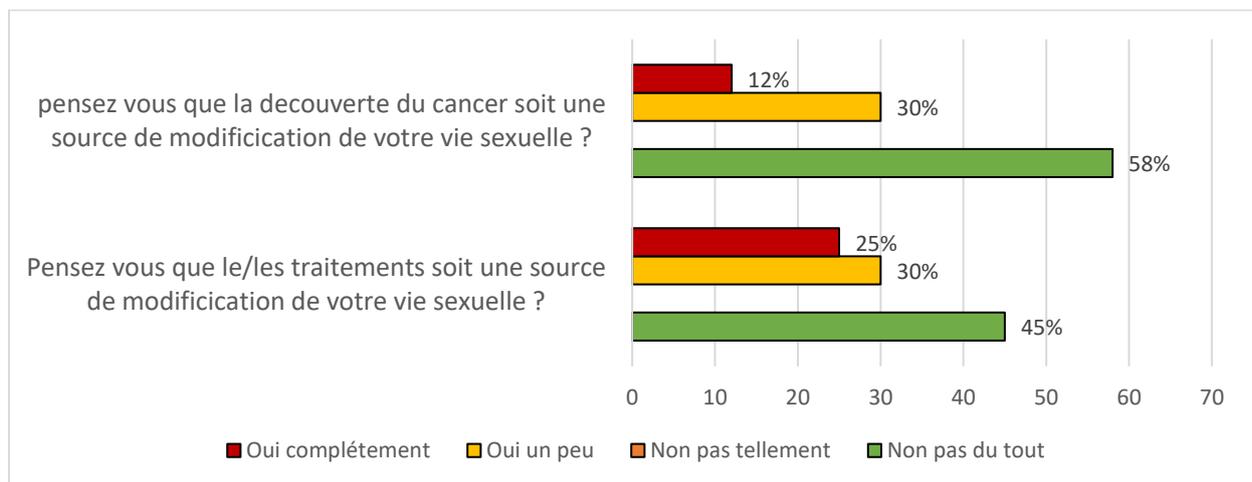


Figure 13 Analyse des éléments influant sur la sexualité

Enfin nous avons constaté, lors de réponse à choix multiples, que la chirurgie est considérée comme élément le plus impactant sur la sexualité pour un quart de nos patientes (13/50).

Également l'hormonothérapie et la chimiothérapie étaient majoritairement décrites, avec respectivement 37% (13/35) et 36% (4/11) des patientes déclarant que ces traitements avaient eu le plus d'impact sur leur sexualité. La radiothérapie n'est décrite que par 13% des patientes ayant reçu ce traitement.

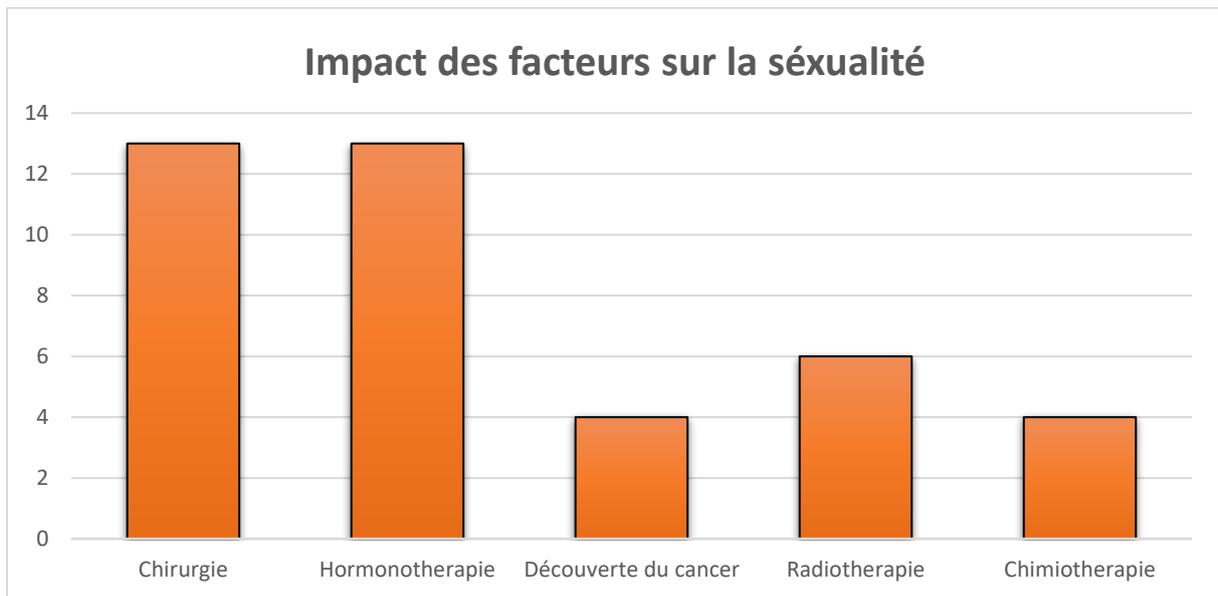


Figure 14 Réponses lors d'une question à choix multiples concernant les facteurs ayant le plus d'impact sur la sexualité

B - Etudes des différents critères et traitements influant sur la sexualité et féminité des patientes.

a) Analyse des caractéristiques de la population sur la sexualité.

Nous avons voulu savoir si certaines caractéristiques pouvaient influencer sur la sexualité des patientes, selon le score du BISF-W.

Sans surprise, l'âge est un facteur prédictif négatif sur la sexualité des patientes avec un coefficient de corrélation = -0.685 ($p < 0.001$). Également le statut hormonal est lié de façon significative à la sexualité des patientes, avec un score de sexualité en moyenne plus faible chez les patientes ménopausées ($p = 0.001$).

En analysant le statut conjugal des patientes nous avons pu constater que les patientes célibataires à ce jour avait un score de sexualité plus faible que les patientes en couple ($p = 0.013$). En revanche, nous n'avons pas trouvé de lien entre le statut conjugal pré-chirurgical et le score de sexualité actuel ($p = 0.48$).

Nous n'avons également pas trouvé de différence significative en ce qui concerne l'IMC des patiente (coef-corrélation = 0.17, $p = 0.23$) ou la qualité de la cicatrice (coef. corrélation = 0.220, $p = 0.13$).

Score composite de sexologie	Coefficient de corrélation	IC 95%	p-value
Age	-0.685	[-0.82 – -0.478]	<0.0001
IMC	0.17	[-0.112 – 0.433]	0.23
Qualité cicatrice	0.220	[-0.066 – 0.472]	0.13

Tableau 7 Analyse des variables quantitatives descriptives

Score composite de sexualité	Moyenne		Ecart-type		P-value
	Oui	Non	Oui	Non	
Ménopausée	16.8 (n=44)	36.7 (n=6)	13.7	6.9	0.001
En couple avant la chirurgie	19.63 (n=47)	13.1 (n= 3)	22.6	14.2	0.48
En couple aujourd'hui	21.1 (n=45)	1.8 (n=4)	14.1	3.6	0.013

Tableau 8 Analyse du statut hormonal et du statut conjugal

b) Analyse du type de traitement chirurgical sur la sexualité.

En étudiant l'impact du type de traitement chirurgicale reçu, si le score de sexualité est légèrement plus faible dans le groupe Mastectomie, nous n'avons pas retrouvé de différences significatives (Moyenne = 15.9- Ecart-type = 13.3) avec la réalisation d'une tumorectomie (Moyenne = 20- Ecart-type = 14.9) $p=0.43$.

De la même façon la réalisation d'un geste axillaire complémentaire ou non n'est pas lié de façon significative à une modification du score de sexualité ($p= 0.423$).

Pour les patientes ayant bénéficié d'une chirurgie axillaire, la technique du Ganglion sentinelle comparativement à la réalisation d'un curage axillaire, ne montre pas de différence significative. ($p=0.27$).

Enfin, si la réalisation d'une reconstruction mammaire semble entrainer une amélioration du score de sexualité (moyenne 25 vs 18.4), nous n'avons pas trouvé de différence significative ($p=0.288$).

<i>Score composite de sexualité</i>	<i>Moyenne</i>		<i>Ecart-type</i>		<i>P-value</i>
	Oui	Non	Oui	Non	
Mastectomie	15.9 (n=9)	20 (n=41)	13.3	14.9	0.43
Tumorectomie	20 (n=41)	15.9 (n=9)	14.9	13.3	
Chirurgie axillaire	19.9 (n 40)	16.7 (n=10)	15.2	11.7	0.423
Ganglions sentinelle	17.9 (n=28)	24.6 (n=12)	14.7	16.2	0.27
Curage axillaire	24.6 (n=12)	17.9 (n=28)	16.2	14.7	
Reconstruction mammaire	25 (n=6)	18.4 (n=44)	15.3	14.5	0.288

Tableau 9 Analyse des traitements chirurgicaux sur la sexualité

c) Analyse des traitements chirurgicaux sur le bien-être corporel et la féminité.

Nous avons étudié l'impact de la mastectomie, de la tumorectomie et de la qualité de la cicatrice sur certains critères de bien-être et de féminité.

Les patientes ayant eu une mastectomie présentaient un moindre sentiment d'être à l'aise avec leur poitrine que les patientes ayant eu une tumorectomie ($p = 0.019$).

Également elles souhaitaient apporter plus souvent des améliorations à leur poitrine que les patientes ayant eu une tumorectomie ($p = 0,0002$).

Nous n'avons pas trouvé de différences significatives pour le reste des variables étudiées.

<i>Type de traitement chirurgical</i>	<i>Mastectomie</i>		<i>Tumorectomie</i>		<i>P-value (Khi 2)</i>
	Oui	Non	Oui	Non	
Vous sentez-vous à l'aise avec votre poitrine actuellement ?	5	3	37	3	0.019
Aimez-vous regarder votre poitrine ?	4	4	26	12	0.32
Acceptez-vous de toucher votre poitrine ?	2	1	16	1	0.144
Vous sentez-vous à l'aise nue devant votre conjoint ?	5	3	33	6	0.148
Avez-vous acheté de la lingerie depuis l'intervention ?	3	5	17	23	0.793
Souhaitez-vous apporter des modifications à votre poitrine ?	4	3	2	36	0.0002

Tableau 10 Impact de la technique chirurgicale sur le bien-être corporel

Également, la qualité de la cicatrice à un impact significatif dans différents domaines. Nous avons retrouvé des scores de qualité significativement plus faibles chez les patientes ne se sentant pas à l'aise avec leur poitrine ($p=0.008$), celle qui n'aimaient pas regarder leur poitrine ($p=0.002$) et celle souhaitant apporter des modifications à leur poitrine ($p=0.016$).

Concernant le reste des analyses, nous observons également un sentiment négatif en lien avec une mauvaise qualité de cicatrice, sans différence significative retrouvée.

<i>Qualité de la cicatrice</i>	<i>Moyenne</i>		<i>Ecart-type</i>		<i>P-value (Mann-Whitney)</i>
	Oui	Non	Oui	Non	
Vous sentez-vous à l'aise avec votre poitrine actuellement ?	8.5 (n=44)	5.6 (n=6)	2.1	2.6	0.008
Aimez-vous regarder votre poitrine ?	9.2 (n=29)	6.8 (n=15)	1	2.6	0.002
Acceptez-vous de toucher votre poitrine ?	8.4 (n=18)	6.3 (n=2)	1.9	2.5	0.168
Vous sentez-vous à l'aise nue devant votre conjoint ?	8.6 (n=37)	7.4 (n=9)	1.8	2.6	0.254
Avez-vous acheté de la lingerie depuis l'intervention ?	8.9 (n=20)	8 (n=28)	2.2	1.6	0.128
Souhaitez-vous apporter des modifications à votre poitrine ?	8.7 (n=37)	6.5 (n=6)	1.8	2.8	0.016

Tableau 11 Impact de la cicatrice sur le bien-être corporel

d) Analyse des traitements adjuvants reçus sur la sexualité.

En nous intéressant aux différents traitements adjuvants reçus, nous n'avons pas retrouvé de différences significatives en termes de score de sexualité que ce soit pour la réalisation de Chimiothérapie ($p=0.496$), d'Hormonothérapie ($p=0.734$) ou encore de Radiothérapie ($p=0.208$).

<i>Score composite de sexualité</i>	<i>Moyenne</i>		<i>Ecart-type</i>		<i>P-value (Mann-Whitney)</i>
	Oui	Non	Oui	Non	
Chimiothérapie	22 (n=11)	18.5 (n=39)	15.3	14.5	0.496
Hormonothérapie	19.7 (n=35)	18.1 (n=15)	14.6	15	0.734
Radiothérapie	20.1 (n 45)	11.5 (n = 5)	14.8	10.8	0.208

Tableau 12 Analyse des traitements adjuvants reçus sur la sexualité

DISCUSSION.

I - Le suivi des patientes de la chirurgie à la période de rémission.

Nous avons réalisé notre étude en prenant la limite de 7 ans afin de pouvoir suivre le plus grand nombre de patientes. En partant du principe que la majorité des patientes sont suivies pour un traitement hormonal, en moyenne de 5-7 ans, nous avons conclu que la réévaluation et le renouvellement de celui-ci permettrait d'être le plus exhaustif possible quant au suivi des patientes. Par ailleurs peu d'études concernant le suivi de la sexualité lors d'un cancer du sein s'étendent au-delà de deux ans, ouvrant ainsi le domaine de recherche.

Ainsi dans notre étude, il est intéressant de noter que le suivi s'étend de six mois à sept années post-chirurgicales, permettant d'avoir une évaluation plus large de la sexualité des patientes.

Selon les patientes interrogées, nous avons constaté l'impact du cancer du sein sur leur féminité et sexualité, dès l'annonce du diagnostic et durant la période de traitement. Cependant, l'analyse entre intervalle post opératoire et score de sexualité, lui, n'a pas montré de corrélation, en se basant sur le questionnaire BISF-W.

Une étude intéressante, réalisée aux Etats-Unis en 2014, avait inclus 83 patientes pour une période de trois à douze ans post-diagnostic, avec une moyenne de sept ans post-diagnostic. Celle-ci avait retrouvé 77% de dysfonctionnement sexuel au sein de sa population. Cependant, elle n'avait pas prouvé de différence significative concernant le score de sexualité ou de détresse sexuelle, en fonction de la durée post-diagnostic. (6)

En parallèle une autre étude publiée en 2019, réalisée en Chine, a évalué la qualité de vie et les changements psycho-sociaux sur quatorze mois après un traitement chirurgical pour un cancer du sein. S'il a été constaté une amélioration physique, sociale et une perspective d'avenir à partir d'une période de cinq mois, il n'a pas été prouvé d'amélioration de l'image corporelle et de la sexualité après quatorze mois. (8)

Cela conforte notre hypothèse pour laquelle l'impact psychologique et sexuel d'un cancer du sein perdure sur plusieurs années.

Cependant, dans notre étude, nous avons pu mettre en avant qu'il y avait néanmoins une période clef, pouvant être prédictive de séquelles à long terme.

En effet en comparant la survenue du sentiment de bien-être et de féminité chez nos patientes, nous avons constaté que pour presque la moitié d'entre elle, cela survenait durant les six premiers mois post-opératoires ou durant la première année. A contrario pour les autres, l'effet temps n'avait que peu d'impact que cela soit à deux ans ou plus de la chirurgie.

Enfin, une étude publiée en 2014 analyse le fonctionnement sexuel durant l'année post opératoire. Elle montre que 71% des patientes ayant eu un Tumorectomie et 64% de celles ayant eu une Mastectomie, retrouvent une activité sexuelle dans l'année suivant la chirurgie. Par ailleurs elle démontre pas de différences significatives entre les périodes 0-6 mois ou 6 mois-1an. Pour conclure, comparativement au groupe témoin, on note une activité sexuelle globale plus faible à six mois et un an post-chirurgie. (9)

Il aurait été intéressant que cette étude soit poursuivie afin d'étudier s'il y avait une différence entre les périodes précoces et celle plus distantes de la chirurgie.

Cette période qui constitue l'année N+1 de la chirurgie semble donc être un tournant dans la vie des femmes, potentiellement prédictive de problèmes à venir.

Nous pouvons également supposer que d'autres facteurs impactent la guérison psychologique et contre lesquels le temps n'offre pas de résilience.

II - Quelles influences peuvent avoir les autres facteurs personnels et thérapeutiques sur la sexualité ?

Nous avons voulu étudier certains facteurs susceptibles d'influencer la sexualité des femmes, qu'ils soient intrinsèques ou liés aux différents traitements reçus afin de savoir si nous pouvions cibler une certaine population particulièrement vulnérable à une détresse sexuelle ou un mal-être corporel.

Concernant les facteurs propres aux patientes, l'âge et le statut de célibataire semble influencer négativement la sexualité des femmes, contrairement à l'IMC qui ne montre pas d'impact sur le score de sexualité. De façon concordante l'étude de Greer et al (6) a pu mettre en évidence une relation entre le statut de célibataire et une altération plus importante de la sexualité selon le score FSDR-R. Également, sans lien avec l'IMC de départ, ils ont démontré que la prise de poids post-thérapeutique influençait négativement la sexualité. Aucun autre facteur intrinsèque que ce soit l'âge, le statut hormonal ou la qualité de vie n'avait montré de relation significative concernant la sexualité des patientes.

On peut cependant supposer que les facteurs intrinsèques comme l'âge, le statut marital ou encore l'IMC pré-thérapeutique, influent de façon indépendante au cancer du sein. En revanche la prise pondérale pourrait être lui être imputable, par mécanisme de compensation post traumatique suite à l'annonce de la maladie ou encore secondaire aux traitements, en particulier hormonaux. Ce point n'a cependant pas été étudié.

Concernant les facteurs extrinsèques, il semblerait que les traitements (chirurgicaux ou non) influent sur la sexualité : plus de la moitié de notre population les citent comme source de modification de leur vie sexuelle.

Ainsi de nombreuses études les ont analysés et leurs résultats discordent, en particulier au sujet des traitements chirurgicaux. Si l'on peut penser que le traitement radical par mastectomie entraîne de plus lourdes conséquences sur la sexualité des femmes, en réalité cela n'est pas si évident.

Greer A Ragio et All, dans son étude, (6) a pu mettre en évidence de façon significative une détresse sexuelle plus importante chez les patientes ayant eu une mastectomie versus une tumorectomie via deux questionnaires qu'il proposait : le FSDS-R et le BITS.

Une autre étude comparant le fonctionnement psychosocial des patientes traitées par chirurgie mammaire, incluant 305 patientes, a mis en évidence une différence entre les différents

traitements à 12 mois. Le traitement conservateur permettant d'obtenir une plus grande satisfaction concernant la poitrine, devant le traitement par reconstruction immédiate et la mastectomie. Également elle retrouve un bien-être psychosocial plus important chez les patientes traitées par tumorectomie ou reconstruction immédiate. Cependant le bien-être physique sexuel, lui, était similaire entre les 3 types de traitement. (10)

De la même façon Jennifer et All a rapporté une plus grande satisfaction d'apparence chez les patientes traitées par tumorectomie versus mastectomie. Ils n'ont cependant pas retrouvé de différence en termes de sexualité entre les groupes mastectomie, tumorectomie ou reconstruction immédiate. (11)

Également Marcin et All a réalisé une étude comparant les patientes traitées chirurgicalement pour un cancer du sein à un groupe témoin. Si il a été mis en évidence de façon significative une nette altération de la sexualité et de la féminité chez les patientes ayant eu un traitement chirurgical versus les témoins, il n'a cependant pas été retrouvé de différence entre les patientes ayant reçu un traitement conservateur versus radical. (12)

Enfin de façon plus surprenante, une étude comparant les différents types de traitements chirurgicaux en incluant les gestes axillaires, ont retrouvé plus de plaintes locales et de douleurs mammaires chez les patientes traitées par tumorectomie et curage axillaire comparativement aux autres groupes. Ils avaient également montré une altération de la fonction sexuelle significativement plus importante chez les patientes opérées du sein homolatéral à leur main dominantes. (13) Ce dernier facteur avait également été décrit par Joanna Streb et all, après avoir analysé les patientes plus à risque de dysfonction sexuelle et nécessitant une consultation sexologique (5).

Le lien entre les différents types de traitement chirurgicaux, et sexualité, est donc difficile à mettre en évidence à ce jour, en accord avec les résultats de notre étude. En effet si le traitement radical semblait en lien avec un score de sexualité plus faible que celui du traitement conservateur, nous n'avons pas retrouvé de différences significatives entre les deux groupes. Cependant, tout comme certaines des études réalisées, nous avons mis en évidence un impact négatif de la mastectomie sur certains aspects corporels en lien avec la féminité, comme le fait de se ne pas se sentir à l'aise avec sa poitrine ou encore de vouloir lui apporter des modifications dû à son aspect post-opératoire.

Pour conclure, les auteurs s'accordent sur le fait que le geste chirurgical (quel que soit ses modalités), lors d'un cancer du sein, entraîne une modification de l'image corporelle, une altération de la féminité et de la fonction sexuelle.

Par ailleurs si le type de traitement est souvent imposé par des indications précises, la réalisation de l'acte chirurgical, en particulier la cicatrice, peut également influencer sur la résilience physique et psychologique des patientes au regard de leur poitrine. Que cela soit par sa position, son aspect ou sa texture, celle-ci peut entraîner un trouble de l'image corporelle et de la féminité (14). Nous avons également pu démontrer qu'une faible EVA concernant l'aspect de la cicatrice chez les patientes était en lien avec un mal-être physique, une difficulté à se regarder et un désir de modification corporel. Cet aspect est à prendre en compte lors de l'acte chirurgical du fait de son impact sur le long terme chez des patientes gardant à vie la trace de leur maladie.

Enfin, les traitements adjuvants peuvent majorer les troubles de la sexualité chez les patientes, en particulier le traitement hormonal, considéré dans notre étude comme élément le plus impactant pour un tiers de nos patientes. De façon concordante Sebastian Mayer et All, lors de son étude sur 183 patientes traitées pour un cancer du sein, a mis en évidence une dégradation sexuelle significative chez les patientes ayant reçu un traitement hormonal, que ce soit en termes de fréquence, de satisfaction ou d'inconfort lors des rapports. (15)

Certains facteurs peuvent donc influencer la sexualité des patientes atteintes d'un cancer du sein, ou du moins certains de ses composants comme l'image corporelle, le bien-être personnel, le désir ou sentiment de se sentir désirer, passant inévitablement par l'acceptation de son corps : phénomènes étant bouleversés lors de cette maladie, et encore difficile à évaluer à l'heure actuelle.

III - L'évaluation des troubles de la sexualité, une difficulté pour le corps médical.

De nombreux auteurs ont réalisé des recherches sur les conséquences du cancer du sein en termes de morbidité, avec de plus en plus d'études axées sur la sexualité. Ce domaine auparavant peu étudié, principalement par tabou, reste aujourd'hui difficile à analyser et montre de nombreuses discordances entre les études. Concernant les études ciblées sur la sexualité et le cancer du sein, on retrouve l'influence de facteurs sociaux-culturels, des différences selon les époques, de l'éducation, des religions, des cultures... Les résultats d'études réalisées n'étant donc interprétable et applicable qu'à une petite population donnée.

Il est parfois compliqué d'obtenir des taux de réponses satisfaisants, comme nous l'avons vu dans une étude Egyptienne, évaluant la qualité de vie globale et la sexualité des patientes atteintes d'un cancer du sein. Dans celle-ci on note une abstention de réponse aux questions axées sur le désir et la sexualité chez toutes les patientes célibataires et chez un tiers des femmes mariés. (16)

De la même façon l'inclusion même des patientes pour ce type d'étude est parfois laborieux avec des taux de refus de participation importants, identiques dans les pays occidentaux et américains : dans l'étude Allemande de S.Mayer et All on retrouve 50% de refus de participation (178 patientes) dont le principal motif était « des questions trop intimes » (15) . Chez Greer A Raggio et All, aux Etats Unis, pour 400 patientes éligibles seules 101 patientes (25%) ont accepté de participer à l'étude et de répondre aux questionnaires, et seules 83 patientes ont répondu à l'enquête de façon complète (6). Pour l'étude de Jennifer Gass et All, également aux États-Unis, seul 59% (268) des patientes éligibles ont répondu au sondage (11).

On rencontre donc une difficulté d'inclusion importante, influant sur la fiabilité et puissance des résultats publiés.

Enfin, concernant la méthodologie, en particulier le choix ou la réalisation de questionnaires standardisés ou personnalisés, nous sommes également confrontés à de vastes options.

On compte à ce jour plusieurs dizaines de questionnaires standardisés, la majorité en anglais, permettant d'évaluer la sexualité, chacun comportant ses forces et ses faiblesses.

Nous avons par exemple :

-Le FSDS-R (The Female Sexual Distress Scale-Revised) évaluant la détresse liée au sexe, comprenant 13 éléments quantifiant uniquement la fréquence des émotions négatives au sujet des problèmes sexuels.

- Le BREAST-Q, permettant de quantifier la satisfaction des patientes et leur qualité de vie après une chirurgie mammaire, comportant 4 modules dont un seul en lien avec le bien-être sexuel.

- Le SSFS (Short Sexual Functioning Scale), composé de quatre éléments permettant une approche rapide et simplifiée de la sexualité, souvent associée à d'autres questionnaires par son manque d'analyse dans certains domaines.

- Enfin le questionnaire FSFI (Female Sexual Function Index), composé de 19 questions, permettant l'étude du désir, de l'excitation, de la lubrification, de l'orgasme, de la satisfaction et de la douleur, est l'un des plus complets et des plus utilisés. Sa traduction dans de nombreuses langues, dont le français, permet également son application à une population élargie. Il ne prend cependant pas en compte les problèmes de santé pouvant affecter la sexualité (19).

Primordial lors d'une étude, le choix du ou des questionnaires est donc vaste dans le domaine de la sexualité. Les résultats et les interprétations en découlant, étant intimement liés à l'exhaustivité des différents domaines de la fonction sexuelle.

Nous avons analysé nos données en les comparant à celles existantes afin de voir si les résultats de notre étude étaient extrapolables. La principale faiblesse paraît être un faible échantillonnage de patientes, principalement en lien avec la volonté de réaliser une étude prospective, associée à un contexte sanitaire exceptionnel ayant entraîné le report de nombreuses consultations de suivi cancérologiques. Cependant notre taux de participation était relativement important avec 85% de participation (50 patientes sur 59 répondants aux critères d'inclusions). Également notre échantillon était représentatif de la population générale Française sur certains critères objectivables comme l'âge, avec une moyenne de 62.5ans (63 ans pour l'âge moyen des patientes atteintes de cancer du sein en France, (1)), un IMC moyen à 27.3 (25,7 chez les femmes française selon une étude de 2015 (17)) et nous avons des groupes thérapeutiques (mastectomie vs tumorectomie) proportionnellement en accord avec les moyennes nationales en terme de gestes chirurgicaux (18).

Nous avons fait le choix d'utiliser le questionnaire BISW-F du fait de sa validité en Français, principalement en terme linguistique propre au domaine de la sexualité, contrairement à certains questionnaires standardisés rédigés en anglais (7).

Par ailleurs il a pour avantages d'être simple d'administration et d'interprétation, conduisant à une évaluation quantitative et qualitative de la sexualité dans ses différents domaines via ses 22 questions, tout en prenant en compte les problèmes généraux pouvant affecter la sexualité. Enfin, l'ensemble de ses questions sont adaptées à la population féminine, contrairement à une majorité des questionnaires validés en français dont une partie des questions concerne les troubles érectiles masculins (19).

Cependant n'étant pas un questionnaire spécifique à la souffrance corporelle et à l'atteinte de la féminité, que peut induire le cancer du sein, nous avons choisi de compléter notre étude par des questions spécifiques, subjectives et simples, liées aux conséquences directes de la chirurgie mammaire chez les femmes. Cette réalisation est superposable aux études dont les résultats reposent majoritairement sur l'analyse d'un ensemble de questionnaires validés distincts, ou de questionnaires spécifiques rédigés par les auteurs. Le but étant, encore une fois, d'étendre l'analyse de la fonction sexuelle afin de mieux évaluer la souffrance induite.

La recherche clinique et l'étude épidémiologique de la sexualité reste donc en constante évolution. Elles rencontrent à l'heure actuelle des limites sur son analyse et interprétation, mais elles permettent toutes de mettre en avant des troubles sexuels chez les patientes atteintes d'un cancer du sein, pour lesquelles des prises en charge sont possibles.

IV - Les perspectives de prises en charge des patientes atteintes de cancer du sein.

La prise en charge médicale française des patientes avec diagnostic de cancer du sein, est aujourd'hui très bien organisée. La coordination multidisciplinaire et les réunions de concertation pluridisciplinaire permettent une prise en charge rapide et efficace sur le plan thérapeutique. Concernant les comorbidités, et en particulier les séquelles sexuelles, le couple devrait pouvoir être reçu avant le traitement, et les choix thérapeutiques discutés en fonction des conséquences sexuelles directes ou indirectes des traitements (20). Or dans ce contexte de semi-urgence, la place à la prise en charge psychologique et sexuel fait souvent défaut : l'objectif étant de pouvoir réaliser un traitement curatif dès que possible afin d'éviter une extension de la maladie et une mortalité importante.

La prise en charge des conséquences thérapeutiques, notamment : l'image du corps et l'identité sexuelle féminine (cicatrice disgracieuse, lymphœdème, chute des cheveux, arrêt des règles...), les atteintes gênant la réalisation de l'acte sexuel (lymphœdème, cicatrice douloureuse, sécheresse vaginale, arthralgies...) et les difficultés relationnelles (perte de communication et d'intimité du couple...), seront donc souvent traitées ultérieurement.

Malheureusement les troubles de la sexualité peuvent apparaître dès le début des traitements, en particulier chirurgicaux, avant qu'une prise en charge psycho-sexuelle ne soit envisagée.

Des pistes sont envisagées : en Suisse, les centres de prise en charge du cancer du sein possèdent une équipe d'infirmières particulières (*Breast care nurses*), ayant suivi une formation spécifique sur le dépistage, la prise en charge et l'orientation des patientes présentant des troubles de la sexualité iatrogène. Elles prennent en charge précocement, ont un rôle d'écoute et délivrent des informations sur les potentiels troubles de l'image corporel et sexuel pouvant survenir. (21) Ce premier contact peut, à lui seul, suffire à traiter précocement les patientes en les orientant si nécessaire vers un suivi psychologique et sexologique.

Par la suite, l'évaluation psycho-sexologique semble particulièrement intéressante lors de la première année post chirurgicale : si les troubles de la sexualité semblent perdurer au-delà de la période de rémission, nous avons pu mettre en évidence un contraste entre l'année post opératoire immédiate et les 7 ans qui suivent concernant le bien être corporel et de la féminité des patientes.

En effet nous avons constaté, chez 50% des patientes, des séquelles en termes d'image corporelle et d'auto-appréciations à 1 an de l'intervention. Par la suite l'amélioration et la résilience de ces troubles était faible ou inexistante. Une prise en charge précoce durant cette année pourrait conduire à une nette diminution du nombre de patientes en souffrance.

En outre, lors des consultations des suivis annuels (oncologiques ou gynécologiques), le fait d'évoquer la sexualité de façon systématique pourrait permettre de révéler des difficultés psychologiques, même à long terme, et orienter les patientes vers des spécialistes.

Également, en per et post thérapeutique, le gynécologue en charge du suivi oncologique pourra intervenir sur les problèmes d'ordre « mécaniques » lors des rapports sexuels, en particulier la sécheresse vaginale, pouvant être majorée dès l'introduction des traitements hormonaux adjuvant. Si les traitements locaux à base d'œstrogène sont contre indiqués, les conseils et prescriptions de lubrifiants ou gel intimes permettant d'améliorer l'inconfort vulvo-vaginale et les relations sexuelles, peuvent permettre aux patientes en souffrance de retrouver une sexualité plus épanouie.

De la même façon en peropératoire, l'importance de la qualité de la cicatrice et sa position est à prendre en compte par le chirurgien. De même lors de son examen annuel, l'interrogatoire sur ces conséquences et son éventuel retentissement sur l'image corporelle de la patiente pourront permettre d'évoquer l'oncoplastie si nécessaire. Si ce facteur a un impact significatif sur le bien être corporel et la féminité des femmes, il ne sera pour autant pas toujours évoqué spontanément par les patientes.

Pour conclure, certaines patientes particulièrement à risque de développer des troubles de la sexualité, du bien être corporel et de la féminité, devraient être suivies plus attentivement. Il s'agit des patientes ayant eu une mastectomie, une cicatrice disgracieuse ou une hormonothérapie, mais également de celles ayant une prise pondérale post-opératoire importante.

CONCLUSION.

Le cancer du sein est source de troubles de l'image corporelle et de la féminité, de la relation de couple et de la sexualité.

Durant les traitements, 61% des patientes présentent une modification de leur sexualité dont 28% déclarent avoir une sexualité dégradée.

Par la suite, le score de sexualité ne semble pas influencé par la durée de la période post-opératoire.

Par ailleurs, on observe chez 50% des patientes une altération de l'image de leur corps et une atteinte de leur féminité, un an après l'intervention. Il y a très peu de résilience durant les 7 années suivantes.

Les troubles de la sexualité et de la féminité persistent donc sur le long terme, sans pouvoir objectiver de période d'amélioration ou de dégradation sur la durée.

Certains autres facteurs influent négativement sur le bien-être corporel et la féminité : la réalisation d'une mastectomie et la qualité de la cicatrice. La réalisation d'une mastectomie semble également influencer négativement sur la sexualité des patientes, sans avoir mis en évidence de lien significatif lors de notre étude.

Il semble important de dépister et de prendre en charge les séquelles psycho-sexuelles dès la chirurgie mammaire et de réaliser une réévaluation annuelle lors des consultations de suivi. La prise en charge par une équipe paramédicale spécialisée dans les troubles de la sexualité pourrait permettre une approche complémentaire auprès des patientes présentant des séquelles post-thérapeutique et de les orienter plus rapidement vers des psychologues ou des sexologues.

BIBLIOGRAPHIE.

- (1) Les chiffres du cancer du sein en France. E-cancer.fr/ Institut national du cancer. 23 mars 2021.
- (2) Précis de thérapeutique sexologique. Gerard Zwand, Geneviève Tetart. Mars 2004.
- (3) Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007, Ali Montazeri. 29 août 2008.
- (4) Attachment and couple satisfaction as predictors of expressed emotion in women facing breast cancer and their partners in the immediate post-surgery period. Nicolas Favez, Sarah Cairo Notari, Tania Antonini , Linda Charvoz. [Br J Santé Psychol.](#) 2017 février.
- (5) Indications for sexology consultation in women after surgical treatment due to breast cancer. [Joanna Streb](#) et all. [Ann Agric Environ Med.](#) 17 juin 2019.
- (6) Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. Greer A Raggio , Meghan L Butryn, Danielle Arigo, Renee Mikorski, Steven C Palmer. Psychol Health.2014.
- (7) Validation linguistique du "Bref index du fonctionnement sexuel des femmes". Nathalie Baudelot-Berrogain et all. Prog Urol. 2006 Avr; 16.
- (8) The Changes of Quality of Life and their Correlations with Psychosocial Factors following Surgery among Women with Breast Cancer from the post-surgery to post-treatment survivorship. Fei-Hsiu Hsiao, Wen-Hung Kuo, Guey-Mei Jow, Ming-Yang Wang. The Breast 44. April 2019.
- (9) Sexual functioning in women after mastectomy versus breast conserving therapy for early-stage breast cancer: A prospective controlled study. L.Aert, M.R. Christiaens, P. Enzlin, P. Neven ,F.Amant. The Breast, Volume 23. October 2014.
- (10) Psychosocial Functioning in Women with Early Breast Cancer Treated with Breast Surgery With or Without Immediate Breast Reconstruction.

Retrouvey Helene. Kerrebijn Isabel. Metcalfe, Kelly A. O'Neill, Anne C. McCready, David R. Hofer, Stefan O. P. Zhong, Toni. Annals of Surgical Oncology.Aug2019.

(11) Breast-Specific Sensuality and Sexual Function in Cancer Survivorship: Does Surgical Modality Matter?

Gass, Jennifer. Onstad, Michaela. Pesek, Sarah. Rojas, Kristin. Fogarty, Sara. Stuckey, Ashley. Raker, Christina. Dizon, Don. *Annals of Surgical Oncology*: Oct2017

(12) The relationship between surgical treatment (mastectomy vs. breast conserving treatment) and body acceptance, manifesting femininity and experiencing an intimate relation with a partner in breast cancer patients.

Jabłoński, Marcin J.. Ignatianum in Krakow. Streb, Joanna. Mirucka, Beata. Słowik, Agnieszka J.. Jach, Robert. *Psychiatria Polska*, Vol 52. 2018.

(13) Evaluation of quality of life in women with breast cancer, with particular emphasis on sexual satisfaction, future perspectives and body image, depending on the method of surgery.

Słowik, Agnieszka J.. Jabłoński, Marcin J. Michałowska-Kaczmarczyk, Anna M..

Jach, Robert. *Psychiatria Polska*, Vol 51. 2017.

(14) How do breast cancer surgery scars impact survivorship?

Findings from a nationwide survey in the United States. Jennifer Gass. Sunny Mitchell. Michael Hanna. *BMC Cancer*, Vol 19, (2019).

(15) Sexual activity and quality of life in patients after treatment for breast and ovarian cancer. Mayer S; Iborra S; Grimm D; Steinsiek L; Mahner S; Bossart M; Woelber L; Voss PJ; Gitsch G; Hasenburg A; *Archives of gynecology and obstetrics* 2019 Jan.

(16) Health-related quality of life: Impact of surgery and treatment modality in breast cancer.

Mona Aboul Enien 1, Noha Ibrahim 1, Wael Makar 1, Dalia Darwish 1, Mohamed Gaber 2. *J Cancer Res Ther*. Jul-Sep 2018.

(17) Corpulence des enfants et des adultes en France Métropolitaine en 2016. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Charlotte Verdot, Marion Torres, Benoît Salanave, Valérie Deschamps.

(18) Variations des pratiques chirurgicales dans la prise en charge des cancers du sein en France. *Questions d'économie de la santé*. n° 226 - Mars 2017.

(19) Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. F. Giuliano, S. Droupy *Progrès en Urologie*, Volume 23, July 2013,

(20) Prise en charge sexologique du cancer du sein. Arnaud SEVENE. Sexologos # 02.
Mars 2012.

(21) Sexualité après un cancer du sein: un sujet non tabou.
Sarah Cairo Notari Sandra Fornage Bénédicte Panes-Ruedin Khalil Zaman. 14 mars 2018.

ANNEXES.

Annexe 1.

Critères de comparaison.

Date de la chirurgie :

Période : Inférieur à 1 an ___ 1-2 ans ___ 2-3ans___ 3-4 ans___
4-5 ans___ > 5 an___

Age : ___ taille : ___ poids : ___

Type de chirurgie : Zonectomie___ Tumorectomie ___ Mastectomie___
Cax ___ GS___

Traitement Adjuvant : Radiothérapie___ Hormonothérapie___ type :
Chimiothérapie___

Complication post op : Oui ___ type _____ Non___

Qualité cicatrisation selon la patiente (EVA entre 1-10) : ___ selon chirurgien ___

Statue hormonal actuel: Ménopausée ___ Ménopause chimique ___
Non ménopausée___

Reconstruction mammaire : Oui___ type _____ Non ___
Programmée___

Type cancer : _____ Rechute : Oui ___ Non___

Annexe 2.

Questionnaire :

Étiez-vous en couple lors de la chirurgie ? Oui ___
Non ___

Etes-vous en couple aujourd'hui ? Oui ___ Non ___

Même conjoint ___ Nouveau Conjoint ___ Séparation précoce ___
Séparation tardive ___

Aujourd'hui, vous sentez vous à l'aise avec votre « nouvelle » poitrine et sa (ses) cicatrice(s) ?

Oui Complètement ___ Oui un peu ___ Non pas tellement ___
Non pas du tout ___

Si oui, A partir de quelle période avez-vous eu ce sentiment ?

Avant 6 mois ___ 6 mois-1an ___ 1-2 ans ___ 3-4 ans ___
depuis peu ___

Si non, pourquoi ?

Aujourd'hui, aimez-vous regarder votre poitrine ?

Oui beaucoup ___ Oui un peu ___ Non pas tellement ___ Non pas
du tout ___

Si oui, A partir de quelle période avez-vous eu ce sentiment ?

Avant 6 mois ___ 6 mois-1an ___ 1-2 ans ___ 3-4 ans ___
depuis peu ___

Si non, pourquoi ?

Aujourd'hui, acceptez-vous de toucher votre poitrine ?

Oui beaucoup ___ Oui un peu ___ Non pas tellement ___ Non pas du tout ___

Si oui, A partir de quelle période avez-vous eu ce sentiment ?

Avant 6 mois ___ 6 mois-1an ___ 1-2 ans ___ 3-4 ans ___
depuis peu ___

Si non, pourquoi ?

Aujourd'hui vous sentez vous à l'aise nue, ou en petite tenue avec votre conjoint ?

Oui Complètement ___ Oui un peu ___ Non pas tellement ___
Non pas du tout ___

Si oui, A partir de quelle période avez-vous eu ce sentiment ?

Avant 6 mois ___ 6 mois-1an ___ 1-2 ans ___ 3-4 ans ___
depuis peu ___

Si non, pourquoi ?

Avez-vous acheté de la lingerie fine et sexy depuis l'intervention ?

Oui beaucoup ___ Oui un peu ___ Non pas du tout ___

Si oui, A partir de quelle période ?

Avant 6 mois ___ 6 mois-1an ___ 1-2 ans ___ 3-4 ans ___
depuis peu ___

Votre vie sexuelle était-elle satisfaisante avant la découverte du cancer ?

Oui Complètement ___ Oui un peu ___ Non pas tellement ___
Non pas du tout ___

Durant la période de traitement, chirurgicale plus ou moins médicale (hormonothérapie ou chimiothérapie) , diriez-vous que votre vie sexuelle était :

Améliorée ____ inchangée ____ différente ____ dégradée ____

Détails : _____

Comparativement à la période avant traitement, diriez-vous que votre vie sexuelle aujourd'hui est :

Améliorée ____ inchangée ____ différente ____ dégradée ____

Détails : _____

Pensez-vous que la découverte du cancer soit source d'une modification de votre vie sexuelle ?

Oui beaucoup ____ Oui un peu ____ Non pas du tout ____

Pensez-vous que le traitement (médical et chirurgical) soit en partie responsable de la modification de votre vie sexuelle ?

Oui beaucoup ____ Oui un peu ____ Non pas du tout ____

Si oui, lequel a eu le plus d'impact ?

La découverte du cancer ____ *Le traitement chirurgical* ____ *Le traitement médical (Hormonothérapie)* ____

Le traitement médical (Chimiothérapie) ____ *plusieurs, à part égale* ____

Aimeriez-vous apporter des améliorations ou retouches au niveau de votre poitrine ?

Oui ____ Non ____ Je ne sais pas ____

Si oui, de quel type ?

Réaliser une reconstruction ____ Augmenter son volume ____ Diminuer le volume ____

Réaliser une symétrisation ____ Estomper les cicatrices ____

Annexe 3.

Auto-questionnaire BISF-W

Ce questionnaire porte sur des sujets délicats et personnels. Vos réponses resteront strictement Confidentielles. Si vous ne pouvez pas ou ne souhaitez pas répondre à une question, vous Pouvez passer à la suivante.

Répondez aux questions suivantes en choisissant la réponse correspondant le mieux à votre activité au cours des 4 dernières semaines.

1. Avez-vous actuellement un(e) partenaire sexuel(le) ? Oui ___ Non ___

2. Avez-vous eu une activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines ? Oui ___ Non ___

3. Au cours des 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous eu des pensées sexuelles, des fantasmes ou des rêves érotiques ? (*veuillez entourer la réponse la mieux adaptée*).

(0) Jamais

(1) Une fois

(2) 2 à 3 fois

(3) Une fois par semaine

(4) 2 à 3 fois par semaine

(5) Une fois par jour

(6) Plusieurs fois par jour

4. A l'aide de l'échelle de réponse de droite, indiquez combien de fois vous avez eu envie de faire les choses suivantes au cours des 4 dernières semaines (*veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas*).

Baiser sensuel _____

(0) Jamais

Masturbation seule _____

(1) une fois

Masturbation avec votre partenaire _____

(2) 2 à 3 fois

Caresses et jeux sexuels _____

(3) une fois par semaine

Sexe oral (fellation ou cunnilingus, par vous ou votre partenaire)___

(4) 2 à 3 fois par semaine

Pénétration vaginale _____

(5) une fois par jour

Rapport anal (sodomie) _____

(6) plusieurs fois par jour

5. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si vous avez été excitée par les expériences sexuelles suivantes au cours des 4 dernières semaines. (*Veillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas*).

- | | |
|--|--|
| Baiser sensuel _____ | (0) Je n'ai pas fait cela |
| Rêves ou fantasmes _____ | (1) jamais excitée |
| Masturbation seule _____ | (2) rarement (moins de 25% du temps) |
| Masturbation avec votre partenaire _____ | (3) parfois (environ 50% du temps) |
| Caresses et jeux sexuels _____ | (4) la plupart du temps (environ 75% du temps) |
| Sexe oral (Fellation ou cunnilingus) _____ | (5) tout le temps excitée |
| Pénétration vaginale _____ | |
| Rapport anal (sodomie) _____ | |

6. Dans l'ensemble, au cours des 4 dernières semaines, avez-vous été anxieuse ou mal à l'aise au cours d'une activité sexuelle avec votre partenaire ? (*veillez entourer la réponse la mieux adaptée*).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) pas du tout anxieuse ou mal à l'aise
- (2) rarement (moins de 25% du temps)
- (3) parfois (environ 50 % du temps)
- (4) la plupart du temps (environ 75% du temps)
- (5) tout le temps anxieuse ou mal à l'aise

7. A l'aide de l'échelle de réponse de droite, indiquez combien de fois vous avez eu les activités suivantes au cours des 4 dernières semaines. (*Veillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas*).

- | | |
|--|-----------------------------|
| Baiser sensuel _____ | (0) Jamais |
| Fantasmes sexuels _____ | (1) une fois |
| Masturbation seule _____ | (2) 2 à 3 fois |
| Masturbation avec votre partenaire _____ | (3) une fois par semaine |
| Caresses et jeux sexuels _____ | (4) 2 à 3 fois par semaine |
| Sexe oral (fellation ou cunnilingus) _____ | (5) une fois par jour |
| Pénétration vaginale _____ | (6) plusieurs fois par jour |
| Rapport anal (sodomie) _____ | |

8. Au cours des 4 dernières semaines, qui a eu la plupart du temps l'initiative des activités sexuelles ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire sexuel(le)
- (1) Je n'ai pas eu de rapports sexuels avec mon / ma partenaire au cours des 4 dernières semaines
- (2) J'ai eu l'initiative la plupart du temps
- (3) J'ai autant eu l'initiative que mon / ma partenaire
- (4) Mon / ma partenaire a eu l'initiative la plupart du temps

9. Au cours des 4 dernières semaines, la plupart du temps, comment avez-vous répondu aux avances de votre partenaire ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Au cours des 4 dernières semaines, mon/ma partenaire ne m'a pas fait d'avances
- (2) J'ai refusé la plupart du temps
- (3) J'ai parfois refusé
- (4) J'ai accepté à contre cœur
- (5) J'ai accepté, mais pas toujours avec plaisir
- (6) J'ai accepté avec plaisir la plupart du temps
- (7) J'ai tout le temps accepté avec plaisir

10. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu du plaisir lors de vos activités sexuelles ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Je n'ai pas eu d'activités sexuelles au cours des 4 dernières semaines
- (2) Je n'ai pas eu de plaisir
- (3) rarement (moins de 25% du temps)
- (4) parfois (environ 50% du temps)
- (5) la plupart du temps (environ 75% du temps)
- (6) J'ai tout le temps du plaisir

11. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si vous avez eu un orgasme lors des activités suivantes au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

- | | |
|---|--|
| Baiser sensuel ____ | (0) Je n'ai pas eu de partenaire |
| Rêves ou fantasmes ____ | (1) Je n'ai pas fait cela |
| Masturbation seule ____ | (2) Jamais |
| Masturbation avec votre partenaire ____ | (3) rarement (moins de 25% du temps) |
| Caresses et jeux sexuels ____ | (4) parfois (environ 50% du temps) |
| Sexe oral (Fellation ou cunnilingus) ____ | (5) la plupart du temps (environ 75% du temps) |
| Pénétration vaginale ____ | (6) J'ai tout le temps eu un orgasme |
| Rapport anal (sodomie) ____ | |

12. Au cours des 4 dernières semaines, la fréquence de l'activité sexuelle avec votre partenaire a été : (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Moins importante que ce que vous auriez voulu
- (2) Aussi importante que ce que vous auriez voulu
- (3) Plus importante que ce que vous auriez voulu

13. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si les éléments suivants ont changé au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

- | | |
|----------------------------------|------------------------------|
| Intérêt pour le sexe ____ | (0) Je ne suis pas concernée |
| Excitation sexuelle ____ | (1) A nettement diminué |
| Activité sexuelle ____ | (2) A légèrement diminué |
| Satisfaction sexuelle ____ | (3) N'a pas changé |
| Anxiété par rapport au sexe ____ | (4) A légèrement augmenté |
| | (5) A nettement augmentée |

14. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu les problèmes suivants ? (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

- Saignement ou irritation après pénétration vaginale ___ (0) Jamais
Manque de lubrification vaginale ____ (1) rarement (moins de 25% du temps)
Pénétration ou rapport douloureux ____ (2) parfois (environ 50% du temps)
Difficulté à avoir un orgasme ____ (3) la plupart du temps (environ 75%)
Vagin contracté (vaginisme) ____ (4) tout le temps
Fuites d'urines ____
Maux de tête après l'activité sexuelle ____
Infection vaginale ____

15. A l'aide de l'échelle de réponse à droite, indiquez si les éléments suivants ont eu des conséquences sur votre niveau d'activité sexuelle au cours des 4 dernières semaines. (Veuillez répondre à chacune de ces propositions, même si elle ne vous concerne pas).

- Mes problèmes de santé (Par exemple : infection, maladie) _ (0) Je n'ai pas eu de partenaire
Les problèmes de santé de mon/ma partenaire ____ (1) Jamais
Des conflits dans le couple ____ (2) rarement (moins de 25% du temps)
Le manque d'intimité ____ (3) parfois (environ 50% du temps)
Autres (veuillez préciser) ____ (4) la plupart du temps (environ 75% du temps)
(5) tout le temps

16. Etes-vous satisfaite de votre apparence physique générale ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Très satisfaite (1) Plutôt satisfaite (2) Ni satisfaite ni mécontente
(3) Plutôt mécontente (4) Très mécontente

17. Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous réussi à faire comprendre à votre partenaire quels étaient vos désirs ou préférences sexuels ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Je n'ai pas réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels
- (2) rarement (moins de 25% du temps)
- (3) parfois (environ 50% du temps)
- (4) la plupart du temps (environ 75% du temps)
- (5) J'ai toujours réussi à lui faire comprendre quels étaient mes désirs ou préférences sexuels

18. Dans l'ensemble, avez-vous été satisfaite de vos relations sexuelles avec votre partenaire ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Très satisfaite
- (2) Plutôt satisfaite
- (3) Ni satisfaite ni mécontente
- (4) Plutôt mécontente
- (5) Très mécontente

19. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre partenaire a été satisfait(e) de vos relations sexuelles ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) Je n'ai pas eu de partenaire
- (1) Très satisfait(e)
- (2) Plutôt satisfait(e)
- (3) Ni satisfait(e) ni mécontent(e)
- (4) Plutôt mécontent(e)
- (5) Très mécontent(e)

20. Dans l'ensemble, à quel point l'activité sexuelle est-elle importante dans votre vie ? (veuillez entourer la réponse la mieux adaptée).

- (0) pas du tout importante
- (1) plutôt pas importante
- (2) Ni l'un ni l'autre
- (3) plutôt importante
- (4) très importante

21. Entourez le chiffre de la proposition qui décrit le mieux votre expérience sexuelle.

- (1) complètement hétérosexuelle
- (2) Largement hétérosexuelle, avec quelques expériences homosexuelles
- (3) Largement hétérosexuelle, avec de nombreuses expériences homosexuelles
- (4) Autant hétérosexuelle qu'homosexuelle
- (5) Largement homosexuelle, avec de nombreuses expériences hétérosexuelles
- (6) Largement homosexuelle, avec quelques expériences hétérosexuelles
- (7) Complètement homosexuelle

22. Entourez le chiffre qui décrit le mieux vos désirs sexuels.

- (1) complètement hétérosexuels
- (2) Largement hétérosexuels, avec quelques désirs homosexuels
- (3) Largement hétérosexuels, avec de nombreux désirs homosexuels
- (4) Autant hétérosexuel qu'homosexuel
- (5) Largement homosexuels, avec de nombreux désirs hétérosexuels
- (6) Largement homosexuels, avec quelques désirs hétérosexuels
- (7) Complètement homosexuels

Vu, le Directeur de thèse

À Tours, le 24 08 21

Signature :

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Sam', written on a light-colored, textured background.

MINISCLOUX Fanny

70 pages - 12 tableaux - 14 figures - 3 annexes.

Résumé :

Introduction : Le cancer du sein représente le cancer féminin le plus fréquent en France, avec un excellent pronostic grâce aux progrès médicaux et chirurgicaux. Il reste cependant source d'une détresse sexuelle importante, de trouble de l'image corporel et de la féminité, persistant au-delà de la période de rémission. Nous avons voulu savoir s'il existait des périodes de plus grande fragilité psychologique et relationnelle chez ces femmes afin d'anticiper, prévenir et accompagner les différents troubles de la sexualité pouvant survenir.

Matériel et méthode : Durant un an, nous avons vu en consultation les patientes opérées depuis moins de 7 ans d'un cancer du sein au centre hospitalier de Blois. L'évaluation de leur sexualité était réalisée via le questionnaire BISF-W (Brief Index of Sexual Functioning For Women) et celle de bien être corporel et féminité via un questionnaire personnalisé.

Résultats : nous avons inclus 50 patientes avec une période post-opératoire moyenne de 3.7 ans. 54% de nos patientes ont décrit une modification de leur sexualité à la suite des traitements médicaux et chirurgicaux. La durée post-opératoire n'a pas montré de corrélation avec le score de sexualité (coef corrélation = -0.009, $p= 0.95$). Par ailleurs, nous avons observé chez la moitié de nos patientes la présence de troubles du bien-être corporel et de la féminité perdurant au-delà de la première année post-chirurgicale. La résilience est faible ou inexistante durant les années suivantes. La réalisation d'une mastectomie et la mauvaise qualité de la cicatrice influent négativement sur certains aspects du bien-être corporel des patientes ($p<0.05$)

Conclusion : Les troubles de la sexualité et de la féminité persistent sur le long terme pour une majorité de patientes, sans période d'amélioration ou de dégradation. Certains autres facteurs semblent influencer sur la survenu ou non d'une résilience psycho-sexuelle. La prise en charge précoce, par une équipe paramédicale spécialisée dans les troubles de la sexualité, pourrait permettre de diminuer l'importance et la prévalence de la morbidité psycho-sexuelle chez les femmes atteinte d'un cancer du sein.

Mots Clefs : Cancer du Sein ; Evolution ; Sexualité ; Résilience ; bien-être corporel ; Féminité

Jury :

Président du Jury : Professeur Gilles BODY.
Directeur de Thèse : Docteur Etienne ROUSSEL.
Membres du Jury : Professeur Henry MARRET.
Professeur Franck PERROTIN.

Date de soutenance : 28 septembre 2021.