



**HAL**  
open science

# Évaluation de la qualité globale et sexuelle durant la première année d'hormonothérapie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein

Leticia Aptecar

► **To cite this version:**

Leticia Aptecar. Évaluation de la qualité globale et sexuelle durant la première année d'hormonothérapie chez les patientes atteintes d'un cancer du sein. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02865071

**HAL Id: dumas-02865071**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02865071>**

Submitted on 11 Jun 2020

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
par  
Leticia APTECAR

Le 04/10/2019

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE GLOBALE ET SEXUELLE DURANT LA  
PREMIERE ANNEE D'HORMONOTHERAPIE CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES  
D'UN CANCER DU SEIN

Directeur de thèse : Dr D'HONDT Véronique

JURY

Pr JACOT William, PU-PH Cancérologue, Président du jury

Pr HOUEDE Nadine, PU-PH Cancérologue, 1<sup>er</sup> assesseur

Pr COLOMBO Pierre-Emmanuel, PU-PH Chirurgien Oncologue, 2<sup>ème</sup> assesseur

Dr D'HONDT Véronique (directeur de thèse), Docteur en médecine, Oncologue, 3<sup>ème</sup> assesseur

Dr FITENI Frédéric (co-directeur de thèse), Docteur en médecine, Oncologue, membre invité

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
par  
Leticia APTECAR

Le 04/10/2019

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE GLOBALE ET SEXUELLE DURANT LA  
PREMIERE ANNEE D'HORMONOTHERAPIE CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES  
D'UN CANCER DU SEIN

Directeur de thèse : Dr D'HONDT Véronique

JURY

Pr JACOT William, PU-PH Cancérologue, Président du jury

Pr HOUEDE Nadine, PU-PH Cancérologue, 1<sup>er</sup> assesseur

Pr COLOMBO Pierre-Emmanuel, PU-PH Chirurgien Oncologue, 2<sup>ème</sup> assesseur

Dr D'HONDT Véronique (directeur de thèse), Docteur en médecine, Oncologue, 3<sup>ème</sup> assesseur

Dr FITENI Frédéric (co-directeur de thèse), Docteur en médecine, Oncologue, membre invité

PERSONNEL ENSEIGNANT

ALLIEU Yves	DUBOIS Jean Bernard	MION Charles
ALRIC Robert	DUMAS Robert	MION Henri
ARNAUD Bernard	DUMAZER Romain	MIRO Luis
ASTRUC Jacques	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
AUSSILLOUX Charles	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AVEROUS Michel	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AYRAL Guy	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
BAILLAT Xavier	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BALDET Pierre	GRASSET Daniel	PELISSIER Jacques
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	POUGET Régis
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUECH Paul
BALMES Pierre	HERTAULT Jean	PUJOL Henri
BANSARD Nicole	HUMEAU Claude	PUJOL Rémy
BAYLET René	JAFFIOL Claude	RABISCHONG Pierre
BILLIARD Michel	JANBON Charles	RAMUZ Michel
BLARD Jean-Marie	JANBON François	RIEU Daniel
BLAYAC Jean Pierre	JARRY Daniel	RIOUX Jean-Antoine
BLOTMAN Francis	JOYEUX Henri	ROCHFORD Henri
BONNEL François	LAFFARGUE François	ROSSI Michel
BOUDET Charles	LALLEMANT Jean Gabriel	ROUANET DE VIGNE
BOURGEOIS Jean-Marie	LAMARQUE Jean-Louis	LAVIT Jean Pierre
BRUEL Jean Michel	LAPEYRIE Henri	SAINT AUBERT Bernard
BUREAU Jean-Paul	LESBROS Daniel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUNEL Michel	LOPEZ François Michel	SANY Jacques
CALLIS Albert	LORIOT Jean	SEGNARBIEUX François
CANAUD Bernard	LOUBATIERES Marie Madeleine	SENAC Jean-Paul
CASTELNAU Didier	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SERRE Arlette
CHAPTAL Paul-André	MARY Henri	SIMON Lucien
CIURANA Albert-Jean	MATHIEU-DAUDE Pierre	SOLASSOL Claude
CLOT Jacques	MEYNADIER Jean	THEVENET André
D'ATHIS Françoise	MICHEL François-Bernard	VIDAL Jacques
DEMAILLE Jacques	MICHEL Henri	VISIER Jean Pierre
DESCOMPS Bernard		
DIMEGLIO Alain		

Professeurs Honoraires

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	MARES Pierre
BLANC François	MAURY Michèle
BOULENGER Jean-Philippe	MILLAT Bertrand
BOURREL Gérard	MAUDELONDE Thierry
BRINGER Jacques	MONNIER Louis
CLAUSTRES Mireille	PREFAUT Christian
DAURES Jean-Pierre	PUJOL Rémy
DAUZAT Michel	SULTAN Charles
DEDET Jean-Pierre	TOUCHON Jacques
ELEDJAM Jean-Jacques	VOISIN Michel
GUERRIER Bernard	ZANCA Michel
JOURDAN Jacques	

## Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

### PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)  
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé  
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie  
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale  
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation  
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation  
COMBE Bernard - Rhumatologie  
COSTA Pierre - Urologie  
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile  
COUBES Philippe – Neurochirurgie  
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes, addictologie  
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie  
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire  
DAVY Jean Marc - Cardiologie  
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation  
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie  
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale  
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie  
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
ELIAOU Jean François - Immunologie  
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale  
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie  
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation  
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation  
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d’urgence  
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie  
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire  
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention  
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation  
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
MERCIER Jacques - Physiologie  
MESSNER Patrick – Cardiologie  
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie  
PELISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation  
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale  
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales  
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation  
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie  
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion  
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale  
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie  
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

### PU-PH de 1<sup>re</sup> classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion  
AVIGNON Antoine-Nutrition

AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie  
 BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie  
 BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale  
 BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 BORIE Frédéric-Chirurgie digestive  
 BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
 CAMBONIE Gilles -Pédiatrie  
 CAMU William-Neurologie  
 CANOVAS François-Anatomie  
 CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion  
 CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation  
 CORBEAU Pierre-Immunologie  
 COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale  
 DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAUVILLIERS Yves-Physiologie  
 DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale  
 DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire  
 DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie  
 DE VOS John – Cytologie et histologie  
 DROUPY Stéphane -Urologie  
 DUCROS Anne-Neurologie  
 GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie  
 HAYOT Maurice - Physiologie  
 KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KOENIG Michel-Génétique moléculaire  
 LABAUGE Pierre- Neurologie  
 LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation  
 LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie  
 LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière  
 LECLERCQ Florence-Cardiologie  
 LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire  
 LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales  
 LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire  
 MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire  
 MATECKI Stéfan -Physiologie  
 MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie  
 MOREL Jacques - Rhumatologie  
 MORIN Denis-Pédiatrie  
 NAVARRO Francis-Chirurgie générale  
 PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie  
 PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 PRUDHOMME Michel - Anatomie  
 PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie  
 PUJOL Pascal-Biologie cellulaire  
 PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie  
 QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)  
 SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales  
 TOUITOU Isabelle-Génétique  
 TRAN Tu-Anh-Pédiatrie  
 VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe  
 ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire  
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie  
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire  
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 CAPTIER Guillaume-Anatomie  
 CAYLA Guillaume-Cardiologie

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie  
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale  
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation  
 DAIEN Vincent-Ophthalmologie  
 DORANDEU Anne-Médecine légale -  
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation  
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie  
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie  
 GENEVIEVE David-Génétiq ue  
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière  
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -  
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie  
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale  
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie  
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie  
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie  
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence  
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile  
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie  
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie  
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie  
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale  
 LONJON Nicolas - Neurologie  
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie  
 LUKAS Cédric-Rhumatologie  
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique  
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale  
 MORANNE Olivier-Néphrologie  
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
 NOCCA David-Chirurgie digestive  
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale  
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale  
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie  
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie  
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie  
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques  
 RIVIER François-Pédiatrie  
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques  
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion  
 ROUBILLE François-Cardiologie  
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation  
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie  
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire  
 STOEBNER Pierre – Dermato-vénérologie  
 SULTAN Ariane-Nutrition  
 THOUVENOT Éric-Neurologie  
 THURET Rodolphe-Urologie  
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie  
 VILLAIN Max-Ophthalmologie  
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie  
 VINCENT Thierry-Immunologie  
 WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

#### PROFESSEURS DES UNIVERSITES

##### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

##### 2<sup>ème</sup> classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

2<sup>ème</sup> classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénérologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRE-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline-Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie

MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire

PANABIERES Catherine-Biologie cellulaire

PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction

RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie

STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie

TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe

BERTRAND Martin-Anatomie

DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation

DU THANH Aurélie-Dermato-vénérologie

GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire  
GOUZI Farès-Physiologie  
HERRERO Astrid – Chirurgie générale  
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie  
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire  
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales  
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication  
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie  
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière  
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie  
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques  
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1<sup>ère</sup> classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2<sup>ème</sup> classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE-ENGBERINK Agnès

#### MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

#### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINÉ Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé

LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques

MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé

MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques

MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences

MOUTOT Gilles - Philosophie

PASSERIEUX Emilie - Physiologie

RAMIREZ Jean-Marie - Histologie

TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

#### PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie

BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique

PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOCHE François-Régis – Chirurgie générale

TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

## Remerciements :

Au Dr D'Hondt, qui m'a encadrée tout au long de ce travail. Vous avez eu la générosité et la patience de transmettre votre savoir, ainsi que l'audace de pousser quelques portes. Grâce à vos encouragements, votre optimisme, votre persévérance et votre disponibilité, j'ai beaucoup appris et vous m'avez permis de créer un travail dont je suis fière.

Je suis honorée de vous le présenter, et reconnaissante de tout ce que vous m'avez apporté.

Au Dr Fiteni, riche de l'expertise sur la qualité de vie, merci d'avoir participé à ce travail, d'y avoir apporté rigueur et précision.

Au Pr Jacot. La sagesse, l'expérience et la disponibilité dont vous faites preuve au quotidien sont rassurants et nous grandissent. C'est un honneur que vous présidiez ce jury et que vous jugiez ce travail.

Au Pr Houédé, je suis honorée de votre présence au sein de ce jury. Vous m'avez transmis plus que de l'oncologie, en m'ouvrant les portes du service que vous avez bâti. Soyez assurée de mes sentiments les plus respectueux.

Au Pr Colombo, je vous suis reconnaissante de participer à ce jury et vous remercie de juger ce travail.

A Marta Jarlier, biostatisticienne à l'ICM, qui m'a apporté ses lumières et sa disponibilité tout au long de cette thèse.

Je dédie cette thèse à mes parents, les plus courageux pour mille et une raisons.

A mes soeurs, mes éternités.

A Anaëlia, ce rayon de soleil qui a fendu le ciel, écarté les nuages, et dont les regards n'ont de cesse de nous illuminer.

A mes racines bleues blanches ensoleillées aux odeurs de jacarandas.

A mes amis, la famille que l'on choisit, dont on a peu le droit de se plaindre.

#### Aux Parisiens :

Aux **Herreros Ekizian**, sans qui nous aurions passé une enfance moins drôle.

A **Hélène**, qui telle un flambeau, m'a toujours montré le chemin de la sagesse et du bonheur.

A **Olive**, la tête dans les nuages, en France et au Costa Rica. Qui a dit loin des yeux, loin du cœur ?

A **Fanny**, qui visiblement partageras toute notre vie.

A **Manu**, non sens partie, de Victor Hugo à la cafeteria de Beaubourg nous voici à Montpellier pour passer la thèse. Joli !!

#### Aux Montpelliérains :

A **Margaux**, notre ptit bout, notre ptit chat, sans qui notre vie serait moins attendrissante. De toutes tes qualités, la plus grande est ta solidité. Sans oublier le **Loup**, qui te complète si bien. Ne partez pas trop loin de nous les coupains.

A **Marion**, ma sœur et mon amie. Celle qui a partagé chacun de mes moments de vie. En joggeuses, yogis, larves, combien d'heures passées à penser la vie. Tu as su m'apaiser, m'entourer, me protéger, je ne t'en remercierai jamais assez. Tu as raison, il faut qu'on se le fasse ce grand voyage.

A **Vivi**. Des temples d'Angkor à ceux de Bagan, du désert à la barrière de corail, à dos d'éléphant, de chameau, tirées par des vaches, ou à bord de Platy, notre amitié rime avec liberté. Tellement de rires, de rencontres et de découvertes partagées que tu fais partie de mes plus beaux souvenirs.

Quant à ta vie avec **Alex**, je vous souhaite toutes les fraises du monde.

A **l'Oiseau**. Que ton plumage s'embellisse et s'enrichisse au cours de chacun de tes envols qu'ils soient maritimes ou terrestres. Tu es magie, rêverie, pitrerie et folie. Sacré radiologue ! Que vivent l'oiseau, le campagnol, et surtout leurs intarissables milles et une questions. Cornichon au nutella, nesquik enlarvé, cuisine Arménienne ou Ouzbek.. Tout est bon à découvrir n'est ce pas ?

A **Ondine**, ma sirène des rivières, de Montpellier à Luang Pra Bang. Des chants des moines à celui des gibbons, en passant par celui de Lukasz, Curva ! Il nous reste tant de choses à faire. Merci d'être toujours là, de près comme de loin.

A **Charlotte**, bien entourée de **Thibaut** et **Clément**, c'est un bonheur de vous retrouver. Pas de faux semblant, du nature peinture, du vrai. Ta sincérité et ta pureté ne t'ont jamais quittée. Pourvu que je puisse les apprécier toute la vie.

A **Victoria**, à tes rêves d'Océanie, après les Canaries. La Nouvelle Calédonie arrive, et nous offrira d'autres merveilles que le mont Teide. La vie est tellement simple quand on partage la même vision, les mêmes envies, les mêmes rêves, et les mêmes passions. Allez ma Vic, on y arrive au carnage !!

A **Alinou**, de Tahiti à Montpellier, tu vois, je ne t'ai pas oubliée. Ta tendresse et ta sincérité m'ont manqué, mais voici l'heure de nous retrouver. Tellement contente que tu t'installés à Montpellier. (Par contre regarde dans la salle mais je crois que je n'ai pas de copain roux).

A **Pat**, patouche au Pat. De l'internat de Perpignan, aux canaps des années 30, en passant par l'Ecosse, on en a créé des souvenirs ! Soirées déguisées, série télé dans le canapé, le chant d'une truie que l'on égorge, ne serait-ce pas ça vivre en théorie ? Mais maintenant que le pat est touché, seule **Clotilde** a le droit d'y toucher. Longue vie à vous deux. Clo, bienvenue à Montpellier, et par pitié retire lui le tableau de l'entrée !

A **Laure P.** D'Argentine au pied du Canigou; ce ne sont visiblement pas les kilomètres qui entraveront notre amitié. Combien d'heures passées à refaire le monde, à en sauter les barrières, rendre tout possible avant les fameuses paillettes.. Only sky is the limit. Je nous souhaite d'avoir toujours des projets en tête. Te quiero mucho linda, Hasta siempre.

A **Mycki** et **Justine**, au moment où j'écris ces quelques mots (et au moment où je les relis aussi !!), vous nous envoyez des photos depuis Tahiti, qui reflètent toute la paix, l'amour et le bonheur que vous irradiez quand vous êtes ensemble. C'est un régal que de vous avoir à nos côtés.

A **Sophie G**, présente auprès des miens, tu es d'un soutien infaillible. Merci pour tout, entre autre ton attention, ta spontanéité, et ta générosité. J'espère rester longtemps à tes côtés.

A La **Loube**, on se retrouve après le Canada pour un bout de route ensemble ?

A **Karolina**, mère du plus beau bébé que l'on ait vu. Vivement le tea time pour se retrouver.

#### Aux Oncos :

A **Ileana**, ma chère cointerne. Après ces belles années à tes côtés, c'est une consécration que de passer la thèse ensemble. Tout ça ressemble beaucoup à un mariage, mais si c'est pour travailler à deux, en parfait équilibre, en tabouret de 4/4, alors je dis un grand oui.

Bravo pour le travail gigantesque que tu as fourni, il est l'heure maintenant pour nous de savourer le spa de Verchant, de s'ouvrir à la RE, et à la vie...

**Arda**, tu l'as compris, on t'embarque avec nous pour les prochaines années, ainsi que graaaaanouille à graaaaande bouche.

A **Ben F**, tu as sûrement une part de responsabilité dans mon choix de l'oncologie, ce stage étant gravé dans ma mémoire, avec les fous rires, les pleurs, les colères, les magnifiques cristaux de mannitol ou le bleu si profond du bleu de méthylène. Sans oublier ton pèlerinage au burning man.. Bref, tu es folie. Paris pétillera encore plus quand tu y seras.

A **Momo**, sur une odeur de malibu coco, tu côtoies les astrophysiciens et les cuisiniers latinos, en étant président de la sfjro et dj electro. Je te laisse le choix de la soirée et je te suis, avec Vic bien sûr. Je nous souhaite pleins d'aventures, de rencontres, et même de travailler un jour ensemble cher Momo.

A **Quentin**, que j'ai hâte de retrouver. L'année prochaine est à nous et pour nous, tu pourras te venger de ces 6 mois au cachot. **Manon**, tu es entre de bonnes mains et de beaux yeux, longue vie à vous deux.

A **Alice C**, les cancers de la prostate de Nîmes seront parfaitement pris en charge je n'en doute pas. Par contre concernant l'éducation de ton enfant il te manque un petit détail pour lui éviter les huissiers de justice..

Au **Professeur Muxel**, qui respire le calme et la sagesse. Belle découverte, dédicace au serveur bronzé qui eu le malheur de nous servir un jour d'ESMO.

A **Delphine D**. Toi aussi tu tournes une page, et quelle page. Bravo pour ces deux années, à toi la vie maintenant.

A **Barbara T**, six mois magiques à être internes le jour, danseuses la nuit. C'était du 24/24, mais quel plaisir on a pris ! Je n'oublierai jamais ces beaux moments.

A **Nico**, et à ton grand sourire et votre grand bonheur, à **Thierry** dont la gentillesse est infinie.

#### Aux Perpignanais :

A **Christelle D**, ta présence à Perpignan me rassure, et c'est à chaque fois un bonheur de te retrouver. Merci de n'avoir mis aucune barrière entre nous et de m'avoir permis de partager un peu de ta magie.

A mes premiers amours, la chirurgie, en CMF à perpignan, à ces traumatismes ballistiques (magiques), ses fractures du samedi soir (des puzzles d'enfant à reconstruire), les greffes cutanées de Christine Gas (de la haute couture), à la générosité de **Rabé** et **Jean Luc**, à la chaleur bien du sud de **Delphine**, **Annie**, **Emilie Costa** entre autre.

#### A ces découvertes récentes mais fulminantes qui confirment la magie de la vie :

**Paquito**, ou comment transformer chaque moment en exception. Le vrikshasana est plus fort, le miel la pastèque ont plus de goût, et la rivière est plus belle à deux. Tout est une question de point de vue et je te vois.

**Mohamed E**. mon s8, ma perle, le roi des pistes, qui s'envole demain découvrir le monde. Merci de m'avoir attendue. Chaque étoile filante sera une pensée (de plus) pour toi. J'ai deux demandes ; reviens, et danse pour que l'on puisse se retrouver un jour, et danser toujours.

**Mya**, ce coup de foudre de l'espace, cet astéroïde ou plutôt cette bombe débarquée de nulle part.

**Nash**, supporter du stade Philippidès et amateur de karaoké. Bientôt tu pourras survoler le 25 avenue Chancel, yallah !

**Ben**, la panthère qui, blottie dans sa caverne, veille sur le perroquet.

**Chkoupi**, tu fais perdre aux mots, au temps et à l'espace leurs définitions. Je te tire mon chapeau.

**France**, merci pour votre précieuse aide, votre patience et votre soutien. Sans vous, tout aurait été plus compliqué. Vous êtes donc la fée de cette thèse.

#### A l'équipe de val d'Aurelle.

A **Maryline Laigre**, mère de Val d'Au qui m'a toujours couvée, merci à **Christelle** de nous avoir fait confiance, **Elisabeth Lagunas**, enfarinada pour toujours tu resteras.

A l'équipe du MA2, cette famille chaleureuse et accueillante, c'est à toujours un bonheur que de vous retrouver.

L'anatomo-pathologie et mon camouloux de cointerne. Ali ce cher **Ali**, le seul homme qui puisse faire brûler un microscope et s'ouvrir le front avec la porte d'entrée du service. Ces 6 mois passés avec toi m'ont rendu mon sourire.

Pour finir en beauté, au poulailler de **Marie** et **Maria**, **Elodie C**, **Mamie T**, **Jo** et toute l'équipe infirmière..Mon dernier stage restera un des plus beaux souvenirs de mon internat. Marie merci de ton adaptabilité, c'est une douceur de travailler à tes côtés. Maria le cuisinier de ce soir a fait top chef, il est pour toi, il n'attend que toi. Tu vas nous manquer. Merci pour ton sourire qui ne t'a pas quittée pendant 6 mois. Emi, pleins de belles choses, Jo tu sais tout ce que je te souhaite, Christine, sans toi ça ne tourne pas.

**Elodie C**, tu es un exemple de calme, de douceur, de force, et d'optimisme pour moi. J'espère que je serai aussi compétente que toi quand je serai à ta place, c'est un délice que de travailler à tes côtés.

Et ceux qui nous couvent et nous protègent depuis le début, **Caroline Gallay**, **Patrice Champoiral**, **Virginie Perrotin**, le feu aux idées et au cœur.

A l'équipe de Saint Eloi, A cette famille que vous êtes, même les patients disent que c'est un plaisir de venir faire leur chimio. Je n'oublierai jamais ce tableau qui débordait de tous les côtés mais au fond tant que vous étiez là...tout était possible.

A l'équipe de l'ICG de Nîmes, qui ne cesse de se développer, ça promet !

A l'hémato, cette redoutée mais douce hématologie, passionnante et pleine d'espoir. Au blanchiment de TEP scanners, comme si tout ça n'était qu'un mauvais rêve. La spécialité magique. Mais surtout aux personnes incroyables que j'y ai rencontré : **Carole Exbrayat**, mère, femme, médecin et Humain avant tout. Et **Jérémy Delage**, le fameux Dr Delage.

Vous laissez une empreinte en moi dont je suis reconnaissante et fière à la fois.

Ce fut un cadeau que de vous avoir rencontrés et d'avoir pu travailler à vos côtés.

Bravo **Marjorie**, et merci pour tes conseils bienveillants.

A tous ces innombrables et innommables patients qui m'ont tant enrichie de vie, d'expérience, de souvenirs et de sagesse.

Merci à toutes les patientes qui m'ont accordé leur temps et leur confiance pour la réalisation de ce travail.

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE GLOBALE ET SEXUELLE DURANT LA  
PREMIERE ANNEE D'HORMONOTHERAPIE CHEZ LES PATIENTES ATTEINTES  
D'UN CANCER DU SEIN

<b>Contexte</b> .....	16
<b>Matériels et Méthode</b> .....	18
Population d'étude et design de l'étude .....	18
Objectifs .....	19
Qualité de vie relative à la santé.....	19
Méthodes statistiques .....	21
<b>Résultats</b> .....	22
A) Evaluation à l'inclusion (T0) .....	23
1.Caractéristiques démographiques et cliniques à T0 .....	23
2. Evaluation de la qualité de vie sexuelle à l'inclusion .....	25
3. Evaluation des dimensions de qualité de vie non sexuelle à l'inclusion :.....	27
B) Evaluation à un an (T1) .....	28
1.Caractéristiques démographiques et cliniques à T1 .....	28
2. Evaluation de la qualité de vie sexuelle à T1 .....	29
3. Evaluation des dimensions de la qualité de vie non sexuelle à T1 .....	31
<b>Discussion</b> .....	36
<b>Conclusion</b> .....	41
<b>Bibliographie</b> .....	42
<b>Annexes</b> .....	47
<b>Résumé</b> .....	58

## Contexte

C'est en Europe, en Amérique du Nord, Argentine et Australie que l'incidence du cancer du sein était la plus forte en 2018 ( $\geq 72.9$  pour 100 000). Dans ces pays, environ une femme sur 8 développera un cancer du sein durant sa vie. Cependant, c'est en Afrique de l'Ouest que la mortalité est la plus élevée ( $\geq 20.0$  pour 100 000) (1).

Dans les pays occidentaux, la mortalité de la maladie de 15 pour 100 000, relativement faible par rapport à d'autres cancers (1), explique le grand nombre de survivantes.

Aux Etats-Unis, les survivantes d'un cancer du sein représentaient 3 millions de personnes en 2018. En France, elles étaient 3 millions de survivantes de tous cancers confondus en 2008, dont 645 000 patientes atteintes d'un cancer du sein, soit 5.3 % de la population féminine (2).

Le traitement de la maladie comporte différentes modalités que sont la chirurgie, la radiothérapie, la chimiothérapie, l'hormonothérapie et d'autres traitements ciblés. Étant donné que 70 % des cancers du sein expriment les récepteurs hormonaux, une large majorité des patientes auront un traitement comportant une hormonothérapie, prescrite à l'heure actuelle pour une durée de 5 à 10 ans (3,4).

Les traitements utilisés entraînent de multiples effets secondaires, d'intensité variable et dans de nombreux domaines, y compris la sexualité (5). Ces derniers, plus rarement évoqués que les autres effets secondaires (6), font l'objet de cette thèse.

La sexualité est définie comme le comportement d'une personne dans ses rapports sexuels, son (ou ses) mode(s) de vie sexuel(s).

La vie sexuelle est complexe, régie par une condition physique, physiologique, psychologique, religieuse, sociale et culturelle (7,8). Elle dépend des relations intra-personnelles mais aussi interpersonnelles (9), qui s'inscrivent au sein d'une société définie entre autre par sa culture, laquelle évolue avec le temps. En effet, l'art, les normes sociales, et la place que prend l'image de soi au sein de la société évoluent dans le temps, et impactent consciemment ou non la conception de la sexualité.

L'acte sexuel défini par Master and Johnson (10) se déroule en plusieurs étapes : une phase de désir, puis d'excitation, avant un plateau qui précède l'orgasme et se termine par la résolution.

La 5<sup>ème</sup> édition du Manuel diagnostique et statistique (DSM V) (9) définit une dysfonction sexuelle comme une altération d'un des trois domaines suivants : i) le désir et l'excitation sexuelle,

comprenant la diminution de la libido, les difficultés à accéder ou maintenir un état d'excitation ii) la dysfonction orgasmique, qui concerne la diminution de la fréquence, de l'intensité voire de l'impossibilité à atteindre un orgasme iii) la douleur genito-pelvienne ou les troubles rendant difficile et / ou douloureuse la pénétration.

Ces symptômes doivent persister plus de 6 mois et entraîner un stress significatif pour être considérés comme dysfonction sexuelle selon le DSM V.

Les différentes modalités thérapeutiques sus-citées peuvent interférer avec la vie sexuelle de la femme, voire l'affecter en raison des effets secondaires occasionnés. La chirurgie, la radiothérapie et l'alopecie chimio induite perturbent l'image corporelle, en affectant les organes de la féminité que sont le sein et les cheveux (11,12,13). Par la suite, la prise de poids accompagnant les variations hormonales induites par la chimiothérapie et l'hormonothérapie modifieront aussi l'image corporelle. En effet, les traitements systémiques entraînent des modifications physiologiques d'ordre hormonal pouvant aller jusqu'à la ménopause (14). Les conséquences touchent alors l'organe sexuel qu'est le vagin (8).

Il faut également considérer les conséquences psychologiques du diagnostic, ainsi que celles de tels traitements. Elles peuvent s'étendre du choc initial, à la culpabilité, la honte, l'angoisse, la peur d'être rejetée, la peur de l'intimité, ainsi qu'une possible modification de l'identité personnelle (8). C'est pourquoi la relation de couple peut être impactée et devenir un dommage collatéral du parcours des patientes (15).

Les troubles de la fertilité annoncés (16,17) peuvent aussi avoir des répercussions sur la vie sexuelle en ajoutant à la femme une culpabilité supplémentaire, et en lui retirant sa fonction de reproduction.

Toutes ces conséquences sont peu souvent abordées, que ce soit par les patientes et/ou par les médecins (15). Les femmes peuvent ressentir une gêne à exposer leur vie intime à leur médecin, et considèrent parfois qu'en l'absence de solution, toute discussion serait inutile. Les troubles sexuels sont dès lors perçus comme une fatalité accompagnant les traitements d'un cancer du sein. D'autre part, les médecins peuvent être en difficulté sur le sujet, que ce soit par gêne et pudeur, par la difficulté à trouver la manière adéquate de l'aborder, ou encore par le manque de réponses à apporter (18). Enfin, la qualité de vie sexuelle n'étant pas un facteur limitant pour la poursuite des traitements, ce sujet est souvent remis à plus tard voire délaissé.

L'évaluation des troubles de la vie sexuelle durant l'hormonothérapie, une meilleure connaissance de leur fréquence et de leur sévérité pourrait permettre une amélioration de leur prise en charge.

Peu d'études ont été réalisées à ce jour, dans le monde et en France. Pourtant, l'intérêt de la population des malades en cours de traitement ou de suivi est croissant (8). D'ailleurs, l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) travaille actuellement sur le sujet avec la validation d'un questionnaire SHQ-C22 portant sur la qualité de vie sexuelle des patients hommes et femmes atteints d'un cancer (19).

Pour toutes ces raisons, nous avons mis en place une étude prospective afin d'évaluer la qualité de vie globale et sexuelle de femmes atteintes d'un cancer du sein au cours de la première année d'hormonothérapie.

## **Matériels et Méthode**

### **Population d'étude et design de l'étude**

La présente étude, intitulée CUPIDON, est une étude prospective, observationnelle, et bicentrique au sein de l'Institut du Cancer de Montpellier et de l'Institut du Cancer du Gard à Nîmes, et a été débutée en Mai 2018.

Les critères d'inclusion étaient un âge supérieur à dix-huit ans, un cancer du sein localisé, avec des récepteurs hormonaux positifs. Le traitement devait comprendre une chirurgie, suivie ou non de chimiothérapie et/ou de radiothérapie. L'hormonothérapie devait avoir été introduite dans les 6 derniers mois, ou programmée dans les 3 mois à venir. Les patientes devaient accepter de participer à l'étude après avoir reçu une information claire, leur consentement était mentionné dans leur dossier médical.

Les critères d'exclusion comprenaient une maladie métastatique, un antécédent de cancer autre que le cancer du sein en cours de traitement, les patientes mineures et celles incapables ou ne souhaitant pas remplir un questionnaire de qualité de vie sexuelle.

L'étude était anonyme et a été approuvée par le Comité de Protection des Personnes Sud Méditerranée V (Nice), le 02.07.2018.

Le recrutement se faisait au décours de la consultation avec l'oncologue, le radiothérapeute ou le chirurgien, ou par téléphone. Les patientes étaient présélectionnées par le screening des consultations de ces différentes spécialités et du planning des réunions de concertations pluridisciplinaires.

## **Objectifs**

L'objectif principal était d'évaluer la qualité de vie sexuelle des patientes atteintes d'un cancer du sein durant la première année d'hormonothérapie adjuvante, l'objectif secondaire étant d'évaluer la qualité de vie globale non sexuelle chez ces patientes.

Le critère de jugement principal était le taux d'amélioration de la qualité de vie sexuelle à 12 mois (comparativement à l'inclusion) défini comme une amélioration d'au moins 5 points de la dimension « activité sexuelle » du questionnaire QLQ BR23 (item 14-15). (Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ? Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu une vie sexuelle active ?)

Les critères de jugement secondaires comprenaient l'évaluation de la qualité de vie globale et sexuelle par les questionnaires EORTC QLQ-C30, EORTC QLQ-BR23, EORTC SHQ-C22, à l'inclusion, à 6 et 12 mois.

## **Qualité de vie relative à la santé**

Les trois questionnaires développés par l'EORTC (annexes 1, 2 et 3 respectivement) ont été recueillis à l'inclusion (T0), à 6 mois et à 12 mois (T1), en consultation, par téléphone ou par mail.

- **QLQ-C30** (22,23) explore la qualité de vie globale au cours de la semaine précédente, au travers de 30 questions. Elles sont regroupées par échelles fonctionnelles : physique (capacité à fournir un effort physique pénible, à faire une longue promenade, à faire un petit tour, nécessité de se reposer durant la journée), personnelle (gêne dans les activités professionnelles, quotidiennes et de loisirs), cognitive (difficulté à se concentrer, et à se souvenir de certaines choses), émotionnelle (évalue la sensation d'être tendue, irritable, déprimée, et de se faire du

souci) et sociale (gêne dans la vie familiale et sociale). Il comprend aussi des échelles de symptômes (fatigue, douleur, nausées et vomissements, dyspnée, insomnie, anorexie, constipation, diarrhée et difficultés financières). Les réponses possibles sont «pas du tout», «un peu», «assez», «beaucoup». Enfin, deux échelles numériques permettent une auto évaluation du statut global de santé (« Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée ? « Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée ? »), le curseur allant de «1 : très mauvaise» à «7 : excellente».

- **QLQ-BR 23** (22) est un questionnaire de qualité de vie spécifique au cancer du sein. Il comporte 23 questions évaluant les effets secondaires des traitements locaux et systémiques. Il est lui aussi composé d'échelles fonctionnelles : image corporelle (évaluant le fait de se sentir moins attirante, moins féminine, la difficulté à se regarder nue, l'appréciation de son corps), activité sexuelle (intérêt porté à la sexualité et le fait d'avoir eu une activité sexuelle dans les quatre dernières semaines), plaisir sexuel (évalue le plaisir procuré par l'activité sexuelle), et la perspective future (évalue l'anxiété concernant la santé future).

Les échelles symptomatiques évaluent les effets secondaires des traitements systémiques (sécheresse buccale, irritation oculaire, dysgueusie, alopecie, bouffées de chaleur, céphalées, le fait de se sentir malade ou souffrante) les symptômes locaux au niveau du sein (douleur, œdème, sensibilité), les symptômes locaux au niveau du bras (douleur, œdème, impotence fonctionnelle) et les sentiments liés à la perte de cheveux.

- **SHQ-C22** (19) est un nouveau questionnaire proposé par l'EORTC, actuellement en phase finale de validation. Il s'intéresse spécifiquement à la qualité de vie sexuelle des patients hommes ou femmes, atteints d'un cancer, notamment à ses aspects physiques, psychologiques et sociaux au travers de 22 questions. Il est lui aussi composé d'échelles fonctionnelles : satisfaction sexuelle (satisfaction par rapport au niveau de désir sexuel, de plaisir sexuel, de la capacité à atteindre un orgasme, de son niveau d'intimité, de la communication avec le partenaire au sujet de problèmes sexuels), importance accordée à l'activité sexuelle, libido (évalue une baisse de la libido), conséquences du traitement sur la vie sexuelle, satisfaction du partenaire (la crainte de ne pas le satisfaire), féminité (impact de la maladie ou des traitements sur la féminité) et communication avec les professionnels de santé.

Les échelles symptomatiques sont des questions relatives à la dyspareunie, la sécheresse vaginale, l'incontinence, et les conséquences de l'asthénie sur la vie sexuelle.

La majorité des questions sont communes à l'homme et à la femme et quelques-unes sont spécifiques à l'un et l'autre.

Les réponses aux questionnaires de qualité de vie globale et sexuelle sont exprimées en scores allant de 0 à 100, calculés à partir des manuels de cotation de chacun des questionnaires de l'EORTC QLQ-C30, BR-23, et SHQ-C22, manuels figurant respectivement en annexes 4, 5 et 6.

Pour les échelles fonctionnelles, les scores sont élevés en cas de meilleure santé. A l'inverse des échelles de symptômes, pour lesquelles les scores élevés traduisent des symptômes plus importants (23). Nous avons retenu les seuils de 70 pour distinguer une meilleure qualité de vie lorsqu'il s'agissait d'une échelle fonctionnelle, et un seuil de 40 pour les échelles de symptômes, bien qu'aucun seuil n'ait été fixé par l'EORTC.

La collecte des données était réalisée à l'inclusion (T0), à 6 mois et à 12 mois (T1), en consultation, par téléphone ou par mail.

## **Méthodes statistiques**

### Calcul du nombre de sujets nécessaires

Au vu des critères d'inclusion, un potentiel de 200 patientes était estimé. En prenant en compte un taux d'acceptation de participation dans l'étude d'environ 50% ainsi que les disponibilités du personnel effectuant le recueil, un total de 100 à 110 patientes était susceptible de participer à l'étude.

La présente étude était descriptive. Le calcul du nombre de sujets nécessaires était basé sur l'estimation à 12 mois du score moyen de la dimension « activité sexuelle » du questionnaire QLQ-BR23 (dont l'étendue va de 0 à 100, selon le manuel de cotation de l'EORTC).

Sous les hypothèses d'un niveau de précision de 12.5 (largeur de l'intervalle de confiance) pour un intervalle de confiance à 95 % et d'une déviation standard de 28, il a été nécessaire d'inclure un minimum de 78 patientes. En considérant 20 % de patientes perdues de vue entre l'inclusion et la visite à 12 mois, un total de 96 patientes devait être inclus.

Les calculs ont été réalisés à l'aide du logiciel «Sample Size Tables for Clinical Studies Program» (Machin et al, 2009).

## Analyse statistique

La qualité de vie à l'inclusion et à 12 mois était décrite, ainsi que l'observance aux questionnaires lors de ces deux évaluations. Les scores de qualité de vie des trois questionnaires ont été calculés selon le manuel de cotation de l'EORTC, bien que celui du SHQ-C22 soit en cours de validation par l'EORTC.

La proportion de patientes ayant une augmentation de 5 points du score de la dimension activité sexuelle du QLQ-BR23 à 12 mois par rapport à la visite d'inclusion a été calculée et présentée avec son intervalle de confiance à 95 % (IC95 %) (IC estimé par la méthode exacte Binomiale).

Les variables quantitatives ont été décrites par le nombre d'observations (N), la médiane, le minimum, et le maximum. Le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour la comparaison des distributions des variables quantitatives.

Les variables qualitatives ont été décrites par le nombre d'observations (N) et la fréquence (%) de chacune des modalités. Les catégories manquantes ont été dénombrées.

Les pourcentages ont été calculés par rapport à la population totale hors données manquantes.

Le test du Chi-2 a été utilisé pour la comparaison des proportions (ou test exact de Fisher si les fréquences attendues sont inférieures à 5).

Les scores des questionnaires de qualité de vie entre la visite d'inclusion et à 12 mois ont été comparés en utilisant le test non-paramétrique de Wilcoxon pour des échantillons appariés.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel STATA v13.0 et un rapport statistique a été fourni selon le modèle en vigueur.

L'analyse a porté sur 80 patientes pour lesquelles le suivi à un an était disponible en Juillet 2019. L'analyse des 6 mois n'a pas été intégrée en raison d'un nombre important de données manquantes

## **Résultats**

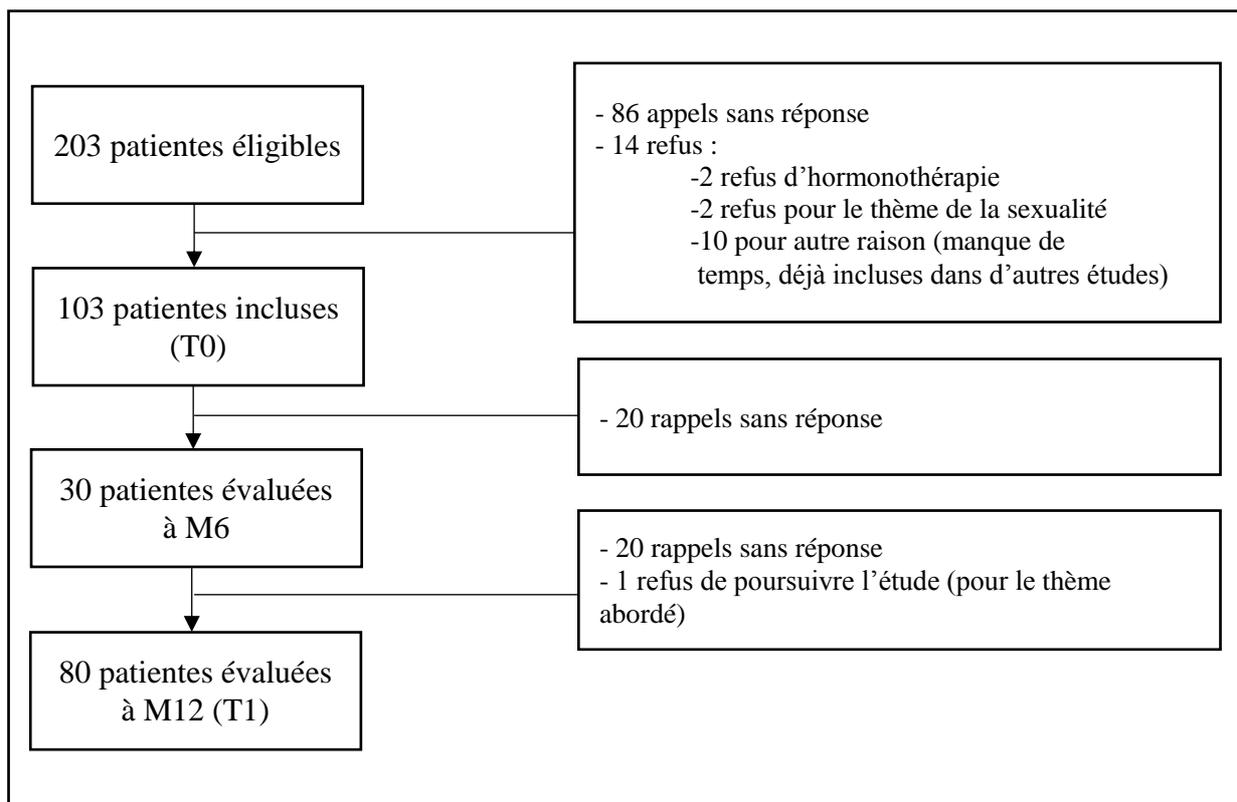
Le diagramme de flux est présenté figure 1.

203 patientes éligibles et détectées dans les plannings de consultation ont été contactées, 103 ont été incluses entre Mai 2018 et Octobre 2018.

Quatorze patientes éligibles ont refusé de participer à l'étude, 2 étant gênées par le fait d'aborder le thème de la sexualité, 2 ayant refusé de prendre l'hormonothérapie. Dix autres patientes n'ont pas souhaité participer.

Une patiente s'est retirée de l'étude au questionnaire à un an, ne souhaitant plus répondre aux questions d'ordre intime.

Figure 1. Diagramme de flux de l'étude CUPIDON.



## A) Evaluation à l'inclusion (T0)

### 1. Caractéristiques démographiques et cliniques à T0

Les caractéristiques des patientes sont détaillées dans le tableau 1. L'âge médian était de 51 ans. Après calcul de l'IMC, 38% des patientes étaient considérées en surpoids ou obèses, et seulement 38% des femmes pratiquaient une activité physique, définie par une fréquence d'au moins 30 minutes, trois fois par semaine. Soixante-seize pourcent des patientes étaient en couple, 52.5% étaient ménopausées. Peu de femmes avaient un suivi psychologique (16%) en début de traitement, et seulement une personne avait consulté un sexologue.

Concernant les traitements reçus, outre la chirurgie et l'hormonothérapie qui étaient pré requis, 52 % des femmes avaient eu de la chimiothérapie avec une prédominance pour le protocole anthracyclines/taxanes. La radiothérapie concernait 88 % des patientes et 49 % ont reçu les quatre temps thérapeutiques d'un cancer du sein.

L'hormonothérapie était principalement à base d'inhibiteur de l'aromatase (letrozole dans 45 % des cas) et 40 % d'entre elles étaient sous tamoxifène. Les caractéristiques des traitements reçus sont précisées dans le tableau 2.

	Médiane
Age	51 [31 ; 83]
IMC	23.0 [17 ; 39]
N=80 (%)	
Ménopause	
Oui	42 (53)
Non	38 (48)
En couple	
Oui	61 (76)
Non	19 (24)
Enfant(s)	
Oui	62 (78)
Non	18 (23)
Activité physique	
Oui	31 (39)
Non	49 (61)
Activité professionnelle	
Oui	45 (56)
Non	35 (44)
Tabac	
Oui	23 (29)
Non	47 (59)
Soutien psychologique	
Oui	13 (16)
Non	67 (84)
Consultation sexologue	
Oui	1 (1)
Non	79 (99)

Tableau 1. Caractéristiques démographiques et cliniques à l'inclusion

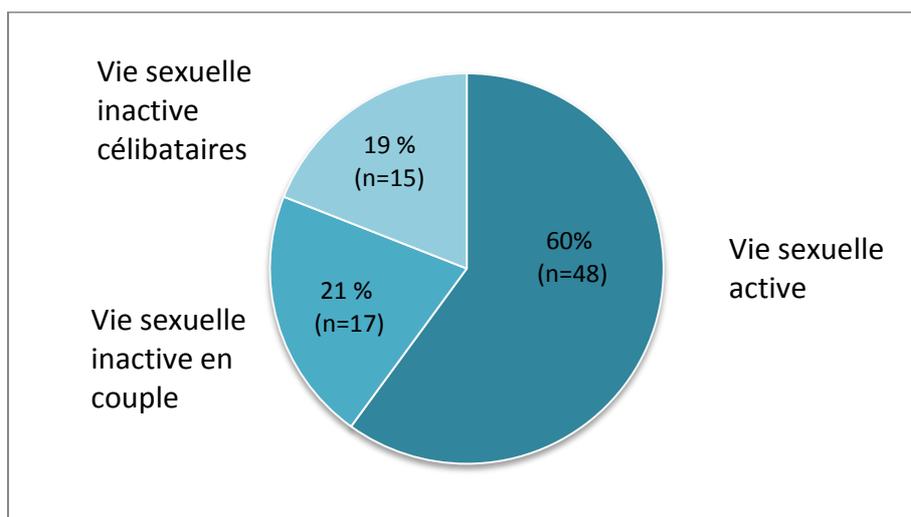
	N=80 (%)
<b>Chirurgie</b>	
Tumorectomie	45 (56)
Mastectomie	12 (15)
Mastectomie Reconstruction Immediate (MRI)	23 (29)
<b>Chimiothérapie</b>	
Oui	42 (53)
Non	38 (48)
A/T	24 (57)
A/TXT	12 (29)
CMF/T	2 (5)
T/H	3 (7)
Manquante	1 (1)
<b>Radiothérapie</b>	
Oui	70 (88)
Non	10 (13)
<b>Hormonothérapie</b>	
80 (100)	
Letrozole	36 (46)
Tamoxifene	33 (41)
Ag LHRH + IA	9 (11)
Anastrozole	1 (1)
Exemestane	1 (1)

Tableau 2. Caractéristiques des traitements reçus à l'inclusion

A : Anthracyclines, T : Taxol, TXT : Taxotere, CMF : Cyclophosphamide, methotrexate, 5 fluorouracile, H : Herceptin, Ag LHRH : Agonistes LH-RH, IA : Inhibiteurs de l'aromatase

Sur les 80 patientes, 40 % des patientes (n= 32) n'avaient pas eu d'activité sexuelle dans le mois précédant l'étude. Chez ces dernières, 21 % (n=17) étaient alors en couple (Figure 3).

Figure 3. Répartition des patientes en fonction de la vie sexuelle active ou inactive à T0.



## 2. Evaluation de la qualité de vie sexuelle à l'inclusion

### i) Echelles fonctionnelles

Les scores d'activité sexuelle atteignaient une moyenne de 29.8/100 (DS 27.13), l'échelle plaisir sexuel était en moyenne évaluée à 50/100 (DS 32.00), l'échelle satisfaction sexuelle à 45.0/100 (DS 24.98) et la libido à 57. 8/100 (DS 40.55).

L'image corporelle atteignait une moyenne de 67.8/100 (DS 33.35), la féminité de 62.9/100 (DS 39.94) et la capacité à satisfaire son partenaire s'élevait à 65/100 en moyenne (DS 40.60).

L'importance accordée à la vie sexuelle était quantifiée à 42.2/100 (DS 35.69) en moyenne.

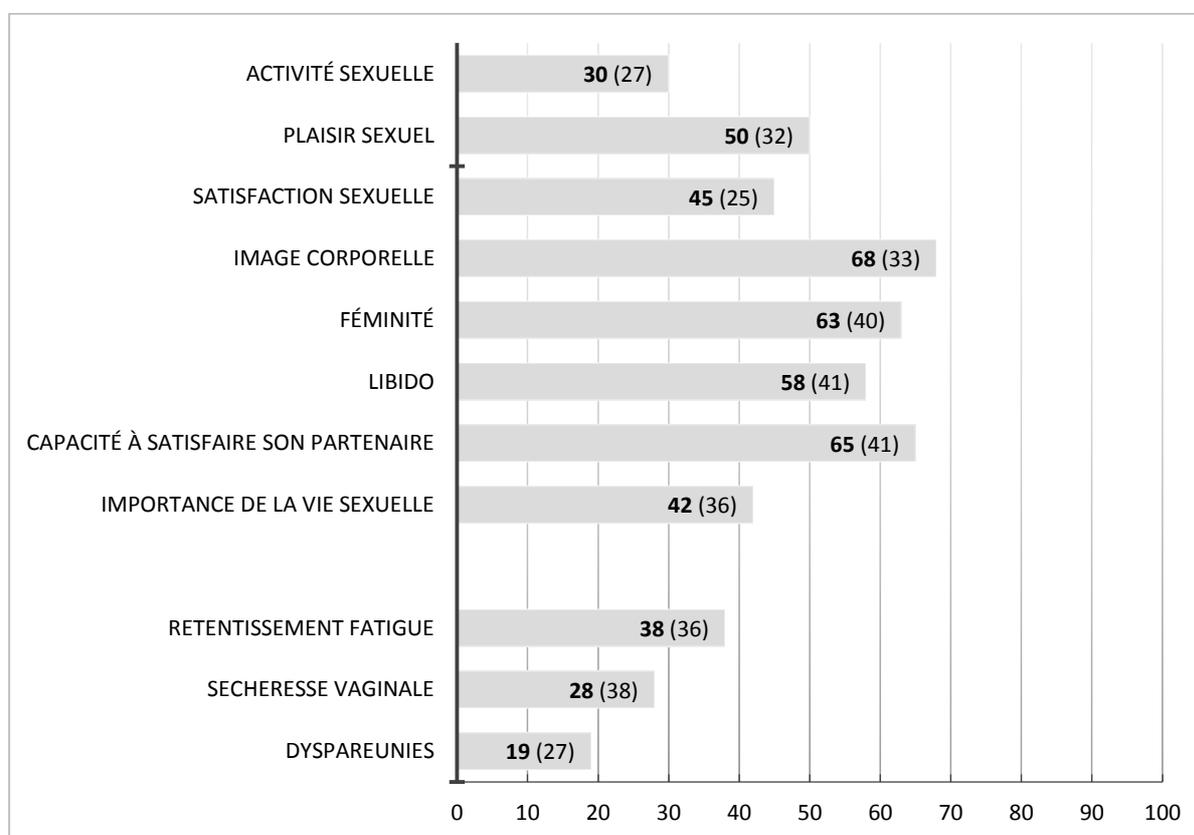
## ii) Echelles symptomatiques

Les symptômes les plus cotés étaient le retentissement de la fatigue sur la vie sexuelle (moyenne 37.78, DS 36.07), ainsi que la sécheresse vaginale (moyenne 28.31/100, DS 37.95).

A l'inverse, la dyspareunie était cotée à 19.26/100, DS 27.41.

Ces résultats sont illustrés figure 4.

Figure 4. Qualité de vie sexuelle à l'inclusion évaluée par les questionnaires BR23 et SHQ-C22



Moyenne des scores des échelles fonctionnelles et symptomatiques (Déviat. standard)

### 3. Evaluation des dimensions de qualité de vie non sexuelle à l'inclusion :

#### i) Echelles fonctionnelles

Les échelles fonctionnelles les plus altérées concernaient l'échelle émotionnelle avec une moyenne de 63.13/100 (DS 29.95) ainsi que l'auto évaluation de la qualité de vie globale, dont la moyenne atteignait 68.23/100 (DS 26.02).

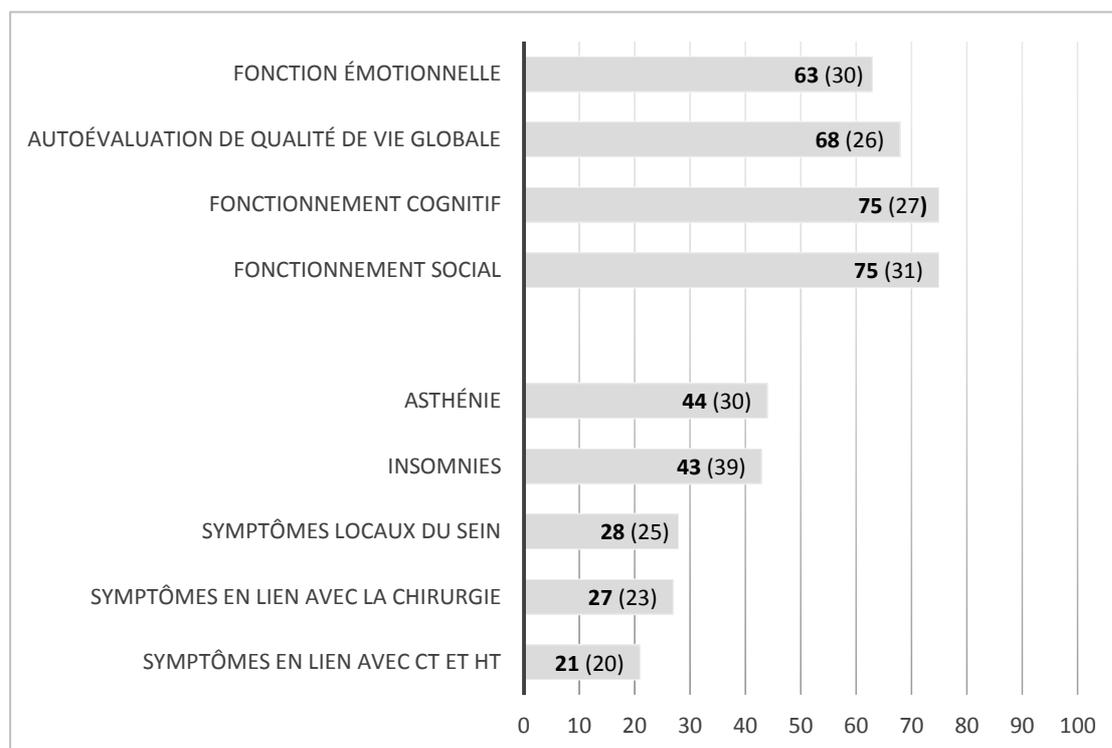
Les échelles de fonctionnement cognitif et social atteignaient une moyenne de 74.8 chacune (DS 27.04 et 30.70 respectivement).

#### ii) Echelles symptomatiques

Les principales plaintes en termes de symptômes concernaient l'asthénie (moyenne des résultats de 44.17/100 DS 30.72), et les insomnies (moyenne à 43.33/100 DS 38.39).

Les symptômes touchant le sein étaient évalués à 27.92/100 (DS 24.74), ceux touchant le bras homolatéral à 26.94/100 (DS 23.44) et les symptômes en lien avec la chimiothérapie et l'hormonothérapie ne concernant pas la vie sexuelle, à 21.13/100 en moyenne (DS 19.90). (Figure 5)

Figure 5. Qualité de vie non sexuelle à l'inclusion



CT= chimiothérapie, HT= hormonothérapie

## B) Evaluation à un an (T1)

### 1. Caractéristiques démographiques et cliniques à T1

Le poids avait une tendance à augmenter à un an, sans retentissement significatif sur l'IMC par rapport à l'inclusion. Vingt-deux pourcent des femmes (n=18) sont devenues ménopausées au cours du suivi. Les couples étaient stables, avec une séparation pour seulement 3% d'entre eux. A noter que plus de femmes (11% de plus) pratiquaient une activité physique par rapport à l'inclusion. Le soutien psychologique, quant à lui, était le même, concernant toujours 16 % des patientes. (Tableau 3)

Tableau 3. Comparaison démographique/clinique entre T0 et T1

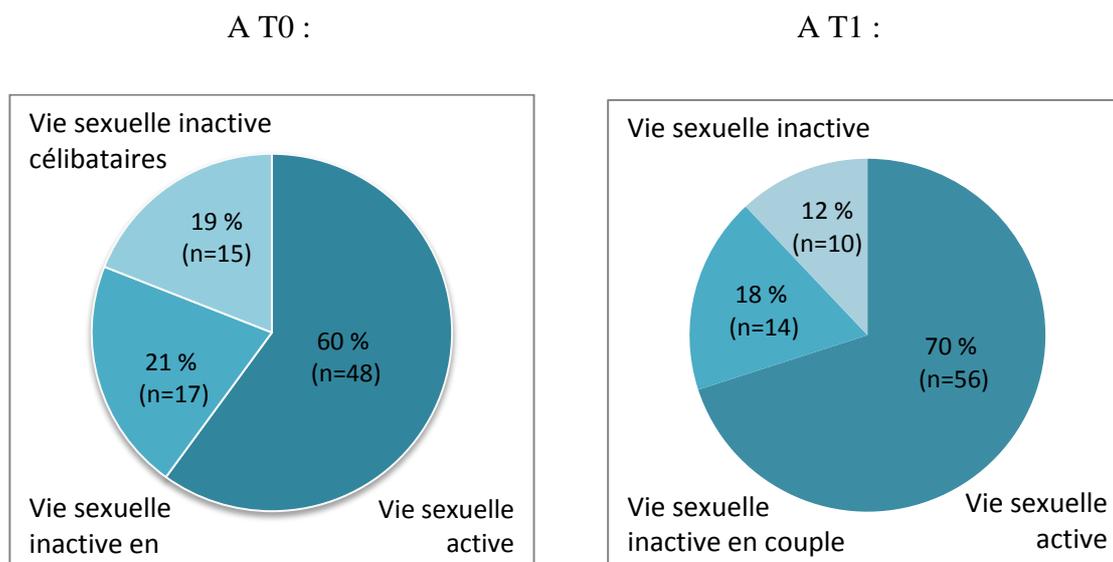
	T0 n=80 (%)	T1 n=80 (%)
IMC	23 [17 ; 39]	24 [18 ; 41]
Menopausées	42 (53)	60 (75)
En couple	61 (76)	63 (79)
Activité physique	31 (39)	40 (50)
Soutien psychologique	13 (16)	13 (16)
Consultation sexologue	1 (1.25)	1 (1)
Activité professionnelle	45 (56)	34 (76)

A un an, 10 % de femmes en plus déclaraient une activité sexuelle récente.

Parmi les 24 patientes (30 %) qui n'avaient pas eu de relation sexuelle dans le mois précédent, 14 étaient en couple.

En considérant les 32 patientes qui n'avaient pas d'activité sexuelle à l'inclusion, 21 d'entre-elles (66 %) n'avaient toujours pas d'activité sexuelle à 1 an, alors que la plupart (n=12) étaient restées en couple de T0 à T1.

Figure 6. Evolution de la répartition des patientes en fonction de la vie sexuelle de T0 et à T1.



## 2. Evaluation de la qualité de vie sexuelle à T1

### i) Echelles fonctionnelles

Le critère de jugement principal était atteint pour 30% des patientes (IC95% [20.3% ; 41.3%]), qui augmentaient ainsi leur score de la dimension activité sexuelle du questionnaire BR23 de 5 points à un an.

Ceci étant, la moyenne de cette dimension était de 31.8/100 (IC95% [26.0 ; 37.6]).

Les modifications significatives concernaient l'importance accordée à la vie sexuelle, moyenne passant de 42 à 61/100 à un an (DS 32.02)  $p < 0.01$ , ainsi que la communication avec les professionnels de santé dont la moyenne passait de 5.97/100 (DS 20.86) à 13.44/100 (DS 27.96) à un an,  $p = 0.02$ .

Parmi les résultats non significatifs, la libido, la féminité, et la capacité à satisfaire son partenaire diminuaient, avec un score passant de 57.81 à 47.22/100 (DS 40.25)  $p = 0.09$  pour la première, de 62.87 (DS 39.94) à 59.26 (39.25) ( $p > 0.1$ ) pour la seconde, et de 65.22/100 (DS 40.60) à 60.82/100 DS (38.89) pour la troisième ( $p > 0.1$ ). L'image corporelle ne diminuait que légèrement, de 67.81 à 67.01 (DS 32.72).

Par contre, les échelles de plaisir et de satisfaction sexuelle augmentaient mais de façon non significative, passant respectivement de 50/100 (DS 32) à 53/100 (DS 53.09) et de 45/100 à 47/100 (DS 23.26).

## ii) Echelles symptomatiques

La sécheresse vaginale augmentait significativement à un an passant de 28.31 (DS 37.95) à 41.94 (DS 39.09)  $p=0.05$ .

Les modifications non significatives concernaient l'augmentation des dyspareunies de 19.66 (DS 27.41) à 21.80 (DS 26.55), et celle du retentissement de la fatigue sur la vie sexuelle, de 37.78 à 38.10/100 (DS 36.46). (Figure 7)

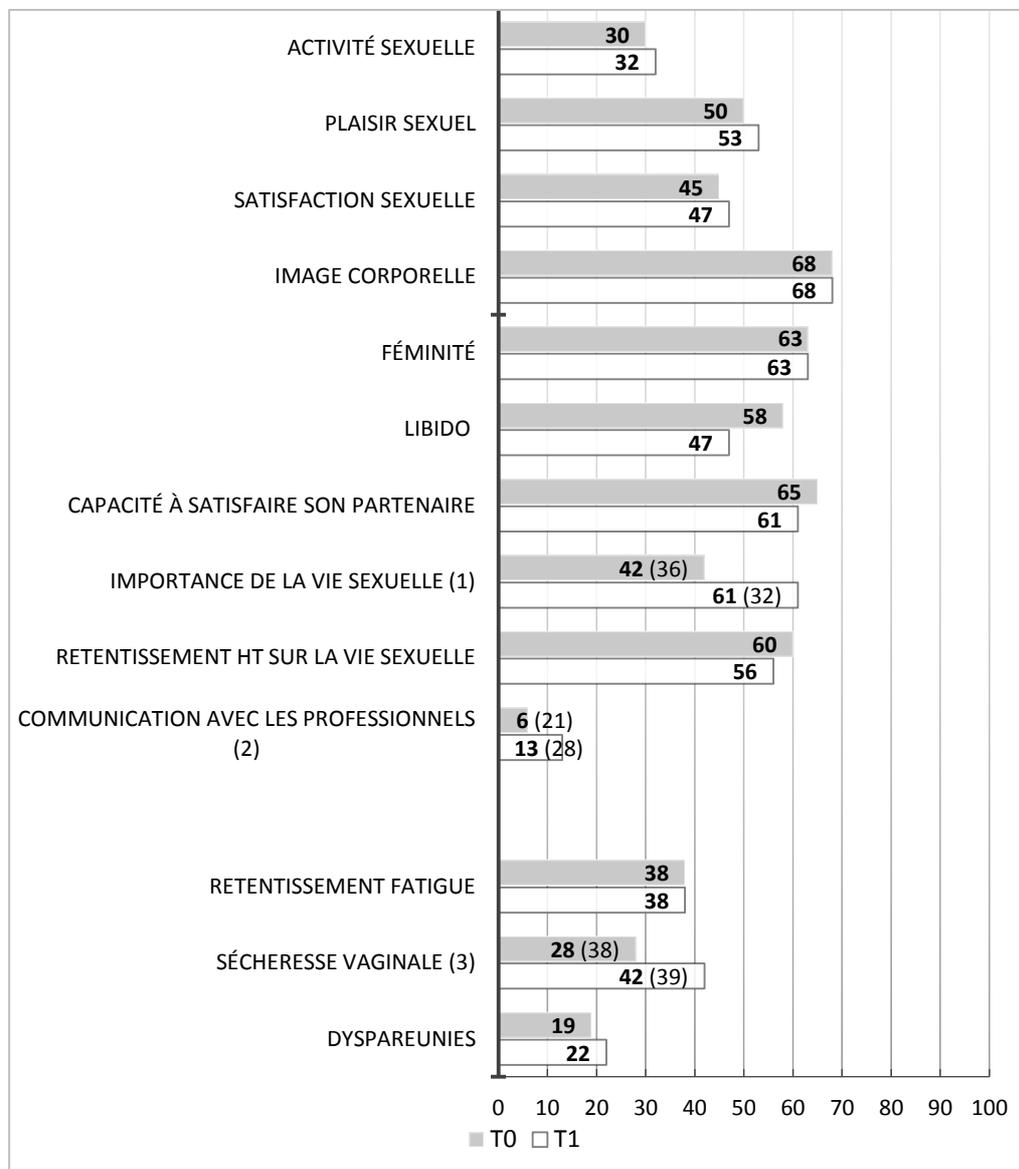


Figure 7.  
Evolution de la qualité de vie sexuelle entre T0 et T1 évaluée par les questionnaires BR23 et SHQ-C22  
(1)  $p<0.01$ , (2)  $p=0.02$ , (3)  $p=0.05$ .  
Moyenne (DS)

### **3. Evaluation des dimensions de la qualité de vie non sexuelle à T1**

#### **i) Echelles fonctionnelles**

Les échelles cognitives et physiques se dégradèrent significativement à un an, avec une baisse de 74.79/100 (DS 27.04) à 68.96/100 (DS 27.40),  $p < 0.01$  pour la première et de 86.67/100 (DS 15.22) à 83.15/100 (DS 16.52),  $p=0.01$  pour la seconde.

Les résultats non significatifs concernaient l'augmentation du statut global de santé, de 68.23/100 (DS 26.02) à 71.67/100 (DS 21.36), l'augmentation des fonctions personnelles de 69.38/100 (DS 30,75) à 76.04 (DS 28.29), et celle des fonctions sociales de 74.79 (DS 30.70) à 76.67 (DS 30.31). Les fonctions émotionnelles augmentèrent légèrement de 63.13 à 64.2 (31.20).

+

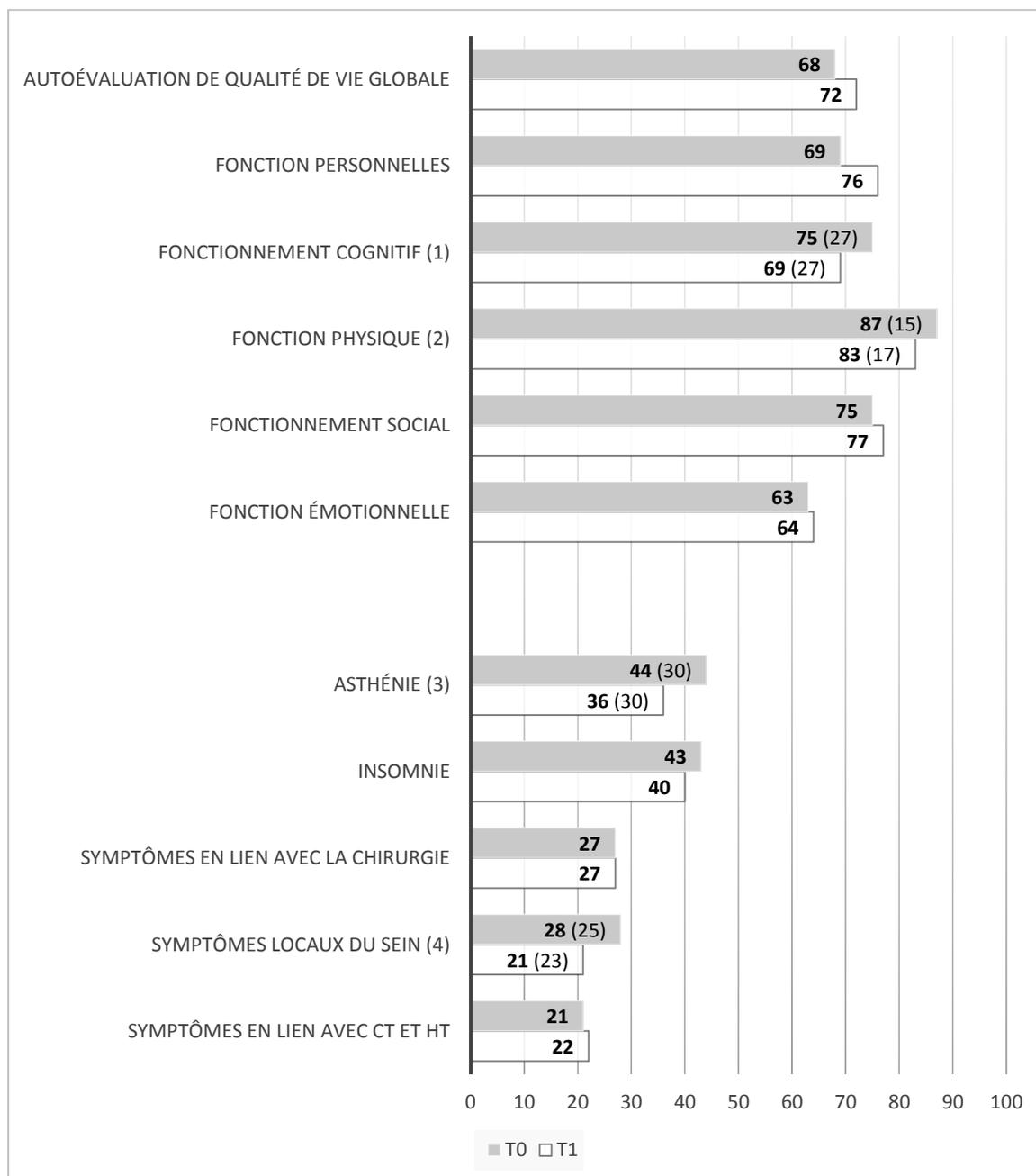
#### **ii) Echelles symptomatiques**

Les symptômes locaux au niveau du sein et l'asthénie diminuaient de façon significative, avec une moyenne passant de 27.92/100 (DS 24.74) à 20.83/100 (DS 22.85)  $p < 0.01$  pour les premiers, et de 44.17/100 (DS 30.72) de 35.97/100 (DS 30.02)  $p < 0.01$  pour le second.

Les modifications non significatives concernaient la diminution des insomnies de 43.33 (DS 38.39) à 40 (DS 38.02), la stabilité des symptômes du bras (26.94 à T0 et T1), et l'augmentation des symptômes en lien avec la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

(Figure 8)

Figure 8. Evolution de la Qualité de vie globale entre T0 et T1 évaluée par les questionnaires QLQ-C30 et BR23



(1)  $p < 0.01$ , (2)  $p = 0.01$ , (3)  $p < 0.01$ , (4)  $p < 0.01$   
 CT : Chimiothérapie, HT : hormonothérapie.

Les comparaisons détaillées des résultats à T0 et à T1 des différents questionnaires sont présentées dans les Tableaux 4, 5 et 6.

Tableau 4. Évolution des dimensions non sexuelle de la qualité de vie évaluée par QLQ C30 à T0 et T1.

	N=	Moyenne	DS	N=	Moyenne	DS	p <sup>(a)</sup>
	80	T0	T0	80	T1	T1	
Echelles fonctionnelles :							
Statut global de santé	80	68.23	26.02	80	71,67	21.36	0.90
Fonctionnement physique	80	86,67	15.22	80	83,15	16.52	0.01
Fonctionnement personnel	80	69,38	30.75	80	76,04	28.29	0.19
Fonctionnement émotionnel	80	63,13	29.25	80	64,2	31.20	1.00
Fonctionnement cognitif	80	74,79	27.04	80	68,96	27.40	<0.01
Fonctionnement social	80	74,79	30.70	80	76,67	30.31	0.88
Echelles symptomatiques :							
Asthénie	80	44,17	30.72	80	35,97	30.02	<0.01
Nausées et vomissements	80	7,92	19.48	80	5,63	12.42	0.58
Douleur	80	31,46	29.77	80	32,08	33.94	0.89
Dyspnée	80	23,33	30.19	80	22,5	31.28	1.00
Insomnie	80	43,33	38.39	80	40	38.02	0.33
Anorexie	80	13,75	22.93	80	12,5	23.94	0.52
Constipation	80	13,33	25.77	80	19,58	30.79	0.20
Diarrhées	80	9,58	19.26	80	8,75	19.66	0.56
Difficultés financières	80	18,33	31.78	80	13,75	28.41	0.09

DS : déviation standard, (a) p-value du test non-paramétrique de Wilcoxon.

Tableau 5. Évolution de la qualité de vie sexuelle et non sexuelle évaluée par QLQ BR-23 à T0 et T1.

	N=8 0	Moyenne T0	DS T0	N=8 0	Moyenne T1	DS T1	P <sup>(a)</sup>
Échelles fonctionnelles :							
Image corporelle	80	67.81	33.35	80	67.01	32.72	0.77
Activité sexuelle	80	29.79	27.13	76	31.80	25.27	0.44
Plaisir sexuel	52	50.00	32.00	54	53.09	26.32	0.84
Perspective de futur	80	52.92	37.01	80	54.58	32.80	0.53
Échelles symptomatiques :							
Effets CT/HT autres que sexuels	80	21.13	19.90	80	21.85	17.55	0.80
Symptômes au niveau du sein	80	27.92	24.74	80	20.83	22.85	<0.01
Symptômes au niveau du bras	80	26.94	23.44	80	26.94	25.36	0.80
Sentiment lié à l'alopecie <sup>(b)</sup>	(25)	37.33	37.66	(29)	21.84	31.21	1.00

CT : chimiothérapie, HT : Hormonothérapie. (a) p-value du test non-paramétrique de Wilcoxon.

(b) question optionnelle, seulement si une alopecie était présente.

Tableau 6 : Évolution de la qualité de vie sexuelle évaluée par SHQ-C22 à T0 et T1.

	N= 8 0	Moyenne T0	DS T0	N=80	Moyenne T1	DS T1	P <sup>(a)</sup>
Échelles fonctionnelles :							
Satisfaction sexuelle	67	45.04	24.98	60	47.10	23.26	1.0
Importance accordée à l'activité sexuelle	79	42.19	35.69	74	61.71	32.02	<0.01
Libido	79	57.81	40.55	72	47.22	40.25	0.09
Conséquence du traitement sur la vie sexuelle	73	59.82	38.87	69	56.04	36.38	0.73
Communication avec les professionnels	67	5.97	20.86	62	13.44	27.96	0.02
Capacité à Satisfaire le partenaire	69	65.22	40.60	57	60.82	38.89	0.21
Féminité	79	62.87	39.94	72	59.26	39.25	0.24
Échelles de symptômes :							
Dyspareunie	65	19.66	27.41	53	21.80	26.55	0.74
Incontinence	78	10.26	25.37	69	14.98	28.32	0.31
Asthénie	75	37.78	36.07	70	38.10	36.46	0.51
Sécheresse vaginale	73	28.31	37.95	62	41.94	39.09	0.05

(a) p-value du test non-paramétrique de Wilcoxon.

## Discussion

Actuellement, la qualité de vie sexuelle est un thème peu étudié, alors que les survivantes de cancer de sein se font plus nombreuses et que la tendance thérapeutique est à la prolongation de l'hormonothérapie. Il y a peu d'études à ce jour en France (6,24,25) qui évaluent la qualité de vie sexuelle des patientes ayant un cancer du sein. De plus, cette étude présente de nombreux intérêts tels le caractère prospectif, la bi centricité, le nombre de patientes issues d'une cohorte homogène durant la première année d'hormonothérapie, et l'utilisation d'un questionnaire spécifique de l'EORTC. D'ailleurs, aucune étude à ce jour n'a utilisé le questionnaire SHQ-C22, en cours de validation.

Cette étude donnait la parole aux patientes, mettant en lumière un thème souvent occulté, pour lequel la connaissance de leur expérience pourrait être la première étape de la prise en charge.

Sur l'ensemble des personnes contactées, 3 patientes ont exprimé leur désir de ne pas répondre à de telles questions, témoignant de l'intérêt des femmes pour le sujet. Inversement, de nombreuses femmes se sont montrées enthousiastes à la réalisation de cette étude, et saluaient l'intérêt porté à ce thème.

Dans l'étude CUPIDON, réalisée durant la première année d'hormonothérapie, nous avons pu constater que la qualité de vie sexuelle était altérée par rapport à la population générale (26) dès le début du traitement hormonal. En effet, sur 12 000 personnes interrogées en 2006, 88% d'entre elles (femmes et hommes) jugeaient leur vie sexuelle « très bonne » ou « satisfaisante ». Ainsi, la maladie, l'annonce du diagnostic, les traitements préalables avaient déjà perturbé la vie sexuelle des patientes, au début de l'hormonothérapie. En témoignent le nombre de patientes en couple sans activité sexuelle à l'inclusion (21 %), ainsi que les scores des échelles fonctionnelles concernant l'activité, le plaisir, la satisfaction sexuelle, et la libido s'étalant de 30 à 58/100.

Seules trente-pourcent des femmes ont eu une augmentation de 5 points de la dimension activité sexuelle. Elles avaient donc réussi à améliorer leurs symptômes même en cours d'hormonothérapie.

La sécheresse vaginale s'était significativement aggravée pendant la première année d'hormonothérapie, entraînant une hausse non significative des dyspareunies. La libido, l'image corporelle, la féminité et la capacité à satisfaire son partenaire se détérioraient de façon non significative malgré l'amélioration des symptômes locaux et de l'asthénie.

Bien qu'il existe des troubles sexuels au début puis à un an de l'hormonothérapie, alors que les femmes accordaient progressivement plus d'importance à leur vie sexuelle, la communication avec les professionnels de santé restait faible à l'inclusion et à un an. D'ailleurs une seule d'entre elles avait consulté un sexologue. Pourtant, les femmes établissaient un lien direct entre hormonothérapie et altération de leur qualité de vie sexuelle, comme l'illustrent les scores bas à la question dédiée (moyenne des scores à 56/100 à un an).

Nous ne pouvions évaluer la qualité de vie sexuelle sans prendre en compte les autres dimensions de la qualité de vie. C'est pourquoi les critères d'exclusion ne comprenaient pas de limite supérieure d'âge. Les moyennes des scores concernant la qualité de vie globale étaient plus élevées que ceux de la qualité de vie sexuelle, avec des scores à l'inclusion s'étalant de 63.13/100 (DS 29.95) pour le fonctionnement émotionnel à 83.15/100 (DS 16.52) pour le fonctionnement physique. Initialement, les principales altérations concernaient le fonctionnement émotionnel, l'asthénie et les insomnies.

A un an, les fonctions cognitives et physiques s'aggravaient de façon significative ( $p \leq 0.01$ ). Le fonctionnement émotionnel était celui qui avait le moins évolué par rapport aux autres échelles fonctionnelles de qualité de vie non sexuelle, même si aucune de leur augmentation n'était significative.

En résumé, l'étude a montré que les troubles sexuels étaient déjà présents au début de l'hormonothérapie. Ces troubles étaient multiples mais peu d'importance leur était accordée initialement. A un an, 70% des patientes n'avaient pas d'amélioration de l'activité sexuelle, l'augmentation de la sécheresse vaginale était significative, alors que la vie sexuelle devenait plus importante ( $p < 0.01$ ). Les dimensions image corporelle et féminité s'aggravaient de façon non significative, laissant penser qu'une intervention spécifique pourrait être bénéfique.

Les patientes accueillait positivement l'étude par téléphone ou par mail, sachant celle-ci anonyme, alors qu'elles n'exposaient que très rarement leurs symptômes en consultation. Ainsi, une intervention indirecte, sans consultation face à face, pourrait être une option pertinente.

Ces résultats sont concordants avec la littérature plus ancienne (18,27,28,29) et l'étude récemment publiée VICAN 5 (6) qui retrouvait une forte prévalence des dysfonctions sexuelles chez des patientes même à 5 ans du diagnostic d'un cancer du sein. Soixante pourcent d'entre

elles décrivaient une baisse de la libido, 50 % avaient des difficultés à atteindre un orgasme (53 % dans notre étude à T1), et 40 % étaient insatisfaites de leur vie sexuelle.

Les traitements ont donc des conséquences à court et à long terme sur la qualité de vie sexuelle. Notre étude s'est focalisée sur l'analyse des perturbations aiguës de la sexualité en lien avec la maladie ainsi que le traitement.

L'hormonothérapie vient donc aggraver un état déjà détérioré par les précédents traitements. Une intervention précoce pourrait ainsi être pertinente. Si dans l'idéal, il faudrait informer et proposer une prise en charge à toutes les patientes, il existe des facteurs prédictifs de dysfonction sexuelle. Lee and al (30) ont pu définir la ménopause chimio induite, la dysfonction thyroïdienne, et la dépression comme des facteurs de risque de dysfonction sexuelle. De même, l'image corporelle négative, l'hormonothérapie (31) et la mastectomie (27,32) s'ajoutent à ceux-ci.

La sexualité étant une construction multi dimensionnelle, la prise en charge devrait être multi disciplinaire. Une intervention médicale (oncologue, gynécologue, sexologue, urologue, médecin traitant), dans le cadre des soins de support, pourrait se concilier à une aide psychologique de la patiente mais aussi de son partenaire (18).

La première étape interventionnelle consiste à informer. Les patientes devraient être informées quant aux conséquences des traitements sur la sexualité, et l'existence de réponses thérapeutiques. Le personnel soignant devrait connaître l'existence de ces troubles, leur importance, et leur prise en charge (33). Informer la patiente dès le début de l'instauration des traitements renforcerait la relation de confiance, et laisserait à la patiente la possibilité de les évoquer ultérieurement si ces troubles devenaient importants.

L'intervention psychologique est fondamentale dans la prise en charge des dysfonctions sexuelles (34). Bien que l'étude ne soit pas construite pour l'évaluer, elle retrouve une forte prévalence des troubles sexuels, mais aussi un retentissement psychologique du cancer du sein et de ses traitements.

La prise en charge psychologique permet à la femme de se réapproprier son corps et sa féminité, ainsi que réinvestir son intimité sexuelle en travaillant l'image corporelle et l'acceptation (35).

Elle peut prendre différentes formes (psychoéducation, thérapie cognitive et comportementale), concerner la patiente seule ou le couple (36).

La thérapie cognitive et comportementale corrige les fausses cognitions par le biais d'une restructuration cognitive et d'exercices d'exposition progressive (35,37).

Les approches basées sur internet peuvent être pertinentes dans la mesure où elles sont vécues comme moins envahissantes que les interventions face à face. En effet, plusieurs études ont démontré l'amélioration de la qualité de vie sexuelle et globale suite à des programmes de thérapie cognitive et comportementale réalisées sur internet. Atema et al. (38) l'ont étudié pendant 6 semaines chez 254 patientes ayant eu un cancer du sein alors que Hummel and al. ont suivi 84 survivantes de cancer du sein, durant 24 semaines, avec des effets positifs persistants même 9 mois après la thérapie (39).

Lorsque de telles interventions avaient été évaluées par les patientes (40), 91% d'entre elles recommandaient le programme et 91% le trouvaient utile.

Le plus efficace étant probablement l'association de programmes de thérapie cognitive et comportementale à une activité physique (41).

La thérapie de couple vise à éduquer le couple sur la maladie, le traitement et les conséquences sur la vie sexuelle. Elle promeut la communication au sein du couple afin de créer un soutien mutuel (36). Elle peut intégrer des techniques de thérapie sexuelle tels que les exercices d'exposition progressive à la cicatrice, ou de « sensate focus » développée par Master et Johnson (42), avec interdiction initiale d'avoir un rapport sexuel. La relation sexuelle doit ainsi se limiter exclusivement aux préliminaires, le temps de redécouvrir le corps de l'autre, de créer une nouvelle relation sexuelle, basée sur la communication, afin de réduire l'anxiété de performance.

Les exercices de relaxation et de pleine conscience peuvent également être des supports, que l'on peut associer à une médecine conventionnelle (médecine intégrative) (8).

Une personne formée à la sexologie pourrait mieux orienter ces patientes vers la thérapie ou l'accompagnement approprié au trouble sexuel ressenti et à leur personnalité. De plus, une telle intervention permettrait une approche indirecte des troubles de la sexualité en préservant l'intimité des femmes, en un temps et un espace dédié.

Le corps médical dispose de plusieurs moyens thérapeutiques pour améliorer les dysfonctions sexuelles. En première ligne, les émoullients vaginaux rendent plus élastique la muqueuse, en augmentent son pH, et restaurent sa flore afin de lutter contre l'atrophie et donc la sécheresse, l'irritation, le prurit, la douleur vaginale et la dyspareunie (42). Ils ont une action locale, et se délivrent sous forme de crème, ovule, ou anneaux vaginaux. Ils peuvent être hormonaux ou non.

Il est préférable d'utiliser les topiques sans œstrogènes afin d'éviter tout passage systémique. Les résultats des études sont contradictoires, certaines démontrent qu'il n'y avait pas de sur risque de récurrence de cancer du sein (risque relatif de récurrence 0.78, IC95 % 0.48-1.25) (43), ni d'augmentation du taux sanguin d'œstrogènes (44). Cependant, des études retrouvaient des taux systémiques d'œstrogènes élevés (45). Ils sont donc à garder en deuxième intention, pour des symptômes sévères (46).

Les lubrifiants, à base d'eau ou de silicone, n'ont pas d'action durable sur la muqueuse vaginale mais sont transitoirement efficaces pour les dyspareunies (34).

L'étude Overcome de Juraskova (47) montrait une amélioration de la fonction sexuelle, de la dyspareunie et de la qualité de vie après l'utilisation combinée d'hydratants et lubrifiants vaginaux associés à des exercices de renforcement du plancher pelvien.

Le laser CO2 micro ablatif restaure la muqueuse vaginale en dégradant la couche superficielle atrophiee, puis en induisant une ré-épipithélialisation de celle-ci grâce à une néo vascularisation et une néo collagénose. Les fibroblastes sont alors capables de produire plus de matrice extra cellulaire, et de meilleure qualité (48).

Cette étude aurait pu être améliorée par l'augmentation des données à 6 mois pour permettre une analyse rapprochée des modifications de la qualité de vie sexuelle. Certains résultats n'étaient pas significatifs, probablement par manque de puissance. L'étude des partenaires et celle d'un groupe contrôle de femmes sans antécédent de cancer aurait permis une compréhension plus fine et une interprétation plus juste des résultats des survivantes. D'ailleurs, il n'y a, à ce jour que peu d'études comparant ces deux groupes dans la littérature (49).

## **Conclusion**

L'étude CUPIDON a montré que des troubles sexuels étaient présents chez les patientes atteintes de cancer du sein, dès le début de l'hormonothérapie, bien que l'intérêt porté à ceux-ci augmentait progressivement. Pour autant leur prise en charge était insuffisante, et les femmes appréciaient que l'on s'intéresse à ce sujet peu abordé.

Les troubles sexuels pouvaient s'améliorer même en cours d'hormonothérapie, comme cela a été le cas pour 30 % des patientes.

Le projet CUPIDON 2 précisera le(s) type(s) d'intervention(s) que souhaiteraient les femmes pour améliorer leur qualité de vie sexuelle.

Améliorer cette dernière s'intègre au Plan Cancer 2019 (50) dont les objectifs sont entre autres d'assurer une prise en charge globale et personnalisée, de réduire les séquelles de cancers, et de diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle.

Améliorer la qualité de vie permettrait de favoriser l'adhérence aux traitements, et ainsi allier amélioration du pronostic à qualité de vie.

## Bibliographie

---

1. International Agency for Research on Cancer 2018. GLOBOCAN 2018 [Internet]. 2018 [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/39-All-cancers-fact-sheet.pdf>
2. Colonna M, Mitton N, Grosclaude P. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine en 2008 [Internet]. Institut de Veille Sanitaire.; 2014. Disponible sur: <http://www.cancer-environnement.fr/Portals/0/Documents PDF/Estimation-prevalence-cancer-France-metropolitaine-en-2008-2014.pdf>.
3. Davies C, Pan H, Godwin J, Gray R, Arriagada R, Raina V, et al. Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomised trial. *The Lancet*. 9 mars 2013;381(9869):805- 16.
4. Jin H, Tu D, Zhao N, Shepherd LE, Goss PE. Longer-term outcomes of letrozole versus placebo after 5 years of tamoxifen in the NCIC CTG MA.17 trial: analyses adjusting for treatment crossover. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 mars 2012;30(7):718- 21.
5. Fallowfield L, Jenkins V. Psychosocial/survivorship issues in breast cancer: are we doing better? - PubMed - NCBI. *J Natl Cancer Inst* [Internet]. nov 2014 [cité 12 juin 2019];27;107(1):335. Disponible sur: <https://www-ncbi-nlm-nih-gov.www.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/25432407>
6. Inca. La vie cinq ans après un diagnostic de cancer - 2018-6-19-la\_vie\_cinq\_ans\_apres\_un\_diagnostic\_de\_cancer\_rapport\_mel\_inserm-inca.pdf [Internet]. 2018 [cité 25 août 2019]. Disponible sur: [http://www.proinfoscancer.org/sites/default/files/2018-6-19-la\\_vie\\_cinq\\_ans\\_apres\\_un\\_diagnostic\\_de\\_cancer\\_rapport\\_mel\\_inserm-inca.pdf](http://www.proinfoscancer.org/sites/default/files/2018-6-19-la_vie_cinq_ans_apres_un_diagnostic_de_cancer_rapport_mel_inserm-inca.pdf)
7. Greenlee H, DuPont-Reyes MJ, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen MR, Deng G, et al. Clinical practice guidelines on the evidence-based use of integrative therapies during and following breast cancer treatment. *CA Cancer J Clin*. 6 mai 2017;67(3):194- 232.
8. Sears CS, Robinson JW, Walker LM. A comprehensive review of sexual health concerns after cancer treatment and the biopsychosocial treatment options available to female patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 1 mars 2018;27(2):e12738.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; 2013. 1520 p.
10. Vanlerenberghe E, Sedda A-L, Ait-Kaci F. Cancers de la femme, sexualité et approche du couple. *Bull Cancer (Paris)*. 1 mai 2015;102(5):454- 62.
11. Roy J. Levin Reader in Psychology (Retired). The breast/nipple/areola complex and

human sexuality. *Sex Relatsh Ther.* 1 mai 2006;21(2):237- 49.

12. pubmeddev, al GJ et. How do breast cancer surgery scars impact survivorship? Findings from a nationwide survey in the United States. - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 18 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezpum.biu-montpellier.fr/pubmed/30971201>
13. Falk Dahl CA1, Reinertsen KV, Nesvold IL, Fosså SD, Dahl AA., , et. A study of body image in long-term breast cancer survivors. *PubMed NCBI. Cancer.* août 2010;116(15):3549-57.
14. Cavalheiro JAC, Bittelbrunn A, Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cericatto R, et al. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Womens Health.* 11 sept 2012;12:28.
15. Hawkins Y1, Ussher J, Gilbert E, Perz J, Sandoval M, Sundquist K. Changes in Sexuality and Intimacy After the Diagnosis and Treatment of Cancer. *Cancer Nurs.* août 2009;Vol.32(4),:p.271-280.
16. Dizon DS. Quality of life after breast cancer: survivorship and sexuality. *Breast J.* oct 2009;15(5):500- 4.
17. Levine JM, Kelvin JF, Quinn GP, Gracia CR. Infertility in reproductive-age female cancer survivors. *Cancer.* 15 mai 2015;121(10):1532- 9.
18. Bober SL, Varela VS. Sexuality in Adult Cancer Survivors: Challenges and Intervention. *J Clin Oncol [Internet].* 24 sept 2012 [cité 22 août 2019]; Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.2012.41.7915>
19. Oberuggenberger AS, Nagele E, Inwald EC, Tomaszewski K, Lanceley A, Nordin A, et al. Phase 1–3 of the cross-cultural development of an EORTC questionnaire for the assessment of sexual health in cancer patients: the EORTC SHQ-22. *Cancer Med.* 13 févr 2018;7(3):635- 45.
20. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A Quality-of-Life Instrument for Use in International Clinical Trials in Oncology. *JNCI J Natl Cancer Inst.* 3 mars 1993;85(5):365- 76.
21. Giesinger JM, Kieffer JM, Fayers PM, Groenvold M, Petersen MA, Scott NW, et al. Replication and validation of higher order models demonstrated that a summary score for the EORTC QLQ-C30 is robust. *J Clin Epidemiol.* janv 2016;69:79- 88.
22. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, Franklin J, Velde A te, Muller M, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. *J Clin Oncol [Internet].* 21 sept 2016 [cité 23 août 2019]; Disponible sur: <https://ascopubs.org/doi/pdf/10.1200/JCO.1996.14.10.2756>

23. EORTC. EORTC QLQ C30 Scoring Manual -. 2001;
24. Blouet A, Zinger M, Capitain O, Landry S, Bourgeois H, Seegers VT, et al. Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. mars 2019;27(3):879- 85.
25. Vanlemmens L, Congard A, Antoine P, Fournier E, Lesur A, Loustalot C, et al. Abstract P3-09-07: Construction of two quality of life questionnaires from young breast cancer patients and their partner (Kalicou). *Cancer Res*. 15 déc 2013;73(24 Supplement):P3-09-07-P3-09- 07.
26. Nathalie BAJOS, Michel BOZON. Enquête sur la sexualité en France Pratiques, genre et santé [Internet]. La Découverte.; 2008 [cité 22 sept 2019]. 612 p. Disponible sur: <http://www.cairn.info/enquete-sur-la-sexualite-en-france--9782707154293.htm>
27. Raggio GA, Butryn ML, Arigo D, Mikorski R, Palmer SC. Prevalence and correlates of sexual morbidity in long-term breast cancer survivors. *Psychol Health*. 3 juin 2014;29(6):632- 50.
28. Maiorino MI, Chiodini P, Bellastella G, Giugliano D, Esposito K. Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. - PubMed - NCBI. *Endocrine* [Internet]. nov 2016 [cité 12 juin 2019];(54(2):329-341). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/www.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/26643312>
29. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A JL et. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. - PubMed - NCBI. *Support Care Cancer* [Internet]. avr 2019 [cité 12 juin 2019];27(4):1171-1180. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/www.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/30712099>
30. Lee M, Kim YH, Jeon MJ LM et. Risk factors for negative impacts on sexual activity and function in younger breast cancer survivors. - PubMed - NCBI. *Psychooncology* [Internet]. sept 2015 [cité 12 juin 2019];24(9):1097-103. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/www.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/25690696>
31. Ljungman L, Ahlgren J, Petersson L-M, Flynn KE, Weinfurt K, Gorman JR, et al. Sexual dysfunction and reproductive concerns in young women with breast cancer: Type, prevalence, and predictors of problems. *Psychooncology*. 2018;27(12):2770- 7.
32. Cornell LF, Mussallem DM, Gibson TC. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery. - PubMed - NCBI. *Ann Surg Oncol* [Internet]. sept 2017 [cité 12 juin 2019];24(9):2526-2538. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/www.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/28560595>
33. Reese JB, Sorice K, Lepore SJ. Patient-clinician communication about sexual health in breast cancer: A mixed-methods analysis of clinic dialogue. - PubMed - NCBI. *Patient Educ*

- Couns [Internet]. mars 2019 [cité 12 juin 2019];102(3):436-442. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30314828>
34. Caitlin E. Taylor MD. Management of Breast Cancer Therapy–Related Sexual Dysfunction. Cancer Netw [Internet]. 15 oct 2017 [cité 25 août 2019]; Disponible sur: <https://www.cancernetwork.com/article/management-breast-cancer-therapy%E2%80%93related-sexual-dysfunction>
35. Hummel SB, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Hahn DEE, Kieffer JM, Gerritsma MA, et al. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Improving Sexual Functioning of Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 avr 2017;35(12):1328- 40.
36. Carroll AJ, Baron SR, Carroll RA. Couple-based treatment for sexual problems following breast cancer: A review and synthesis of the literature. *Support Care Cancer Off J Multinat Assoc Support Care Cancer*. 2016;24(8):3651- 9.
37. Esplen MJ, Wong J, Warner E, Toner B. Restoring Body Image After Cancer (ReBIC): Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 10 mars 2018;36(8):749- 56.
38. Atema V, van Leeuwen M, Kieffer JM, Oldenburg HSA, van Beurden M, Gerritsma MA, et al. Efficacy of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy for Treatment-Induced Menopausal Symptoms in Breast Cancer Survivors: Results of a Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 1 avr 2019;37(10):809- 22.
39. Hummel SB, Hahn DEE, van Lankveld JJDM, Oldenburg HSA, Broomans E, Aaronson NK. Factors Associated With Specific Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Sexual Dysfunctions in Breast Cancer Survivors: A Study of Patients and Their Partners. *J Sex Med*. 2017;14(10):1248- 59.
40. Rowland JH, Meyerowitz BE, Crespi CM, Leedham B, Desmond K, Belin TR, et al. Addressing intimacy and partner communication after breast cancer: a randomized controlled group intervention. *Breast Cancer Res Treat*. nov 2009;118(1):99.
41. Duijts SFA, van Beurden M, Oldenburg HSA, Hunter MS, Kieffer JM, Stuiver MM, et al. Efficacy of cognitive behavioral therapy and physical exercise in alleviating treatment-induced menopausal symptoms in patients with breast cancer: results of a randomized, controlled, multicenter trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 nov 2012;30(33):4124- 33.
42. Krychman ML, Katz A. Breast Cancer and Sexuality: Multi-modal Treatment Options (CME). *J Sex Med*. 1 janv 2012;9(1):5- 13.
43. Le Ray IJ, Dell’Aniello S, Bonnetain F, Azoulay L, Suissa S. Local estrogen therapy and

- risk of breast cancer recurrence among hormone-treated patients: a nested case-control study. - PubMed - NCBI. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. sept 2012 [cité 25 août 2019];135(2):603-9. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezpum.biu-montpellier.fr/pubmed/?term=Le+Ray+I%2C+Dell%E2%80%99Aniello+S%2C+Bonnetain+F%2C+et+al.+Local+estrogen+therapy+and+risk+of+breast+cancer+recurrence+among+hormone-treated+patients%3A+a+nested+case-control+study>.
44. Melisko ME, Goldman ME, Hwang J, Luca AD, Fang S, Esserman LJ, et al. Vaginal Testosterone Cream vs Estradiol Vaginal Ring for Vaginal Dryness or Decreased Libido in Women Receiving Aromatase Inhibitors for Early-Stage Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol*. 1 mars 2017;3(3):313- 9.
45. Moegele M, Buchholz S, Seitz S, Ortmann O. Vaginal estrogen therapy in postmenopausal breast cancer patients treated with aromatase inhibitors. - PubMed - NCBI. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. mai 2012 [cité 22 sept 2019];(285(5):1397-402.). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezpum.biu-montpellier.fr/pubmed/?term=Moegele+M%2C+Buchholz+S%2C+Seitz+S%2C+Ortmann+O.+Vaginal+estrogen+therapy+in+postmenopausal+breast+cancer+patients+treated+with+aromatase+inhibitors.+Arch+Gynecol+Obstet.+2012%3B285%3A1397-402>.
46. Inca. Cancer du sein /Du diagnostic au suivi. Outils pour la pratique. [Internet]. 2016 [cité 23 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.google.com/search?client=firefox-b-ab&q=recommandation+cancer+sein+emollients+vaginaux&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwi2jsWvw-XkAhUQhxoKHUWPANkQBQgsKAA&biw=1161&bih=692>
47. Juraskova I, Jarvis S, Mok K, Peate M, Meiser B, Cheah BC, et al. The acceptability, feasibility, and efficacy (phase I/II study) of the OVERcome (Olive Oil, Vaginal Exercise, and MoisturizeR) intervention to improve dyspareunia and alleviate sexual problems in women with breast cancer. *J Sex Med*. oct 2013;10(10):2549- 58.
48. Gittens P. and Mullen. The effects of fractional microablative CO2 laser therapy on sexual function in postmenopausal women and women with a history of breast cancer trea... - PubMed - NCBI. *J Cosmet Laser Ther* [Internet]. mai 2018 [cité 12 juin 2019];21(3):127-131. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ezp.biu-montpellier.fr/pubmed/29883233>
49. Soldera SV, Ennis M, Lohmann AE, Goodwin PJ. Sexual health in long-term breast cancer survivors. *Breast Cancer Res Treat*. nov 2018;172(1):159- 66.
50. Objectif 7 : Assurer des prises en charge globales et personnalisées - Les 17 objectifs du Plan [Internet]. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Plan-cancer-2014-2019-priorites-et-objectifs/Plan-cancer-2014-2019-de-quoi-s-agit-il/Les-17-objectifs-du-Plan/Objectif-7-Assurer-des-prises-en-charge-globales-et-personnalisees>

## Annexes

### Annexe 1 : Questionnaire EORTC QLQ-C30, version 3

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. Avez-vous des difficultés à faire certains efforts physiques pénibles comme porter un sac à provisions chargé ou une valise ?	1	2	3	4
2. Avez-vous des difficultés à faire une <u>longue</u> promenade ?	1	2	3	4
3. Avez-vous des difficultés à faire un <u>petit</u> tour dehors ?	1	2	3	4
4. Etes-vous obligée de rester au lit ou dans un fauteuil pendant la journée ?	1	2	3	4
5. Avez-vous besoin d'aide pour manger, vous habiller, faire votre toilette ou aller aux toilettes ?	1	2	3	4
6. Avez-vous été gêné(e) pour faire votre travail ou vos activités de tous les jours ?	1	2	3	4
7. Avez-vous été gêné(e) dans vos activités de loisirs ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
8. Avez-vous eu le souffle court ?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti de la douleur ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu besoin de repos ?	1	2	3	4
11. Avez-vous eu des difficultés pour dormir ?	1	2	3	4
12. Vous êtes-vous sentie faible ?	1	2	3	4
13. Avez-vous manqué d'appétit ?	1	2	3	4
14. Avez-vous eu des nausées (mal au cœur) ?	1	2	3	4
15. Avez-vous vomi ?	1	2	3	4

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
16. Avez-vous été constipée ?	1	2	3	4
17. Avez-vous eu de la diarrhée ?	1	2	3	4

18. Etiez-vous fatiguée ?	1	2	3	4
19. Des douleurs ont-elles perturbé vos activités quotidiennes ?	1	2	3	4
20. Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer sur certaines choses par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision ?	1	2	3	4
21. Vous êtes-vous sentie tendu ?	1	2	3	4
22. Vous êtes-vous fait du souci ?	1	2	3	4
23. Vous êtes-vous sentie irritable ?	1	2	3	4
24. Vous êtes-vous sentie déprimée ?	1	2	3	4
25. Avez-vous eu des difficultés pour vous souvenir de certaines choses ?	1	2	3	4
26. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gênée dans votre vie familiale ?	1	2	3	4
27. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils gêné dans vos activités sociales (par exemple sortir avec des amis, aller au cinéma ...)?	1	2	3	4
28. Votre état physique ou votre traitement médical vous ont-ils causé des problèmes financiers ?	1	2	3	4

Pour les questions suivantes, veuillez répondre en entourant le chiffre entre 1 et 7 qui s'applique le mieux à votre situation

29. Comment évalueriez-vous votre état de santé au cours de la semaine passée?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

30. Comment évalueriez-vous l'ensemble de votre qualité de vie au cours de la semaine passée?

1	2	3	4	5	6	7
Très mauvais						Excellent

© QLQ-C30 Copyright 1995 EORTC Quality of Life Group. Tous droits réservés. Version 3.0

## Annexe 2 : Questionnaire EORTC QLQ-BR23

Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
31. Avez-vous eu la bouche sèche ?	1	2	3	4
32. La nourriture et la boisson avaient-elles un goût inhabituel ?	1	2	3	4
33. Est-ce que vos yeux étaient irrités, larmoyants ou douloureux ?	1	2	3	4
34. Avez-vous perdu des cheveux ?	1	2	3	4
35. Répondez à cette question uniquement si vous avez perdu des cheveux : La perte de vos cheveux vous a-t-elle contrariée ?	1	2	3	4
36. Vous êtes-vous sentie malade ou souffrante ?	1	2	3	4
37. Avez-vous eu des bouffées de chaleur ?	1	2	3	4
38. Avez-vous eu mal à la tête ?	1	2	3	4
39. Vous êtes-vous sentie moins attirante du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
40. Vous êtes-vous sentie moins féminine du fait de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
41. Avez-vous trouvé difficile de vous regarder nue ?	1	2	3	4
42. Votre corps vous a-t-il déplu ?	1	2	3	4
43. Vous faisiez-vous du souci pour votre santé dans l'avenir ?	1	2	3	4
Au cours des quatre dernières semaines :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
44. Dans quelle mesure vous êtes-vous intéressée à la sexualité ?	1	2	3	4
45. Avez-vous eu une activité sexuelle quelconque (avec ou sans rapport) ?	1	2	3	4
46. Répondez à cette question uniquement si vous avez eu une activité sexuelle: Dans quelle mesure l'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4
Au cours de la semaine passée :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
47. Avez-vous eu mal au bras ou à l'épaule ?	1	2	3	4
48. Avez-vous eu la main ou le bras enflé ?	1	2	3	4
49. Avez-vous eu du mal à lever le bras devant vous	1	2	3	4

ou sur le côté ?

50. Avez-vous ressenti des douleurs dans la région du sein traité ?	1	2	3	4
51. La région de votre sein traité était-elle enflée ?	1	2	3	4
52. La région de votre sein traité était-elle particulièrement sensible ?	1	2	3	4
53. Avez-vous eu des problèmes de peau dans la région de votre sein traité (démangeaisons, peau qui pèle, peau sèche) ?	1	2	3	4

---

© QLQ-CX24 Copyright 2003 EORTC Group on Quality of life. Tous droits réservés

### Annexe 3 : Questionnaire EORTC SHQ-C22

Au cours des 4 dernières semaines :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
1. À quel point est-il important pour vous d'avoir une vie sexuelle active ?	1	2	3	4
2. Avez-vous eu une baisse de la libido ?	1	2	3	4
3. Avez-vous été satisfait(e) de votre niveau de désir sexuel ?	1	2	3	4
4. L'activité sexuelle vous a-t-elle procuré du plaisir ?	1	2	3	4
5. Avez-vous été satisfait(e) de votre capacité à atteindre à un orgasme ?	1	2	3	4
6. Avez-vous eu peur d'avoir une incontinence (urine/selles)?	1	2	3	4
7. La fatigue ou le manque d'énergie a-t-elle/il affecté votre vie sexuelle ?	1	2	3	4
8. Le traitement a-t-il affecté votre activité sexuelle ?	1	2	3	4
9. Avez-vous ressenti des douleurs pendant/après l'activité sexuelle ?	1	2	3	4
10. Avez-vous eu peur que les relations sexuelles ne soient douloureuses ?	1	2	3	4
11. Avez-vous communiqué avec les professionnels de santé concernant des problèmes sexuels ?	1	2	3	4
12. Avez-vous été satisfait(e) de la communication avec votre partenaire au sujet de problèmes sexuels ?	1	2	3	4
13. Avez-vous eu peur que votre partenaire ne puisse vous faire mal pendant les relations sexuelles ?	1	2	3	4
14. Avez-vous été satisfait(e) de votre niveau d'intimité ?	1	2	3	4
15. Avez-vous douté de votre capacité à satisfaire votre partenaire ?	1	2	3	4

Au cours des 4 dernières semaines :	Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
16. Avez-vous été sexuellement actif(-ive) ?	1	2	3	4
17. Dans quelle mesure avez-vous ressenti du plaisir sexuel ?	1	2	3	4
18. Avez-vous été satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	1	2	3	4

Pour les hommes uniquement

Au cours des 4 dernières semaines :

---

---

19. Étiez-vous confiant d'obtenir et de maintenir une érection pendant les relations sexuelles ?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

20. Vous êtes-vous senti moins homme en raison de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

---

Pour les femmes uniquement

Au cours des 4 dernières semaines :

---

21. Avez-vous ressenti une sécheresse vaginale pendant l'activité sexuelle ?	1	2	3	4
--	---	---	---	---

22. Vous êtes-vous sentie moins femme en raison de votre maladie ou de votre traitement ?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

---

French/© Copyright 2014, EORTC Study Group on Quality of Life. Tous droits réservés. Version 1.0

**Annexe 4:** Manuel de cotation du questionnaire EORTC QLQ-C30

	Légende	Nombre de questions	Nombre de niveaux	Questions (items)
<b>Statut global de santé</b>				
- Statut global de santé	QL	2	7	Q29, Q30
<b>Echelles fonctionnelles</b>				
- Fonctionnement physique	PF	5	4	Q1 à Q5
- Fonctionnement personnel	RF	2	4	Q6, Q7
- Fonctionnement émotionnel	CF	4	4	Q21 à Q24
- Fonctions cognitives	EF	2	4	Q20, Q25
- Fonctionnement social	SF	2	4	Q26, Q27
<b>Echelles symptomatiques</b>				
- Fatigue	FA	3	4	Q10, Q12, Q18
- Douleur	PA	2	4	Q9, Q19
- Nausées et vomissements	NV	2	4	Q14, Q15
- Dyspnée	DY	1	4	Q8
- Anorexie	AP	1	4	Q11
- Insomnie	SL	1	4	Q13
- Constipation	CO	1	4	Q16
- Diarrhées	DI	1	4	Q17
- Difficultés financières	FI	1	4	Q28

**Annexe 5 : Manuel de cotation du questionnaire EORTC QLQ-BR23**

	Légende	Nb de questions	Nb de niveaux	Questions (items)
<b>Echelles fonctionnelles</b>				
- Image Corporelle	BRBI	4	4	Q9 à Q12
- Activité sexuelle	BRSEF	2	4	Q14, Q15
- Plaisir sexuel	BRSEE	1	4	Q16
- Perspective Future	BRFU	1	4	Q13
<b>Echelles symptomatiques</b>				
- Effets secondaires CT/HT	BRST	7	4	Q1 à Q4, Q6 à Q8
- Symptômes au niveau du sein	BRBS	4	4	Q20 à Q23
- Symptômes au niveau du bras	BRAS	3	4	Q17 à Q19
- Sentiments liés à l'alopecie	BRHL	1	4	Q5

CT : Chimiothérapie, HT : Hormonothérapie

**Table 1. Scoring the QLQ-SHQ22**

	Scale	Number of items ( <i>n</i> )	Item range*	QLQ-SHQ22 item numbers ( <i>I</i> <sub>1</sub> , <i>I</i> <sub>2</sub> , ..., <i>I</i> <sub><i>n</i></sub> )	Reverse scoring items
<b>Functional scale / items</b>					
Sexual satisfaction	SXSAT	8	3	3,4,5,12,14,16,17,18	-
Importance of sexual activity	ISXA	1	3	1	-
Libido	LI	1	3	2	2
Treatment	TX	1	3	8	8
Communication with professionals	CHCP	1	3	11	-
Insecurity with partner	IP	1	3	15	15
Confidence Erection	CE	1	3	19 <sup>a</sup>	-
Masculinity	MA	1	3	20 <sup>a</sup>	20 <sup>a</sup>
Femininity	FE	1	3	22 <sup>a</sup>	22 <sup>a</sup>
<b>Symptom scale / items</b>					
Sexual pain	SXP	3	3	9,10,13	-
Worry Incontinence	WI	1	3	6	-
Fatigue	FA	1	3	7	-
Vaginal dryness	VD	1	3	21 <sup>a</sup>	-

\* "Item range" is the difference between the possible maximum and the minimum response to individual items. All items are scored 1 to 4, giving range = 3.

<sup>a</sup> Items 19 and 20 are only for men. Items 21 and 22 are for women only.

L'item « treatment » correspond aux conséquences du traitement sur la sexualité

L'item « insecurity with partner » correspond à la satisfaction du partenaire.

## SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, 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 (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.

## Résumé

**Introduction** Le cancer du sein requiert dans 70% des cas une hormonothérapie prolongée, pouvant altérer la qualité de vie sexuelle, peu abordée en consultation. **Matériels et méthode** Cette étude prospective, observationnelle, et bicentrique incluait des femmes ayant un cancer du sein localisé traité par hormonothérapie depuis 6 mois maximum ou devant l'initier dans les 3 mois à venir. Les questionnaires QLQ C30, QLQ BR23, SHQ C22 étaient soumis à l'inclusion, à 6 et 12 mois. Le critère de jugement principal était l'augmentation de 5 points de la dimension «activité sexuelle» du questionnaire BR23 à 12 mois, les critères secondaires étant la qualité de vie globale et sexuelle évalués par les trois questionnaires à l'inclusion, 6 et 12 mois. **Résultats** 103 patientes ont été incluses de Mai à Octobre 2018, les 80 ayant complété les questionnaires à l'inclusion et à 12 mois ont été analysées. Les dimensions activité, satisfaction, et plaisir sexuel obtenaient des moyennes de 29.8, 45 et 50/100 (DS 27.1, 25.0 et 32.0). A 12 mois, 30 % atteignaient le critère de jugement principal, la sécheresse vaginale et l'importance accordée à la vie sexuelle avaient significativement augmenté alors que la communication avec les professionnels restait faible. **Discussion** Initialement, les scores de qualité de vie sexuelle étaient bas, puis les symptômes vaginaux s'aggravaient alors que la communication restait faible. Leur prise en charge allie information, moyens médicaux et psychologiques. **Conclusion** Une prise en charge précoce et pluridisciplinaire des troubles sexuels pourrait améliorer la qualité de vie des patientes, l'observance au traitement, et allier pronostic à qualité de vie.

**Introduction** Breast cancer requires in 70% of cases prolonged hormone therapy, which can impair the quality of sexual life, which is rarely discussed in consultation. **Materials and Method** This prospective, observational, and bicentric study included women with localized breast cancer treated with hormone therapy for 6 months maximum or to initiate it within the next 3 months. The QLQ C30, QLQ BR23, SHQ C22 questionnaires were subject at the inclusion, at 6 and 12 months. The main endpoint was a 5-points increase in the "sexual activity" dimension of the BR23 questionnaire at 12 months, the secondary criteria were the overall and sexual quality of life assessed by the three questionnaires, at the inclusion, 6 and 12 months. **Results** 103 patients were included from May to October 2018, the 80 who completed the questionnaires at inclusion and at 12 months were analyzed. The activity, satisfaction, and sexual pleasure dimensions averaged 29.8, 45 and 50/100 (DS 27.1, 25.0 and 32.0). At 12 months, 30% met the primary endpoint, vaginal dryness and the importance of sex life had increased significantly while communication with professionals remained low. **Discussion** Initially, sex quality scores were low, then vaginal symptoms worsened while communication remained low. Addressing sexual dysfunction combines information, medical and psychological means. **Conclusion** Early and multidisciplinary management of sexual disorders could improve patients' quality of life, adherence to treatment, and combines prognosis and quality of life.

**Mots-clefs :** cancer du sein, hormonothérapie, qualité de vie sexuelle, qualité de vie globale, survivantes de cancer de sein.

Breast cancer, hormone therapy, sexual quality of life, health related quality of life, breast cancer survivors.