



CANCER ET PSYCHOLOGIE a.s.b.l.

Association pour l'Accompagnement Psychologique des Personnes
Atteintes d'un Cancer, de leurs Proches et des Soignants

avenue de Tervuren, 215/14
1150 BRUXELLES
tel: 02 735 16 97
fax: 02 735 84 09

CANCER ET SEXUALITÉ

par Sophie BUYSE, licenciée en Sciences Familiales et Sexologiques, psychothérapeute.

CANCER ET ORGANES GÉNITAUX

par Françoise MAJOIS, docteur en médecine, oncologue.



1 CANCER ET SEXUALITÉ

Lorsqu'on évoque le thème du cancer et de la sexualité, on ne peut se contenter d'une réflexion autour du cancer des organes génitaux de l'homme et de la femme. Nous devons également mesurer les retombées psychologiques du cancer au niveau du couple et de son intimité sexuelle menacée. Il est fondamental que tout soignant s'interroge sur le vécu du partenaire d'un malade du cancer : comment aimer l'autre lorsque la souffrance emprisonne son corps, comment lui "faire l'amour" sans le ou la blesser ?

La sexualité touche chacun dans son identité et détermine la féminité ou la virilité d'un sujet. J'accorderai une grande place aux difficultés rencontrées par le couple ou la femme doit subir une mastectomie et l'homme une orchidectomie après la découverte d'un cancer. Quelle est la position des soignants lorsqu'ils sont confrontés à une intervention mutilante chez leur patient ? Quelles sont leurs réactions, comment préparer une femme, un homme à perdre un organe aussi important. Perdre un sein, la matrice, les ovaires ou un testicule, c'est se détacher d'un organe voué à la transmission de la vie. Nous venons du sexe, notre mère nous a porté dans son utérus et nous a nourri de ses seins. Que se passe-t-il lorsqu'une fonction aussi fondamentale se trouve définitivement ou partiellement rayée de notre vie ?

1.1 L'homme et la femme face à une intervention mutilante.

Le partenaire de la femme peut vivre l'opération de celle-ci avec de nombreuses craintes, des doutes et des questions auxquels les médecins sont bien souvent embarrassés de répondre. L'homme peut avoir peur de faire mal à son épouse en lui faisant l'amour, il craint de regarder le sein vidé de sa rondeur, il redoute de ne plus reconnaître la femme qu'il a désirée et celle-ci de son côté, pourra ressentir le malaise de son conjoint. La sexualité risque de devenir un obstacle entre eux si l'effort d'un dialogue n'est pas encouragé. Le sein manquant sera remplacé par une prothèse, le vagin risque de perdre sa souplesse parce qu'il n'est plus lubrifié comme avant. Les règles qui rythmaient les mois ont disparu. La femme risque de réagir par un refus de toute sexualité et de ressentir une perte de sa féminité.

L'homme à qui l'on a enlevé les testicules devra affronter la castration tant organique que psychologique. Il devra faire face à l'angoisse de ne plus produire de spermatozoïdes, savoir qu'il ne pourra plus faire d'enfant, que le cas échéant, il devra passer par une assistance extérieure éventuelle comme l'insémination artificielle. Son système hormonal sera reconstitué chimiquement pour parer aux effets secondaires de cette mutilation. Au moment de l'intervention, une prothèse sera placée d'emblée à la place du testicule manquant.

Cet homme pourra ressentir l'humiliation d'avoir perdu ses testicules. L'expression "il n'a pas de couilles" si fréquente dans le vocabulaire argotique, qu'on en oublie souvent la portée, sera ressentie comme particulièrement blessante. Les testicules, communément appelés "les bijoux de famille", valent leur pesant d'or dans notre imaginaire car ils sont porteurs de notre hérédité. C'est un symbole de puissance et de virilité dans les fantasmes des hommes et des femmes. C'est pourquoi il n'est pas rare d'entendre : "quelqu'un qui en a ou quelqu'un qui n'en a pas", manière brutale et réductrice de dire : "on est un homme ou on ne l'est pas !". L'homme castré peut se sentir fortement diminué et penser qu'au regard d'autrui il passe pour une femme ou une moitié d'homme.

Les seins d'une femme sont presque aussi importants que les testicules pour (homme. Ils ont en commun leur rondeur, leur symétrie, et le fait de se présenter par paire. A cet effet on dit également "avoir une belle paire de seins"... La paire figure (harmonie et équilibre de ce qui est à la fois externe (dans le volume) et interne (sa fonction de sécrétion). Perdre un sein ou un des deux testicules, c'est séparer ce couple préalablement uni et semblable. Je souhaitais souligner ces parallèles parce qu'il est très fréquent de retrouver ces associations dans les manifestations imaginaires et parlées de l'inconscient.



1.2 Les réactions Psychologiques.

Ces organes qui depuis notre naissance constituent notre identité future d'homme ou de femme, ont un rôle déterminant dans toute notre existence. Le sexe accouplé au cœur devient la cible des émotions agréables et désagréables. C'est pourquoi il sera souvent le premier atteint en cas de chocs affectifs ou de traumatismes psychologiques. Les organes sexuels et le cœur sont psychologiquement très investis.

L'amour et la famille occupent une place primordiale dans les objectifs de vie à atteindre. Des frustrations répétées, qu'il s'agisse d'abandon, de la perte d'un enfant ou d'un autre être cher, sont des expériences extrêmement bouleversantes et qui peuvent se répercuter physiologiquement.

Notre politique à "Cancer et Psychologie" n'est pas d'expliquer le cancer par la psychologie, mais de reconnaître qu'il y a dans la survenue de cette maladie, à la fois des causes organiques et psychologiques. Nous pensons que la guérison passe par une intervention médicale mais aussi par un processus de remise en question de soi d'ordre psychologique. C'est la combinaison des deux thérapeutiques qui peut se montrer gagnante.

Depuis peu de temps, une discipline thérapeutique est née : "la gynécologie psychosomatique". Des gynécologues (Momoum S., Caban A, Gros D.) fréquemment confrontés à des troubles sexuels et des lésions partielles ou totales d'organes sexuels, se sont aperçus de la forte implication affective et psychologique dans la survenue de ces troubles. Les soins purement médicaux ne suffisaient pas, parfois ceux-ci ne donnaient aucun résultat et ces médecins se trouvaient tout à fait démunis. Dès lors il se sont mis à l'écoute de leurs patients et ils ont découvert l'importance de la souffrance psychologique cachée parfois depuis plusieurs années. Cette souffrance s'était intériorisée et n'avait jamais véritablement été surmontée.

1.3 Le climat favorable à la guérison

La plupart du temps, lorsque l'on découvre l'existence de la maladie, l'objectif primordial est la guérison, et la vie sexuelle devient une préoccupation secondaire. Toute (énergie vitale est mobilisée pour la lutte contre le cancer. La sexualité pourtant représente l'amour, la jouissance et la vie, alors que le cancer symbolise la mort et la souffrance.

Dans ce contexte pénible de maladie, diverses études (Lenouzière J., Maggioni G., Calle C., Benzi G.) ont démontré que le couple qui reprend les activités sexuelles améliore ses chances de guérison. Le corps a besoin de stimulations agréables, de caresses, de baisers, de tendresse. Le contact tactile de la surface de la peau (massages) agit en profondeur. Il nous est parfois difficile de reconnaître que notre peau n'est pas un simple sac qui nous recouvre, mais qu'elle communique avec les organes à l'intérieur. Notre corps tout entier est perméable et les organes génitaux expriment à la fois la cavité, (ouverture vers (intérieur et la plénitude, le solide, le rempli. Le cancer ne doit pas fermer les portes du corps.

Je dis cela parce que les études statistiques (Snow, Muslin, Goll) montrent que 56% des femmes qui ont subi une mastectomie ont des troubles sexuels l'année qui suit l'intervention. Presque toutes ont plus de difficultés à atteindre l'orgasme. Elles ont honte de se montrer nues et se cachent.

Après (ablation d'un seul sein, une femme sur deux ne ressent plus de sensations érotiques au niveau de la poitrine. Le deuil d'un sein est difficile à faire, mais il existe un organisme : "Vivre comme avant" où les femmes qui ont subi une mastectomie se réunissent deux fois par an pour parler des difficultés rencontrées. Elles se sentent comprises par les autres femmes qui, comme elles, sont panées par la rude épreuve du traitement médical. Elles se soutiennent mutuellement et peuvent conseiller une chirurgie reconstructrice du sein à celles qui ne supportent pas cette mutilation. Souvent on recommande également un soutien psychologique aux femmes.

1.4 L'ablation de l'utérus et ses effets sur la relations sexuelles

Après l'ablation du sein, c'est sans aucun doute (ablation de (utérus (hystérectomie) qui est la plus mal vécue par les femmes. Cette opération, surnommée "la totale" par les femmes et les médecins indique son caractère dramatique et irréversible. La libération des mœurs croyait parvenir à départager, dans les mentalités, le plaisir de la



procréation. Mais à l'heure actuelle on constate que, dans l'inconscient, la plupart des individus continuent à établir un lien entre plaisir et procréation.

L'utérus, tout comme le sein, symbolise la féminité, la fécondité, la maturité sexuelle. L'hystérectomie entraîne un désintérêt des rapports sexuels. Pourtant, médicalement, physiologiquement, cette intervention ne devrait pas modifier la satisfaction sexuelle.

Très peu de médecins discutent avec les femmes concernées par ce problème. La sexualité reste un sujet "tabou" à l'hôpital. Les patients hospitalisés sont la plupart du temps dans des chambres avec d'autres malades et ne peuvent plus avoir d'intimité dans leur couple. Les infirmières surgissent dans les chambres pour les soins, le malade est dénudé et livré aux regards des autres, la pudeur n'est pas de rigueur. Le malade est considéré comme asexué, il est infantilisé et ne reçoit guère un toucher gratuit, gratifiant de la part des soignants. On soigne le corps malade par des moyens très peu agréables (chimiothérapie et radiothérapie) qui peuvent être ressentis par le malade comme agressifs et intrusifs. Pourquoi ne plus privilégier le contact et abandonner les stimulations agréables qui consolent un corps meurtri ?

Le médecin qui procède à une opération castratrice sur sa patiente peut se sentir en échec par rapport à la guérison escomptée. Il est extrêmement pénible pour lui d'entendre les angoisses de sa patiente concernant sa féminité altérée et sa sexualité violemment agressée. Certains médecins oublient même de donner de petits conseils utiles pour faciliter les rapports sexuels, notamment l'utilisation de lubrifiants.

La radiothérapie, qui peut être utilisée seule ou en complément d'une chimiothérapie ou d'une chirurgie, occasionne des sensations de brûlures désagréables, de la fatigue et surtout des angoisses. La femme est souvent dans (impossibilité de poursuivre toute activité sexuelle durant son traitement et même longtemps après. Malgré ce fait, (Momoum, Cabau, Gros) ont observé qu'en maintenant les rapports sexuels pendant et après la radiothérapie, la cicatrisation s'effectue plus rapidement et les réactions inflammatoires diminuent sensiblement. Il est donc vivement conseillé de reprendre une vie sexuelle dès que possible, avec l'aide d'ovules et de gels vaginaux et en pratiquant une gymnastique qui va rééduquer le périnée.

La chimiothérapie (traitement du cancer par les médicaments) est aussi pénible et éprouvante physiquement que psychologiquement. Elle provoque des nausées, une grande fatigue, la perte des cheveux, des troubles de menstruations. Pendant le traitement, la libido est affaiblie et la plupart des femmes choisissent l'abstinence sexuelle.

Le conjoint ne doit pas être écarté. Il est préférable qu'il soit au courant en même temps que son(sa) partenaire pour le(a) soutenir tout au long. Son rôle est capital, il pourra rassurer par sa présence dans les désarrois, mais s'il est mis à l'écart il risque de perdre le contact, de s'angoisser, de se culpabiliser.

Il est conseillé aux couples de s'accorder un soutien psychologique, pour exprimer auprès d'un psychologue (au sein de l'hôpital ou en dehors), le malaise et les craintes installés depuis l'apparition de la maladie dans leurs relations. Ainsi ils ont tous les deux un lieu de parole où ils pourront aborder les questions intimes qui les préoccupent et réfléchir au sens du cancer dans le couple. En cours de thérapie, par exemple, des psychologues ont remarqué que certaines femmes pensaient que leur cancer était dû à leurs rapports sexuels (soit trop fréquents, soit trop peu fréquents ou douloureux). Un lien de cause à effet ne peut être vérifié dans ce sens, mais le vécu de la relation sexuelle sera très important pour le psychologue.

1.5 Le cancer en relation avec les événements de vie

Le cancer peut devenir pour la personne un processus de remise en question. C'est parfois la première occasion trouvée de s'interroger sur soi : son travail, son couple, sa famille. De nombreuses études de psychologues et de psychanalystes tentent de découvrir les "causes" de la maladie. Les premières datent de 1701, ce sujet n'est donc pas récent dans les esprits. Un auteur, Gendron, parle des "désastres de la vie", sources de perturbation et de chagrin jouant un rôle prépondérant dans l'apparition d'un cancer . Il écrit : "Madame Emerson, à la mort de sa fille, souffrit d'une grande affliction et s'aperçut que son sein enflait et peu après devenait douloureux. Enfin elle développa un cancer qui l'emporta en peu de temps. Elle avait joui jusqu'alors d'une parfaite santé".



"La femme d'un commandant de navire qui avait été capturé par les Français quelque temps auparavant et emprisonnée, en fut si affectée que son sein se mit à enfler. Bientôt elle fut atteinte d'un cancer désespéré qui se développa si rapidement que je ne pus me charger de son cas".

Si je cite ces deux exemples vieux de presque trois siècles, c'est entre autres parce qu'ils sont aujourd'hui à nouveau d'actualité, mais sans que l'on ait pourtant réuni de preuves en nombre suffisant pour confirmer ces hypothèses. Cet auteur tentait de démontrer le lien qui existe entre la dépression après le deuil ou la séparation et le développement du cancer.

En 1893, Herbert Snow, sur base d'une statistique personnelle de deux cent cinquante cas de cancer du sein et de l'utérus, relève cent cinquante-six personnes ayant dans leur passé proche perdu un parent, ce qui correspond à 62,4%. Les autres malades se répartissent ainsi : 32 parlent d'un travail pénible et d'expérience de frustration. 43 sont suspects de blessures mécaniques. Il note également que ces chiffres sont trop élevés pour être dûs au hasard et qu'il est donc fréquent qu'une tumeur maligne du sein et de l'utérus suive immédiatement une émotion à caractère dépressif.

La médecine moderne du vingtième siècle abandonne ces théories qu'elle considère peu objectivables, jusqu'aux années 50 qui voient renaître ces conceptions psycho-génétiques.

La littérature abonde en articles sur les relations entre cancer et évènement de vie dans les années 60. Renneker en 1963 ("Evènement de la vie et cancer du sein" Guillaud-Bataille) se demande pourquoi les femmes arrivent si tard en consultation après avoir détecté une boule à leur sein. Les femmes qui tardent à se faire soigner et arrivent quand la tumeur est maligne, ont selon lui une structure de personnalité "masochiste". Leur cancer serait l'effet d'une pulsion autodestructrice et représenterait un équivalent passif du suicide. Cette hypothèse est critiquable, d'autres interprétations sont possibles, par exemple, le désir de n'en rien savoir.

1.6 Cancer et dépression

D'autres auteurs de cette génération ont différencié deux types de personnalité selon que la tumeur est de caractère malin ou bénin. Huggon (1968) constate que la "force du moi" du groupe bénin est supérieure à celle du groupe malin.

Achterberg (1977) compare deux groupes de cancéreux en fonction de la durée attendue de leur survie. Il remarque que ceux qui vivent plus longtemps ont une "force du moi" supérieure. L'auteur ne précise malheureusement pas ce qu'il entend par la terminologie "force du moi".

Un autre type de patientes décrites par Goll s'ordonnent de ne rien voir et de ne rien sentir. Ce qui peut devenir hostile ou désagréable pour elles est éliminé, détaché de soi. Il appelle ce comportement le "néгативisme". De telles patientes disent qu'elles n'ont jamais ressenti de plaisir au niveau des seins, ni à l'adolescence, ni par après. Celles-ci représentent 47 % de l'échantillon. Certaines de ces femmes n'arrivent en consultation que lorsque leurs seins malades suscitent une gêne intolérable qu'il leur est impossible de nier plus longtemps : le sein saigne, sent mauvais. Ces femmes se sont en quelque sorte tellement détachées de leur corps qu'elles sont incapables de percevoir une quelconque modification dans leur morphologie. Il semblerait que de telles femmes traitent leurs seins comme un étranger auquel elles seraient hostiles.

En interrogeant ces femmes sur leur histoire personnelle, on découvrirait que ces femmes (qui ne ressentaient pas de plaisir tactile au niveau des seins) avaient grandi dans un climat familial très rude, sans tendresse et surtout sans investissement positif de leur corps par (entourage. Elles se plaignaient d'avoir reçu plus de sensations tactiles douloureuses qu'agréables et avaient continué par après à traiter leur corps avec mépris et rudesse.

L'auteur nous dit que ces femmes ont un vécu dépressif dans leur histoire. Elles ont réagi par un détachement progressif de la réalité et de leur corps. Elles ont réprimé l'expression de l'angoisse et de la colère en intériorisant leur souffrance, en la refoulant et en manifestant de l'indifférence par rapport à ce qui pouvait arriver. On peut se demander pourquoi certaines femmes vont se défendre en déchargeant le conflit et en l'extériorisant, alors que d'autres vont l'intérioriser et s'autodétruire. Pourquoi le déni de la maladie et de l'anxiété dans certains cas va se mettre au service de la, pulsion autodestructrice et compromettre la guérison alors que dans d'autres le déni se met



au service de la conservation de la vie. Les avis sont assez contradictoires en ce domaine et personne jusqu'ici n'a pu avancer une réponse définitive. La prudence et la nuance sont de rigueur à (terre actuelle lorsque l'on tente d'avancer une nouvelle théorie sur les causalités du cancer ou sur ses pronostics de guérison.

Un autre auteur s'est également penché sur le cancer du sein en 1966 : Muslin. Son enquête auprès de femmes atteintes d'un cancer du sein démontre la prédominance d'expérience de séparation douloureuse dans les cas de tumeurs malignes par rapport aux cas de tumeurs bénignes. (Lenouzière "Dépression et cancer du sein")

Il explique que les pronostics de guérison varient selon que le sujet s'accuse d'être responsable de son malheur et se sent impuissant à combattre la maladie. Il réagit par un comportement mélancolique en incorporant la maladie "ce n'est pas lui, c'est moi" et tourne également l'agressivité contre lui (idée de suicide). L'autre comportement est exactement l'opposé "ce n'est pas moi, c'est l'autre" qui est responsable de mon malheur. Il va mobiliser son énergie vers la lutte, la combativité et projetant l'agressivité vers l'extérieur. Sa personnalité réagit sur un mode de type "paranoïaque". C'est ce second cas qui, selon Muslin, aura une évolution plus favorable parce que la tumeur, elle aussi, devient le corps étranger qu'il faut détruire. Le type "mélancolique" aura une évolution défavorable car il se laisse aller au désespoir, à l'abandon et qu'il retourne contre soi le potentiel destructeur. Ces études ne donnent malheureusement aucune preuve de leurs affirmations et leurs statistiques ne sont pas suffisantes.

Il me semble qu'une personne a plus de possibilités de vaincre son cancer si elle peut le reconnaître, le nommer, voire même le visualiser. Si elle se livre aux mains des chirurgiens et des médecins, mais sans contribuer elle-même activement à sa guérison, elle peut rester dans la négation de sa maladie ou rester dans une position d'assistée. Or, quand on sait qu'un foyer cancéreux se manifeste dans le corps comme une véritable révolution du système et qu'en quelque sorte il cherche à déstabiliser l'organisme pour imposer ses propres lois anarchiques, on peut supposer qu'il cherche peut-être aussi à transmettre un message à l'organisme.

Il n'y a pas que le deuil d'un être cher qui rende un sujet plus vulnérable. Ce peut être le cas d'autres événements douloureux comme : une séparation conjugale, une rupture sentimentale, un abandon, un départ, mais aussi la perte chirurgicale d'une partie du corps, perte d'une activité professionnelle, d'un statut social, d'un objet lié à un idéal ...

Ces événements peuvent avoir eu lieu dans un passé proche (2 ou 3 dernières années).

Il est fréquent de constater qu'un choc affectif réactive des chocs passés de la petite enfance. Le phénomène de répétition d'une perte non résolue (mort d'un parent, d'un frère ou d'une sœur) est réveillé, comme s'il s'agissait d'un rappel d'une date anniversaire d'une douleur passée.

C'est entre l'âge de 6 et 19 ans que la perte d'un des deux parents se retrouve le plus fréquemment chez les patientes atteintes d'un cancer du sein (enquête de 1986). 45% des patients sont sensibles à la répétition d'événements à certaines dates dans leur vie. Parfois le malade formule une sorte de "loi" organisant sa destinée ("tous les 7 ans il m'arrive quelque chose de grave !").

On peut relever, dans certains cas de cancer du sein une incidence élevée d'enfants morts dans la fratrie. Mais de manière générale, les auteurs semblent s'accorder pour dire que le cancer du sein est corrélé à la dépression. Cet état dépressif peut aussi se repérer, dans bien des cas, chez la mère de la patiente.

Le travail du thérapeute sera de mener son patient à accomplir un travail de deuil lors duquel il traversera les grandes étapes conflictuelles de son vécu et retracera les situations de séparation ou d'abandon qu'il avait refoulé. Le psychothérapeute sera particulièrement attentif aux phénomènes de répétition qui se mettent au service de la pulsion de mort dans l'évolution de son patient. En se mettant à l'écoute du récit de vie de son patient, le thérapeute devra départager la dépression suscitée par la découverte du cancer, d'une dépression présente avant l'apparition de la maladie. Toute la difficulté provient de ce qu'il devra prendre en considération les deux dépressions et ne jamais laisser le cancer de côté comme s'il s'agissait d'un symptôme dont on essaye de se débarrasser au plus vite.

Le cancer a aussi son mot à dire. Il est important de laisser parler le malade sur les deux souffrances qu'il ressent, celles physiques causées par la maladie, les soins, et celle psychologique due aux angoisses, au sentiment de castration lorsque le sexe ou la féminité sont atteints. Le passé et le présent sont intimement liés. On ne soigne pas



un cancéreux comme un névrosé. Chez le cancéreux il n'y a plus de mise en scène morbide, mais un passage à l'acte dans la maladie. Si le thérapeute passe sous silence la maladie, il la laisse agir en toute impunité et devient complice du cancer.



2 Cancer et organes génitaux **Données épidémiologiques**

2.1 Epidémiologie

L'épidémiologie est l'étude des variations de la fréquence des maladies et des facteurs qui influencent ces variations. Son principal objectif est la découverte des causes des maladies de façon à développer des mesures préventives. Les études épidémiologiques vont donc identifier des causes potentielles ainsi que des **groupes à risques de cancer**.

Chacun peut bien sûr se retrouver dans un groupe à risques.

Néanmoins, il ne faut pas oublier que le développement d'un cancer est un processus en multiples étapes et qui dit risques de cancer n'implique pas forcément cancer tant les facteurs intervenant à chaque étape de la cancérogenèse sont probablement multiples et certains encore inconnus.

2.2 Généralités

Selon l'organisation mondiale de la santé (O.M.S.), 50% des cancers se développent dans 1/5 de la population, soit dans les nations industrialisées.

Les cancers liés à la cigarette, à l'asbeste (amiante) et aux graisses alimentaires sont plus fréquents dans les pays développés tandis que les cancers associés à la contamination de la nourriture, aux conserves alimentaires, et aux maladies infectieuses dominent dans les pays en voie de développement.

Le cancer du sein augmente dans les pays développés chez les femmes âgées de 55 ans et plus. Les femmes en Amérique du Nord ont 30 fois plus de risque de développer un cancer du sein mais moitié moins un cancer du col de l'utérus que leurs homologues d'Afrique occidentale et d'Amérique centrale.

Les femmes japonaises qui émigrent à Hawaï ont moitié moins le risque de présenter un cancer de l'estomac mais voient doubler leur risque de développer un cancer du sein par rapport à leurs concitoyennes restées au pays.

Dans et parmi les nations industrialisées, le taux de certains types de cancer peut varier aussi largement que 5 fois comme par exemple le taux du cancer du sein entre les femmes américaines et les femmes japonaises.

2.3 Cancers génitaux chez la femme

2.3.1 Cancer du sein :

Il représente environ 30% des cancers de la femme. Une femme sur dix court le risque de développer un cancer du sein. Malgré de nombreuses études et en dépit de l'identification de facteurs de risque et de groupes à hauts risques, les 3/4 des cancers du sein n'ont pas de cause reconnue.

Parmi les facteurs de risque, citons

- ✧ Âge : Partout dans le monde l'incidence du cancer du sein augmente avec l'âge.
- ✧ menstruation : De façon globale, une ménarche précoce (1^{ières} règles) et une ménopause tardive augmentent le risque de cancer du sein par le biais d'une exposition prolongée aux hormones. Cependant aucune anomalie de la concentration sanguine de ces hormones n'a pu être détectée. Des études sur la composition chimique hormonale sont en cours.



- ✧ Grossesse : l'âge à la première grossesse semble un facteur important. Une grossesse précoce après un nombre réduit de menstruations protégerait le sein du cancer (mais, naturellement, expose à d'autres risques !) L'allaitement ne paraît pas jouer un rôle particulier.
- ✧ Régime : Il semble clair que la majorité des carcinogènes agissant sur la glande mammaire sont d'origine diététique. Parmi les composants alimentaires, ce sont les graisses qui présentent la plus grande corrélation avec l'incidence du cancer du sein. Elles ont donc un rôle additionnel possible à intégrer à tous les autres facteurs suspectés.
- ✧ Alcool : On n'établit aucune relation entre alcoolisme et cancer du sein.
- ✧ Tabac : D'un point de vue hormonal, le tabagisme joue un rôle favorable mais sans traduction dans la réalité pour le cancer du sein. Les risques autres du tabagisme sont, par ailleurs, bien connus.
- ✧ Radiations : L'induction du cancer du sein par les radiations est bien prouvé par les accidents nucléaires d'Hiroshima et de Nagasaki. Ces événements n'ont, bien sûr, rien à voir avec la vie quotidienne.
- ✧ Génétique : Il est bien connu que le risque de développer un cancer du sein est multiplié par 2 à 3 pour une femme dont la parenté du premier degré (mère ou sœur) a un cancer du sein et ce, surtout, si le cancer s'est développé avant la ménopause dans la parenté. Les recherches génétiques n'ont, à ce jour, pas mis en évidence le ou les gènes responsables.
- ✧ Maladies bénignes du sein : Seules les affections dysplasiques avec hyperplasie et atypies offrent un risque réel de transformation en cancer.

2.3.2 Cancer du col utérin :

Il est la troisième cause des cancers génitaux. Cancer du col et cancer du corps de l'utérus représentent environ 9% des cancers de la femme. Le cancer du col survient surtout entre 48 et 55 ans mais il débute (cancer in situ) beaucoup plus tôt, entre 25 et 40 ans.

Sa fréquence augmente dans certaines circonstances soit -niveau socio-économique bas.

- ✧ Niveau socio-économique bas
- ✧ Relations sexuelles précoces.
- ✧ Partenaires multiples.
- ✧ Grossesses à un âge précoce.
- ✧ Grossesses multiples.

Deux agents infectieux sont incriminés :

- ✧ virus de l'herpès type 2
- ✧ virus papilloma humain (HPV) type 16 et 18

Le papilloma virus est responsable d'infections du pénis voire même de cancers du pénis chez l'homme. Il a été retrouvé chez les partenaires de patientes atteintes d'un cancer du col utérin. Le cancer du col utérin ou les cancers génitaux de façon plus globale ne doivent ils donc pas être considérés comme des maladies sexuellement transmissibles ?

Le tabagisme, d'après plusieurs études épidémiologiques, serait aussi un facteur de risque pour les cancers du col utérin. Il serait un cofacteur agissant avec un agent sexuellement transmis, probablement le papilloma virus. Son impact serait le système immunitaire du col utérin sur lequel il agit négativement.



De tels facteurs de risque (infections sexuellement transmissibles, tabagisme) illustrent le rôle de facteurs comportementaux dans la genèse éventuelle du cancer.

2.3.3 Cancer de la vulve

C'est un cancer rare, environ 3% des cancers génitaux. Le risque est plus élevé dans les milieux socio-économiquement bas. Il y a association avec un cancer du col utérin chez 10 à 30% des femmes, et aussi avec des maladies sexuellement transmissibles.

2.3.4 Cancer du col utérin

Il représente 6,9% des cancers et est, essentiellement, un cancer de la femme postménopausique. Parmi les facteurs de risques, citons :

- ✧ obésité
- ✧ nulliparité
- ✧ ménopause tardive
- ✧ maladie polykystique des ovaires
- ✧ hormonothérapie substitutive oestrogénique de la postménopause, non contrebalancée par des progestatifs
- ✧ diabète
- ✧ hypertension

2.3.5 Cancer de l'ovaire

Il représente 1,4% des cancers. Sa fréquence est plus élevée dans les pays industrialisés sauf au Japon. Les Japonaises migrant à Hawaï et la première génération vivant aux USA ont une incidence de cancer de l'ovaire plus importante que les femmes restées au Japon mais moindre que les Américaines vivant sur place. Ces faits soulignent l'importance de facteurs environnementaux éventuels parmi lesquels est incriminée une exposition prolongée au talc et à l'asbeste. Parmi les facteurs de risques, retenons

- ✧ Infertilité, nulliparité, et le petit nombre d'enfants.

Il n'y a pas de relation claire avec les hormones, bien que l'incidence semble diminuer avec la pilule contraceptive. Les cancers du sein et les cancers de l'ovaire partagent certains facteurs étiologiques. Par exemple, les femmes avec un cancer du sein ont deux fois le risque attendu de développer un cancer de l'ovaire. Les femmes ayant un cancer de l'ovaire ont 3 à 4 fois le risque de développer ensuite un cancer du sein.

2.4 *Cancers génitaux chez l'homme*

2.4.1 Cancer du sein.

Il est très peu fréquent et ne représente que 0,5% des cancers chez l'homme. Son origine reste inconnue (rôle des oestrogènes ?)

2.4.2 -Cancer de la prostate.

Il représente 20 % des cancers masculins aux USA, 10% en Belgique et est la troisième cause du cancer chez l'homme, au delà de 50 ans. Il n'y a pas de corrélation avec les maladies sexuelles, les habitudes sexuelles, le tabagisme, l'exposition professionnelle. La testostérone est proposée comme déterminant majeur dans le risque de



cancer de la prostate. Le risque augmente avec l'âge. Il existe de larges différences géographiques et raciales dans l'incidence avec, par exemple, 0,8 cancers pour 100.000 hommes à Shanghai. On compte 100,2 cancers pour 100.000 noirs américains. Le cancer de la prostate apparaît donc plus fréquent chez les noirs américains en tout cas, moins fréquent chez les blancs, et encore moins chez les asiatiques.

Parce que le cancer de la prostate est hormonosensible (testostérone), et que les noirs ont des taux de testostérone plus élevés, parce qu'un régime végétarien diminue les taux de testostérone, l'association de la race et du régime peut, peut-être, prédire le spectre épidémiologique du cancer de la prostate.

Des cas familiaux ont été décrits. On estime que les hommes ayant, à la fois, un parent du premier degré atteint d'un cancer de la prostate (père ou frère) et un parent du deuxième degré (oncle ou grands-père) ont un risque multiplié par un facteur 8. Aucune anomalie chromosomique n'a, cependant, été identifiée.

A noter, qu'au moins, un cas de cancer de la prostate a été décrit chez un homme jeune, de 40 ans, ayant reçu des injections d'androgène dans le cadre d'une compétition de body-building (Lancet 1985)

2.4.3 Cancer du testicule

C'est une tumeur rare, 1 %, survenant chez le sujet jeune surtout (entre 20 et 45 ans) dont l'étiologie est inconnue. La cryptorchidie (non-descente de testicules dans les bourses) augmente le risque.

2.4.4 Cancer du pénis

L'incidence de ce type de cancer est seulement de 0,1 % mais augmente, dans certaines populations, à 10% voire 20%.

Il s'agit d'un problème relativement significatif dans les populations où la circoncision n'est pas pratiquée et où les conditions d'hygiène sont médiocres. Le cancer est tout à fait rare chez les hommes circoncis très tôt dans l'enfance. La circoncision à la puberté ou à l'âge adulte n'a pas le même effet protecteur. Une cause virale, soit le virus herpès, soit le virus papilloma, est nettement soupçonnée mais le sujet est encore débattu.

3 Bibliographie

- ✧ The New England Journal of medicine. Carcinoma of the prostate. Ruben F. Gittes. M.D. Jan. 24, 1991.
- ✧ The Lancet Epidemiology. Devra Lee Davis, David Hoel, John Fox, Alan Lopez. August 25, 1990.
- ✧ Detection and treatment of early breast cancer. I an S. Fentiman. Dunitz. London , 1990.
- ✧ Ca. a cancer journal for clinicians. Cancer statistics. January, february 1990. Vol 40 n°1
- ✧ Cancer. Principles and practice of oncology. De Vita & al. Volume 1. 3 rd Edition,
- ✧ The Lancet : Effect of cigarette smoking on cervical epithelial immunity ; a mechanism for neoplastic change. S.E. Barton and al. Sept. 17, 1988.
- ✧ The Lancet : Male contraception involving testosterone supplementation. Possible increased risk of prostate cancer. Feb.21, 1987
- ✧ The Lancet : Adenocarcinoma of the prostate in 40 y, body builder. Sept 27, 1985.



Notre action vous intéresse: devenez membre de l'Association
cotisation annuelle: 15 euros - qui comprend l'abonnement au Journal.

Vous désirez être plus efficace?

Les dons à partir de 30 euros vous feront bénéficier de l'exonération fiscale.

n° de compte de l'ASBL : 310 - 0596716 - 58