

SANTÉ SEXUELLE ET ONCOLOGIE

GRANDJEAN L (1), RAHIER J (2), COUCKE PH A (1)

RÉSUMÉ : Depuis 20 ans, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer n'a cessé d'augmenter, en partie en raison du vieillissement de la population. En 2021, 74.998 nouveaux diagnostics ont été enregistrés en Belgique. Parallèlement, l'amélioration des techniques de dépistage et les différentes avancées en matière de traitements oncologiques ont permis d'accroître la survie des patients. La prévalence du cancer a donc augmenté : 4 Belges sur 100 vivent actuellement avec un diagnostic de cancer. En plus des symptômes provoqués par la maladie, les patients doivent faire face aux effets secondaires des traitements. Prendre en compte la qualité de vie devient essentiel dans la prise en charge, et cela passe par une meilleure communication, une information de qualité ainsi que la mise en place de mesures préventives et thérapeutiques adaptées. La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. Elle doit donc être évaluée et intégrée à la prise en charge des patients tout au long de leur parcours de soins.

MOTS-CLÉS : Santé sexuelle - Cancer - Oncologie

SEXUAL HEALTH AND ONCOLOGY

SUMMARY : Over the past 20 years, the number of new cancer diagnoses has risen steadily, partly due to the aging of the population. In 2021, 74,998 new diagnoses were recorded in Belgium. At the same time, improved screening techniques and advances in oncology treatments have increased patient survival. As a result, the prevalence of cancer has risen: 4 out of every 100 Belgians are currently living with cancer. In addition to the symptoms caused by the disease, patients have to cope with the side effects of treatments. Quality of life is becoming essential in the care of these patients, and this requires better communication, quality information, and the implementation of appropriate preventive and therapeutic measures. Sexual health is an integral part of overall health, well-being, and quality of life. It must therefore be assessed and integrated into patient care throughout the entire course of treatment.

KEYWORDS : Sexual health - Cancer - Oncology

INTRODUCTION

Au total, 472.360 personnes (4,1 % de la population belge) étaient en vie à la fin de 2020 avec un diagnostic de cancer entre 2011 et 2020 (1). Grâce à des dépistages plus précoces et à des traitements plus efficaces et personnalisés, les patients atteints d'un cancer ont une survie qui s'est progressivement améliorée au cours de ces dernières années. Néanmoins, ces mois, voire ces années, gagné(e)s sont souvent entachées par les répercussions de la maladie et par les effets secondaires des traitements oncologiques, à même d'impacter considérablement leur qualité de vie. Sur une période de 15 ans (2004-2019), on a pu observer une augmentation de 25 % du nombre d'années vécues avec un handicap (YLD; « *Years Lived with Disability* ») (2); cette mesure reflète l'impact d'une maladie sur la qualité de vie avant qu'elle se résolve ou conduise au décès.

Dans certaines situations, notamment pour les métastases de cancer du sein et de la prostate, en particulier pour ceux dits hormonosensibles, la maladie tend à devenir chronique. La qualité de vie des patients tient donc une place centrale dans la prise de décision. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la

qualité de vie est la perception subjective de sa propre situation de vie qui est évaluée dans le contexte culturel et les systèmes de valeurs dans lesquels on vit et par rapport à ses propres objectifs, attentes, normes et préoccupations (3). La qualité de vie est donc une notion qui est propre à chacun. Cela fait ainsi partie des devoirs du médecin de s'informer des priorités et des attentes de son patient pour lui proposer une prise en charge qui soit en adéquation avec sa volonté. Ce qui est une priorité pour le médecin ne l'est pas forcément pour le patient et vice-versa.

La santé sexuelle est définie par l'OMS comme « *un état de bien-être physique, mental et social eu égard à la sexualité, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle s'entend comme une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que comme la possibilité de vivre des expériences sexuelles agréables et sûres, exemptes de coercition, de discrimination et de violence. Pour que la santé sexuelle soit assurée et protégée, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et appliqués* ». La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et, *in fine*, de la qualité de vie.

Malheureusement, tous les traitements oncologiques peuvent impacter négativement la santé sexuelle des patients au travers d'un prisme biopsychosocial, et ainsi conduire à des symptômes physiques et psychologiques pouvant influencer sur les relations sociales au niveau

(1) Service de Radiothérapie-Oncologie, CHU Liège.

(2) Service de Psychologie clinique et d'Action sociale, Unité de Psycho-Oncologie, CHU Liège, Belgique.

du couple, de la famille, des amis, mais aussi au niveau professionnel. Le retentissement sur le/la partenaire ne doit pas non plus être minimisé, car il peut aussi développer des dysfonctions sexuelles psychogènes (via des sentiments de culpabilité, d'anxiété, la peur de faire mal...) (4). Autant que possible, si la situation le permet, il est recommandé d'inclure un maximum le/la partenaire dans les discussions.

La prise en charge des patients oncologiques ne doit pas - plus - être centrée sur un organe, mais sur le patient dans sa globalité, de manière holistique, en tenant compte de ses attentes, et de ses priorités. L'atteinte à la santé sexuelle ne doit plus être vue, que ce soit par les patients tout comme les médecins, comme le «prix à payer pour survivre» (5).

L'IMPACT DES TRAITEMENTS

LES DYSFONCTIONS SEXUELLES

L'ensemble des traitements oncologiques est en mesure de causer des dysfonctions sexuelles. La chirurgie, qu'elle soit orientée vers les organes sexuels ou le pelvis de manière plus générale, est en mesure de créer des dysfonctions sexuelles. Chez la femme, elle peut être pourvoyeuse de fibrose, de sténose et de raccourcissement vaginal, mais aussi d'une ménopause précoce en cas d'annexectomie bilatérale. La chirurgie mammaire peut nuire à l'image corporelle, qu'il s'agisse de tumorectomie ou de mastectomie. Chez l'homme, la chirurgie pelvienne peut être à l'origine de troubles de l'érection, de troubles de l'éjaculation (anéjacu-

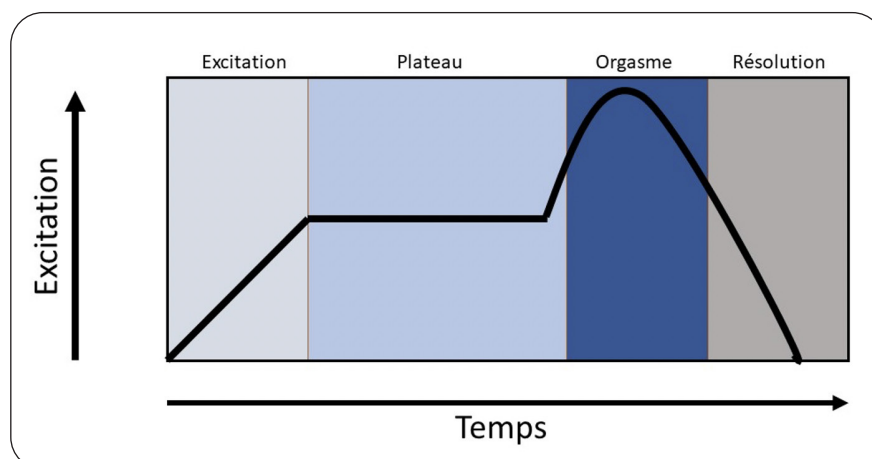
lation, éjaculation rétrograde ou douloureuse), d'altération de l'image corporelle (raccourcissement du pénis, absence d'un ou des deux testicules, changements corporels dans les suites d'une castration chirurgicale avec une prise de poids et une fonte musculaire). La chimiothérapie peut être à l'origine de sécheresse des muqueuses (buccales, vaginales). La radiothérapie pelvienne peut causer, chez la femme, de la sécheresse vaginale, une sensibilité accrue des muqueuses, un risque de sténose ou de brides vaginales, une ménopause précoce (via l'irradiation des ovaires). Chez l'homme, elle peut conduire à des troubles érectiles. L'hormonothérapie peut conduire, dans les deux sexes, à une diminution de la libido, à des changements de l'image corporelle. Chez la femme, on note aussi un risque de sécheresse vaginale. Chez l'homme, elle conduit à des troubles de l'érection. L'immunothérapie et les traitements ciblés peuvent conduire à de la sécheresse cutanée et des muqueuses.

L'ensemble des manifestations indésirables décrites ici sont à mettre en relation avec la sphère génitale. Néanmoins, de nombreux autres effets secondaires sont à même d'impacter différentes phases de la réponse sexuelle (6) (Figure 1) : la fatigue, la dyspnée, la toux, les lésions cutanées (aphtes, syndrome main-pied), les nausées et les vomissements, la diarrhée, les incontinences urinaire ou fécale, les douleurs non génitales, les troubles neurocognitifs...

IMPACT PSYCHOLOGIQUE

L'impact psychologique du cancer ne doit pas être négligé. Dès l'annonce du diagnostic, le patient est confronté à sa propre mortalité et voit

Figure 1. Modèle de la réponse sexuelle selon Masters et Johnson (6)



apparaître une épée de Damoclès au-dessus de sa tête. Souvent, cette annonce va de pair, dans l'esprit des patients, avec une réduction de l'espérance de vie. Devant un tel bouleversement, les patients peuvent ressentir de l'angoisse et de la détresse, voire entrer dans un état dépressif. Cette fragilité psychologique peut impacter l'élan vital du patient et venir mettre à mal le désir sexuel.

Les changements de l'image corporelle peuvent être particulièrement déstabilisants. La pilosité peut être perturbée et l'alopécie est souvent redoutée par les patients. Le poids peut évoluer à la baisse (anorexie, cachexie) ou à la hausse (corticothérapie). Il est parfois nécessaire de recourir à la mise en place de stomie respiratoire, digestive ou urinaire, ce qui modifie en profondeur l'image de soi. De nombreuses interventions chirurgicales peuvent être mutilantes : tumorectomie/mastectomie, curage ganglionnaire cervical, axillaire et inguinal. En outre, les deux derniers peuvent conduire à des lymphœdèmes. Évoquons aussi l'amputation d'un membre, la vulvectomie, l'amputation pénienne, l'amputation abdomino-périnéale etc. Ces altérations physiques peuvent impacter la confiance et l'estime de soi et, ainsi, compliquer les interactions sociales qu'elles soient professionnelles, amicales, familiales ou intimes. Beaucoup de patient(e)s expliquent ne plus se sentir «femmes» ou «hommes» et ne se sentent plus capables de plaire et de participer à des jeux de séduction.

L'impact social passe aussi par la perte d'autonomie. Une altération de l'état général peut mener à une dépendance pour les soins quotidiens. Cette dépendance est souvent mal vécue par les patients, d'autant plus quand ils sont dépendants de leur entourage proche et, plus particulièrement, de leur partenaire. Il peut alors exister un sentiment de culpabilité et un déséquilibre des rôles au sein du couple et de la famille de manière générale. Dans le couple, il peut survenir un éloignement, avec une perte d'intimité et un impact sur la sexualité. Finalement, la perte du statut social, via une incapacité de travail, peut générer une perte d'estime chez le patient et nuire à ses relations avec son entourage.

La prise en charge de dysfonctions sexuelles n'est pas forcément aisée. En effet, différentes problématiques peuvent s'entremêler. On peut retrouver des patients avec des plaintes physiques uniquement, d'autres avec des plaintes physiques et psychologiques, voire relationnelles. Une plainte physique seule dans un premier temps - des douleurs vaginales par exemple, peut conduire à une diminution du désir

et de l'excitation et mener à un évitement de la relation sexuelle et de l'intimité, avec un impact psychologique au final. Cette même situation peut aussi se répercuter chez le partenaire qui peut, lui aussi, développer des symptômes physiques (dysfonction érectile) ou psychologiques (diminution de la libido, anxiété).

IMPACT SUR LA FERTILITÉ

Une diminution de la réserve ovocytaire via la chimiothérapie peut être attendue, à des degrés variables en fonction de la médication, du dosage et des éventuelles combinaisons (7). La radiothérapie peut aussi conduire à une détérioration de la fonction ovarienne, en relation avec la dose, le champ d'irradiation et l'âge de la patiente. Il a été démontré qu'une dose de plus ou moins 20 Gy était nécessaire pour causer une ménopause précoce chez des femmes de moins de 40 ans, alors qu'une dose de 6 Gy pouvait être en cause chez des femmes plus âgées (8). La chirurgie peut aussi impacter la fertilité, notamment dans les suites d'ovariectomie, salpingectomie, hystérectomie et orchidectomie.

Tout patient en âge de concevoir doit être averti des risques d'infertilité liés au traitement, aussi précocement que possible (9). L'équipe médicale se doit d'engager la discussion sur la préservation de la fertilité. Les patients intéressés doivent être mis en relation avec un médecin de la reproduction. Dans le cas des mineurs, leur consentement éclairé est nécessaire. Dans le cas des patients les plus jeunes, le consentement des parents est également requis.

De plus, tel que mentionné dans le référentiel «Cancer, vie intime et santé sexuelle», de l'Association Francophone des Soins Oncologiques de Support (AFSOS), «*l'annonce brutale de la perte potentielle de la fertilité, les conditions techniques de réalisation en urgence des gestes de préservation ont un impact négatif sur la sexualité future, perturbant la relation à soi, à l'autre. Elles peuvent être pourvoyeuses de dysfonctions sexuelles*». Il est donc nécessaire de proposer un suivi adapté à ces patients, notamment via la rencontre avec un psychologue-sexologue.

CE QUE L'ON PEUT FAIRE

LA COMMUNICATION

L'article 7 de la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient nous dit que «*le patient a droit, de la part du praticien professionnel,*

à toutes les informations qui le concernent et peuvent lui être nécessaires pour comprendre son état de santé et son évolution probable».

Le médecin doit donc tenir au courant son patient des éventuelles conséquences d'un traitement sur sa santé. Au-delà de l'aspect légal, informer le patient lui permet d'être en mesure d'anticiper les effets secondaires, d'y être préparé et de pouvoir y faire face (stratégies de «coping»). Une information de qualité conduit à davantage de satisfaction et à moins d'anxiété durant le parcours oncologique (10).

L'information est un point clé qui doit intervenir tout le long de la prise en charge : de l'annonce de la maladie, en passant par le traitement et, finalement, durant la période «après-cancer». Malheureusement, le manque de communication de la part des soignants dans le domaine de la santé sexuelle peut conduire à sous-estimer et, donc, à sous-traiter les dysfonctions sexuelles et leurs répercussions psychologiques propres au patient ou à l'échelle du couple.

La santé sexuelle peut être un sujet difficile à aborder par les patients et/ou le personnel médical. Les soignants n'ont pas toujours le temps ou la formation pour engager la conversation. Ils peuvent aussi ne pas être à l'aise, voire ressentir de la gêne. Il en est de même pour les patients qui peuvent ne pas se sentir assez en confiance. En consultation chez le spécialiste, certains se diront que ce n'est pas le moment ni l'endroit d'en parler, que leurs questions ou plaintes concernant leur santé sexuelle sont secondaires et qu'elles peuvent bien attendre

avant que l'on s'y intéresse. Le rôle du médecin, de l'infirmier/ère, du/de la psychologue, ... est de ne pas avoir peur d'engager la discussion, de l'autoriser, de la légitimer. Il s'agit d'entrouvrir une porte, que le patient pourra emprunter à sa guise, selon ses propres conditions, au moment qui lui semblera opportun.

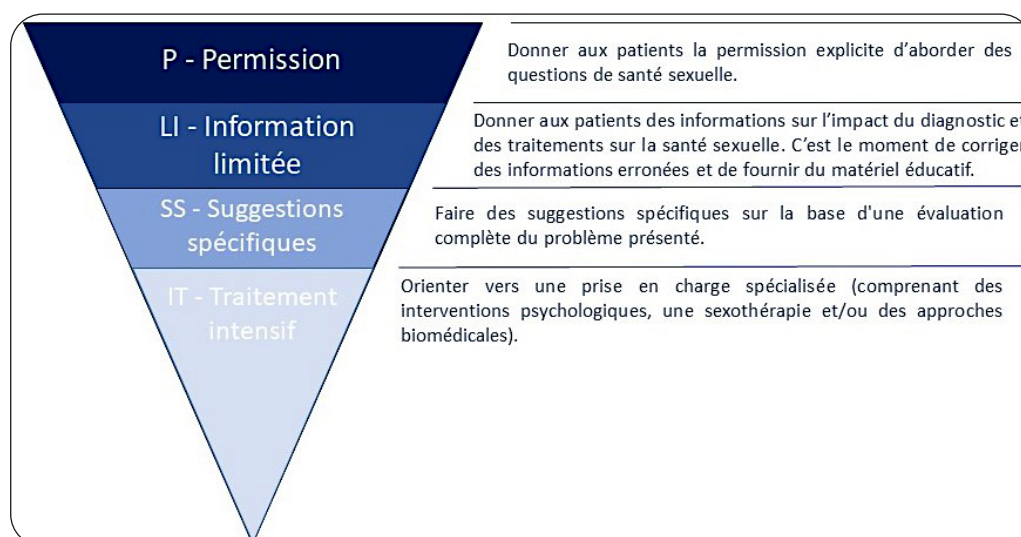
QUELQUES OUTILS

Des modèles existent pour aider les soignants à communiquer et à prendre en charge des patients avec une problématique touchant à la santé sexuelle. Le modèle PLISSIT, mis au point par Annon en 1976 (11), nous propose d'évaluer différents niveaux d'intervention pour chaque patient (Figure 2).

Ce modèle a été revu en 2006 par Taylor et Davis (12). Dans ce modèle EX-PLISSIT, la permission/l'autorisation est au centre d'une boucle de rétroaction et doit être explicitée avant chaque intervention et le plus régulièrement possible. Le patient doit pouvoir interroger le médecin et s'informer aussi souvent que nécessaire. Il est important de s'enquérir de la santé sexuelle du patient avant le traitement, au tout début du parcours de soins.

Tous les patients ne sont pas nécessairement sexuellement actifs, ou ne portent pas la même importance à leur sexualité. Il semble donc indiqué de se renseigner par rapport aux attentes des patients quant à leur santé sexuelle actuelle et future. Cela permet, si possible, d'adapter la prise en charge selon leur volonté.

Figure 2. Modèle PLISSIT, aide à la prise en charge des patients en matière de santé sexuelle (11)



Par ailleurs, une évaluation méthodique des plaintes permet de les caractériser clairement et de suivre leur évolution au cours du temps. Cela passe, notamment, via l'utilisation de questionnaires validés. Dans le domaine de la santé sexuelle, il en existe un certain nombre, mais on pourra citer pour exemples :

- le «EORTC SHQ-C22» évalue les différents aspects de la santé sexuelle chez les hommes et les femmes atteint(e)s d'un cancer (13);
- le «Female Sexual Function Index» (FSFI) mesure, au cours des 30 derniers jours, le fonctionnement sexuel des femmes dans six domaines différents : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur (14);
- le «International Index of Erectile Function» (IIEF) permet d'évaluer la fonction sexuelle masculine (15);
- le «Male Sexual Health Questionnaire» (MSHQ) évalue, lui aussi, la fonction sexuelle masculine (16).

Idéalement, la caractérisation d'une dysfonction sexuelle passe aussi par une anamnèse complète qui tient compte des assuétudes, des antécédents médicaux, des traitements médicamenteux en cours, mais aussi du milieu social, professionnel, familial, et de l'entente dans le couple. Les aspects les plus complexes peuvent - doivent - être délégués à un psychologue-sexologue. De manière générale, tout intervenant ne se sentant pas à l'aise pour explorer ce domaine avec un patient ne doit pas hésiter à référer à un confrère. Idéalement, des personnes-ressources doivent être désignées au

sein de chaque institution afin de permettre une prise en charge optimale.

LA PLACE DU COUPLE

Le rôle du/de la partenaire de vie est souvent négligé durant le parcours oncologique, bien que les publications à ce sujet aient augmenté de manière exponentielle au cours de ces dix dernières années. Le statut marital a un impact sur la survie après un cancer (17-19.) Le cancer lui-même est à même de perturber l'équilibre d'un couple, tout en pouvant générer de la détresse, de l'anxiété et de la culpabilité (20, 21).

Autant que possible, et si les patients le permettent, il faut intégrer les partenaires aux consultations afin qu'ils puissent bénéficier du même niveau d'information et puissent aussi faire part de leurs interrogations et de leurs besoins. Les partenaires endossent bien souvent le rôle d'aidants proches, voire même de soignants à domicile, ce qui, à la longue, peut être épuisant et source de détresse. Un soutien psychologique et logistique doit pouvoir leur être proposé.

EN PRATIQUE

Il est essentiel de prévenir au maximum les effets secondaires généraux des traitements. Si le patient est demandeur pour conserver une fonction sexuelle, cela doit être étudié lors de la prise de décisions thérapeutiques. Certaines adaptations peuvent être réalisées afin d'essayer de limiter, autant que possible, les dysfonctions sexuelles (22) ([Tableau I](#)).

Tableau I. Quelques recommandations concernant la prise en charge de certains cancers afin de limiter les dysfonctions sexuelles (22)

Type de cancer ou de traitement	
Cancer prostatique en «watchful waiting»	Traiter les symptômes urinaires
Cancer prostatique	Prostatectomie avec épargne nerveuse
Cancer testiculaire	Curage rétropéritonéal avec épargne nerveuse Implant testiculaire
Cancer pénien	Préserver le maximum de longueur possible
Cancer vésical	Préserver la paroi antérieure du vagin et/ou les faisceaux neuro-vasculaires
Cancer rectal	Éviter les amputations abdomino-péritonéales via des traitements néo-adjuvants
Cancer gynécologique	Technique «nerve-sparing»
Cancer mammaire	Oncoplastie Reconstruction immédiate ou différée

Tableau II. Quelques recommandations concernant les prises en charge préventives possibles après traitement de certains cancers (22)

Type de cancer	
Cancer prostatique	Rééducation érectile après prostatectomie
Cancer gynécologique	Utilisation de dilateurs vaginaux afin d'éviter les sténoses
Cancer hématologique	Utilisation de traitements topiques pour les maladies de greffe contre l'hôte au niveau génital

Tableau III. Traitements possibles de certaines dysfonctions sexuelles

Dysfonctions sexuelles organiques	
Dysfonction érectile	Inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5 (IPDE5) Prostaglandines intra-urétrales Prostaglandines intra-caverneuses Vacuum Implant pénien
Sécheresse vaginale	Lubrifiants non hormonaux et hydratants, comme l'acide hyaluronique Probiotiques Œstrogènes locaux (cancers non hormono-dépendants)
Sténose vaginale	Dilateurs vaginaux
Brides vaginales	Prise en charge chirurgicale

Une fois que les traitements ont eu lieu, d'autres mesures préventives peuvent être mises en place pour limiter les dysfonctions sexuelles (**Tableau II**).

Malgré toutes ces mesures préventives, des dysfonctions sexuelles peuvent se manifester. Il est donc important, en tant que spécialiste et même en tant que médecin généraliste, d'intégrer dans son anamnèse des questions ciblées sur la fonction sexuelle afin de dépister les effets secondaires des traitements. Dans un second temps, il faut aussi s'enquérir de l'impact de ces dysfonctions sur la qualité de vie du patient. Est-ce une source de gêne ? Pour lui/elle ? Pour son/sa partenaire ? Mettre en évidence une dysfonction érectile est une chose, savoir s'il faut la traiter en est une autre. Tous les patients ne seront pas forcément demandeurs d'une prise en charge (**Tableau III**).

Quant au moment opportun de prendre en charge ces dysfonctions, il existe parfois un décalage entre l'indication médicale et la volonté du patient. Là où le médecin essaiera parfois de relancer la machine rapidement après le traitement (rééducation érectile après une prostatectomie), le patient pourra se montrer réticent et préférer temporiser. Il faut respecter le rythme du patient, toujours en l'informant clairement des risques et des bénéfices.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

Un soutien psychologique doit être proposé tout au long du parcours oncologique, dès l'annonce du diagnostic. Il s'agit d'aider les patients à faire face à des changements transitoires ou définitifs. Le but est de gérer les effets secondaires des traitements, mais aussi leur impact psychologique et parfois relationnel. Lorsque le patient est en couple, des tensions ou une distance peuvent s'installer. Le partenaire aussi doit pouvoir bénéficier d'un soutien psychologique. Une thérapie de couple peut être proposée si leur relation a été mise à mal par la maladie. Parfois, il s'agit simplement de permettre un rapprochement, de favoriser le retour d'une intimité qui pourra éventuellement mener à un retour de la sexualité.

CONCLUSION

La santé sexuelle fait partie de la santé, du bien-être et de la qualité de vie. Elle doit donc être intégrée aux soins des patients tout au long du parcours oncologique. Cette prise en charge ne doit pas reposer sur un seul intervenant : elle doit être multidisciplinaire, car elle nécessite des expertises diverses et variées (gynécologue, urologue,

oncologue, radiothérapeute, kinésithérapeute, psychologue, stomatologue, sexologue, etc.). L'objectif premier est de pouvoir gérer les plaintes organiques et psychologiques et d'aider les patients à retrouver une vie sociale, familiale et intime qui soit satisfaisante.

BIBLIOGRAPHIE

1. Sciensano. Maladies Non Transmissibles : Cancer, Health Status Report. Bruxelles:2023. Disponible sur: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-non-transmissibles/cancer>
2. Gorasso V, Silversmit G, Arbyn M, et al. The non-fatal burden of cancer in Belgium, 2004-2019: a nationwide registry-based study. *BMC Cancer* 2022;**22**:58.
3. World Health Organization. Mental health and substance use. In: The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012.03>
4. Vermeer WM, Bakker RM, Kenter GG, et al. Cervical cancer survivors' and partners' experiences with sexual dysfunction and psychosexual support. *Support Care Cancer* 2016;**24**:1679-87.
5. Bondil P, Habold D. Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse. *La Lett Cancerologie* 2012;165-70.
6. Masters WH, Johnson V. Reproductive Biology Research Foundation (U.S.). *Human sexual response*. 1st ed. Boston: Little, Brown:1966.
7. Meirou D, Nugent D. The effects of radiotherapy and chemotherapy on female reproduction. *Hum Reprod Update* 2001;**7**:535-43.
8. Lushbaugh CC, Casarett GW. The effects of gonadal irradiation in clinical radiation therapy: a review. *Cancer* 1976;**37**(Suppl2):1111-25.
9. Pereira N, Schattman GL. Fertility preservation and sexual health after cancer therapy. *J Oncol Pract* 2017;**13**:643-51.
10. Goerling U, Faller H, Hornemann B, et al. Information needs in cancer patients across the disease trajectory. A prospective study. *Patient Educ Couns* 2020;**103**:120-6.
11. Annon JS. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther* 1976;**2**:1-15.
12. Taylor B, Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nurs Stand* 2006;**21**:35-40.
13. Oberguggenberger AS, Nagele E, Inwald EC, 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* 2018;**7**:635-45.
14. Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leib R. The female sexual function index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;**26**:191-208.
15. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;**49**:822-30.
16. Rosen RC, Catania J, Pollack L, et al. Male sexual health questionnaire (MSHQ): scale development and psychometric validation. *Urology* 2004;**64**:777-82.
17. Couper JW, Bloch S, Love A, et al. The psychosocial impact of prostate cancer on patients and their partners. *Med J Aust* 2006;**185**:428-32.
18. Buja A, Lago L, Lago S, et al. Marital status and stage of cancer at diagnosis: a systematic review. *Eur J Cancer Care* 2018;**27**:e12755.
19. Aizer AA, Chen M-H, McCarthy EP, et al. Marital status and survival in patients with cancer. *J Clin Oncol* 2013;**31**:3869-76.
20. Ybema JF, Kuijter RG, Buunk BP, et al. Depression and perceptions of inequity among couples facing cancer. *Personal Soc Psychol Bull* 2001;**27**:3-13.
21. Bondil P, Habold D, Carnicelli D. Cancer et sexualité : le couple, un déterminant trop souvent négligé. *Sexologies* 2016;**25**:61-8.
22. Sadovsky R, Basson R, Krychman M, et al. Cancer and sexual problems. *J Sex Med* 2010;**7**:349-73.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Grandjean L, Service de Radiothérapie-Oncologie, CHU Liège, Belgique.
Email : L.Grandjean@chuliege.be