



UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ

**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des femmes ayant des dysfonctions sexuelles secondaires à l'hormonothérapie ou à la chimiothérapie.**

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2021 à 16 heures  
au Pôle Formation  
par **Sophie VALLOIS**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Éric-F LARTIGAU**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre COLLINET**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Charline LE GRAND**

---

## **Avertissements :**

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

## Liste des abréviations

<b>ACOG</b>	American College of Obstetricians and Gynecologists
<b>ADN</b>	Acide Désoxyribonucléique
<b>ASCO</b>	American Society of Clinical Oncology
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>FSFI</b>	Indice de la fonction sexuelle féminine
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IA</b>	Inhibiteurs de l'aromatase
<b>PLISSIT</b>	Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therpay
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé

# SOMMAIRE

<b>RESUME</b> .....	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>7</b>
I. <i>Epidémiologie</i> .....	7
1. Les cancers chez la femme en France .....	7
2. Définitions de la santé sexuelle et de la dysfonction sexuelle.....	7
3. Les troubles de la fonction sexuelle, des effets secondaires de plus en plus signalés chez les femmes ayant un cancer .....	8
II. <i>Facteurs favorisant la dysfonction sexuelle chez les femmes ayant un cancer</i> .....	9
1. Facteurs socio-culturels et environnementaux.....	9
2. Facteurs médicaux.....	9
III. <i>Le retentissement du cancer et de ses traitements sur la fonction sexuelle chez la femme</i> .....	9
1. Les impacts psycho-sociaux.....	9
2. Effets secondaires des traitements médicamenteux du cancer sur la fonction sexuelle des femmes.....	10
IV. <i>La communication au sujet de la dysfonction sexuelle</i> .....	13
1. Quelles sont les attentes des patientes ? .....	13
2. Aborder le sujet de la sexualité en consultation : une approche souvent délicate pour le professionnel de santé.....	13
3. La place du médecin généraliste .....	13
4. Comment introduire le sujet de la dysfonction sexuelle chez les patientes ayant un cancer en consultation .....	14
V. <i>Conclusion</i> .....	14
<b>METHODE</b> .....	<b>15</b>
I. <i>Présentation générale de l'étude</i> .....	15
II. <i>Accord préalable</i> .....	15
III. <i>Présentation de la méthode Delphi</i> .....	15
IV. <i>Avantages et limites de la méthode DELPHI</i> .....	15
V. <i>Composition des groupes pour la réalisation de la méthode Delphi</i> .....	16
1. Le groupe pilote .....	16
2. Le groupe d'experts.....	16
VI. <i>Création des questionnaires et tours de cotations</i> .....	16
1. Revue de la littérature .....	16
2. Le premier questionnaire.....	17
3. Deuxième tour de cotation.....	20
VII. <i>Réalisation de la fiche finale</i> .....	20
<b>RESULTATS</b> .....	<b>21</b>
I. <i>Revue de la littérature</i> .....	21
II. <i>Premier tour de cotation</i> .....	29
1. Caractéristiques des participants du groupe expert.....	29
2. Analyse des résultats du premier tour de cotation .....	29
III. <i>Deuxième tour de cotation</i> .....	36

1. Caractéristiques des participants du groupe expert.....	36
2. Analyse des résultats du second tour de cotation.....	36
IV. Fiche finale reprenant les réponses du groupe expert .....	40
<b>DISCUSSION.....</b>	<b>43</b>
<i>I. Discussion sur la méthodologie .....</i>	<i>43</i>
<i>II. Discussion concernant les résultats et comparaison avec la littérature .....</i>	<i>43</i>
1. Place et effet des traitements non hormonaux :.....	43
2. Indications et effets des traitements hormonaux.....	45
<i>III. Des thérapeutiques prometteuses .....</i>	<i>46</i>
1. Laser CO2 fractionné, injection d'acide hyaluronique et lipofilling.....	46
2. Des traitements en cours d'évaluation.....	47
<i>IV. Points forts de l'étude et perspectives.....</i>	<i>47</i>
1. Adéquation de notre étude avec le plan cancer.....	47
2. La souffrance psychologique, un facteur favorisant la dysfonction sexuelle à intégrer dans la prise en charge des patientes .....	48
3. Une préoccupation récente centrée sur le cancer du sein et les cancers gynécologiques .....	48
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>50</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>51</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>68</b>

## RESUME

**Introduction :** Le taux de mortalité du cancer chez la femme a chuté de 0,7% par an entre 2010 et 2018, c'est pourquoi l'attention portée à la qualité de vie est essentielle pour les patientes dont l'espérance de vie augmente. La santé sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie. Les médecins généralistes se heurtent à un manque de consensus concernant les thérapeutiques pour le traitement des dysfonctions sexuelles chez les femmes atteintes de cancer.

**Matériels et méthodes :** L'objectif était de réaliser une fiche d'aide à la consultation de médecine générale pour le traitement des dysfonctions sexuelles chez les femmes traitées par hormonothérapie ou chimiothérapie pour un cancer. La méthode Delphi a été utilisée. La revue de la littérature a été menée sur les articles parus entre 2010 et 2020. Un questionnaire informatisé a été présenté de manière itérative à un groupe d'experts composé de gynécologues, oncologues et généralistes. Les critères de Rand ont permis d'analyser les réponses. La fiche a été créée à partir des consensus obtenus pour les différents items.

**Résultats :** Trente-six articles ont été retenus pour élaborer un questionnaire initial composé de 59 items. Parmi 24 professionnels de santé sollicités, 17 ont exprimé la volonté de participer, et 13 ont répondu au premier tour de cotation. Deux tours de cotations ont été nécessaires afin d'obtenir un consensus auprès des 12 experts ayant participé aux deux tours. Après avoir reformulé 13 propositions, 57 sur 59 ont été incluses dans la fiche. Seules deux propositions ont été jugées comme inappropriées, l'une concernant l'utilisation des huiles végétales comme lubrifiant, l'autre l'utilisation de la lidocaïne aqueuse dans les cas de dyspareunies. Les experts étaient d'accord pour proposer en première intention les traitements non hormonaux (lubrifiants, hydratants, travail des muscles pelviens). Les traitements hormonaux locaux doivent être introduits de manière prudente dans les cas de cancers hormonaux dépendants. Le laser CO2 fractionné est une alternative intéressante en cas d'échec des thérapeutiques.

**Conclusion :** La diffusion de notre fiche pourrait permettre de sensibiliser les professionnels de soins primaires sur la dysfonction sexuelle et de les accompagner dans leur prise en charge. Néanmoins cette fiche doit être testée pour valider son utilité et sa facilité de manipulation. D'autres thérapeutiques en cours d'évaluation viendront peut-être s'ajouter à notre fiche dans les années à venir.

# INTRODUCTION

## I. Epidémiologie

### 1. Les cancers chez la femme en France

Après les maladies cardio-vasculaires, les cancers représentent la seconde cause de mortalité chez les femmes. En 2018 l'incidence des cancers chez la femme en France était de 177 400 cas/an (1) avec par ordre de fréquence les cancers du sein, les cancers colo-rectaux et les cancers du poumon (2).

Le taux de mortalité du cancer chez la femme a chuté de 0,7% par an entre 2010 et 2018 (1), c'est pourquoi l'attention portée à la qualité de vie constitue un enjeu essentiel pour les patientes dont l'espérance de vie est prolongée.

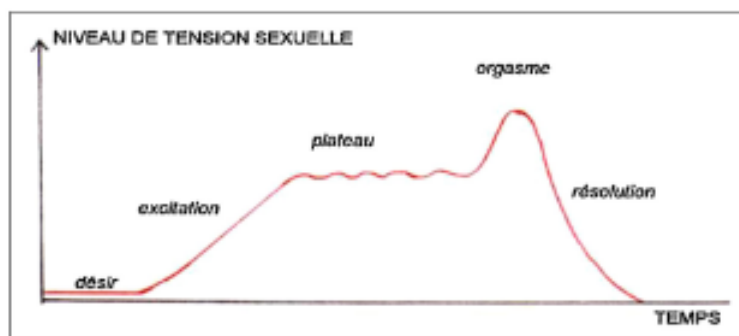
Tableau 1 : Incidence en 2018 des principaux cancers chez la femme d'après les analyses de l'Institut National du Cancer

Type de cancer	Incidence en 2018
<b>Cancer du sein</b>	58 459
<b>Cancer colo-rectal</b>	20 120
<b>Cancer du poumon</b>	15 132
<b>Mélanome cutané</b>	7 600
<b>Cancer du pancréas</b>	6 800
<b>Cancer de l'ovaire</b>	5 200
<b>Cancer du foie</b>	2 400
<b>Cancer du col de l'utérus</b>	2 900

### 2. Définitions de la santé sexuelle et de la dysfonction sexuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé sexuelle comme « *un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social lié à la sexualité. La santé sexuelle nécessite une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles sources de plaisir et sans risques, ni coercition, discrimination et violence. Pour que la santé sexuelle puisse être atteinte et maintenue, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et garantis* » (3). Une réponse sexuelle saine est décrite selon ces quatre phases : désir, excitation, orgasme et résolution (4,5). Ce mécanisme est perturbé lors de troubles de la fonction sexuelle.

Figure 1 Cycle de la réponse sexuelle selon Masters et Johnson



La dysfonction sexuelle regroupe un ensemble de paramètres physiques, psycho-sociaux et physiologiques (4,6).

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5) reconnaît trois types de dysfonctions sexuelles (7,8):

- Les troubles de l'intérêt sexuel ou les troubles de l'excitation,
- Les douleurs génito-pelviennes ou les troubles de la pénétration,
- Les troubles orgasmiques féminins.

### 3. Les troubles de la fonction sexuelle, des effets secondaires de plus en plus signalés chez les femmes ayant un cancer

Les troubles de la fonction sexuelle sont plus fréquents chez les femmes ayant un cancer que dans la population générale (9–12).

L'étude VICAN a analysé la qualité de vie des Français après le diagnostic de cancer. Elle a constaté que cinq ans après le diagnostic, 35,2% des patients se sentent moins attirants (principalement les femmes jeunes). L'étude a également montré une baisse de la libido chez 56,8% des patients et une diminution de la capacité à avoir un orgasme chez 53,8% d'entre eux, tous sexes confondus (13).

Dans une étude publiée par l'American Society of Clinical Oncology (ASCO), 37 à 75% des femmes traitées pour un cancer décrivaient une altération de la fonction sexuelle ou une majoration de troubles antérieurs. Dans les deux tiers des cas, les troubles concernaient des patientes traitées pour un cancer qui affectait directement les organes sexuels (14).

Les études suggèrent que les dysfonctions sexuelles chez les patientes atteintes de cancer sont probablement sous estimées et sous-traitées (15). Ceci est encore plus marqué pour les cancers non gynécologiques car l'ensemble des cancers et leurs traitements sont susceptibles d'entraîner une dysfonction sexuelle :

- Cancers hématologiques : 41 % des patients ayant un lymphome hodgkinien dénoncent un désintérêt sexuel (16).
- Cancers neurologiques : dans les cas de glioblastomes, une étude montre que des changements du fonctionnement sexuel affectent 53% des patients, et que les dysfonctions sexuelles sont plus importantes chez les femmes que chez les hommes (60% contre 29%) (17).
- Cancers du poumon : on constate une perte de la libido chez 50% des patients et 40% des femmes rapportent une baisse de l'activité sexuelle (16).
- Cancers colorectaux : une étude montre que la dyspareunie et le manque de lubrification doublent un an après le diagnostic de cancer colorectal (9).
- Cancers de la tête et du cou : la sécheresse buccale a un impact sur les relations sexuelles orales et la capacité à s'embrasser (18,19).
- Cancer du sein : 50 à 90% des femmes atteintes d'un cancer du sein se plaignent de dysfonction sexuelle (20). Les motifs évoqués par les femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels au cours des 30 derniers jours sont l'incapacité à se sentir attirantes dans 51% des cas, l'asthénie dans 49% des cas, la sécheresse vaginale ou les dyspareunies dans 36% des cas (10).



## II. Facteurs favorisant la dysfonction sexuelle chez les femmes ayant un cancer

### 1. Facteurs socio-culturels et environnementaux

La représentation de la sexualité varie en fonction des croyances, de la religion ou de la culture. Les facteurs socio-culturels responsables d'une majoration des dysfonctions sexuelles évoqués dans les études sont (12,21–24):

- Le faible niveau scolaire,
- Le faible revenu,
- Les difficultés de communication au sein du couple ou l'absence de soutien du partenaire,
- Le statut de célibataire,
- Les tabous culturels au sujet de la sexualité,
- Avoir une personne à charge.

### 2. Facteurs médicaux

La connaissance des antécédents médicaux est importante pour évaluer les risques de dysfonctions sexuelles mais aussi pour adapter les traitements.

Les facteurs favorisant les troubles de la sexualité sont :

- Les pathologies chroniques telles que les pathologies cardio-vasculaires, la dépression, le diabète qui sont des éléments prédictifs de mauvais fonctionnement sexuel (8,21,25).
- Les traitements de fond, comme certains antihypertenseurs ou antidépresseurs (8,19,25,26).
- Les troubles de la sexualité antérieurs au diagnostic de cancer chez la patiente ou chez son conjoint aggravent le dysfonctionnement sexuel secondaire aux traitements du cancer (21).
- Le poids est à prendre en compte, car de manière physiologique une femme ayant un indice de masse corporelle bas sécrète moins d'œstrogènes. La diminution des œstrogènes peut alors entraîner une sécheresse vaginale (19).
- L'âge est un facteur ambivalent. En effet, chez les patientes âgées, il existe un risque cumulé de dysfonction sexuelle lié à la ménopause préexistante et aux effets secondaires de certains traitements du cancer (21). Néanmoins, chez les patientes de moins de 45 ans la sexualité est plus impactée et les symptômes persistent plus longtemps après la fin des traitements (12,22).

Ces facteurs favorisant doivent être recherchés de manière systématique, permettant à chacune d'avoir l'opportunité d'aborder le sujet de la dysfonction sexuelle (14,19,27–29).

## III. Le retentissement du cancer et de ses traitements sur la fonction sexuelle chez la femme

### 1. Les impacts psycho-sociaux

#### ***Les impacts sur les interactions sociales***

La qualité de vie repose entre autre sur une sexualité épanouie. Une sexualité saine est décrite par les patientes comme incluant une forte connexion intime, une bonne image de soi, et la

capacité d'être excitée et d'obtenir un orgasme (30). Le maintien de cette vie sexuelle permet de préserver un aspect « normal » du quotidien malgré l'altération de ce dernier par le cancer (23,27,31).

Les patientes atteintes de cancer hésitent davantage à s'engager sur le plan relationnel et sexuel. Les causes évoquées sont (18,21,30):

- La peur de la stigmatisation,
- Les changements physiques (sténoses vaginales, mastectomies, colostomies...),
- La peur d'évoquer une infertilité secondaire,
- La peur d'une transmission génétique possible en cas de grossesse,
- La peur d'une possible transmission par voie sexuelle à leur conjoint(e).

Ces éléments sont en lien étroit avec l'abord psychologique de la sexualité, d'où la complexité de la prise en charge des patientes ayant un cancer.

### ***Les impacts psychologiques***

Les mécanismes conduisant aux retentissements psychologiques des dysfonctions sexuelles sont multiples et intriqués. Par exemple, une douleur lors des rapports entraîne une souffrance psychologique et une appréhension à l'origine d'un cercle vicieux psychosomatique (14). La détresse psychologique liée au cancer peut elle aussi avoir une influence négative sur la sexualité et la façon dont elle est vécue (23,24,32). Les professionnels de santé doivent chercher des signes de dépression, d'angoisse surtout lorsqu'il s'agit de patientes jeunes qui sont d'autant plus vulnérables (19,24,33,34).

Un soutien par des professionnels, tels que des psychologues ayant une formation en sexologie, ou des psychiatres est à proposer au cas par cas. De même, l'orientation vers une psychothérapie de couple a montré des effets bénéfiques, notamment constatés quand le professionnel aborde spécifiquement les problématiques d'image corporelle (15,28,31).

Bien qu'il puisse exister une part psychique dans les troubles de la fonction sexuelle, il ne faut pas ignorer les explications physiques possibles (14).

## **2. Effets secondaires des traitements médicamenteux du cancer sur la fonction sexuelle des femmes**

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes concentrés sur les impacts des traitements médicamenteux tels que la chimiothérapie et l'hormonothérapie.

### ***Rôle des hormones sur la fonction sexuelle***

L'hypoestrogénie est l'effet secondaire de la chimiothérapie et de l'hormonothérapie ayant le plus fort impact sur la fonction sexuelle (28,35,36). Elle a tendance à s'aggraver avec le temps (28,37).

Les rôles des différentes hormones sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : Implication des hormones sur la fonction sexuelle

Oestrogènes (38)	La testostérone et l'androsténédione (12,39)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La stimulation des sécrétions glandulaires qui augmentent la lubrification vaginale,</li> <li>• La vascularisation de la paroi vaginale,</li> <li>• Le maintien de l'épaisseur du tissu épithélial,</li> <li>• Le maintien de la densité des faisceaux du tissu musculaire lisse vaginal,</li> <li>• L'afflux sanguin au niveau du clitoris.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Majoration du flux sanguin génital,</li> <li>• Favorise la libido,</li> <li>• Rôle similaire aux œstrogènes lié à leur conversion périphérique en œstrogènes.</li> </ul>

### **Principaux symptômes de la dysfonction sexuelle décrits par les patientes**

Les mécanismes de la dysfonction sexuelle sont liés et entraînent une cascade de symptômes.

Tableau 3: Mécanismes de la dysfonction sexuelle chez les patientes traitées par hormonothérapie ou chimiothérapie

	Mécanismes	Symptômes
Syndrome génito-urinaire (12,15,26,28,37,40–42)	Hypoestrogénie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atrophie vulvo-vaginale,</li> <li>• Dyspareunie,</li> <li>• Sécheresse vaginale,</li> <li>• Diminution de la lubrification,</li> <li>• Diminution de l'élasticité vaginale et raccourcissement du vagin,</li> <li>• Diminution de l'excitation sexuelle,</li> <li>• Diminution de la relaxation des muscles lisses,</li> <li>• Diminution de la vasocongestion.</li> </ul>
Baisse du pH vaginal (26,43)	Hypoestrogénie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection urinaire,</li> <li>• Infection vaginale.</li> </ul>
Vaginisme secondaire (14,19,28)	Contraction anormale du muscle bulbo-caverneux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspareunie.</li> </ul>
Douleurs vulvaires (19,24,44)	Dermatites irritantes de contact	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dyspareunie,</li> <li>• Sensation de brûlure.</li> </ul>

### **Impact de la chimiothérapie sur la fonction sexuelle**

Plus d'un quart des patientes ayant un cancer déclarent avoir eu des problèmes sexuels après la chimiothérapie (21,26,35).

- Une insuffisance ovarienne ou une ménopause précoce

Les agents chimiothérapeutiques ciblent les cellules en division et peuvent donc endommager les follicules en développement (8).

L'association de l'épuisement du stock de follicules, de la destruction des ovocytes, de la diminution de l'apport sanguin ovarien et d'une fibrose ovarienne donne des symptômes d'insuffisance ovarienne (45,46) voire de ménopause précoce (8,34,43,47-53).

La probabilité qu'une femme soit ménopausée à cause d'une chimiothérapie augmente à 35 ans (32). De plus, les femmes de moins de 40 ans sous chimiothérapie ont un risque de 61% de développer une aménorrhée secondaire, et ce taux augmente jusqu'à 95% chez les femmes de plus de 40 ans (8).

Ces effets peuvent être transitoires avec des agents non dommageables pour l'Acide Désoxyribonucléique (ADN) tels que le 5-fluorouracile et le méthotrexate, ou avoir des effets cytotoxiques profonds sur l'ovaire comme avec les cyclophosphamides ou les agents du groupe alkylant (8,54).

- Neuropathies secondaires :

Elles entraînent des troubles de la sensation génitale (42,45), des vulvodynies et des mucites vaginales (46).

- Effets indirects :

Si l'impact direct sur la fonction sexuelle de la chimiothérapie est bien établi, on peut également citer d'autres effets secondaires qui influencent indirectement la sexualité comme l'alopécie, l'asthénie, les mucites, les nausées, les vomissements, et les modifications de poids (8,22,31,49,54,55).

### ***Impact de l'hormonothérapie sur la fonction sexuelle***

Les femmes traitées par hormonothérapie ont montré une plus grande altération du fonctionnement sexuel par rapport aux femmes ayant un cancer non traité par hormonothérapie ou à celles ménopausées dans la population générale (11,35,56,57). Les agents thérapeutiques utilisés pour les hormonothérapies adjuvantes dans les cancers du sein à récepteur hormonaux positifs, engendrent des effets hypoestrogéniques. C'est le cas des inhibiteurs de l'aromatase (IA) ou du tamoxifène (28).

Le tamoxifène, utilisé principalement chez les femmes préménopausées, est un modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes. Par son action de fixation compétitive sur les récepteurs, il supprime l'activité œstrogénique (28,49,57,58).

Les IA en bloquant la conversion de la testostérone en œstrogène, abaissent les taux sériques d'œstradiol cela aggrave les symptômes d'une ménopause existante ou favorise une ménopause précoce (45,58).

Cependant les effets secondaires sur la fonction sexuelle sont plus importants sous IA que sous tamoxifène. C'est le cas par exemple de la sécheresse vaginale, la dyspareunie, des troubles de la libido, de l'atrophie vaginale et de l'augmentation du pH vaginal (26,57-59).

Il est essentiel que les femmes atteintes d'un cancer puissent recevoir des informations sur les potentiels troubles de la fonction sexuelle auxquels la maladie les expose, et ce aussitôt le diagnostic du cancer posé.

## IV. La communication au sujet de la dysfonction sexuelle

### 1. Quelles sont les attentes des patientes ?

Les femmes de tout âge considèrent la fonction sexuelle comme un élément important de leur santé globale (20,43). Les études montrent cependant que les femmes reçoivent moins d'informations que les hommes sur le sujet, d'autant plus lorsqu'il ne s'agit pas d'un cancer gynécologique (9,23).

Lorsqu'elles sont interrogées, les femmes déplorent le manque d'informations (28,30,60), de soutien et de stratégies pratiques fournies par les cliniciens pour les aider à gérer les changements sexuels secondaires aux cancers et à leurs traitements (11,28).

De plus, les patientes dissocient souvent le cancer et ses traitements des dysfonctions sexuelles, ce qui les met en difficultés pour trouver un interlocuteur pouvant évaluer leurs troubles sexuels (7,61). Elles hésitent à parler de sexualité à cause des contraintes de temps de la consultation (12), du malaise qu'entraîne le sujet de la sexualité (60) et préfèrent ainsi que le médecin soit celui qui initie le sujet en consultation.

Elles souhaiteraient que le sujet soit abordé par le médecin traitant plutôt que par l'oncologue et ce lors de consultations spécifiquement dédiées à l'onco-sexologie. Ceci peut s'expliquer par la relation de confiance préexistante avec le médecin traitant et son accessibilité (7,62).

Les études sont claires concernant les attentes des femmes sur le suivi des troubles de leurs fonctions sexuelles. Elles formulent le besoin de recevoir une information orale et écrite concernant les traitements de la dysfonction sexuelle et être impliquées dans le parcours de soin (63).

### 2. Aborder le sujet de la sexualité en consultation : une approche souvent délicate pour le professionnel de santé

Bien que l'on constate une amélioration de la communication sur les dysfonctions sexuelles, plusieurs études mettent en avant une certaine réticence à parler d'onco-sexualité pour le professionnel de santé (62).

Plusieurs raisons favorisent ce manque de communication (23):

- La peur de ne pas pouvoir résoudre l'ensemble des problématiques intriquées à celle de la dysfonction sexuelle (28),
- La peur de ne pas pouvoir proposer une thérapeutique efficace (4,33,45),
- Le manque de support d'informations à fournir aux patientes (4,28,33,62),
- L'inconfort avec le sujet de la sexualité (4,43),
- La peur de l'intrusion (27),
- Les fausses croyances (27),
- Un manque de temps lors des consultations (27,28).

Le risque est de faire faussement comprendre, par communication non verbale, qu'il n'est pas important d'aborder le sujet lors d'une consultation (43).

### 3. La place du médecin généraliste

La prise en charge concernant la sexualité des patientes atteintes d'un cancer implique le médecin traitant qui est souvent perçu comme étant le meilleur interlocuteur (12,16,27,28).

En effet, le plan cancer de 2014-2019, avait pour objectif d'améliorer la liaison entre la médecine hospitalière et la médecine de ville. Il a été mis à disposition, notamment pour les médecins généralistes, des recommandations de bonne pratique concernant plusieurs thèmes du cancer (64).

Il est ainsi reconnu que le médecin généraliste, qui prend en charge des patientes dans leur globalité, est un intervenant nécessaire dans le suivi des effets secondaires des traitements du cancer et permet d'articuler le suivi post-traitement des patientes (63).

Pour les patientes atteintes de cancer, dans un premier temps, le médecin généraliste prévient et dépiste les dysfonctions sexuelles, puis dans un second temps, il accompagne et/ou les oriente vers le professionnel adapté.

#### 4. Comment introduire le sujet de la dysfonction sexuelle chez les patientes ayant un cancer en consultation

Des questionnaires concernant la santé sexuelle existent afin d'initier le dialogue avec les patientes :

- L'indice de la fonction sexuelle féminine (FSFI) comprend 19 éléments qui génèrent des scores dans 6 domaines : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur (15,65). Sa limite principale est l'obtention de résultats faussement médiocres si les patientes ne sont pas actives sexuellement (20,66).
- D'autres modèles, comme celui des « 5 A » oriente la consultation sur cinq éléments clés : demander, conseiller, évaluer, aider et organiser (28,42),
- Le modèle PLISSIT (Permission, Limited Information, Specific Suggestions, Intensive Therpay) : autorisation, informations limitées, suggestions spécifiques, thérapie intensive (28,67,68).

L'objectif est de permettre aux femmes ayant un cancer d'entendre que les dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements sont connues et qu'une aide est possible (28).

## V. Conclusion

La sexualité est un sujet de plus en plus abordé dans les prises en charge de cancers. En effet, le plan cancer 2021-2030 comprend parmi ses objectifs la limitation des séquelles dues aux cancers et l'amélioration de la qualité de vie des patients (69).

Il serait intéressant de pouvoir réaliser une consultation dédiée à l'onco-sexologie pour les femmes ayant reçu un traitement pour un cancer. En abordant la santé sexuelle, le professionnel de santé permet aux femmes de s'exprimer sans ressentir de jugement. Le médecin généraliste est un interlocuteur de choix dans le dépistage et la prise en charge de ces troubles (63). Ainsi, un outil, simple d'utilisation, permettant d'orienter sur la prise en charge de première intention de la dysfonction sexuelle chez les femmes ayant reçu un traitement par chimiothérapie ou hormonothérapie pour un cancer, peut être un support adapté lors d'une consultation de médecine générale.

# METHODE

## I. Présentation générale de l'étude

L'objectif de l'étude était de concevoir une fiche d'aide à la consultation d'onco-sexologie en médecine générale pour les femmes ayant un cancer traité par hormonothérapie ou chimiothérapie.

Nous avons utilisé la méthode Delphi afin d'obtenir un consensus concernant les thérapeutiques prescrites dans les cas de dysfonctions.

## II. Accord préalable

Le questionnaire informatique a été validé auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) le 12 janvier 2021 sous le numéro de déclaration 2020-240 (annexe 1).

## III. Présentation de la méthode Delphi

Nous avons utilisé la méthode de consensus formalisé Delphi. Cette méthode a pour objectif de synthétiser l'information et de confronter les avis contradictoires afin de définir un degré d'accord au sein du groupe d'individus sélectionnés.

La méthode Delphi est une procédure comportant deux à quatre tours utilisant des questionnaires auto-administrés et adressés aux participants par courrier ou sous forme électronique.

La méthode « Recommandation par consensus formalisé » est valable si au moins deux conditions parmi les suivantes sont remplies :

- Absence ou insuffisance de littérature de fort niveau de preuve répondant spécifiquement aux questions posées,
- Possibilité de décliner le thème en situations cliniques facilement identifiables,
- Controverse avec nécessité d'identifier par un groupe indépendant et de sélectionner parmi plusieurs alternatives les situations dans lesquelles une pratique est jugée appropriée.

Dans le cadre de ce travail, la méthode par consensus formalisé est adaptée devant :

- Le peu de littérature concernant la consultation de médecine générale en onco-sexologie chez la femme,
- La possibilité de décliner le sujet par un outil d'aide à la consultation de médecine générale.

## IV. Avantages et limites de la méthode DELPHI

Les avantages de cette méthode sont l'absence de limitation géographique, son faible coût, la préservation de l'anonymat des participants, et l'acceptabilité des résultats sous réserve du caractère représentatif du groupe d'experts. Elle permet d'identifier un degré d'accord ou d'indécision entre experts.

Les principales limites sont (70,71) :

- Le biais de sélection en cas d'insuffisance de participation de certains membres du groupe expert ou lié au processus de recrutement,
- Le manque de débat entre les experts,
- Le nombre d'expert qu'il convient à réunir.

## V. Composition des groupes pour la réalisation de la méthode Delphi

### 1. Le groupe pilote

Il est composé de : VALLOIS Sophie (thésarde en médecine générale) et du DR LE GRAND (Directrice de thèse et médecin généraliste).

L'objectif du groupe de pilotage est de réaliser la revue de la littérature, d'établir l'argumentaire scientifique, de former le groupe d'experts, de soumettre les items à ce groupe et de récupérer et analyser les résultats (70).

Le groupe pilote est indépendant du groupe d'experts.

### 2. Le groupe d'experts

Le groupe d'experts doit être composé de neuf à quinze personnes. Ces personnes sont recrutées en fonction de leurs capacités à appliquer les recommandations reconnues. Elles ont l'expérience et le jugement nécessaires à l'évaluation des thèmes proposés (71).

Son rôle est d'évaluer les items sélectionnés auparavant par le groupe pilote lors des différents tours de cotation.

Dans notre étude, plusieurs professionnels ont été sollicités afin de composer le groupe d'experts comprenant des gynécologues, oncologues et médecins généralistes.

Les experts ont été recrutés par contact direct ou par mail, et après avoir donné leur accord, ont reçu les informations concernant la thèse et le questionnaire.

## VI. Création des questionnaires et tours de cotations

### 1. Revue de la littérature

Nous avons réalisé une revue de la littérature sur les thérapeutiques existantes lors de dysfonctions sexuelles chez les femmes ayant été traitées pour un cancer par hormonothérapie et chimiothérapie. Cette revue de la littérature a servi à la réalisation d'un argumentaire scientifique fourni au groupe d'experts ainsi qu'à l'élaboration du questionnaire.

La revue de la littérature a été réalisée entre octobre et décembre 2020. La recherche a été faite sur les moteurs de recherche Pubmed et Cochrane.

Les équations de recherche étaient :

- « neoplasms woman »AND« sexual dysfunction » ,
- « neoplasms woman »AND« sexual dysfunction »AND« side effects » ,
- « neoplasms woman »AND« sexual dysfunction »AND« primary care » ,



- « neoplasms woman »AND« sexual dysfunction »AND« treatment »,
- « neoplasms woman »AND« sexual dysfunction »AND« consultation ».

Nous avons choisi d'exclure :

- Les articles édités avant 2010,
- Les articles évoquant principalement l'aspect psychologique de la dysfonction sexuelle,
- Les articles concernant les adolescents et les enfants,
- Les articles concernant les effets secondaires sur la fonction sexuelle post chirurgie ou radiothérapie.

Ceux retenus étaient :

- Les articles évoquant les effets secondaires des traitements médicamenteux (chimiothérapie, hormonothérapie) du cancer chez la femme,
- Les articles concernant les traitements de la dysfonction sexuelle chez la femme ayant un cancer,
- Les articles en anglais et en français.

## 2. Le premier questionnaire

### ***Elaboration du premier questionnaire***

Le premier questionnaire a été réalisé à partir du logiciel LIMESURVEY.

Il comprenait (annexe 2) :

- Des textes introductifs : un message de présentation, un texte rappelant la méthode de cotation et un message de remerciement,
- Les caractéristiques socio-professionnelles des experts,
- Les 59 items issus de la revue de la littérature.

La méthode de cotation des items composant le questionnaire était une échelle numérique graduée de 1 à 9. Les participants devaient coter tous les items.

L'échelle de valeur de la cotation était ainsi établie :

- La valeur 1 signifie que l'expert juge la proposition « totalement inappropriée ».
- La valeur 9 signifie que l'expert juge la proposition « totalement appropriée ».
- Les valeurs entre 2 et 8 correspondent à des situations intermédiaires possibles.
- La valeur 5 correspond à l'indécision de l'expert.

Les experts avaient la possibilité d'ajouter, pour chaque question, des commentaires dans un encadré.

Le questionnaire a été testé auprès de trois médecins généralistes et d'une oncologue permettant de le rendre plus explicite grâce aux commentaires recueillis.

La réponse au questionnaire se faisait de manière anonyme.

Le questionnaire a été envoyé par un mail à chaque membre du groupe d'experts, de façon individuelle. Le mail était sécurisé via la boîte mail de la faculté de Lille (annexe 3), et était composé :

- Du lien donnant l'accès au questionnaire en ligne,

- D'un document comprenant un résumé de l'argumentaire scientifique issu de la revue de la littérature ainsi qu'une explication du déroulé de la méthode Delphi.

### ***Analyse des résultats du premier tour de cotation par le groupe pilote***

Les résultats obtenus sur LimeSurvey étaient analysés par le biais d'un tableur Excel. Nous avons calculé pour chaque item la médiane, l'écart type et les pourcentages de scores individuels.

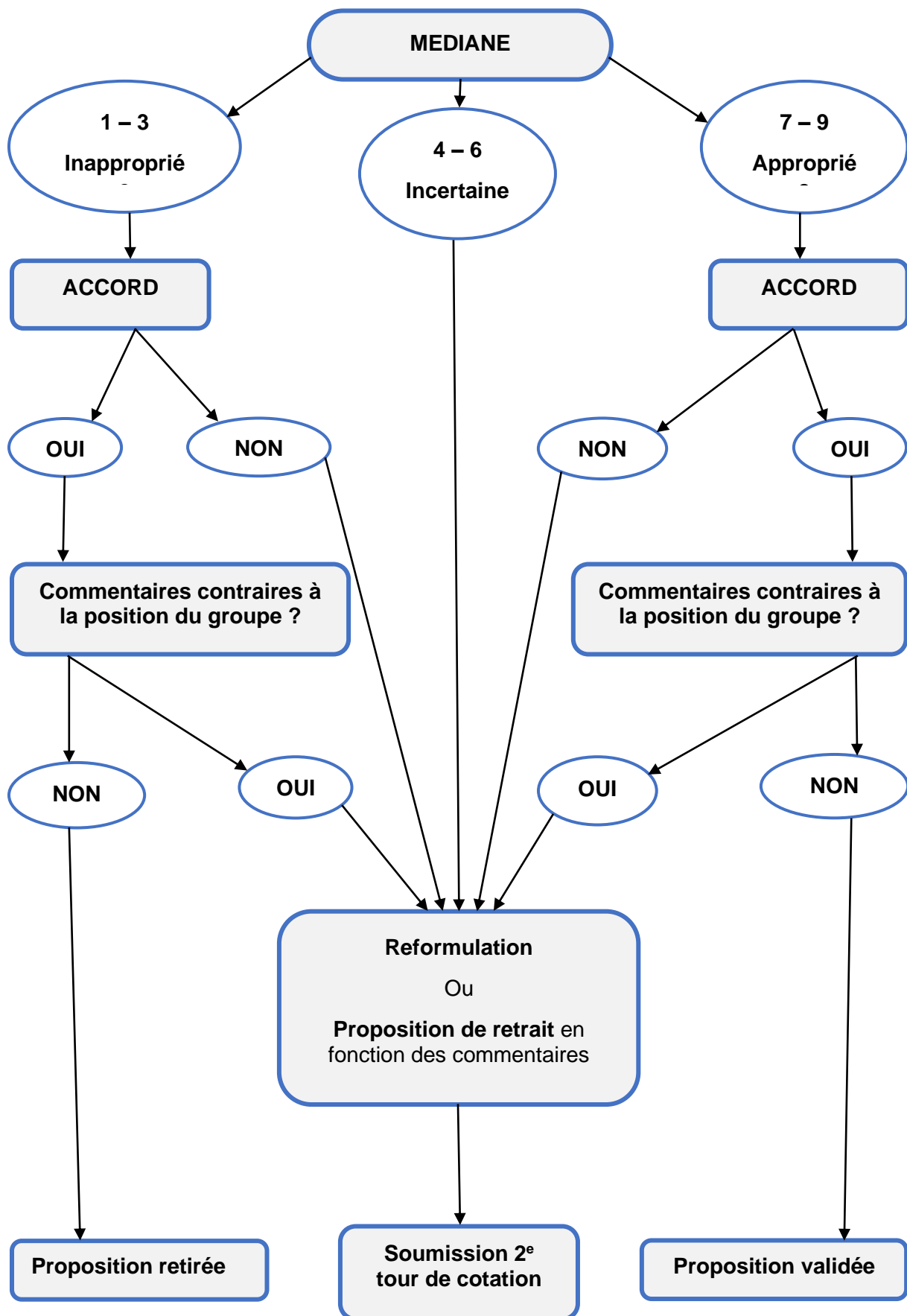
Nous avons utilisé les critères de Rand pour l'analyse (71). Ainsi une proposition était jugée :

- Appropriée : lorsque la valeur de la médiane était  $\geq 7$  et qu'il y avait un accord ;
- Inappropriée : lorsque la valeur de la médiane était  $\leq 3$  et qu'il y avait un accord ;
- Incertaine : lorsque la valeur de la médiane était comprise entre 4 et 6.

La validité contextuelle était obtenue si le score médian pour une proposition était supérieur ou égal à 7 et qu'il n'existait pas de désaccord. Un désaccord était défini par plus de 30% des scores individuels compris entre 1 et 3 et plus de 30% entre 7 et 9.

Une analyse des commentaires des experts était réalisée ce qui a permis de comprendre les réponses puis de reformuler les questions. Cette analyse était transmise aux experts afin de les aider à confronter leur réponse à l'avis du groupe.

Graphique 1 : Analyse des résultats du premier tour de cotation



### 3. Deuxième tour de cotation

#### ***Réalisation du questionnaire***

Le deuxième questionnaire était créé à partir des items reformulés (annexe 4). Il était envoyé par mail individuellement à chaque participant (annexe 5).

Il était réalisé sur le logiciel LimeSurvey. La même échelle de cotation était utilisée ainsi que l'espace de commentaire libre.

#### ***Analyse des résultats du second tour de cotation***

L'analyse statistique complétée par l'analyse des commentaires était réalisée selon les mêmes critères que lors du premier tour.

### VII. Réalisation de la fiche finale

A partir des résultats des deux questionnaires, l'élaboration de la fiche a été faite à l'aide du logiciel WORD.

# RESULTATS

## I. Revue de la littérature

Les articles ont été sélectionnés initialement après une lecture des titres, puis des résumés et enfin de leurs contenus.

Figure 2 : Etapes de sélection des articles retenus dans la revue de la littérature

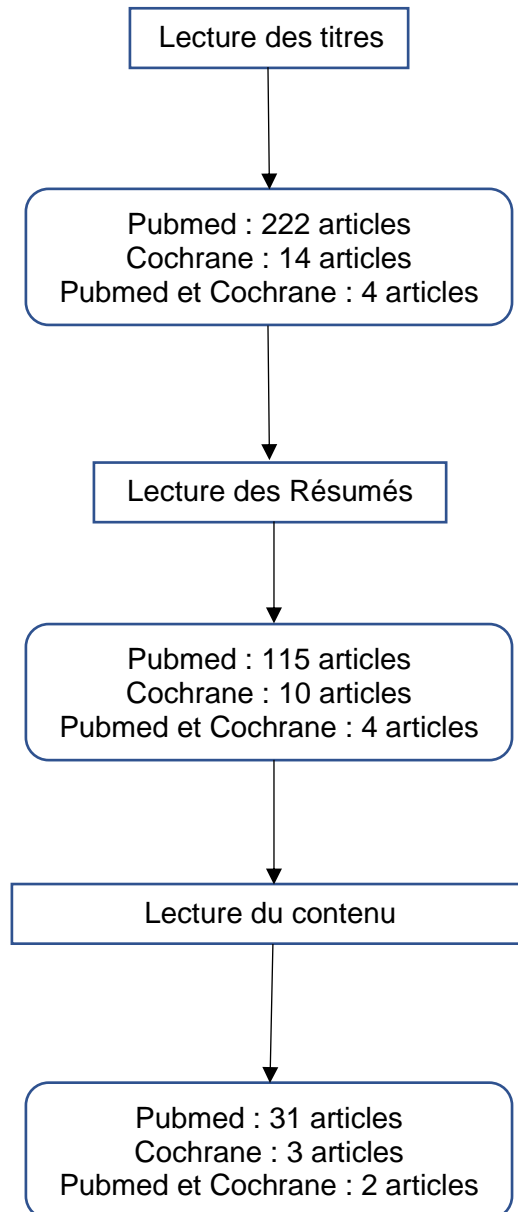


Tableau 4 : Caractéristiques des articles issus de la revue de la littérature

Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
1_Addressing female sexual function after cancer by internists and primary care providers <b>Bober Sharon L and al</b>	2013 Tous les types de cancer	Revue de la littérature avec accord d'experts	- Plusieurs études, mais de faibles puissances, ont montré que les dilateurs vaginaux, les hydratants et les traitements à base d'hormones peuvent diminuer le syndrome génito-urinaire.
2_Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer <b>Whicker Margaret and al</b>	2017 Cancers gynécologiques	Accord d'experts	- Les œstrogènes sont efficaces dans la dysfonction sexuelle chez les patientes atteintes de cancer ayant une atrophie vulvo-vaginale mais ne peuvent être utilisés chez toutes les patientes. - Des thérapies non hormonales sont également à promouvoir en fonction des types de cancer et du type de symptôme des patientes. - Les dysfonctions sexuelles chez les femmes atteintes de cancer de l'ovaire sont soustraitées, des recherches complémentaires sont nécessaires pour élargir l'arsenal de thérapies disponibles et traiter en toute sécurité.
3_Cancer, Benign Gynecology, and Sexual Function--Issues and Answers <b>Bennett Nelson and al</b>	2016 Cancers gynécologiques	Revue de la littérature avec accord d'experts	- Les dysfonctions sexuelles dans le cancer du sein : hydratants et lubrifiants recommandés en 1 <sup>ère</sup> ligne ; si échec : discussion des œstrogènes locaux en faible dose en seconde intention. - D'autres alternatives thérapeutiques sont évoquées mais non utilisées en France (Ospemifene, testostérone).
4_Sexual dysfunction in female cancer survivors <b>DeSimone Michael and al</b>	2014 Tous les types de cancer	Revue de la littérature	- Les thérapeutiques non hormonales : hydratants, lubrifiants et conseils sur les positions sexuelles sont les premières lignes de prise en charge. - La Food and Drug Administration aux Etats-Unis valide le stimulateur clitoridien « EROS-CVD » qui joue un rôle sur la lubrification et la libido. - Le seul traitement pharmacologique reconnu par la Food and Drug Administration sont les traitements locaux à base d'œstrogènes, la prescription est limitée dans les cas de cancers hormono-dépendants. - L'efficacité de la testostérone dans les troubles de la libido manque de preuves mais est une piste thérapeutique intéressante.
5_Advising Women Undergoing Treatment for Breast Cancer : A Narrative Review <b>Lemanne Dawn and al</b>	2018 Cancer du sein	Revue narrative	- Les règles hygiéno-diététiques font partie de la prise en charge de la dysfonction sexuelle. - Les atrophies vulvo-vaginales sévères : les œstrogènes sous forme d'anneaux et de courte durée sont à privilégier dans les cas de cancers du sein. - Le laser fractionné au CO2 améliore l'atrophie vulvo-vaginale en augmentant la vascularisation et le taux de collagène vaginal.
6_Management of side effects related to adjuvant hormone therapy in young women with breast cancer <b>Saghatchian Mahasti and al</b>	2019 Cancer du sein	Revue narrative	- L'innocuité de l'association tamoxifène et œstrogènes locaux se base sur l'activité anti-œstrogénique du Tamoxifène. - L'association d'œstrogènes locaux et d'inhibiteurs de l'aromatase est contre-indiquée.

Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prescription d'œstrogènes locaux chez les femmes ayant un cancer du sein s'évalue au cas par cas notamment à cause de niveaux d'absorption d'œstrogènes variables.</li> </ul>
7_Fertility Preservation and Sexual Health After Cancer Therapy <b>Pereira Nigel and al</b>	2017 Tous les types de cancer	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les œstrogènes en application locale dans les dysfonctions sexuelles sont prescrits si échec du traitement non hormonal.</li> <li>- Les exercices du plancher pelvien et la stimulation clitoridienne améliorent la fonction sexuelle.</li> </ul>
8_Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient <b>Melisko Michelle E and al</b>	2010 Cancer du sein	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation d'œstrogène en topique peut augmenter le taux d'œstrogène systémique, il n'est donc pas conseillé chez les femmes sous inhibiteurs de l'aromatase.</li> <li>- Le traitement par tibolone est contre-indiqué dans les cas de cancer hormono-dépendant suite à la survenue de récurrence sous ce traitement.</li> <li>- Peu d'études valident l'innocuité de la testostérone chez la femme ayant un cancer mais elle représente une alternative à explorer dans les atrophies vulvo-vaginales.</li> </ul>
9_ A comprehensive review of sexual health concerns after cancer treatment and the biopsychosocial treatment options available to female patients <b>Sears Carly S and al</b>	2018 Tous les types de cancer	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu de preuves sur l'efficacité des dilateurs vaginaux et de la physiothérapie des muscles pelviens sur la perte d'élasticité du tissu vaginal.</li> <li>- Les hydratants : manque de connaissance sur leur retentissement à long terme.</li> <li>- Les œstrogènes topiques font débat et sont recommandés dans les cas d'atrophie vulvo-vaginale sévère résistants au traitement non hormonal chez les femmes ayant un cancer hormono-dépendant.</li> <li>- Manque de preuve de l'efficacité du laser fractionné au CO2 ou la déhydroépiandrostérone intravaginale dans le traitement de l'atrophie vulvo-vaginale chez les patientes ayant un cancer.</li> </ul>
10_A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy <b>Advani Pragati and al</b>	2016 Cancer du sein	Etude pilote comparative randomisée  Niveau de preuve 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la dysfonction sexuelle chez les femmes ayant reçu un traitement actif préventif lors de la première année sous traitement par inhibiteurs de l'aromatase.</li> <li>- L'hydratant à base d'acide hyaluronique montre une bonne amélioration de la sécheresse vaginale.</li> <li>- Les lubrifiants à base d'huile favorisent la colonisation de Candida comparativement aux lubrifiants à base d'eau ou de silicone.</li> <li>- <b>Limites</b> : petite taille de l'échantillon, population auto-sélectionnée, un des hydratants a été interdit par la Food and Drug Administration en cours d'étude.</li> </ul>
11_The management of menopausal symptoms in breast cancer survivors: case-based approach <b>Lammerink Ellen A G and al</b>	2012 Cancer du sein	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le risque de récurrence du cancer du sein sous oestrogénothérapie orale ou tibolone est important.</li> <li>- L'innocuité des traitements par œstrogène local n'est pas établie, les patientes doivent être prévenues si cette thérapeutique est envisagée.</li> <li>- L'estriol est préférée à l'œstradiol si la prescription est envisagée.</li> </ul>
12_Sexual health after breast cancer : Recommendations from the Spanish Menopause Society, Federación Española	2017 Cancer du sein	Accord d'experts	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Après un échec des thérapeutiques non hormonales, l'oestrogénothérapie locale est tolérée en cure courte et à faible dose.</li> <li>- L'estriol est préféré à l'œstradiol ayant une clairance plus faible.</li> </ul>

Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
de <b>Sociedades de Sexología, Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria and Sociedad Española de Oncología Médica</b> <b>Mendoza Nicolás and al</b>			
13_ Management of genitourinary syndrome of menopause in female cancer patients : a focus on vaginal hormonal therapy <b>Crean-Tate Katie K and al</b>	2019 Cancers gynécologiques	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux études ont montré que l'hydratant vaginal Replens® apportait une amélioration subjective à l'atrophie vulvo-vaginale chez les femmes ayant un cancer.</li> <li>- Les femmes ayant un cancer du sein constatent une diminution de la dyspareunie après application de lidocaïne aqueuse.</li> <li>- D'autres études sont nécessaires concernant le laser fractionné au CO2 micro-ablatif sur l'atrophie vulvo-vaginale.</li> <li>- Les œstrogènes locaux sont à prescrire en faible dose pendant une courte période.</li> <li>- Dans une étude chez des femmes ayant un cancer du sein sous tamoxifène ou inhibiteur de l'aromatase, il n'est pas constaté d'augmentation du risque de cancer chez les femmes sous œstrogène local par rapport à celles recevant un placebo.</li> <li>- L'œstrogénothérapie vaginale dans le cas des cancers du col de l'utérus, de la vulve ou vaginal est possible, ces cancers n'étant pas hormono-dépendants.</li> <li>- Le traitement hormonal substitutif est majoritairement utilisé s'il existe un syndrome climatérique associé. De nombreuses études recommandent l'abstention de son utilisation pour les cancers hormono-sensibles mais les preuves sont contradictoires.</li> </ul>
14_ Approach to sexual dysfunction in women with cancer <b>Del Pup Lino and al</b>	2019 Cancers gynécologiques	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La perte de poids, l'alimentation équilibrée et le sport font partie du traitement des dysfonctions sexuelles.</li> <li>- Les lubrifiants et hydratants sont les premières lignes du traitement de l'atrophie vulvo-vaginale.</li> <li>- Les oestrogénothérapies locales faiblement dosées sont à évaluer avec l'oncologue.</li> <li>- L'Ospemifene (modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes) est une alternative thérapeutique en cours d'étude.</li> </ul>
15_ Managing premature menopause and sexual dysfunction <b>Zhou Eric S and al</b>	2015 Cancer du sein	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Ospemifene dans deux études sur des animaux montre une bonne efficacité sur l'atrophie vulvo-vaginale.</li> <li>- La lidocaïne aqueuse réduit la dyspareunie.</li> </ul>
16_ How to ask and what to do : a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer <b>Bober Sharon L and al</b>	2016 Tous les types de cancer	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'afflux sanguin pelvien par le biais d'exercices de renforcement des muscles pelviens, l'autostimulation, les vibrateurs et les pompes à vide favorisent l'excitation sexuelle.</li> <li>- L'éducation sur l'utilisation des hydratants et des lubrifiants sur la sécheresse vaginale est à promouvoir.</li> <li>- Sous oestrogénothérapie locale, le manque de connaissances du passage des œstrogènes dans la circulation générale induit une controverse sur la prescription de ce traitement chez les femmes ayant un cancer hormono-dépendant.</li> <li>- Les dilateurs vaginaux sont conseillés pour la restauration de l'élasticité vaginale.</li> </ul>



Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
17_Sexual health issues in women with cancer <b>Krychman Michael and al</b>	2013 Tous les types de cancer	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'alimentation, l'exercice physique et certains traitements influencent la sexualité.</li> <li>- L'ajustement des positions sexuelles est recommandé.</li> <li>- Dans les cas de dyspareunie sur hypertonie des muscles pelviens ou raccourcissement vaginal, la physiothérapie et les dilateurs vaginaux peuvent être utiles.</li> <li>- Des conseils sur les vibrateurs et auto-stimulateur sont donnés aux patientes dans les cas de perte de libido.</li> <li>- Les hydratants à base d'acide hyaluronique peuvent être prescrits dans les cas d'atrophie vulvo-vaginale.</li> </ul>
18_Sexuality and intimacy after gynecological cancer <b>Ratner Elena S and al</b>	2010 Cancers gynécologiques	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le traitement hormonal substitutif n'est pas contre indiqué dans les cancers de la vulve ou du vagin. Dans les cancers du col de l'utérus, les études ne sont pas suffisamment significatives pour éliminer un risque de récurrence.</li> <li>- L'oestrogénothérapie est prescrite par certains oncologues aux Etats-Unis dans les cancers de l'endomètre à un stade précoce avec atrophie vulvovaginale.</li> <li>- Les études concernant la tibolone dans le cancer de l'endomètre ont été arrêtées devant des cas de récurrence.</li> </ul>
19_Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors <b>Breukink Stephanie O and al</b>	2013 Cancer colorectal	Revue narrative	Les œstrogènes en thérapie locale à faible dose peuvent être envisagés dans les sécheresses vaginales.
20_How to Address Sexual Problems in Female Cancer Patients <b>Preti Eleonora P and al</b>	2017 Tous les types de cancer	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'oestrogénothérapie par voie orale est contre indiquée chez les patientes ayant un cancer. L'administration locale est à discuter au cas par cas si les traitements non hormonaux sont inefficaces.</li> <li>- Dans une étude randomisée, la lidocaïne aqueuse permet une amélioration des dyspareunies superficielles.</li> <li>- Le laser fractionné au CO2 est une bonne alternative pour les patientes ayant une contre-indication aux hormones et avec une atrophie vulvo-vaginale sévère.</li> </ul>
21_Hormone replacement therapy and women with premature menopause--a cancer survivorship issue <b>King Judy and al</b>	2011 Tous les types de cancer	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deux essais randomisés analysant le traitement hormonal substitutif chez des femmes ayant un cancer du sein HER positif ont été écourtées secondairement à des récurrences.</li> <li>- Le traitement hormonal substitutif en fonction de la qualité de vie et du rapport bénéfice/risque peut être discuté après transmission d'une information éclairée aux patientes sur les risques de récurrence du cancer.</li> <li>- Le traitement hormonal substitutif n'est pas contre indiqué chez les patientes ayant un cancer de l'endomètre ou de l'ovaire.</li> </ul>
22_ ACOG Committee Opinion No. 659 : The Use of Vaginal Estrogen in Women	2016 Cancer du sein	Accord d'experts	- Les traitements à base d'œstrogènes ne doivent pas être proposés en première intention.

Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
With a History of Estrogen-Dependent Breast Cancer <b>Committee on Gynecologic Practice</b>			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données ne montrent pas de majoration de risque de cancer chez les patientes traitées par œstrogènes locaux pour des symptômes uro-génitaux.</li> <li>- Chez les femmes sous inhibiteurs de l'aromatase, le risque de récurrence est moins sûr devant une absence de connaissance du taux seuil d'œstrogène systémique acceptable.</li> <li>- Chez les femmes sous tamoxifène, l'utilisation d'œstrogène vaginal est acceptable par sa propriété compétitive sur les récepteurs aux œstrogènes.</li> </ul>
23_Treatment-related amenorrhea and sexual functioning in young breast cancer survivors <b>Rosenberg Shoshana M and al</b>	2014 Cancer du sein	Etude prospective de cohorte  Niveau de preuve 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Il est constaté dans l'étude, moins de dysfonctions sexuelles chez les femmes sous tamoxifène mais sans pouvoir extrapoler sur le long terme, devant l'existence d'études contradictoires.</li> <li>- L'utilisation d'œstrogènes locaux peut être envisagée avec l'accord de l'oncologue.</li> <li>- L'utilisation de lubrifiants doit être intégrée à la stratégie de prise en charge des patientes.</li> <li>- <b>Limites</b> : absence de connaissance sur la fonction sexuelle des femmes de l'étude avant le diagnostic de cancer du sein. Biais de sélection.</li> </ul>
24_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 <b>Melisko Michelle E and al</b>	2017 Cancer du sein	Etude comparative randomisée ouverte  Niveau de preuve 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'utilisation d'anneau à œstrogène n'augmente pas le taux d'œstradiol sérique et est efficace dans les cas de troubles uro-génitaux secondaires aux inhibiteurs de l'aromatase.</li> <li>- Les deux traitements améliorent l'atrophie vulvo-vaginale.</li> <li>- Dans les deux cas il n'y a pas eu d'augmentation significative du taux d'œstradiol sérique.</li> <li>- <b>Limites</b> : petite taille de l'échantillon de patientes. Absence de comparaison avec un traitement non hormonal. Absence de suivi au long cours.</li> </ul>
25_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 <b>Juraskova Ilona and al</b>	2013 Cancer du sein	Etude pilote observationnelle prospective  Niveau de preuve 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude montre une amélioration de la dyspareunie, et de la qualité des relations sexuelles avec un effet maximum au bout de 12 semaines de traitement associant des exercices de relaxation du plancher pelvien avec un lubrifiant à base d'huile d'olive et un hydratant polycarophile.</li> <li>- <b>Limites</b> : absence de groupe témoin comparatif. L'évaluation des patientes est réalisée par un seul professionnel. Absence de comparaison avec un groupe témoin.</li> </ul>
26_Interventions for sexual dysfunction following treatments for cancer in women <b>Candy Bridget and al</b>	2016 Tous les types de cancer	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les preuves d'efficacité sur les dysfonctions sexuelles des exercices du plancher pelvien, de l'application de crème à base de testostérone et du gel vaginal à pH équilibré sont faibles.</li> </ul>
27_Sexual dysfunction in women with cancer <b>Sandy J Falk and al</b>	2013 Tous les types de cancer	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les traitements de première intention de la dyspareunie sont les lubrifiants et hydratants vaginaux.</li> <li>- L'œstrogénothérapie vaginale est plus efficace que celle systémique sur l'atrophie vulvo-vaginale.</li> </ul>

Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le taux d'œstradiol sérique après application d'œstrogène vaginal par anneau ou ovule est comparable à celui d'une femme présentant une ménopause naturelle.</li> <li>- Les études ne montrent pas de preuves de récurrences de cancer du sein chez les femmes utilisant une oestrogénothérapie locale, cependant la prescription se fait au cas par cas.</li> </ul>
28_Sexual function of women with chronic illness and cancer <b>Rosemary Basson</b>	2010 Tous les types de cancer	Revue narrative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dans le cancer du sein, les recommandations ne sont pas en faveur de l'oestrogénothérapie locale ou systémique dans les atrophies vulvo-vaginales.</li> <li>- La déhydroépiandrostérone a été testée chez les femmes en bonne santé et ne montre pas d'augmentation du taux sérique de testostérone ou d'œstrogène.</li> </ul>
29_Vaginal estriol-lactobacilli combination and quality of life in endocrine-treated breast cancer <b>Buchholz S and al</b>	2015 Cancer du sein	Etude comparative ouverte bicentrique  Niveau de preuve 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude montre une efficacité du Gynoflor® dans l'atrophie vulvo-vaginale chez les femmes sous inhibiteurs de l'aromatase.</li> <li>- L'apport d'œstrogène local augmente la lubrification, diminue la douleur et l'irritation vaginale.</li> <li>- Il n'a pas été mis en évidence d'augmentation du taux d'œstrogène circulant.</li> <li>- <b>Limites</b> : échantillon faible de patientes. Etude courte sur 12 semaines.</li> </ul>
30_Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancersurvivors with urogenital atrophy: a preliminary study <b>Biglia Nicoletta and al</b>	2010 Cancer du sein	Etude comparative  Niveau de preuve 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'estriol et l'œstradiol, en administration locale pour l'atrophie vulvo-vaginale, montrent une efficacité sans augmenter les taux sériques d'œstrogène.</li> <li>- L'hydratant vaginal montre un effet bénéfique transitoire sur 4 semaines, mais pas d'amélioration sur le long terme.</li> <li>- L'association des œstrogènes locaux avec un traitement par tamoxifène peut être envisagée. En revanche celle avec les inhibiteurs de l'aromatase est déconseillée.</li> <li>- <b>Limites</b> : faible taille de l'échantillon. Puissance statistique faible. Nécessité d'étude sur des dosages ultra-sensibles d'œstrogènes systémiques pour quantifier plus précisément l'absorption systémique.</li> </ul>
31_Maintaining sexual health throughout gynecologic cancer survivorship:A comprehensive review and clinical guide <b>Huffmana Laura B. and al</b>	2016 Cancers gynécologiques	Revue de la littérature	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hydratant vaginal Replens® améliore l'hydratation de la muqueuse vaginale mais n'est pas aussi efficace que l'œstrogène local.</li> <li>- Les études comparant l'acide hyaluronique à l'application d'un œstrogène local montrent une bonne efficacité des deux traitements sur la sécheresse vaginale.</li> <li>- La lidocaïne a montré une efficacité pour les dyspareunies. Mais des études de plus grande puissance sur les patientes ayant un cancer gynécologique sont nécessaires.</li> <li>- Les œstrogènes en application locale sont acceptables, après discussion avec l'oncologue, dans les cas de patientes ayant une atrophie vulvo-vaginale après échec des traitements non hormonaux.</li> <li>- Les exercices du plancher pelvien permettent une augmentation de l'afflux de sang pelvien et contribuent à favoriser l'excitation et la gestion de la douleur.</li> </ul>

Titres et auteurs	Année de publication / Type de cancer	Caractéristiques des articles/ niveau de preuve selon l'HAS	Principaux résultats
<p>32_Can polyacrylic acid treat sexual dysfunction in women with breast cancer receiving tamoxifen ? <b>Juliato P T and al</b></p>	<p>2016 Cancer du sein</p>	<p>Etude interventionnelle randomisée en double aveugle Niveau de preuve 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le lubrifiant et l'hydratant testés ont améliorés la sécheresse vaginale avec une légère supériorité de l'hydratant.</li> <li>- <b>Limites</b> : étude réalisée sur une courte période. Questionnaire sur le syndrome génito-urinaire non validé.</li> </ul>
<p>33_Effect of a pH-Balanced Vaginal Gel on Dyspareunia and Sexual Function in Breast Cancer Survivors Who Were Premenopausal at Diagnosis: A Randomized Controlled Trial <b>Kim Yun Hwan and al</b></p>	<p>2017 Cancer du sein</p>	<p>Etude interventionnelle randomisée en double aveugle monocentrique Niveau de preuve 3</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le gel vaginal et le placebo améliorent la dyspareunie chez les femmes.</li> <li>- Seul le gel vaginal à pH neutre améliore l'indice de maturation vaginal et le pH vaginal.</li> <li>- Le laser fractionné au CO2 semble une alternative prometteuse pour rétablir la muqueuse vaginale sur l'atrophie vulvo-vaginale.</li> <li>- <b>Limites</b> : étude réalisée dans un seul centre, uniquement chez des patientes coréennes. Biais de sélection. Puissance statistique faible.</li> </ul>
<p>34_A randomized, double-blind, crossover trial comparing a silicone-versus water-based lubricant for sexual discomfort after breast cancer <b>Martha Hickey and al</b></p>	<p>2016 Cancer du sein</p>	<p>Etude interventionnelle randomisée, en double aveugle, croisée et monocentrique Niveau de preuve 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude montre que le lubrifiant à base de silicone améliore plus efficacement le confort sexuel que celui à base d'eau.</li> <li>- Les lubrifiants à base de silicone montrent une légère amélioration de la sécheresse vaginale.</li> <li>- <b>Limites</b> : petite taille de l'échantillon.</li> </ul>
<p>35_Vaginal CO 2 laser for the treatment of vulvovaginal atrophy in women with breast cancer : LAAVA pilot study <b>Pearson Antonia and al</b></p>	<p>2018 Cancer du sein</p>	<p>Etude pilote prospective non contrôlée Niveau de preuve 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des symptômes de l'atrophie vulvo-vaginale après laser fractionné au CO2.</li> <li>- <b>Limites</b> : absence de groupe témoin et pas d'évaluation clinique de la muqueuse vaginale.</li> </ul>
<p>36_The effects of fractional microablative CO 2 laser therapy on sexual function in postmenopausal women and women with a history of breast cancer treated with endocrine therapy <b>Gittens Paul and al</b></p>	<p>2018 Cancer du sein</p>	<p>Etude rétrospective descriptive Niveau de preuve 4</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration de la dysfonction sexuelle chez les femmes ménopausées et celles ayant un antécédant de cancer du sein après thérapie par laser fractionné au CO2.</li> <li>- <b>Limites</b> : absence de groupe témoin, petite taille de l'échantillon, suivi réalisé sur une courte période.</li> </ul>

## II. Premier tour de cotation

### 1. Caractéristiques des participants du groupe expert

Parmi 24 professionnels de santé sollicités, 17 ont exprimés la volonté de participer, et 13 ont répondu au premier tour de cotation.

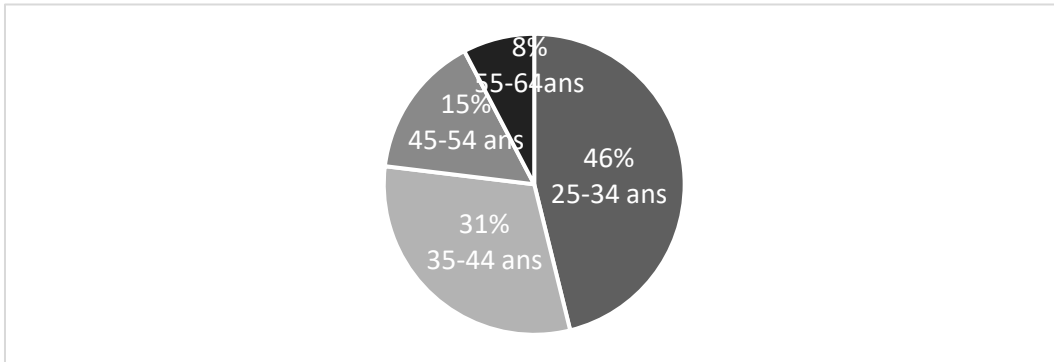
Il n'y a pas eu de retour des personnes n'ayant pas répondu au questionnaire.

La figure 3 et le tableau 3 reprennent les caractéristiques socio-professionnelles des experts ayant participé au premier questionnaire.

Tableau 5 : Professions et lieux d'exercice des experts

	Oncologue	Gynécologue	Gynécologue-sexologue	Médecin généraliste
Cabinet	-	1	-	4
Hospitalier	1	3	2	1
Cabinet et Hospitalier	-	-	1	-

Figure 3: Tranche d'âge des experts



### 2. Analyse des résultats du premier tour de cotation

Parmi les 59 propositions soumises au premier tour de cotation, selon l'analyse quantitative :

- 51 ont obtenu un accord et un consensus,
- 8 ont été jugées incertaines,
- Aucune n'a été considérée comme inappropriée.

Analyse des commentaires :

- 6 propositions ont été reformulées malgré l'obtention d'un accord et d'un consensus.

Pour deux items dont les résultats étaient incertains, il a été proposé aux experts de retirer la proposition. Ceci devant :

- Les commentaires allant dans le sens du retrait,
- La médiane comprise entre 4 et 6,
- L'écart type inférieur à 5, signifiant que la médiane est représentative et que la majorité des experts sont du même avis.

Deux autres items ont été rassemblés en un seul pour la réalisation du deuxième tour.

Ainsi un total de 13 items a été proposé pour la réalisation du deuxième tour de cotation.

Tableau 6: Analyse des propositions soumises aux experts pour le premier tour de cotation

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	2 <sup>ème</sup> tour de cotation
<b>Conseils généraux à donner aux patientes dans le cadre de dysfonctions sexuelles</b>								
Orienter la patiente vers un sevrage tabagique.	5	2,45	23,08 %	15%	OUI	NON	"Le sevrage tabagique est toujours d'actualité, d'autant plus associé au risque cancéreux, mais dans un contexte de stress intense rajouter une pression supplémentaire sur un sevrage immédiat me paraît délicat et non prioritaire même si les enjeux seraient bénéfiques. Le bien être mental est d'ailleurs important dans le cadre des relations sexuelles".	<b>OUI Reformuler</b>
Travailler sur la gestion du stress.	9	0,93	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
Avoir une alimentation équilibrée et éviter l'alcool.	7	1,55	0,00%	62%	OUI	OUI	-	NON
Favoriser l'exercice physique et les exercices de relaxation.	9	1,17	0,00%	85%	OUI	OUI	"Savoir maîtriser son stress et son degré de relaxation permet une meilleure écoute de son corps et donc de son bien-être".	NON
Discuter avec la patiente des traitements pouvant interférer avec le désir (antiémétiques/antidépresseurs/analgésiques).	8	1,52	0,00%	85%	OUI	OUI	-	NON
Travailler le sens du toucher.	9	2,11	7,69%	69%	OUI	OUI	"Redéfinir l'importance de la recherche du plaisir et non d'un objectif de pénétration à tout prix. Redéfinir ce qu'est un rapport sexuel dans sa globalité et non aux pratiques les plus répandues et transmises par la société". "Le sensas focus c'est très bien mais cela implique qu'il y ait une relation de couple non dysfonctionnelle".	NON
<b>Traitements non hormonaux à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales</b>								
Il faut dans un premier temps proposer des thérapeutiques non hormonales.	9	1,98	0,00%	69%	OUI	OUI	Trois commentaires : "tout dépend du cancer". "Mais pas nécessairement si le cancer n'est pas hormonodépendant : en cas de carcinome épidermoïde du col utérin, un traitement hormonal local et/ou général est approprié en 1ère intention".	<b>OUI Reformuler</b>
<b>1. Les lubrifiants peuvent être conseillés dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales.</b>	9	0,38	0,00%	100%	OUI	OUI	"A base d'eau de préférence".	NON
L'objectif des lubrifiants est d'apporter du confort lors des rapports sexuels, d'éviter les irritations et les déchirures des muqueuses.	9	0,60	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	2 <sup>ème</sup> tour de cotation
Les lubrifiants recommandés aux patientes sont ceux à base de silicone ou d'eau.	7	1,69	0,00%	77%	OUI	OUI	« Je recommande ceux à base d'eau ».	NON
Les lubrifiants à base de vaseline sont à éviter.	5	1,98	0,00%	46%	OUI	NON	"Cela est surtout au choix de la patiente". "Risque pour les protections mécaniques et matériel à visée sexuel".	<b>OUI Reformuler</b>
Il peut être conseillé d'utiliser des huiles de coco ou d'olive pures comme alternative aux lubrifiants synthétiques pour le traitement des atrophies vulvo-vaginales.	4	3,08	30,77 %	38%	NON	NON	"Risque de réaction allergique et irritation. Composition non adaptée".	<b>OUI Proposition de retrait de l'item</b>
<b>2. Les hydratants peuvent être conseillés dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales.</b>	9	1,50	0,00%	85%	OUI	OUI	"Je ne vois pas à quoi cela fait référence".	NON
L'objectif des hydratants est d'apporter un confort vaginal global, de limiter le prurit, les irritations et les douleurs.	9	0,96	0,00%	92%	OUI	OUI	"Réponse indécise je ne connais pas ces produits ou ne voit pas à quoi ils font référence".	NON
Les hydratants peuvent être des gels vaginaux à pH équilibrés, ou composés de polycarbophiles ou d'acide hyaluronique.	9	0,97	0,00%	92%	OUI	OUI	"Maintenant que je vois cet item cela me rappelle certains produits mais les connaît finalement peu".	NON
L'utilisation des hydratants doit se faire de trois à sept fois par semaine de manière optimale et au coucher pour une meilleure absorption.	8	2,44	15,38 %	85%	OUI	OUI	"Cela dépend du produit prescrit et de la gêne, éventuellement un peu moins avec Replens au coucher parce que ça coule".	NON
Les hydratants suivants peuvent être recommandés : Replens® (polycarbophile), RepHresh® (gel vaginal), Me Again® et Mucogyne® (gel ou ovule à base d'acide hyaluronique).	9	0,44	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
<b>3. Le laser CO2 fractionné peut être prescrit dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales.</b>	7	1,57	0,00%	69%	OUI	OUI	"Eventuellement mais : non remboursé, pour l'instant peu d'études et de recul". "En clinique esthétique il me semble que cela est proposé mais je ne sais pas où les adresser en dehors de cela".	NON
L'objectif du laser CO2 fractionné est de stimuler la production de collagène, de restaurer l'élasticité de la muqueuse vaginale et de majorer la vascularisation vaginale.	8	1,19	0,00%	92%	OUI	OUI	"Aucune idée".	NON
L'indication de la thérapie par laser CO2 fractionné est retenue pour les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale sévère et une contre-indication à l'oestrogénothérapie.	6	2,19	15,38 %	46%	OUI	NON	-	<b>OUI Reformuler</b>
La prescription du laser CO2 fractionné est réalisée par le gynécologue référent.	5	2,32	15,38 %	38%	OUI	NON	"Ça peut être fait par l'oncologue ou le médecin traitant s'il examine la patiente".	<b>OUI Reformuler</b>
<b>Traitement hormonal à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales : les œstrogènes</b>								

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	2 <sup>ème</sup> tour de cotation
En cas d'absence de réponse ou d'échec d'efficacité de la rotation des thérapies non hormonales, les thérapies hormonales peuvent être évoquées en deuxième intention.	6	2,29	7,69%	46%	OUI	NON	Quatre commentaires : "cela dépend du cancer initial". "Selon les souhaits de la patiente également à prendre en considération et la disponibilité des soins".	<b>OUI Reformuler</b>
L'objectif des œstrogènes est de restaurer l'élasticité des tissus vaginaux, de rétablir le pH vaginal et d'aider à la recolonisation d'une flore vaginale saine.	9	1,17	0,00%	85%	OUI	OUI	"Il me semble que cela favorise également la trophicité vasculaire et donc la lubrification".	NON
Dans le cadre de cancers hormono-dépendants, l'avis de l'oncologue est demandé pour l'introduction d'œstrogènes locaux.	9	1,66	0,00%	85%	OUI	OUI	"En cas de cancer hormono-dépendant, un traitement local est parfois toléré (Colpotrophine), le traitement oral n'est pas du tout recommandé". "En général pas de traitement général, éventuellement Colpotrophine mais c'est toujours mieux d'avoir demandé à l'oncologue".	NON
L'introduction d'œstrogènes dans le cas de cancer hormono-dépendant doit se faire après avoir informé la patiente du manque de preuves sur l'absence de risque de récurrence du cancer.	9	2,33	7,69%	85%	OUI	OUI	"Les études montrent un très faible risque de récurrence" - "Ne pas le faire, c'est mieux".	<b>OUI Reformuler</b>
Chez les patientes ayant un cancer hormono-dépendant, dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales sévères, en l'absence d'efficacité des traitements non hormonaux, les avantages de l'œstrogénothérapie locale semblent l'emporter sur les risques.	8	2,30	7,69%	85%	OUI	OUI	"A discuter selon l'âge physiologique, les antécédents et le cancer de la patiente".	NON
Le traitement hormonal substitutif est moins efficace sur l'atrophie vulvo-vaginale que les œstrogènes en application locale.	5	2,31	15,38 %	31%	OUI	NON	"Très mauvaise indication". "Je ne sais pas".	<b>OUI Reformuler</b>
La prescription d'un traitement hormonal substitutif, dans le cas d'un syndrome climatérique associé à une atrophie vulvo-vaginale est possible pour les cancers non hormono-dépendants.	9	2,60	7,69%	77%	OUI	OUI	"Les bénéfices des THS sont très faible et le risque de cancer associé existe, donc à discuter +++ avec le patient". "Avec de grosses pincettes ... on évite chez les seins triple négatifs même si par définition il n'y a pas de récepteurs hormonaux éventuellement pour certains ovaires".	<b>OUI Reformuler</b>
Les contres indications à l'introduction des traitements à base d'œstrogènes sont : les métrorragies d'étiologies inconnues, les thromboses artérielles ou veineuses actives ou récentes, les maladies hépatiques actives.	9	2,10	7,69%	69%	OUI	OUI	"Vous ne précisez pas si traitement local ou général". "Entre autres". "Et les cancers hormono-dépendant".	NON



Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	2 <sup>ème</sup> tour de cotation
L'œstrogène en application locale se présente sous forme de crèmes, d'anneaux ou d'ovules.	9	0,44	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
La prescription recommandée est celle d'anneaux ou d'ovules qui permettent des taux d'absorption systémique plus faibles et un meilleur contrôle de la posologie.	7	1,63	0,00%	54%	OUI	OUI	"Le dosage de crème selon le patient peut donner un dosage non régulier. Mais il y a des indications à respecter normalement qui permettent de rester dans les posologies adaptées".	NON
Les traitements pouvant être recommandés sont : Colpotrophine® ou Physiogine® (ovules), Estring® (anneau), Estreva® ou Delidose® (crèmes).	7	2,48	15,38 %	77%	OUI	OUI	"Dans quelles circonstances ?". "Plutôt Colpotrophie, passage systémique faible". "J'utilise pas mal la Colpotrophine".	NON
<b>Traitements à proposer dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido</b>								
<b>1. Les vibromasseurs et l'autostimulation peuvent être conseillés dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido.</b>	8	1,59	0,00%	77%	OUI	OUI	"Au cas par cas selon les patientes".	NON
L'objectif de l'autostimulation et des vibromasseurs est de majorer l'afflux sanguin au niveau du plancher pelvien ce qui améliore la réponse à l'excitation.	7	1,89	0,00%	62%	OUI	OUI	"Oui mais c'est surtout une réappropriation de leur corps à mon avis".	NON
<b>2. L'activité physique peut être recommandée dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido.</b>	8	1,25	0,00%	77%	OUI	OUI	-	NON
L'objectif de la pratique de l'activité physique est d'améliorer l'irrigation du plancher pelvien.	7	2,10	7,69%	54%	OUI	OUI	Deux commentaires : "Pas que". "C'est aussi une recherche d'épanouissement global et une réhabilitation du corps". "Mais également le bien être global et la baisse du stress (qui aide par effet secondaire)".	<b>OUI Reformuler</b>
<b>3. Les lubrifiants peuvent être conseillés dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>	8	1,84	0,00%	77%	OUI	OUI	-	NON
<b>Traitements à proposer dans les cas de dyspareunie et de dyspareunie d'intromission</b>								
<b>1. Le travail des muscles pelviens peut être recommandé dans les cas de dyspareunie et de dyspareunie d'intromission.</b>	9	0,78	0,00%	100%	OUI	OUI	"Un meilleur contrôle et une meilleure connaissance de son plancher pelvien aide à la pratique et la détente ainsi qu'à la maîtrise des anxiété associée".	NON
L'objectif du travail des muscles pelviens est d'apprendre aux patientes à détendre les muscles, de renforcer la tonicité musculaire et d'augmenter le flux sanguin pelvien.	9	2,92	15,38 %	77%	OUI	OUI	"C'est surtout un travail sur le relâchement musculaire".	NON
Les exercices de Kegel ou le biofeedback peuvent être conseillés pour travailler les muscles pelviens.	9	2,37	7,69%	77%	OUI	OUI	-	NON

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	2 <sup>ème</sup> tour de cotation
L'apprentissage du travail des muscles pelviens peut se faire seule ou accompagnée par un kinésithérapeute.	9	2,69	15,38 %	77%	OUI	OUI	"L'idéal pour moi est de faire faire ces exercices par une sage-femme (certaines sont diplômées de sexologie)". "Recours à un kiné paraît nécessaire". "Ou la sage-femme".	<b>OUI Reformuler</b>
<b>2. La lidocaïne aqueuse 4% peut être prescrite dans les cas de dyspareunie et de dyspareunie d'intromission.</b>	5	3,17	38,46 %	38%	NON	NON	"Peu efficace". "Je ne le fais jamais mais c'est possible en effet...ça ne paraît pas adapté si l'on connaît la pathogénie de ces troubles". "A fuir c'est masquer le problème". "Je ne sais pas. Risque de baisse des sensations. Le vaginisme est un problème de contraction et non de douleur initiale".	<b>OUI Proposition de retrait de l'item</b>
<b>3. Les hydratants peuvent être conseillés dans les cas de dyspareunie et de dyspareunie d'intromission. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>	9	2,25	7,69%	92%	OUI	OUI	"Si vaginisme : en premier = arrêt des tentatives de pénétration".	NON
<b>Traitements à proposer dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal</b>								
<b>1. Les dilateurs vaginaux peuvent être conseillés dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal.</b>	8	1,61	0,00%	69%	OUI	OUI	"Oui mais guidée par un thérapeute".	NON
L'objectif des dilateurs vaginaux est de maintenir la longueur et le calibre vaginal.	9	1,21	0,00%	92%	OUI	OUI	"Dilatateur pour le vaginisme ou après une curiethérapie de col ?" - "Je ne connais pas bien cette pratique".	NON
Les compositions à base de silicone des dilateurs vaginaux sont conseillées car mieux tolérées par les femmes.	8	1,80	0,00%	62%	OUI	OUI	-	NON
L'utilisation des dilateurs vaginaux est à débiter de manière progressive à l'aide d'un protocole.	9	0,60	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
L'utilisation des dilateurs vaginaux est à associer soit à un lubrifiant, soit à une crème à base d'œstrogène (lorsque celle-ci est prescrite)	9	0,63	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
L'exercice à l'aide d'un dilateur vaginal se fait entre 10 et 15 minutes, d'une à trois fois par semaine. L'insertion ne doit pas être trop profonde pour éviter les douleurs.	8	2,33	7,69%	77%	OUI	OUI	"Plus souvent".	NON
Il est nécessaire de prévenir la patiente que le délai avant d'obtenir des résultats significatifs lors de l'utilisation des dilateurs vaginaux peut-être d'un mois.	8	1,54	0,00%	69%	OUI	OUI	"Plus long". "C'est souvent d'avantage". "Pour quelle indication je suis perdue".	<b>OUI Reformulation</b>

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	2 <sup>ème</sup> tour de cotation
Les dilateurs vaginaux peuvent être utilisés durant des séances de kinésithérapie avec des spécialistes des exercices du plancher pelvien.	8	0,86	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
<b>2. L'ajustement des positions sexuelles peut être recommandé dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal.</b>	9	0,65	0,00%	100%	OUI	OUI	-	NON
L'objectif de l'ajustement des positions sexuelles est d'éviter de mettre le poids sur les zones sensibles.	9	0,95	0,00%	92%	OUI	OUI	-	NON
<b>3. Le travail des muscles pelvien peut être recommandé dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal. (La description est réalisée dans la partie dyspareunie et vaginisme)</b>	9	1,29	0,00%	77%	OUI	OUI	-	NON
<b>4. Les œstrogènes peuvent être prescrits dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>	9	1,38	0,00%	92%	OUI	OUI	-	NON
<b>Traitement à proposer dans les cas de douleurs vulvaires</b>								
<b>1. Les lubrifiants peuvent être conseillés dans les cas de douleurs vulvaires. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>	9	2,19	7,69%	92%	OUI	OUI	-	NON
<b>2. La lidocaïne aqueuse 4% peut être prescrite dans les cas de douleurs vulvaires. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>	8	3,15	23,08%	62%	OUI	OUI	"Peu efficace".	NON
Les patientes doivent être prévenues de la possible diminution des sensations pour elle-même ou le/la partenaire après avoir appliqué la lidocaïne aqueuse.	9	2,94	15,38%	62%	OUI	OUI	-	NON
<b>3. Le travail des muscles pelviens peut être recommandé dans les cas de douleurs vulvaires. (La description est réalisée dans la partie dyspareunie ou vaginisme)</b>	7	2,50	7,69%	54%	OUI	OUI	"Je ne pense pas que cela soit efficace si la douleur est purement vulvaire".	NON

### III. Deuxième tour de cotation

#### 1. Caractéristiques des participants du groupe expert

Parmi les 13 experts du premier tour de cotation 12 ont répondu au deuxième questionnaire. L'expert perdu de vue n'a pas donné d'explications, il a été exclu des analyses du deuxième tour.

Tableau 7 : Professions et lieux d'exercices des experts

	Oncologue	Gynécologue	Gynécologue-sexologue	Médecin traitant
Cabinet	-	1	-	3
Hospitalier	1	3	2	1
Cabinet et Hospitalier	-	-	1	-

#### 2. Analyse des résultats du second tour de cotation

Parmi les 13 propositions soumises au second tour de cotation, selon l'analyse quantitative :

- 13 ont obtenu un accord et un consensus, et parmi celles-ci, 2 propositions ont été exclues avec accord des experts.
- Aucune n'a été considérée comme inappropriée.

Analyse des commentaires :

- La proposition 7 : « les thérapies à base d'œstrogène peuvent être proposées en fonction de la sévérité de l'atrophie vulvo-vaginale et du type de cancer, notamment dans les cas de cancers non hormono-dépendants » a été reformulée pour la réalisation de la fiche finale en : « les thérapies à base d'œstrogène peuvent être proposées dans l'atrophie vulvo-vaginale en fonction du type de cancer, notamment dans les cas de cancers non hormono-dépendants ».
- La proposition 11 : « le travail des muscles pelviens peut se faire avec une sage-femme ou un kinésithérapeute, après une phase d'apprentissage la patiente pourra poursuivre les exercices de manière autonome » a été reformulée pour la fiche finale en : « le travail des muscles pelviens peut se faire avec un professionnel de santé ayant des connaissances en périnéologie (kinésithérapeute, sage-femme, gynécologue...), après une phase d'apprentissage la patiente pourra poursuivre les exercices de manière autonome ».

Tableau 8 : Analyse des propositions soumises aux experts pour le deuxième tour de cotation

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	Validation
<b>Conseils généraux à donner aux patientes dans le cadre de dysfonctions sexuelles</b>								
<p><b>Proposition initiale :</b> Orienter la patiente vers un sevrage tabagique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Le sevrage tabagique est toujours d'actualité, d'autant plus associé au risque cancéreux, mais dans un contexte de stress intense rajouter une pression supplémentaire sur un sevrage immédiat me paraît délicat et non prioritaire même si les enjeux en seraient bénéfiques. Le bien être mental est d'ailleurs important dans le cadre des relations sexuelles".</li> <li>Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 23,08%. Score entre 7 et 9 : 15%.</li> </ul> <p><b>1-Proposition corrigée :</b> Accompagner la patiente vers un sevrage tabagique si elle le souhaite, tout en faisant attention à ne pas adopter une attitude moralisatrice ou culpabilisatrice.</p>	8	1,24	0%	92%	OUI	OUI	-	OUI
<b>Traitements non hormonaux à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales</b>								
<p><b>Proposition initiale :</b> Il faut dans un premier temps proposer des thérapeutiques non hormonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Trois commentaires : "tout dépend du cancer". "Mais pas nécessairement si le cancer n'est pas hormonodépendant : en cas de carcinome épidermoïde du col utérin, un traitement hormonal local et/ou général est approprié en 1ère intention".</li> <li>Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 0%. Score entre 7 et 9 : 69%.</li> </ul> <p><b>2-Proposition corrigée :</b> En fonction du type de cancer et de l'importance de l'atrophie vulvo-vaginale, il peut être proposé dans un premier temps un traitement non hormonal.</p>	8	1,65	8%	91%	OUI	OUI	"Trop simplifié, trop simpliste"	OUI
<p><i>Les lubrifiants dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><b>Proposition initiale :</b> Les lubrifiants à base de vaseline sont à éviter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Cela est surtout au choix de la patiente". "Risque pour les protections mécaniques et matériel à visé sexuel".</li> <li>Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 0%. Score entre 7 et 9 : 46%.</li> </ul> <p><b>3-Proposition corrigée :</b> Les lubrifiants à base de vaseline sont déconseillés en cas d'utilisation d'une contraception mécanique devant le risque de perte d'efficacité de celle-ci.</p>	8,5	0,78	0%	100%	OUI	OUI	-	OUI
<p><i>Les lubrifiants dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><b>Proposition initiale :</b> Il peut être conseillé d'utiliser des huiles de coco ou d'olive pures comme alternative aux lubrifiants synthétiques pour le traitement des atrophies vulvo-vaginales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Risque de réaction allergique et irritation. Composition non adaptée".</li> <li>Médiane : 4. Score entre 1 et 3 : 30,77%. Score entre 7 et 9 : 38%. Ecart type : 3,08.</li> </ul>	9	2,30	17%	83%	OUI	OUI	"Oui à retirer"	OUI - Pas d'inclusion dans la fiche finale

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	Validation
<b>4-Proposition de retrait de cet item devant un désaccord des différents participants et un écart type inférieur à 5 montrant que la médiane est représentative et que la majorité des participants sont du même avis.</b>								
<p><i>Le laser fractionné CO2 dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i>  <u>Proposition initiale</u> : L'indication de la thérapie par laser fractionné CO2 est retenue pour les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale sévère et une contre-indication à l'oestrogénothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médiane : 6. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 46%.</li> </ul> <p><b>5-Proposition corrigée</b> : L'indication de la thérapie par laser fractionné CO2 est limitée aux atrophies vulvo-vaginales sévères devant le manque d'études et de recul chez les femmes ayant un cancer.</p>	8	2,64	17%	75%	OUI	OUI		OUI
<p><i>Le laser fractionné CO2 dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i>  <u>Proposition initiale</u> : La prescription du laser fractionné CO2 est réalisée par le gynécologue référent.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Ça peut être fait par l'oncologue ou le médecin traitant s'il examine la patiente".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 38%.</li> </ul> <p><b>6-Proposition corrigée</b> : La prescription du laser fractionné CO2 peut être réalisée par le gynécologue, l'oncologue ou le médecin traitant.</p>	8,5	1,28	0%	92%	OUI	OUI	-	OUI
<b>Traitement hormonal à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales : les œstrogènes</b>								
<p><u>Proposition initiale</u> : En cas d'absence de réponse ou d'échec d'efficacité de la rotation des thérapies non hormonales, les thérapies hormonales peuvent être évoquées en deuxième intention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatre commentaires : "cela dépend du cancer initial". "Selon les souhaits de la patiente également à prendre en considération et la disponibilité des soins".</li> <li>• Médiane : 6. Score entre 1 et 3 : 7,69. Score entre 7 et 9 : 46%.</li> </ul> <p><b>7-Proposition corrigée</b> : Les thérapies à base d'œstrogène peuvent être proposées en fonction de la sévérité de l'atrophie vulvo-vaginale et du type de cancer, notamment dans les cas de cancers non hormono-dépendants.</p>	8,5	1,38	0%	83%	OUI	OUI	"Quelque-soit la sévérité de l'AVV "	OUI
<p><i>Les œstrogènes dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i>  <u>Proposition initiale</u> : L'introduction d'œstrogènes dans le cas de cancer hormono-dépendant doit se faire après avoir informé la patiente du manque de preuves sur l'absence de risque de récurrence du cancer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Les études montrent un très faible risque de récurrence". "Ne pas le faire, c'est mieux".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 7,69%. Score entre 7 et 9 : 85%.</li> </ul> <p><b>8-Proposition corrigée</b> : L'introduction d'œstrogènes dans le cas de cancer hormono-dépendant doit se faire après avoir informé la patiente du faible risque de récurrence du cancer sous traitement.</p>	8,5	1,08	0%	92%	OUI	OUI	"Délicat, on a d'autres solutions, comme le laser... injection d'acide hyaluronique ... "	OUI
<i>Les œstrogènes dans l'atrophie vulvo-vaginale : (fusion de deux propositions)</i>	8	2,23	8%	92%	OUI	OUI	"En cas de ménopause précoce induite, il	OUI

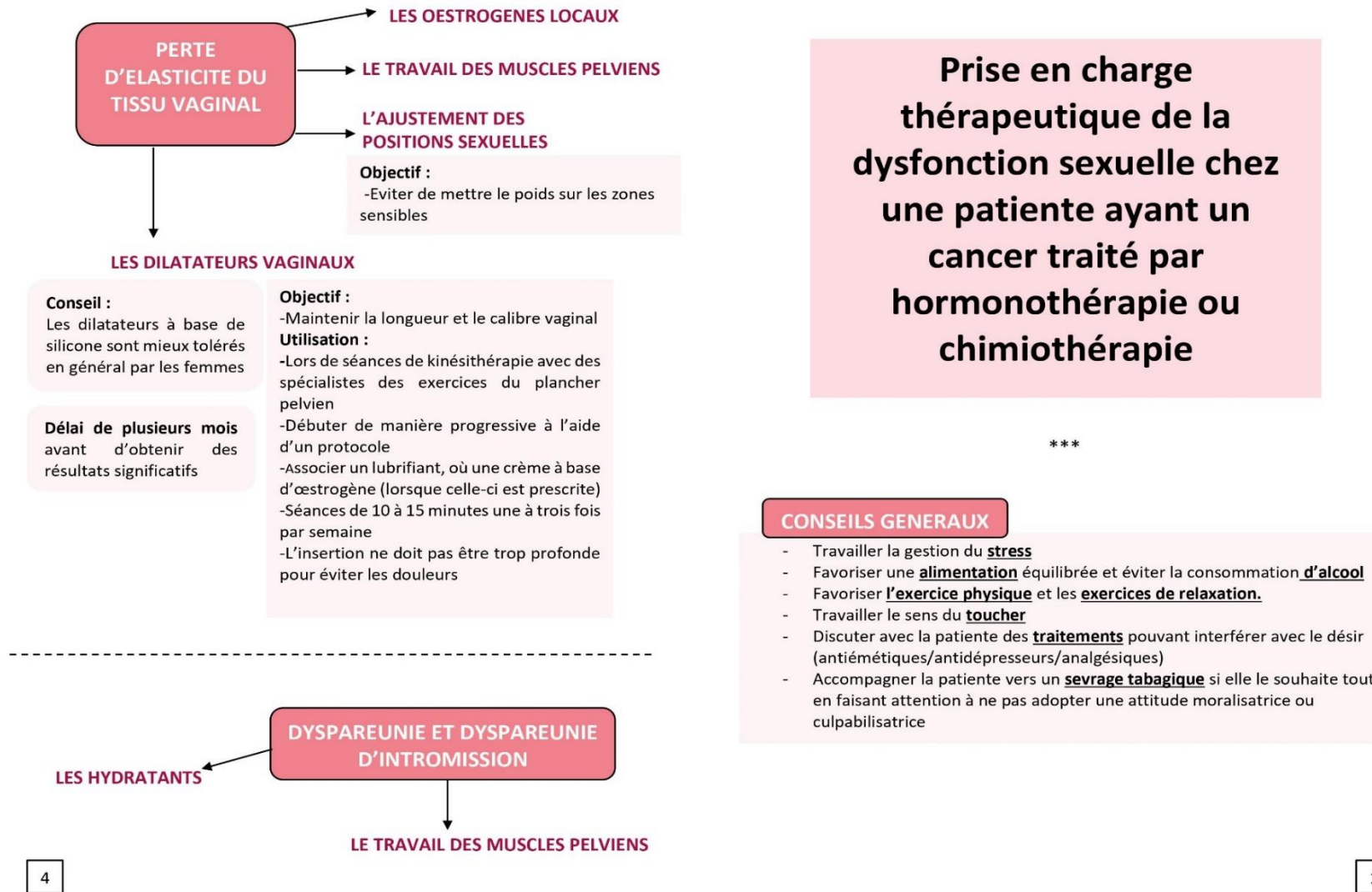
Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	Validation
<p><b>Proposition initiale</b> : Le traitement hormonal substitutif est moins efficace sur l'atrophie vulvo-vaginale que les œstrogènes en application locale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Très mauvaise indication". "Je ne sais pas".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 31%.</li> </ul> <p><b>Proposition initiale</b> : La prescription d'un traitement hormonal substitutif, dans le cas d'un syndrome climatérique associé à une atrophie vulvo-vaginale est possible pour les cancers non hormono-dépendants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Les bénéfices des THS sont très faible et le risque de cancer associé existe, donc à discuter +++ avec le patient". "Avec de grosses pincettes ... on évite chez les seins triple négatifs même si par définition il n'y a pas de récepteurs hormonaux éventuellement pour certains ovaires".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 7,69%. Score entre 7 et 9 : 77%.</li> </ul> <p><b>9-Proposition corrigée</b> : La prescription d'un traitement hormonal substitutif, n'est pas un bon traitement de l'atrophie vulvo-vaginale, mais dans le cas d'un syndrome climatérique associé, en fonction du type de cancer, il peut être discuté avec l'oncologue ou le gynécologue.</p>							doit être proposé si le cancer n'est pas hormono-dépendant"	
<b>Traitements à proposer dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido</b>								
<p><b>L'activité physique</b> :</p> <p><b>Proposition initiale</b> : L'objectif de la pratique de l'activité physique est d'améliorer l'irrigation du plancher pelvien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux commentaires : "Pas que". "C'est aussi une recherche d'épanouissement global et une réhabilitation du corps". "Mais également le bien être global et la baisse du stress (qui aide par effet secondaire)".</li> <li>• Médiane : 7. Score entre 1 et 3 : 7,69%. Score entre 7 et 9 : 54%.</li> </ul> <p><b>10-Proposition corrigée</b> : La pratique d'exercice physique permet une meilleure irrigation du plancher pelvien mais aussi de manière plus générale favorise l'épanouissement de la patiente et l'accompagne dans la réappropriation de son corps.</p>	9	0,67	0%	100%	OUI	OUI	-	OUI
<b>Traitements à proposer dans les cas de dyspareunie et de dyspareunie d'intromission</b>								
<p><b>Le travail des muscles pelviens</b> :</p> <p><b>Proposition initiale</b> : L'apprentissage du travail des muscles pelviens peut se faire seul ou accompagné par un kinésithérapeute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "L'idéal pour moi est de faire faire ces exercices par une sage-femme (certaines sont diplômées de sexologie)". "Recours à un kiné paraît nécessaire". "Ou la sage-femme".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 77%</li> </ul> <p><b>11-Proposition corrigée</b> : Le travail des muscles pelviens peut se faire avec une sage-femme ou un kinésithérapeute, après une phase d'apprentissage la patiente pourra poursuivre les exercices de manière autonome.</p>	9	0,45	0%	100%	OUI	OUI	"Aussi avec le médecin sexologue (mettre professionnel de santé ayant des connaissances en périméologie pour ne froisser les susceptibilités de personnes) Certains gynéco,	OUI

Items	Score médian	Ecart-type	Réponses entre 1 et 3 (%)	Réponses entre 7 et 9 (%)	Accord	Consensus	Commentaires	Validation
							sans être sexé, savent aussi guider leurs patientes dans la connaissance de leur périnée..."	
<p><i>La lidocaïne aqueuse :</i>  <u>Proposition initiale</u> : La lidocaïne aqueuse 4% peut être prescrite dans les cas de dyspareunie ou de vaginisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Peu efficace". "Je ne le fais jamais mais c'est possible en effet...ça ne paraît pas adapté si l'on connaît la pathogénie de ces troubles". "A fuir c'est masquer le problème". "Je ne sais pas". "Risque de baisse des sensations. Le vaginisme est un problème de contraction et non de douleur initiale".</li> <li>Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 38,46%. Score entre 7 et 9 : 38%. Ecart type : 3,17.</li> </ul> <p><b>12-Proposition de retrait de cet item devant un désaccord des différents participants et un écart type inférieur à 5 montrant que la médiane est représentative et que la majorité des participants sont du même avis.</b></p>	9	2,11	8%	83%	OUI	OUI	"Oui à proscrire en cas de vaginisme douloureuse en post partum ou post chirurgie, sur un délai court. "	OUI - Pas d'inclusion dans la fiche finale
<b>Traitements à proposer dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal</b>								
<p><i>Les dilateurs vaginaux :</i>  <u>Proposition initiale</u> : Il est nécessaire de prévenir la patiente que le délai avant d'obtenir des résultats significatifs lors de l'utilisation des dilateurs vaginaux peut-être d'un mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>"Plus long". "C'est souvent d'avantage". "Pour quelle indication je suis perdue".</li> <li>Médiane : 8. Score entre 1 et 3 : 0%. Score entre 7 et 9 : 69%.</li> </ul> <p><b>13-Proposition corrigée</b> : Il est nécessaire de prévenir la patiente que le délai avant d'obtenir des résultats significatifs lors de l'utilisation des dilateurs vaginaux peut-être de plusieurs mois.</p>	8	1,27	0%	92%	OUI	OUI	"Effectivement précisez l'indication, cette proposition est trop vague ! Les dilateurs ne sont pas à utiliser n'importe comment et on pourrait penser que cela serait une solution magique..."	OUI

#### IV. Fiche finale reprenant les réponses du groupe expert



Figure 4 : Thérapeutiques validées par le groupe d'expert dans les cas de dysfonctions sexuelles chez les femmes traitées par hormonothérapie ou chimiothérapie



## ATROPHIE VULVO-VAGINALE

### TRAITEMENT HORMONAL : LES OESTROGENES

A proposer en fonction du type de cancer, principalement dans les cas de cancers non hormono-dépendants

#### Objectifs :

- restaurer l'élasticité des tissus vaginaux
- rétablir le pH vaginal
- Aider à la recolonisation d'une flore vaginale saine

#### Contres indications aux traitements à base d'oestrogènes :

- Métrorragies d'étiologies inconnues
- Thromboses artérielles ou veineuses actives ou récentes
- Maladies hépatiques actives

#### Cancers hormono-dépendants :

- ⚠ -Demander l'**avis de l'oncologue** référant avant toute introduction d'oestrogènes
- Informers la patiente du faible risque de récurrence du cancer sous traitement par oestrogènes

#### Le traitement hormonal substitutif :

**-N'est pas un bon traitement de l'atrophie vulvo-vaginale seule**

-Peut être discuté avec l'oncologue ou le gynécologue, dans le cas d'un syndrome climatérique associé, en fonction du type de cancer

#### Les oestrogènes locaux :

**Formes existantes :** crème, anneau ou ovules

**Formes recommandées :** les anneaux ou les ovules pour des taux d'absorption systémique plus faibles et un meilleur contrôle de la posologie

**Exemples :** Colpotrophine® ou Physiogine® (ovules), Estring® (anneau), Estreva® ou Delidose® (crèmes)

### TRAITEMENTS NON HORMONAUX

A proposer en fonction du type de cancer et de la sévérité de l'atteinte

#### LES LUBRIFIANTS

##### Objectifs :

- Apporter du confort lors des rapports sexuels
- Eviter les irritations et les déchirures de muqueuses

##### Composition :

Eau ou silicone  
Vaseline : éviter en cas de contraception mécanique (risque de perte d'efficacité)

#### LES HYDRATANTS

##### Objectifs :

- Apporter un confort vaginal global
- Limiter le prurit, les irritations et les douleurs

##### Composition :

- Gels vaginaux à pH équilibrés
- Polycarbophiles
- Acide hyaluronique

##### Application :

Trois à sept fois par semaine de manière optimale et au coucher pour une meilleure absorption.

##### Exemples :

Replens® (polycarbophile), RepHresh® (gel vaginal), Me Again® et Mucogyne® (gel ou ovule à base d'acide hyaluronique)

#### LE LASER CO2 FRACTIONNE

##### Objectifs :

- Stimuler la production de collagène
- Restaurer l'élasticité de la muqueuse vaginale
- Majorer la vascularisation vaginale

##### Indication :

-Limitée aux atrophies vulvo-vaginales sévères devant le manque d'études et de recul chez les femmes ayant un cancer

##### Prescription :

Gynécologue, oncologue ou médecin traitant

## TROUBLES DE L'EXCITATION OU DE LA LIBIDO

### LES VIBROMASSEURS ET L'AUTOSTIMULATION

#### Objectif :

- Majorer l'afflux sanguin au niveau du plancher pelvien ce qui améliore la réponse à l'excitation

### L'ACTIVITE PHYSIQUE

#### Objectifs :

- Améliorer l'irrigation du plancher pelvien
- Favoriser l'épanouissement de la patiente et l'accompagner dans la réappropriation de son corps

### LES LUBRIFIANTS

2

### LES LUBRIFIANTS

## DOULEURS VULVAIRES

### LES TRAVAIL DES MUSCLES PELVIENS

#### Exercices :

#### Pratique :

exercices de Kegel et/ou biofeedback  
-Avec des professionnels de santé ayant des connaissances en périnéologie (kinésithérapeute/sage-femme/gynécologue...)

-Après une phase d'apprentissage la patiente pourra poursuivre les exercices de manière autonome

#### Objectifs :

- Apprendre aux patientes à détendre les muscles
- Renforcer la tonicité musculaire
- Augmenter le flux sanguin pelvien

### LA LIDOCAINE AQUEUSE 4%

Possible diminution des sensations pour elle-même ou le/la partenaire

3

# DISCUSSION

## I. Discussion sur la méthodologie

Notre étude présente différents biais. L'absence d'échantillonnage dans le choix de la cohorte d'experts entraîne un *biais de sélection* (biais de recrutement). Néanmoins, les experts retenus avaient tous l'expérience et le jugement nécessaires à l'évaluation des items proposés. Ainsi, plusieurs professionnels ont été sollicités : des gynécologues, des oncologues et des médecins généralistes. Ceci a permis une répartition pertinente des qualifications au sein du groupe au vu de la question posée.

La méthodologie par questionnaire induit un *biais de déclaration* qui a pu être réduit par l'anonymat des experts répondant au questionnaire. De plus, dans ce type d'étude, la perte d'informations liée aux perdus de vue est fréquente. Le mail envoyé aux experts visait à limiter ce biais en expliquant la méthode utilisée. Il précisait l'importance de la participation à tous les tours de cotation. Nous les avons régulièrement encouragés à répondre aux questionnaires. Ainsi seul un expert n'a pas répondu lors du 2ème tour.

Il existe aussi un *biais de suggestibilité* inhérent à la méthode Delphi. L'obligation méthodologique de créer un questionnaire initial entraîne un risque d'étouffer l'émergence de nouvelles idées. La possibilité de commenter chaque item avait pour objectif de limiter ce biais. De plus, nous avons fait le choix de soumettre à nouveau les propositions qui avaient obtenues un accord consensuel, mais pour lesquelles un commentaire exprimait un avis contraire. Les experts pouvaient alors réviser leur opinion au tour suivant à la lumière des avis extrêmes. La méthode Delphi, ayant été validée par la Haute Autorité de Santé (HAS), reste un outil méthodologique adapté à la question de recherche devant la pauvreté de la littérature sur le sujet.

Enfin, l'absence de débat entre les experts ou avec les participants peut limiter les échanges sur les expériences, en contrepartie, ceci limite l'effet de groupe.

## II. Discussion concernant les résultats et comparaison avec la littérature

Les traitements de la dysfonction sexuelle chez les patientes ayant un cancer traité par hormonothérapie ou chimiothérapie font polémiques.

### 1. Place et effet des traitements non hormonaux :

De nombreux articles décrivent les traitements non hormonaux comme le traitement de première intention dans les dysfonctions sexuelles (4,15,32). Lors du premier tour de cotation, cette proposition a été validée. Cependant, plusieurs commentaires précisait la nécessité d'adapter la thérapeutique en fonction de la symptomatologie de la patiente et du type de cancer. En modifiant l'intitulé de la proposition dans ce sens lors du deuxième tour de cotation, le consensus a été établi.

#### ○ *Indication des hydratants et des lubrifiants vaginaux*

L'utilisation des hydratants et lubrifiants vaginaux est largement reconnue par les sociétés savantes. Vendus au supermarché ou en pharmacie, ils ne sont pas remboursés.

Assez peu d'études de bon niveau de preuve valident leur efficacité dans les dysfonctions sexuelles chez les femmes atteintes de cancer. Par exemple dans des études menées sur des patientes atteintes de cancer, il a été constaté que l'utilisation de lubrifiant ou d'hydratant a permis une amélioration significative de la sécheresse vaginale et de la douleur, ainsi qu'une

amélioration de l'atrophie vulvo-vaginale sans qu'il y ait de modification du pH vaginal, de l'épaisseur de l'endomètre ou des taux d'hormones sériques (72,73). Ces études, de courtes durées, restent malgré tout de faible niveau de preuve.

L'utilisation des lubrifiants dans l'atrophie vulvo-vaginale, les troubles de l'excitation et de la libido ou lors de douleurs vulvaires, a été également validée par les experts tout en apportant une nuance sur leurs compositions.

En effet, des commentaires ont été ajoutés par les experts pour nous alerter sur le risque de certains lubrifiants de rendre la contraception mécanique inefficace. Nous avons alors modifié la proposition en précisant que l'utilisation de lubrifiants à base de vaseline associés à une contraception par préservatif peut entraîner une porosité de celle-ci. Cette précision a été retrouvée également dans de nombreux articles (28,45,46,49). Elle a été validée par les experts lors du deuxième tour de cotation.

De plus, les experts n'ont pas validé l'utilisation des huiles naturelles de coco ou d'olive à cause du risque de réactions allergiques et d'irritations. La proposition de retrait de l'item a obtenu un consensus lors du deuxième tour de cotation.

- *Indication et effets des dilatateurs vaginaux controversés*

L'absence de preuve d'efficacité des dilatateurs vaginaux contre la perte d'élasticité du tissu vaginal est noté dans différents articles (28,49,74,75). Cependant, les auteurs d'une revue Cochrane ont reconnu que les études observationnelles montraient une amélioration, et ont conclu à la nécessité de réaliser d'autres études plus significatives (7).

Les experts, pour leur part, ont émis un avis favorable concernant l'utilisation des dilatateurs vaginaux dans le cas de perte d'élasticité du tissu vaginal. Dans la littérature, seul un article évoquait une durée d'utilisation nécessaire du dilatateur vaginal d'un mois afin d'obtenir un résultat positif sur l'élasticité du tissu (49). Les experts évaluaient, eux, à plusieurs mois la durée potentielle avant d'obtenir une efficacité. La proposition a été modifiée avec une validation de la correction au deuxième tour de cotation par les experts.

- *Indication et place du travail sur les muscles pelviens*

Le travail des muscles pelviens est une thérapeutique fréquemment valorisée dans les articles lors de la perte d'élasticité du tissu vaginal, la dyspareunie, ou les douleurs vulvaires. Les experts, en accord avec la littérature (76,77), valident cette thérapeutique. Ils encouragent un encadrement initial par un praticien sachant guider leurs patientes dans la connaissance de leur périnée (kinésithérapeute, sage-femme, médecin sexologue ou tout autre professionnel de santé ayant des connaissances en périnéologie).

- *Indication et effets de la lidocaïne*

Dans la revue de la littérature, plusieurs articles mettent en évidence une efficacité de la lidocaïne aqueuse dans les cas de dyspareunie.

Une étude randomisée, menée sur 200 survivantes d'un cancer du sein ayant une atrophie vulvo-vaginale sévère et une dyspareunie, montre que la lidocaïne aqueuse à 4% appliquée trois minutes avant la pénétration, était associée à une réduction de 88% de la dyspareunie contre 33% avec le placebo (78).

Les experts sont défavorables à la prescription de cette thérapeutique dans le cas de la dyspareunie, mettant en avant un manque d'efficacité du traitement dans leur pratique quotidienne, un risque de masquer les symptômes et une baisse des sensations pour la patiente et le/la conjoint(e). Au deuxième tour de cotation, la proposition de retrait de l'item obtient un consensus. Les auteurs de l'étude randomisée avaient noté que l'utilisation de la lidocaïne était plus ou moins efficace selon l'étiologie de la dysfonction sexuelle à l'origine de la dyspareunie. Cette observation avait probablement été faite par les experts dans leur pratique quotidienne. Toutefois, la lidocaïne aqueuse fait consensus auprès des experts tout comme dans la littérature en cas de douleurs vulvaires.

L'ensemble de ces données montre l'importance de poursuivre des travaux de recherche sur de plus longues périodes en ciblant les patientes ayant reçu un traitement pour un cancer. Ces thérapeutiques n'ont pas d'effets secondaires connus, et permettent d'apporter une première réponse aux patientes, améliorant leur santé physique et psychologique. Ceci se retrouve dans les réponses des experts aux questionnaires, avec un fort accord concernant ces thérapeutiques retrouvées dans la fiche finale.

## 2. Indications et effets des traitements hormonaux

La thérapeutique hormonale à base d'œstrogène local est également un sujet de débat notamment dans les cas de cancers hormonodépendants, en particulier à cause des risques de récurrence.

### ***Indication et effets des œstrogènes vaginaux***

Les experts sont en majorité favorables à l'instauration du traitement par œstrogènes locaux, en fonction de la gravité de l'atrophie vulvo-vaginale de la patiente. Ils ne doivent pas nécessairement être instaurés systématiquement après l'échec des traitements non hormonaux. Ceci est en accord avec ce que l'on retrouve dans plusieurs articles (4,32,34,49,79). Concernant l'initiation d'un tel traitement, les points de vue des experts divergent. C'est pourquoi prendre l'avis de l'oncologue référent ou du gynécologue est indispensable pour la mise en place du traitement par œstrogènes locaux dans le cas de cancers hormono-dépendants ou de forme agressive de cancer du sein (7,12,49,80).

Dans la littérature, le comité de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) a déterminé que les avantages de l'œstrogénothérapie locale semblent l'emporter sur les risques faibles de récurrence de cancer. Elle l'a donc considéré comme une option à explorer avec les patientes ayant un cancer hormono-dépendant guéries ou en rémission, seulement si les traitements non hormonaux se sont avérés inefficaces et après une consultation avec l'oncologue (80). Les œstrogènes locaux peuvent être proposés en deuxième intention chez les patientes ayant un cancer hormono-dépendant en rémission ou guéri (81).

Par ailleurs, diverses études ont montré que l'utilisation de crème ou d'anneau vaginal à base d'œstrogène est efficace sur les troubles uro-génitaux sans entraîner de modifications du taux d'œstradiol sérique. Cependant, les auteurs interpellent sur la petite taille de l'échantillon de patientes et l'absence de comparaison avec un traitement non hormonal (73,74). De même, en 2003, une étude montrait déjà une absence de récurrence de cancer du sein sous traitement par œstrogène local (82). La réalisation d'études de plus fort niveau de preuve permettrait probablement d'introduire avec plus de sérénité ces traitements hormonaux. Malgré le risque de récurrence, ces thérapeutiques sont à adapter au cas par cas. Par exemple, dans le cas d'une patiente en échappement thérapeutique, pour laquelle une prise en charge palliative est actée, on choisira probablement de privilégier le confort.

### **Indication du traitement hormonal substitutif**

Les articles précisent que la dysfonction sexuelle n'est pas une indication à l'introduction d'un traitement hormonal substitutif. Cependant chez les femmes ménopausées ayant un syndrome climatérique il peut être proposé après avoir pris l'avis de l'oncologue (35,83). Deux études randomisées, réalisées dans les années 90, concernant le traitement hormonal substitutif chez des femmes ayant un cancer du sein, ont montré une récurrence de cancer, conduisant à interrompre ces études (84). Depuis, très peu d'études ont été réalisées. Les experts étaient en accord avec ces données et il a été décidé d'évoquer ce traitement sur notre fiche, sans apporter de précisions sur ses caractéristiques.

Le questionnaire de thèse a permis de confronter la pratique à la théorie. Il met en évidence qu'il n'existe à ce jour pas de recommandations claires concernant la mise en place des thérapeutiques. L'adaptation doit se faire au cas par cas en fonction des situations cliniques.

### **III. Des thérapeutiques prometteuses**

Dans notre étude, un expert avait maintenu sa position contre les traitements hormonaux à cause des risques de récurrence en signalant que d'autres thérapeutiques, comme le laser ou les injections d'acide hyaluronique, pouvaient être envisagées. En effet, d'autres thérapeutiques sont possibles dans les cas notamment d'atrophies vulvo-vaginales sévères.

#### **1. Laser CO2 fractionné, injection d'acide hyaluronique et lipofilling**

Parmi ces thérapeutiques, on peut citer le lipofilling. Il s'agit d'un traitement chirurgical réalisé sous anesthésie générale pour les atrophies vulvo-vaginales sévères. Il consiste à injecter au niveau des grandes lèvres et à l'entrée du vagin des graisses prélevées chez la patiente. Cette intervention est prise en charge seulement dans certains centres, comme l'Institut Curie.

Il est aussi possible d'injecter de l'acide hyaluronique pour stimuler la production de collagène et améliorer la vascularisation des tissus, afin de les assouplir et de favoriser l'hydratation des muqueuses (81).

On peut citer pour exemple, une étude dont l'objectif était d'évaluer l'efficacité sur la fonction sexuelle de l'injection de plasma riche en plaquettes mélangé à de l'acide hyaluronique, associée à la réalisation de lipofilling. Il a été mis en évidence une amélioration de la trophicité vaginale et une correction de la longueur vaginale sur douze semaines de suivi (85).

Quant au laser au CO2 fractionné, quelques études ont déjà été réalisées chez les femmes ayant un cancer. Une étude pilote a mis en évidence une amélioration de l'atrophie vulvo-vaginale après utilisation de cette thérapeutique (37). Une autre étude a évalué l'efficacité du laser au CO2 fractionné sur le syndrome génito-urinaire chez les femmes ménopausées et chez les femmes ayant un cancer du sein traité par hormonothérapie. Dans les deux cas, les femmes ont constaté une amélioration de leur fonction sexuelle (87). Les auteurs regrettent malgré tout le faible niveau de preuve de leur étude.

Il s'agit d'une alternative thérapeutique citée de manière récurrente dans la littérature (7,34,86) nous incitant à l'inclure dans les questionnaires adressés aux experts. Son évocation dans la fiche de thèse est validée par les experts et permet de proposer aux médecins traitants une

alternative thérapeutique dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales sévères, tout en précisant que le recul chez les patientes ayant un cancer est insuffisant (81).

L'ensemble de ses thérapeutiques n'est cependant pas remboursé. Une seringue d'acide hyaluronique coûte plus de 300 euros dans un centre de médecine esthétique tandis que le prix d'une séance de laser est d'environ 400 euros. Peu de centres sont équipés d'un laser, et seul Gustave Roussy prend en charge à 100 % les séances. Certains centres, ont noué des partenariats avec des gynécologues de ville équipés de laser et aident les femmes à constituer un dossier de demande d'aides auprès des comités départementaux de la Ligue contre le cancer pour financer les séances. Le coût de ces traitements limite leurs prescriptions, et peut s'expliquer par le manque d'études significatives chez les femmes ayant un cancer.

## 2. Des traitements en cours d'évaluation

Plusieurs autres thérapeutiques ayant montré des effets bénéfiques sur la dysfonction sexuelle dans la population générale, sont en cours d'étude chez des patientes ayant un cancer.

On peut citer les crèmes à base de testostérone. Elles sont utilisées chez les patientes ménopausées avec des troubles de la libido. Une étude menée chez des femmes ayant un cancer du sein sous hormonothérapie a montré une amélioration de l'atrophie vulvo-vaginale, sans augmentation des taux d'estradiol sérique (75). Néanmoins, le manque de recul chez les femmes ayant un cancer ne permet pas leurs prescriptions actuellement (4,15,26).

Un autre traitement, fréquemment décrit dans les cas d'atrophie vulvo-vaginale est l'Ospemifene. Il s'agit d'un modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes permettant de restaurer le pH vaginal et de favoriser la lubrification. Un étude rétrospective récente, réalisée chez les femmes ayant un cancer du sein et traitée par Ospemifene, n'a pas montré de majoration du risque de récurrence ni de développement plus important des cancers. Les auteurs nuancent cependant leurs résultats devant les possibles biais liés au type d'étude (88).

## IV. Points forts de l'étude et perspectives

### 1. Adéquation de notre étude avec le plan cancer

L'amélioration de la survie chez les patientes atteintes de cancers doit inciter à prendre en compte leur qualité de vie à long terme. Allant dans ce sens le plan cancer 2021-2030 présente parmi ses objectifs celui de limiter les séquelles dues aux cancers, en incluant la qualité de vie des patients dans la prise en charge globale du cancer (69). La santé sexuelle fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie.

La question de la dysfonction sexuelle est une préoccupation récurrente chez les patientes. Les études montrent cependant que les femmes reçoivent moins d'informations que les hommes à ce sujet, d'autant plus lorsqu'il ne s'agit pas d'un cancer gynécologique (9,23).

Les patientes souhaiteraient en majorité que ce soit le médecin qui aborde le sujet. C'est pourquoi notre fiche s'adresse principalement aux médecins traitants. En effet, ce sont souvent les premiers interlocuteurs des patientes de par leur rôle de coordination de soins et leurs connaissances qu'ils ont de leurs patients (63). Celles-ci expriment aussi le besoin de recevoir une information orale et écrite. La création de notre fiche puis sa diffusion permettrait de sensibiliser les professionnels de soins primaires sur la dysfonction sexuelle chez les patientes ayant un cancer. Elle pourrait ainsi les aider à aborder ce sujet délicat lors de la consultation.

Le format papier est facile à utiliser et la réalisation de schémas permet une lecture rapide des thérapeutiques en fonction des symptômes.

En parallèle, la ligue contre le cancer a déjà réalisée une fiche à l'attention des patients apportant une information écrite sur les dysfonctions sexuelles (étiologies, traitements, interlocuteurs potentiels (89)). Cette documentation n'a pas été prise en compte dans notre questionnaire de thèse, puisque celle-ci a été mise à jour en 2021. Il serait sans doute intéressant d'inclure le lien internet de cette information dans la fiche terminale de thèse, de manière à ce que les médecins puissent le transmettre à leurs patientes.

Notre outil final n'a pas été testé auprès des médecins généralistes dans leur quotidien. Ainsi, il faudrait évaluer son utilité et sa maniabilité en consultation de médecine générale pour valider la fiche. Ceci pourrait faire l'objet d'une thèse complémentaire.

## 2. La souffrance psychologique, un facteur favorisant la dysfonction sexuelle à intégrer dans la prise en charge des patientes

L'objectif principal de la thèse étant la réalisation d'un outil d'aide à la décision thérapeutique des dysfonctions sexuelles secondaires à l'hormonothérapie et la chimiothérapie, l'aspect psychologique de la dysfonction sexuelle n'a pas été étudié. Or, le cancer est une pathologie qui change la vision qu'a la femme de son propre corps. Les changements physiques peuvent être secondaires au cancer en lui-même ou aux traitements du cancer. Ainsi, les patientes doivent réapprendre à composer avec leur corps, ce qui impacte sur le plan psychologique et entraine des blocages sur le plan sexuel (28,31,90).

De plus, le rapport à l'autre va être modifié, mettant la patiente dans une position de malade. On peut constater des difficultés dans les échanges au sein de la famille proche ou lors de nouvelles rencontres avec des peurs de jugements, de faire mal, le tout ayant un retentissement sur la sexualité (23,24,32).

L'impact psychologique est un élément central, rendant nécessaire une prise en charge multidisciplinaire (12,91). Ce sujet pourrait être l'objet d'un complément d'informations à la fiche réalisée dans ce travail.

## 3. Une préoccupation récente centrée sur le cancer du sein et les cancers gynécologiques

La prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les femmes ayant reçu un traitement pour un cancer est une préoccupation récente. En effet, sur les 36 articles retenus dans la revue de la littérature, 23 ont été publiés à partir de 2015 (annexe 6). Aucune étude sélectionnée dans la revue de la littérature n'a de fort niveau de preuve. Elles sont réalisées le plus souvent sur de courtes périodes sans randomisation, ce qui empêche d'extrapoler leurs résultats (12,28,49). La méthode Delphi utilisée dans notre étude était donc la plus adaptée afin d'obtenir un consensus.

Les principales études réalisées sur la dysfonction sexuelle chez les femmes ayant un cancer concerne les cancers du sein et gynécologiques. L'analyse des types de cancers retrouvés dans les articles sélectionnés par leurs titres, montre que 38% des articles concernent le cancer du sein, 32% les cancers gynécologiques, 15% tous les types de cancer, 12% les cancers colorectaux, 0,42% les cancers neurologiques et de la tête et du cou et 0,83% les cancers de la vessie ou hématologiques. Il paraît cependant logique que la majorité des études aient été menées sur les cancers du sein étant donné sa fréquence chez la femme mais aussi



car il touche directement à la féminité. Il est également logique que les cancers gynécologiques touchant directement les organes sexuels aient été étudiés plus fréquemment.

Sur la sélection finale de ces articles, 50% d'entre eux portent sur le cancer du sein et 17% sur les cancers gynécologiques. Seulement 30% concernent tous les types de cancers (annexe 6). Les traitements favorisant les dysfonctions sexuelles retenus dans la thèse étant l'hormonothérapie et la chimiothérapie, cela peut expliquer que le cancer du sein est majoritairement représenté dans cette revue de la littérature.

On pourrait s'interroger sur la faible quantité d'articles concernant la dysfonction sexuelle chez la femme atteinte d'un cancer colo-rectal et du poumon, qui représentent respectivement les 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> types de cancers chez la femme. Concernant les cancers colorectaux, la littérature met en avant les progrès de la chirurgie et la radiothérapie permettant d'épargner les structures nerveuses pelviennes et de limiter les effets secondaires notamment sur la sexualité (4,32). Cela peut expliquer pourquoi la dysfonction sexuelle est moins étudiée dans ces cancers.

De manière générale, mener des études de plus grande puissance portant sur une plus grande diversité de cancers semble nécessaire pour asseoir les connaissances dans ce domaine.

## CONCLUSION

Des progrès dans la prise en charge des cancers ont permis de stabiliser leurs taux d'incidence. La connaissance des mécanismes physiopathologiques, la recherche concernant les traitements et la mise en place de campagnes de prévention ont amélioré la survie des patientes atteintes de cancers. Le défi est maintenant de valoriser la qualité de vie, en diminuant les effets secondaires des traitements.

Dans ce contexte, la dysfonction sexuelle est un sujet récent et encore tabou. Elle est d'ailleurs plus fréquemment abordée avec des patientes ayant un cancer gynécologique qu'avec les patientes ayant d'autres types de cancers. Et pourtant, la santé sexuelle soulève un intérêt croissant chez des patientes désireuse d'être d'avantage informées.

Notre objectif était d'obtenir un consensus auprès d'experts sur les thérapeutiques pouvant être prescrites, lors de dysfonctions sexuelles chez des femmes ayant un cancer traité par hormonothérapie ou chimiothérapie. La méthode Delphi, utilisée dans cette thèse, a permis d'établir des accords forts entre les experts. Ainsi, nous retrouvons que l'évaluation thérapeutique doit être réalisée au cas par cas selon le type de cancer et les symptômes des patientes. Les traitements non hormonaux (exercices du plancher pelvien, lubrifiants, hydratants) sont à proposer en première intention. La prescription de traitements à base d'œstrogènes locaux reste envisageable mais doit se faire avec prudence pour les cancers hormono-dépendants. Dans ces situations, demander l'avis de l'oncologue ou du gynécologue référant reste fortement recommandé. Le laser au CO2 fractionné est une thérapeutique qui semble être efficace. Toutefois, des réserves ont été émises devant le manque de recul chez les femmes ayant un cancer ou encore devant le coût qu'elle implique. Il existe un désaccord entre les experts et la littérature concernant l'utilisation des huiles végétales comme lubrifiant, ou celle de la lidocaïne aqueuse dans les cas de dyspareunies.

La fiche finale d'aide à la consultation a été créée à partir des accords obtenus entre les experts. Elle fait écho à un besoin d'informations actuel. Elle permet de sensibiliser les professionnels de santé, en leur apportant un support d'aide à l'introduction de traitements dans le cadre de dysfonctions sexuelles chez les femmes ayant un cancer traité par hormonothérapie ou chimiothérapie. Il faudrait néanmoins tester cet outil auprès de professionnels de santé de soins primaires afin d'évaluer son utilité lors de consultations. De plus, plusieurs traitements prometteurs sont en cours d'étude et permettraient de compléter la fiche thérapeutique.

# ANNEXES

## Annexe 1 : Accord de la CNIL



### RÉCÉPISSÉ

### DÉCLARATION DE CONFORMITÉ

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que votre traitement est conforme à la réglementation applicable à la protection des données personnelles. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr)

#### Responsable du traitement

<b>Nom</b> : Université de Lille	<b>SIREN</b> : 13 00 23583 00011
<b>Adresse</b> : 42 rue Paul Duez 59000 LILLE	<b>Code NAF</b> : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

#### Traitement déclaré

<b>Intitulé</b> : Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des dysfonctions sexuelles chez la femme ayant un cancer
<b>Référence Registre DPO</b> : 2020-240
<b>Responsable du traitement / Chargé (e) de la mise en œuvre</b> : M. Dominique LACROIX <b>Interlocuteur (s)</b> : Mme Sophie VALLOIS – Mme le Dr Charline LEGRAND

Fait à Lille,

Le 12 janvier 2021

Jean-Luc TESSIER

Délégué à la Protection des Données

## Annexe 2 : Questionnaire réalisé sur LimeSurvey pour le premier tour de cotation

### Présentation :

« Bonjour,

Je suis Sophie VALLOIS, actuellement en année de thèse de médecine générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur les thérapeutiques des dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements médicamenteux du cancer chez la femme. Le but est d'élaborer **une fiche d'aide à la consultation en médecine générale**, en obtenant un consensus auprès de professionnels de santé.

Si vous le souhaitez je vous propose de participer à l'étude. Pour y participer vous devez avoir une connaissance des thérapeutiques envisagées dans les dysfonctions sexuelles secondaires aux cancers, et être confronté à la question lors de consultations.

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel, et il ne vous prendra que 15 minutes.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2020-240 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr).

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous »

Tableau 9: Questionnaire concernant les caractéristiques socio-professionnelles des experts

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?					
25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-85 ans
Quelle est votre profession ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)					
Gynécologue	Oncologue	Médecin généraliste	Sexologue		
Quel est votre lieu d'exercice ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)					
En milieu hospitalier			En cabinet		

### Rappel de la méthodologie utilisée :

Nous avons utilisé la méthode DELPHI. Le questionnaire regroupe plusieurs propositions de thérapeutiques et descriptions de celles-ci. Les propositions se basent sur une revue de la littérature réalisée sur les moteurs de recherche PUBMED et COCHRANE.

Il vous est demandé de coter chaque proposition selon une échelle de valeur allant de 1 à 9.

La valeur 1 signifie que l'item est « totalement inapproprié », la valeur 9 signifie que l'item est « totalement approprié », les valeurs de 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires et la valeur 5 correspond à une indécision (cette description est rappelée en bas de chaque proposition).

Il vous est possible de soumettre des commentaires dans un encadré associé à chaque proposition.

L'ensemble des propositions ayant fait consensus permettront d'établir une fiche d'aide à la consultation de médecine générale en onco-sexologie chez les femmes.

La méthode DELPHI suggère la réalisation de plusieurs tours de cotation. Le questionnaire vous sera renvoyé après l'analyse des réponses et comprendra les propositions n'ayant pas fait consensus. Les propositions ayant obtenues un consensus au premier tour sont intégrées à la fiche d'aide à la consultation de médecine générale.

Tableau 10: Items composant le questionnaire du premier tour de cotation soumis aux experts

<b>Conseils généraux à donner aux patientes dans le cadre de dysfonctions sexuelles</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
Orienter la patiente vers un sevrage tabagique.										
Travailler sur la gestion du stress.										
Avoir une alimentation équilibrée et éviter l'alcool.										
Favoriser l'exercice physique et les exercices de relaxation.										
Discuter avec la patiente des traitements pouvant interférer avec le désir (antiémétiques/antidépresseurs/analgésiques).										
Travailler le sens du toucher.										
<b>Traitements non hormonaux à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
Il faut dans un premier temps proposer des thérapeutiques non hormonales.										
<b>1. Les lubrifiants peuvent être conseillés dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales.</b>										
L'objectif des lubrifiants est d'apporter du confort lors des rapports sexuels, d'éviter les irritations et les déchirures des muqueuses.										
Les lubrifiants recommandés aux patientes sont ceux à base de silicone ou d'eau.										
Les lubrifiants à base de vaseline sont à éviter.										
Il peut être conseillé d'utiliser des huiles de coco ou d'olive pures comme alternative aux lubrifiants synthétiques pour le traitement des atrophies vulvo-vaginales.										
<b>2. Les hydratants peuvent être conseillés dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales.</b>										
L'objectif des hydratants est d'apporter un confort vaginal global, de limiter le prurit, les irritations et les douleurs.										
Les hydratants peuvent être des gels vaginaux à pH équilibrés, ou composés de polycarbophiles ou d'acide hyaluronique.										
L'utilisation des hydratants doit se faire de trois à sept fois par semaine de manière optimale et au coucher pour une meilleure absorption.										
Les hydratants suivants peuvent être recommandés : Replens® (polycarbophile), RepHresh® (gel vaginal), Me Again® et Mucogyne® (gel ou ovule à base d'acide hyaluronique).										
<b>3. Le laser CO2 fractionné peut être prescrit dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales.</b>										
L'objectif du laser CO2 fractionné est de stimuler la production de collagène, de restaurer l'élasticité de la muqueuse vaginale et de majorer la vascularisation vaginale.										
L'indication de la thérapie par laser CO2 fractionné est retenue pour les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale sévère et une contre-indication à l'oestrogénothérapie.										
La prescription du laser CO2 fractionné est réalisée par le gynécologue référent.										

<b>Traitement hormonal à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales : les œstrogènes</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
En cas d'absence de réponse ou d'échec d'efficacité de la rotation des thérapies non hormonales, les thérapies hormonales peuvent être évoquées en deuxième intention.										
L'objectif des œstrogènes est de restaurer l'élasticité des tissus vaginaux, de rétablir le pH vaginal et d'aider à la recolonisation d'une flore vaginale saine.										
Dans le cadre de cancers hormono-dépendants, l'avis de l'oncologue est demandé pour l'introduction d'œstrogènes (en traitement local ou en traitement hormonal substitutif).										
L'introduction d'œstrogènes dans le cas de cancer hormono-dépendant doit se faire après avoir informé la patiente du manque de preuves sur l'absence de risque de récurrence du cancer.										
Chez les patientes ayant un cancer hormono-dépendant, dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales sévères, en l'absence d'efficacité des traitements non hormonaux, les avantages de l'oestrogénothérapie locale semblent l'emporter sur les risques.										
Le traitement hormonal substitutif est moins efficace sur l'atrophie vulvo-vaginale que les œstrogènes en application locale.										
La prescription d'un traitement hormonal substitutif, dans le cas d'un syndrome climatérique associé à une atrophie vulvo-vaginale est possible pour les cancers non hormono-dépendants.										
Les contre indications à l'introduction des traitements à base d'œstrogènes sont : les métrorragies d'étiologies inconnues, les thromboses artérielles ou veineuses actives ou récentes, les maladies hépatiques actives.										
L'œstrogène en application locale se présente sous forme de crèmes, d'anneaux ou d'ovules.										
La prescription recommandée est celle d'anneaux ou d'ovules qui permettent des taux d'absorption systémique plus faibles et un meilleur contrôle de la posologie.										
Les traitements pouvant être recommandés sont : Colpotrophine® ou Physiogine® (ovules), Estring® (anneau), Estreva® ou Delidose® (crèmes).										
<b>Traitements à proposer dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
<b>1. Les vibromasseurs et l'autostimulation peuvent être conseillés dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido.</b>										
L'objectif de l'autostimulation et des vibromasseurs est de majorer l'afflux sanguin au niveau du plancher pelvien ce qui améliore la réponse à l'excitation.										
<b>2. L'activité physique peut être recommandée dans les cas de trouble de l'excitation ou de la libido.</b>										
L'objectif de la pratique de l'activité physique est d'améliorer l'irrigation du plancher pelvien.										
<b>3. Les lubrifiants peuvent être conseillés dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>										
<b>Traitements à proposer dans les cas de dyspareunie et dyspareunie d'intromission</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
<b>1. Le travail des muscles pelviens peut être recommandé dans les cas de dyspareunie ou de dyspareunie d'intromission.</b>										

L'objectif du travail des muscles pelviens est d'apprendre aux patientes à détendre les muscles, de renforcer la tonicité musculaire et d'augmenter le flux sanguin pelvien.											
Les exercices de Kegel ou le biofeedback peuvent être conseillés pour travailler les muscles pelviens.											
L'apprentissage du travail des muscles pelviens peut se faire seul ou accompagné par un kinésithérapeute.											
<b>2. La lidocaïne aqueuse 4% peut être prescrite dans les cas de dyspareunie ou de dyspareunie d'intromission.</b>											
<b>3. Les hydratants peuvent être conseillés dans les cas de dyspareunie ou de dyspareunie d'intromission. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>											
<b>Traitements à proposer dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires	
<b>1. Les dilateurs vaginaux peuvent être conseillés dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal.</b>											
L'objectif des dilateurs vaginaux est de maintenir la longueur et le calibre vaginal.											
Les compositions à base de silicone des dilateurs vaginaux sont conseillées car mieux tolérées par les femmes.											
L'utilisation des dilateurs vaginaux est à débiter de manière progressive à l'aide d'un protocole.											
L'utilisation des dilateurs vaginaux est à associer soit à un lubrifiant, soit à une crème à base d'œstrogène (lorsque celle-ci est prescrite)											
L'exercice à l'aide d'un dilateur vaginal se fait entre 10 et 15 minutes d'une à trois fois par semaine. L'insertion ne doit pas être trop profonde pour éviter les douleurs.											
Il est nécessaire de prévenir la patiente que le délai avant d'obtenir des résultats significatifs lors de l'utilisation des dilateurs vaginaux peut-être d'un mois.											
Les dilateurs vaginaux peuvent être utilisés durant des séances de kinésithérapie avec des spécialistes des exercices du plancher pelvien.											
<b>2. L'ajustement des positions sexuelles peut être recommandé dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal.</b>											
L'objectif de l'ajustement des positions sexuelles est d'éviter de mettre le poids sur les zones sensibles.											
<b>3. Le travail des muscles pelvien peut être recommandé dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal. (La description est réalisée dans la partie dyspareunie et dyspareunie d'intromission)</b>											
<b>4. Les œstrogènes peuvent être prescrits dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>											
<b>Traitement à proposer dans le cas de douleurs vulvaires</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires	
<b>1. Les lubrifiants peuvent être conseillés dans les cas de douleurs vulvaires. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>											
<b>2. La lidocaïne aqueuse 4% peut être prescrite dans les cas de douleurs vulvaires. (La description est réalisée dans la partie atrophie vulvo-vaginale)</b>											
Les patientes doivent être prévenues de la possible diminution des sensations pour elle-même ou le/la partenaire après avoir appliqué la lidocaïne aqueuse.											

<b>3. Le travail des muscles pelviens peut être recommandé dans les cas de douleurs vulvaires. (La description est réalisée dans la partie dyspareunie et dyspareunie d'intromission)</b>																				
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Remerciements :**

Merci beaucoup pour votre participation !  
Pour accéder aux résultats scientifiques de l'étude vous pouvez me contacter à cette adresse : [sophie.vallois@etu.univ-lille2.fr](mailto:sophie.vallois@etu.univ-lille2.fr)  
Bonne journée à vous.



### Annexe 3 : Courriel envoyé aux experts pour la réalisation du premier tour de cotation

#### Courriel :

« Bonjour Docteur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon projet de thèse *Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements médicamenteux du cancer chez la femme.*

L'objectif est d'obtenir un consensus concernant les thérapeutiques de la dysfonction sexuelle qui peuvent être initiées en première intention au cabinet du médecin traitant.

Dans ce travail de thèse nous utilisons la méthode DELPHI. Il vous est demandé de coter chaque proposition du questionnaire à l'aide d'une échelle numérique allant de 1 à 9. La valeur 1 signifie que l'item est « totalement inappropriée », la valeur 9 signifie que l'item est « totalement appropriée », les valeurs de 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires et la valeur 5 correspond à une indécision. Cette cotation est rappelée tout au long du questionnaire.

Les propositions les plus adéquates seront reportées sur la fiche finale adressée aux médecins généralistes.

Pour que ce travail soit conforme aux règles de la méthode DELPHI, je vous joins un fichier pdf reprenant le contexte motivant le travail de thèse, l'explication de la méthodologie utilisée ainsi que les résultats de la revue de la littérature.

Le lien pour accéder au questionnaire est le suivant : <http://www.cemg-lille.fr/limesurvey/index.php/739899?lang=fr>

Je vous remercie de l'attention que vous portez à mon travail.

Bonne journée à vous,

VALLOIS Sophie. »

#### Pièce jointe au courriel :

## Résumé explicatif de la méthodologie et des résultats de la revue de la littérature

*« Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements médicamenteux du cancer chez la femme »*

### Contexte :

En 2018 en France, le nombre de nouveaux cas de cancer a été estimé à 382 000, dont 177 400 chez les femmes (1). Compte tenu de l'amélioration de la survie globale des patients ayant un cancer, les cliniciens sont amenés à se concentrer de plus en plus sur l'amélioration la qualité de vie des patients.

Le dysfonctionnement sexuel est un effet secondaire fréquent des différents traitements du cancer (2). Ainsi dans une étude publiée par l'American Society of Clinical Oncology, jusqu'à 75% des femmes traitées pour un cancer évoquaient une altération de la fonction sexuelle ou une majoration de troubles sexuels antérieurs (3). Dans une autre étude évaluant la prévalence des troubles sexuels chez les patientes ayant eu un cancer du sein ou gynécologique, 87% des patientes associaient la dysfonction sexuelle à une baisse de leur qualité de vie. Elles signalaient aussi un manque de connaissances et de mise en place de stratégies de prévention de la santé sexuelle (4). Plusieurs travaux ont ainsi montré un manque d'informations concernant les troubles sexuels et ce au détriment principalement des femmes, notamment celles ayant un cancer d'origine non génital (5).

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans l'accompagnement des patientes car il constitue le premier recours dans de nombreuses situations. Malgré cela le sujet est trop peu abordé selon une grande majorité des patientes suivies pour un cancer. Des études qualitatives se sont penchées sur les raisons qui limitaient les médecins pour aborder ce sujet, les principales causes étaient la peur de l'intrusion, les fausses croyances, la pudeur personnelle mais aussi le manque de savoir, de recommandations, de protocoles, et de ressources professionnelles (6-10).

La création d'une fiche d'aide à la prise en charge des troubles sexuels liés au cancer regroupant les traitements recommandés serait donc un outil intéressant pour accompagner le médecin généraliste dans la consultation d'oncosexologie et ainsi permettre une meilleure prise en charge des patientes.

### Méthode :

Nous utiliserons la méthode DELPHI. Elle a pour objectif de synthétiser l'information et de confronter les avis contradictoires dans le but de définir le degré d'accord au sein du groupe d'individus sélectionnés. La cotation de plusieurs propositions permet d'obtenir une convergence d'opinion.

Les propositions qui vous seront faites dans le questionnaire se basent sur la revue de la littérature que nous avons réalisée à l'aide des moteurs de recherche PUBMED et COCHRANE. Les équations de recherche étaient : « neoplasms woman »AND« sexual dysfunction »AND« side effects »OR« primary care »OR« treatment »OR« consultation ».

Nous avons choisi d'exclure : les articles édités avant 2010, les articles évoquant principalement l'aspect psychologique de la dysfonction sexuelle, les articles concernant les adolescents et les enfants, les articles concernant les effets secondaires sur la fonction sexuelle post chirurgie ou radiothérapie.

Ceux retenus sont : les articles évoquant les effets secondaires des traitements médicamenteux (chimiothérapie, hormonothérapie) du cancer chez la femme, les articles concernant les traitements de la dysfonction sexuelle chez la femme, les articles en anglais et en français.

Le questionnaire comprend une échelle numérique graduée de 1 à 9 en regard de chaque proposition, avec la possibilité d'ajouter sur une plage de commentaire des remarques et des items éventuels. En cas de désaccord, vous pouvez également expliciter ce dernier dans la partie champ libre et/ou proposer une correction.

La réponse aux propositions se fait de manière anonyme.

L'échelle de valeur de la cotation est ainsi établie : la valeur 1 signifie que vous jugez la proposition de « totalement inappropriée », la valeur 9 signifie que vous jugez la proposition « totalement appropriée », les valeurs 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires possibles, la valeur 5 correspond à l'indécision.

Nous vous demandons de coter tous les items, et les réponses entre deux chiffres ne sont pas réalisables.

Un deuxième tour de cotation sera réalisé ensuite. Les propositions considérées comme totalement appropriées de façon unanime seront validées et retirées de la liste. Les propositions jugées unanimement comme totalement inappropriées seront supprimées et ne feront pas partie de la liste définitive.

La liste de propositions n'ayant pas fait consensus vous sera envoyée avec la présentation de la tendance des résultats précédents. Nous vous demanderons de coter à nouveau ces éléments et à nouveau de commenter si vous le souhaitez.

### Résumé de la revue de la littérature :

Les effets secondaires sur la fonction sexuelle chez la femme après un traitement pour un cancer sont multiples.

#### **1. Les principaux effets secondaires trouvés selon les différents traitements sont :**

##### **➤ Chimiothérapie :**

La chimiothérapie a pour conséquence une insuffisance ovarienne prématurée à l'origine d'un syndrome génito-urinaire. Les alkylants sont les principaux pourvoyeurs de ce type de complication (6,11-15).

L'insuffisance ovarienne précoce est à l'origine d'un syndrome génito-urinaire. Il correspond à un ensemble de symptômes dont l'atrophie vulvo-vaginale, la sécheresse vaginale, les brûlures vaginales, les bouffées de chaleur, la dyspareunie, la dysurie et diminution du désir sexuel.

Les autres effets secondaires tels que l'alopécie, l'asthénie, les nausées vomissements, les mucites ont également des conséquences sur la vie sexuelle (13,15-17).

##### **➤ L'hormonothérapie :**

Il est recommandé d'utiliser les inhibiteurs de l'aromatase plutôt que le tamoxifène quand cela est possible chez les patientes atteintes d'un cancer hormonodépendant.

Les inhibiteurs de l'aromatase bloquent la conversion de la testostérone en œstrogène et abaissent les taux sériques d'œstradiol entraînant une ménopause précoce à l'origine un syndrome génito-urinaire (6,13,14,16,18-21). Le tamoxifène a moins d'effets secondaires sur la fonction sexuelle, cependant il a quand même été décrit des cas d'atrophies vulvovaginales (13,22-24).

## **2. Les principaux traitements des dysfonctions sexuelles retrouvés dans la littérature et prescrits en France chez les femmes en cours de traitement pour un cancer ou ayant eu un cancer**

La littérature est pauvre en ce qui concerne la prise en charge des dysfonctions sexuelles chez les femmes atteintes/ou ayant eu un cancer. Il existe une absence de consensus sur certains sujets. Les données trouvées dans la littérature sont résumées ci-dessous.

### **➤ Les lubrifiants**

Ils sont utiles dans les cas d'atrophie vulvo-vaginale, les troubles de la libido, les baisses de l'excitation et les douleurs vulvaires (6,25).

Une étude croisée randomisée en double aveugle comparant les effets des lubrifiants à base d'eau et ceux à base de silicone, sur l'inconfort sexuel, chez 38 survivantes du cancer du sein, n'a trouvé aucune différence statistiquement significative entre les deux types de composition. En parallèle, d'autres études montrent que les patientes constatent moins de douleurs à la pénétration en utilisant un lubrifiant à base de silicone (13,26).

Le lubrifiant va apporter du confort sur le plan vaginal, mais toutes les études ne sont pas en accord sur les types de lubrifiants à conseiller.

### **➤ Les hydratants**

Ils sont conseillés dans les atrophies vulvo-vaginales, les dyspareunies et le vaginisme (27).

Dans une étude randomisée évaluant l'efficacité d'un hydratant et d'un lubrifiant chez 52 femmes ayant un cancer du sein sous tamoxifène, on retrouve une amélioration significative de la sécheresse vaginale et de la douleur dans les deux groupes. Cependant, la durée de l'étude était de 30 jours, de plus il n'y a pas de comparaison avec un groupe témoin, et le questionnaire concernant le syndrome génito-urinaire n'était pas validé (25).

D'autres études se basent sur le Replens<sup>®</sup>, qui est un hydratant polycarbophile (6,22,29,46). Une des études (réalisée chez 26 patientes ayant un cancer du sein) analyse l'acceptabilité de l'association de l'hydratant Replens<sup>®</sup> à des exercices du plancher pelvien et un lubrifiant à base d'huile d'olive pure. Les auteurs retrouvent une amélioration de la dyspareunie suite à cette combinaison de prise en charge (29).

Une autre étude compare l'utilisation d'œstrogènes vaginaux à faibles doses et un hydratant (Replens<sup>®</sup> ou Mipharm1<sup>®</sup>) appliqué 2 fois par semaine pendant 12 semaines, chez 31 patientes ayant un cancer du sein. Celle-ci ne met pas en évidence de bénéfice sur le plan vaginal de l'hydratant, après analyse du pH vaginal, de l'épaisseur de l'endomètre et des taux d'hormones sériques ce qui signifie une absence de guérison. Mais, on constate une amélioration de l'atrophie vulvo-vaginale sous 4 semaines de traitement avec l'application des hydratants (30).

La plupart des études mettent en évidence des effets bénéfiques des hydratants, cependant ces études présentent pour la plupart des limites de méthodologie.

### **➤ La lidocaïne aqueuse**

Elle est utilisée chez les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale, des dyspareunies, un vaginisme, ou des douleurs vulvaires (31,32).

Une étude randomisée menée sur 200 survivantes d'un cancer du sein ayant une atrophie vulvo-vaginale sévère et une dyspareunie, montre que la lidocaïne aqueuse à 4% appliquée trois minutes avant la pénétration a été associée à une réduction de 88% de la dyspareunie contre 33% avec le placebo (18,19,33).

La lidocaïne est une alternative non hormonale intéressante, cependant elle présente des effets secondaires (l'hypoesthésie vaginale avec perte de la sensation de pénétration, hypoesthésie du gland du conjoint) dont les patientes doivent être informées.

### **➤ Le laser fractionné au CO2**

Il active la production de collagène et restaure la muqueuse vaginale (34).

Une étude chez des patientes ayant un cancer du sein montre dans 52% des cas une bonne efficacité sans effets secondaires associés sur l'atrophie vulvo-vaginale (18).

Il est relevé cependant un manque d'études significative chez les femmes ayant un cancer (19).

### **➤ Les préparations locales à base d'œstrogènes**

Les indications sont l'atrophie vulvo-vaginale, les adhérences, les sténoses et la perte d'élasticité vaginale.

Les préparations locales d'œstradiol sont les plus couramment utilisées pour l'atrophie vulvo-vaginale. Dans le cas des tumeurs malignes hormono-sensibles, la question de l'œstrogénothérapie est controversée (18,35-37). Dans les cas de cancers non hormono-dépendants ce traitement peut être instauré en coordination avec l'oncologue référent (38,39).

En effet, une étude compare l'utilisation de deux types d'œstrogènes vaginaux à faibles doses (sous forme de crème ou d'ovule) à appliquer 2 fois par semaine, à l'utilisation d'un hydratant chez des femmes ayant un cancer du sein. Une amélioration de la muqueuse vaginale est constatée avec une diminution du pH vaginal, sans modification significative des taux d'œstrogènes systémiques. L'extrapolation de cette étude reste difficile devant la petite taille de l'échantillon de patientes (30).

Une autre étude prospective, randomisée en double aveugle chez 68 femmes ayant un cancer du sein hormono-dépendant compare l'efficacité de l'œstrogène administrée sous forme d'anneau vaginal à une crème intra-vaginale à base de testostérone. Les résultats montrent une amélioration de l'atrophie vaginale au bout de 12 semaines, avec une augmentation transitoire du taux d'œstrogène systémique chez 4 patientes sur 35 sous traitement par œstrogène (40). Toutes les études semblent s'accorder sur la nécessité de demander l'avis des oncologues pour l'administration locale d'œstrogène dans le cas des cancers hormono-dépendants (20,34,39,41).

L'American College of Obstetricians and Gynecologists a déterminé que les avantages de l'œstrogénothérapie locale semblent l'emporter sur les risques du traitement. Elle a donc considéré comme une option à explorer avec les patientes ayant un cancer hormono-dépendant, seulement si les traitements non hormonaux se sont avérés inefficaces et après une consultation avec l'oncologue (9,13,18,40-43).

Les études concernant la prescription d'œstrogène local chez les patientes ayant un cancer hormono-dépendant, ont des limites ne permettant pour l'instant pas d'assurer leur innocuité. La prescription doit donc se faire au cas par cas en fonction de la symptomatologie et du contexte clinique et après information éclairée des patientes.

#### ➤ Travail des muscles pelviens

Le-travail des muscles pelviens est recommandé dans les cas de dyspareunie, de vaginisme, de perte de l'élasticité vaginale et ou de douleurs vulvaires.

Une étude prospective concernant des femmes ayant eu une hystérectomie secondaire à un cancer gynécologique, a évalué le retentissement de 4 semaines d'exercices du plancher pelvien sur la fonction sexuelle associés à l'utilisation d'huile d'olive comme lubrifiant et de Replens<sup>o</sup> comme hydratant. Il a été montré une majoration de la force des muscles, de la capacité d'excitation des muscles pelviens et de la perception positive sur la fonction sexuelle globale (13) ainsi qu'une diminution des dyspareunie (29).

Les recherches sur ce sujet impliquant les patientes ayant un cancer sont cependant assez pauvres (11,13).

#### ➤ Les dilateurs vaginaux

Ils sont recommandés lors d'adhérences, de sténoses de raccourcissements vaginaux, ou de perte d'élasticité de la paroi vaginale. Néanmoins, on constate un manque de preuve d'efficacité de cette thérapie (11,20,33,42,44-46).

Les auteurs d'une revue publiée dans Cochrane ont conclu qu'aucune donnée ne montrait qu'une dilatation vaginale régulière et systématique prévenait la sténose ou améliorait la qualité de vie.

Mais, ils ont reconnu que les études observationnelles faisaient état de ces avantages et ont donc plaidé pour des essais soigneusement conçus pour mieux informer sur l'utilisation des dilateurs vaginaux (18).

#### ➤ L'autostimulation

Elle est indiquée dans les cas de troubles de l'excitation.

Elle peut être réalisée à l'aide de dispositifs sexuels portatifs pour faciliter la vasocongestion dans le tissu clitoridien (11,35).

Les essais cliniques randomisés manquent, les retours concernant l'autostimulation sont ainsi peu connus.

Je vous remercie de votre attention.

#### Bibliographie :

1. Cancers : les chiffres clés - Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. [cité 29 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-clés>
2. Gandhi C, Butler E, Pesek S, Kwiat R, Edmonson D, Raker C, et al. Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors: Is it Surgical Modality or Adjuvant Therapy? *Am J Clin Oncol.* 2019;42(6):500-6.
3. Bath C. Preserving Sexual Function in Women Treated for Cancer. 25 janv 2018; Disponible sur: <https://ascopost.com/issues/january-25-2018/preserving-sexual-function-in-women-treated-for-cancer/>
4. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat.* août 2017;165(1):77-84.
5. Bondil P, Habol D. Développement de l'oncosexualité et de l'oncofertilité en France : pourquoi maintenant ? Aspects culturels et psychosociologiques. *Psycho-Oncol.* 1 déc 2015;9(4):230-9.
6. Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J Sex Med.* févr 2013;10 Suppl 1:5-15.
7. DeSimone M, Spriggs E, Gass JS, Carson SA, Krychman ML, Dizon DS. Sexual dysfunction in female cancer survivors. *Am J Clin Oncol.* févr 2014;37(1):101-6.
8. Bober SL, Carter J, Falk S. Addressing female sexual function after cancer by internists and primary care providers. *J Sex Med.* févr 2013;10 Suppl 1:112-9.
9. Whicker M, Black J, Altwerger G, Menderes G, Feinberg J, Ratner E. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(4):395-403.
10. Bondil P, Habol D. Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse. *MISE AU POINT.* :6.
11. Breukink SO, Donovan KA. Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors. *J Sex Med.* févr 2013;10 Suppl 1:74-83.
12. Audette C, Waterman J. The sexual health of women after gynecologic malignancy. *J Midwifery Womens Health.* août 2010;55(4):357-62.
13. 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).* mars 2018;27(2):e12738.
14. Lindau ST, Abramssohn EM, Matthews AC. A manifesto on the preservation of sexual function in women and girls with cancer. *Am J Obstet Gynecol.* août 2015;213(2):166-74.
15. Turan V, Oktay K. Sexual and fertility adverse effects associated with chemotherapy treatment in women. *Expert Opin Drug Saf.* juin 2014;13(6):775-83.
16. Vanlerenberghe E, Sedda A-L, Ait-Kaci F. The impact of gynaecological cancers on woman's sexuality and her couple. *Bull Cancer (Paris).* mai 2015;102(5):454-62.

17. 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.
18. Preti EP, Landoni F, Colombo N, Dizon DS. How to Address Sexual Problems in Female Cancer Patients. *Oncol Williston Park N*. 15 2017;31(4):258-62, 264.
19. Crean-Tate KK, Faubion SS, Pederson HJ, Vencill JA, Batur P. Management of genitourinary syndrome of menopause in female cancer patients: a focus on vaginal hormonal therapy. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(2):103-13.
20. Bober SL, Carter J, Falk S. Addressing female sexual function after cancer by internists and primary care providers. *J Sex Med*. févr 2013;10 Suppl 1:112-9.
21. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. janv 2011;8(1):294-302.
22. Pearson A, Booker A, Tio M, Marx G. Vaginal CO2 laser for the treatment of vulvovaginal atrophy in women with breast cancer: LAAVA pilot study. *Breast Cancer Res Treat*. nov 2019;178(1):135-40.
23. Katz A. Breast cancer and women's sexuality. *Am J Nurs*. avr 2011;111(4):63-7.
24. Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, Kallak TK, Poromaa IS. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause N Y N*. févr 2013;20(2):162-8.
25. Juliato PT, Rodrigues AT, Stahlschmidt R, Juliato CRT, Mazzola PG. Can polyacrylic acid treat sexual dysfunction in women with breast cancer receiving tamoxifen? *Climacteric J Int Menopause Soc*. févr 2017;20(1):62-6.
26. Hickey M, Marino JL, Braat S, Wong S. A randomized, double-blind, crossover trial comparing a silicone- versus water-based lubricant for sexual discomfort after breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2016;158(1):79-90.
27. Kim YH, Park S, Lee M, Hahn S, Jeon MJ. Effect of a pH-Balanced Vaginal Gel on Dyspareunia and Sexual Function in Breast Cancer Survivors Who Were Premenopausal at Diagnosis: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):870-6.
28. Melisko ME, Goldman M, Rugo HS. Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *J Cancer Surviv Res Pract*. sept 2010;4(3):247-55.
29. 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.
30. Biglia N, Peano E, Sgandurra P, Moggio G, Panuccio E, Migliardi M, et al. Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol*. juin 2010;26(6):404-12.
31. Goetsch MF, Lim JY, Caughy AB. A Practical Solution for Dyspareunia in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol*. 20 oct 2015;33(30):3394-400.
32. Zhou ES, Falk SJ, Bober SL. Managing premature menopause and sexual dysfunction. *Curr Opin Support Palliat Care*. sept 2015;9(3):294-300.
33. Advani P, Brewster AM, Baum GP, Schover LR. A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. *J Cancer Surviv Res Pract*. août 2017;11(4):477-85.
34. Saghatchian M, Lesur A. Gestion des effets secondaires de l'hormonothérapie du cancer du sein chez la femme jeune. *Bull Cancer (Paris)*. 1 déc 2019;106(12, Supplément 1):S37-42.
35. Bober SL, Reese JB, Barbera L, Bradford A, Carpenter KM, Goldfarb S, et al. How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Curr Opin Support Palliat Care*. mars 2016;10(1):44-54.
36. Hickey M, Emery U, Gregson J, Doherty DA, Saunders CM. The multidisciplinary management of menopausal symptoms after breast cancer: a unique model of care. *Menopause N Y N*. juill 2010;17(4):727-33.
37. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril*. oct 2013;100(4):916-21.
38. Ratner ES, Foran KA, Schwartz PE, Minkin MJ. Sexuality and intimacy after gynecological cancer. *Maturitas*. mai 2010;66(1):23-6.
39. King J, Wynne CH, Assersohn L, Jones A. Hormone replacement therapy and women with premature menopause—a cancer survivorship issue. *Eur J Cancer Oxf Engl*. 1990. juill 2011;47(11):1623-32.
40. 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 - PubMed [Internet]. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27832260/>
41. Buchholz S, Mögele M, Lintermans A, Bellen G, Prasauskas V, Ortmann O, et al. Vaginal estriol-lactobacilli combination and quality of life in endocrine-treated breast cancer. *Climacteric J Int Menopause Soc*. avr 2015;18(2):252-9.
42. Zomkowski K, Toryi AM, Sacomori C, Dias M, Sperandio FF. Sexual function and quality of life in gynecological cancer pre- and post-short-term brachytherapy: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet*. 2016;294(4):833-40.
43. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, Farrell R. ACOG Committee Opinion No. 659: The Use of Vaginal Estrogen in Women With a History of Estrogen-Dependent Breast Cancer. *Obstet Gynecol*. mars 2016;127(3):e93-96.
44. Incrocci L, Jensen PT. Pelvic radiotherapy and sexual function in men and women. *J Sex Med*. févr 2013;10 Suppl 1:53-64.
45. Foerster R, Schnetzke L, Bruckner T, Arians N, Rief H, Debus J, et al. Prognostic factors for long-term quality of life after adjuvant radiotherapy in women with endometrial cancer. *Strahlenther Onkol Organ Dtsch Rontgengesellschaft Al*. déc 2016;192(12):895-904.
46. Bonner C, Nattress K, Anderson C, Carter J, Milross C, Philp S, et al. Chore or priority? Barriers and facilitators affecting dilator use after pelvic radiotherapy for gynaecological cancer. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer*. oct 2012;20(10):2305-13.

## Annexe 4 : Questionnaire réalisé sur LimeSurvey pour le deuxième tour de cotation

« Bonjour,

Je suis Sophie VALLOIS, actuellement en année de thèse de médecine générale.

Ce questionnaire correspond au deuxième tour de cotation pour ma thèse de médecine générale « *Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements médicamenteux du cancer chez la femme* ».

La méthode de cotation est identique à celle réalisée lors du premier tour, pour rappel, il vous est demandé de coter chaque proposition selon une échelle de valeur allant de 1 à 9.

La valeur 1 signifie que l'item est « totalement inapproprié », la valeur 9 signifie que l'item est « totalement approprié », les valeurs de 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires et la valeur 5 correspond à une indécision (cette description est rappelée en bas de chaque proposition).

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel, et il ne vous prendra que **5 minutes**.

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Aussi pour assurer une sécurité optimale, vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de la thèse.

Ce questionnaire fait l'objet d'une déclaration portant le numéro 2020-240 au registre des traitements de l'Université de Lille.

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante : [dpo@univ-lille.fr](mailto:dpo@univ-lille.fr).

Vous pouvez également formuler une réclamation auprès de la CNIL.

Merci à vous »

Tableau 11 : Questionnaire concernant les caractéristiques socio-professionnelles des experts

Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?					
25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75-85 ans
Quelle est votre profession ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)					
Gynécologue		Oncologue		Médecin généraliste	Sexologue
Quel est votre lieu d'exercice ? (Vous pouvez cocher plusieurs cases)					
En milieu hospitalier			En cabinet		

### Rappel de la méthodologie utilisée :

Pour chaque item vous retrouverez dans l'ordre :

- La proposition initiale,
- Les commentaires (anonymisés) s'il y en a eu au premier tour,
- La tendance : la médiane, le pourcentage de réponses entre 1 et 3 et le pourcentage de réponse entre 7 et 9,
- La nouvelle proposition. Il peut s'agir d'une reformulation suite à une absence de consensus, d'une reformulation basée sur des commentaires pertinents malgré l'obtention d'un consensus ou d'une proposition de retrait de l'item devant un désaccord.

L'objectif est d'évaluer votre degré d'accord concernant la proposition reformulée en vous situant par rapport aux autres participants.

Le système de cotation est identique à celui réalisé au premier tour. La valeur 1 signifie que l'item est « totalement inapproprié », la valeur 9 signifie que l'item est « totalement approprié », les valeurs de 2 à 8 correspondent à des situations intermédiaires et la valeur 5 correspond à une indécision.

Il vous est possible de soumettre des commentaires dans un encadré associé à chaque proposition.

Tableau 12 : Items composant le questionnaire du second tour de cotation soumis aux experts

Conseils généraux à donner aux patientes dans le cadre de dysfonctions sexuelles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
<p><u>Proposition initiale</u> : Orienter la patiente vers un sevrage tabagique.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Le sevrage tabagique est toujours d'actualité, d'autant plus associé au risque cancéreux, mais dans un contexte de stress intense rajouter une pression supplémentaire sur un sevrage immédiat me paraît délicat et non prioritaire même si les enjeux en seraient bénéfiques. Le bien être mental est d'ailleurs important dans le cadre des relations sexuelles".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 23,08%. Score entre 7 et 9 : 15%.</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : Accompagner la patiente vers un sevrage tabagique si elle le souhaite tout en faisant attention à ne pas adopter une attitude moralisatrice ou culpabilisatrice.</p>										
Traitements non hormonaux à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires
<p><u>Proposition initiale</u> : Il faut dans un premier temps proposer des thérapeutiques non hormonales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trois commentaires : "tout dépend du cancer". "Mais pas nécessairement si le cancer n'est pas hormonodépendant : en cas de carcinome épidermoïde du col utérin, un traitement hormonal local et/ou général est approprié en 1ère intention".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 0%. Score entre 7 et 9 : 69%.</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : En fonction du type de cancer et de l'importance de l'atrophie vulvo-vaginale, il peut être proposé dans un premier temps un traitement non hormonal.</p>										
<p><i>Les lubrifiants dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><u>Proposition initiale</u> : Les lubrifiants à base de vaseline sont à éviter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Cela est surtout au choix de la patiente". "Risque pour les protections mécaniques et matériel à visé sexuel".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 0%. Score entre 7 et 9 : 46%.</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : Les lubrifiants à base de vaseline sont déconseillés en cas d'utilisation d'une contraception mécanique devant le risque de perte d'efficacité de celle-ci.</p>										
<p><i>Les lubrifiants dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><u>Proposition initiale</u> : Il peut être conseillé d'utiliser des huiles de coco ou d'olive pures comme alternative aux lubrifiants synthétiques pour le traitement des atrophies vulvo-vaginales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Risque de réaction allergique et irritation. Composition non adaptée".</li> <li>• Médiane : 4. Score entre 1 et 3 : 30,77%. Score entre 7 et 9 : 38%. Ecart type : 3,08.</li> </ul> <p><b>Proposition de retrait de cet item devant un désaccord des différents participants et un écart type inférieur à 5 montrant que la médiane est représentative et que la majorité des participants sont du même avis.</b></p>										
<p><i>Le laser fractionné CO2 dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><u>Proposition initiale</u> : L'indication de la thérapie par laser fractionné CO2 est retenue pour les femmes ayant une atrophie vulvo-vaginale sévère et une contre-indication à l'oestrogénothérapie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médiane : 6. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 46%.</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : L'indication de la thérapie par laser fractionné CO2 est limitée aux atrophies vulvo-vaginales sévères devant le manque d'études et de recul chez les femmes ayant un cancer.</p>										
<p><i>Le laser fractionné CO2 dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><u>Proposition initiale</u> : La prescription du laser fractionné CO2 est réalisée par le gynécologue référant.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Ça peut être fait par l'oncologue ou le médecin traitant s'il examine la patiente".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 38%.</li> </ul>										

<b><u>Proposition corrigée</u> : La prescription du laser fractionné CO2 peut être réalisée par le gynécologue, l'oncologue ou le médecin traitant.</b>																					
<b>Traitement hormonal à proposer dans les cas d'atrophies vulvo-vaginales : les œstrogènes</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires											
<p><b>Proposition initiale</b> : En cas d'absence de réponse ou d'échec d'efficacité de la rotation des thérapies non hormonales, les thérapies hormonales peuvent être évoquées en deuxième intention.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Quatre commentaires : "cela dépend du cancer initial". "Selon les souhaits de la patiente également à prendre en considération et la disponibilité des soins".</li> <li>• Médiane : 6. Score entre 1 et 3 : 7,69. Score entre 7 et 9 : 46%.</li> </ul> <p><b><u>Proposition corrigée</u></b> : Les thérapies à base d'œstrogène peuvent être proposées en fonction de la sévérité de l'atrophie vulvo-vaginale et du type de cancer, notamment dans les cas de cancers non hormono-dépendants.</p>																					
<p><i>Les œstrogènes dans l'atrophie vulvo-vaginale :</i></p> <p><b>Proposition initiale</b> : L'introduction d'œstrogènes dans le cas de cancer hormono-dépendant doit se faire après avoir informé la patiente du manque de preuves sur l'absence de risque de récurrence du cancer.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Les études montrent un très faible risque de récurrence". "Ne pas le faire, c'est mieux".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 7,69%. Score entre 7 et 9 : 85%.</li> </ul> <p><b><u>Proposition corrigée</u></b> : L'introduction d'œstrogènes dans le cas de cancer hormono-dépendant doit se faire après avoir informé la patiente du faible risque de récurrence du cancer sous traitement.</p>																					
<p><i>Les œstrogènes dans l'atrophie vulvo-vaginale : (fusion de deux propositions)</i></p> <p><b>Proposition initiale</b> : Le traitement hormonal substitutif est moins efficace sur l'atrophie vulvo-vaginale que les œstrogènes en application locale.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Très mauvaise indication". "Je ne sais pas".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 31%.</li> </ul> <p><b>Proposition initiale</b> : La prescription d'un traitement hormonal substitutif, dans le cas d'un syndrome climatérique associé à une atrophie vulvo-vaginale est possible pour les cancers non hormono-dépendants.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Les bénéfices des THS sont très faible et le risque de cancer associé existe, donc à discuter +++ avec le patient". "Avec de grosses pincettes ... on évite chez les seins triple négatifs même si par définition il n'y a pas de récepteurs hormonaux éventuellement pour certains ovaires".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 7,69%. Score entre 7 et 9 : 77%.</li> </ul> <p><b><u>Proposition corrigée</u></b> : La prescription d'un traitement hormonal substitutif, n'est pas un bon traitement de l'atrophie vulvo-vaginale, mais dans le cas d'un syndrome climatérique associé, en fonction du type de cancer, il peut être discuté avec l'oncologue ou le gynécologue.</p>																					
<b>Traitements à proposer dans les cas de troubles de l'excitation ou de la libido</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires											



<p><i>L'activité physique :</i>  <u>Proposition initiale</u> : L'objectif de la pratique de l'activité physique est d'améliorer l'irrigation du plancher pelvien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deux commentaires : "Pas que". "C'est aussi une recherche d'épanouissement global et une réhabilitation du corps". "Mais également le bien être global et la baisse du stress (qui aide par effet secondaire)".</li> <li>• Médiane : 7. Score entre 1 et 3 : 7,69%. Score entre 7 et 9 : 54%.</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : La pratique d'exercice physique permet une meilleure irrigation du plancher pelvien mais aussi de manière plus générale favorise l'épanouissement de la patiente et l'accompagne dans la réappropriation de son corps.</p>																				
<b>Traitements à proposer dans les cas de dyspareunies et dyspareunies d'intromission</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires										
<p><i>Le travail des muscles pelviens :</i>  <u>Proposition initiale</u> : L'apprentissage du travail des muscles pelviens peut se faire seul ou accompagné par un kinésithérapeute.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "L'idéal pour moi est de faire faire ces exercices par une sage-femme (certaines sont diplômées de sexologie)". "Recours à un kiné paraît nécessaire". "Ou la sage-femme".</li> <li>• Médiane : 9. Score entre 1 et 3 : 15,38%. Score entre 7 et 9 : 77%</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : Le travail des muscles pelvien peut se faire avec une sage-femme ou un kinésithérapeute, après une phase d'apprentissage la patiente pourra poursuivre les exercices de manière autonome.</p>																				
<p><i>La lidocaïne aqueuse :</i>  <u>Proposition initiale</u> : La lidocaïne aqueuse 4% peut être prescrite dans les cas de dyspareunie ou de vaginisme.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Peu efficace". "Je ne le fais jamais mais c'est possible en effet...ça ne parait pas adapté si l'on connaît la pathogénie de ces troubles". "A fuir c'est masquer le problème". "Je ne sais pas". "Risque de baisse des sensations. Le vaginisme est un problème de contraction et non de douleur initiale".</li> <li>• Médiane : 5. Score entre 1 et 3 : 38,46%. Score entre 7 et 9 : 38%. Ecart type : 3,17.</li> </ul> <p><b>Proposition de retrait de cet item devant un désaccord des différents participants et un écart type inférieur à 5 montrant que la médiane est représentative et que la majorité des participants sont du même avis.</b></p>																				
<b>Traitements à proposer dans les cas de perte d'élasticité du tissu vaginal</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Commentaires										
<p><i>Les dilateurs vaginaux :</i>  <u>Proposition initiale</u> : Il est nécessaire de prévenir la patiente que le délai avant d'obtenir des résultats significatifs lors de l'utilisation des dilateurs vaginaux peut-être d'un mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• "Plus long". "C'est souvent d'avantage". "Pour quelle indication je suis perdue".</li> <li>• Médiane : 8. Score entre 1 et 3 : 0%. Score entre 7 et 9 : 69%.</li> </ul> <p><b>Proposition corrigée</b> : Il est nécessaire de prévenir la patiente que le délai avant d'obtenir des résultats significatifs lors de l'utilisation des dilateurs vaginaux peut-être de plusieurs mois.</p>																				

## Annexe 5 : Courriel envoyé aux experts pour la réalisation du second tour de cotation

Bonjour Docteur,

Je me permets de vous solliciter concernant ma thèse de médecine générale « *Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des dysfonctions sexuelles secondaires aux traitements médicamenteux du cancer chez la femme* ».

Les données du précédent questionnaire ont été analysées de manière qualitative et quantitative permettant de valider la majorité des items proposés. Seuls 8 items sur 58 n'ont pas obtenu de consensus, d'où la nécessité de réaliser ce deuxième tour de cotation. Six items ont été reformulés devant la pertinence des commentaires associés aux cotations.

Le questionnaire est ainsi beaucoup plus court que le précédent.

Le lien pour accéder au questionnaire est le suivant : <http://www.cemg-lille.fr/limesurvey/index.php/367891?lang=fr>

S'il est possible pour vous de le remplir avant le 19 mai, afin de me permettre de réaliser la fiche finale, je vous en remercie.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à mon travail.

Bonne journée à vous,

VALLOIS Sophie.

## Annexe 6 : Analyse la revue de la littérature

Figure 5 : Nombre d'article retenu pour la revue de la littérature en fonction de leur année de publication

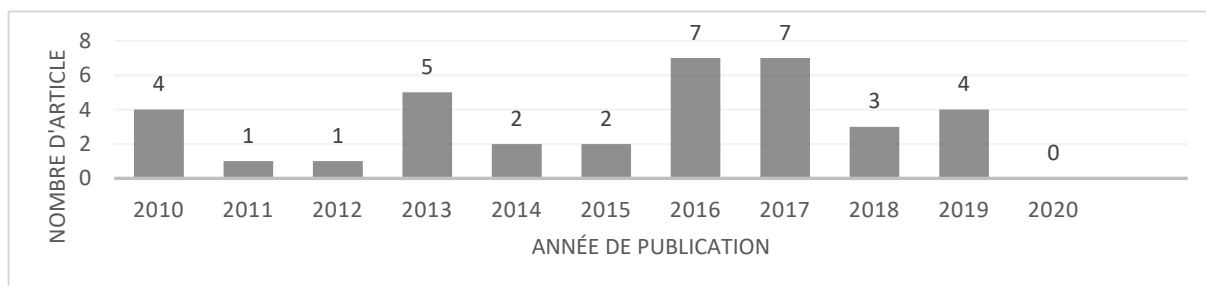
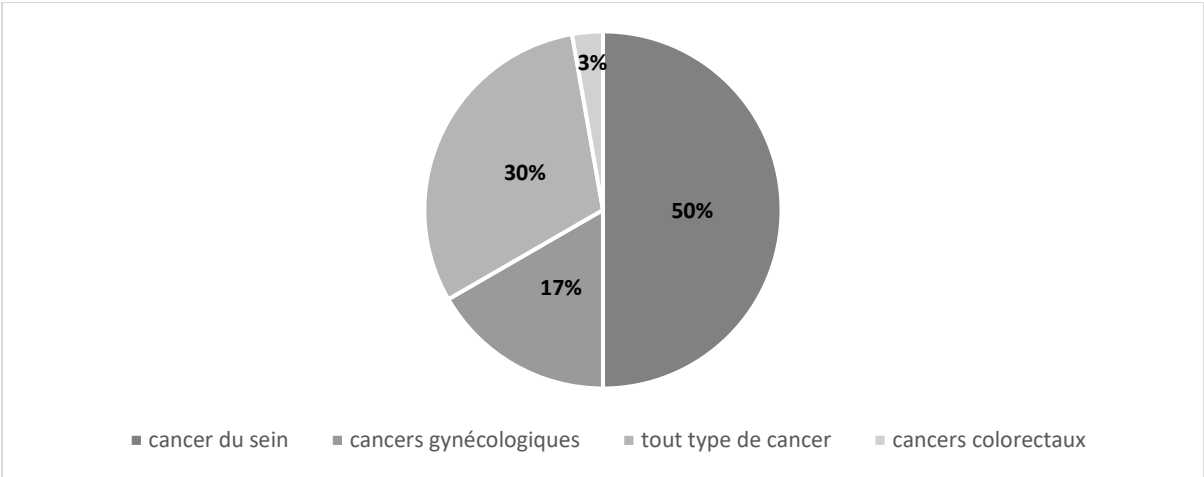


Figure 6 : Pourcentage représentant les différents types de cancers étudiés dans les articles retenus dans la revue de la littérature



## BIBLIOGRAPHIE

1. Institut National du Cancer. Cancers : les chiffres clés : Qu'est-ce qu'un cancer ? [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer/Chiffres-cles>
2. Santé Publique France. Cancers [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers>
3. Santé Publique France. Santé sexuelle : définitions, concepts, droits fondamentaux. [Internet]. 2019. Disponible sur: [/determinants-de-sante/sante-sexuelle/sante-sexuelle-definitions-concepts-droits-fondamentaux](https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/sante-sexuelle-definitions-concepts-droits-fondamentaux)
4. DeSimone M, Spriggs E, Gass JS, Carson SA, Krychman ML, Dizon DS. Sexual dysfunction in female cancer survivors. *Am J Clin Oncol*. févr 2014;37(1):101-6.
5. Samaie Nouroozi A, Alyasin A, Malek Mohammadi A, Mehrdad N, Mousavi SA, Vaezi M, et al. Autologous Platelet-Released Growth Factor and Sexual Dysfunction Amendment: A Pilot Clinical Trial of Successful Improvement Sexual Dysfunction after Pelvic Irradiation. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 26 2019;20(3):817-23.
6. Basson R, Leiblum S, Brotto L, Derogatis L, Fourcroy J, Fugl-Meyer K, et al. Revised Definitions of Women's Sexual Dysfunction. *J Sex Med*. juill 2004;1(1):40-8.
7. Preti EP, Landoni F, Colombo N, Dizon DS. How to Address Sexual Problems in Female Cancer Patients. *Oncol Williston Park N*. 15 2017;31(4):258-62, 264.
8. Turan V, Oktay K. Sexual and fertility adverse effects associated with chemotherapy treatment in women. *Expert Opin Drug Saf*. juin 2014;13(6):775-83.
9. Sörensson M, Asplund D, Matthiessen P, Rosenberg J, Hallgren T, Rosander C, et al. Self-reported sexual dysfunction in patients with rectal cancer. *Colorectal Dis Off J Assoc Coloproctology G B Irel*. mai 2020;22(5):500-12.
10. 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.
11. Male DA, Fergus KD, Cullen K. Sexual identity after breast cancer: sexuality, body image, and relationship repercussions. *Curr Opin Support Palliat Care*. mars 2016;10(1):66-74.
12. Whicker M, Black J, Altwerger G, Menderes G, Feinberg J, Ratner E. Management of sexuality, intimacy, and menopause symptoms in patients with ovarian cancer. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;217(4):395-403.
13. Institut National du Cancer. La vie intime et personnelle - La vie cinq ans après un diagnostic de cancer [Internet]. 2018. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Le-point-sur/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer/La-vie-intime-et-personnelle>
14. Bath C. Preserving Sexual Function in Women Treated for Cancer. 25 janv 2018; Disponible sur: <https://ascopost.com/issues/january-25-2018/preserving-sexual-function-in-women-treated-for-cancer/>

15. Pereira N, Schattman GL. Fertility Preservation and Sexual Health After Cancer Therapy. *J Oncol Pract.* 2017;13(10):643-51.
16. Valpey R, Kucherer S, Nguyen J. Sexual dysfunction in female cancer survivors: A narrative review. *Gen Hosp Psychiatry.* oct 2019;60:141-7.
17. Surbeck W, Herbet G, Duffau H. Sexuality after surgery for diffuse low-grade glioma. *Neuro-Oncol.* avr 2015;17(4):574-9.
18. Lindau ST, Abramsohn EM, Matthews AC. A manifesto on the preservation of sexual function in women and girls with cancer. *Am J Obstet Gynecol.* août 2015;213(2):166-74.
19. Lindau ST, Abramsohn EM, Baron SR, Florendo J, Haefner HK, Jhingran A, et al. Physical examination of the female cancer patient with sexual concerns: What oncologists and patients should expect from consultation with a specialist. *CA Cancer J Clin.* 2016;66(3):241-63.
20. Cornell LF, Mussallem DM, Gibson TC, Diehl NN, Bagaria SP, McLaughlin SA. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery. *Ann Surg Oncol.* sept 2017;24(9):2526-38.
21. Demirtas B, Pinar G. Determination of sexual problems of Turkish patients receiving gynecologic cancer treatment: a cross-sectional study. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP.* 2014;15(16):6657-63.
22. Farthmann J, Hanjalic-Beck A, Veit J, Rautenberg B, Stickeler E, Erbes T, et al. The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer Off J Multinatl Assoc Support Care Cancer.* 2016;24(6):2603-9.
23. Bondil P, Hibold D. Développement de l'oncosexualité et de l'oncofertilité en France : pourquoi maintenant ? Aspects culturels et psychosociologiques. *Psycho-Oncol.* 1 déc 2015;9(4):230-9.
24. Abbott-Anderson K, Kwekkeboom KL. A systematic review of sexual concerns reported by gynecological cancer survivors. *Gynecol Oncol.* mars 2012;124(3):477-89.
25. Zomkowski K, Toryi AM, Sacomori C, Dias M, Sperandio FF. Sexual function and quality of life in gynecological cancer pre- and post-short-term brachytherapy: a prospective study. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;294(4):833-40.
26. Melisko ME, Goldman M, Rugo HS. Amelioration of sexual adverse effects in the early breast cancer patient. *J Cancer Surviv Res Pract.* sept 2010;4(3):247-55.
27. Bondil P, Hibold D. Cancers et sexualité : les médecins ne doivent plus faire l'impasse. *Lett Cancérologie.* mars 2012;6.
28. Bober SL, Carter J, Falk S. Addressing female sexual function after cancer by internists and primary care providers. *J Sex Med.* févr 2013;10 Suppl 1:112-9.
29. Carter J, Lacchetti C, Andersen BL, Barton DL, Bolte S, Damast S, et al. Interventions to Address Sexual Problems in People With Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Adaptation of Cancer Care Ontario Guideline. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 10 2018;36(5):492-511.

30. McCallum M, Lefebvre M, Jolicoeur L, Maheu C, Lebel S. Sexual health and gynecological cancer: conceptualizing patient needs and overcoming barriers to seeking and accessing services. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 2012;33(3):135-42.
31. Vanlerenberghe E, Sedda A-L, Ait-Kaci F. The impact of gynaecological cancers on woman's sexuality and her couple. *Bull Cancer (Paris).* mai 2015;102(5):454-62.
32. Bennett N, Incrocci L, Baldwin D, Hackett G, El-Zawahry A, Graziottin A, et al. Cancer, Benign Gynecology, and Sexual Function--Issues and Answers. *J Sex Med.* avr 2016;13(4):519-37.
33. Ferreira IS, Fernandes AFC, Rodrigues AB, Santiago JCDS, de Sousa VEC, Lopes MV de O, et al. Accuracy of the Defining Characteristics of the Sexual Dysfunction Nursing Diagnosis in Women with Breast Cancer. *Int J Nurs Knowl.* janv 2020;31(1):37-43.
34. Saghatchian M, Lesur A. [Management of side effects related to adjuvant hormone therapy in young women with breast cancer]. *Bull Cancer (Paris).* déc 2019;106(12S1):S37-42.
35. Crean-Tate KK, Faubion SS, Pederson HJ, Vencill JA, Batur P. Management of genitourinary syndrome of menopause in female cancer patients: a focus on vaginal hormonal therapy. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(2):103-13.
36. Zdenkowski N, Tesson S, Lombard J, Lovell M, Hayes S, Francis PA, et al. Supportive care of women with breast cancer: key concerns and practical solutions. *Med J Aust.* 21 nov 2016;205(10):471-5.
37. Pearson A, Booker A, Tio M, Marx G. Vaginal CO2 laser for the treatment of vulvovaginal atrophy in women with breast cancer: LAAVA pilot study. *Breast Cancer Res Treat.* nov 2019;178(1):135-40.
38. Lara LA da S, Useche B, Ferriani RA, Reis RM, de Sá MFS, de Freitas MMS, et al. The effects of hypoestrogenism on the vaginal wall: interference with the normal sexual response. *J Sex Med.* janv 2009;6(1):30-9.
39. Wallin E, Falconer H, Rådestad AF. Sexual, bladder, bowel and ovarian function 1 year after robot-assisted radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019;98(11):1404-12.
40. Buchholz S, Mögele M, Lintermans A, Bellen G, Prasauskas V, Ortmann O, et al. Vaginal estriol-lactobacilli combination and quality of life in endocrine-treated breast cancer. *Climacteric J Int Menopause Soc.* avr 2015;18(2):252-9.
41. Hickey M, Emery LI, Gregson J, Doherty DA, Saunders CM. The multidisciplinary management of menopausal symptoms after breast cancer: a unique model of care. *Menopause N Y N.* juill 2010;17(4):727-33.
42. Bober SL, Reese JB, Barbera L, Bradford A, Carpenter KM, Goldfarb S, et al. How to ask and what to do: a guide for clinical inquiry and intervention regarding female sexual health after cancer. *Curr Opin Support Palliat Care.* mars 2016;10(1):44-54.
43. McClelland SI, Holland KJ, Griggs JJ. Vaginal Dryness and Beyond: The Sexual Health Needs of Women Diagnosed With Metastatic Breast Cancer. *J Sex Res.* 2015;52(6):604-16.

44. Ramaseshan AS, Felton J, Roque D, Rao G, Shipper AG, Sanses TVD. Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: a systematic review. *Int Urogynecology J*. 2018;29(4):459-76.
45. Krychman M, Millheiser LS. Sexual health issues in women with cancer. *J Sex Med*. févr 2013;10 Suppl 1:5-15.
46. Falk SJ, Dizon DS. Sexual dysfunction in women with cancer. *Fertil Steril*. oct 2013;100(4):916-21.
47. Gilbert E, Emilee G, Ussher JM, Perz J. Sexuality after breast cancer: a review. *Maturitas*. août 2010;66(4):397-407.
48. Breukink SO, Donovan KA. Physical and psychological effects of treatment on sexual functioning in colorectal cancer survivors. *J Sex Med*. févr 2013;10 Suppl 1:74-83.
49. 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)*. mars 2018;27(2):e12738.
50. Audette C, Waterman J. The sexual health of women after gynecologic malignancy. *J Midwifery Womens Health*. août 2010;55(4):357-62.
51. Zhou ES, Falk SJ, Bober SL. Managing premature menopause and sexual dysfunction. *Curr Opin Support Palliat Care*. sept 2015;9(3):294-300.
52. Hungr C, Sanchez-Varela V, Bober SL. Self-Image and Sexuality Issues among Young Women with Breast Cancer: Practical Recommendations. *Rev Investig Clin Organo Hosp Enfermedades Nutr*. avr 2017;69(2):114-22.
53. Basson R. Sexual function of women with chronic illness and cancer. *Womens Health Lond Engl*. mai 2010;6(3):407-29.
54. 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.
55. Hopkins TG, Stavrika C, Gabra H, Fallowfield L, Hood C, Blagden S. Sexual activity and functioning in ovarian cancer survivors: an internet-based evaluation. *Climacteric J Int Menopause Soc*. févr 2015;18(1):94-8.
56. Gandhi C, Butler E, Pesek S, Kwait R, Edmonson D, Raker C, et al. Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors: Is it Surgical Modality or Adjuvant Therapy? *Am J Clin Oncol*. 2019;42(6):500-6.
57. Lemke EA, Madsen LT, Dains JE. Vaginal Testosterone for Management of Aromatase Inhibitor-Related Sexual Dysfunction: An Integrative Review. *Oncol Nurs Forum*. 01 2017;44(3):296-301.
58. Baumgart J, Nilsson K, Evers AS, Kallak TK, Poromaa IS. Sexual dysfunction in women on adjuvant endocrine therapy after breast cancer. *Menopause N Y N*. févr 2013;20(2):162-8.
59. Panjari M, Bell RJ, Davis SR. Sexual function after breast cancer. *J Sex Med*. janv 2011;8(1):294-302.

60. Stabile C, Goldfarb S, Baser RE, Goldfrank DJ, Abu-Rustum NR, Barakat RR, et al. Sexual health needs and educational intervention preferences for women with cancer. *Breast Cancer Res Treat.* août 2017;165(1):77-84.
61. Qureshi AA, Sharma K, Thornton M, Myckatyn TM, Tenenbaum MM. Vaginal Laxity, Sexual Distress, and Sexual Dysfunction: A Cross-Sectional Study in a Plastic Surgery Practice. *Aesthet Surg J.* 13 juill 2018;38(8):873-80.
62. Sporn NJ, Smith KB, Pirl WF, Lennes IT, Hyland KA, Park ER. Sexual health communication between cancer survivors and providers: how frequently does it occur and which providers are preferred? *Psychooncology.* sept 2015;24(9):1167-73.
63. Gao H, Xiao M, Bai H, Zhang Z. Sexual Function and Quality of Life Among Patients With Endometrial Cancer After Surgery. *Int J Gynecol Cancer Off J Int Gynecol Cancer Soc.* 2017;27(3):608-12.
64. institut national du cancer. Fiches pour la pratique sur des thématiques transversales - Outils pour la pratique des médecins généralistes [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique/Outils-pour-la-pratique-des-medecins-generalistes/Fiches-sur-des-thematiques-transversales>
65. Tripaldi C. Sexual function after stoma formation in women with colorectal cancer. *Br J Nurs Mark Allen Publ.* 12 sept 2019;28(16):S4-15.
66. Archangelo S de CV, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clin Sao Paulo Braz.* 30 2019;74:e883.
67. Katz A. Breast cancer and women's sexuality. *Am J Nurs.* avr 2011;111(4):63-7.
68. Gass J, Dupree B, Pruthi S, Radford D, Wapnir I, Antoszewska R, et al. Breast Cancer Survivorship: Why, What and When? *Ann Surg Oncol.* 2016;23(10):3162-7.
69. Institut National du Cancer. La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 - Stratégie Cancer [Internet]. 2021. Disponible sur: <https://www.e-cancer.fr/Strategie-Cancer/La-strategie-decennale-de-lutte-contre-les-cancers-2021-2030>
70. [guide\\_methodologique\\_consensus\\_formalise.pdf](#) [Internet]. [cité 30 août 2020]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide\\_methodologique\\_consensus\\_formalise.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2011-01/guide_methodologique_consensus_formalise.pdf)
71. Letrilliart L, Vanmeerbeek M. A la recherche du consensus: quelle méthode utiliser? *Exerc* 2011. 2011;22(99).
72. Juliato PT, Rodrigues AT, Stahlschmidt R, Juliato CRT, Mazzola PG. Can polyacrylic acid treat sexual dysfunction in women with breast cancer receiving tamoxifen? *Climacteric J Int Menopause Soc.* févr 2017;20(1):62-6.
73. Biglia N, Peano E, Sgandurra P, Moggio G, Panuccio E, Migliardi M, et al. Low-dose vaginal estrogens or vaginal moisturizer in breast cancer survivors with urogenital atrophy: a preliminary study. *Gynecol Endocrinol Off J Int Soc Gynecol Endocrinol.* juin 2010;26(6):404-12.



74. Advani P, Brewster AM, Baum GP, Schover LR. A pilot randomized trial to prevent sexual dysfunction in postmenopausal breast cancer survivors starting adjuvant aromatase inhibitor therapy. *J Cancer Surviv Res Pract.* août 2017;11(4):477-85.
75. Melisko ME, Goldman ME, Hwang J, De Luca A, Fang S, Esserman LJ, Chien AJ, Park JW, Rugo HS. 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 - PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27832260/>
76. Hartmann D, Sarton J. Chronic pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* oct 2014;28(7):977-90.
77. Goldstein AT, Pukall CF, Brown C, Bergeron S, Stein A, Kellogg-Spadt S. Vulvodynia: Assessment and Treatment. *J Sex Med.* avr 2016;13(4):572-90.
78. Goetsch MF, Lim JY, Caughey AB. A Practical Solution for Dyspareunia in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 20 oct 2015;33(30):3394-400.
79. Lemanne D, Maizes V. Advising Women Undergoing Treatment for Breast Cancer: A Narrative Review. *J Altern Complement Med N Y N.* oct 2018;24(9-10):902-9.
80. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, Farrell R. ACOG Committee Opinion No. 659: The Use of Vaginal Estrogen in Women With a History of Estrogen-Dependent Breast Cancer. *Obstet Gynecol.* mars 2016;127(3):e93-96.
81. fondation ARC. Préserver une sexualité épanouie | Fondation ARC pour la recherche sur le cancer [Internet]. Disponible sur: <https://www.fondation-arc.org/vivre-avec-apres-cancer/preserver-sexualite/preserver-sexualite-epanouie>
82. Dew JE, Wren BG, Eden JA. A cohort study of topical vaginal estrogen therapy in women previously treated for breast cancer. *Climacteric J Int Menopause Soc.* mars 2003;6(1):45-52.
83. King J, Wynne CH, Assersohn L, Jones A. Hormone replacement therapy and women with premature menopause--a cancer survivorship issue. *Eur J Cancer Oxf Engl.* juill 2011;47(11):1623-32.
84. Holmberg L, Anderson H, HABITS steering and data monitoring committees. HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer--is it safe?), a randomised comparison: trial stopped. *Lancet Lond Engl.* 7 févr 2004;363(9407):453-5.
85. Aguilar P, Hersant B, SidAhmed-Mezi M, Bosc R, Vidal L, Meningaud JP. Novel technique of vulvo-vaginal rejuvenation by lipofilling and injection of combined platelet-rich-plasma and hyaluronic acid: a case-report. *SpringerPlus.* 2016;5(1):1184.
86. Kim YH, Park S, Lee M, Hahn S, Jeon MJ. Effect of a pH-Balanced Vaginal Gel on Dyspareunia and Sexual Function in Breast Cancer Survivors Who Were Premenopausal at Diagnosis: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2017;129(5):870-6.
87. Gittens P, Mullen G. The effects of fractional microablative CO2 laser therapy on sexual function in postmenopausal women and women with a history of breast cancer treated

- with endocrine therapy. *J Cosmet Laser Ther Off Publ Eur Soc Laser Dermatol.* 2019;21(3):127-31.
88. Cai B, Simon J, Villa P, Biglia N, Panay N, Djumaeva S, et al. No increase in incidence or risk of recurrence of breast cancer in ospemifene-treated patients with vulvovaginal atrophy (VVA). *Maturitas.* déc 2020;142:38-44.
  89. La ligue contre le cancer. Brochures d'information [Internet]. Ligue contre le cancer. 2020. Disponible sur: [https://www.ligue-cancer.net/article/25988\\_toutes-les-brochures-de-la-ligue](https://www.ligue-cancer.net/article/25988_toutes-les-brochures-de-la-ligue)
  90. Pereira N, Schattman GL. Fertility Preservation and Sexual Health After Cancer Therapy. *J Oncol Pract.* oct 2017;13(10):643-51.
  91. Bober SL, Carter J, Falk S. Addressing female sexual function after cancer by internists and primary care providers. *J Sex Med.* févr 2013;10 Suppl 1:112-9.

**AUTEUR : Nom : VALLOIS**

**Prénom : Sophie**

**Date de soutenance : 21 octobre 2021**

**Titre de la thèse :** Création d'une fiche d'aide à la consultation en médecine générale pour la prise en charge thérapeutique des femmes ayant des dysfonctions sexuelles secondaires à l'hormonothérapie ou à la chimiothérapie.

**Thèse - Médecine - Lille 2021**

**Cadre de classement :** Médecine générale

**DES + spécialité :** DES de Médecine Générale

**Mots-clés :** dysfonctions sexuelles, thérapeutiques cancer, femmes, hormonothérapie, chimiothérapie, médecin généraliste

**Résumé : Introduction :** Le taux de mortalité du cancer chez la femme a chuté de 0,7% par an entre 2010 et 2018, c'est pourquoi l'attention portée à la qualité de vie est essentielle pour les patientes dont l'espérance de vie augmente. La santé sexuelle fait partie intégrante de la qualité de vie. Les médecins généralistes se heurtent à un manque de consensus concernant les thérapeutiques pour le traitement des dysfonctions sexuelles chez les femmes atteintes de cancer.

**Matériels et méthodes :** L'objectif était de réaliser une fiche d'aide à la consultation de médecine générale pour le traitement des dysfonctions sexuelles chez les femmes traitées par hormonothérapie ou chimiothérapie pour un cancer. La méthode Delphi a été utilisée. La revue de la littérature a été menée sur les articles parus entre 2010 et 2020. Un questionnaire informatisé a été présenté de manière itérative à un groupe d'experts composé de gynécologues, oncologues et généralistes. Les critères de Rand ont permis d'analyser les réponses. La fiche a été créée à partir des consensus obtenus pour les différents items.

**Résultats :** Trente-six articles ont été retenus pour élaborer un questionnaire initial composé de 59 items. Parmi 24 professionnels de santé sollicités, 17 ont exprimé la volonté de participer, et 13 ont répondu au premier tour de cotation. Deux tours de cotations ont été nécessaires afin d'obtenir un consensus auprès des 12 experts ayant participé aux deux tours. Après avoir reformulé 13 propositions, 57 sur 59 ont été incluses dans la fiche. Seules deux propositions ont été jugées comme inappropriées, l'une concernant l'utilisation des huiles végétales comme lubrifiant, l'autre l'utilisation de la lidocaïne aqueuse dans les cas de dyspareunies. Les experts étaient d'accord pour proposer en première intention les traitements non hormonaux (lubrifiants, hydratants, travail des muscles pelviens). Les traitements hormonaux locaux doivent être introduits de manière prudente dans les cas de cancers hormonaux dépendants. Le laser CO2 fractionné est une alternative intéressante en cas d'échec des thérapeutiques.

**Conclusion :** La diffusion de notre fiche pourrait permettre de sensibiliser les professionnels de soins primaires sur la dysfonction sexuelle et de les accompagner dans leur prise en charge. Néanmoins cette fiche doit être testée pour valider son utilité et sa facilité de manipulation. D'autres thérapeutiques en cours d'évaluation viendront peut-être s'ajouter à notre fiche dans les années à venir.

**Composition du Jury :**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Éric-F LARTIGAU**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Professeur Pierre COLLINET**

**Madame le Docteur Sabine BAYEN**

**Directeur de thèse :**

**Madame le Docteur Charline LE GRAND**