



C.G. WALDIR, P.R.B. CANELLA,
M. JURBERG

Cancer du col de l'utérus et sexualité

RÉSUMÉ : Cette étude a eu pour objectif d'évaluer les influences du diagnostic et du traitement du cancer du col de l'utérus dans les étages cliniques IB à IIIB, sur la sexualité de leurs porteuses. La recherche a été comparative, de type "ex post-facto", et a eu comme variable indépendante le cancer du col de l'utérus. L'échantillon était constitué de femmes de 31 à 59 ans, divisées en Groupe A, pour les porteuses de cancer du col de l'utérus (n = 33), et en Groupe B, de contrôle (n = 35). Elles ont été sélectionnées aléatoirement entre décembre 2003 et mai 2004, dans le cabinet particulier du chercheur, au Service de Radiothérapie Sao Peregrino de l'Hospital da Veneravel Ordem Terceira de Sao Francisco da Penitencia et au Service d'Oncologie Clinique de l'Hospital Universitario Sao Jose - Universidade Iguacu. Dans les critères d'inclusion, les porteuses de cancer devaient avoir une activité sexuelle au moment du diagnostic et pour celles du Groupe A, elles devaient être sexuellement actives dans les six mois qui précédaient l'application du questionnaire. Des antécédents de néoplasie maligne ou d'appartenance à un groupe à risques ont été également un critère d'exclusion... Une information éclairée sur l'étude a été donnée et une acceptation de participation recueillie. Les données ont été obtenues au travers d'un questionnaire à questions fermées, traitées et analysées par des logiciels de statistiques (BioEstat et SPSS). Le test statistique employé a été le Chi-carré, avec un intervalle de confiance $p < 0,05$. Le groupe de porteuses de cancer du col de l'utérus a présenté des pourcentages semblables à ceux du groupe contrôle en ce qui concerne la fréquence d'activité sexuelle (93,9 % et 88,6 %,

respectivement). Ces données ne sont pas identiques à celles de la littérature, ainsi, dans quelques aspects de la sexualité - le désir, l'excitation, l'orgasme et la masturbation - les fréquences ont été inférieures à celles des femmes du Groupe B. Dans le Groupe A, presque 90 % des femmes ont développé des pratiques alternatives pour l'exercice de la sexualité. Nous pensons que les raisons en sont multiples, autant physiques que socioculturelles, prenant en compte le renforcement social dans notre milieu du rôle sexuel de la femme dirigé vers la satisfaction du partenaire.

L'importance de cette étude est liée à la grande fréquence du cancer invasif du col de l'utérus au Brésil, dont les indices d'incidence et de mortalité ont augmenté au cours des dernières années.

Le cancer est un problème très sérieux de santé publique au Brésil, et il est aujourd'hui la deuxième cause de mortalité par maladie. Le cancer du col de l'utérus est la troisième tumeur maligne la plus fréquente dans le sexe féminin, et la quatrième cause de mortalité par cancer, avec des taux de mortalité relativement hauts. Il arrive surtout aux femmes de plus de 35 ans (*Instituto Nacional de Cancer*, Brésil, 2003). Le *National Cancer Institute*, États-Unis (2004) estime qu'il y a une survenue de 40 % à 100 % de dysfonctions sexuelles chez les porteuses de cancer après diagnostic et traitement spécifique. Entre les porteuses de cancer du sein et de cancer gynécologique, la prédiction de dysfonction sexuelle prolongée est d'à peu près 50 % des cas, conformément à ce qu'a observé Andersen (1995). Ce travail a pour but d'évaluer les altérations de la sexualité chez les porteuses de cancer invasif du col de l'utérus, stades IB, IIA, IIB, IIIA et IIIB (*Ministério da Saude*, Brésil, 1997),

après diagnostic et traitement spécifique, sachant que cette maladie a une influence négative sur l'intégration des aspects psychiques, biologiques et sociaux des individus et, influe ainsi directement sur la sexualité.

Actuellement la littérature sur ce thème, tant nationale qu'internationale, n'est pas abondante, et nous ne savons pas comment se conduisent et réagissent les femmes brésiliennes qui vivent cette expérience.

Les conséquences du traitement oncologique spécifique, au niveau génital ou du bassin, de nature anatomique et fonctionnelle, se sont traduites fréquemment par l'infertilité, la dyspareunie, une douleur pelvienne chronique, une sténose vaginale et une ménopause précoce, lesquelles modifient significativement l'acte sexuel, mais n'excluent pas la pratique de la sexualité.

Les dysfonctionnements sexuels des femmes porteuses de cancer invasif du col de l'utérus peuvent avoir une relation avec des aspects psychologiques et socio-culturels résultant de l'attente qu'on a que la femme accomplisse un rôle sexuel d'épouse, d'amoureuse et de reproduction. Ainsi, les entraves à ces rôles peuvent générer chez elles des sentiments de culpabilité et de dépression, facteurs tenant une grande place dans les dysfonctionnements sexuels. Mais ces mêmes rôles peuvent les conduire à ne pas interrompre les relations sexuelles, elles ont alors un comportement plus soumis au désir du partenaire, ce qui est une situation fréquente dans des sociétés où l'idéologie patriarcale est très présente (Jurberg, 2002).

MOTS-CLÉS :

- Cancer du col de l'utérus
- Sexualité féminine
- Rôles sexuels

Tableau 1 : État civil – Analyse comparative du pourcentage entre les groupes.

	Célibataire	Mariée	Union Libre	Veuve	Divorcée Séparée
Groupe cancer du col de l'utérus %	9,1	75,8	6,1	3,0	6,1
Groupe contrôle %	8,6	62,9	11,4	0	17,1

Le cancer du col de l'utérus

Au Brésil, le cancer du col de l'utérus est la troisième néoplasie la plus fréquente chez les femmes, surpassée seulement par les cancers de la peau et du sein, avec des variations entre les diverses régions du pays. Ce type de cancer représente 10 % de toutes les tumeurs malignes des femmes. Il se produit surtout chez les femmes de plus de 35 ans.

L'infection par le Papillomavirus humain (HPV), la multiplicité de partenaires et la promiscuité sexuelle, le bas niveau socio-économique, l'initiation sexuelle précoce et le tabagisme expliquent l'augmentation du nombre de patientes chaque fois plus jeunes atteintes par la maladie. Selon Rodrigues (2002), le fait que la femme n'aille pas chez le gynécologue et ne fasse pas d'examen gynécologique préventif (examen colpocytologique) est un facteur de risque de cancer du col de l'utérus.

Le cancer du col de l'utérus occupe la cinquième place chez les femmes et la troisième place quant à son incidence dans la mortalité mondiale. Bien qu'il y ait une baisse d'incidence de la maladie et de la mortalité dans les pays développés, ce type de cancer continue à être une importante cause de morbidité et de mortalité féminine. C'est la quatrième cause de mort pour les femmes au Brésil, et c'est le type le plus commun dans quelques-unes des régions les moins développées du pays. Il a été considéré longtemps comme un stigmate social des femmes des classes sociales les moins favorisées, et spécialement lié à l'activité sexuelle. Au Brésil, le grand défi c'est le développement des stratégies de prévention basées sur l'éducation des femmes.

La sexualité et le cancer

Selon Pirl (1999), la dysfonction sexuelle est une complication fréquente du cancer et de son traitement. Pour le *National*

Cancer Institute, États-Unis (2004), si nous considérons tous les types de cancer, les dysfonctions sexuelles peuvent passer de 40 % à 100 % des individus porteurs, après le diagnostic et le traitement spécifique.

Le cancer et son traitement spécifique touchent les domaines qui déterminent la réponse sexuelle : le corps, l'esprit et leur relation (Auchincloss, 2000). Plusieurs aspects du cancer et de son traitement peuvent entraîner une dysfonction sexuelle : la chirurgie par la perte d'organe, les lésions neurologiques, ou l'atteinte esthétique corporelle ; la radiothérapie, la chimiothérapie et autres traitements qui peuvent s'accompagner d'asthénie chronique ; comorbidités psychiatriques, dépression et anxiété. Plusieurs facteurs peuvent intervenir rendant difficile l'identification de la cause de la dysfonction sexuelle.

La femme, quel que soit son âge, peut associer une perte de ses organes génitaux à la perte de sa féminité. Les femmes porteuses de cancer gynécologique, dans 50 % des cas, ont une dysfonction sexuelle. La réponse sexuelle peut être compromise de plusieurs façons, et les causes peuvent en être physiques ou psychiques. Les problèmes sexuels qu'on retrouve le plus souvent chez les femmes sont : baisse du désir sexuel, dyspareunie, altérations des sensations génitales et diminution de l'orgasme. La différence entre les dysfonctions sexuelles et d'autres effets secondaires physiologiques, après traitement du cancer, c'est qu'elles ne tendent pas à régresser pendant les deux premières années de survie. Avec l'apparition d'un meilleur pronostic vital dans le cancer, on voit apparaître la question de la qualité de vie après le traitement. Ainsi, l'incidence et la prévalence de la dysfonction sexuelle chez les hommes, les femmes et leurs partenaires sexuels commencent à émerger (Dobkin et Bradley, 1991).

Durant une certaine période, la majorité des gens se basaient sur l'idée que le porteur du cancer ne pouvait pas avoir de désir ou de besoins sexuels, ce qui, heureusement, apparaît aujourd'hui comme une erreur et on porte une plus grande

attention à ce domaine. Le fait que la porteuse développe une dysfonction sexuelle est considéré fréquemment comme quelque chose de superficiel à cause du sérieux et de la gravité des implications du cancer. Le cancer menaçant la survie, la question de la sexualité cesse d'être importante pour la patiente et pour son partenaire, peut-être par manque d'une évaluation standardisée de la complexité du problème.

Bien que l'incidence de la dysfonction sexuelle entre les survivants du cancer soit élevée, plusieurs professionnels qui assistent directement ces patients n'ont que peu ou aucune formation en sexualité humaine. Selon Ganz, Litwin et Meyerowitz (2001), pour que nous comprenions l'impact du diagnostic et du traitement du cancer sur la santé et le fonctionnement sexuels, on a besoin de savoir ce qui est normal, aussi bien que la fréquence des problèmes sexuels dans la population générale non affectée par le cancer. Ainsi, il devient possible de mesurer l'influence réelle du cancer et de son traitement sur la sexualité. Il y a une importante liste de facteurs qui influencent la fonction sexuelle avant le diagnostic du cancer, et ces facteurs préexistants influencent très fortement la fonction sexuelle, après le diagnostic.

En accord avec Segal (1994), hommes et femmes éprouveront, au moins provisoirement, une perte d'intérêt sexuel pendant le traitement du cancer. Au début, la question de la survie est tellement au premier plan que le besoin sexuel devient insignifiant. La difficulté la plus fréquente que les femmes ressentent pendant les rapports sexuels est la douleur, presque toujours à cause de l'absence de lubrification et du rétrécissement vaginal. Le traitement peut entraîner une ménopause précoce qui devient un facteur supplémentaire de difficulté sexuelle. Pour les hommes porteurs de cancer, le problème sexuel le plus commun est la dysfonction érectile (Robinson, Dufour et Fung, 1997).

Pour Abalo (1999), chaque type de cancer, par ses symptômes, ou son impact psycho-socio-émotionnel, peut générer des changements dans la fonction sexuelle standard qui peuvent à leur tour créer de nouveaux problèmes, ou aggraver ceux déjà existants. Les femmes qui sont traitées d'un cancer gynécologique représentent approxi-

mativement 45 % des survivantes du cancer. Pendant le contrôle clinique, on trouve d'innombrables difficultés sexuelles, conséquences directes du traitement oncologique spécifique utilisé. Les professionnels de la santé doivent identifier précocement les patientes qui ont le plus grand risque de développer des problèmes sexuels. Il faut proposer des soins cliniques, pour que les patientes puissent retrouver des relations sexuelles ; on peut utiliser comme traitement en parallèle une psychothérapie "behavioriste". Selon Shell (2002), il n'y a pas beaucoup de tests pour évaluer le traitement de la dysfonction sexuelle des patients porteurs de cancer. Bien qu'il existe une bonne littérature dans les interventions pour dysfonction sexuelle des patients cancéreux, peu de résultats sont randomisés dans des études cliniques contrôlées. La dysfonction sexuelle est largement associée au cancer dans la littérature, néanmoins on a maintenant besoin de s'interroger sur les stratégies les plus adaptées, en utilisant des critères appropriés pour les résultats et les méthodes de recherche.

La description, le contrôle et le traitement de la maladie sont des variables qui sont nécessaires pour modérer les résultats. Il n'y a pas, jusqu'à aujourd'hui, dans la littérature de révision systématique des interventions sur les dysfonctions sexuelles des patients qui ont des cancers, génitaux ou non. Des études sont nécessaires pour que nous puissions identifier précocement les patients porteurs de cancer ayant une plus grande prédisposition à développer une dysfonction sexuelle, pour que nous puissions leur offrir, ainsi qu'à leurs partenaires, une aide adéquate.

Quand le diagnostic de cancer est posé, le patient doit se soumettre à d'innombrables tests, et fréquemment il a peur de ce qu'il vit et reste plus préoccupé du traitement et de sa survie ; c'est ensuite que viennent les questions sur le couple et la sexualité (Schover, 2000).

Les femmes souffrant de carcinome cervical des cellules squameuses apprennent souvent que ce type de cancer a une relation avec des maladies sexuellement transmises, notamment par *Papilloma virus* (Southern et Herrington, 1998). On assiste alors à des sentiments de culpabilité sur les activités sexuelles du

passé, ou bien à de l'anxiété sur un éventuel dommage qui pourrait être causé au partenaire sexuel, comme celle de transmettre la néoplasie. Ainsi, ces thèmes doivent être obligatoirement abordés et éclaircis avec ces patientes (Schover, Fife et Gershenson, 1989).

La méthodologie

Il s'agit d'une recherche de clarification qui, selon Selltiz, Wrightsman et Cook (1987), peut être caractérisée comme une recherche expérimentale, parce que deux groupes seront étudiés, et chacun testé une seule fois. Cependant, comme la variable indépendante (cancer du col de l'utérus) ne peut pas être manipulée, mais seulement contrôlée, la recherche sera beaucoup plus de type comparatif et "ex post facto".

Il s'agissait d'un échantillon de convenance, à cause des critères de sélection des femmes qui ont intégré le premier groupe, à savoir des femmes avec cancer invasif du col de l'utérus. Le groupe de contrôle comparatif provient du même centre, composé initialement de cinquante-cinq femmes.

La participation à l'étude a été volontaire, après explicitation et acceptation des objectifs de l'étude, close de confidentialité, lecture et signature du Consentement Libre et Éclairé (TCLE). L'étude a été effectuée sur 68 femmes, âgées de 31 à 59 ans, sélectionnées aléatoirement entre les mois de décembre 2003 à mai 2004, dans la consultation de l'auteur au Service de Radiothérapie Sao Peregrino de l'*Hospital da Veneravel Ordem Terceira de Sao Francisco da Penitencia*, et au Service d'Oncologie Clinique de l'*Hospital Universitário Sao José - Universidade Iguacu*, tous placés dans l'État de Rio de Janeiro.

Les participantes furent réparties en deux groupes :

- Groupe A, formé par 33 femmes porteuses de cancer invasif du col de l'utérus, de stades cliniques IB, IIA, IIB, IIIA et IIIB, durant l'étape ambulatoire après la fin du traitement oncologique (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie ou l'association des trois), sans preuves cliniques de progression ou de récurrence néoplasique, et ayant une activité sexuelle au moment du diagnostic de la néoplasie maligne ;

- Groupe B de contrôle, formé par 35 femmes, sans antécédent de néoplasie maligne, et avec activité sexuelle pendant les six derniers mois.

Les critères d'exclusion pour les deux groupes étaient : antécédents de néoplasie maligne ; appartenant à un groupe à risques ; porteuse de maladie psychiatrique.

Les données ont été obtenues par un questionnaire de quarante-cinq questions fermées, à choix multiples, auto-administré et assisté par l'interviewer, et à travers les registres médicaux (données secondaires).

Un questionnaire semblable a été appliqué aux 2 groupes ; pour les femmes du Groupe B (contrôle), 14 questions spécifiques pour les porteuses du cancer invasif du col de l'utérus ont été supprimées. Les données ont été évaluées quantitativement et qualitativement, leur importance vient du manque d'études sur la sexualité des Brésiliennes porteuses de cancer invasif du col de l'utérus. Les informations obtenues à travers les questionnaires ont été traitées et analysées par programmes statistiques informatisés (BioEstat version 2.0 et SPSS version 8.0). L'indice de confiance adopté par inférence statistique fut de 95 % ($p < 0,05$). Le test statistique appliqué fut le Chi-carré, avec la correction de Yates.

Analyse et interprétation des résultats

Comme on peut l'observer ci-dessous, les groupes de porteuses du cancer du col de l'utérus et celles du groupe contrôle se ressemblent par rapport à l'âge et à l'état civil, ce qui est important pour l'étude, parce que ces sont deux facteurs majeurs du comportement de notre société, fournissant une similarité et amélioration des autres variables, relativement à la variable indépendante du cancer du col de l'utérus.

En ce qui concerne l'âge des femmes :
 Groupe cancer du col de l'utérus – âge médian : 48,63 – entre 31 et 59 ans (Variance = 50,48 ; Médiane = 48 ; Mode = 45 ; Déviations standards = 7,1).
 Groupe contrôle – âge médian : 47,23 – entre 31 et 59 ans (Variance = 41,06 ; Médiane = 47 ; Mode = 47 ; Déviations

Tableau 2 : Analyse comparative du pourcentage de réponses affirmatives des deux groupes.

	% Groupe Ca. Col de l'Utérus - OUI	% Groupe Contrôle - OUI
1- Présence de désir sexuel*	54,5	94,3
2- Pratique de masturbation*	9,1	54,3
3- Envie de beaucoup de caresses aux seins par le partenaire	60,6	45,7
4- Envie de plus de caresses génitales par le partenaire*	90,9	68,6
5- Envie de sexe oral par le partenaire*	21,2	54,3
6- Envie de différentes positions pendant le coït*	84,8	62,9
7- Présence d'excitation pendant la relation sexuelle	66,7	88,6
8- Sensations négatives pendant le coït	60,6	5,7
9- Partenaire – difficulté d'obtenir ou de maintenir une érection	12,1	8,6
10- Partenaire – présence d'éjaculation précoce	12,1	20,0
11- Obtient l'orgasme avec des caresses génitales	90,9	85,7
12- Obtient l'orgasme avec le coït*	33,3	68,6
13- Diminution du plaisir pendant l'orgasme*	84,8	57,1
14- Sensation de vagin sec ou étroit, qui empêche le coït	93,9	37,1
15- Douleur génitales pendant le coït	90,9	28,6
16- Relation sexuelle avec le partenaire : satisfaisante*	60,6	88,6
17- Responsabilité du partenaire pour les problèmes sexuels	12,1	25,7
18- Sensations d'excitation pendant la relation sexuelle	72,7	91,4
19- Relation amoureuse avec le partenaire	81,8	91,4
20- A obtenu de la satisfaction après l'activité sexuelle*	39,4	82,9
21- Sentiment de frustration après l'activité sexuelle*	57,6	17,1
22- Présence de saignement vaginal pendant le coït	21,2	5,7
23- Relations sexuelles vaginales actuelles	93,9	88,6
24- Pratique actuelle de sexe oral*	12,1	57,1
25- Pratique actuelle de sexe anal	6,1	14,3

*Résultat significatif, $p < 0,05$ dans l'application du Test du Qui-carré avec la correction de Yates.

standards = 6,41).

On peut observer que la baisse de l'activité sexuelle des femmes porteuses de cancer cervical n'est pas tellement accentuée comme on pouvait le supposer. Parallèlement, nous avons trouvé des désirs d'activités qui semblent montrer une "adaptation" à la condition actuelle, comme plus des caresses aux seins et sur les organes génitaux, la recherche de différentes positions pendant le coït et l'augmentation de l'orgasme avec des caresses génitales (Tableau 2, points 3-4-6-11). Bien que seulement 54,5 % des femmes du Groupe A aient eu du désir sexuel, seules 42 % d'entre elles n'avaient aucune frustration après le coït, et presque 40 % signalent ressentir de la satisfaction après l'activité sexuelle. La quasi-totalité des femmes de ce groupe (93,9 %) a des rapports vaginaux (Tableau 2, points 1-20-21-23). En même temps, environ 60 % de ces femmes ont déclaré que leur relation sexuelle avec leur partenaire était satisfaisante, bien que, dans une proportion

équivalente, elles aient signalé la présence de sensations négatives pendant le coït (Tableau 2, points 16-8). Ces faits nous indiquent peut-être l'existence dans ce groupe d'une activité sexuelle qui vise la satisfaction du partenaire, ces femmes manifestant des indices de désir et d'excitation largement dissociés de la pratique du coït vaginal. Quant à la relation duelle, la responsabilisation du partenaire dans les problèmes sexuels a été faible dans le Groupe A (12,1 %), si l'on considère la forte relation qu'il y a entre cancer du col de l'utérus et HPV, de transmission surtout sexuelle, et que de nos jours ces informations sont massivement présentes dans les médias, dont certains affirment à tort, que le cancer du col de l'utérus est une maladie sexuellement transmissible. Nous pensons que ces femmes, qui se sentent peut-être limitées sexuellement, et ayant une confiance en elles réduites, sont préoccupées par leur défaillance dans la relation sexuelle (Tableau 2, point 17).

L'amour a été retrouvé dans des proportions élevées (81,8 %) chez les porteuses de cancer, malgré l'existence de difficultés dans la relation sexuelle ; ce qui nous fait penser que la conscience de la limitation de leurs pratiques sexuelle leur fait rechercher auprès de leurs partenaires une relation intense dans le registre existentiel affectif (Tableau 2, point 19).

L'auto-masturbation, leur désir de sexualité orale, de sensations d'excitation pendant les rapports sexuels, la pratique de la fellation, sont comparativement plus basses dans le Groupe A, et nous pensons que c'est à relier avec les tabous, les préjugés et le manque d'estime de soi (Tableau 2, points 2-5-7-18-24).

Nous n'avons pas vérifié les chiffres exprimant une dysfonction sexuelle chez les partenaires sexuels, près de 12 % selon les femmes interviewées (Tableau 2, points 9-10). Pourtant, ce qui nous semble être réel, c'est que le cancer du col de l'utérus n'augmente pas la perception par la femme d'une possible dysfonction sexuelle masculine.

Quelques manifestations nous ont donné l'impression d'être directement liées aux altérations morphologiques et fonctionnelles génitales, par leur apparition après le traitement oncologique, se traduisant par une incidence basse de l'orgasme pendant le coït vaginal, et la fréquente sensation de vagin sec, de douleur et de saignement pendant le coït (Tableau 2, points 12-13-14-15-22).

La pratique du sexe anal est moins fréquente dans le groupe de femmes porteuses du cancer du col de l'utérus, et cela se produit à cause de la douleur causée par cette pratique chez les femmes qui ont une fibrose pelvienne chirurgicale et surtout celles soumises au traitement radiothérapique (Tableau 2, point 25).

Parmi les facteurs qui se sont révélés statistiquement significatifs dans les deux groupes analysés, nous estimons important de signaler, pour le Groupe A :

- la masturbation n'a pas été une solution aux difficultés du coït, mais la démonstration de désir pour la réalisation des caresses révèle une adaptation de l'activité sexuelle à travers d'autres zones érogènes ;
- la lésion génitale, associée à une possible image du corps négative, nous semble présente quand les femmes se

refusent à exhiber leur sexe aux partenaires, ce qui est inévitable pendant le sexe oral ;

- le désir de nouvelles positions pendant le coït peut montrer sûrement qu'il y a une tendance au confort pendant le coït, avec un probable contrôle sur le degré de la pénétration du pénis dans le vagin ;
- l'orgasme devient plus difficile pendant le coït, mais 1/3 des femmes l'obtiennent même avec moins de plaisir, ce qui est évidemment expliqué par l'absence de la lubrification vaginale et la présence de douleur. Nous attendions une réponse sexuelle moins effective face aux altérations anatomiques et physiologiques provoquées par le cancer du col de l'utérus et son traitement ; pourtant, nous avons vérifié que le coït vaginal continue à être pratiqué par la plupart d'entre-elles (93,9 %), et qu'une portion non négligeable a des relations sexuelles satisfaisantes (60 %).

Ainsi, il convient de souligner que "la sexualité ne s'éteint pas chez les porteuses de cancer invasif du col de l'utérus après le diagnostic et le traitement spécifique, et c'est un fait qui ne peut pas être négligé par le médecin qui prend soin de ces femmes".

■ **Problèmes de relation avec le partenaire sexuel actuel**

Les réponses pourraient se diviser en 7 catégories :

1. L'infidélité.
2. L'usage de drogues.
3. Les problèmes économiques.
4. Les problèmes de santé.
5. L'alcoolisme.
6. D'autres problèmes conjugaux.
7. "Je n'ai pas de problèmes"

Le Groupe A a confirmé nos attentes selon lesquelles les problèmes liés à la santé étaient les plus significatifs dans la relation conjugale, pour 1 femme sur 3 (33,3 %) ; cependant, il a pu y avoir union conjugale face à l'adversité de la maladie, puisque le même pourcentage de femmes signalait n'avoir pas de problèmes conjugaux. Dans le groupe de contrôle, un pourcentage plus élevé a révélé n'avoir pas de problèmes de couples (45,7 %), mais nous avons également vérifié que le résultat comparativement plus important concernant "autres problèmes conjugaux" (14,3 %), que nous comprenons comme résultant

de petites divergences dans les couples, lesquelles sont minimisées dans le Groupe A face à la plus grande menace du cancer.

L'infidélité du partenaire a été comparativement presque double dans le Groupe A, cela s'explique peut-être par la présence de la néoplasie, associée à l'idée de la mort imminente, de la dysfonction sexuelle causée par le cancer, des limitations dans le coït et au concept erroné de transmission du cancer sexuel au partenaire par les rapports.

■ **Importance de l'activité sexuelle en cours**

Pour les quatre options (1. N'est pas importante ; 2. Peu importante ; 3. Importante et 4. Très importante), nous soulignons, dans le Groupe A, qu'approximativement 63 % des femmes considèrent l'activité sexuelle comme importante ou très importante. On doit mentionner que les séquelles du traitement effectué sont irréversibles, et quelques-unes sont de nature progressive, comme cela est fréquent avec la radiothérapie vaginale, se traduisant par une sténose vaginale, ou un vagin sec et sans élasticité, ce qui s'accompagne fréquemment de douleur et de saignement pendant le coït. Malgré les difficultés anatomiques et fonctionnelles de ces femmes, il nous semble que cette valorisation de la sexualité a pour but d'obtenir le plaisir qu'elle peut procurer, en surmontant les adversités de la maladie et de son traitement.

■ **Analyse des données oncologiques spécifiques du Groupe "cancer du col de l'utérus"**

Les facteurs prédominants étaient : type histo-génétique épidermoïde, 84,8 % ; stade clinique IIB, 60,6 % et IIIB, 21,2 % ; traitement radiothérapique exclusif, 60,6 %, associé à la chirurgie, 12,1 %, et associé à la chimiothérapie, 24,2 % ; temps de traitement – 2 à 3 mois en moyenne ; aucune n'avait de stomie ; présence de douleur chronique – 22,4 % ont reçu une orientation médicale pour la possibilité d'apparition de problèmes sexuels après traitement du cancer, 84,8 % ; temps passé après trois types de traitement pour retourner à une activité sexuelle entre 1 et 3 mois = 36,4 %.

Nous avons pu vérifier que les données ci-dessus suivent les standards nationaux

du cancer invasif du col de l'utérus, où les stades cliniques les plus avancés prévalent ; pourtant, ce fut une bonne surprise d'avoir rencontré un haut indice de patientes qui affirment avoir reçu une information des équipes médicales et infirmières sur les possibilités d'altérations de la sexualité après traitement oncologique spécifique. Nous croyons que, probablement, cela a été l'un des principaux facteurs de promotion pour une sexualité plus satisfaisante dans ce groupe.

Nous devons aussi souligner qu'il y avait une plus grande incidence de femmes traitées en moins de six mois et, ainsi, qu'elles étaient exposées à une plus grande incidence d'effets collatéraux immédiats du traitement utilisé. Dans cet échantillon, la radiothérapie a été l'instrument thérapeutique le plus fréquent, dans presque 97 % des cas.

Conclusion

La sexualité est un phénomène complexe et multidimensionnel, ce qui implique la conjugaison d'une série de facteurs dans la définition de la normalité, à la fois large et spécifique pour chaque personne et son partenaire, bien que fonction de diverses variables comme : le genre, l'âge, les valeurs religieuses et culturelles, les attitudes personnelles et les problèmes liés aux maladies. Le cancer et la sexualité sont deux thèmes complexes, remplis de stigmates, de tabous et de préjugés et, malgré toute l'information scientifique actuelle, il y a beaucoup à découvrir dans ces deux champs.

Nous constatons qu'il y a une influence négative du diagnostic et du traitement spécifique du cancer invasif du col de l'utérus sur la sexualité, mais nous n'avons pas pu bien savoir comment et pour quoi cela arrive.

Nos résultats statistiques ont été semblables à ceux de la littérature internationale sur ce thème, mais nous avons vérifié dans notre échantillon que le traitement du cancer invasif du col de l'utérus n'a pas réduit autant l'activité sexuelle que l'on pouvait s'y attendre, peut-être à cause des aspects socio-culturels spécifiques dans notre société, où les femmes jouent un rôle sexuel impliquant l'idée qu'elles doivent satisfaire leur partenaire. Dans ce groupe de

patientes, les altérations sexuelles aux niveaux les plus bas, référés par la littérature, peuvent être liées en partie à l'orientation reçue par l'équipe multidisciplinaire sur les problèmes relatifs aux conséquences sur la sexualité, pendant ou après le traitement. Nous pensons que ces femmes pourraient être plus heureuses si leur adaptation sexuelle faisait partie des soins médicaux d'accompagnement.

Nous pensons que cette recherche peut constituer une précieuse collaboration scientifique pour la promotion d'une meilleure assistance à la santé dans notre milieu, orientée sur la patiente porteuse de cancer, surtout le cancer invasif du col de l'utérus, parce qu'elle aborde un des piliers de la qualité de vie : la sexualité, et comment elle peut être compromise par la maladie.

Si on considère que l'augmentation annuelle de l'incidence du cancer au Brésil est un fait, et que les répercus-

sions sur la sexualité sont directement proportionnelles, nos données nous permettent de proposer que soient développées des études de grande envergure et prospectives sur le thème, dans le but de définir des stratégies pour réduire les difficultés sexuelles inhérentes à la maladie.

Nous sommes encore loin d'une voie optimale du traitement du cancer, dont les effets seraient minimaux, et la qualité de vie sans répercussions négatives. Nous avons assisté, dans notre étude, au triomphe sur l'adversité de ces femmes pour obtenir du plaisir à travers la sexualité, malgré toutes les conséquences de la maladie et des traitements oncologiques spécifiques utilisés. Notre expérience nous montre que les professionnels de santé, impliqués dans le traitement du cancer invasif du col de l'utérus, doivent faire tous les efforts pour aider leurs patientes à maintenir une raisonnable santé sexuelle.

Finalement, il faut souligner que le cancer du col de l'utérus est une maladie qu'il est possible d'éviter, et le principal moyen d'y arriver est l'éducation qui peut également contribuer à l'exercice d'une saine sexualité.

Cet article est un extrait du mémoire de maîtrise : *Les Changements dans la Sexualité des Porteuses du Cancer invasif du col de l'utérus*, UGF, 2004.

Waldir Cunha Gonçalves*,
Paulo R.B. Canella**,
Marise Jurberg***

*Maîtrise en Sexologie, UGF,
Avenida Rio Branco, 185, sala 1705,
Centro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
<waldircg@globo.com>

**Professeur de Maîtrise en sexologie
à l'UGF ; PhD en Gynécologie
et Obstétrique, UFRJ.

***Professeur de Maîtrise en sexologie
à l'UGF ; PhD en Psychologie, USP.

Uterine cervical cancer and sexuality

C.G. WALDIR, P.R.B. CANELLA,
M. JURBERG

ABSTRACT : This study has as objective the evaluation of influences of the diagnosis and treatment of cervical cancer, IB and IIB stages disease, on its carriers' sexuality. This has been a comparative research, *ex post facto*, having as an independent variant the cervical cancer.

The sample has been constituted of women at ages varying from thirty-one to fifty-nine years old, and has been divided into group A, carriers of cervical cancer (n = 33), and group B, control group (n = 35). They have been randomly selected between December of 2003 and May of 2004, in the private consultation room of the Researcher, the HVOTSFP(*) São Peregrino Radiotherapy Service and in the UNIG / HUSJ(**) Clinic Oncology Service. It has been required, for insertion in this study, that the cancer carriers should have sexual activity at the moment of the diagnosis. And those from the control group, should have sexual activity in the last six previous months to the application of the questionnaire. It has not been allowed to the individuals of this study to take part of vulnerable groups, or to have previous history of malignant tumor. It has been guaranteed privacy and they have received the term of free and clear compliance.

Data has been obtained through a questionnaire of closed questions, and have been processed and analyzed by statistics softwares (BioEstat and SPSS). The statistic test employed has been the Qui-square, with internal confidence of $p < 0,05$. The group of carriers of cervical cancer has presented similar percentage levels to those from the

KEY WORDS:

- Cervical cancer
- Female sexuality
- Gender roles

(*) H.V.O.T.S.F.P. – Hospital da Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência;

(**) UNIG – Universidade Iguaçú / HUSJ – Hospital Universitário São José

Waldir C. Gonçalves is a Physician specialist in Oncology Surgery/Gynecological Oncology, having performed as staff of the gynecology service of the Instituto Nacional de Câncer (INCA – National Cancer Institute of Brazil) in the period of 1984 to 2004.

He was a member of the faculty list in the *latu sensu* Specialization in Gynecologic-Oncologic Surgery, in a covenant between the Universidade Federal Fluminense (Brazilian Federal University) and INCA in the period of 1986 to 1994.

He has always had academic activities in his life, mainly in the quality of preceptor of the resident physicians of INCA, notwithstanding that it is in assistential medicine to the cancer carrier patient that he concentrates his major professional objective.

His Master Degree in Sexology was held in Universidade Gama Filho, from 2002 to 2004. In this period, he took part in the Gender and Transgenitalization Project, through a covenant with the Human Reproduction Division of the Institute of Gynecology of the Universidade Federal do Rio de Janeiro (Brazilian Federal University).

At the moment, he gives lessons in universities in post-graduation courses as invited lecturer, and, in his consultation room, he attends in the specialties of Gynecology, Mastology and Gynecological Oncology and he accomplishes surgeries in hospitals in the city of Rio de Janeiro.

control group, related to the frequency of sexual intercourses (93.8 % and 88.6 %, respectively). This data has not reproduced those described in literature in the area, although in some sexuality aspects, such as desire, excitement, orgasm and self masturbation, it has been less than in women from the group B. We have verified in group A that approximately 90 % of them have developed alternative practices for the exercise of sexuality. We believe that this has occurred due to many factors, physical, social and cultural ones, taking into account the sexual role in our environment, which is headed to the partner's satisfaction.

The importance of this study is due to the great frequency of the invasive uterine cervical cancer in Brazil, which indexes of incidence and mortality have been increasing for the last years.

Cancer is a serious problem of public health in Brazil, actually constituting the second cause of death by disease. The cervical cancer is the third more frequent malignant tumor among those in the feminine sex, and the fourth cause of death per cancer, with moderately death rates. Its occurrence is mainly concentrated among women above 35 years old (Instituto Nacional do Câncer - Brazil, 2003). The National Cancer Ins-

titute - USA (2004) estimates the appearance of sexual dysfunction in 40 % to 100 % of the cancer carrier individuals, after diagnosis and specific treatment. Among those carriers of breast and gynecologic cancer, it is expected the occurrence of sexual dysfunction with a long character in approximately 50 % of the cases, according to what has been observed by Andersen (1995). This present work intends to evaluate sexual alterations in carriers of invasive uterine cervical cancer, stages IB, IIA, IIB, IIIA and IIIB (Ministério da Saúde – Brazil, 1997), after diagnosis and specific treatment, since it is already known that this disease has a negative influence on the integration of the psychic, biological and social aspects of the individuals and, thus, influencing directly on sexuality.

Actually, there is no large national and international literature on the theme, nor how is the behavior and reactions of Brazilian women when they live such experience.

The sequels produced by the specific oncologic treatment, in the in genitalia or in pelvis, of anatomic and functional nature, are frequently translated by

Tableau 1: Marital status - Comparative analysis, percentage between the groups.

	Single	Married	Free Union	Widow	Divorced, Separated
Group Cervical Cancer %	9,1	75,8	6,1	3,0	6,1
Group Control %	8,6	62,9	11,4	0	17,1

infertility, dispareunia, chronic pelvic pain, vaginal stenosis and precocious menopause. These alter copulation significantly, but they do not exclude the exercise of sexuality.

Sexual dysfunctions between carriers of the invasive uterine cervical cancer can be related to psychic and socio-cultural aspects, once, from a woman we usually expect the accomplishment of the socio-sexual role as wife, lover and reproducer. Thus, impediments related to these roles can led them to feelings of guilt and depression, factors that occupy an important place in sexual dysfunctions. But these same roles can carry them to a non-interruption of sexual relations, assuming then a more submissive behavior in relation to the desires of the partner, a frequent fact in the societies where the patriarchal ideology is very present (Jurberg, 2002).

Uterine cervical cancer

In Brazil, the uterine cervical cancer is the third more incident neoplasia among women, surpassed by skin cancer and by the breast cancer, with different variations among several regions through the country. This kind of cancer represents 10 percent of all the malignant tumors in women. Its occurrence is mainly concentrated in women above thirty-five years old.

The infection by Human Papiloma Virus (HPV), high equality, multiplicity of partners and sexual promiscuity, low socio-economic level, early sexual initiation and smoking can explain the increase in the number of patients each time younger assaulted by the disease. According to Rodrigues (2002), the lack of periodic visits of a woman to the Gynecologist, and then the non-realization of the pap smear exam (with col-pocytologic test), is a risk factor for the uterine cervical cancer.

Regarding to the world mortality, the uterine cervical cancer is in the fifth place among women, and in third place

regarding to incidence. In spite of the incidence decrease and mortality in the developed countries, this type of cancer is still being the important cause of morbidity and mortality among women. It is the fourth cause of death by cancer and among women in Brazil, being the most common one in the less developed regions in the country. It has been considered, for years, as a social stigma for women from less favored social classes, and especially linked to sexual activity. In Brazil, the great challenge is the development of strategies of prevention based on women education.

Sexuality and cancer

According to Pirl (1999), sexual dysfunction is a frequent complication of cancer and its treatment. For the *National Cancer Institute, États-Unis* (2004), considering every site on cancer, we can expect the emersion of sexual dysfunction in 40 % to 100 % of the carrier individuals, after diagnosis and specific treatment.

Cancer and its specific treatment affect the same areas that determine sexual response: body, mind and the relationship between both (Auchincloss, 2000). Many aspects on cancer and its treatment may lead to sexual dysfunction: surgery for the loss of the organs, neurological lesions or the loss of corporal aesthetics; radiotherapy; chemotherapy and other drugs; chronic weakness; psychiatric co-diseases, such as depression and anxiety. For the fact that more than one of these factors can be present, it becomes difficult to identify the cause of sexual dysfunction.

A woman, at any age, can associate the loss of genital organs to the loss of feminineness. The carrier women of gynecologic cancer, in 50 % of the cases, manifest sexual dysfunction. The sexual response can be compromised in many ways, and the causes can be physical and psychological. The sexual problems most commonly found in

them are: decrease of sexual desire, dispareunia, changes of sensations in the genitalia and orgasm decrease. The difference between sexual dysfunction, for many other secondary physiological effects, after cancer treatment, is that that does not tend to recede in the first two years of outlife.

With the improvement of life prognostics for cancer, another issue related to the disease appears, which is the quality of life after the treatment. Thus, the incidence and prevail of sexual dysfunction in men, women and sexual partners start to emerge (Dobkin e Bradley, 1991).

During some time, the majority of people started from the presupposed that the cancer carrier could not have any sexual needs or desires, which, today, fortunately it's seen as a mistake and a major attention has been given to this area. Due to the seriousness of cancer implications, the fact of the carrier develops sexual dysfunction is frequently seen in a superficial way. Due to the fact that cancer menaces the individual survival, the issue of sexuality becomes not that important for the patient and for the partner, maybe for the lack of a standardized proceeds, which would permit an efficient evaluation of the complexity of the problem.

Although the incidence of sexual dysfunctions is high among the survivors of cancer, many professionals that deal with the direct assistance to them have little or no treatment on human sexuality. According to Ganz, Litwin and Meyerowitz (2001), in order to understand the impact of diagnosis and treatment of cancer on sexual health and exercise, it is necessary to know what is normal, as well as the tax on sexual problems that occur in population in general, that is not affected by cancer. Thus, it is possible to measure, which is, in fact, the influence of cancer and its specific therapy on these individuals sexuality. There is a wide list of factors that influence sexual function before cancer diagnosis and these preexisting factors strongly influence sexual function, after cancer diagnosis.

According to Segal (1994), men and women can experience the lack of sexual interest during cancer treatment, at least temporary. In the beginning, the

Tableau 2: Comparative analysis of the affirmative answers rate in both Groups.

	% Group Uterine Cervical Cancer - YES	% Group Control - YES
1- Presence of sexual desire*	54,5	94,3
2- Use of self-masturbation*	9,1	54,3
3- Desire of more breast caress by the partner	60,6	45,7
4- Desire of more caress in the genitalia by the partner*	90,9	68,6
5- Desire of oral sex by the partner*	21,2	54,3
6- Desire of different positions in coupling*	84,8	62,9
7- Presence of excitement during sexual intercourse	66,7	88,6
8- Negative sensations during coitus	60,6	5,7
9- Partner – difficulty on obtaining or maintaining erection	12,1	8,6
10- Partner – presence of precocious ejaculation	12,1	20,0
11- Reaches orgasm with genital stimulation	90,9	85,7
12- Reaches orgasm with coitus*	33,3	68,6
13- Decrease of pleasure in orgasm*	84,8	57,1
14- Sensation of dry or tight vagina impeding coitus	93,9	37,1
15- Pain in genitalia during coitus	90,9	28,6
16- Sexual Intercourse with the partner is satisfactory*	60,6	88,6
17- Partner's responsibility for sexual problems	12,1	25,7
18- Excitement sensations during sexual relations	72,7	91,4
19- There is love in the intercourse with the partner	81,8	91,4
20- Reaches satisfaction after sexual intercourse*	39,4	82,9
21- Feels frustration after sexual intercourse*	57,6	17,1
22- Presence of vaginal bleeding during coitus	21,2	5,7
23- Sexual intercourse in vagina actually	93,9	88,6
24- Actual practice of oral sex*	12,1	57,1
25- Actual practice of anal sex	6,1	14,3

*Significant result, $p < 0,05$ in the application of the Test Qui-Square with Yates correction.

issue of survival is in such a way evident that sexual needs become insignificant. Pain is the most frequent difficulty that women present during intercourse, in most of the times due to the lack of lubrication and narrowing of the vaginal canal. Precocious menopause can come upon from the oncologic treatment, and it is one more unfavorable factor to sexuality. In cancer carrier men, the most common sexual problem is erectile dysfunction (Robinson, Dufour and Fung, 1997). For Abalo (1999), any kind of cancer can produce, through its symptoms, or through the psycho-socio-emotional impact, changes in the standard of sexual function, which can origin new problems, or exaggerate the existing ones. Women treated of gynecologic cancer represent approximately 45 % of cancer survivors. During clinical control, we can verify countless sexual difficulties, and these are direct consequences of the specifically employed oncologic treatment. Health profes-

sionals must precociously identify patients that have a major risk of developing sexual dysfunctions. Clinic cares may be propitiated, in the tentative of recovering sexual intercourse, where behavior psychotherapy can be used, in parallel, as a treatment. According to Shell (2002), there are few tests to evaluate sexual dysfunction treatment in patients with cancer. Although there is good literature related to the application of interventions in sexual dysfunctions in patients with cancer, few results are randomized in controlled clinic studies. Sexual dysfunction has been largely associated to cancer in literature, yet it needs some questioning on a better quality strategy, intervention together with appropriate criteria of results and methods of research. Description and disease control and treatment are necessary variables as result moderators. There is not, so far, in literature, a systemic revision on interventions in sexual dysfunctions of

patients with cancer, that it is with genital localization or not. Studies are necessary in order to precociously identify those patients with cancer, with a major predisposition of developing sexual dysfunction, providing, to them and to their partners, a suitable assistance.

When cancer diagnosis occur, the patient is submitted to countless tests, and frequently is afraid of the situation and becomes worried about the treatment and survival. Afterwards, however, there are some issues related to the dyadic relation and to sexuality (Schover, 2000).

Women carrying squamous cell of cervical carcinoma, frequently listen that this kind of cancer is related to sexually transmitted diseases, notably that occasioned by the human papiloma virus (Southern and Herrington, 1998). It can bring feelings of guilty on the past sexual activity, or the concern on an eventual damage that can be caused to the sexual partner, as a possibility of transmitting malignant neoplasia to him. Then, these themes are forcibly approached and cleared with these patients (Schover, Fife and Gershenson, 1989).

Methodology

It has to do with an elucidative research that, according to Selltiz, Wrightsman and Cook (1987), can be characterized as an experimental research, since two groups will be studied, each one of them tested only once. Meantime, as the independent variable (uterine cervical cancer) cannot be manipulated, but only controlled, this research may be characterized as that of the comparative type and "ex post facto".

The sample was the convenience, because of the criteria used for the selection of women that have integrated the first group, that is, women with invasive uterine cervical cancer. The control group, for comparison effects, has been obtained in the same locations of the other group, and initially was composed of fifty-five women, with the objective of that, in a second moment, there would have any conditions of equalization to the group of cancer.

The voluntary participation has been

offered, after explanation and understanding of the objectives of the study, privacy guarantee, receipt, reading and signature of the Clear and Free Consent Term (TCLE).

The study has been developed with 68 women, of ages from 31 to 59 years old, that have been randomly selected in the months of December 2003 through May 2004, in the private consultation room of the researcher, in the São Peregrino Radiotherapy Service of the Hospital da Venerável Ordem Terceira de São Francisco da Penitência, and in the Clinic Oncology Service of the Hospital Universitário São José – Universidade Iguçu, all of them localized in the state of Rio de Janeiro. Participants have been distributed in two groups:

- Group A, composed by 33 women carrier of invasive uterine cervical cancer, under the clinic stages IB, IIA, IIB, IIIA and IIIB, in the ambulatorial segment after the end of the oncologic treatment (surgery, radiotherapy, chemotherapy or their associations), without any clinical evidences of neoplastic progression or recurrence, and with sexual activity in at the moment of the malignant neoplasia diagnosis.

- Group B or Control, composed of 35 women, without previous history of malignant neoplasia, and with sexual activity in the last six months.

The criteria of exclusion for both groups were: previous history of malignant neoplasia; being fit in vulnerable groups; being psychiatric diseases carriers.

Data has been obtained through the application of a questionnaire, composed of forty-five closed questions, of multiple choice, self-administrated and assisted by the interviewer and through medical registries (secondary data).

A similar questionnaire has been applied for both groups, however, for women from the Group B (Control), 14 questions have been suppressed, those that were specific for carriers of invasive uterine cervical cancer.

Data has been evaluated in quantitative and qualitative analysis, which relevance exists due to the lack of studies towards to sexuality in Brazilian carrier women of invasive uterine cervical cancer. Information obtained through the questionnaire has been processed and analyzed in statistic computer softwares

(BioEstat version 2.0 and SPSS version 8.0). The confidence interval adopted for the statistics inference has been of 95 % ($p < 0,05$). The applied statistic test has been that of Qui-square, with Yates correction.

Analysis and result interpretation

According to what can be seen below, the groups of carriers of uterine cervical cancer and of control are similar regarding to age and marital status, facts that are important for the study, since they are important from a behavioral point of view, providing the similarity and a better of the other variable, in relation to the independent variable of uterine cervical cancer.

Regarding the age of the women, we have:

Group Uterine Cervical Cancer - Age Average: 48,63 with ages varying from 31 to 59 years (Variance = 50,48; Median = 48; Moda = 45; Standard Deviation = 7,1)

Group Control - Age Average: 47,23 with ages also varying from 31 to 59 years (Variance = 41,06; Median = 47; Moda = 47; Standard Deviation = 6,41).

We observe that the fall in the sexual activity of cervical cancer carrier women is not that emphasized as it was supposed to be. In parallel, we find desires for practices that seem to demonstrate an "adaptation" to the real condition, such as: more stimulation of breasts and genitalia, the search for different positions in the coitus and increase of orgasm with genital stimulation (Tableau 2, items 3-4-6-11).

In spite of the information of the components of the group A, that only 54.5 % have sexual desire, only 42 % do not have any frustration after coitus and almost 40 % declare feeling satisfaction after sexual activity. Almost the total of women in this group (93,9 %) have vaginal coitus (Tableau 2, items 1-20-21-23). At the same time, around 60 % of these women declare that their sexual relationship with their partners is satisfactory, although that, in an equivalent percentage, they have referred to the presence of negative sensations at the time of coitus (Tableau 2, items 16-8). These facts indicate, possibly,

the existing of sexual activity in this group towards the satisfaction of the partner, since these women manifest percentage of desire and excitement largely dissociated from the practice of vaginal coitus.

Regarding to the dual relation, the responsibility of the partner for the sexual problems has been little in group A (12,1 %), if we consider the strong relation between cervical cancer and HPV, which transmission is predominantly sexual, and that today this information are present in mass communications in a massive way, and some of them affirm, in a mistaken way, that cervical cancer is a sexually transmitted disease. We believe that these women, possibly because they admit their limits in sexual activity and then have their self-esteem reduced, absorb their faults for failures in sexual relation (Tableau 2, item 17).

Love has been showed in high levels (81.8 %), in cancer carriers, despite the difficulties in sexual relationships, making us believe in their consciousness on their limitations for the genital sexual practice and to search, in their partners, a relationship with emphasis in the affective existential character (Tableau 2, item 19).

The use of self masturbation, the desire for receiving oral sex, excitement sensations during sexual relations and the practice of oral sex in the partner are comparatively lower in group A and we believe that these are due to taboos, prejudices and low self esteem (Tableau 2, items 2-5-7-18-24).

We have not verified expressive values on sexual dysfunction in sexual partners, around 12 % (Tableau 2, items 9-10), under the interviewed women's view. However, what seems to be real is the cervical cancer not enlarge woman perception for a possible sexual dysfunction of the partner.

Some manifestations seem to be directed linked to genital morphologic and functional alterations, which emerge after specific oncologic treatment, and are translated by the low incidence of orgasm during vaginal coitus and frequent sensation of dry vagina, pain and bleeding during coitus (Tableau 2, items 12-13-14-15-22).

The practice of anal sex is lower in the group of cervical cancer carrier women,

and this is probable due to pain which is started in this situation, in women with surgical pelvic fibrosis, and mainly in those submitted to radiotherapeutic treatment (Tableau 2, item 25).

Between the factors that are statistically revealed meaningful between both studied groups, it seems important to distinguish, for the Group A:

a) Masturbation has not been a solution for coitus difficulties, but the demonstration of desire for the caress reveals an adjustment of the sexual activity through other erotic zones;

b) The lesion in the genitalia associated to a possible negative self-image of the body seems to be present, when they deny exhibiting external genitalia to the partner, which is unavoidable during oral sex;

c) The desire for new positions during coitus can clearly show that there is a tendency to the comfort in coitus, with probable control on the grade of penetration of the penis in the vagina by them;

d) Orgasm becomes difficult to be reached in coitus, but 1/3 of the women reach it even with less pleasure, which is obviously explained by the lack of lubrication and the presence of pain. We expected a less effective sexual answer before anatomic and physiological alterations provoked by the cervical cancer and its treatment; meanwhile, we have verified that vaginal coitus keeps on being practiced by the majority of them (93,9 %), and an expressive parcel of them have a satisfactory sexual relationship (60 %).

Thus, it is important to stand out that "sexuality is not extinguished in the carriers of invasive uterine cervical cancer after specific treatment and diagnosis, and this is a factor that cannot be neglected by the physician that cares of these women".

Relationship problems with the actual sexual partner

Answers could be fit into 7 categories: 1- Infidelity, 2- Drug use, 3- Economic problems, 4- Health problems, 5- Alcoholism, 6- Other marital problems, 7- I do not have problems.

Group A has confirmed our expectancies, that the related problems with health would be the most significant in the marital relationship, for one out of

three women (33,3 %). However, there may have marital union before the adversities of the disease, since the same percentage has referred to not having marital problems. In the control group, a greater percentage has revealed as not having dual problems (45,7 %), but we have also verified that the comparatively bigger result of "other marital problems" (14,3 %), and we understand them as produced by little divergences between couples, which, in Group A, are diminished before the greater menace of cancer.

The partner's infidelity has been comparatively almost the double in Group A and, perhaps it can be explained by the presence of neoplasia, associated to the idea of an imminent death, induced sexual dysfunction by the cancer, coitus limitations and the mistaken concept of cancer transmission to the partner through sexual intercourse.

■ *The importance of sexual activities nowadays*

For the four options (1- Not important 2- Little important 3- Important and 4- Very important), emphasize, in group A, the fact that approximately 63 % of the women consider sexual activity important or very important. It is important to mention that the sequels left by the treatment under what they have been submitted are irreversible, and some have a progressive characteristic, as frequently occurs with the radiotherapy effects on the vagina, clinically translated as stenosis vagina, dry and without elasticity, frequently followed by pain and bleeding during coitus. In spite of the anatomic and functional difficulties of these women, it seems that this valorization of sexuality aims at obtaining the pleasure that this can provide, overcoming the adversities imposed by the disease and its treatment.

■ *Analysis of specific oncologic data for the Group of Cervical Cancer*

We have verified that the predominant factors have been: type epidermoide histogenetic – 84.8 %; clinic stage IIB – 60.6 % and IIIB – 21.2 %; exclusive radiotherapy treatment – 60.6 %, associated to surgery – 12.1 %, and associated to chemotherapy – 24.2 %; time spent in treatment – median 3 months and moda 2 months; no one had

stoma; presence of chronically pain – 22.4 %; received medical orientation for the possible emergence of sexual problems after cancer treatment – 84.8 %; time spent after three types of treatment to return to sexual activity - 1 to 3 months = 36.4%.

On the data above, we could verify that they follow the national standard of invasive uterine cervical cancer, where more advanced clinical stages prevail, yet it has been a great surprise to find a high index of patients that affirm having received medical orientation and from nursery, regarding to the possibility of emerging alterations in sexuality after specific oncologic treatment. We believe that, probably, it has been one of the main promoting factors for the exercise of a more satisfactory sexuality in this group.

It is important to stand out that there has been a major incidence of treated women in less than six months and, for this reason, exposed to a major incidence of immediate side effects of the employed treatment. In this sample, radiotherapy has been the prevailing therapeutics, being present in approximately 97 % of the cases.

Conclusion

Sexuality is a multidimensional and complex phenomenon, which implicates in a conjunction of a series of factors for a definition of normality, which is wide and, at the same time, specific for each individual and its partner, as well as in function of several variables, such as: gender, age, religious and cultural values, personal attitudes and problems related to diseases. Cancer and sexuality are two complex themes, replete of stigmas, taboos and prejudices and, in spite of the scientific knowledge of today; we have much to do on both.

We have observed that there is a negative influence of the diagnosis and specific treatment of the invasive uterine cervical cancer on sexuality, but not always we could know, clearly, how and why it happens.

Our statistic results have been similar to those of the international literature referred to the theme, but we have verified that, in our sample, that the recent treat-

ment of the invasive uterine cervical cancer has not been such an expressive reducer of sexual activity as it has been expected, maybe because of specific socio-cultural aspects in our society, where women follow a sexual role in which the idea of satisfying their partners is implicit. In this group of patients, sexual alterations in lower levels from those referred by literature are due, possibly in part, to the orientation received from the multi-professional staff on problems related to sexuality that could emerge, during and after treatment. However, we believe that these women would have been happier if sexual adaptation were part of the assistencial medical cares.

We believe that this research comes to constitute a valuable scientific collaboration in the promotion of a better assistance to health in our environment, towards the cancer carrier patient, in special to those with invasive uterine cervical cancer, since it approaches one of the pillars of quality of life, which is sexuality and how much it is compromised by the disease.

Considering that the annual increase of incidence of cancer in Brazil is a fact, and the repercussions on the sexuality are directly proportional, our data allows us to propose that some extensive and prospective studies on the theme can be developed, aiming at delineating strategies that minimize sexual perturbation inherent to the disease.

We are still far from a better way of treatment for cancer, where side effects are minimum and the quality of life does not suffer expressive negative interferences. We have verified that, in our study, the overcome of the adversities by women, in order to obtain pleasure through sexuality, in spite of the sequels brought by the disease and by the oncologic treatment specifically employed.

Our experience with the theme shows that health professionals involved in the treatment of the invasive uterine cervical cancer must endeavor their efforts to keep a reasonable sexual health of their patients.

Finally, it is important to stress that uterine cervical cancer is a disease that can be possibly avoided, and the main power for it is education, which can also contribute for the exercise of a

healthy sexuality.

REFERENCES

- ABALO J.A.G., ABREU M.C.L., ROGER M.C., GONZALEZ G.F. (1999) *La sexualidad en pacientes com câncer : algumas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento*. Ver. Cubana Oncologia. ; v. 15 ; Nº 1 ; pp. 49-65.
- ANDERSEN B.L. (1995) *Quality of life for women with gynecologic cancer*. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*. v. 7 ; Nº 1 ; pp. 69-76.
- AUCHINCLOSS S. (2000) *Sexual problems common in women after cancer*. [on line] (<http://www.cancernetwork.com/journals>) *Oncology News International* ; v. 9 ; Nº 5.
- DOBKIN P.L., BRADLEY I. (1991) *Assessment of sexual dysfunction in oncology patients : review, critique, and suggestions*. *J. of psychosocial oncology* ; v.9 ; Nº 1 ; pp. 43-73.
- GANZ P.A., LITWIN M.S., MEYEROWITZ B.E. (2001) *Supportive care and quality of life : sexual problems*. In : Lippincott Williams & Wilkins. *Cancer : principles and practice of oncology* ; [CD-ROM] 6th edition.
- INSTITUTO NACIONAL DE CANCER, BRASIL, *Estimativas para incidência e mortalidade por câncer* (2003). Disponível em : <http://www.inca.gov.br>. (2003). Normas e recomendações do INCA : prevenção do câncer do colo do útero. *Revista Brasileira de Cancerologia* ; v. 49 ; Nº : 4 ; p. 205.
- JURBERG, M.B. (2002) *Conflitos interpessoais e dinâmica do casal – relações afetivas e sexuais na perspectiva psicossocial*. In : M.C. Andrade-Silva, M.B. Jurberg, J.J. Serapião, P. Jurberg (org.) *Sexologia : interdisciplinaridade nos modelos clínicos, educacionais e na pesquisa* ; 2^a. ed. ; Rio de Janeiro ; Gama Filho ; pp. 45-92.
- MINISTÉRIO DA SAUDE, BRASIL, SECRETARIA DE ASSISTENCIA À SAUDE (1997) TNM, *Classificação dos tumores malignos* ; 5^a Ed. ; Tradução Instituto Nacional de Câncer ; Rio de Janeiro.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE (USA) (Accès en 17/01/2004) *Sexuality and Reproductive Issues* ; [on line] Disponível em : http://www.cancer.gov/cancerinfo/pdq/supportive_care/sexuality/HealthProfessional.
- PIRL W. (1999) (Accès en 01/03/2003)

Evaluating sexual dysfunction in women with cancer. [on line] *Primary care & Cancer* (Disponível em <http://www.intouchlive.com/journals/primary/p9904d.htm>) ; v. 19 ; Nº : 4.

- RODRIGUES L.H.M. (2002) *Cancer do colo do útero : fatores de risco e sexualidade*. Rio de Janeiro. Mestrado de Sexologia da Universidade Gama Filho, Dissertação ; 96 p.
- ROBINSOM, J.W., DUFOUR, M.S., FUNG, T.S. (1997) *Erectile functioning of men treated for prostate carcinoma*. *Cancer* ; v. 79 ; Nº 3 ; pp. 538-44.
- SCHOVER L.R. (2000) *Quality counts : the value of women's perceived quality of life after cervical cancer*. *Gynecologic Oncology*, Nº 76 ; pp. 3-4.
- SCHOVER L.R, FIFE M., GERSHENSON D.M. (1989) *Sexual dysfunction and treatment for early stage cervical cancer*. *Cancer*, v. 63 ; Nº 1 ; pp. 212-14.
- SEGAL, S.M. (1994) *Desfazendo mitos – sexualidade e câncer* ; São Paulo ; Agora
- SELTZ C., WRIGHTSMAN L.S., COOKS W. (1987) *Métodos de Pesquisa nas relações sociais* ; L.H. Kidder (org) ; São Paulo ; EPU.
- SHELL J.A. (2002) (Accès en 26/02/2003) *Evidence-based practice for symptom management in adults with cancer : sexual dysfunction*. [on line] *ONS Online* (Disponível em <http://www.ons.org>) ; v. 29 ; Nº 1 ; pp. 53-69.
- SOUTHERM A.S., HERRINGTON C.S. (1998) *Molecular events in uterine cervical cancer*. *Sexually Transmitted Infections* ; v. 74 ; Nº 2 ; pp. 101-9.

***Text derived from the Master Studies Dissertation *Alterations on Sexuality of the Invasive Uterine Cervical Cancer Carrier Women*, UGF, 2004.**

**Waldir Cunha Gonçalves*,
Paulo R.B. Canella**,
Marise Jurberg*****

*Maîtrise en Sexologie, UGF,
Avenida Rio Branco, 185, sala 1705,
Centro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
<waldircg@globo.com>

**Professeur de Maîtrise en sexologie
à l'UGF ; PhD en Gynécologie
et Obstétrique, UFRJ.

***Professeur de Maîtrise
en sexologie à l'UGF ;
PhD en Psychologie, USP.