



Aspects psychologiques du cancer du sein de la femme jeune

Psychological impact of breast cancer in younger women

Mots-clés : Psychologie - Cancer du sein - Femme jeune - Détresse.

Keywords: *Psychological distress - Breast cancer - Young.*

S. Dauchy, P. Rouby*

Le diagnostic et les traitements du cancer du sein représentent un traumatisme émotionnel et physique dont le retentissement psychologique et sociofamilial peut s'étendre sur plusieurs années. Le réel espoir de guérison offert par l'amélioration du dépistage et des traitements n'empêche pas la confrontation à l'angoisse de mort et à la vulnérabilité. L'augmentation de l'espérance de vie est souvent synonyme de lignes successives de traitement, mais aussi de nouvelles et changeantes sollicitations des capacités d'adaptation de la patiente, et de ses ressources psychologiques, familiales ou socioprofessionnelles. Enfin, la perspective qu'ont une grande majorité de femmes de retrouver après les traitements leurs investissements antérieurs fait de la préservation des rôles familiaux, sociaux et professionnels un objectif à part entière : la maladie devient ainsi un double challenge, qu'entraveront le retentissement fonctionnel ou les éventuelles séquelles des traitements.

Ces difficultés sont particulièrement importantes chez la femme jeune du fait de l'importance des investissements sociofamiliaux et professionnels à cet âge de la vie [1]. Les responsabilités de la patiente non seulement l'exposent à un stress accru mais lui font courir le risque, si elle ne peut pas remplir son rôle, de déséquilibrer la structure sociofamiliale dans laquelle elle évolue et qui représente en même temps son unité de soutien : – responsabilité matérielle et affective, par rapport aux enfants à charge, parfois encore très jeunes, mais aussi par rapport à l'entretien du foyer, voire à la prise en charge de parents plus âgés ;

* Unité de psycho-oncologie, Institut de cancérologie Gustave-Roussy, Villejuif.

- responsabilité professionnelle (certains choix de carrière ne pouvant pas toujours être différés) ;
- responsabilité financière, l'autonomie financière de la femme ou sa participation aux ressources du couple étant la plus fréquente aujourd'hui [2].

L'importance des enjeux liés à la fécondité, à la maternité et à la sexualité doit également être soulignée d'emblée à cet âge de la vie, même s'ils n'en sont pas l'apanage [2].

Le jeune âge (moins de 50 ans) apparaît ainsi un facteur de risque de difficultés psychosociales, et la majeure partie des études [2-5] confirme chez ces patientes :

- un niveau de détresse psychologique plus élevé ;
- une moins bonne qualité de vie ;
- des difficultés matérielles, professionnelles ou financières accrues.

L'adaptation psychologique de la femme et de son entourage

Le travail d'adaptation psychologique a pour but de préserver au mieux l'intégrité physique et psychologique du sujet devant la maladie. À chaque phase de la maladie, ce travail d'adaptation opérera une intégration complexe entre les expériences passées, la perception des menaces futures, et les ressources personnelles ou sociales disponibles. L'adaptation réussie s'évaluera sur des symptômes émotionnels (anxiété, dépression, etc.) mais également dans d'autres domaines comme la qualité de la communication avec les médecins ou à l'intérieur de la famille, ou la perception de certains symptômes à caractère fonctionnel comme la douleur, l'asthénie, les difficultés sexuelles.

L'adaptation de la patiente semble dépendre de plusieurs facteurs.

- Facteurs médicaux : pour ceux-ci, le retentissement fonctionnel de la maladie et de son traitement compte plus que son type, d'où le risque accru durant la phase active du traitement et en cas de chimiothérapie adjuvante [5, 6].

L'existence de difficultés de santé antérieures ou surajoutées est également un facteur de risque d'une moins bonne adaptation psychique.

- Facteurs psychologiques :
 - type et richesse des stratégies d'adaptation utilisées par la patiente ; l'adaptation active, par recherche d'informations et de partenariat, paraît la plus favorable en termes de diminution de la détresse psychologique [7], mais son retentissement en termes de survie ne peut être considéré comme établi [8] ;
 - antécédents psychiatriques, notamment dépressifs, qu'il faudra rechercher.
 - Facteurs psychosociaux, parmi lesquels l'adaptation des ressources financières et le soutien sociofamilial, dont le rôle est majeur. Chez les femmes jeunes, le support social est d'autant moins disponible que leurs époux sont actifs professionnellement, et leurs enfants trop jeunes pour acquérir leur autonomie ou leur apporter un soutien [7]. Les femmes divorcées ou vivant seules apparaissent plus vulnérables ; le nombre d'enfants à charge est également un facteur de risque.

La bonne communication dans le groupe familial est un facteur important pour que le soutien soit effectif, ce qui ne semble pas toujours le cas : à un mois du diagnostic, un tiers des patientes [9] disent avoir des difficultés à communiquer avec leur entourage, qu'il s'agisse de difficultés à aborder les questions touchant à la maladie, à demander de l'aide ou des soins, à exprimer ses sentiments et son vécu de la maladie.

L'adaptation des conjoints est à prendre en compte également, acteurs du soutien mais également vulnérabilisés par la menace que fait peser la maladie de leur conjointe sur leur construction conjugale et familiale parfois récente, assujettis eux aussi aux charges liées aux enfants et à la lourdeur de leurs enjeux professionnels au moment de la maladie de leur épouse.

L'adaptation des enfants varie selon leur âge : chez les plus petits, le sentiment d'insécurité lié à l'indisponibilité de la mère domine, alors que les adolescents sont plutôt préoccupés par la difficulté d'avoir à assumer une part plus importante des responsabilités familiales que celle normalement assumée à leur âge [9]. La peur de ne pas voir grandir ses enfants est fréquemment rapportée par les patientes les plus jeunes [2] et peut retentir sur la relation mère-enfant. Le questionnement des femmes concernant les répercussions de leur maladie sur leur famille ainsi que les possibles difficultés de communication avec les enfants doit être exploré. Une aide adaptée sera parfois nécessaire pour protéger la patiente dans sa parentalité [10].

Symptômes psychiques (anxiété, dépression) et prise en charge

On estime à un quart le nombre de patientes jeunes présentant des symptômes de détresse psychologique sévère [9], quel que soit le type de traitement proposé. La prévalence des symptômes émotionnels est variable selon les origines socioculturelles et ethniques, ce qui est à rapporter entre autres aux particularités culturelles des modes de soutien sociofamilial [3]. À sévérité de la maladie égale, le niveau de détresse psychologique des patientes jeunes apparaît plus important que celui des patientes plus âgées [3, 4, 6].

Les symptômes d'anxiété les plus fréquemment retrouvés [11] sont à type de pensées intrusives centrées sur la maladie (pouvant aller jusqu'à des états de stress posttraumatiques), d'anxiété anticipatoire avec ou sans évitement, de préoccupations anxieuses au sujet d'une rechute éventuelle. Un syndrome dépressif majeur est mis en évidence chez environ 10 % des patientes. Il doit être systématiquement recherché devant des troubles du sommeil, des troubles cognitifs, une asthénie persistante [12].

La traduction comportementale d'affects anxieux ou dépressifs est également possible, surtout chez les patientes très jeunes, avec apparition de comportements inadaptés (mauvaise compliance, difficultés relationnelles, modification du comportement sexuel, prises de risque)...

La prise en charge psychologique doit allier :

- un souci de prévention des troubles lorsque cela est possible (par exemple, le soutien apporté aux patientes mères de jeunes enfants pour les aider à parler avec eux de leur maladie peut prévenir d'importantes difficultés familiales) ;
- une logique de dépistage précoce, d'autant plus importante chez la femme jeune que le retentissement social, professionnel ou familial peut être majeur (un syndrome dépressif pouvant par exemple être à la base d'un licenciement à la reprise du travail, de la perte du réseau amical et social, de la majoration de difficultés conjugales) ;
- une prise en charge de la souffrance et des symptômes psychiques lorsqu'ils sont constitués.

Les modalités d'intervention psychologique font l'objet d'une autre communication et ne seront pas détaillées ici.

Sexualité et fécondité

Aborder ces questions liées à la sexualité ou à la fécondité doit être proposé, que la femme vive ou non en couple, qu'elle ait ou non un désir d'enfant connu des soignants, qu'elle soit déjà ménopausée ou non. L'objectif est de prévenir en partie les troubles en considérant la patiente d'emblée dans l'intégralité de sa féminité. L'impossibilité de traiter efficacement un symptôme ou un registre de problèmes ne doit surtout pas entraîner l'évitement de celui-ci, sa non-reconnaissance étant potentiellement encore pire [13].

Plus d'un tiers des patientes se plaignent d'une altération de leur vie sexuelle à un an du diagnostic [5]. Plus d'un quart des couples rapportent des difficultés dans ce domaine [9], qui semblent liées :

- à des facteurs somatiques, majorés par la chimiothérapie ou l'hormonothérapie (sécheresse vaginale, bouffées de chaleur, prise de poids, mais aussi asthénie, nausées...) ;
- à des facteurs psychologiques parmi lesquels on retrouve au premier plan l'image de soi et la confiance en son corps, potentiellement investi comme objet de désir et de plaisir potentiel ;
- mais également à l'existence de difficultés sexuelles ou conjugales antérieures.

Ces difficultés peuvent persister bien au-delà du temps des traitements. Si la bonne communication dans le couple ne suffit pas, une intervention conjugale est parfois utile pour permettre le retour à une vie sexuelle satisfaisante.

Devant une baisse de libido, on recherchera systématiquement un syndrome dépressif, parfois dénié ou peu visible chez une femme dont les charges nombreuses n'autoriseront pas la baisse d'activité dans la vie quotidienne.

Il importe par ailleurs de distinguer l'atteinte réelle du corps et l'atteinte de l'image du corps, qui concerne la représentation psychique qu'a la patiente de son corps, et qui peut être très différente de l'atteinte réelle (en général plus importante, mais l'inverse existe également). S'attacher à la seule atteinte objective en minimisant ce vécu subjectif aboutit en règle générale à majorer la détresse de la patiente en y ajoutant un

profond sentiment d'incompréhension. Ainsi, un résultat esthétique considéré comme bon par le chirurgien pourra être vécu comme totalement disgracieux par la patiente ; une ménopause induite – même à un âge de ménopause physiologique – peut être extrêmement mal vécue par les représentations auxquelles elle sera liée : sentiment de vieillissement, sentiment de limitation brutale de la féminité et de ses aspects cycliques, sentiment d'arrêt imposé de la sexualité...

L'abord systématique des enjeux liés à la fécondité est également important, sans forcément attendre le questionnement de la patiente, afin d'éviter les attentes ou les peurs inadaptées (risque d'aménorrhée définitive, possibilité de conception ultérieure, aide éventuelle à la procréation, peur d'une récurrence du cancer lors d'une grossesse...). Le cas de la découverte d'un cancer chez une patiente enceinte ou dans le post-partum confronte celle-ci à la nécessité de faire face à deux événements contradictoires, l'un générateur d'angoisse et d'un fort sentiment de vulnérabilité, l'autre nécessitant confiance en soi et projection dans le futur. L'accouchement souvent prématuré et les éventuelles séparations de la mère et de l'enfant générées par le traitement seront autant de facteurs de risque supplémentaires pour une relation mère-bébé qu'il faudra quelquefois soutenir. Enfin, la situation du conjoint, tiraillé entre un enfant à investir et une épouse à soutenir tout en remettant parfois en cause la projection dans le futur que représente, pour le couple, l'arrivée d'une descendance, peut s'avérer délicate. Tous ces éléments entraînent pour la femme un risque accru d'épisodes dépressifs, qu'il faudra diagnostiquer sans retard malgré la focalisation sur l'état somatique et le contexte souvent dramatique.

Conclusion

La bonne connaissance des particularités du retentissement psychologique du cancer du sein chez la femme jeune doit inciter les cliniciens :

- à interroger plus systématiquement les patientes sur leur vécu psychologique, sans attendre l'apparition de conséquences sociofamiliales ou de signes de détresse psychologique majeurs ;
- à proposer précocement une aide psychologique lorsque d'autres facteurs de risque (antécédents de difficultés psychologiques ou psychiatriques, absence de soutien social ou existence de difficultés financières, etc.) s'associent aux facteurs de risque du jeune âge ;
- à être vigilants lors des phases actives du traitement (notamment lorsque celui-ci entraîne un retentissement fonctionnel majeur), mais également à rester présents lorsque la femme est confrontée à la reprise d'enjeux profondément identitaires pour elle comme la fécondité, la maternité, la reprise de la sexualité, la possibilité de poursuite d'une vie professionnelle accomplie.

Références bibliographiques

- [1] Shannon C, Smith IE. Breast cancer in adolescents and young women. *Eur J Cancer* 2003;39:2632-42.
- [2] Dunn BK, Steginga S. Young women's experience of breast cancer: defining young and identifying concerns. *Psycho-oncology* 2000;9:137-46.
- [3] Baider L, Andritsch E, Uziely B et al. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature an analysis of two different geographical setting. *Critical Review in Oncology Hematology* 2003;46:5-16.
- [4] Bloom JR, Kessler L. Risk and timing of counseling and support interventions for younger women with breast cancer. *J Natl cancer Inst Monogr* 1994;16:199-206.
- [5] Ganz PA, Greendale L, Petersen GA et al. Breast cancer in younger women: reproductive and late health effects of treatment, *J Clin Oncol* 2003;21(22):4184-93.
- [6] Schag CA, Ganz PA, Polinsky ML et al. Characteristics of women at risk for psychosocial distress in the year after breast cancer. *J Clin Oncol* 1993;11:783-93.
- [7] Koopman C, Hermanson K, Diamond S et al. Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-oncology* 1998;7:101-11.
- [8] Spiegel O, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003;54:269-82.
- [9] Northouse LL. Breast cancer in younger women: effects on interpersonal and family relations. *J Natl cancer Inst Monogr* 1994;16:183-90.
- [10] Landry-Datté N, Delaigue-Cosset MF. *Hôpital silence*. Paris : Éd. Calman-Levy, 2001.
- [11] Tjemslund L, Soreide JA, Malt UF. Traumatic distress symptoms in early breast cancer. II: Outcome six weeks post surgery. *Psychooncology* 1996;5:295-303.
- [12] Jenkins V, Shilling V, Fallowfield L et al. Does hormone therapy for the treatment of breast cancer have a detrimental effect on memory and cognition? A pilot study. *Psycho-oncology* 2004;13:61-6.
- [13] Stead ML. Sexual function after treatment for gynecological malignancy. *Curr Opin Oncol* 2004;16(5):492-5.