



Quelle place pour la sexualité dans les soins en oncologie?



Bénédicte Panes-Ruedin

Parler de sexualité est devenu courant aujourd'hui, le droit à l'épanouissement sexuel est reconnu pour tous. Ce n'est plus un sujet tabou. Les patients et leurs conjoints tentent souvent de maintenir des relations physiques, malgré les difficultés engendrées par la maladie cancéreuse et les traitements. La sexualité peut devenir une réelle préoccupation pour certains couples, qui peinent parfois à trouver une attention suffisante sur des problèmes intimes auprès des professionnels. La vie sexuelle a été, jusqu'à ces dernières années, généralement ignorée des services hospitaliers. Aujourd'hui la sexualité entre timidement dans le monde de l'oncologie

et s'inscrit dans les préoccupations des soignants par rapport à l'amélioration de la qualité de vie des patients et des proches.

Parler de sexualité, qui plus est dans un contexte de maladie, nécessite de s'entendre tout d'abord sur la définition de la santé sexuelle. L'OMS décrit la santé sexuelle ainsi: ' La santé sexuelle est l'expérience d'un processus continu de bien-être physique, psychologique et socioculturel concernant la sexualité. La santé sexuelle est fondée sur l'expression libre et responsable des capacités sexuelles qui renforcent le bien-être harmonieux personnel et social et enrichit la vie individuelle et sociale. Elle ne réside pas uniquement dans l'absence de dysfonction, de maladie ou d'infirmité. Pour atteindre et maintenir les objectifs de santé sexuelle, il est nécessaire que tous les droits de tous les individus soient reconnus et soutenus ^a (OMS, 2000). La santé sexuelle, telle qu'elle est définie ici par l'OMS, peut être considérée comme partie intégrante de la qualité de vie.

La sexualité est donc le moyen d'accéder à la santé sexuelle, sa valeur transcende la notion du plaisir, elle est importante au maintien de la vie, et pas seulement dans le seul contexte de la procréation. Chaque personne se doit de vivre sa sexualité dans le respect de l'autre et peut alors décider ce qui est bon pour elle, selon ses propres références et valeurs. La sexualité peut se vivre ou non, selon les choix, les capacités ou les possibilités du moment. La maladie cancéreuse n'exclut pas la santé sexuelle.

De nombreuses recherches sur la qualité de vie dans un contexte de cancer montrent que la maladie cancéreuse et les traitements qui en découlent pertur-

bent souvent la vie sexuelle des personnes, ainsi que celle de leurs conjoints. Le nombre d'hommes concernés par une diminution de la libido durant les traitements avoisine les 80%, et 30 à 40% des hommes continuent à avoir des difficultés dans les années qui suivent. Les femmes sont plus de 50% à éprouver de la gêne dans leur vie sexuelle, jusqu'à deux ou trois ans après la fin des traitements (Desablens, 1999).

Chaque couple, confronté à son histoire de la maladie, doit faire face à des changements physiologiques, psychologiques et relationnels. La sexualité est souvent touchée. Les facteurs participant à cette problématique sont nombreux, tels le choc psychologique lié à l'annonce du diagnostic, le syndrome dépressif secondaire, les changements de l'image corporelle, les conséquences physiologiques découlant de l'acte opératoire, les modifications hormonales, etc. La carence brutale en oestrogènes, amenée par certaines chimiothérapies, provoque chez les femmes des saignements, une atrophie vaginale et parfois même une vaginite chronique. Ce sont souvent les femmes jeunes qui souffrent le plus (Morailon et al, 2007). La période difficile ne finit pas toujours à la fin des thérapies, Marx (2007) parle de difficultés sexuelles qui peuvent perdurer parfois bien après la fin des traitements.

Les progrès thérapeutiques prolongent la survie de nombreux patients. Hirsch (2005) souligne qu'il est primordial de s'intéresser au retentissement des traitements sur la vie sexuelle car de plus en plus de personnes guérissent du cancer et cherchent à retrouver leur sexualité antérieure. Katz (2007) affirme que se reconstruire après l'expérience de la maladie et des traitements qui ont suivi peut prendre des mois, voire des années.

Le conjoint traverse aussi de nombreuses difficultés. Le choc psychologique



Von der Praxis für die Praxis De la pratique pour la pratique

lié à la maladie ou aux traitements risque d'altérer sa sexualité. Il éprouve parfois un sentiment de culpabilité, en continuant de ressentir des envies sexuelles, comme il peut se sentir agressé par l'attitude de celui qui refuse ses avances sexuelles (Panes-Ruedin, 2006).

La sexualité n'est certainement pas la première préoccupation du patient et/ou du conjoint lorsque la maladie apparaît. Elle est généralement réinvestie, à un moment ou à un autre, ne serait-ce que pour célébrer la vie, maintenir l'équilibre du couple, ou faire front contre les angoisses de mort. La reprise des relations sexuelles peut être vécue comme rassurante par la personne, qui se sent à nouveau désirée (Panes-Ruedin, 2006).

LA SEXUALITE DANS LES SOINS: ETAT DES LIEUX

L'ensemble des études menées jusqu'ici le démontre: patients et conjoints auraient souhaité obtenir plus d'informations en lien avec la sexualité. Le rapport sur l'oncologie psychosociale en Suisse parle de 17% des patients (16% de proches) qui ont ressenti le besoin d'une aide pour affronter les changements dans leur vie sexuelle. C'est aussi le besoin le moins bien satisfait dans l'expérience de la maladie cancéreuse (Oncosuisse, 2005).

Les chiffres publiés en 2007 par l'Institut Curie parlent d'eux-mêmes: plus de 40% des femmes interrogées suite à un cancer du sein avouent avoir rencontré des difficultés sexuelles, et celles-ci n'ont presque jamais été abordées par le monde médical.

L'expérience de l'intimité du couple face à la maladie cancéreuse est la base de mon projet de recherche (Panes-Ruedin, 2006). Cinq femmes acceptent de partager leurs expériences de l'intimité et livrent leurs histoires. L'absence de désir, à un moment ou à un autre du parcours de la maladie, se retrouve dans tous les témoignages, de même que la difficulté de faire face au changement d'image corporelle: «Je n'ai plus le même désir... Je n'ai plus envie de me faire pénétrer », «Je suis tellement moche, tellement

physiquement pas regardable». Ces femmes regrettent le peu d'information et d'écoute reçues au sein de l'hôpital, pour elles et leurs conjoints, sur des questions sexuelles.

L'ONS (Oncology Nursing Society) a nommé les aspects liés à la sexualité comme faisant partie des standards des soins infirmiers en oncologie (Brant et Wickham, 2004). La qualité de vie intègre la sexualité et les infirmières identifient les altérations de la sexualité causées par la maladie et les traitements, afin de mieux soutenir le patient et son conjoint. Le rôle d'information est donc essentiel. L'infirmière s'assure que les personnes aient reçu les renseignements nécessaires sur la sexualité, comme elle le ferait pour d'autres effets secondaires, comme par exemple la fatigue. Il s'agit d'amener ces éléments à tout patient, quelque soit son âge et son activité sexuelle présumée.

LA SEXUALITE DANS LES SOINS: PARTAGE D'EXPERIENCE

Infirmière depuis une quinzaine d'années dans différents centres d'oncologie, j'ai longtemps ignoré que la maladie et les traitements pouvaient altérer l'intimité d'une relation. Personne ne m'avait jamais parlé de sécheresse vaginale pendant la chimiothérapie, de désir en berne. Je ne savais rien des souffrances que peuvent parfois ressentir certains conjoints, désireux de poursuivre leurs échanges sexuels malgré l'impact de la maladie.

Lors de ma formation de spécialiste clinique en oncologie, mon attention à l'autre s'est enrichie par l'approche de théories de soins s'appuyant sur des méthodologies de la recherche et de la pratique enseignées à la Haute Ecole de Santé de Genève.

En affinant ma qualité d'écoute, en m'ouvrant de manière authentique¹ à ce que me communiquent les personnes que je rencontre, je prends conscience de l'implication de la maladie et des traitements sur l'intimité de ceux que j'accompagne. En témoignant de ma disponibilité à aborder des questions en lien

avec la sexualité, je reçois de nombreux récits. Certains sont très positifs et relatent que la sexualité n'a jamais été un problème, malgré la maladie. D'autres sont plus douloureux, comme celui de Mme F., qui me confie vouloir signer une décharge à son mari, l'autorisant à chercher à l'extérieur ce qu'elle ne peut plus lui donner.

PARLER DE SEXUALITE RESTE DIFFICILE

Comment se fait-il qu'aujourd'hui, avec les connaissances que nous avons, la sexualité peine tellement à trouver sa place dans les soins? Est-elle encore un sujet tabou? Et pourquoi?

LES PATIENTS ABORDENT RAREMENT CE SUJET DE MANIERE SPONTANEE

Selon Hirsch (2005), nous ne pouvons pas attendre des patients qu'ils en parlent d'eux-mêmes, c'est d'ailleurs rarement le cas. Pour Marx (2007), parler de sexualité semble paradoxal pour le patient, qui donne souvent priorité aux soins. Robertson (2006) estime que le patient peut désirer ne pas troubler le bon déroulement des soins, ne pas compromettre ses chances en attendant les soignants sur un chemin qui les éloigne de leur première finalité: le combat contre la maladie.

La gêne qui accompagne souvent les discussions en lien avec la vie sexuelle est relevée par de nombreux auteurs, dont Girard et Audétat (2005). Ce malaise peut restreindre toute envie d'aborder la sexualité. Le risque de «dénier partagé» est alors très élevé, le soignant et le patient se mettant tacitement d'accord de ne pas discuter de sexualité, afin d'éviter toute situation gênante. Pour Reich (2007), le patient peut aussi désirer protéger le soignant, en cherchant à ne pas l'accabler de difficultés supplémentaires. Il se demande en quoi sa vie sexuelle, qu'il considère peut-être futile au moment présent, peut intéresser le soignant.

La pensée que l'activité sexuelle n'est pas possible, puisque le médecin n'en parle pas, est aussi une réalité pour quelques patients. Ces derniers peuvent penser que les difficultés sexuelles sont



le prix à payer pour rester en vie, telle cette femme qui confie: «... est-ce que je vais pouvoir être maman ou est-ce que je vais pouvoir avoir une relation normale sexuellement avec mon ami, ce sont des choses dont on n'ose pas parler parce qu'on a l'impression qu'on ne va pas nous prendre au sérieux mais qu'on va nous dire qu'il y a d'autres priorités avant le sexe... » (Panes-Ruedin, 2006).

Mon expérience avec les patients m'a appris que la personne désire souvent garder la maîtrise de son intimité physique, préférant discuter ce sujet avec un interlocuteur qu'elle aurait librement choisi, ou ne pas l'aborder du tout. La peur de la révélation de sa vie sexuelle à toute l'équipe soignante, par le biais d'une confiance qu'elle aurait livrée, peut l'inciter à garder le silence sur cet aspect de sa vie. Je me souviens d'un patient, âgé d'une soixantaine d'années, qui m'avait parlé des érections longues et sans désir (priapisme) qu'il vivait les soirs suivant sa chimiothérapie. J'en avais spontanément parlé à son médecin et l'avait informé de ma démarche dans un deuxième temps. Je me rappelle le désarroi de cet homme, touché par l'idée que tous les professionnels soient au courant de quelque chose d'aussi intime pour lui, qu'il avait choisi de me confier, mais à moi seule.

LES SOIGNANTS PARLENT PEU DE SEXUALITE

Consoli (2007) parle d'«élaboration libidinale paradoxale», à savoir qu'il est plus facile pour les professionnels de la santé d'imaginer les patients désinvestissant leur corps, lorsque la maladie est présente. Magnan et al. (2005) écrivent que les soignants n'en parlent pas, car ils pensent que les patients n'attendent pas ça d'eux. D'après Katz (2006), les soignants supposent que la sexualité n'intéresse pas les patients confrontés à un diagnostic de cancer. Le manque de temps est souvent invoqué par les professionnels pour expliquer le peu d'échanges en lien avec la sexualité. Le médecin et l'infirmière peuvent craindre qu'évoquer l'intimité surcharge leur temps de consultation (Panes-Ruedin, 2006). Bartlik et al. (2005) soulignent la

peur d'être ressentis comme trop «intrusifs», qui peut inciter ces derniers à une grande retenue. Reich (2007) pense que certains préfèrent même éviter le sujet, ne sachant que proposer pour soutenir patient et conjoint face à de telles difficultés. Beaucoup de soignants n'ont jamais entendu parler de sexualité à l'hôpital et peuvent se sentir totalement désarmés, voire incompetents, devant une éventuelle demande. Ekland et McBride (1998) insistent sur la nécessité pour les professionnels d'être au clair sur leurs croyances et leurs valeurs quant à leur propre sexualité, afin de se sentir plus à l'aise sur des sujets si intimes. Pour Bissler et al. (2007), l'âge est souvent un modérateur de l'importance donnée à la sexualité, voire comme justificatif d'une indifférence envers le vécu des patients et conjoints dans ce domaine.

QUI EST EN CHARGE DE LA SANTE SEXUELLE DANS LES SOINS ?

Mais qui doit aborder la sexualité dans les soins? Est-ce plutôt le rôle du médecin, de l'infirmière, du psychologue? Les patients entendus lors du 1^{er} symposium des personnes touchées par le cancer du sein et de la prostate sur la vie intime et sexuelle à Genève en 2007² le disent clairement: c'est d'abord au médecin de parler des répercussions possibles des traitements sur la sexualité, à l'image de ce qu'il fait pour les autres effets secondaires. Les personnes insistent sur le rôle des infirmières, qui reprennent avec leurs mots à elles ce qui a été abordé précédemment avec le médecin, s'assurant alors que le patient et son conjoint aient bien reçu et intégré les renseignements.

L'information en lien avec la sexualité se donne lors des premières consultations. Le patient est informé que les bouleversements psychologiques engendrés par la maladie et les suites opératoires peuvent influencer sur son histoire sexuelle. Le thème est repris lors de l'explication des traitements oncologiques. Si le sujet n'est pas amorcé dès les premiers contacts, la difficulté à aborder la sexualité semble encore plus grande. Les patients qui tentent de garder une vie intime satisfaisante risquent de se retrouver désemparés face

à leurs éventuelles premières difficultés. L'approfondissement de la discussion sur la sexualité peut se faire ultérieurement, lorsqu'une relation de confiance s'est établie. Il est nécessaire d'en parler simplement, tout en respectant le désir du patient qui peut ne pas avoir envie d'aborder de tels sujets.

Il faut rester vigilant, réaborder la sexualité au fur et à mesure du traitement et réévaluer les besoins des personnes. Le stress lié à la gestion de l'impact du diagnostic et des premiers traitements peut inciter patient et conjoint à sous-estimer les problèmes de sexualité à ce moment précis de la maladie. Notre travail d'accompagnement se vit dans le respect et dans l'écoute authentique.

Certaines personnes se soucient peu de leur sexualité pendant la maladie, elles peuvent aussi désirer y mettre un point final, car elle peut avoir été vécue jusqu'ici comme peu satisfaisante (Schover, 1997).

Qu'en est-il des infirmières, qui abordent la sexualité dans une salle de soins, au milieu de nombreux patients, accompagnants et collègues? Le lieu ne constitue pas un obstacle majeur. L'information en lien avec la sexualité peut être entendue par chacun et ne nécessite pas toujours un partage intime avec le patient. Le soignant peut aborder la sexualité de la manière suivante: «Votre chimiothérapie et les effets secondaires qui en découlent peuvent vous amener des difficultés sexuelles. Il est important d'en parler et nous sommes là pour en discuter». Le patient et son conjoint se sentent alors autorisés à aborder des problèmes de sexualité, entendent que médecin et infirmières peuvent les soutenir dans leurs difficultés. C'est là un bénéfice majeur, ne serait-ce que pour dédramatiser le problème, laissant entendre que les difficultés ne sont pas rares, qu'elles sont arrivées dans d'autres couples. Il est aussi possible de proposer une discussion ultérieure dans un lieu plus intime, à la fin de la séance de chimiothérapie, afin de permettre au patient et/ou à son conjoint d'échanger plus librement. Il est certainement préférable de parler au couple. Le conjoint entend que



Von der Praxis für die Praxis De la pratique pour la pratique

la vie sexuelle du couple risque d'être fortement diminuée dans un contexte de maladie, il sait que lui aussi peut être touché par des difficultés d'ordre sexuel. De plus, la question de la contraception est abordée, de même que le port, ou non, du préservatif pendant un rapport sexuel afin de protéger le conjoint d'éventuelles conséquences liées aux traces de cytostatiques dans les sécrétions sexuelles. La présence du conjoint permet d'induire à l'intérieur même du couple des discussions en lien avec leur sexualité. Selon Hirsch (2006), mettre des mots sur ce que traverse le couple a un effet bienfaisant.

Certains patients ne vivent pas en couple au moment de la maladie. L'opportunité de reprendre une vie intime peut se poser, à un moment ou à un autre. Il est important de leur offrir des informations sur la sexualité et une écoute attentive de leurs préoccupations.

Chaque personne est experte de sa propre vie et elle seule peut décrire ce qui est important pour elle, comment elle compose avec son expérience de la sexualité. C'est aussi la personne seule qui décide ce qu'elle choisit de nous partager. Il est important d'entendre la juste demande, de chercher à y répondre et, si nécessaire, d'orienter le patient ou son conjoint vers une consultation spécialisée, voire d'autres professionnels (Gros, 2005). Lorsque des questions sur la sexualité sont posées, il est parfois difficile d'obtenir des réponses claires, «La pudeur, la dignité, la timidité peuvent quelquefois déformer, embellir ou enlaidir des réponses à des questions faites dans le registre de la sexualité et dans le contexte du cancer» (Gros, 2005).

LA FORMATION DES SOIGNANTS

Le soignant doit avoir une attitude confiante, ouverte et attentive à la problématique du patient et de son conjoint. Mais le manque de connaissances sur les répercussions de la maladie et des traitements sur la sexualité est un vrai problème. Des séminaires de formation doivent être encouragés, enrichis par les témoignages des patients et des conjoints. En mai 2008, trois jours de

formation «Sexualité, fertilité et cancer» se sont déroulés à Cully, à Espace Compétences³. Le cours a remporté un franc succès et les soignants présents ont démontré un grand intérêt, une sensibilité à l'autre, une volonté d'offrir un accompagnement authentique aux patients et aux familles qui le demandent, en s'impliquant sur des thèmes aussi intimes. Apprendre à parler de sexualité se fait avec l'expérience mais surtout avec la profonde conviction de savoir que là où il y a souffrance, nous pouvons soutenir, même sur des sujets aussi sensibles.

L'approche de la sexualité peut être pensée de plusieurs manières. Certains hôpitaux choisissent d'initier des consultations spécialisées, où l'approche de l'intime est discutée ouvertement, avec des professionnels spécifiquement formés à l'approche sexologique. D'autres lieux de soin ont une approche de type transversal, et soutiennent que tous les professionnels peuvent parler de sexualité avec les patients ou leurs proches, à toute étape du parcours de maladie. Toutes les équipes doivent être accompagnées, en offrant des formations appropriées et en choisissant, par exemple, des modèles d'approche de la sexualité, comme celui de PLISSIT (Annon, 1976). Celui-ci propose quatre étapes:

P - PERMISSION GIVING: les préoccupations sexuelles sont reconnues comme normales. Les personnes sont autorisées à parler de leur sexualité et osent poser des questions.

LI - LIMITED INFORMATION: les préoccupations des personnes sont clarifiées. Des renseignements plus précis, ciblés sur ce que traversent les personnes, sont amenés. L'impact de la maladie et des traitements sur la sexualité est éclairé.

SS - SUGGESTIONS SPECIFICAS: il s'agit d'agir sur les symptômes, par exemple proposer des lubrifiants en cas de sécheresse vaginale. Les positions les plus aisées après une opération du rectum sont aussi discutées, de même que l'importance des préliminaires, etc., toujours en tenant compte des deman-

des exprimées par les personnes. Ces suggestions regroupent tous les conseils qui peuvent être donnés à un patient ou à son conjoint, au cours d'un entretien, sans avoir nécessairement recours à un autre professionnel

IT - INTENSIVE THERAPY: lorsque le problème persiste, les personnes sont référées vers un réseau de professionnels spécifiquement formés, psychologues, sexologues, entre autres.

CONCLUSION

Nous constatons que le patient et son conjoint sont très souvent préoccupés par leur sexualité, à un moment ou à un autre de leur parcours. Lorsque des informations sur la sexualité ont été transmises par les professionnels, les personnes touchées par la maladie se sentent plus libres d'aborder des problématiques en lien avec ce thème, de rechercher des informations pertinentes, de partager leur vécu intime. Les professionnels, par leur ouverture à partager sur la sexualité, permettent de dédramatiser une situation difficile et aident les personnes à traverser cette période. Une meilleure connaissance des effets secondaires de la maladie et des traitements nous amène à mieux considérer les dommages secondaires, à améliorer notre prise en soins, en considérant les difficultés sexuelles comme pouvant altérer la qualité de vie, en cherchant avec les patients et leurs proches des solutions qui soient réalistes et acceptables.

PARLER DE SEXUALITE, c'est surtout refaire place à la vie. Aujourd'hui, parler de sexualité n'est plus une possibilité, c'est un DEVOIR pour chaque soignant. Il s'agit de porter son attention à la personne dans sa globalité. En tant que soignants, nous avons la responsabilité de nous préoccuper de manière authentique de ce que vivent les patients et leurs proches.

Ce sont des personnes avec leurs propres expériences de santé, leur propre vision de la qualité de vie et de leur sexualité qui vont guider nos préoccupations et diriger nos actions. Accueillir le vécu intime des personnes dont nous prenons



soin, c'est choisir de les accompagner, là où elles sont, en respectant leur rythme et leurs valeurs, sans porter de jugement.

Bénédicte Panes-Ruedin
Membre de Soins en Oncologie Suisse
Infirmière spécialiste clinique en oncologie
Unité de Sénologie du Département de Gynécologie-Obstétrique
CHUV, Lausanne
benedicte.panes-ruedin@chuv.ch

1. Être en acceptation positive, prête à accueillir la vérité de l'autre, telle qu'elle est vraiment vécue, sans jugement, sans chercher à influencer le cours du témoignage par des questionnements dirigés
2. «La vie intime et sexuelle», organisé par PROSCA, Association Savoir Patient, Vivre comme Avant, English Speaking Cancer Association
3. www.espace-competences.ch, formations socio-sanitaires

Les références complètes sont disponibles auprès de l'auteur.

Keynotes

Die Sexualität gehört zur Lebensqualität. Eine Krebskrankheit muss kein Hindernis für ein normales Sexualleben darstellen, obwohl die Krankheit und deren Behandlungen die Sexualität verändern können. Der Patient und/oder der Partner wünschen sich oft eine intime Beziehung innerhalb des Krankheitskontexts.

Zahlreiche Studien über die Lebensqualität der Krebspatienten und deren Partner/innen zeigen, dass sexuelle Beziehungen während der Krankheit und deren Behandlung ein tiefes Leiden lindern können. Während der Krankheit setzten sich die Patienten noch wenig mit dem Thema Intimität auseinander. Das Pflegepersonal empfindet es nicht immer als notwendig, dieses Thema zu besprechen, und außerdem fühlen sie sich oft nicht kompetent dazu. Informationen zur Sexualität können den Patient dazu veranlassen über Intimität zu sprechen.

Das Bedürfnis sexuelle Fragen mit einzubeziehen soll unterstützt werden und es sollen mögliche Konsequenzen und die Nachfrage nach Unterstützung identifiziert werden. Wir müssen uns echte Sorgen machen, was die Patienten und ihre Partner erleben. Der Kontext in dem man über Sexualität spricht kann in den verschiedenen Krankenhäusern diskutiert und angepasst werden. Die Ausbildung bezüglich der Sexualität muss gefördert werden.

Anzeige



AutoFuser® – „ä rundi Sach“

Die AutoFuser® ist eine Ballon-Einwegpumpe für die kontinuierliche Gabe von Zytostatika, Antibiotika und Medikamente zur postoperativen und palliativen Schmerztherapie.

Die Vorteile der AutoFuser® liegen auf der Hand:

- kleines, flaches Reservoir
- überaus stabiles Gehäuse
- sehr leicht zu befüllen

Die Pumpe bietet eine grosse Sicherheit in der Verabreichung von Zytostatika und Analgetika sowie einen hohen Tragekomfort für den Patienten.

Reservoir: 100ml und 275ml
Flussraten: 1 und 2 Tage,
weitere Modelle auf Anfrage.



AutoFuser® – „ça roule“

La pompe AutoFuser® est un produit à usage unique, destiné à l'administration continue des cytostatiques, des antibiotiques et des médicaments pour l'analgésie postopératoire et palliative.

Les avantages de la pompe AutoFuser® sont évidents:

- petit réservoir plat
- boîtier rigide et transparent
- très facile à remplir

La pompe offre un haut standard au niveau du confort et de la sécurité en oncologie et pour le traitement de la douleur.

Réservoir: 100ml et 275ml
Débits: 1 ou 2 jours, d'autres modèles sur demande.

Vertrieb / distribution: OncoMedical AG, CH-5742 Kölliken, 0840 600 800, www.oncomedical.ch