

Accompagnement psycho-sexologique pré-implantatoire en cas de dysfonction érectile

Christine Debois

Psycho-sexology accompanying pre-implantation in erectile dysfunction patients

For patients suffering from erectile dysfunction resistant to medical treatment, surgical implantation of a penile prosthesis is a potential therapeutic solution. At the urology department of the Liege University Hospital (CETISM), a psycho-sexologic interview is proposed to the man and his partner prior to performing the implantation procedure. This check up may likely reveal the false beliefs of both the man and his partner about the implant and can identify the patient's psychopathological disturbances, while further exploring the couple's relational, emotional, cognitive and erotic life, all of which can influence the psychological outcome of the implant. This consultation is meant to provide information regarding the prosthesis and identify the resources of the couple enabling them to rehabilitate an alive intimacy after surgery. This pre-intervention interview has been shown to optimize the satisfaction rates following penile prosthetic implantation.

KEY WORDS

Erectile dysfunction, penile prosthesis, psycho-sexologic interview, couple

En cas de DE résistantes aux traitements médicaux, une implantation chirurgicale d'une prothèse pénienne est une solution. Au CETISM, dans le service d'urologie du CHU de Liège, une prise en charge globale est proposée à l'homme et sa partenaire. Ils bénéficient d'une consultation psycho-sexologique préalable à l'implantation. Cette consultation permet de dépister les fausses croyances de l'homme et de sa partenaire, de repérer des éléments de psychopathologies chez l'homme, d'explorer les aspects relationnels, affectifs, cognitifs et érotiques susceptibles d'influencer l'issue psychologique de l'implant. Elle permet de compléter l'information relative à la prothèse et de repérer les ressources du couple à réhabiliter une intimité vivante après l'intervention. Cette entrevue antérieure à l'intervention permet d'optimiser la satisfaction post-opératoire.

What is already known about the topic?

The management of erectile dysfunction by penile implant is exceptional, and this is a decision made by both the patient and his urologist. This intervention is at risk of failure for multiple reasons, yet mainly owing to the fact that the implant penis is not properly integrated into the couple's life, and the results in terms of satisfaction are thus limited

What does this article bring us for?

A comprehensive medical, psychological, and sexual care management of the couple, in the context of a potential indication for a prosthesis implantation, which is likely to optimize their satisfaction post-surgery. The CETISM, a preimplantation consultation assistance, has been shown to obtain excellent results over the medium- and long-term. A subsequent adaptive accompaniment is being ensured.

Que savons-nous à ce propos ?

La prise en charge d'une dysfonction érectile par implant pénien est exceptionnelle, marginale et est une décision du patient et de son urologue. C'est une intervention à risque d'échec pour raisons multiples car l'implant pénien n'est pas correctement intégré dans le couple et les résultats en terme de satisfaction sont limités.

Que nous apporte cet article ?

Une prise en charge globale médico-psycho-sexologique de l'homme et du couple dans l'indication éventuelle d'une implantation d'une prothèse pénienne permet d'optimiser leurs satisfactions. Au CETISM, une consultation pré-implantatoire aide à l'obtention d'excellents résultats à moyen et long terme. Si besoin, un accompagnement adaptatif ultérieur est assuré.

INTRODUCTION

De la première panne d'érection à la revalidation par le placement d'une prothèse pénienne, l'homme et sa partenaire vont traverser de nombreux changements, des deuils importants pour certains, des essais de traitements multiples, des remises en question, des ajustements créateurs et parfois une séparation.

L'impact de la dysfonction érectile (DE) sur la qualité de vie de l'homme, son retentissement sur la sexualité et la relation du couple ont été largement étudiés. Pour l'homme, la DE est souvent très mal vécue, elle influence négativement son image et son estime personnelle. Elle est à l'origine d'une anxiété importante pouvant conduire à un état dépressif (1-4). Au-delà de sa perte d'érection, c'est toute sa fonction sexuelle qui se disloque peu à peu faisant place à un comportement stéréotypé et régressif au cours du rapport sexuel où la sensualité, l'élan désirant disparaissent sous l'anxiété et l'anticipation de l'échec (5).

Les conséquences sur le couple sont nombreuses. Au niveau de la partenaire, il existe une importante corrélation entre une dysfonction féminine et la DE (6). Les femmes peuvent souffrir de dysfonctions sexuelles secondaires : trouble du désir, trouble de l'orgasme (7). Il est cependant important de noter que l'on trouve également un pourcentage important de problèmes sexuels chez les hommes dont les partenaires féminines présentent un trouble sexuel (8). Renshaw rapporte une corrélation de 62% entre une dysfonction sexuelle féminine et DE, dont 8% précède la DE de leur partenaire masculin (9). Ces recherches mettent en évidence qu'il est parfois difficile de déceler les liens de cause à effet des troubles sexuels d'où la nécessité d'un accompagnement du couple lorsqu'une DE est décelée et affecte l'homme.

L'étude de Colson en 2006 (10) met en évidence que les femmes dont le partenaire souffre de DE voient leur qualité de vie et leur équilibre personnel affectés. Elles sont davantage touchées par la détérioration de la relation de couple que par l'insatisfaction sexuelle.

La relation du couple est mise à mal par la distance physique, émotionnelle et communicationnelle qui s'installe la plupart du temps entre les deux partenaires (11,12). Ces conséquences relationnelles seront d'autant plus présentes que la relation sexuelle était un facteur d'harmonie dans le couple.

PRISE EN CHARGE D'UNE DE

La prise en charge globale d'une DE nécessite une approche multidirectionnelle. Le sexologue est amené à explorer trois axes intimement intriqués : l'axe organique, psychologique et relationnel (13). En France, ces trois axes sont explorés par le sexologue médecin. En Belgique, l'axe organique relève de l'urologue tandis que les autres axes sont principalement pris en charge par des sexologues non médecins.

Même si la prise en charge organique ne relève pas de la compétence du sexologue non médecin, il est

indispensable pour lui de savoir si la DE relève de facteurs psychologiques isolés ou est la conséquence d'une atteinte organique de manière à adapter un traitement psychologique et/ou sexologique. En effet, l'accompagnement psycho-sexologique sera différent si la DE naît d'une seule angoisse de performance ou si elle est une conséquence d'une atteinte organique. Lorsque la pathologie organique de l'homme aggrave progressivement la perte définitive des possibilités d'érection naturelle, le psycho-sexologue accompagnera le deuil que devra faire l'homme de sa spontanéité érectile et des séquelles relationnelles et sociales qui l'accompagnent.

DÉLAI D'APPARITION DE LA DE

Une DE peut s'installer brutalement après une intervention chirurgicale pour une maladie oncologique ou une atteinte neurologique accidentelle (fracture du bassin...) ou secondaire à une atteinte pénienne brutale (priapisme). Dans le domaine de l'onco-sexologie, l'accompagnement onco-sexologique sera adapté en fonction de la demande de l'homme et de sa partenaire. Lors d'une prostatectomie radicale, l'anxiété du patient concerne, le plus souvent, son état de santé et d'autres problèmes fonctionnels (continence des urines et des selles etc.). La question de la sexualité se pose dans un troisième temps même si des protocoles de revalidation pénienne sont essentiels.

L'autre situation est l'apparition progressive et dégénérative d'une DE. L'homme dont la situation cardio-vasculaire est péjorative affecte progressivement ses capacités érectiles ce qui conduit le médecin sexologue à adapter le traitement : IPDES-ICC-Vacuum. Lorsque ces traitements ne permettent plus de soutenir l'érection, le placement d'un implant pénien reste la solution ultime pour revalider la fonction érectile. Il est également possible que l'homme placé dans cette situation irréversible accepte une sexualité coupée de son aspect coïtale ou envisage sa fin de vie sans sexualité.

LA CONSULTATION PRÉ IMPLANTATOIRE

Au CETISM (Centre d'Etude et de Traitement Interdisciplinaire de Sexopathologie Masculine), dans le service d'urologie du CHU de Liège, une consultation préalable à l'implantation d'une prothèse pénienne est proposée à l'homme et sa partenaire. Elle n'est pas obligatoire pour obtenir un remboursement partiel de la prothèse mais nous l'estimons essentielle dans l'ensemble de la mise au point des patients candidats à une revalidation par implant pénien. En effet, cette consultation d'une heure permet de dépister les fausses croyances de l'homme et de sa partenaire, de repérer des éléments de psychopathologies chez l'homme, de compléter l'information relative à la prothèse et de repérer les ressources du couple à réhabiliter une intimité vivante après l'intervention. Cette entrevue antérieure à l'intervention permet d'optimiser la satisfaction après l'implantation prothétique pénienne.

INSTALLER LE CADRE

Cette consultation est proposée au patient par le médecin spécialiste urologue à la suite du diagnostic d'une DE rebelle à un traitement médical, de l'indication éventuelle du placement d'un implant pénien et du souhait exprimé par le patient de retrouver sa capacité sexuelle complète.

La pose d'un implant pénien est une solution qui sera proposée en dernier recours à l'homme souffrant d'une DE. Dans le cadre de l'évolution d'une maladie organique chronique, la difficulté sexuelle a souvent été diagnostiquée par le médecin traitant qui a proposé un traitement médicamenteux. En cas d'échec de ce traitement, le patient est ensuite orienté vers un médecin spécialiste qui affine le diagnostic et propose d'autres pistes thérapeutiques. Il s'agit des prothèses pharmacologiques ou mécaniques.

Cette consultation préimplantatoire est avant tout un lieu où pour la première fois, le plus souvent, l'homme et sa partenaire déposent une histoire intime singulière parfois simple, souvent laborieuse en fonction du périple médico-chirurgical traversé.

Si cette consultation unique, partiellement remboursée par la mutuelle, a toute sa justification, elle n'est guère facile à mener car l'homme et/ou le couple n'en sont, à priori, pas demandeurs. Ainsi, il n'est pas rare qu'ils manifestent leur étonnement ou leur résignation agacée face à cette consultation psychologique-sexologique qui leur paraît superflue et dont ils redoutent qu'elle soit décisive : le psycho-sexologue va-t-il interdire ou autoriser le recours à la prothèse ? (7) Cette crainte disparaît lorsque le psycho-sexologue informe des raisons objectives et du bienfondé de la rencontre. Ces précisions inaugurent systématiquement l'entretien.

Le psycho-sexologue, au même titre que les médecins et le personnel para médical participent à l'information de l'homme et/ou du couple en veillant à certains points importants ce qui permet au patient de participer et de s'appropriier pleinement le choix thérapeutique qui le concerne.

Ainsi, en débutant la consultation, après que le psycho-sexologue se soit présenté comme membre de l'équipe de prise en charge, il est souvent opportun qu'il énonce le motif des consultations précédentes (la dysérection) et l'objet de la consultation actuelle (la décision de l'implantation). De cette manière, le patient a le sentiment que le psycho-sexologue est bien au fait de la situation et que la consultation s'insère concrètement dans un processus pluridisciplinaire dont lui, le patient, est le sujet bien identifié (7).

APPRÉHENDER LA MANIÈRE DONT L'HOMME A COMPRIS ET COMMENT IL VIT ACTUELLEMENT SON TROUBLE ÉRECTILE

Quelle est la genèse de sa difficulté sexuelle ? Dans quel contexte médical, affectif et relationnel s'est-elle développée ?

Quelle forme a-t-elle prise au cours du temps ? Quand a-t-il consulté ? A-t-il compris les informations médicales qui lui ont été données ? Quelle place la sexualité a-t-elle dans sa vie ? Qu'elle est son attente pour l'avenir ? Comment se sent-il en tant qu'homme aujourd'hui ? Comment est son humeur ? Comment se sent-il face à sa partenaire ? Se sent-il prêt à se faire opérer ?

Dans l'histoire de ces futurs implantés potentiels, le parcours sexuel a souvent été pénible. L'homme a perdu progressivement confiance en lui, il peut présenter des symptômes dépressifs et être sous antidépresseurs. Il présente quasi systématiquement un sentiment de perte de sa dignité et de sa virilité. Cette situation émotionnelle est particulièrement présente lorsque c'est un diagnostic essentiellement basé sur des facteurs psychologiques qui lui a été renvoyé dans le passé, assorti de prescriptions médicamenteuses diverses. La médication ne donnant pas satisfaction, l'homme se voyait étiqueté « unique responsable de la situation » entraînant de nombreux conflits de couple autour de cette thématique. Dans ce contexte, un diagnostic révélant une atteinte organique est souvent très soulageant pour ces couples en difficultés. La consultation nous permet de repréciser que ni l'homme, ni la partenaire ne sont responsables, la plupart du temps de cette DE. La femme doit être rassurée sur le fait que le manque d'érection n'est pas un manque d'amour ou une absence de désir de son partenaire.

L'investigation aborde les différents traitements essayés : IPDE 5- Injection intra caverneuse – pompe à érection. C'est un moment où l'homme décrit l'alternance d'émotions qu'il a traversé, entre l'espoir de guérison par le traitement et la frustration qui suit l'échec de la pénétration. Cette frustration qui évoluera, la plupart du temps, vers une résignation douloureuse et une libido qui entre en berne.

EXCLURE UNE ATTEINTE PSYCHOPATHOLOGIQUE QUI POURRAIT CONTRE INDICER UNE CHIRURGIE TROP RAPIDE, RECHERCHER UN ESPOIR NON RÉALISTE VIS À VIS DE L'IMPLANT PÉNIEN

L'état psychologique actuel de l'homme doit être évalué. Il est nécessaire de repérer une éventuelle psychopathologie et de traiter un état dépressif majeur ou une anxiété invalidante avant d'envisager le placement de l'implant pénien. Une prudence particulière est requise à toutes les phases du traitement si une tendance paranoïaque ou hypocondriaque est détectée. (7)

AIDER À LA SÉRÉNITÉ PRÉOPÉRATOIRE

Un certain nombre de patients ont subi des interventions lourdes, dont celle qui a peut-être induit le trouble érectile. Une nouvelle intervention, même de revalidation, peut s'avérer être un rappel d'un mauvais souvenir. L'implantation se réalise habituellement sous anesthésie rachidienne. L'état du patient vis-à-vis de ce nouveau

passage en salle d'opération mérite une certaine attention.

APPRÉHENDER LE VÉCU DE LA PARTENAIRE ET SA MOTIVATION COMPLICE AU PROJET DE TRAITEMENT

Lorsque la partenaire est présente, les questions similaires lui sont renvoyées afin de mieux comprendre sa souffrance passée et actuelle, d'appréhender si elle a adopté une attitude passive, hostile ou positive face à la dysfonction sexuelle de son partenaire masculin. On vérifiera quelle est sa motivation au traitement prothétique de l'homme. En effet, la complicité de la partenaire participe grandement de la satisfaction du couple vis-à-vis de l'implant.

C'est parfois le moment où le psycho-sexologue met en évidence une dysfonction sexuelle chez la femme. Un suivi sexologique peut être proposé en parallèle à la revalidation prothétique de l'homme.

Cette expression active du couple met souvent en évidence leur différence de vécu. C'est parfois la première fois que chacun entend, découvre ce que pense et vit l'autre par rapport à cette difficulté sexuelle. Le psycho-sexologue peut ainsi mettre à jour et aplanir certaines difficultés de communication nées de ces ressentis différents.

INFORMATION CONCERNANT L'IMPLANT PÉNIEN

Au cours de la consultation médicale, l'homme et sa partenaire ont reçu les informations concernant la procédure d'implantation : description, explications (rendre une rigidité pénienne sans toucher au mécanisme physiologique de l'éjaculation et de la miction). Le médecin a présenté un modèle de prothèse en action, un fascicule informatif et un formulaire de consentement éclairé. Or, malgré la précision des informations, force est de constater que ce n'est pas clair pour la plupart des consultants (les patients intègrent habituellement 30% des informations données lors de la consultation médicale). La mauvaise compréhension ou l'information sont associées à une moindre satisfaction chez les hommes implantés (7). Le psycho-sexologue réexpliquera en terme simple le processus en s'attachant à répondre aux questions qui surgissent au fur et à mesure de l'explication. Il est souvent nécessaire de préciser que l'implant est un matériel stérile complètement interne.

Quelques questions fréquentes de l'homme:

Peut-on rouler à vélo ou faire de longs trajets en voiture juste après l'intervention ? Pourrais-je encore faire du sport ? Ma verge sera-t-elle plus longue après l'implant ? Puis-je casser mon implant en le gonflant trop ? Et si je n'arrive pas à gonfler la prothèse ? Aurais-je des problèmes pour uriner, pour éjaculer ? Est-ce une intervention douloureuse ? Combien de temps dois-je attendre après l'intervention pour l'utiliser ? Comment sera mon gland ? (8) Mes sensations vont-elles changer ? Aurais-je encore du plaisir ? Aurais-je plus de désir ? Puis-je passer les portiques dans les aéroports sans problème ?

Si la question est médicale, le patient sera incité à réinterroger l'urologue qui le revoit systématiquement après l'entretien psycho-sexologique. Le CETISM permet aussi aux futurs implantés de rencontrer des hommes déjà opérés et qui acceptent de témoigner de leur expérience en la matière.

Il existe d'autres craintes (surtout amenées par la partenaire) liées aux possibilités d'érection sans faille et sans limite amenées par la prothèse pénienne : *Mon mari deviendra-t-il comme un homme artificiel ? Comment vais-je « suivre son rythme » ? Mon mari me désira-t-il comme avant ? Aurais-je des sensations identiques ? Serais-je capable de l'aimer avec « ça » ? Pourrons-nous avoir des rapports sexuels comme avant ? Sentirais-je la prothèse ? Puis-je lui faire une fellation ?*

INSTALLER DE NOUVEAUX SCRIPTS SEXUELS

L'installation d'un implant pénien modifie le rapport d'intimité préalable au trouble érectile. L'érection spontanée n'étant plus « le témoin rassurant » du désir de l'homme pour sa femme, celle-ci se pose la question du désir de l'homme à son encontre. C'est un deuil à faire. Le couple est amené à se réapproprier un nouveau script sexuel. À ce moment de l'entretien, le psycho-sexologue introduit la notion d'une partenaire proactive qui peut initier, au cours de l'échange intime, l'activation de la prothèse au même titre que son partenaire. Ainsi, elle est vivement encouragée à participer aux consultations post-opératoires pour être écolée aux manipulations de gonflage et dégonflage de la prothèse. L'enjeu, lorsque la partenaire est positive, est d'introduire la manipulation de la prothèse dans l'intimité du couple de manière à ce que cela participe du jeu érotique. C'est une idée à laquelle adhère un certain nombre de femmes rendue « impuissantes » de longue date par la problématique sexuelle de leur partenaire.

Au-delà de l'épreuve que représente l'intervention chirurgicale pour l'homme qui l'a subi, l'attention est portée également sur l'aspect positif de l'implant : le fait ne plus douter de son érection rend à l'homme une certaine liberté de pensée et permet au couple de réinvestir différemment l'échange intime. En effet, il sera désormais possible (à nouveau), de diversifier les pratiques sexuelles et d'enrichir le jeu érotique. La clôture de l'échange sexuel, qui se termine pour beaucoup de couple lors de l'éjaculation de l'homme, demande un ajustement communicationnel. Ce sera en effet à la partenaire à témoigner de son bien-être et à prendre une place déterminante dans l'arrêt du rapport sexuel.

ÉVALUER LES RESSOURCES ET LA DYNAMIQUE DU COUPLE

L'entretien pré-implantatoire est aussi un moment important pour repérer les ressources du couple et la dynamique péjorative éventuelle qui s'est installée suite à la DE. Une situation où l'homme serait revalidé sans

la participation active de sa partenaire risquerait d'être insatisfaisante et/ou délétère pour le couple à court terme. Les partenaires opposants au projet ne permettront pas la reprise d'une sexualité pénétrante, faisant perdurer un climat de tension conjugale. Le risque de séparation est bien présent.

Dans un certain nombre de situations, le couple devra réhabiliter une intimité perdue de longue date. Le trouble érectile a très souvent modifié le comportement sexuel habituel du couple. Ce processus de réappropriation de l'intime peut prendre un certain temps après l'intervention et nécessite parfois l'intervention d'un sexologue.

L'objectif thérapeutique n'est pas seulement de retrouver l'érection grâce à l'implant pénien. Il s'agit d'aller plus loin et de retrouver la part émotionnelle et relationnelle de la sexualité, celle qui la nourrit et lui donne vie (12). C'est un objectif décisif qui emportera bien souvent l'adhésion de la partenaire, et lui permettra de jouer un rôle actif dans le processus post-implantatoire.

RASSURER SUR LA SATISFACTION POST-OPÉRATOIRE

Le niveau de satisfaction maximum après implant pénien apparaît après 6 à 12 mois et se maintient durant de nombreuses années (14). Le niveau de satisfaction globale

varie de 85 à 97% selon les auteurs mais certains patients sont à risques de moindres succès, ce sont les hommes à excès pondéral, ceux ayant souffert de maladie de la Peyronie et ceux implantés après prostatectomie totale. Le patient et le couple en sont informés.

Le niveau de satisfaction obtenu au CETISM est excellent. L'amélioration de l'humeur générale, la satisfaction sexuelle, la fréquence des activités sexuelles, l'estime «sexuel» de soi, la communication dans le couple sont notablement améliorés voire supérieurs aux scores d'avant l'apparition de la DE. L'anxiété vécue durant les rapports régresse considérablement (15).

CONCLUSION

La prise en charge d'une DE par implant pénien donne des résultats encourageants, la consultation préimplantatoire y contribue très probablement. Au sein du CETISM., ces résultats motivent l'équipe à perpétuer cet accompagnement global dans l'intérêt de l'homme et de son couple.

RÉFÉRENCES

1. Raheem AA, Kell P. Patient preference and satisfaction in erectile dysfunction therapy: a comparison of the three phosphodiesterase-5 inhibitors sildenafil, vardenafil and tadalafil. *Patient Preference Adherence* 2009; 3 : 99-104.
2. Corman A, Chevret-Méasson M, Gehchan N. Importance du choix du patient dans le traitement de la DE. *La Presse Médicale*, June 2012; Vol.41(6), pp.593-597.
3. Cappelleri JC, Althof Staley E, Siegel R, Stecher J, Tseng LJ, Dutttagupta S. Association between the Erectile Dysfunction Inventory of Treatment Satisfaction and the Self-Esteem and Relationship Questionnaire Following Treatment with Sildenafil Citrate for Men with Erectile Dysfunction. *Value in Health* 2005; Vol.8, pp.554-560.
4. Cayan S1, Bozlu M, Canpolat B, Akbay E. The assessment of sexual functions in women with male partners complaining of erectile dysfunction: does treatment of male sexual dysfunction improve female partner's sexual functions? *J Sex Marital Ther* 2004 Oct-Dec;30(5):333-41.
5. Colson MN. Dysfonction érectile, et la partenaire ? http://www.ff3s.fr/v2/data/sante_sexuelle_au_masculin/masculin05.asp, consulté le 24 juillet 2016
6. Fugl-Meyer AR, Lodnert G, Branholm IB, Fugl-Meyer KS. On life satisfaction in male erectile dysfunction. *Int J Imp Res* 1997; 9:141-8.
7. Greenstein A, Abramov L, Matzkin H, Chen J. Sexual dysfunction in women partners of men with erectile dysfunction. *Int J Imp Res* 2006;18(1): pp44-46.
8. Dennerstein L, Smith AM, et al. Sexuality and the Menopause. *J Psych Obstet Gynecol* 1994;15(1) : 59-66.
9. Renshaw DC, Coping with an impotent husband. *IMJ III Med J* 1981 Jan;159(1):29-33.
10. Colson MH, Lemaire A, Pinton P, Hamidi K, Klein P. Sexual Behaviors and Mental Perception, Satisfaction and Expectations of Sex Life in Men and Women in France. *J Sex Med* 2006; 3 (1) pp. 121-131(11).
11. Riley A, Riley E. Behavioral and clinical findings in couples where the man presents with erectile disorder: a retrospective study. *Int J Clin Pract* 2000; 54: 220-224.
12. Colson MH. Les femmes face à la DE : problème d'homme, regards de femme. *Progrès en Urologie* 2005 ; 15, 710-71.
13. Grellet L, Faix, A. Que guérit-on en prenant en charge une DE ? *Sexologies*, January-March 2011; Vol.20 (1) pp.42-46.
14. Akin-Olugbade O, Parker M et al. Determinants of patient satisfaction following penile prosthesis surgery *J Sex Med* 2006; 3: 743-748.
15. Andrienne R, Pairoux JF, Kepeneers P et al. Oedipus study: odds of curing erectile dysfunction with implantation of penile prosthesis for ultimate patient satisfaction: retrospective evaluation of 96 patients and 59 partners. A paraître 2016

CORRESPONDANCE

Mme CHRISTINE DEBOIS

CHU Liège
Psychologue et sexologue clinicienne
Maître de conférence,
Faculté de psychologie ULG
Domaine Universitaire du Sart Tilman
Bâtiment B 35
B-4000 Liège

MEDICAL PUBLISHING

OUR KNOWLEDGE IS YOUR SUCCESS!



CONTACTEZ-NOUS !

Chaque mois, nous corrigeons les résumés en langue anglaise des articles publiés dans Louvain Médical. Vous aussi, faites appel à nous : vos publications brilleront par leur contenu scientifique ET par leur anglais impeccable.

MEDICAL EDITING

- Révision linguistique de textes rédigés par des non-anglophones
- Adaptation aux instructions pour auteurs
- Soumission aux revues

MEDICAL TRANSLATION

- Traduction de publications scientifiques vers l'anglais

MEDICAL WRITING

- Rédaction de publications médicales en anglais

REFERENCES

Facultés de médecine: Cliniques Universitaires St-Luc-UCL, Université de Liège, ULB, Strasbourg, Lyon, Genève, Rennes, Lille, Rouen, Bruxelles, Caen, Angers, Lausanne, etc.

Journaux: European Journal of Surgical Oncology, The Lancet Oncology, European Journal of Haematology, European Heart Journal, Thrombosis Journal, American Journal of Cardiology, etc.