



Sexe et endométriose

Sex and endometriosis

Claire Gillaux*, Pierre Panel*

Références bibliographiques

1. Ferrero S, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia: causes, treatments, and results. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2008;20:394-9.
2. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB, Vieira M, Dousset B, Breart G. Relation between pain symptoms and the anatomic location of deep infiltrating endometriosis. *Fertil Steril* 2002;78:719-26.
3. Porpora MG, Koninckx PR, Piazze J, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1999;6:429-34.
4. Ferrero S, Esposito F, Abbamonte LH, Anserini P, Remorgida V, Ragni N. Quality of sex life in women with endometriosis and deep dyspareunia. *Fertil Steril* 2005;83:573-9.
5. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991;55:759-65.
6. Anaf V, Simon P, El Nakadi I et al. Hyperalgesia, nerve infiltration and nerve growth factor expression in deep adenomyotic nodules, peritoneal and ovarian endometriosis. *Hum Reprod* 2002;17:1895-900.
7. Ferrero S, Abbamonte LH, Giordano M, Ragni N, Remorgida V. Deep dyspareunia and sex life after laparoscopic excision of endometriosis. *Hum Reprod* 2007;22:1142-8.
8. Denny E, Mann CH. Endometriosis-associated dyspareunia: the impact on women's lives. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2007;33:189-93.

* Service de gynécologie obstétrique du centre hospitalier de Versailles André-Mignot, Le Chesnay.

Les patientes atteintes d'endométriose symptomatique souffrent non seulement de dysménorrhées, de douleurs pelviennes chroniques, mais aussi bien souvent de dyspareunie. Ce symptôme concerne 60 à 79 % des patientes opérées pour endométriose et 53 à 90 % des patientes traitées médicalement (1-4). Pour autant, les mécanismes n'en sont pas univoques et le traitement de la pathologie n'est pas toujours suffisant pour faire disparaître ce symptôme. De plus, cette dyspareunie n'est pas régulièrement signalée spontanément par la patiente ni systématiquement recherchée et sa sémiologie précisée par l'interrogatoire. La qualité de vie sexuelle est, quant à elle, très rarement prise en compte. Enfin, une dyspareunie sévère entraînant l'évitement des rapports sexuels ou leur interruption pourrait être un des mécanismes participant à l'infertilité des patientes atteintes d'endométriose. Lorsque la dyspareunie semble isolée, elle est parfois responsable d'un certain embarras, voire d'une errance diagnostique. Les patientes peuvent être adressées un peu hâtivement vers un sexologue pour dyspareunie psychogène. À l'inverse, si l'évocation de ce symptôme fait l'objet d'une démarche diagnostique minutieuse associant un interrogatoire et un examen clinique précis, il pourra alors mener au diagnostic d'endométriose.

Car, autant l'association algoménorrhée et endométriose n'est spécifique d'aucun type particulier d'endométriose, ni d'aucune localisation particulière (2), autant la relation entre les lésions profondes endométriosiques postérieures et la dyspareunie profonde paraît bien établie (3). Dans une étude rétrospective réalisée chez des femmes opérées pour une endométriose profonde, Fauconnier et al. ont démontré que la sémiologie douloureuse de l'endométriose était spécifique de la localisation anatomique ou des organes atteints, et ont noté en particulier une correspondance entre dyspareunie et atteinte des ligaments utéro-sacrés (2). Ferrero et al. ont confirmé que les patientes avec atteinte des ligaments utéro-sacrés avaient des rapports moins fréquents, plus douloureux et globalement de moins bonne qualité que les patientes endométriosiques sans atteinte des

ligaments utéro-sacrés et que la présence de lésions bilatérales n'avait pas d'influence sur la sévérité des symptômes (4). En effet, l'intensité des douleurs ne dépend pas du volume des lésions ou de leur étendue, mais de la profondeur d'infiltration des lésions (5), avec notamment des phénomènes d'envahissement des nerfs sous-péritonéaux (6).

Ainsi, les lésions d'endométriose sous-péritonéales postérieures sont très directement responsables d'une dyspareunie que nous qualifions de profonde, balistique et positionnelle. Profonde, car la douleur est bien ressentie comme pelvienne et non périnéale ou vaginale ; balistique, car elle survient lors de la pression par le sexe du partenaire au niveau des culs-de-sac vaginaux ; et positionnelle, car survenant préférentiellement dans certaines positions témoignant ainsi de la localisation des lésions endométriosiques. D'ailleurs, dans les stratégies d'évitement de la douleur par la patiente, les premiers gestes que l'on retrouve sont le choix positionnel et la limitation de la profondeur du rapport, le plus souvent par l'interposition d'une main entre les corps. Pour autant, la dyspareunie profonde peut être associée à une dyspareunie d'intromission ou superficielle qui peut même être prédominante, voire exclusive. La physiopathologie de cette dernière est plus complexe et non univoque. La partie psychogène est indéniable, l'appréhension d'une telle dyspareunie pouvant entraîner un classique vaginisme et une absence de lubrification générateurs de douleurs d'intromission. Mais cette dyspareunie superficielle peut aussi être iatrogène, induite par les traitements médicaux antigonadotropes, dont l'une des conséquences sera la baisse de la libido, la diminution de la trophicité des muqueuses et de leur lubrification. Enfin, l'atteinte endométriosique est aussi source de neuropathies. De fait, l'infiltration endométriosique au niveau du plexus nerveux hypogastrique inférieur peut être responsable de réels troubles neuropathiques, qui vont se traduire par des dysesthésies au niveau vaginal, une hypertonie constante et non réductible des releveurs ainsi que des troubles fonctionnels urinaires et/ou digestifs auxquels l'hypertonie des releveurs participe. Nous

Points forts⁺

- » Les lésions d'endométriase sous-péritonéales postérieures peuvent être responsables d'une dyspareunie profonde, voire de troubles neuropathiques.
- » Une dyspareunie superficielle, d'origine psychogène ou iatrogène, peut également être associée.
- » Une altération de la sexualité et du bien-être global des patientes endométriosiques est donc fréquente, rendant indispensable l'évaluation de la qualité de vie sexuelle à chaque étape de la prise en charge médico-chirurgicale.

avons même recueilli le témoignage d'une patiente qui ne signalait pas réellement de dyspareunie, mais une douleur aiguë provoquée par l'orgasme qu'elle cherchait à éviter soigneusement, ce qui témoigne de l'infiltration des filets nerveux spécifiques.

Le rôle des antécédents d'agression sexuelle chez les patientes souffrant d'endométriase reste très débattu et a dû faire l'objet de vives polémiques. De fait, ils restent malheureusement très fréquents en population générale et ne semblent donc pas plus fréquents chez les patientes atteintes d'endométriase, mais doivent bien être pris en considération, car ils ont certainement un impact négatif chez les patientes souffrant d'une dyspareunie organique.

Si le traitement médical est le plus souvent efficace sur la dysménorrhée, il l'est nettement moins sur les douleurs pelviennes chroniques et la dyspareunie qu'il induit même parfois, comme nous l'avons vu. Ainsi, le traitement chirurgical semble la première étape thérapeutique chez ces patientes. Des études récentes, comme celle de Ferrero et al., mettent en évidence une amélioration significative à la fois de la dyspareunie profonde et de la qualité des relations sexuelles après résection laparoscopique des lésions endométriosiques, qu'il y ait ou non une atteinte des ligaments utéro-sacrés (7).

Il est désormais bien connu que la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriase profonde est altérée de manière significative par la symptomatologie douloureuse et que la dyspareunie profonde constitue un des facteurs importants permettant d'évaluer cette qualité de vie (8). En effet, une analyse qualitative des relations sexuelles – fréquence des rapports sexuels, notion de désir, de dyspareunie, de plaisir, de satisfaction après les rapports – peut être le reflet du bien-être psychologique de la patiente. Les douleurs peuvent être source d'anxiété (9) et générer des conduites d'évitement des rapports sexuels (10) avec diminution de l'activité sexuelle, baisse de l'estime de soi et des effets négatifs sur les relations avec le partenaire (8). L'image corporelle peut être altérée. De plus, ce vécu douloureux de la pathologie endométriosique peut être rendu encore plus difficile par une infertilité associée, avec possiblement une altération de la vie de couple. Parfois même, la dyspareunie profonde est responsable d'un arrêt total de l'activité sexuelle (8), du moins hétérosexuelle.

Pour évaluer les résultats des différents traitements de l'endométriase, voire pour jouer un rôle décisionnel dans le choix thérapeutique, des questionnaires généralistes de qualité de vie ont d'abord été utilisés, ainsi que des questionnaires évaluant la satisfaction sexuelle, comme le *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (DSFI), le *Global Sexual Satisfaction Index* (GSSI) [11], ou encore le *SEXual ACTivity Questionnaire* (SEXACQ) [12]. Des questionnaires détaillés de qualité de vie tels que l'*Endometriosis Health Profile-5* (EHP-5, version courte de l'EHP-30) ont ensuite été adaptés au domaine plus restreint de la pathologie endométriosique (13) et sont actuellement utilisés en association avec des questionnaires de qualité de vie généralistes (le *Medical Outcome Study Short Form-36* [MOS SF-36] ou l'*EuroQol* [EQ-5D]). Ils doivent maintenant être systématiquement remis aux patientes en préopératoire. Non seulement leur intérêt réside dans leur diffusion dans les différents centres prenant en charge la pathologie endométriosique afin de permettre une meilleure évaluation des pratiques, mais ils permettent surtout de comparer les résultats postopératoires aux données préopératoires, et ainsi d'accompagner au mieux les patientes dans l'évolution de leur symptomatologie douloureuse chronique. Il conviendra de ne pas oublier que ces patientes endométriosiques semblent présenter plus fréquemment un profil psychologique particulier associant un niveau d'anxiété plus grand, une plus grande préoccupation somatique, une hypersensibilité centrale à la douleur, parfois même une psychasthénie ou une dépression (14). Il est donc particulièrement important de prendre conscience de leur quête d'information, de compréhension et de soutien (15).

La sexualité des patientes atteintes d'endométriase est donc souvent problématique et pèse lourdement dans l'altération de la qualité de vie, la mésestime de soi et la fertilité. Si le traitement chirurgical semble régulièrement efficace, il ne l'est pas sur toutes les composantes et doit toujours être encadré par une prise en charge psychologique et sexologique. L'impact négatif potentiel de cette chirurgie, mais aussi des traitements médicaux ne doit pas être sous-estimé. Enfin, une évaluation systématique de la qualité de vie sexuelle devrait être réalisée, et ce à toutes les étapes de la prise en charge de ces patientes. ■

Mots-clés

Sexualité
Endométriose
Dyspareunie

Keywords

Sexuality
Endometriosis
Dyspareunia

Highlights

Posterior deep infiltrating endometriosis may cause deep dyspareunia or neuropathic disorders.

Psychogenic or iatrogenic superficial dyspareunia may also be associated.

Endometriosis will therefore frequently affect sexuality and well-being. Assessment of sex life quality at every stage of medico-surgical management is essential.

Références bibliographiques

9. Panel P, Renouvel F. Prise en charge de l'endométriase : évaluation clinique et biologique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2007;36:119-28.
10. Jones G, Jenkinson C, Kennedy S. The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25:123-33.
11. Darai E, Coutant C, Bazot M, Dubernard G, Rouzier R, Ballester M. Intérêt des questionnaires de qualité de vie chez les patientes porteuses d'une endométriase. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37:240-5.
12. Thirlaway K, Fallowfield L, Cuzick J. The Sexual Activity Questionnaire: a measure of women's sexual functioning. *Qual Life Res* 1996;5:81-90.
13. Renouvel F, Fauconnier A, Pilkington H, Panel P. Adaptation linguistique de l'Endometriosis Health Profile-5 (EHP-5). *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009;38:404-10.
14. Audebert A. La femme endométriosique est-elle différente ? *Gynecol Obstet Fertil* 2005;33:239-46.
15. Audebert A. Le coaching de l'endométriase. *Gynecol Obstet Fertil* 2006;34:329-36.