



Statique pelvienne et sexualité

Pelvic floor and sexual dysfunction

Pierre-Emmanuel Bouet*, Laurent Catala*, Céline Lefebvre-Lacœuille*, Mathieu Mezzadri*, Philippe Descamps*, Loïc Sentilhes*

L'incontinence urinaire et les prolapsus pelviens affectent les femmes à tous les âges de la vie. Le prolapsus génital est une pathologie fréquente affectant jusqu'à 50 % des femmes de plus de 50 ans. On estime à 11 % le risque pour une femme de recourir durant sa vie à une intervention chirurgicale pour corriger un trouble de la statique pelvienne et/ou une incontinence urinaire d'effort (IUE) [1].

Selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), 14 405 cures de prolapsus par voie basse et 14 166 promontofixations ont été effectuées en France en 2006 (2).

Le choix de plus en plus fréquent de recourir à un renforcement prothétique a induit des complications spécifiques (intolérance locale, défaut de cicatrisation, rétraction prothétique, sepsis locorégional...) susceptibles d'être à l'origine de douleurs vaginales et de dyspareunies (3).

La perception de la sexualité dépend intimement de nombreux paramètres : l'âge, le sentiment de bien-être, l'estime de soi, l'image corporelle, l'intimité avec le partenaire, la qualité de vie, l'humeur... Ceux-ci peuvent avoir changé en postopératoire et rendre ainsi difficile l'évaluation de la sexualité qui ne peut se faire que par enquête déclarative.

Ces dernières années ont vu l'émergence de questionnaires permettant d'évaluer l'impact de la chirurgie sur la qualité de vie en général et la sexualité en particulier. Nous pouvons citer notamment le PISQ 12 (*Pelvic organ prolapse Incontinence Sexual Questionnaire*), version courte du PISQ 31 ainsi que l'IFSF (*Index of Female Sexual Function*).

Sexualité chez les femmes présentant un prolapsus et/ou une incontinence urinaire

Il est difficile de faire la part de la responsabilité de l'impact physique et de l'impact émotionnel des

troubles de la statique pelvienne sur la sexualité. Ainsi, certains auteurs rapportent un réel impact négatif du prolapsus (4) ou de l'incontinence urinaire (5) sur la sexualité. Sur une population de 208 patientes incontinentes, Sutherst et Brown (5) notaient un effet délétère de l'incontinence urinaire sur la sexualité chez 43 % d'entre elles. En comparant 216 femmes présentant une incontinence urinaire à 102 femmes asymptomatiques, Salonia et al. (6) observaient davantage de troubles sexuels chez les patientes incontinentes. Rogers et al. (4) rapportaient une fréquence des rapports sexuels diminuée dans la population des patientes atteintes d'un prolapsus comparée à celle de la population témoin. Cependant, d'autres études (7) ne retrouvent pas d'altération de la sexualité en cas de troubles de la statique pelvienne.

Sexualité après chirurgie non prothétique du prolapsus

Plusieurs auteurs rapportent un taux de dyspareunies significativement plus élevé en cas de myorrhaphie des releveurs avec une fréquence pouvant atteindre plus de 20 % (8, 9). Le consensus actuel est de limiter, voire de bannir, la myorrhaphie des releveurs en raison du risque de dyspareunie de novo (9). Si elle doit néanmoins être réalisée, il faut renoncer à une mise en tension excessive des fils, ne pas la remonter trop haut et éviter de lui associer une périnéorrhaphie trop importante, réduisant à l'excès le calibre de l'introït vaginal (3).

Nous n'avons pas retrouvé de travaux spécifiques dans la littérature évaluant l'impact de la colporrhaphie antérieure sur la sexualité. Cependant, d'après Fatton et al. (10), il semblerait que plicature, décollement et section au niveau de la paroi vaginale antérieure n'aient que peu d'implication sur la qualité des rapports sexuels.

Concernant la sacrospinofixation (et ses variantes)

* Pôle de gynécologie obstétrique, CHU d'Angers.

Points forts⁺⁺

» La sexualité est un paramètre important de la qualité de vie des patientes. Quelles que soient la voie d'abord ou la technique utilisée, la cure chirurgicale d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire peut souvent améliorer la sexualité mais aussi la détériorer.

et la fixation aux ligaments utéro-sacrés, le risque de dyspareunie reste limité en l'absence de chirurgie réparatrice préalable. Hefni et El-Toukhy (11) rapportaient une amélioration de la sexualité chez 183 femmes opérées d'une sacrospinofixation et seulement 2 cas de dyspareunie de novo.

Sexualité après chirurgie prothétique du prolapsus

La plupart des études disponibles sont rétrospectives, non comparatives et donnent des résultats discordants concernant l'impact de la chirurgie prothétique sur la sexualité.

Concernant la promontofixation, 2 études prospectives récentes, ayant utilisé des questionnaires validés sur la sexualité, observaient une amélioration de la sexualité après chirurgie (12, 13). D'après Handa et al. (12), sur 224 patientes opérées d'une promontofixation, 45 % des femmes non sexuellement actives en préopératoire deviennent sexuellement actives en postopératoire. Le score moyen du PISQ 12 était globalement amélioré en postopératoire. Sur 402 patientes opérées d'une promontofixation par coelioscopie avec prothèse en polypropylène, Stepanian et al. (14) rapportaient seulement 4 cas de dyspareunies de novo. La prévalence des dyspareunies de novo après promontofixation par coelioscopie varie d'une étude à l'autre, mais la prévalence moyenne semble proche de 1,4 % (15).

Parmi les études prospectives sur la réparation vaginale prothétique, certaines (8, 16) décrivent une amélioration significative de la sexualité. D'autres (17, 18) ne trouvent pas de modifications de la sexualité. Enfin, 2 études (4, 19) retrouvent une possible aggravation. Dans une série prospective, Sentilhes et al. (18) ont exploré la sexualité par questionnaires chez 37 patientes sexuellement actives, avant et 6 mois après la mise en place d'une prothèse synthétique par voie vaginale. Parmi ces femmes, 46 % décrivaient une amélioration de la qualité des rapports sexuels, 21,5 %, une détérioration des rapports sexuels et 32,5 %, une qualité des rapports sexuels inchangés (19).

Dans une étude prospective multicentrique de de Tayrac et al. (20), parmi les 78 patientes qui ont

une sexualité normale en préopératoire, 59 conservaient une sexualité normale en postopératoire, 10 rapportaient une dyspareunie de novo et 9 n'avaient pas repris une activité sexuelle. Parmi les 10 patientes se plaignant de dyspareunies en préopératoire, 7 se sont améliorées en postopératoire, 1 décrivait une situation inchangée et 1 autre rapportait une détérioration.

La prévalence des dyspareunies de novo après promontofixation semble inférieure à celle observée après chirurgie vaginale, mais il n'existe pas d'études comparatives directes entre les 2 techniques portant sur ce point précis (15).

Dans la méta-analyse de Maher et al. (21), réunissant 40 essais contrôlés randomisés et 3 773 patientes, les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus sont abordées, mais pas les éventuelles conséquences des 2 interventions comparées (prothèse en polypropylène par voie vaginale et promontofixation) sur la sexualité.

Sexualité après chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par bandelette sous-urétrale

Les résultats des études sont discordants. Ceux de l'étude de Marzalek et al. (22) montrent que la sexualité est globalement améliorée, alors que ceux de l'étude de Mazouni et al. (23) rapportent une détérioration significative. On peut tout de même souligner, au vue de la littérature, que la sexualité est le plus fréquemment améliorée en postopératoire, cet effet bénéfique étant plus souvent dû à la disparition de l'incontinence périnéale. Celle-ci est présente chez 25 à 56 % des patientes incontinentes et entraînerait une diminution, voire un arrêt de l'activité sexuelle chez 11 à 45 % de ces patientes du fait de la gêne qu'elle occasionne (24).

Dans l'étude de Sentilhes et al. (25-28), l'incontinence urinaire coitale était significativement diminuée après la pose d'une bandelette sous-urétrale (BSU) par voie rétropubienne (RP) ou trans-obturatrice (TO) [$p < 0,01$ et $p < 0,02$, respectivement] sans différence significative entre les 2 groupes ($p = 0,07$). Dans cette même étude réunissant 145 patientes sexuellement actives avant et après la pose d'une

Mots-clés

Sexualité
Dyspareunie
Prolapsus
Incontinence urinaire
Prothèse
Bandelette sous-urétrale

Highlights

Sexual well-being is an important parameter of women's health and quality of life. Pelvic organ prolapse or anti-incontinence surgery can have a positive and negative outcome on sexual function with any surgical procedure.

Keywords

Sexuality
Dyspareunia
Pelvic organ prolapse
Stress urinary incontinence
Mesh
Sling pelvic floor

BSU par voie RP (81 patientes) et TO (64 patientes), la sexualité ne différait pas en pré- et postopératoire au sein des 2 groupes. Les patientes rapportaient une amélioration en postopératoire de la qualité de leurs rapports sexuels dans 29,5 % et 32,9 % des cas, alors que 17,3 % et 12,5 % des patientes considéraient leur sexualité comme dégradée après, respectivement, la pose d'une BSU par voie RP et TO.

Cette étude suggère donc que l'impact de la chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort par BSU sur la sexualité féminine ne diffère pas selon la route utilisée (RP ou TO), et que les 2 procédures peuvent avoir un impact positif, mais aussi négatif sur la sexualité des patientes en postopératoire.

Conclusion

Il semble que la présence d'un trouble de la statique pelvienne, en particulier la présence d'une incontinence urinaire, quel que soit son type, altère à la fois la qualité de vie, et la sexualité des patientes. Quelles que soient la voie d'abord (voie haute, voie basse, transobturatrice, rétropubienne) ou la technique utilisée (avec ou sans prothèse), la cure chirurgicale d'un trouble de la statique pelvienne peut souvent améliorer la sexualité mais aussi la détériorer. Il semble donc important que ces informations soient délivrées en préopératoire aux patientes qui vont bénéficier d'une chirurgie dite "fonctionnelle". ■

Références bibliographiques

- Subak LL, Waetjen LE, Van den Eeden S, Thom DH, Vittin-ghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in United States. *Obstet Gynecol* 2001;98:646-51.
- Haute Autorité de santé 2006. Rapport sur l'évaluation des implants de renfort pour le traitement du prolapsus des organes pelviens de la femme :19-20.
- Fatton B, Savary D, Velemir L, Amblard J, Accoceberry M, Jacquetin B. Impact de la chirurgie réparatrice pelvienne sur la sexualité. *Gyn Obstet Fertil* 2009;37:140-59.
- Rogers GR, Villarreal A, Kammerer-Doak D, Qualls C. Sexual function in women with and without urinary inconti-nence and/or pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2001;12:361-5.
- Sutherst J, Brown M. Sexual dysfunction associated with urinary incontinence. *Urol Int* 1980;35:414-6.
- Salonia A, Zanni G, Nappi RE et al. Sexual dysfunction is common in women with lower urinary tract symptoms and urinary incontinence: results of a cross-sectional study. *Eur Urol* 2004;45:642-8.
- Lukacz ES, Whitcomb EL, Lawrence JM, Nager CW, Contreras R, Lubner KM. Are sexual activity and satisfaction affected by pelvic floor disorders? Analysis of a commu-nity-based survey. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:88.e1-6.
- Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR. Sexual function and vaginal anatomy in women before and after surgery for pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:1610-5.
- Cundiff GW, Fenner D. Evaluation and treatment of women with rectocele: focus on associated defecatory and sexual dysfunction. *Obstet Gynecol* 2004;104:1403-21.
- Fatton B, Grunberg P, Ohana M, Mansoor A, Descamps C, Jacquetin B. Cure de prolapsus chez la femme jeune : la voie abdominale n'a pas d'avantage sur la voie vaginale ; à propos d'une étude prospective randomisée. 1-Résultats anatomiques et sexuels. *JOBGIN* 1993;1:66-72.
- Hefni MA, El-Toukhy TA. Long-term outcome of vaginal sacrospinous colpopexy for marked uterovaginal and vault prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2006;127:257-63.
- Handa VL, Zyczynski HM, Brubaker L et al. Sexual func-tion before and after sacro-colpopexy for pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:629-36.
- Zucchi A, Costantini E, Mearini L, Fioretti F, Bini V, Porena M. Female sexual dysfunction in urogenital prolapse surgery: colposacropexy vs. hysterocolposacropexy. *J Sex Med* 2008;5:139-45.
- Stepanian AA, Miklos JR, Moore RD, Mattox TF. Risk of mesh extrusion and other mesh-related complications after laparoscopic sacral colpopexy with or without concurrent laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy: experience of 402 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:188-96.
- Deffieux X, Savary D, Letouzey V et al. Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus : recommandations pour la pratique clinique – Revue de la littérature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001;40:827-50.
- Haase P, Skibsted L. Influence of operations for stress incontinence and/or genital descensus on sexual life. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:659-61.
- De Tayrac R, Panel L, Masson G, Mares P. Episiotomy and prevention of perineal and pelvic floor injuries. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:1524-1531.
- Sentilhes L, Berthier A, Sergent F, Verspyck E, Descamps P, Marpeau L. Sexual function in women before and after trans-vaginal mesh repair for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:763-72.
- Abramov Y, Gandhi S, Botros SM et al. Do alterations in vaginal dimensions after reconstructive pelvic surges-ries affect the risk for dyspareunia? *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:1573-7.
- De Tayrac R, Devoldere G, Renaudie J et al. Prolapse repair by vaginal route using a new protected low-weight polypropylene mesh: 1-year functional and anatomical outcome in a prospective multicenter study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:251-6.
- Maher C, Baessler K, Glazener CM, Adams EJ, Hagen S. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;4:CD004014.
- Marszalek M, Roehlich M, Racz U et al. Sexual func-tion after tension-free vaginal tape procedure. *Urol Int* 2007;78:126-9.
- Mazouni C, Karsenty G, Bretelle F, Bladou F, Gannerre M, Serment G. Urinary complications and sexual function after the tension-free vaginal tape procedure. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2004;83:955-61.
- Shaw C. A systematic review of the literature on the prevalence of sexual impairment in women with urinary incontinence and the prevalence of urinary leakage during sexual activity. *Eur Urol* 2002;42:432-40.
- Sentilhes L, Berthier A, Caremel R, Loisel C, Marpeau L, Grise P. Sexual function following transobturateur tape for stress urinary incontinence. *Urology* 2008;71:1074-9.
- Berthier A, Sentilhes L, Taibi S, Loisel C, Grise P, Marpeau L. Sexual function in women following the trans-vaginal tension-free tape procedure for incontinence. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;102:105-9.
- Sentilhes L, Berthier A, Loisel C, Descamps P, Marpeau L, Grise P. Female sexual function following surgery for stress urinary incontinence: tension-free vaginal versus transobtu-rateur tape procedure. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:393-9.
- Sentilhes L, Poilblanc M, Descargues G et al. Sexualité après bandelette sous-urétrale par voie rétropubienne et transobturatrice: étude comparative. *Pelvi-Périnéologie* 2010;5:9-16.

Abonnez-vous en ligne !

www.edimark.fr

Bulletin d'abonnement
disponible page 43

