

Dysfonctions sexuelles et estime de soi dans la sclérose en plaques : étude tunisienne

Najla Halouani ^{1,3}
Najeh Smaoui ^{1,3}
Sahar Ellouze ^{1,3}
Mariem Dammak ^{2,3}
Sawsan Daoud ^{2,3}
Jihen Aloulou ^{1,3}
Othman Amami ^{1,3}

¹ Service de psychiatrie B,
CHU Hédi Chaker, 3029 Sfax, Tunisie

² Service de neurologie,
CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie

³ Faculté de médecine de Sfax, Tunisie

Résumé. Les objectifs de cette étude étaient d'évaluer la prévalence des dysfonctions sexuelles chez les patients atteints de la sclérose en plaques (SEP) et de déterminer les facteurs qui pourraient favoriser la survenue de ces troubles. Il s'agit d'une étude transversale et analytique, réalisée auprès de 42 patients atteints de SEP. Nous avons utilisé l'*Expanded disability status scale* (EDSS) pour l'étude de la gravité du handicap lié à la SEP et l'échelle de Rosenberg (RSE) pour évaluer l'estime de soi. La fonction sexuelle masculine a été évaluée par l'*International index of erectile function* (IIEF15) et celle féminine par le *Female sexual function index* (FSFI). La prévalence des dysfonctions sexuelles chez les patients atteints de SEP était de 66,7 %. Une faible estime de soi a été notée chez 59,1 % des femmes et 55 % des hommes. Un mauvais fonctionnement sexuel était statistiquement corrélé à un score plus élevé à l'EDSS, à une durée plus prolongée de la maladie, à la présence de troubles vésico-sphinctériens, ainsi qu'à une faible estime de soi.

Nos résultats mettent en exergue l'origine multifactorielle des troubles sexuels chez les malades atteints de SEP. L'adoption d'une approche multimodale s'avère ainsi indispensable.

Mots clés : sclérose en plaques, estime de soi, dysfonctionnement sexuel, prévalence, Tunisie

Abstract. Sexual dysfunctions and self-esteem in multiple sclerosis : A Tunisian study. Sexual dysfunctions are common during the evolution of multiple sclerosis (MS). However, they remain under-diagnosed and under-treated. The objectives of this study were to assess the prevalence of sexual dysfunctions in patients with MS and to determine the factors that could promote the occurrence of these disorders. We conducted a cross-sectional and analytical study of forty-two patients with MS. We used the Expanded Disability Status Scale (EDSS) to study the severity of disability related to MS and the Rosenberg Scale (RSE) to assess self-esteem. Male sexual function was assessed by the International Index of Erectile Function (IIEF15) and that of females by the Female Sexual Function Index (FSFI). The prevalence of sexual dysfunction in MS patients was 66.7% (65% of men and 68.2% of women). Low self-esteem was noted in 59.1% of women and 55% of men. Sexual dysfunction was statistically correlated with a higher EDSS score, a longer duration of illness, a presence of vesico-sphincterian disorders, and low self-esteem.

Our results highlight the multifactorial origin of sexual disorders in patients with MS. The adoption of a multimodal approach is thus essential to detect, assess, and treat sexual dysfunctions, often overlooked in these patients.

Key words: multiple sclerosis, self-esteem, sexual dysfunction, prevalence, Tunisia

Resumen. Disfunciones sexuales y autoestima en la esclerosis múltiple : estudio tunecino. Los objetivos de este estudio eran evaluar la prevalencia de las disfunciones sexuales en los pacientes con esclerosis múltiple (EM) y determinar los factores que podrían favorecer la sobrevenida de estos trastornos. Se trata de un estudio transversal y analítico, realizado en 42 pacientes con EM. Hemos utilizado la Expanded Disability Status Scale (EDSS) para el estudio de la gravedad de la deficiencia vinculada a la EM y la escala de Rosenberg (RSE) para evaluar la autoestima. La función sexual masculina se evaluó por medio del International Index of Erectile Function (IIEF15) y la femenina por la Female Sexual Function Index (FSFI). La prevalencia de las disfunciones sexuales en los pacientes con SEP se situaba en el 66,7%. Se pudo apuntar una baja autoestima en un 59,1% de las mujeres y 55% de los hombres. Estadísticamente un funcionamiento sexual incorrecto se vinculaba con una puntuación más alta en la EDSS, una duración más prolongada de la enfermedad, la presencia de trastornos vésico-esfincterianos, así como una baja autoestima.

Nuestros resultados evidencian el origen multifactorial de los trastornos sexuales en los enfermos con SEP. Adoptar un enfoque multimodal resulta por lo tanto indispensable.

Palabras claves: esclerosis múltiple, autoestima, disfuncionamiento sexual, prevalencia, Túnez

Correspondance : N. Smaoui
<najeh.smaoui@yahoo.fr>

Introduction

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie inflammatoire chronique invalidante du système nerveux central caractérisée par une démyélinisation disséminée des fibres nerveuses au niveau du cerveau et de la moelle épinière [1]. Elle touche préférentiellement les adultes jeunes pendant la période la plus active de leur vie sexuelle et peut avoir un retentissement majeur sur l'harmonie du couple, la vie émotionnelle et l'estime de soi [2, 3].

Malgré sa fréquence, la dysfonction sexuelle (DS) est souvent méconnue parce que tant les patients que les médecins hésitent à aborder cet aspect de la maladie, et par conséquent, elle reste souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée, en particulier dans notre société arabomusulmane où la sexualité est considérée comme un sujet tabou [4]. Compte tenu de l'origine multifactorielle de la DS et devant le développement de nouveaux traitements médicaux et psychologiques, son dépistage systématique chez le patient atteint de SEP est nécessaire [5].

Les objectifs de ce travail étaient :

- en premier lieu, d'évaluer la prévalence des DS chez les patients atteints de SEP et de déterminer les différents facteurs qui leur sont associés ;
- en second lieu, d'évaluer l'estime de soi chez ces patients et de déterminer son impact sur le fonctionnement sexuel.

Patients et méthodes

Nature de l'étude

Nous avons mené une étude transversale, descriptive et analytique, sous forme d'enquête, auprès de 42 patients atteints de la SEP après avoir obtenu leur consentement.

Lieu et population d'étude

Notre enquête a été réalisée à la consultation externe de neurologie au CHU Habib Bourguiba de Sfax au cours de la période allant de janvier au juin 2017. Elle a porté sur 42 patients suivis pour une SEP et répondant aux critères de diagnostic cliniques et paracliniques de McDonald révisés 2010 [6].

Nous avons inclus les patients atteints de la SEP, n'ayant pas présenté une poussée de leur maladie durant le mois précédant l'entretien, et ayant déclaré avoir un(e) partenaire sexuel(le) stable depuis au moins six mois.

Recueil des données

Le recueil des informations a été fait au cours d'un entretien individuel dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient.

Instruments utilisés

En plus des questions relatives aux données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques relatives à la SEP, chacun des patients a répondu à trois échelles.

L'échelle Expanded disability status scale (EDSS)

L'évaluation de la gravité de la maladie neurologique était réalisée par l'*Expanded disability status scale* (EDSS) fondée sur l'examen neurologique et les capacités de déambulation du patient. C'est une échelle de cotation fonctionnelle du handicap, créée par Kurtzke en 1983 et utilisée dans la SEP [7]. Elle étudie 8 paramètres fonctionnels. Un score chiffré de sévérité croissante (0 à 5 ou 6) est donné à chaque paramètre fonctionnel. Ensuite, le score global se mesure sur une échelle de 20 niveaux allant de 0 (examen neurologique normal) à 10 (décès lié à la SEP) par demi-points. Le retentissement fonctionnel est faible en dessous de 4, puis apparaissent les difficultés de la marche entre 4 et 5,5 ; le malade est autonome au fauteuil roulant entre 6 et 7, très dépendant de son entourage au-delà [7, 8].

L'échelle International index of erectile function (IIEF15)

L'*International index of erectile function* ou IIEF15 est un auto-questionnaire validé pour évaluer la fonction sexuelle masculine [9, 10]. L'IIEF15 ne s'adresse qu'aux hommes ayant des pratiques hétérosexuelles puisqu'il est explicitement mentionné que le questionnaire a trait à « l'introduction du pénis dans le vagin ». Cette échelle comporte 15 items et explore 5 domaines fonctionnels : la fonction érectile, l'orgasme, le désir sexuel, la satisfaction du rapport sexuel (RS) et la satisfaction globale [9, 10].

Les réponses à chaque question correspondent à l'expérience du patient durant les quatre dernières semaines utilisant une échelle de Likert à cinq points (1-5), la valeur « 0 » est attribuée pour l'absence d'activité sexuelle. Le score de chaque domaine est obtenu en additionnant les scores de réponse à chaque question du domaine. Les scores les plus faibles indiquant une dysfonction sexuelle plus sévère [11].

Le domaine de la fonction érectile permet également de grader la dysfonction érectile (DE) : normal : score 26-30 ; DE peu sévère : score 22-25 ; DE peu à moyennement sévère : score 17-21 ; DE moyennement sévère : score 11-16 ; et DE sévère : score 6-10 [12].

L'échelle Female sexual function index (FSFI)

Il s'agit d'un auto-questionnaire développé par Rosen *et al.* en 2000 [13]. Cette échelle de type Likert est composée de 19 items répartis en six sous-échelles mesurant les différents aspects de la fonction sexuelle féminine au cours des quatre dernières semaines. Ces aspects sont : le désir, l'excitation, la lubrification, l'orgasme, la satisfaction et la douleur. Le score total est compris entre 2 et 36 avec une dysfonction sexuelle définie pour des scores inférieurs à 26,55 [14].

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSE)

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg, publiée en 1965, est un auto-questionnaire de dix items dont 5 évaluent l'estime de soi positive et 5 l'estime de soi négative [15].

Les réponses sont recueillies au moyen d'une échelle de Likert en 4 points (1 à 4). L'intervalle des scores s'étend de 10 à 40. Un score inférieur ou égal à 30 correspond à une faible estime de soi [16].

Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel : *Statistical package for social sciences* dans sa 20^e version (SPSS 20).

Les variables quantitatives ont été décrites en utilisant la moyenne, l'écart type et les limites et les variables qualitatives ont été exprimées par leur fréquence.

Pour la comparaison des moyennes, nous avons utilisé le test de Student pour échantillon indépendants (lorsque la variable qualitative est dichotomique) et Anova à 1 facteur (lorsque la variable qualitative est à plus que 2 modalités).

Pour mesurer l'association entre deux variables quantitatives, nous avons utilisé le coefficient de corrélation R de Pearson.

La différence entre les résultats a été considérée significative pour un $p < 0,05$.

Résultats

Étude descriptive

Description démographique de la population d'étude

L'âge moyen était de $36,9 \pm 9,6$ ans avec des extrêmes allant de 20 à 57 ans. Le sex-ratio (homme/femme) était de 0,9. Plus de la moitié des participants ($N = 28$; 66,7 %) étaient actifs sur le plan professionnel et avaient un niveau socio-économique moyen ($N = 33$; 78,6 %). Toutes les femmes ($N = 22$) étaient mariées. Quant aux hommes, 75 % étaient mariés, 15 % célibataires et 10 % divorcés.

Description clinique et thérapeutique relative à la SEP

La SEP évoluait selon la forme rémittente dans 88,1 % des cas ($N = 37$; 19 femmes et 18 hommes), selon la forme progressive secondaire dans 7,1 % des cas et selon la forme progressive primaire dans 4,8 %. La durée moyenne d'évolution était de $8,4 \pm 5,2$ ans avec des extrêmes allant de 1 à 23 ans. Le nombre total moyen de poussées était égal à $4,8 \pm 3,5$ poussées avec des extrêmes allant de 1 à 15 poussées. La moitié des patients (52,5 %) ont présenté des troubles vésico-sphinctériens (TVS) au cours de l'évolution de la maladie. Le score EDSS moyen du dernier examen, toutes formes évolutives confondues, était de $2,8 \pm 2,1$

avec des extrêmes allant de 0 à 7. Un faible retentissement fonctionnel de la maladie (score EDSS < 4) était retrouvé chez 28 patients (homme = 13, femme = 15) et 14 patients (homme = femme = 7) avaient un retentissement fonctionnel important (score EDSS ≥ 4). Un traitement de fond était prescrit pour 95,2 % des patients (interféron bêta (50 %), natalizumab (23,8 %) et fingolimod (21,4 %)).

Évaluation de la sexualité des patients souffrant de la SEP Prévalences des DS

Une DS a été retrouvée chez 28 patients soit 66,7 %. Elle était plus fréquente chez les femmes ($N = 15$; 68,2 %) que chez les hommes ($N = 13$; 65 %).

Les DS sont apparues dans un délai moyen de $3,86 \pm 3,9$ ans (extrême 0 et 13 ans). Ces troubles existaient lors de la première poussée (accompagnant les signes neurologiques) chez 3 patients soit 10,7 % de ceux ayant une DS.

Parmi les patients présentant une DS, 6 patients (21,4 %) ont véhiculé leurs plaintes sexuelles auprès des médecins.

Évaluation de la DS masculine par l'échelle IIEF15

L'évaluation de la sexualité masculine par l'échelle IIEF15 a trouvé un score total moyen de 48. Les scores moyens des différentes dimensions de l'IIEF15 sont illustrés dans le tableau 1.

En se référant à une valeur seuil de 25 pour définir une dysfonction érectile (DE), 13 hommes (65 %) présentaient une DE.

Évaluation de la DS féminine par l'échelle FSFI

L'évaluation de la sexualité féminine par l'échelle FSFI a trouvé un score total moyen de 18,8. Les scores moyens des différentes dimensions de la FSFI sont illustrés dans le tableau 2.

En se référant à une valeur seuil de 26,55, 15 femmes (68,2 %) présentaient une DS. L'orgasme et la douleur étaient les deux domaines les plus altérés.

Évaluation de l'estime de soi par l'échelle RSE

La prévalence d'une faible estime de soi (score RSE ≤ 30) était de 57,1 % ($N = 24$). Cette prévalence était 59,1 % chez les femmes et 55 % chez les hommes.

Étude analytique

Facteurs sociodémographiques et cliniques influençant le fonctionnement sexuel des patients atteints de SEP

La DS était plus fréquente chez les femmes ($N = 15$; 68,2 %) que chez les hommes ($N = 13$; 65 %), sans être statistiquement significative ($p = 0,827$).

Nous avons trouvé que les scores du fonctionnement sexuel masculin (le score total de l'IIEF15 ainsi que les

Tableau 1. Score total et sous-scores de l'IIEF15.

	Score moyen	Score min/max	Écart type	Valeur maximale théorique
Érection	18,8	1-30	9,1	30
Orgasme	7,3	0-10	2,7	10
Désir sexuel	6,8	2-10	2,7	10
Satisfaction du rapport sexuel	8,4	0-15	4,4	15
Satisfaction globale	6,6	2-10	2,9	10
Total IIEF15	48	5- 75	19,2	75

Tableau 2. Score total et sous-scores du FSFI.

	Score moyen	Score min/max	Écart type	Valeur maximale théorique
Désir	3,3	1,2 - 6	1,3	6
Orgasme	2,7	0 -6	2,4	6
Lubrification	3,4	0-6	2,2	6
Excitation	2,8	0-5,7	2,1	6
Satisfaction	3,6	0,8-6	2,1	6
Douleur	2,7	0-6	1,9	6
Total FSFI	18,8	2-33	10,2	36

scores des dimensions ; érection, orgasme et satisfaction du RS) étaient significativement plus élevés chez les hommes mariés (p respectifs : 0,008, 0,010, 0,022, 0,004) par rapport aux hommes célibataires et divorcés.

Concernant les facteurs cliniques liés à la SEP, notre étude a mis en évidence une corrélation entre un retentissement fonctionnel (RF) important de la maladie (score EDSS ≥ 4), une durée d'évolution de la maladie > 5 ans, la forme progressive, la présence de TVS et un mauvais fonctionnement sexuel masculin évalué par le score total IIEF15 et ses dimensions (*tableau 3*).

Chez les femmes, nous n'avons trouvé aucune corrélation entre le fonctionnement sexuel et les différents facteurs sociodémographiques et cliniques liés à la SEP.

Impact de l'estime de soi sur la fonction sexuelle des patients atteints de SEP

Chez les hommes, les différentes dimensions du fonctionnement sexuel sauf la satisfaction globale, étaient positivement corrélées au score de l'estime de soi (*tableau 4*).

Le fonctionnement sexuel féminin, évalué par le score total du FSFI et ses dimensions telles que l'excitation, l'orgasme et la satisfaction, était positivement corrélé au score de l'estime de soi (*tableau 5*).

Discussion

Étude de la prévalence de la DS dans la SEP

Dans notre étude, la prévalence de la DS chez les patients atteints de la SEP était de 66,7 %. Elle était plus fréquente chez les femmes que chez les hommes sans être statistiquement significative (68,2 % vs 65 % ; $p = 0,827$). Des travaux consacrés à l'étude de la prévalence des DS dans la SEP, ont démontré que 40 à 80 % des femmes et 50 à 90 % des hommes ont des troubles sexuels [17-20]. Ces études ont montré également que la fréquence des DS dans la SEP était significativement plus élevée que dans d'autres maladies neurologiques, et presque cinq fois plus élevée que dans la population générale [20, 21].

La fréquence des DS se confronte à une faible proportion de patients pris en charge. Le tabou ainsi que le caractère privé des problèmes sexuels inhibent fréquemment les patients ainsi que le personnel médical, et la demande de soins reste difficile à formuler. D'où l'intérêt d'une connaissance préalable de la culture et du mode de vie du patient, afin d'appréhender son vécu de la sexualité [22].

Par ailleurs, la majorité des travaux sur les différences entre les sexes dans la SEP, soulignent que la DS était plus fréquente chez les hommes que les femmes [23], alors que les résultats de notre étude n'ont pas

Tableau 3. Corrélations entre le fonctionnement sexuel masculin et les facteurs cliniques liés à la SEP.

Scores IIEF15						
	Érection	Orgasme	Désir	Satisfaction du RS	Satisfaction globale	Score total
Score EDSS	p = 0,001 r = -0,69	NS	p = 0,001 r = -0,68	p = 0,001 r = -0,69	p = 0,000 r = -0,72	p = 0,000 r = -0,74
Durée d'évolution de la SEP > 5 ans	p = 0,01 r = -0,56	NS	NS	p = 0,023 r = -0,50	p = 0,020 r = -0,51	p = 0,022 r = -0,50
RF : important	8,7	4,4	6,5	3,8	3,2	26,8
faible	24,2	8,9	6,9	10,9	8,3	59,3
	p = 0,000	p = 0,000	NS	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,000
Présence de TVS : Oui	15,1	6,3	5,5	5,7	5,7	38,5
Non	23,2	8,6	8,3	11,7	7,6	59,5
	p = 0,048	(NS)	p = 0,018	p = 0,001	NS	p = 0,011
Forme évolutive SEP :						
- Rémittente	20	7,5	6,8	9,1	6,7	50,2
	8	5,5	6,5	2,5	5	27,5
- Progressive (primaire et secondaire)	NS	NS	NS	p = 0,042	NS	NS

RS : rapport sexuel. NS : différence non significative. RF : retentissement fonctionnel. TVS : troubles vésico-sphinctériens.

Tableau 4. Corrélations entre le fonctionnement sexuel masculin à l'IIEF15 et l'estime de soi au RSE.

Scores IIEF15						
	Érection	Orgasme	Désir	Satisfaction du RS	Satisfaction globale	Score total
Score RSE	p = 0,003 r = 0,62	p = 0,02 r = 0,51	p = 0,000 r = 0,80	p = 0,001 r = 0,69	p = 0,110* r = 0,36	p = 0,001 r = 0,70

RS : Rapport sexuel.* = différence non significative.

Tableau 5. Corrélations entre le fonctionnement sexuel féminin au FSFI et l'estime de soi au RSE.

Scores FSFI							
	Désir	Excitation	Lubrification	Orgasme	Satisfaction	Douleurs	Score total
Score RSE	p = 0,100* r = 0,36	p = 0,017 r = 0,50	p = 0,72* r = 0,39	p = 0,035 r = 0,45	p = 0,036 r = 0,44	p = 0,291* r = 0,23	p = 0,023 r = 0,48

* = différence non significative.

confirmé cette constatation. La sexualité est un champ où l'homme trouve l'occasion d'affirmer sa puissance phallique et sa domination alors que la baisse d'activité sexuelle chez la femme peut être une réaction adaptée voir même valorisée dans notre culture arabo-islamique dominée par des valeurs et des attitudes masculines.

Concernant la typologie des DS, elle varie en fonction du sexe. D'une façon générale, nos résultats vont dans le même sens que ceux de la littérature [1, 2, 20, 24]. La dysfonction érectile (DE) représente le problème sexuel le plus fréquent chez l'homme atteint de SEP et sa fréquence oscille entre 50 % et 85 % [20, 24]. Comme c'était le cas dans notre étude où ce problème existait chez 65 % des patients.

Les DS les plus fréquentes chez la femme atteinte de SEP sont la diminution voire la perte de la libido (7-74 %), les difficultés orgasmiques (1-70 %), la dyspareunie (18-72 %), la diminution de la lubrification vaginale, les

troubles de l'excitation sexuelle (29-51 %) et les troubles de la sensibilité vaginale ou de la région génitale (2-58 %) [1, 2].

Les résultats de notre étude confirment celles des études antérieures [1, 2] et montrent que l'orgasme et la douleur étaient les deux domaines les plus altérés chez les femmes atteintes de SEP, suivis par l'excitation puis le désir puis la lubrification et enfin la satisfaction sexuelle.

Ces résultats illustrent bien la complexité de la réponse sexuelle. C'est un phénomène plus complexe que la simple augmentation de la circulation au niveau des organes génitaux. En effet, la réponse sexuelle correspond à l'intégration de différentes fonctions d'origine vasculaire, neurologique, hormonale et psychogène. D'où la nécessité de déterminer les relations entre les DS et les atteintes neurologiques, les limitations fonctionnelles résultant de la SEP et les facteurs psychosociaux.

Étude des facteurs cliniques associés à la DS chez les patients atteints de SEP

Le niveau de handicap selon le score EDSS

Il est bien connu que le degré d'incapacité physique influence profondément la vie sexuelle des patients atteints de maladies neurologiques en raison de multiples aspects psychologiques, biologiques et sociaux de l'incapacité physique liée à la maladie [25].

Toutefois, la corrélation entre le handicap lié à la SEP et les troubles sexuels est toujours sujet de controverse ; si certaines études ont conclu à un rapport significatif entre des niveaux d'infirmité attribuables à la SEP et la présence de DS [19, 23] d'autres n'ont pas trouvé de tel rapport [26]. Dans notre étude, le fonctionnement sexuel masculin était significativement plus altéré chez les hommes présentant un retentissement fonctionnel important de la SEP sans l'être pour les patients de sexe féminin. Cela pourrait être expliqué par le rôle passif que les femmes de notre société jouaient dans la relation sexuelle.

Durée d'évolution de la maladie

La relation entre l'apparition d'une DS et la durée de la maladie reste controversée dans la littérature [20, 27]. En effet, certaines études ont démontré que le risque de développer une DS s'accroît de manière significative en fonction du temps [27], tandis que d'autres n'ont pas pu conclure à une corrélation significative [20].

Dans notre étude, la durée d'évolution de la maladie était négativement corrélée au fonctionnement sexuel masculin évalué par le score total de l'IIEF15 et ses dimensions. De même, une autre étude a révélé que la durée de la maladie chez les patients atteints de SEP et souffrant d'une DS était plus longue que celle des patients atteints de SEP sans DS [27]. Cela pourrait s'expliquer par plusieurs raisons y compris le fait que la SEP pourrait avoir un impact négatif sur la relation entre les patients et leurs partenaires sexuels [28], et que des niveaux élevés de stress chez les partenaires des patients pourraient affecter leur fonctionnement émotionnel et sexuel [29].

Forme évolutive de la SEP

Il semble qu'il existe une relation très directe entre la DS chez les patients atteints de SEP et l'évolution progressive de la maladie.

Les résultats de notre étude ont confirmé les données de la littérature [20, 28] et ont montré que la forme progressive de la SEP était négativement corrélée à la satisfaction du rapport sexuel chez les hommes. Ainsi, certaines données suggèrent que le type rémittente-récurrente a un meilleur pronostic en ce qui concerne le fonctionnement sexuel, alors que les types progressifs primaires et secondaires sont des prédicteurs importants de DS [30].

Troubles vésico-sphinctériens (TVS)

La fréquence des TVS chez nos patients était égale à 52,4 %. De tels troubles peuvent compromettre la capacité physique de stimuler et de s'engager dans des rapports sexuels ainsi que de maintenir la continence vésico-sphinctérienne pendant l'activité sexuelle. Dans notre étude, nous avons trouvé une association significative entre la présence de TVS et la DS chez les hommes atteints de SEP. Le score total de l'IIEF15 était significativement plus faible chez les hommes présentant des TVS.

La DS dans la SEP était corrélée avec le dysfonctionnement vésical, et le rôle d'une innervation autonome commune a également été suggéré (probablement en raison du partage des mêmes segments du contrôle autonome) [30].

D'après Giannantoni *et al.* [31], l'angoisse de l'incontinence impérieuse pendant l'activité sexuelle est corrélée à la DS dans la SEP aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Étude des facteurs sociaux associés à la DS chez les patients atteints de SEP

Dans notre étude, un meilleur fonctionnement sexuel était significativement plus élevé chez les hommes mariés par rapport aux hommes divorcés et célibataires. Selon plusieurs auteurs, ne pas avoir un partenaire sexuel stable est un prédicteur important d'insatisfaction sexuelle et des troubles de l'excitation sexuelle dans la SEP [32]. De même, la qualité de la relation du couple est corrélée avec des DS dans la mesure où le soutien positif du partenaire améliorerait significativement la satisfaction sexuelle, alors que le soutien négatif la diminuerait [33]. Réciproquement, une DS peut entraîner des problèmes conjugaux et même le divorce [34]. D'après les données de la littérature, jusqu'à 71 % des patients atteints de la SEP et souffrant de DS déclarent avoir également des problèmes sur le plan conjugal [28].

Évaluation de l'estime de soi et son impact sur le fonctionnement sexuel des patients atteints de SEP

L'estime de soi est une évaluation de soi qui semble être à risque chez les personnes atteintes de SEP. Elle est définie comme un jugement de sa propre valeur et est souvent basée sur des domaines de vie importants tels que la santé psychologique et physique [35].

Une faible estime de soi était rapportée par 57,1 % des patients atteints de SEP dans notre étude. Dans les études comparant des sujets atteints de SEP à la population générale, les patients atteints de SEP ont souvent déclaré des niveaux faibles d'estime de soi [36]. Cette faible estime de soi était un prédicteur de mauvaise qualité de vie dans la SEP [37].

Néanmoins, dans la littérature, il n'existe que très peu de travaux qui ont étudié la relation entre l'estime de soi et la DS chez les patients atteints de SEP.

Dans notre étude, chez les femmes, certaines dimensions du fonctionnement sexuel, telles que l'excitation, l'orgasme et la satisfaction, étaient corrélées à une faible estime de soi.

Une étude longitudinale a montré que les changements de rôle induits par la SEP, les difficultés interpersonnelles ou de communication, l'humeur dépressive, et la faible estime de soi peuvent interférer d'une manière significative avec le désir sexuel, la réponse et la satisfaction sexuelle [38].

Dans notre étude, la dysfonction érectile, la diminution du désir, de l'orgasme et la satisfaction des rapports sexuels étaient corrélées à une faible estime de soi chez les hommes atteints de SEP. Althof SE *et al* [39] ont trouvé que les hommes atteints de dysfonction érectile rapportaient souvent une faible estime de soi, un manque de confiance et une insatisfaction des relations sexuelles.

L'implication de l'estime de soi, de la confiance en soi et le sentiment d'auto-efficacité dans le fonctionnement sexuel et la qualité de vie des patients atteints de SEP est bien documentée dans la littérature [37, 39].

Limites de l'étude : la petite taille de l'effectif. Dans notre société musulmane, les rapports sexuels ne sont permis que dans le cadre de mariage. Pour cela, la plupart des célibataires et divorcés ont déclaré l'absence de rapport sexuel qui représente un critère d'exclusion de l'étude.

Conclusion

En dépit de la fréquence des dysfonctions sexuelles dans notre étude, les patients restent réticents quant aux soins. Cet aspect de la maladie est sous-estimé dans notre pratique clinique, et reste souvent non-diagnostiqué et non-traité. La dysfonction érectile représente le problème sexuel le plus fréquent chez les hommes atteints de SEP. Quant aux femmes, la dysorgasme et la dyspareunie étaient les deux principales plaintes sexuelles.

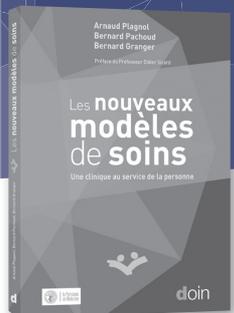
Cette dysfonction sexuelle paraît être complexe et multifactorielle. Notre étude soulève l'importance des facteurs physiques et psychologiques en l'occurrence la faible estime de soi, dans le fonctionnement sexuel des patients atteints de SEP, régi par un contexte socio-culturel bien déterminé. Compte tenu du caractère multifactoriel de la dysfonction sexuelle, un traitement réussi nécessite une approche multidisciplinaire. L'adoption d'une approche multimodale qui s'appuie sur la sensibilisation, l'éducation et la communication avec les patients, sur la nature, les causes et les traitements de leurs troubles sexuels, doit inciter les uns et les autres à surmonter leurs réticences et proposer aux patients un accompagnement spécifique et adapté au trouble.

Liens d'intérêt les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

- Sevène A, Akrou B, Galimard-Maisonneuve E, Kutneh M, Royer P, Sevène M. Sclérose en plaques et sexualité : un modèle complexe. *Sexologies* 2009 ; 18 : 128-33.
- Cordeau D, Courtois F. Sexual disorders in women with MS : assessment and management. *Ann Phys Rehabil Med* 2014 ; 57 : 337-47.
- Damak M, Nsir SB, Turki E, Bouchhima I, Miladi MI, Mhiri C. Anxiété et dépression dans la sclérose en plaques : à propos de 100 patients tunisiens. *L'Information psychiatrique* 2014 ; 90 : 381-6.
- Nortvedt MW, Riise T, Frugård J, Mohn J, Bakke A, Skår AB, *et al*. Prevalence of bladder, bowel and sexual problems among multiple sclerosis patients two to five years after diagnosis. *Mult Scler* 2007 ; 13 : 106-12.
- Calabrò RS, De Luca R, Conti-Nibaldi V, Reitano S, Leo A, Bramanti P. Sexual dysfunction in male patients with multiple sclerosis : a need for counseling ! *Int J Neurosci* 2014 ; 124 : 547-57.
- Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, *et al*. Diagnostic criteria for multiple sclerosis : 2010 revisions to the McDonald Criteria. *Ann Neurol* 2011 ; 69 : 292-302.
- Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis : an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983 ; 33 : 1444-52.
- Bénaïm C, Pélissier J. Évaluation clinique et suivi d'un patient atteint de SEP. In : *La sclérose en plaques*. Paris : Masson ; 2003. pp. 39-45.
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF) : a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997 ; 49 : 822-30.
- Rosen RC, Cappelleri JC, Gendrano N 3rd JC. The International Index of Erectile Function (IIEF) : a state-of-the-science review. *Int J Impot Res* 2002 ; 14 : 226-44.
- Giuliano F. Les questionnaires recommandés en médecine sexuelle. *Progrès en urologie* 2013 ; 23 : 811-21.
- Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH. Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urology* 1999 ; 54 : 346-51.
- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, *et al*. The Female Sexual Function Index (FSFI) : a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000 ; 26 : 191-208.
- Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI) : cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005 ; 31 : 1-20.
- Delbrouck M, Vénara P, Goulet F, Ladouceur R. Annexe 14. Échelle d'estime de soi : (Rosenberg, 1969 ; traduction Chambon. 1992). In : Delbrouck M. *Comment traiter le burn-out : Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*. Louvain-la-Neuve (Belgique) : De Boeck Supérieur ; 2011. pp. 397-98.
- Guillon MS, Crocq MA. Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2004 ; 52 : 30-6.
- Lew-Starowicz M, Rola R. Sexual dysfunctions and sexual quality of life in men with multiple sclerosis. *J Sex Med* 2014 ; 11 : 1294-301.
- Lew-Starowicz M, Rola R. Prevalence of sexual dysfunctions among women with multiple sclerosis. *Sex Disabil* 2013 ; 31 : 141-53.
- Guo ZN, He SY, Zhang HL, Wu J, Yang Y. Multiple sclerosis and sexual dysfunction. *Asian J Androl* 2012 ; 14 : 530-5.
- Zorzon M, Zivadinov R, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, *et al*. Sexual dysfunction in multiple sclerosis : a case-control study. I. Frequency and comparison of groups. *Mult Scler* 1999 ; 5 : 418-27.
- Rees PM, Fowler CJ, Maas CP. Sexual function in men and women with neurological disorders. *Lancet* 2007 ; 369 : 512-25.
- Scheiber-Nogueira MC. Les troubles sexuels dans la sclérose en plaques. *Correspondances en pelvi-périnéologie* 2005 ; 5 : 21-5.
- Celik DB, Poyraz EÇ DB, Bingöl A, Idiman E, Ozakbaş S, Kaya D. Sexual dysfunction in multiple sclerosis : gender differences. *J Neurol Sci* 2013 ; 324 : 17-20.

24. Zorzon M, Zivadinov R, Monti Bragadin L, Moretti R, De Masi R, Nasuelli D, *et al.* Sexual dysfunction in multiple sclerosis : a 2-year follow-up study. *J Neurol Sci* 2001 ; 187 : 1-5.
25. Bronner G, Vodušek DB. Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord* 2011 ; 4 : 375-83.
26. McCabe MP. Exacerbation of symptoms among people with multiple sclerosis : impact on sexuality and relationships over time. *Arch Sex Behav* 2004 ; 33 : 593-601.
27. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction : are there any differences? *Mult Scler* 2006 ; 12 : 209-14.
28. McCabe MP, McDonald E, Deeks AA, Vowels LM, Cobain MJ. The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. *J Sex Res* 1996 ; 33 : 241-8.
29. Hakim EA, Bakheit AM, Bryant TN, Roberts MW, McIntosh-Michaelis SA, Spackman AJ, *et al.* The social impact of multiple sclerosis-a study of 305 patients and their relatives. *Disabil Rehabil* 2000 ; 22 : 288-93.
30. Zivadinov R, Zorzon M, Bosco A, Bragadin LM, Moretti R, Bonfigli L, *et al.* Sexual dysfunction in multiple sclerosis : II. Correlation analysis. *Mult Scler* 1999 ; 5 : 428-31.
31. Giannantoni A, Proietti S, Gubbiotti M, Rossi de Vermandois JA, Porena M. Urinary symptoms and sexual dysfunction in the patients affected by multiple sclerosis. *Eur Urol Suppl* 2013 ; 12 : e303.
32. Borello-France D, Leng W, O'Leary M, Xavier M, Erickson J, Chancellor MB, *et al.* Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004 ; 10 : 455-61.
33. Blackmore DE, Hart SL, Albani JJ, Mohr DC. Improvements in partner support predict sexual satisfaction among individuals with multiple sclerosis. *Rehabil Psychol* 2011 ; 56 : 117-22.
34. Kadri N, McHichi Alami KH, McHakra Tahiri S. Sexual dysfunction in women : population based epidemiological study. *Arch Womens Ment Health* 2002 ; 5 : 59-63.
35. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton (NJ) : Princeton University Press, 1965.
36. McCabe MP. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res* 2005 ; 59 : 161-6.
37. Messmer Uccelli M, Traversa S, Ponzio M. A survey study comparing young adults with MS and healthy controls on self-esteem, self-efficacy, mood and quality of life. *J Neurol Sci* 2016 ; 368 : 369-73.
38. Kusic-Tepavcevic D, Pekmezovic T, Trajkovic G, Stojisavljevic N, Dujmovic I, Mesaros S, *et al.* Sexual dysfunction in multiple sclerosis : A 6-year follow-up study. *J Neurol Sci* 2015 ; 358 : 317-23.
39. Althof SE, O' Leary MP, Cappelleri JC, Glina S, King R, Tseng LJ, *et al.* Self-esteem, confidence, and relationships in men treated with sildenafil citrate for erectile dysfunction : results of two double-blind, placebo-controlled trials. *J Gen Intern Med* 2006 ; 21 : 1069-74.



Collection **La Personne en Médecine**

- Octobre 2018
- 17 x 24 cm, 224 pages
- ISBN : 978-2-7040-1582-5
- 36 €

Repenser le prendre-soin par des pratiques innovantes

De profondes mutations dans la conception des soins sont en gestation et convergent vers la même aspiration : une attention à l'humain, aux échanges, aux ressources et aux aspirations de la personne soignée, dans sa singularité inaliénable.

Cette nouvelle culture du prendre-soin nourrit déjà les pratiques soignantes et s'appuie sur des concepts novateurs issus des expériences de cliniciens engagés ou portés par des mouvements d'usagers.

Ce volume présente les plus dynamiques de ces nouveaux modèles de soins, leurs fondements, principes communs et développements cliniques concrets.

• Arnaud Plagnol
• Bernard Pachoud
• Bernard Granger

En savoir + sur
www.jle.com



Egalement disponible en Ebook

