

Maladies inflammatoires chroniques intestinales, fertilité et sexualité

Fertility, sexuality and Inflammatory Bowel Disease

Romain Leenhardt⁽¹⁾, Pauline Rivière⁽²⁾,
Isabelle Nion-Larmurier⁽³⁾⁽⁴⁾, Patrick
Papazian⁽⁵⁾, Guillaume Girard⁽⁶⁾,
David Laharie⁽¹⁾, Philippe Marteau⁽¹⁾⁽⁴⁾

¹ Hôpital Saint-Antoine, Service d'hépatogastroentérologie, 184 Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France

² CHU de Bordeaux, Hôpital Haut-Lévêque, Service d'hépatogastroentérologie, CMC Magellan, Bordeaux, Pessac, France

³ Hôpital Saint-Antoine, Service de gastroentérologie et nutrition, 184 Faubourg Saint-Antoine, 75012 Paris, France

⁴ Saint Antoine IBD NeTwork

⁵ Hôpital Bichat-Claude Bernard, Service des maladies infectieuses et tropicales, 46, rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18, France

⁶ Hôpital Armand-Trousseau, Service de gynécologie obstétrique, 26 avenue du Docteur Arnold Netter, 75012 Paris

e-mail : <philippe.marteau@aphp.fr>

Résumé

Les personnes souffrant de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) rapportent que leur santé sexuelle est souvent altérée et insuffisamment abordée lors des consultations médicales ; elles conçoivent moins d'enfants que la population générale. Cette revue vise à apporter au thérapeute une synthèse des outils et informations utiles concernant les dysfonctions de la sexualité et la fertilité des patients atteints de MICI. La dysfonction sexuelle est souvent associée à une altération de l'image corporelle et de la qualité de vie des patients ; ses mécanismes sont multiples. Des troubles anxio-dépressifs sont souvent intriqués. La fertilité est très voisine de celle de la population générale mais quelques cas particuliers doivent être connus des gastroentérologues. Une consultation pré-conceptionnelle apportant des informations simples au couple, répondant à ses questions et corrigeant éventuellement ses croyances erronées est d'une aide démontrée et le maintien de la rémission de la MICI (incluant l'utilisation des traitements médicamenteux) est un élément-clé.

■ **Mots clés** : maladies inflammatoires de l'intestin, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, fertilité, grossesse, sexualité

Abstract

People with IBD report that their sexual health is often impaired and inadequately addressed during medical consultations; they conceive fewer children than the general population. This review aims to provide the therapist with a synthesis of useful tools and information regarding sexual dysfunction and fertility in IBD patients. Sexual dysfunction is often associated with impaired body image and quality of life for patients; its mechanisms are multiple. Anxio-depressive disorders are often entangled. Fertility is very close to that of the general population, but some special cases must be known to gastroenterologists. A pre-conception consultation providing simple information to the couple, answering their questions and possibly correcting their erroneous beliefs is of proven help and the maintenance of the remission of IBD (including the use of drug treatments) is a key element.

■ **Key words**: inflammatory bowel disease, Crohn's disease, ulcerative colitis, fertility, pregnancy, sexuality

La fonction sexuelle et parfois la fertilité peuvent être affectées au cours des MICI. Des enquêtes montrent que les malades ressentent un besoin d'informations et d'écoute dans ce domaine [1, 2]. Ils décident

plus souvent que la population générale de ne pas avoir d'enfants, notamment ceux qui sont les moins bien informés. Les craintes portent sur les aspects potentiellement délétères de la maladie, sa transmission possible

**HEPATO-GASTRO
et Oncologie digestive**

Tirés à part : P. Marteau

Pour citer cet article : Leenhardt R, Rivière P, Nion-Larmurier I, Papazian P, Girard G, Laharie D, Marteau P. Maladies inflammatoires chroniques intestinales, fertilité et sexualité. *Hépatogastro* 2018 ; 25 : 830-838. doi : 10.1684/hpg.2018.1658

à leurs enfants mais aussi beaucoup des traitements. Cet article a pour but de donner au thérapeute une synthèse des informations utiles et outils sur ces aspects.

Sexualité

Santé et dysfonctions sexuelles

La santé sexuelle est fréquemment affectée au cours des MICI comme au cours de nombreuses autres maladies chroniques. Les problématiques autour de l'intimité et de la sexualité font partie des principales préoccupations des patients atteints de MICI mais semblent trop peu abordées en consultation [2]. Ainsi, parmi les 69 gastroentérologues ayant participé à une étude récente française, seulement 16 % déclaraient aborder les problématiques de sexualité en consultation alors que 93 % y étaient favorables. Leurs freins à aborder ces thématiques étaient l'absence de solutions thérapeutiques connues (45 %), la volonté de ne pas embarrasser les patients (29 %), une gêne du médecin (19 %) avant le manque de temps (9 %). Les proctologues étaient plus à même d'engager la discussion que les gastroentérologues (55 % vs. 9 %, $p < 0,001$).

La santé sexuelle (selon l'OMS) « fait partie intégrante de la santé, du bien-être et de la qualité de vie dans leur ensemble. C'est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités » [3]. La santé sexuelle s'envisage en cinq dimensions : physique, émotionnelle, sociale, mentale et spirituelle. Avec l'image corporelle, elle est un aspect important du fonctionnement psychosocial et peut avoir un impact majeur sur la qualité de vie. La prévalence rapportée dans la littérature médicale de la dysfonction sexuelle chez les patients atteints de MICI est de 45 à 60 % des femmes et 15 à 25 % des hommes [1, 4] ce qui est supérieur à ce qui est rapporté chez des groupes de témoins sains [5, 6]. En France, la prévalence de la dysfonction sexuelle en population générale est de 25 à 30 % chez les femmes et de 5 à 10 % chez les hommes. Environ deux tiers des patients atteints rapportent également une distorsion de leur image corporelle [7]. Ces problématiques semblent davantage affecter les femmes que les hommes [8].

“ **Santé sexuelle et image corporelle influencent le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie** ”

Cause des dysfonctions sexuelles

De nombreuses causes peuvent contribuer à un dysfonctionnement sexuel. L'activité de la MICI y participe

probablement [5]. Les femmes atteintes de MICI expriment souvent leur dysfonction sexuelle comme une baisse du désir sexuel, de la libido, une diminution de la satisfaction pendant les rapports sexuels et la survenue d'épisodes d'incontinence fécale [9]. Certaines femmes souffrent de trouble de la lubrification, de dyspareunies et d'infections vaginales [10]. Les hommes atteints de MICI expriment principalement un intérêt sexuel réduit associé à des symptômes à type d'impuissance, de dysfonction érectile et d'éjaculation rétrograde [9]. L'équipe de Riviere *et al.* [6] a montré qu'une dysfonction érectile était présente chez 43 % des hommes atteints de MICI. Dans ce même travail, la dysfonction sexuelle touchait autant les patients atteints de maladie de Crohn que de rectocolite hémorragique. Un travail récent basé sur le registre médical danois a montré que les hommes souffrant de MICI avaient un recours plus fréquent aux traitements de la dysfonction érectile : 11,9 % (soit 3 749 des 31 498 malades avec MICI) que des sujets non MICI vs. 9,7 % (soit 30 635 des 314 980 sujets non MICI) [11].

La sévérité du retentissement psychologique associée aux symptômes chroniques en présence d'une MICI est un élément de l'altération de la qualité de vie [9]. Dans l'étude de Timmer *et al.* [10] sur une cohorte de patientes atteintes de MICI, 63 % des participantes rapportaient une réduction de leur activité sexuelle et le facteur déterminant prédictif des troubles sexuels était la présence de symptômes dépressifs. Les patientes rapportant ces symptômes décrivaient plus spécifiquement une réduction de la fréquence des rapports sexuels, de la satisfaction du conjoint et des difficultés d'orgasmes. L'anxiété apparaissait également comme un facteur déterminant influençant ces troubles notamment la réduction de la fréquence des rapports.

“ **Les symptômes anxio-dépressifs occupent une place primordiale en lien avec l'altération de la sexualité** ”

La présence de troubles fonctionnels intestinaux (TFI) a un impact négatif sur la qualité de vie. Les patients atteints de MICI souffrant de TFI sont davantage à risque de développer une dysfonction sexuelle.

Dans le contexte de MICI, la présence de lésions anopérinéales, de cicatrices chirurgicales et/ou de stomies peut considérablement affecter l'apparence physique des patients. Les symptômes fréquemment associés au MICI (douleurs abdominales, diarrhée et troubles de la continence), participent davantage à affecter l'image corporelle. Dans une étude de 200 patients atteints de MICI, près de 70 % des patients ont signalé une altération de l'image corporelle touchant plus les femmes (75 % vs. 51 % pour les hommes) [7]. Le sexe féminin et l'antécédent de chirurgie

étaient également associés de façon significative à une sexualité altérée.

““ **Les patients souffrant de MICI ressentent souvent une altération de leur image corporelle** ””

L'existence d'une éventuelle interaction entre les traitements médicamenteux administrés au cours des MICI et la santé sexuelle est mal connue. La plupart des travaux cherchant des facteurs associés à la dysfonction sexuelle n'ont pas identifié de facteurs médicamenteux. Les corticostéroïdes peuvent être à l'origine d'une altération de l'image corporelle liée à la prise de poids, répartition des graisses, une éventuelle acné et l'hirsutisme cortico-induits. Les antidépresseurs peuvent induire une prise de poids et une dysfonction sexuelle. On sait mal si, comme certaines études ont observé une corrélation inverse entre la fonction sexuelle et l'activité de la MICI, des traitements contrôlant la MICI pourraient avoir un impact bénéfique sur la sexualité.

““ **Les traitements des MICI n'ont pas d'impact direct sur la fonction sexuelle** ””

MICI opérées

La fonction sexuelle est assez souvent améliorée dans les deux sexes par la chirurgie des MICI quand elle supprime la maladie. Cependant, une dysfonction sexuelle et éventuellement une fertilité peuvent résulter de gestes chirurgicaux, notamment pelviens, en particulier l'anastomose iléo-anale chez l'homme (AIA) [12]. Les chiffres de la littérature sont un peu variables mais montrent une dysfonction de l'éjaculation (notamment éjaculation rétrograde) chez environ 10 % des hommes ayant eu une AIA [12]. Les troubles de l'érection sont améliorés dans environ 80 % avec le sildénafil [12].

Prise en charge

Bien que l'altération de l'image corporelle et de la sexualité soit fréquente chez les patients atteints de MICI, ces problématiques sont rarement abordées en consultation alors que cela est souhaité par plus de la moitié des patients [2, 13]. La recherche d'un retentissement psycho-affectif secondaire à un trouble de la sexualité doit être à l'initiative du médecin. Une meilleure identification des patients à risque permet d'apporter un soutien psychologique adapté.

Comment communiquer ?

L'accueil et le recueil sont les étapes-clés de la consultation. Il est judicieux d'employer un vocabulaire adapté pour aborder et désigner les troubles. L'écoute doit être attentive, respectueuse, professionnelle et réflexive. La mise en évidence des compétences sexuelles du patient doit s'appuyer sur le positif acquis et sur la notion de « qualité de vie sexuelle ». Cet échange doit aboutir à la mise en place de conseils concrets et utilisables par le patient ainsi qu'à une stratégie thérapeutique adaptée. L'importance de la relation conjugale est souvent mise à l'écart des discussions [13]. La plupart des études font abstraction du rôle du partenaire sexuel dans l'explication des mécanismes pouvant conduire à une altération de la santé sexuelle. Or, il est certain que des répercussions non négligeables peuvent être observées chez un patient à travers le vécu du conjoint.

““ **Votre qualité de vie sexuelle, comme on dit, est-elle bonne ?** ””

Que mesurer et avec quels outils ?

La majorité des études évaluant la santé sexuelle utilisent l'*International Index of Erectile Function for men* (IIEF) [14] et le *Female Sexual Function Index* (FSFI) [15]. L'IIEF est un questionnaire de 15 items évaluant les aspects suivants : fonction érectile, orgasme, désir sexuel, niveau de satisfaction pendant les rapports sexuels et satisfaction globale. Pour la femme, le FSFI est un questionnaire de 19 items mesurant désir sexuel, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur.

Sexualité anale réceptive

Une étude française montre que 37 % des femmes et 45 % des hommes ont eu des rapports anaux et que 9 % des femmes et 14 % des hommes en ont une pratique régulière [16]. Encore trop souvent sujet tabou en consultation médicale, le rapport anal réceptif peut avoir des conséquences spécifiques dans le cadre des MICI [17] et, là aussi, les études manquent. Une question est de savoir s'il existe un risque accru de carcinome anal et si une prévention ou un dépistage sont nécessaires. La physiopathologie du cancer anal chez les patients atteints de MICI est multifactorielle. Une altération de la muqueuse ano-rectale secondaire à l'inflammation locale et systémique chronique semble contribuer à la carcinogénèse. Les patients atteints de lésions ano-périnéales de maladie de Crohn sont ainsi à haut risque de développement de cancers de l'anus et du rectum [18, 19]. Une association a été observée entre l'infection

à HPV et le carcinome épidermoïde anal chez les patients atteints de MICI. Il existe une association forte entre la dysplasie anale secondaire à une infection par HPV oncogènes et les (autres) infections sexuellement transmissibles (IST) chez les personnes ayant des rapports sexuels anaux réceptifs. L'immunodépression chronique est aussi un facteur de risque de développement de cancer associé à HPV. Ceci est bien décrit chez des patients sous immunosuppresseurs après transplantation d'organe [19].

Les pratiques courantes entourant un rapport sexuel anal incluent d'éventuels lavements, lubrifiants et topiques divers. L'hypothèse a été émise qu'elles puissent augmenter le risque d'IST en favorisant des érosions muqueuses. Dans l'état actuel des connaissances (niveau bas de preuve), il semble prudent et pertinent d'informer les patients ayant des rapports anaux réceptifs sur la prévention des IST mais également sur le dépistage de la dysplasie anale et la surveillance [20]. Une vaccination contre les papillomavirus oncogènes, au minimum chez les patients jeunes, doit être aussi discutée car il a été montré que le taux de néoplasie intra épithéliale anale était diminué après vaccination anti-HPV chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [21]. Les modalités de surveillance possible des patients ayant des rapports anaux et atteints de MICI ne sont pas définies. Nous proposons la réalisation d'un dépistage par frottis anal tous les 2 à 3 ans, ainsi qu'un dépistage annuel par prélèvements rectaux PCR gonocoque et *Chlamydia* mais ceci n'a pas fait l'objet d'étude et demeure donc un avis d'experts.

“ **Rapports anaux réceptifs : prévention des infections sexuellement transmissibles et dépistage** ”

Fertilité

La fécondité au cours des MICI est dans la majorité des cas identique à celle de la population générale. Le gastro-entérologue doit avoir une attitude rassurante et référer au gynécologue le couple exprimant une infertilité.

L'infertilité, ses causes possibles et assistance médicale à la procréation

On considère un couple comme infertile en l'absence de grossesse après un an de rapports sexuels non protégés. La fertilité dans la population générale est de 25 % par cycle. En pratique, 50 % des couples obtiendront une grossesse au bout de 4 mois et 80 % à 1 an. L'infertilité concerne donc environ 20 % des couples mais 90 % des couples obtiendront une grossesse spontanément en 18 à 24 mois. En France, 15 à 20 % des couples consultent un médecin pour désir d'enfants. La fertilité d'un couple dépend de la fécondité de chacun des deux partenaires. L'infécondité est d'origine féminine dans 40 % des cas, masculine dans 20 % des cas, mixte dans 30 % des cas et inexpliquée dans 10 % des cas. Chez la femme, la fertilité diminue à partir de l'âge de 30 ans. Le spermogramme tient la première place dans le bilan d'une infertilité masculine. Il doit être interprété de façon critique par un spécialiste (grande variabilité et nécessité de contrôler trois mois plus tard en cas d'anomalie sur un examen). Le tabac joue un rôle délétère sur la fécondité dans les deux sexes.

“ **Le couple en situation d'infertilité doit être rassuré et adressé au gynécologue** ”

Le *tableau 1* résume les grandes causes d'infertilité dans la population générale et quelques situations spécifiques liées aux MICI.

Tableau 1. Résumé des grandes causes d'infertilité dans la population générale et quelques situations spécifiques liées aux MICI (indiquées par un * et soulignées).

Chez la femme	Chez l'homme
<ul style="list-style-type: none"> – Âge : la fertilité est maximale vers 25 ans, diminue ensuite progressivement puis plus rapidement après 35 ans et est presque nulle après 45 ans. – Troubles de l'ovulation : obésité ou maigreur/hyperprolactinémie/syndrome des ovaires polykystiques/aménorrhées hypothalamiques, etc. *<u>maladies avec inflammation chronique</u> – Tabac : effet dose dépendant – Obstacles mécaniques : <ul style="list-style-type: none"> - Obstacle tubaire (cause fréquente secondaire à une salpingite ou une endométriose) *<u>Anastomose iléoanale par laparotomie. Maladie de Crohn avec inflammation pelvienne sévère éventuellement opérée</u> <ul style="list-style-type: none"> - Malformation utérine ou synéchie utérine (séquelle d'une endométriose le plus souvent) - Sténose cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> – Oligo-asthéo-térato-spermies (causes les plus fréquentes d'infécondité masculine) *<u>Sulfasalazine</u> – Azoospermies (peut être sécrétoire par hypogonadisme ou excrétoire par obstruction épидидymaire ou déférentielle) *<u>Sulfasalazine</u> – Facteurs de risques généraux : âge élevé, tabagisme, toxicomanie, intoxication au plomb

Les situations de MICI au cours desquelles un sur-risque « spécifique » d'infertilité a été observé sont les hommes recevant de la sulfasalazine et les femmes ayant eu une anastomose iléo-anale par laparotomie. Quand la voie laparotomique s'impose pour cette intervention, les recommandations sont d'informer la femme d'un risque d'hypofertilité et de discuter avec elle d'une chirurgie alternative diminuant ce risque (anastomose iléorectale ou iléostomie). Quand une AIA est envisagée par voie coelioscopique, le risque d'hypofertilité féminine est largement moindre (séries historiques comparatives) et cette intervention est habituellement désormais choisie. En ce qui concerne les médicaments des MICI, une revue systématique récente a montré que les hommes souffrant de maladie de Crohn et n'ayant pas été opérés avaient moins d'enfants mais sans différence significative de leur capacité reproductrice [22]. La sulfasalazine est le seul traitement des MICI qui augmente le risque d'hypofertilité en altérant le spermogramme [23]. Le changement de ce traitement par du 5-ASA rétablit en général la fertilité et le spermogramme. Les études portent souvent sur des effectifs très faibles. Chez la femme, aucune étude n'a montré une réduction de fertilité liée à l'un des traitements médicamenteux des MICI.

En France, 3,1 % des enfants sont nés en 2015 avec une aide médicale à la procréation¹. Les quelques travaux qui ont évalué les résultats de méthodes d'assistance médicale à la procréation chez des malades souffrant de MICI suggèrent un succès inférieur de cette procédure (par embryon transféré) chez les patientes avec MICI [24, 25]. Certains spécialistes en déduisent que le recours à ces techniques pourrait être plus précoce dans certains cas de MICI que dans la population générale. Cette décision doit être celle du spécialiste gynécologue.

Les patients qui choisissent de ne pas concevoir

Les femmes et hommes atteints de MICI ont généralement une fécondité identique à la population générale, mais ont moins d'enfants. Ceci semble dû en (bonne) partie à l'absence volontaire de conception [22]. Une telle décision est plus fréquente que dans la population générale, estimée dans 2 études une aux États-Unis une en Grande-Bretagne à 14 % à 18 % vs. 6 % dans la population générale [26, 27]. Les causes de cette décision sont nombreuses et le gastro-entérologue doit savoir que plusieurs études ont montré une association significative entre cette décision et un (trop ?) faible degré de connaissance sur les MICI par rapport aux témoins. Ceci suggère donc qu'une éducation pourrait rassurer certaines personnes et leur permettre d'envisager une grossesse en

¹ <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/assistance-medicale-procreation-amp>

Tableau 2. Informations et conseils utiles avant et au début d'une grossesse (HAS).

Bien informer, c'est :

- Consacrer du temps à l'information
- Apporter une écoute attentive pour mieux prendre en compte les attentes
- Délivrer une information fondée sur les données scientifiques
- Utiliser un langage et/ou un support adapté
- Proposer, si nécessaire, une consultation supplémentaire
- Fournir des informations écrites (à défaut, indiquer où en trouver)
- Les femmes enceintes (et celles qui ont un projet de grossesse) doivent être informées que l'acide folique en complément nutritionnel, 28 j avant la conception et jusqu'à 12 semaines de gestation, réduit le risque de malformation du tube neural. La dose recommandée est de 400 microgrammes/j.
- Assurer la continuité des soins par le partage des informations entre les différents professionnels concernés et la femme ou le couple

Dès le début de la grossesse :

- Expliquer les bénéfices d'un suivi régulier de la grossesse, pour la femme et son bébé
- Proposer un programme de suivi
- Souligner les risques de l'auto-médication et expliquer à la femme qu'elle ne doit pas prendre de médicament sans prescription médicale

Tableau 3. Risques de complications de la grossesse dans la population générale et au cours des MICI.

	Population générale	MICI
Infertilité (1 an)	20 %	Idem sauf après anastomose iléoanale par laparotomie
Fausse couche spontanée du 1 ^{er} trimestre	15 %	Idem
Grossesse extra-utérine	2 %	Idem sauf pour patientes opérées ?
Mort <i>in utero</i>	0,1 %	Idem
Prématurité	7 %	10 %
Malformations	2,7 %	Idem
Risque de MICI ultérieure pour le nouveau-né	0,5 %	RCH 2 % - MC 5 % 2 parents MICI : 30 %
Grossesse sans aucun événement	75 %	idem

corrigeant certaines idées reçues erronées [27]. Le gastro-entérologue occupe ici la place principale, ses connaissances spécifiques étant (en moyenne) plus grandes que celles du généraliste ou du gynéco-obstétricien [27].

“ **Écouter et éduquer pour rassurer et corriger les idées reçues erronées** ”

Prévoir une grossesse et grossesse au tout début

La grossesse est une situation exceptionnelle dans la vie d'une famille (une fois sur deux il s'agit d'une première !);

l'association d'une grossesse et d'une MICI est aussi une situation exceptionnelle pour un médecin traitant ou un gynécologue mais pas pour un gastro-entérologue. Le stress d'une femme désireuse d'avoir un bébé est souvent important et ne doit pas être majoré par le médecin. Pour travailler avec sérénité, le gastro-entérologue doit avoir des connaissances de base abordées dans de nombreuses revues fréquemment actualisées et résumées ici (*tableaux 2 et 3*) [28]. Les données scientifiques sont solides montrant que le devenir de ces grossesses ne diffère que très peu de la population générale (un peu plus de prématurité) et que pratiquement tous les traitements sont possibles (sauf le méthotrexate et le thalidomide). Si la grossesse d'une de

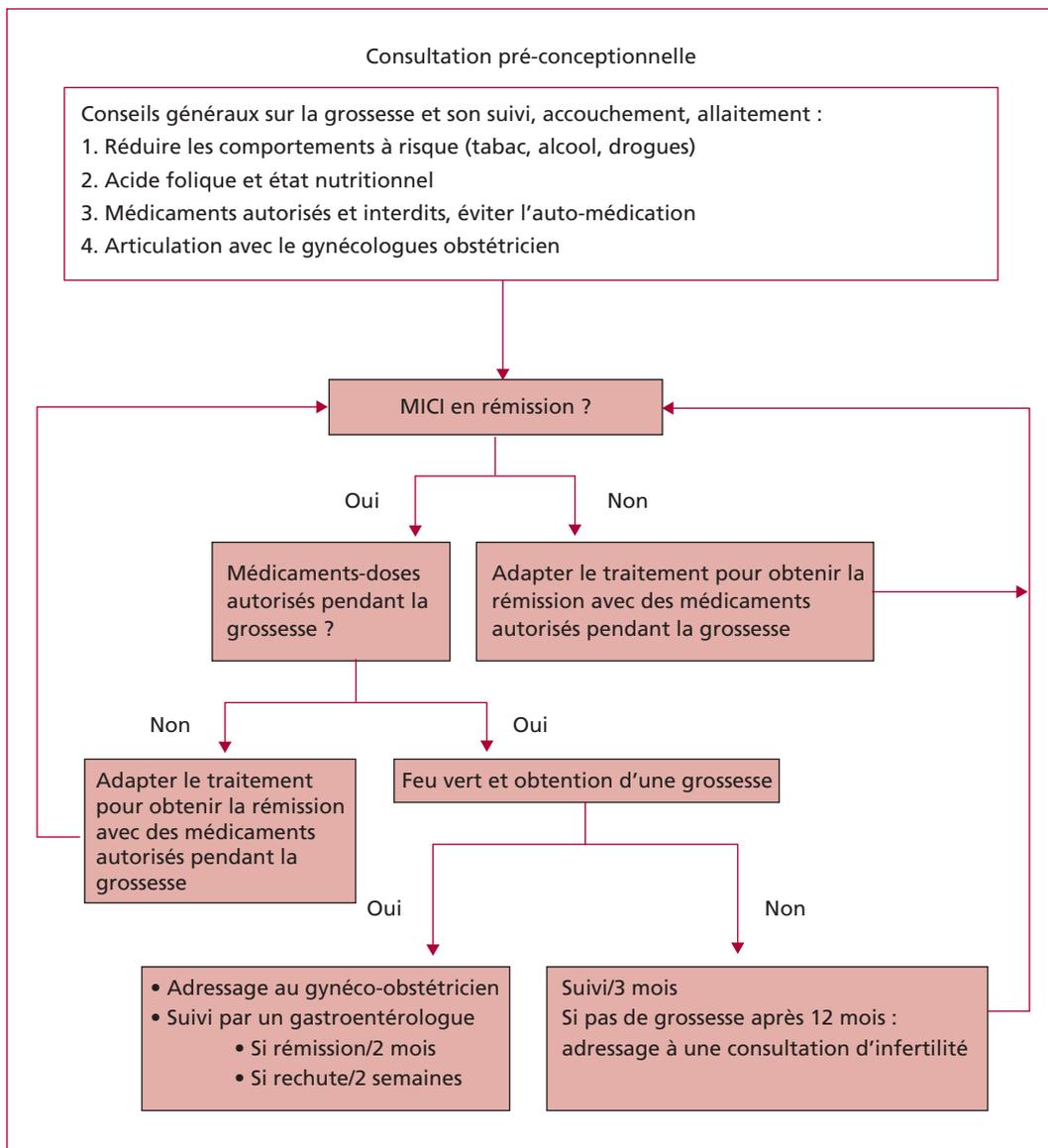


Figure 1. Programme systématisé d'informations pré-conceptionnelles (d'après [30]).

Tableau 4. Recommandations concernant l'utilisation de médicaments des MICI chez la femme enceinte selon le consensus de Toronto [28].

Médicaments	Recommandation selon le consensus de Toronto
Méthotrexate ou thalidomide	Arrêt immédiat de ce médicament et organisation d'un contact avec le Centre de référence sur les agents tératogènes
5-ASA	Ne pas dépasser la dose de 3 g/j
Corticoïdes	Limiter l'emploi comme pour une femme non enceinte La prednisone et la prednisolone sont largement métabolisées par le placenta ce qui limite le passage fœtal. Attention la dexaméthasone ne l'est pas !
Si poussée de la maladie	Corticoïdes ou anti-TNF pour induire la rémission clinique
Si poussée résistante aux corticoïdes	Anti-TNF pour induire la rémission clinique
Thiopurine	Maintenir le traitement et la surveillance usuelle
Infliximab ou adalimumab	Maintenir le traitement et la surveillance usuelle
Si choix d'interrompre un traitement anti-TNF afin de minimiser l'exposition fœtale*	Administrer la dernière dose d'infliximab ou d'adalimumab entre 22 et 24 semaines de gestation
Si combothérapie par anti-TNF et thiopurine	Si possible passer à la monothérapie en fonction de l'histoire médicale passée
Si initiation d'un traitement anti-TNF	Monothérapie anti-TNF plutôt qu'une combothérapie par anti-TNF et thiopurine
Védolizumab, ustékinumab	Utiliser en l'absence d'alternative uniquement
Antibiotiques	Utilisation courte, > 7 j pour les quinolones
Si hospitalisation pour la MICI	Thrombo-prophylaxie anticoagulante pendant l'hospitalisation et à domicile si alitement ou autres facteurs de risque Contact obstétricien et monitoring fœtal

*Alternative à la ligne précédente, la poursuite du traitement étant conseillée nettement plus souvent, notamment si la maladie a été récemment active.

ses patientes met un gastro-entérologue dans une situation d'inconfort, il doit la rassurer et l'adresser dans un délai court à un collègue habitué pour éviter l'anxiété.

“ Un peu plus de prématurité ”

La femme et le couple ont besoin d'être bien informés. Ils ont souvent des croyances erronées qui les exposent à des erreurs thérapeutiques (notamment à une mauvaise observance des traitements de leur MICI ce qui est délétère). Les sources de peurs ont souvent du mal à être verbalisées. Le *tableau 2* résume les conseils de la HAS (non spécifiques aux MICI) [29].

Au cours des MICI, beaucoup de femmes arrêtent les traitements, souvent même sans en informer leur médecin, alors que le mauvais contrôle de la maladie est nettement plus délétère que les médicaments [28, 30]. L'activité de la maladie est le facteur pronostique le plus important et dans la mesure du possible, il faut éviter de démarrer une grossesse en poussée. Il a été montré qu'un programme

systématisé d'informations pré-conceptionnelles (résumé sur la *figure 1*), [30] améliorerait la natalité et diminuait le risque de poussées pendant la grossesse. Ces effets peuvent être attribués aux effets bénéfiques des soins pré-conceptionnels sur la planification de la grossesse en période de maladie quiescente, à la bonne observance du traitement des MICI et à l'abandon du tabac pendant la grossesse. Le risque de prématurité est de 10 %, ce qui pousse à bien surveiller pendant le 3^e trimestre.

“ Obtenir et maintenir la rémission de la MICI ”

Médicaments durant la grossesse

L'automédication doit être déconseillée chez toute femme enceinte. Seuls deux médicaments des MICI sont contre-indiqués car tératogènes : thalidomide et méthotrexate [28, 30]. Si une grossesse démarre chez une femme recevant l'un de ces deux traitements, il faut immédiatement l'arrêter et adresser la patiente à un

Take home messages

- La santé sexuelle et l'image corporelle influencent la qualité de vie et le fonctionnement psychosocial.
- Les symptômes anxio-dépressifs occupent une place primordiale en lien avec l'altération de la sexualité.
- Les patients atteints de MICI souffrent d'une altération de leur image corporelle.
- Les traitements des MICI n'ont pas d'impact direct sur la fonction sexuelle.
- La fécondité au cours des MICI est dans la majorité des cas identique à celle de la population générale.
- L'objectif au cours d'une grossesse est l'obtention et le maintien de la rémission de la MICI. Pratiquement tous les traitements sont possibles sauf le méthotrexate et le thalidomide.

centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal spécialisé. De plus, le Centre de référence sur les agents tératogènes² est un service d'information sur les risques des médicaments, vaccins, radiations et dépendances, au cours de la grossesse et de l'allaitement, destiné aux professionnels de santé. Le financement du CRAT est exclusivement public et indépendant de l'industrie pharmaceutique.

“ Pratiquement tous les traitements sont possibles sauf le méthotrexate et le thalidomide ”

“ Informations sur les traitements et la grossesse : Centre de référence sur les agents tératogènes ”

Les recommandations (niveau de preuve : consensus d'experts) concernant l'utilisation des médicaments des MICI chez la femme enceinte sont résumées sur le *tableau 4* [29].

Liens d'intérêts : RL, PR, INL, PP et GG déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec cet article. DL : Honoraires d'orateur pour Abbvie, Ferring, Janssen, MSD, Roche, Takeda. PM : Honoraires d'orateur pour Abbvie, Ferring, Janssen, MSD ■

² CRAT : www.lecrat.fr

Références

Les références importantes apparaissent en gras.

- 1. Bel LGJ, Vollebregt AM, Van der Meulen-de Jong AE, et al. Sexual Dysfunctions in Men and Women with Inflammatory Bowel Disease : The Influence of IBD-Related Clinical Factors and Depression on Sexual Function. *J Sex Med* 2015 ; 12 : 1557-67.**
- 2. Rivière P, Poullenot F, Zerbib F, et al. Quality of Sex Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease: The Gastroenterologists' Perspective. *Inflamm Bowel Dis* 2017 ; 23 : E51-2.**
3. OMS. Santé sexuelle. WHO. http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/. Accessed 22 May 2018.
- 4. Mahmood S, Nusrat S, Crosby A, et al. Assessment of sexual function among inflammatory bowel disease patients. *Am J Gastroenterol* 2015 ; 110 : 601-3.**
5. Timmer A, Bauer A, Dignass A, et al. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: A survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007 ; 5 : 87-94.
- 6. Rivière P, Zallot C, Desobry P, et al. Frequency of and Factors Associated With Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis* 2017 ; 11 : 1347-52.**
7. Muller KR, Prosser R, Bampton P, Mountfield R, Andrews JM. Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: Patient perceptions. *Inflamm Bowel Dis* 2010 ; 16 : 657-63.
8. Marín L, Mañosa M, Garcia-Planella E, et al. Sexual function and patients' perceptions in inflammatory bowel disease : a case-control survey. *J Gastroenterol* 2013 ; 48 : 713-20.
9. Knowles SR, Gass C, Macrae F. Illness perceptions in IBD influence psychological status, sexual health and satisfaction, body image and relational functioning: A preliminary exploration using Structural Equation Modeling. *J Crohns Colitis* 2013 ; 7 : e344-350.
10. Timmer A, Kemptner D, Bauer A, et al. Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: A survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterol* 2008 ; 8 : 45.
- 11. Friedman S, Magnussen B, O'Toole A, et al. Increased Use of Medications for Erectile Dysfunction in Men With Ulcerative Colitis and Crohn's Disease Compared to Men Without Inflammatory Bowel Disease : A Nationwide Cohort Study. *Am J Gastroenterol*. 2018 Jul 10. doi : 10.1038/s41395-018-0177-6.[Epub ahead of print].**
12. Shin T, Okada H. Infertility in men with inflammatory bowel disease. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2016 ; 7 : 361-9.
- 13. Jedel S, Hood MM, Keshavarzian A. Getting personal : a review of sexual functioning, body image, and their impact on quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2015 ; 21 : 923-38.**
14. Rosen RC, Riley A, Wagner G, et al. The international index of erectile function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997 ; 49 : 822-30.
15. Rosen R, Brown C, Heiman J, 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.
16. Bajos N, Bozon M. Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte, 2008, 609 p.
17. Martin T, Smukalla SM, Kane S, et al. Receptive Anal Intercourse in Patients with Inflammatory Bowel Disease : A Clinical Review. *Inflamm Bowel Dis* 2017 ; 23 : 1285-92.
18. Beaugerie L, Carrat F, Nahon S, et al. High risk of anal and rectal cancer in patients with anal and/or perianal Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2018 ; 16 : 892-9.
19. Roberts JR, Siekas LL, Kaz AM. Anal intraepithelial neoplasia: A review of diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol* 2017 ; 9 : 50-61.
20. Leenhardt R, Papazian P, de Parades V, et al. Rapports sexuels anaux et maladies inflammatoires chroniques intestinales – Ce que tout gastro-entérologue doit savoir. *Hépto-Gastro & Oncologie Digestive* 2018 (à paraître).

- 
- 21.** Palefsky JM, Giuliano AR, Goldstone S, *et al.* HPV vaccine against anal HPV infection and anal intraepithelial neoplasia. *N Engl J Med* 2011 ; 365 : 1576-85.
- 22.** Tavernier N, Fumery M, Peyrin-Biroulet L, Colombel J-F, Gower-Rousseau C. **Systematic review : fertility in non-surgically treated inflammatory bowel disease.** *Aliment Pharmacol Ther* 2013 ; 38 : 847-53.
- 23.** Semet M, Paci M, Saïas-Magnan J, *et al.* The impact of drugs on male fertility: A review. *Andrology* 2017 ; 5 : 640-63.
- 24.** Nørgård BM, Larsen PV, Fedder J, *et al.* Live birth and adverse birth outcomes in women with ulcerative colitis and Crohn's disease receiving assisted reproduction: A 20-year nationwide cohort study. *Gut* 2016 ; 65 : 767-76.
- 25.** Pabby V, Oza SS, Dodge LE, *et al.* In Vitro Fertilization Is Successful in Women With Ulcerative Colitis and Ileal Pouch Anal Anastomosis. *Am J Gastroenterol* 2015 ; 110 : 792-7.
- 26.** Marri SR, Ahn C, Buchman AL. Voluntary childlessness is increased in women with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007 ; 13 : 591-9.
- 27.** Selinger CP, Ghorayeb J, Madill A. What Factors Might Drive Voluntary Childlessness (VC) in Women with IBD ? Does IBD-specific Pregnancy-related Knowledge Matter? *J Crohns Colitis* 2016 ; 10 : 1151-8.
- 28.** Nguyen GC, Seow CH, Maxwell C, *et al.* **The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy.** *Gastroenterology* 2016 ; 150:734-757.
- 29.** Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations pour les professionnels de santé (2005) : 25-70.
- 30.** de Lima A, Zelinkova Z, Mulders AG, *et al.* **Preconception Care Reduces Relapse of Inflammatory Bowel Disease During Pregnancy.** *Clin Gastroenterol Hepatol* 2016 ; 14 : 1285-1292.