



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE
Pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MEDECINE
présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale
par

Alexia LOEFFLER

le 25 Janvier 2013

**LA QUALITE DE LA VIE SEXUELLE DE LA FEMME APRES CURE
D'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT PAR BANDELETTES
SOUS URETRALE PAR VOIE TRANSOBTURATRICE : Etude
quantitative**

Examineurs de la thèse

M. Judlin P.	Professeur	Président
M. Hubert J.	Professeur	Juge
M. Morel O.	Maître de conférences	Juge
M. Momper W.	Docteur en médecine	Juge
Mme Louyot Keller J.	Docteur en médecine	Juge

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen « Pédagogie » : Professeur Karine ANGIOI

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- 1er Cycle : **Professeur Bruno CHENUÉL**

- « Première année commune aux études de santé (PACES) et
universitarisation études para-médicales »

M. Christophe NÉMOS

- 2ème Cycle : **Professeur Marc DEBOUVERIE**

- 3ème Cycle :

« *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »

« *DES Spécialité Médecine Générale* »

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Professeur Paolo DI PATRIZIO

- Filières professionnalisées : **M. Walter BLONDEL**

- Formation Continue : **Professeur Hervé VESPIGNANI**

- Commission de Prospective : **Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT**

- Recherche : **Professeur Didier MAINARD**

- Développement Professionnel Continu : **Professeur Jean-Dominique DE KORWIN**

Assesseurs Relations Internationales Professeur Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain
BERTRAND - Pierre BEY

Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN -
Claude BURLET -

Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE -
Gérard DEBRY - Jean-Pierre

DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE -
Adrien DUPREZ - Jean-Bernard

DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre
GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre
HARTEMANN - Claude HURIET

Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre
LANDES -

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
- Bernard LEGRAS

Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU -
Michel MERLE - Denise MONERETVAUTRIN
- Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis
PENIN - Gilbert
PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-
Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques
ROLAND - René-Jean ROYER
Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle
SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX -
Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel
WAYOFF - Michel WEBER

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**
(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON – Professeur Valérie CROISÉ-
LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard
NAMOUR

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian
BEYAERT

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeur Evelyne SCHVOERER

3ème sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre BORDIGONI - Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Gérard AUDIBERT – Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeur Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

Professeur Luc TAILLANDIER – Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN

Professeur Thierry CIVIT – Professeur Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : (*Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie*)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur
Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (*Néphrologie*)

Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (*Urologie*)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine
PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (*Chirurgie générale*)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT,
GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1ère sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel
RAFFO

2ème sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN

4ème sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine
ANGIOI

3ème sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON – Professeur Muriel
BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

**61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU
SIGNAL**

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

=====
PROFESSEUR ASSOCIÉ

Médecine Générale
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2ème sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Aude BRESSENOT

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE,
PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

1ère sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Sophie FREMONT - Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Véronique VENARD – Docteur Hélène JEULIN – Docteur Corentine ALAUZET

2ème sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Madame Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric
BAUMANN

2ème sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteur Isabelle THAON

3ème sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4ème sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3ème sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3ème sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (*Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie*)

Docteur Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

4ème sous-section : (*Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire*)

Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (*Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie*)

Docteur Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

3ème sous-section :

Docteur Olivier MOREL

**5ème sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ;
gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

**61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU
SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick
RAMALANJAONA

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS -
Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Sophie SIEGRIST

Docteur Arnaud MASSON

Docteur Pascal BOUCHE

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

- Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE

Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL - Professeur Michel BOULANGÉ
 Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-
 Marie GILGENKRANTZ
 Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Michèle KESSLER -
 - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
 Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel SCHMITT
 Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER -
 Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT
 Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Michel
 WAYOFF

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
 Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
 Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
 Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
 Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
 Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
 Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
 Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)
 Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de
 Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô
 Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
 Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
 Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
 Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
 Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
 Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS(1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
 Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (USA)
 Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de WUHAN (CHINE)
 Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
 Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

SERMENT

"Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque".

A notre Président de thèse,

Monsieur le Professeur JUDLIN Philippe

Professeur de Gynécologie et Obstétrique

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait
en acceptant de présider ce jury.

Nous vous remercions de votre confiance et de l'intérêt
que vous avez bien voulu porter à notre travail.

Nous vous prions d'accepter l'expression de notre plus profond respect
et le témoignage de notre sincère reconnaissance.

A notre Juge,

Monsieur le Professeur HUBERT Jacques

Professeur d'urologie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Vous nous faites la faveur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Juge,

Monsieur le Docteur MOREL Olivier

Maître de conférence en gynécologie obstétrique et praticien hospitalier

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger cette thèse.

Vous nous faites la faveur d'apporter vos connaissances à la critique de ce travail.

Veillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre directeur de thèse

Monsieur le Docteur MOMPER Wilfrid

Praticien hospitalier en gynécologie obstétrique

Nous remercions particulièrement le Docteur Momper pour avoir accepté d'être notre directeur de thèse.

Un grand merci pour votre aide précieuse dans ce travail, votre amitié et votre inestimable contribution à la réalisation de cette thèse.

Merci pour votre soutien, votre disponibilité et vos conseils.

En espérant être à la hauteur de vos attentes.

A notre Juge,

Madame le Docteur LOUYOT KELLER Jocelyne

Médecin généraliste

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger notre travail. Nous vous remercions de la confiance que vous nous avez témoignée depuis notre rencontre, de votre soutien et de votre ouverture d'esprit.

A Elo,

Je pense qu'elle pourrait, elle aussi, soutenir une thèse en médecine. En effet, dès la première année, elle a participé aux révisions des cours, elle a écouté mes commentaires sur mon vécu quotidien. Elle a consacré de nombreuses heures, sur plusieurs jours, à corriger différents mémoires et aussi cette thèse. Grâce à elle mes phrases sont devenues lisibles et compréhensibles et vous aurez, je l'espère, beaucoup de plaisir à lire cette thèse.

Merci d'avoir toujours été là et vivement les futures vacances. Je t'aime fort.

A mes parents,

Merci pour votre soutien à tous les deux, merci de vous être aussi bien occupés de moi, de m'avoir poussée à faire médecine et de m'avoir soutenue durant toutes mes études. Merci d'avoir fait attention à toutes ces petites choses que souvent j'oubliais. Je vous aime.

A mes grands-parents,

Merci pour votre soutien et votre confiance ; pour vous, j'avais le titre de docteur, presque dès la première année !

A la Ju,

Qui m'a permis de relativiser.....

A toute ma famille,

Merci pour votre soutien

A Aurélie,

Avec qui j'ai partagé tant d'années au sein de la faculté de médecine puis, heureusement, en dehors aussi ! Merci de m'avoir aidée, soutenue, de n'avoir pas désespéré de mon « organisation » et d'être une merveilleuse amie.

A Claire,

Que j'ai appris à connaître lors de mon internat et qui, très vite, est devenue une amie inestimable, professionnellement et surtout personnellement, merci.....

A Géraldine,

Tu es loin mais je suis toujours si contente de te revoir

A Nico,

Tu es à l'autre bout de la terre, mais tu arrives à me soutenir !

A Sophie,

Je ne suis pas neurochirurgienne mais.....

A tous les anciens collègues qui sont devenus des amis,

Amélie, Amandine, Anne Sophie, Mohamed, Kenora, Wilson, Jessie, Philippe.....

A tous ces chefs qui sont aussi devenus des amis

Audrey bien sûr, Philippe R., Philippe A., Riad, Firas, Achraf

Merci à Aspide Medical et particulièrement à l'assistant de recherche clinique de Aspide Medical, M. Brouziyne, merci à l'informaticienne, Mme Arnould Audrey

Merci à la Société Francophone de Médecine Sexuelle

Merci tout particulièrement à l'équipe de correction :

Elo, maman, D. Momper

PLAN DE THESE

Introduction	24
I. L'incontinence urinaire	25
1. Définition	
2. Mécanisme	
a. Les mécanismes de la continence	
b. Les mécanismes de l'incontinence	27
c. Facteurs de risque de l'incontinence urinaire	28
3. Statistiques	30
a. Prévalence	
b. Incidence	31
4. Diagnostic de l'incontinence	32
a. Interrogatoire	
b. Examen physique	33
c. Etiologie	35
d. Examens complémentaires	36
5. Traitement	38
a. Traitements médicamenteux	
b. Prise en charge rééducative	
c. Traitements palliatifs	39
d. Bandelettes sous urétrales	
e. Colposuspension	40
f. Injections périurétrales	
g. ballons périurétraux	
h. Sphincter artificiel urinaire	
i. Neuromodulation des racines sacrées	41
j. Toxines botuliques	
k. Thérapies cellulaires	
l. Conclusion	
6. Les bandelettes sous urétrales	42
a. Indications	
b. Implants : recommandations	
c. Le choix entre la voie transobturatrice et rétropubienne	
d. Les facteurs influençant les résultats	43
e. Complications des bandelettes sous-urétrales	44
7. Les bandelettes sous urétrales par voie transobturatrice pour le traitement de l'IUE	45
a. Caractéristiques des bandelettes	
b. Intervention chirurgicale	46

II.	Sexualité	50
	1. La relation sexuelle	
	2. La sexualité au cours de la vie	51
	a. Enfance	
	b. Adolescence	
	c. Adultes jeunes	52
	d. Femmes ménopausées	
	e. Femmes âgées	53
	3. Les chiffres	55
	4. Les dysfonctionnements sexuels féminins	
	a. Définitions	
	b. Caractéristiques	56
	c. Etiologie	
	d. Evaluation	
	e. Traitement	57
	5. Sexualité et problèmes de santé	
	a. Pathologie cardiaque	
	b. Pathologie respiratoire	58
	c. Problèmes neurologiques	59
	d. Dépression	
	e. Diabète	
	f. Alcool	
	g. Tabac	60
	h. Obésité	
	i. Chirurgie	
	j. Pathologie gynécologique	
	k. Maladie de Parkinson	
	l. Cancer	61
	m. Insuffisance rénale chronique	
	n. Pathologie digestive	
	o. Pathologie chronique	
	6. Traitements et impact sexuel	
	a. Médiateurs physiologiques	62
	b. Répercussion des drogues sur la fonction sexuelle	
	c. Les médicaments psychotropes associés à des dysfonctions sexuelles	
	d. Les traitements cardiovasculaires associés à des troubles sexuels	63
	e. Les traitements en gastroentérologie associés à des troubles sexuels	
	f. Les traitements en neurologie associés à des troubles sexuels	64
	g. Les traitements urologiques associés à des troubles sexuels	
	h. Les traitements endocriniens associés à des troubles sexuels	
	i. Les traitements cytotoxiques associés à des troubles sexuels	

III.	Sexualité et incontinence urinaire	65
	1. Epidémiologie	
	2. Evaluation	
	3. Mécanismes physiopathologiques communs	
	a. Les neuropathies périnéales d'étirement	
	b. L'âge	66
	c. Le prolapsus	
	d. Les antécédents chirurgicaux	
	e. Le déficit en œstrogènes	
	f. L'iatrogénie	
	4. Impact de l'incontinence urinaire sur la sexualité	67
	a. Incontinence urinaire coïtale	
	b. Incontinence urinaire facteur de troubles sexuels	
	c. Troubles sexuels facteurs d'incontinence urinaire	68
	5. Impact des traitements médicamenteux et rééducation de l'incontinence urinaire sur la sexualité	
	a. Action des muscariniques	
	b. Impact de la rééducation périnéale	
	6. Impact de la chirurgie de l'incontinence urinaire sur la sexualité	69
	a. Bandelettes sous urétrales et anatomie	
	b. Sexualité féminine après bandelettes sous-urétrales	
	c. L'hyspareunie	70
IV.	Etude	71
	1. Etude préliminaire : Traitement de l'incontinence urinaire d'effort par Surgimesh® Sling, évolution de la qualité de vie et de la qualité de la sexualité des patientes sur une période de 12 mois	
	a. But de l'étude	
	b. Caractéristiques des patientes	
	c. Qualité de vie à l'inclusion	
	d. Qualité de la sexualité à l'inclusion	
	e. Procédure opératoire	72
	f. Résultats immédiats	
	g. Résultats à 12 mois	73
	h. Tableaux récapitulatifs	74
	2. Evolution à 5 ans de l'étude Surgimesh, à propos d'un centre	78
	a. Introduction	
	b. Matériel et méthode	
	c. Comparaison centre Mosellan/ensemble des patientes de l'étude	
	d. Résultats	79
	e. Discussion	82
	Conclusion	85

ABREVIATIONS

AHCPR : Agence for Healthcare Policy and Research

5HT2 récepteur : 5 Hydroxytryptamine : récepteur endogène à la sérotonine

ATC : anticholinergique

ACT : ballons ACT

BMSFI: Brief Male Sexual Function Inventory

BMI: Body Mass Index

BSU: Bandelettes Sous Urétrales

CDRMG : Captopril-Digoxin Multicenter Research Group

CI : indice de confiance

DHEA : déhydroépiandrostérone

DSF :Dysfonctionnements Sexuels féminins

DSH : Désir Sexuel Hypoactif

DSM IV : Diagnostic and Statistical Manual, manuel diagnostic et statistiques

ECBU : Examen Cyto Bactériologique des Urines

FSFDS : Female Sexual Distress Scale, score de détresse sexuelle féminine

FSFI (Female Sexual Fonction Inventory)

GABA : acide gamma aminobutyrique

HAS : Haute Autorité en Santé

HTA : Hypertension Artérielle

ICC :Insuffisance Cardiaque Congestive

ICIQ : International Consultation Continence Questionnaire

ICS International Continence Society

IMAO inhibiteur de la monoamine oxydase

IMC Indice de Masse Corporelle

IPDE : inhibiteur des phosphodiésterases

IRM: Imagerie par Résonance Magnétique
ISSWHS : Internal Society for the Study of Women's Sexual Health
IU: Incontinence Urinaire
IUE: Incontinence Urinaire d'Effort
IMC : Indice de Masse Corporelle
INSERM: Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale

LiSat9 : Life Satisfaction Checklist
LH-RH : Luteinizing Hormone Releasing Hormone,

MHQ : Medical Historic Questionnaire
MHU questionnaire : Mesure du Handicap Urinaire
MSU : Maintient Sous Urétral

NYHA New York Heart Association : classification des insuffisances cardiaques

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OR : Odd Ratio

PISQ : Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence Sexual Questionnaire

QdV : Qualité de Vie

SERMS : Selective Estrogen Receptor Modulators : modulateur sélectif des récepteurs des Estrogènes
SFQ : Sexual Function Questionnaire
SNC : Système Nerveux Central
SQOLF : Sexual Quality of Life Questionnaire-Female).

TOT TransObturatrice Tape
TVT : TransVaginal Tape

UPS questionnaire : Urinary Symptoms Profil

VIP : Vasoactive Intestinal Peptide

INTRODUCTION

Comme l'explique Pierre Desvaux, sexologue exerçant à Paris : « Les fuites urinaires et les expulsions orgasmiques féminines lors des rapports sont deux phénomènes peu connus du monde médical, largement sous-estimés et qui ont un impact important sur la sexualité des femmes. Depuis l'antiquité ces aspects de l'orgasme féminin n'ont jamais posé de problème tant que nous étions convaincus que la fécondation était le résultat du mélange des semences féminines et masculines. Les choses se compliqueront au XIX et XX siècles, avec la découverte des mécanismes de la fécondation et de l'absence de nécessité de l'orgasme féminin au processus de conception. Toute émission d'un quelconque fluide devient donc pathologique. » Il existe de nombreuses relations physiopathologiques, étiopathogéniques et psychocomportementales entre l'incontinence urinaire et les troubles sexuels. Il serait dès lors important de se demander si le traitement de l'incontinence urinaire améliore la qualité de la vie sexuelle de la femme. Nous étudierons, plus particulièrement, l'impact sur la sexualité des bandelettes sous urétrales (BSU) par voie transobturatrice (TOT) utilisées dans le traitement de l'incontinence urinaire d'effort (IUE) de la femme. La première partie de cette thèse portera sur l'incontinence urinaire et la seconde sur les mécanismes et troubles de la sexualité et leurs traitements. Le lien entre l'incontinence urinaire et les troubles de la sexualité seront étudiés dans une troisième partie. Enfin nous reprendrons une étude réalisée sur la qualité de vie urinaire et sexuelle, après chirurgie par bandelettes urinaire par TOT et nous réévaluerons cette qualité de vie à 5 ans.

I. Incontinence urinaire (IU)

1. Définition

La définition de l'incontinence urinaire varie ; elle peut ainsi désigner :

- « quelques pertes d'urine dans les douze derniers mois indépendamment de son importance » (1),
- les fuites involontaires d'urine (2) qui impliquent une gêne réelle
- ou enfin « La Condition dans laquelle la perte involontaire d'urine représente un problème social et hygiénique et est objectivement démontrable » (3). Cette définition de l'International Continence Society (ICS) (1981) implique la réalisation d'un examen clinique et exclut dès lors toute possibilité d'enquête par questionnaire sur laquelle repose toute étude à grande échelle.

2. Mécanisme (4)

a. Les mécanismes de continence

Les mécanismes de continence dépendent de la vessie et des sphincters qui, associés, ont une double fonction : contenir l'urine entre les mictions et l'expulser sans effort lors de la miction.

La continence est à la fois le résultat :

- d'une vessie normale, c'est-à-dire un équilibre de pression entre l'urètre et la vessie ; la pression vésicale reste inférieure à la pression urétrale et le détrusor ne se contracte pas pendant la phase de remplissage. Puis, pendant la miction, le détrusor se contracte et la pression vésicale devient supérieure à la pression urétrale.
- d'une fonction sphinctérienne normale : le sphincter urétrale est actif, donc contracté pendant le remplissage vésical et se relâche pendant la miction
- d'un bon soutien de l'urètre et du col vésical.

Lors d'une augmentation brutale de la pression abdominale, deux théories expliquent la continence :

- La théorie de Delancey ou du hamac sous urétral : l'urètre repose sur un tissu de soutien, représenté par l'aponévrose pelvienne et la paroi antérieure du vagin. De plus, il est maintenu à ce niveau grâce aux ligaments pubo-urétraux. La solidarité de ce soutènement est renforcée par son attache latérale à l'arc tendineux du fascia pelvis et à l'élévateur de l'anus qui en assure la stabilité. Ainsi, toute pression sur l'urètre le comprime sur ce tissu solide et permet sa fermeture. La continence est maintenue par cette compression de l'urètre, qu'il soit ou non en situation intra-abdominale.

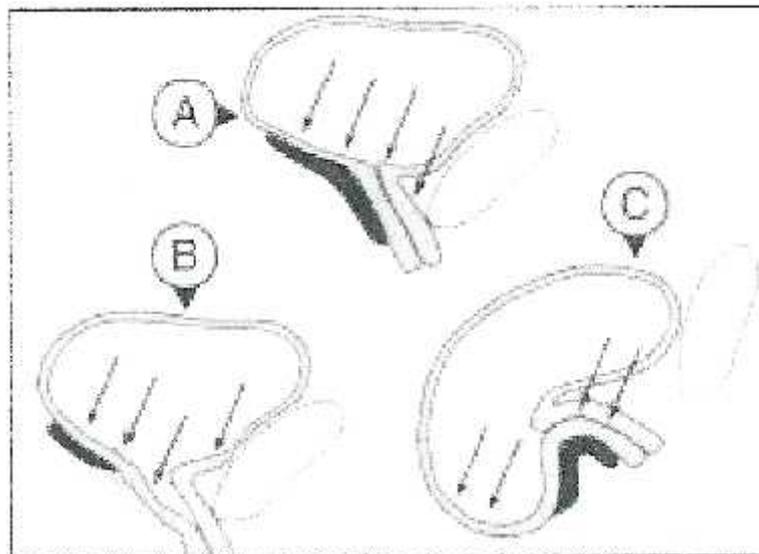
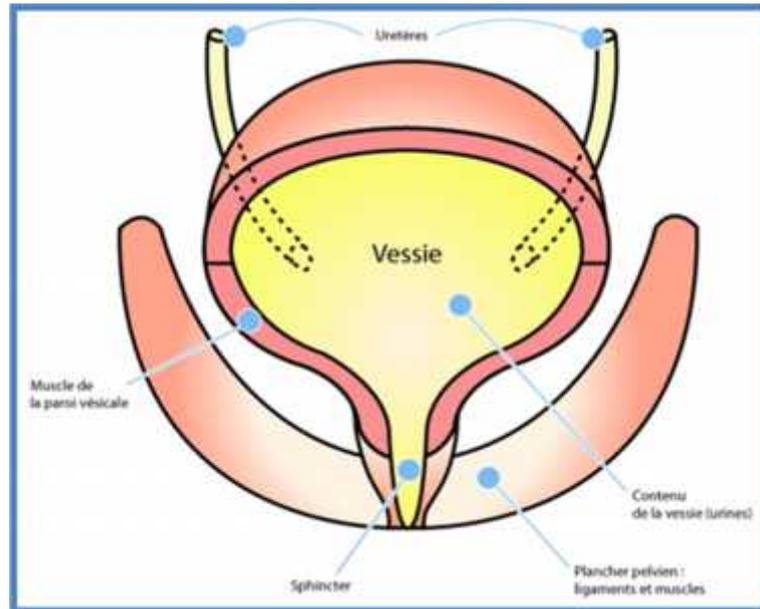


Figure 1. Rôle du soutènement sous-urétral dans la fermeture de l'urètre.

A) Les forces de pression abdominale sur l'urètre appuient sur un support solide : l'urètre se ferme.

B) Le support est détruit, l'urètre ne peut se fermer.

C) Malgré la position extra-abdominale de la région cervico-urétrale, la qualité de support sous-urétral explique l'absence de fuite.

- La théorie de Ulmsten et Petros : la vessie constitue un soutien dynamique par les relations étroites qu'elle entretient avec les muscles du plancher pelvien et, en particulier, la portion pubo-coccygienne de l'élévateur de l'anus. Lors d'un effort, le muscle pubo-coccygien tire vers l'avant la portion sous-urétrale du vagin, fermant et bloquant l'urètre, tandis que les ligaments utéro-sacrés maintiennent le vagin vers l'arrière et que les muscles élévateurs de l'anus l'attirent vers le bas (grâce aux extensions de l'élévateur de l'anus vers le sphincter anal). On admet ainsi que la portion de l'urètre située au-dessous de l'insertion des ligaments pubo-urétraux est attirée vers l'avant, alors que la portion située au-dessus et la vessie sont attirées vers l'arrière. L'urètre est donc soumis à un « effet de cisaillement » assurant sa fermeture.

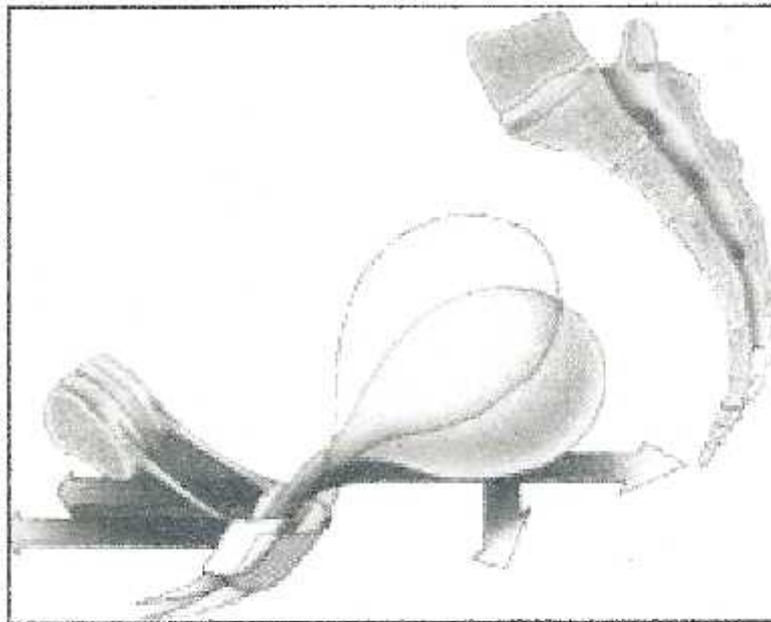


Figure 2. Rôle actif du plancher pelvien dans les mécanismes de continence. Lors d'un effort, le muscle élévateur de l'anus (la portion pubo-coccygienne) tire la portion sous-urétrale du vagin, fermant et bloquant l'urètre, tandis que les utéro-sacrés maintiennent le vagin vers l'arrière et que les expansions des élévateurs vers le sphincter de l'anus l'attirent vers le bas. La vessie se déplace donc vers l'arrière, ce qui ferme le col vésical et allonge la longueur urétrale.

Le mécanisme de continence est régulé au niveau neurologique par :

- le lobe frontal, centre inhibiteur de la miction qui exerce un contrôle volontaire des centres spinaux et émet un signal inhibiteur quasi permanent.
- la zone pontique, centre pontique de la miction qui permet la coordination entre le détrusor et les sphincters (synergie) et exerce un signal stimulant la miction (contraction du détrusor, et relâchement des sphincters). Il est affecté par les émotions.
- le centre spinal thoracique, T10-L2 qui émet l'influx sympathique à travers le nerf hypogastrique provoquant l'inhibition de la vessie (fibres β) et la contraction du col vésical/urètre (fibres α).
- le centre spinal sacré, S2-S4 qui émet l'influx parasympathique par les nerfs pelviens avec la contraction du détrusor et le relâchement des sphincters.
- le système nerveux somatique avec le nerf pudendal qui permet la contraction du sphincter externe de l'urètre.

b. Les mécanismes de l'incontinence.

Sur le plan physiopathologique, l'IU peut s'expliquer par quatre mécanismes différents, correspondant aux deux signes fonctionnels suivants :

- IU survenant pendant un effort. Son origine est alors urétrale. L'hyperpression abdominale ne permet plus la continence. Deux mécanismes peuvent être en cause :
 - l'urétrocystoptose ou hypermobilité cervico-urétrale due à un défaut de la théorie du « hamac » et du ligament pubo-urétral.
 - l'insuffisance sphinctérienne, déficit du sphincter lisse ou strié de l'urètre.
- IU par impériosité mictionnelle. C'est la survenue d'un besoin urgent, soudain et irrésistible d'uriner alors que la vessie n'est pas pleine. Elle s'explique par :
 - l'instabilité vésicale due à des contractions vésicales désinhibées pendant le remplissage.
 - l'instabilité urétrale : la pression urétrale chute pendant la phase de remplissage, sans contraction simultanée du détrusor.

On parle donc d'incontinence urinaire d'effort, d'incontinence urinaire par impériosité ou d'incontinence urinaire mixte avec une composante de chacune des incontinenes précédentes.

c. Facteurs de risques d'IU (5)

Il y a différents facteurs de risques d'incontinence urinaire :

- La grossesse et l'accouchement :

La fréquence de l'IU est pratiquement multipliée par 2 entre les nullipares et les multipares de plus de 3 enfants. (7 à 14% d'après l'étude Milson) C'est le premier accouchement qui est primordial. L'IU peut apparaître pendant la grossesse. Elle est cependant plus fréquente en postpartum et l'apparition d'une IU après l'accouchement est le facteur pronostic à long terme le plus péjoratif. L'IU est plus fréquente suite à un accouchement par voie basse que suite à des césariennes.

- La ménopause :

Les modifications hormonales qui l'accompagnent sont responsables d'une atrophie de la muqueuse urétrale, d'une diminution du collagène contenu dans le tissu conjonctif de soutien, d'une réduction du plexus vasculaire sous-muqueux et d'une diminution de la sensibilité du muscle lisse urétral à la stimulation alpha-adrénergique. Autant de facteurs qui altèrent l'efficacité du mécanisme sphinctérien intrinsèque, réduisant d'autant la marge de la continence à l'effort : le risque de fuites augmente pour des modifications anatomiques limitées. L'efficacité de l'oestrogénothérapie est cependant diversement appréciée. Aucune étude ne prouve le rôle de la ménopause dans l'IU car ce facteur est intimement lié à l'âge.

- L'âge :

L'âge entraîne des modifications tissulaires pouvant altérer la structure même des organes et le contrôle neurologique. Il y a aussi une augmentation de la carence oestrogénique. On peut ajouter des risques spécifiques : perte d'autonomie, désordre neurologique et désorientation psychique, troubles du bas appareil urinaire (infections, brûlures, urgences), problèmes digestifs (constipation et /ou incontinence fécale), antécédents de chirurgie gynécologique,

polymédicalisation fréquente (avec diurétiques). De plus, l'incontinence d'un certain nombre de femmes est liée à leur incapacité à se déplacer jusqu'aux toilettes.

- Chirurgies pelviennes :

Le rôle de l'hystérectomie est discuté car l'utérus n'intervient pas directement dans le maintien de la statique pelvienne, mais il pourrait exister un dysfonctionnement cervico-urétral secondaire. Dans une étude Milson, 20,4% des femmes hystérectomisées, contre 16,4% des non hystérectomisées, souffraient d'IU.

L'excision est aussi un facteur de risque.

- L'activité sportive :

Le sport provoque une IU d'effort.

A l'effort maximum, il peut exister un déséquilibre entre les muscles abdominaux et pelviens responsables d'étirements au niveau des structures de soutènement des viscères: ce risque est aggravé à l'occasion du saut, en raison de l'inertie des viscères. Ainsi dans l'étude de Nygaard la gymnastique, le basket-ball, le tennis entraînent une incontinence plus fréquente que les autres sports. L'IU concerne environ 30% des athlètes et peut atteindre 60% en fonction des sports.

- Le poids :

L'obésité et la maigreur sont des facteurs de risque d'incontinence urinaire. Le surpoids ou l'obésité favorise la pression intra-abdominale, par conséquent la pression sur la vessie et l'altération des muscles du plancher pelvien. La perte de poids, par régime hypocalorique ou chirurgie bariatrique, permet une amélioration très nette des symptômes urinaires quel que soit le type d'IU (98,99).

La maigreur semble aussi être un facteur de risque d'après le réseau sentinelle et son enquête épidémiologique de 2007. Dans cette étude les femmes interrogées avaient en moyenne 54 ans, la maigreur pouvait donc augmenter la privation en œstrogènes.

- L'activité professionnelle :

Le port régulier de charges lourdes augmente la fréquence de prolapsus génital par augmentation de la pression abdominale.

- La constipation :

La constipation terminale et les augmentations de pressions abdominales qu'elle entraîne par les poussées répétées au moment de la défécation ont un retentissement sur le plancher pelvien. Il peut s'agir d'une pathologie affectant le muscle pubo-rectal pouvant à terme entraîner une myopathie de dénervation du plancher pelvien. Dans l'association prolapsus rectal interne et incontinence, le traitement du trouble de la défécation suffit souvent à améliorer la continence.

- La toux chronique :

La bronchite chronique et le tabagisme ont été évoqués comme facteurs de risques. Bump a rapporté une augmentation de 2,5 fois du risque d'incontinence urinaire à l'effort chez les femmes tabagiques. La bronchite chronique provoque une augmentation des pressions abdominales.

D'autres facteurs de risques existent :

- Racial : rousse, blanche.

- Les maladies du tissu conjonctif comme la maladie d'Ehler-Danlos ou les maladies neuro-musculaires.
- Les troubles psychiatriques comme les attaques de paniques, la dépression avec un déficit en sérotonine.
- L'énurésie pendant l'enfance.
- La maladie vésicale, cystite interstitielle.

3. Statistiques

a. Prévalence (5)

La prévalence de l'incontinence urinaire est définie comme la probabilité d'être incontinent, dans une population donnée, dans une période de temps donnée. Elle confère une dimension statique au problème et détermine son ampleur.

La prévalence mondiale de l'IU (28) (hommes et femmes confondus) est estimée à plus de 200 millions de personnes (Norton et Brubaker 2006). En Europe, l'enquête EPICONT a estimé les prévalences de l'IU chez des femmes de plus de 18 ans : elle atteint 23% en Espagne, 41% en Allemagne, 42% en Grande-Bretagne et 44% en France (Hunskaar et al. 2004, Monz et al. 2005). Plusieurs enquêtes ont été menées en Europe, pour lesquelles les chiffres des taux de prévalence sont très variables (17 à 38 %) suivant les conditions des enquêtes (Hampel et al. 2004).

En France la dernière étude sur l'incontinence par le réseau sentinelle d'incontinence urinaire a retrouvé une prévalence de 26,8% en 2007.

Prévalence et âge :

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge. Les taux doivent cependant être pondérés par deux facteurs caractérisant l'incontinence : la fréquence de survenue des fuites et le degré de l'incontinence. La fréquence cumulée de l'âge auquel les femmes ont commencé à souffrir d'incontinence urinaire montre que la plus grande augmentation s'établit entre 20 et 40 ans.

On obtient, en fonction de l'âge des patientes, les résultats suivants :

- femmes jeunes < 30 ans : d'après deux études réalisées à base de questionnaires, 50% des femmes souffrent d'incontinence urinaire d'effort de manière sporadique, contre 16% de manière régulière.
- femmes d'âge moyen 30-60 ans : la prévalence est estimée entre 16 et 30% dont 5 % ont des fuites urinaires quotidiennes.
- femmes de plus de 60 ans : plus de la moitié de ces femmes ont des fuites urinaires quotidiennes.
- femmes institutionnalisées : selon les études, l'incontinence urinaire significative varie de 20 à 90%.

Prévalence et caractéristiques de l'incontinence :

- Fréquence des fuites : 8 à 13% des femmes incontinentes ont des fuites quotidiennes.

- Quantité d'urine émise : environ 13% des femmes auraient des fuites significatives, c'est-à-dire nécessitant le port de protections ou devant changer régulièrement de sous-vêtements.

Types d'incontinence :

30% ont une hyperactivité vésicale, 30% ont une incontinence survenant lors des efforts, 40% ont une incontinence urinaire mixte. Parmi les femmes plus âgées, ¼ à se plaignent d'IUE contre la moitié ou les pour des femmes plus jeunes.

Prévalence et nombre d'accouchements :

La probabilité pour une femme d'avoir une IU augmente significativement avec la parité. Ainsi, une femme qui n'a pas accouché a une prévalence d'IU de 13 % tous âges confondus. A partir d'un accouchement, la prévalence augmente et atteint 24,5% ; pour deux accouchements, le taux est de 30,3% et à partir de trois accouchements, celui-ci culmine à 37,1%.

Prévalence et poids :

Pour une femme avec un IMC considéré « normal » (score entre 18,4 et 25 kg/m²) la prévalence est d'environ 21 %. Pour une femme avec un score d'IMC classant en obésité (entre 26 et 35) la prévalence augmente significativement et atteint un taux de 32%. A partir d'un score de 36 (obésité morbide), la prévalence augmente à 51%. Chez les femmes ayant un score d'IMC inférieur ou égal à 18,4, la prévalence de l'IU augmente tout aussi significativement : 24%.(28)

Prévalence et retentissement psycho-social :

19,4 % des femmes incontinentes évitent les activités sociales ; l'incontinence urinaire est considérée comme un problème social pour 14 % d'entre elles et un problème d'hygiène pour 60 % ; 13 % d'entre elles se disent même gênées en permanence.

Ainsi, d'après différentes études, la prévalence de l'incontinence urinaire significative, chez la femme active vivant à domicile, est de l'ordre de 10 à 15 %. Ces chiffres prennent en considération les infections urinaires, sévères à modérées, ayant une dimension médicale. Cela correspond à plus de 1,5 millions de femmes en France ; parmi elles, 500 000 sont sévèrement atteintes.

b. Incidence

L'incidence se définit comme la probabilité pour une femme continente de devenir incontinente durant une période donnée.

On peut considérer que l'incidence de l'incontinence urinaire chez la femme active vivant à la maison est de 2 à 3 % par an, et que ces chiffres augmentent avec l'âge et lors de la mise en institution.

Le taux de prévalence que l'on doit retenir à partir des enquêtes épidémiologiques dans la population des femmes âgées, est de l'ordre de 30 % pour celles vivant à domicile, et de 50 % ou plus, pour les sujets institutionnalisés. L'incidence sur un an serait, sur ce terrain, de 20 %, avec une augmentation progressive de l'importance des fuites.

4. Diagnostic de l'incontinence

Malgré le handicap que constitue l'IU seulement, ¼ à des femmes consultent un médecin et cherchent une solution médicale. La recherche de traitements n'est pas en relation avec le niveau d'éducation ou la profession mais est dépendante de la fréquence des fuites.

Parmi les femmes qui consultent, attendent 5 ans ou plus avant d'en parler car elles sont gênées et espéraient une rémission spontanée. (5)

a. Interrogatoire

Chez une patiente qui consulte pour une incontinence urinaire, il faut déterminer avec précision :

- Les circonstances (IU à l'effort, lors d'une impériosité, ou mixtes)
- La fréquence
- La sévérité des fuites urinaires.

L'utilisation d'un calendrier mictionnel est recommandée pour l'évaluation d'une incontinence urinaire :

Jour 1			Jour 2			Jour 3					
Horaire	Volume	Evénement		Horaire	Volume	Evénement		Horaire	Volume	Evénement	
		F	M			F	M			F	M
Total				Total				Total			

Pour préciser le type d'incontinence urinaire, il faut utiliser un questionnaire de symptômes, et pour évaluer le retentissement de cette incontinence, un questionnaire de qualité de vie. En pratique courante quotidienne, il est recommandé d'utiliser le questionnaire autoadministré UPS® ou à défaut le questionnaire MHU auquel il faut ajouter l'évaluation du retentissement de l'incontinence sur la qualité de vie en utilisant l'échelle visuelle de la question 5 de l'ICIQ.(6) (questionnaire en annexe)

Il faut, dans un second temps, éliminer les diagnostics différentiels :

- l'IU par regorgement : fuite par débordement d'une vessie distendue.
- l'urination et l'énurésie : ce sont des mictions complètes, incontrôlables, vidant totalement la vessie, la première survenant chez un sujet éveillé et conscient lors des

paroxysmes émotionnels (fou rire, orgasme) ou syndromes frontaux, la deuxième survenant pendant le sommeil.

- l'IU permanente : indépendante de tout effort ou besoin, survenant aussi bien le jour que la nuit, évoquant une fistule vésicovaginale, une affection neurologique.

Il faut, ensuite, rechercher d'autres troubles mictionnels associés :

- une dysurie : il s'agit d'une gêne à la miction qui devient plus lente à s'installer, le jet est faible, haché, avec des poussées abdominales.
- une pollakiurie diurne (moins de 3 heures entre deux mictions) ou nocturne (plus d'une miction par nuit).
- des brûlures urétrales en fin de miction évoquant une infection urinaire.

Les troubles fonctionnels rectaux sont associés aux plaintes pour IU. 27 % des femmes qui consultent pour IU, ont une fuite anale. La constipation est un facteur favorisant l'IUE : les efforts de poussée peuvent être responsables de lésions nerveuses fragilisant le plancher pelvien. Il faut alors différencier la constipation (exonération peu fréquente, inférieure à 2 fois par semaine et/ou difficile avec la consistance des selles, la nécessité d'efforts de défécation, la nécessité de traitement) de la dyscinésie (incapacité à déclencher une exonération, malgré des efforts intenses et répétés et souvent inefficaces ; l'évacuation est incomplète avec sensation désagréable de plénitude rectale nécessitant des manœuvres manuelles, vaginales périnéales ou endo-anales ou une position anormale)

Il est nécessaire de prendre en compte une symptomatologie d'incontinence anale aux matières et aux gaz et des troubles sexuels. Ce dernier symptôme est difficile à évaluer car multiculturel et très complexe.

b. Examen physique (7-8):

Il est réalisé en décubitus dorsal, sur une table gynécologique, puis debout avec les cuisses écartées, enfin, un pied sur un tabouret. Il est d'abord statique, au repos, puis dynamique, en retenue, en poussées (manœuvre de Valsalva), à la toux. Tous les efforts doivent être répétés. La vessie doit être pleine, sans inconfort.

L'inspection vulvo vaginale recherche, de manière statique, une atrophie vulvo-vaginale (oestrogénodépendante) et à l'effort de toux, une fuite urinaire, une hypermobilité cervico-urétrale ou un prolapsus rectal complet.

La recherche d'un prolapsus est indispensable car celui-ci peut cacher ou minimiser une IUE par ptose vésicale fermant l'angle vésical.

On le recherche avec le spéculum. On effectue tout d'abord un examen gynécologique en appréciant l'état du col et les attaches de l'utérus en tirant dessus. On recherche ensuite la présence de prolapsus :

- à l'étage antérieur : colpocèle antérieure, cystocèle, cervicocystoptose.
- à l'étage moyen : hystéroptose, hystérocele, colpocèle, trachéloptose, rectocèle.
- à l'étage postérieur : colpocèle postérieur, rectocèle, elytrécèle, entérocele.

Le prolapsus examiné en poussée, est classé en quatre stades de Baden et Walker.

- stade 1 : intravaginal.
- stade 2 : affleurant la vulve.
- stade 3 : dépassant l'orifice de la vulve.
- stade 4 : prolapsus total extériorisé.

La réduction d'une colprocèle antérieure ou postérieure peut révéler une hystéroptose. Une IUE peut être masquée par une hystéroptose ou une colprocèle postérieure très importante.

Le toucher vaginal, quant à lui, évalue la qualité des éleveurs de l'anus (pubo-coccygiens) par un « testing musculaire ». Il permet également de chercher des inversions de commande : utilisation compensatrice des adducteurs, des fessiers et des abdominaux.

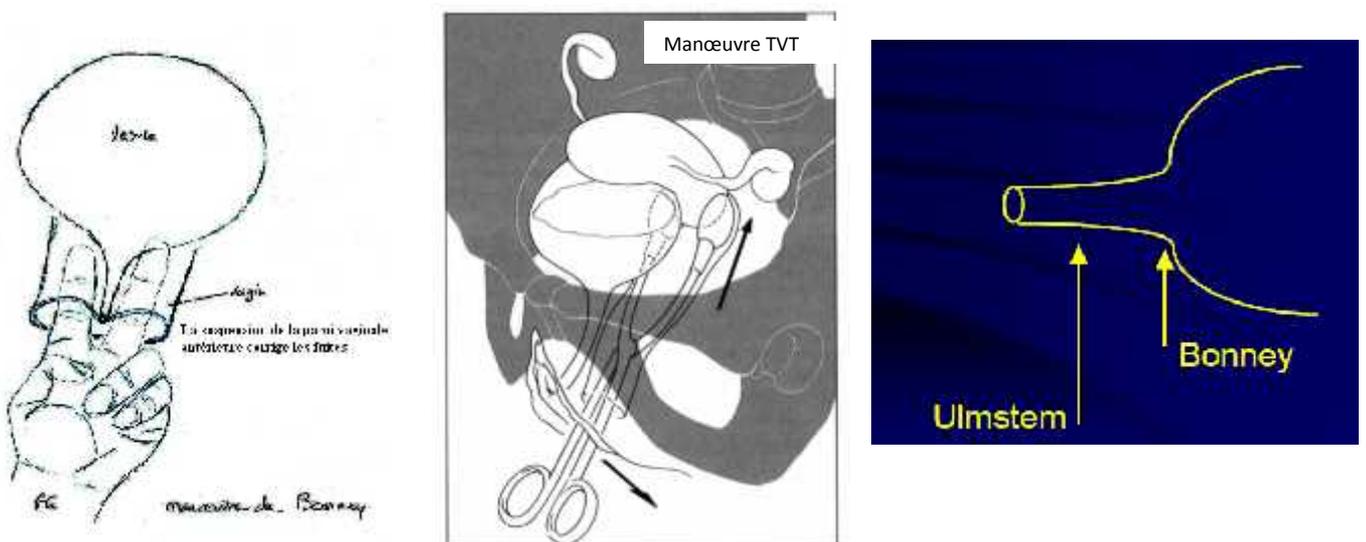
Le toucher rectal est nécessaire pour apprécier le tonus anal et la force de contraction du sphincter.

Testing musculaire, notation de Mansoor :

Cotation	Qualité de la contraction	Maintien(sec)	N. de Contractions sans fatigue
0	Rien	0	0
1	Traces	1 sec	1
2	Bien perçue sans résistance	<5 sec	2
3	Bien perçue sans résistance	>5 sec	3
4	Perçue avec légère résistance	>5 sec	5
5	Perçue avec forte résistance	>5 sec	>5

Pour évaluer la mobilité urétrale on réalise

- des manœuvres de soutènement :



- Bonney : refoulement vers le haut du cul de sac vaginal antérieur par deux doigts vaginaux ou une pince languette.
 - manœuvre de MSU : maintient sous urétral.
 - manœuvre d'Ulmsten.
 - manœuvre TVT : soutènement de l'urètre (distal) par une pince languette.
- le Q tip Test : recherche d'une mobilité cervico urétrale

- Le pad Test : Le pad-test ou test de la garniture est une façon simple, non invasive et objective de quantifier les fuites urinaires.

TEST D'INCONTINENCE									
<i>DEROULEMENT DU TEST</i>									
<ul style="list-style-type: none"> • le test dure une heure et débute au temps 0 sans que le patient ait uriné. • temps 0 : mise en place d'un système absorbant préalablement pesé au gramme près. • pendant les 15 premières minutes, le sujet boit 500 ml d'eau pure et reste allongé. • pendant les 30 minutes suivantes, le sujet marche, monte et descend des étages. • durant les 15 minutes suivantes, le sujet doit : <ul style="list-style-type: none"> - passer de la position debout à la position assise 10 fois; - tousser vigoureusement 10 fois; - courir pendant 1 minute; - ramasser 5 petits objets posés au sol; - se laver les mains pendant 1 minute dans l'eau courante. • au terme des 60 minutes, le système absorbant est pesé. Il est demandé au patient d'uriner et le volume recueilli est mesuré. 									
<i>RESULTAT DU TEST</i>									
Perte en grammes = Poids couche avant test – poids couche après test									
Valeurs :	<table> <tr> <td>< 2 g.</td> <td>: absence d'incontinence</td> </tr> <tr> <td>2-10 g.</td> <td>: incontinence modérée</td> </tr> <tr> <td>10-50 g.</td> <td>: incontinence sévère</td> </tr> <tr> <td>> 50 g.</td> <td>: incontinence majeure</td> </tr> </table>	< 2 g.	: absence d'incontinence	2-10 g.	: incontinence modérée	10-50 g.	: incontinence sévère	> 50 g.	: incontinence majeure
< 2 g.	: absence d'incontinence								
2-10 g.	: incontinence modérée								
10-50 g.	: incontinence sévère								
> 50 g.	: incontinence majeure								

Il faut réaliser un examen neurologique à la recherche de troubles sensitifs ou moteurs. Le reste de l'examen est un examen cardio pulmonaire et abdominal à la recherche de pathologies chroniques.

c. Recherche de pathologies étiologiques (36-37)

Pathologies organiques

Selon les experts réunis par l'AHCPR en 1996, les pathologies organiques susceptibles de déclencher ou aggraver une incontinence urinaire peuvent être évoquées à partir des signes cliniques suivants :

- pathologies du bas appareil urinaire :
 - une infection urinaire doit être suspectée en cas de brûlures urinaires.
 - une tumeur des voies urinaires, en cas d'hématurie.
 - une vaginite atrophique en cas de douleur, d'irritation locale ou de douleur pendant les rapports sexuels.
 - un fécalome en cas de difficulté pour aller à la selle.
- pathologies modifiant la répartition des différents compartiments liquidiens de l'organisme : œdèmes par insuffisance veineuse ou insuffisance cardiaque, qui peuvent augmenter la diurèse à certaines périodes, en particulier pendant la nuit, par redistribution nocturne des liquides;

- atteinte neurologique : incontinence urinaire d'apparition récente, associée à des troubles sensitifs à type de dysesthésies et/ou des troubles sexuels et/ou des troubles sphinctériens anaux avec perte de sensation du passage des urines et des selles.

Selon les données de trois enquêtes épidémiologiques, le diabète, la broncho-pneumopathie chronique obstructive, l'accident vasculaire cérébral, la constipation et l'infection urinaire symptomatique ont été significativement associés à l'incontinence urinaire.

Causes iatrogènes

Selon les mêmes experts, les principaux médicaments déclenchant ou aggravant une incontinence urinaire sont:

- les diurétiques (polyurie, augmentation de la fréquence des mictions, impériosité) ;
- les anticholinergiques, par exemple antiparkinsoniens, antihistaminiques (rétention urinaire et incontinence par regorgement) ;
- les psychotropes dont :
 - les antidépresseurs (effets anticholinergiques et sédatifs),
 - les antipsychotiques (effets anticholinergiques et sédatifs, rigidité, diminution de la mobilité),
 - les sédatifs, hypnotiques, médicaments dépresseurs du système nerveux central (effets anticholinergiques, sédatifs et myorelaxants, diminution de la mobilité, syndrome confusionnel) ;
- les analgésiques morphiniques (effets sédatifs, rétention urinaire, fécalome, syndrome confusionnel) ;
- les alpha-bloquants (diminution de la résistance de l'urètre) ;
- les alpha-sympathicomimétiques, en particulier certains médicaments vendus sans ordonnance, comme les décongestionnants nasaux (rétention urinaire) ;
- les bêta-sympathicomimétiques (rétention urinaire) ;
- les inhibiteurs calciques (rétention urinaire).
- les traitements substitutifs de la ménopause, œstroprogestatifs ou œstrogènes seules.

L'enquête rétrospective du CDRMG (7) observe que les femmes incontinentes ont une prise significativement plus importante d'un ou de plusieurs des médicaments cités ci-dessus.

Erreurs hygiéno-diététiques

Selon les experts réunis par l'AHCPR en 1996 (6), d'autres substances peuvent également aggraver ou déclencher une incontinence urinaire :

- l'alcool (polyurie, pollakiurie, impériosité, sédation, syndrome confusionnel, immobilité) ;
- la caféine.

Réduction de la mobilité, difficultés d'accès aux toilettes

Selon l'AHCPR (6), les contraintes physiques pour arriver aux toilettes sont également des causes d'incontinence urinaire potentiellement réversibles.

d. examens complémentaires (9-10)

Le seul examen complémentaire indispensable est l'ECBU pour la recherche d'une infection urinaire qui est un diagnostic différentiel, mais le diagnostic d'incontinence urinaire est clinique.

Le bilan urodynamique :

Il est recommandé, avant toute chirurgie d'une incontinence urinaire d'effort pure, d'évaluer la vidange vésicale, par la mesure du débit maximum et du résidu post-mictionnel. Il permet d'établir un pronostic et d'informer la patiente sur son fonctionnement vésico-sphinctérien, mais n'est pas obligatoire si aucun symptôme clinique n'est associé.

L'examen urodynamique est, en revanche, indispensable, pour une incontinence urinaire complexe ou compliquée et principalement en cas d'antécédents de chirurgie de l'incontinence urinaire, d'association à des urgenturies, avec ou sans fuites, d'incontinence urinaire sévère, d'anomalies mictionnelles, de test à la toux négatif, de réduction de la capacité vésicale, de suspicion d'obstruction ou d'hypocontractibilité vésicale, d'échec d'un traitement de première ligne.

Le bilan urodynamique est composé de :

- la débitmétrie : la patiente urine normalement (besoin normal d'uriner et sans effort de poussée). Le volume uriné et le débit sont enregistrés.
- la cystomanométrie : la mesure de la pression vésicale pendant le remplissage vésicale, permet de vérifier que la vessie est contractile ou non, d'apprécier une obstruction en cas de débit mictionnel faible avec une forte pression vésicale, de dépister des efforts de poussées abdominales. Les paramètres enregistrés sont : la pression détrusorienne de base, la perception du besoin, l'activité détrusorienne, la capacité et la compliance vésicale.
- la profilométrie urétrale : elle évalue les mécanismes sphinctériens. Ce n'est pas un test diagnostic mais un élément pronostic des résultats des techniques de cure chirurgicale d'IUE féminine.

Imagerie

En dehors de l'évaluation du résidu post mictionnel, le recours aux examens radiologiques n'est pas recommandé en pratique clinique quotidienne.

- La cystographie, l'échographie ou l'IRM pelvienne ne sont recommandés qu'en cas d'incontinence urinaire complexe, ou compliquée, ou récidivée, de discordance entre la clinique et le bilan urodynamique ou en cas de prolapsus associé.
- L'urétrocystographie est recommandé seulement s'il y a une hématurie microscopique ou macroscopique nécessitant la recherche d'une tumeur associée, surtout en présence de facteurs de risque urothélial (signes irritatifs vésicaux en l'absence d'infection), s'il y a une discordance entre la symptomatologie et le bilan urodynamique ou un bilan d'échec, de récurrence ou de complication de chirurgie de l'incontinence urinaire ou encore une suspicion de fistule uro-génitale.
- Les explorations électrophysiologiques ne sont pas recommandées pour une IU féminine non neurologique.

5. Traitements

Le tableau suivant récapitule les différents traitements en fonction du type d'incontinence :

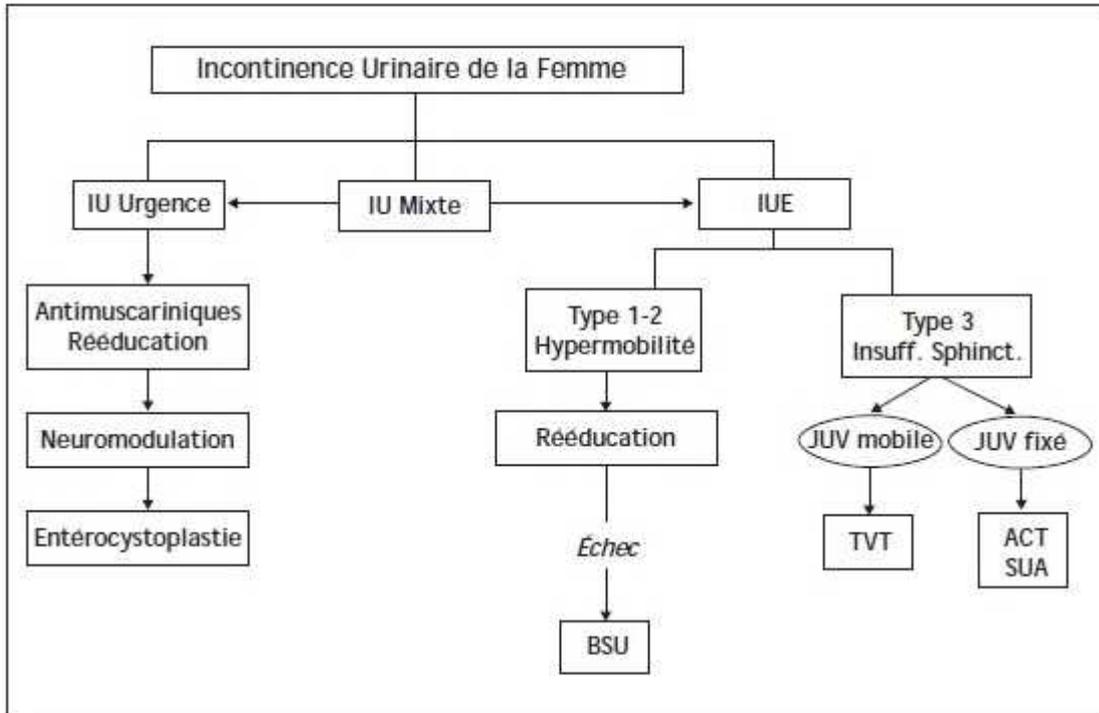


Figure 1. IU = Incontinence urinaire ; IUE = Incontinence urinaire d'effort ; JUV = Jonction uréthro-vésicale ; TVT = *Tension-free Vaginal Tape* ; BSU = Bandelette sous-urétrale ; SAU = Sphincter urinaire artificiel.

a. Traitements médicamenteux

Le traitement varie selon l'IU :

- dans l'incontinence urinaire d'effort : un traitement hormonal vaginal peut être proposé si la patiente présente une atrophie vaginale. L'utilisation des inhibiteurs de la recapture de la noradrénaline et de la sérotonine ne peut être recommandée actuellement. Il n'y a pas d'indication aux traitements alpha adrénergiques.
- dans l'incontinence par urgenturie : un traitement par anticholinergiques est prescrit et traitement hormonal vaginal s'il s'agit d'une patiente présentant une atrophie vaginale.

b. Prise en charge rééducative

La rééducation périnéale sera prescrite en première intention chez une femme présentant une incontinence urinaire d'effort, en particulier s'il s'agit d'une incontinence urinaire du premier degré sans prolapsus, avec un testing périnéal de mauvaise qualité et/ou une inversion de commande périnéale.

Une prescription de 15 séances suffit pour évaluer l'efficacité de la rééducation. On prolongera les séances si la patiente a l'impression de progresser, avec un résultat encore insuffisant. Sans amélioration, malgré une rééducation bien conduite, l'efficacité de la rééducation est remise en question. Actuellement, les thérapeutes sont maîtres du nombre de séances. Ils sont plus aptes à déterminer s'il faut les poursuivre. Ils doivent envoyer un rapport au médecin prescripteur.

Le travail du thérapeute ne peut être remplacé par des séances d'électrostimulation à domicile, celles-ci n'ayant pas prouvé leur efficacité.

Dans l'incontinence par urgenturie, l'approche rééducative sera utilisée parallèlement à la prescription des anticholinergiques avec une prise en charge comportementale et un travail de bio feed-back vésical. On pourra, par ailleurs, au cours de la séance, faire un temps d'électrostimulation à basse fréquence. Une dizaine de séances au départ sont suffisantes. Dans tous les cas, la prise en charge rééducative doit s'envisager dans une approche multidisciplinaire et s'intégrer dans une prise en charge médicale et/ou chirurgicale.

c. Traitements palliatifs

Les palliatifs absorbants se sont beaucoup améliorés ces dernières années ; ils ont gagné en efficacité et en confort, mais restent chers. Leur utilisation peut se concevoir de façon transitoire, en attendant l'efficacité d'un traitement curatif, ou de manière définitive, si aucune autre prise en charge n'est envisageable.

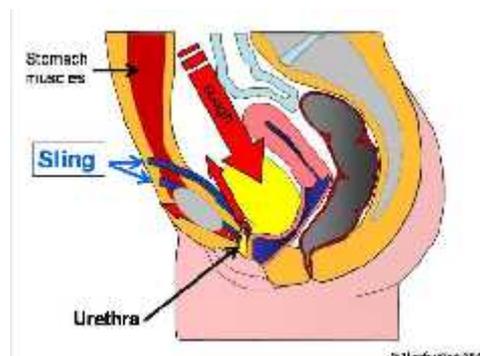
Ils se regroupent en trois types :

- extra-urétral occlusif,
- intra-urétral obstructif
- intravaginal de support : l'utilisation de pessaires ou d'autres dispositifs vaginaux peuvent être proposés, en particulier lorsqu'il existe un prolapsus associé. Ceux-ci peuvent être utilisés lorsque les fuites sont très occasionnelles (sport, par exemple) ou chez les femmes ne pouvant bénéficier d'aucun autre traitement.

d. Bandelettes sous urétrales

Il existe deux voies :

- voie transobturatrice
- voie rétropubienne



La pose de BSU traite efficacement l'incontinence urinaire d'effort et fait disparaître plus d'une fois sur deux les urgenturies, mais les aggrave une fois sur dix. Au-delà de 5 ans, il est fréquent de constater une dégradation des résultats fonctionnels, essentiellement par la réapparition ou l'aggravation d'impériosités mictionnelles.

Le traitement par bandelettes sous urétrales sera abordé plus spécifiquement dans un paragraphe ultérieur.

e. La colposuspension

Les résultats fonctionnels des bandelettes sous-urétrales et des colposuspensions à ciel ouvert sont identiques. Cependant, la morbidité des colposuspensions est supérieure. Celles-ci peuvent être envisagées lorsque le résultat fonctionnel de la pose d'une bandelette sous-urétrale risque d'être compromis par une anomalie de la trophicité vaginale ou par une intervention réparatrice antérieure portant sur l'urètre (diverticule sous-urétral, fistule urétrovaginale).

f. Les injections périurétrales

Les injections périurétrales ne constituent pas une option de première intention sauf pour les femmes très âgées ou refusant l'opération. Après échec du traitement chirurgical, et/ou s'il existe une insuffisance sphinctérienne, les injections peuvent être une alternative à une nouvelle chirurgie, en sachant que les résultats sont nettement inférieurs aux ballons ou au sphincter. Leur action diminuera avec le temps.

En cas d'urètre fixé par des interventions antérieures, l'injection péri-urétrale n'est pas indiquée.

g. Les ballons périurétraux

Les ballons ACT® ne peuvent être implantés que chez des patientes présentant une incontinence urinaire par insuffisance sphinctérienne sans hypermobilité urétrale (manœuvres de soutènement négatives), en cas d'échec d'autres thérapeutiques ou lorsque la pose d'un sphincter artificiel urinaire est contre-indiquée ou refusée par la patiente (HAS).

h. Le sphincter artificiel urinaire

L'indication d'implantation de sphincter artificiel urinaire chez la femme repose sur plusieurs paramètres : sévérité de l'incontinence, insuffisance sphinctérienne avec manœuvres de soutien urétral négatives, notion de récurrence post-chirurgicale de l'incontinence, absence de contre-indication. L'évaluation clinique et urodynamique préopératoire est indispensable.

Les facteurs de succès dépendent :

- d'une implantation sur des tissus non délabrés par des interventions itératives ;
- d'une technique bien codifiée reposant sur une expérience opératoire régulière ;
- d'une désactivation suffisamment longue ;
- de la surveillance à long terme avec une expertise de la gestion des pannes et des révisions.

i. La neuromodulation des racines sacrées

Un cadre réglementaire précis doit être respecté pour l'utilisation de la neuromodulation des racines sacrées pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine par hyperactivité vésicale. Il n'est pas recommandé d'effectuer un test de neuromodulation des racines sacrées si un traitement par rééducation ou un traitement par anticholinergique n'a pas été tenté au préalable, à moins qu'une contre-indication interdise l'utilisation de ces traitements. L'urologue implanteur doit avoir reçu une formation spécifique sur le matériel, la technique d'implantation et le paramétrage.

L'évaluation de l'efficacité pendant la période de test, doit être rigoureuse et repose sur l'utilisation de calendriers mictionnels, de questionnaires de symptômes ainsi que de l'appréciation globale par la patiente. Une amélioration supérieure à 50 % et un contre-test vérifiant la réapparition des symptômes après l'arrêt de la stimulation, sont nécessaires pour justifier l'implantation d'un neuromodulateur.

j. Les toxines botuliques

Chez les patientes présentant une hyperactivité vésicale non neurologique, l'utilisation de la toxine botulique A (qui n'a pas, en 2009, d'autorisation de mise sur le marché, dans cette indication, même chez les patients neurologiques) doit être réservée à des indications très ciblées de deuxième ou troisième ligne (échec ou intolérance des traitements recommandés), et s'inscrire, dans un premier temps, dans le cadre de la recherche clinique ou de services spécialisés.

k. Les thérapies cellulaires

Plusieurs essais cliniques de thérapies cellulaires ont été conduits récemment dans le cadre de l'incontinence urinaire. Les procédés de préparation cellulaire et les critères d'inclusion étaient différents dans chaque étude. La faisabilité de cette technologie semble cependant acquise. Il reste à préciser les indications du traitement et les effets à long terme. La thérapie cellulaire de l'incontinence urinaire ne se conçoit, pour l'instant, que dans le cadre d'un essai clinique.

l. Conclusion

Les bandelettes sous urétrales semblent être, après l'échec de la rééducation, le meilleur traitement de l'IUE.

6. Les bandelettes sous urétrales (BSU)

a. indications

L'incontinence urinaire d'effort pure avec hypermobilité urétrale est l'indication principale des bandelettes sous urétrales.

Les bandelettes peuvent également être posées dans le cas d'incontinence urinaire mixte avec une composante d'effort prédominante sans contraction, non inhibée du détrusor, car le bilan urodynamique conduit à des résultats proches de ceux de l'incontinence urinaire d'effort pure. Une évaluation rigoureuse de l'équilibre vésicosphinctérien par un bilan urodynamique et une information complète de la patiente sur les résultats et risques possibles de la pose d'une BSU pour traiter une incontinence urinaire mixte, sont indispensables.

Une incontinence urinaire mixte avec urgenturies prédominantes ou la présence de contractions détrusoriennes sur la cystomanométrie réduisent les taux de succès de la BSU.

b. Implants: recommandations (12)

Les implants recommandés doivent répondre aux spécifications suivantes : ils sont composés d'un ruban prothétique non résorbable, constitué uniquement de monofilaments de polypropylène tricotés. Leur grammage a une masse linéique inférieure ou égale à 1,5 g/m (pour un implant de 1 cm de large). Il est nécessaire que la taille des pores du monofilament constitutif (à ne pas confondre avec les pores entre mailles après tricotage des monofilaments) soit supérieure ou égale à 10 micromètres et que le pourcentage de particules relarguées sous tension reste inférieur ou égal à 10 % du poids initial.

La HAS a recommandé qu'un document d'informations soit remis obligatoirement par le fabricant, à chaque utilisateur, avec tout implant, précisant ses spécifications techniques.

Implants recommandés

Ils sont de deux types :

- Les implants de renfort d'origine synthétique macroporeux constitués de monofilaments de polypropylène tricotés.
- Les implants en collagène porcine acellulaire (Pelvicol® référence PEL 220).

Implants non recommandés

Ils sont, là encore, de deux types :

- Les implants d'origine synthétique, autres que ceux recommandés.
- Les implants résorbables en collagène, issus de la sous muqueuse intestinale de porc (Stratasis TF Porcin®).

c. Le choix entre la voie transobturatrice et rétropubienne

Différents facteurs peuvent justifier le choix de la méthode chirurgicale :

Taux de guérison de l'IU :

- Le taux de guérison objectif des voies transobturatrices et rétro-pubiennes ne peut être évalué clairement du fait de critères d'évaluation imprécis et variables selon les études.

- Le risque relatif de guérison subjective de l'incontinence urinaire d'effort de la voie transobturatrice, par rapport à la voie rétro-pubienne, est de 0,82 (CI 95 %, 0,19-0,83). La voie transobturatrice serait donc subjectivement meilleure.
- Les voies transobturatrices de dehors en dedans et de dedans en dehors conduisent aux mêmes taux de guérison.

Aucune étude n'a, à ce jour, démontré une dégradation des résultats fonctionnels avec le temps. Le recul le plus long est de 11 ans et concerne le TVT rétro-pubien.

Risques opératoires et postopératoires

- Le risque relatif de complications peropératoires de la voie transobturatrice par rapport à la voie rétro-pubienne est de 0,40 (CI 95 %, 0,19-0,83) lorsqu'il est établi à partir des études randomisées et de 0,21 (CI 95 %, 0,10-0,44) lorsqu'il est établi à partir d'études de cohortes. Les complications telles que la plaie de vessie (OR 0,12 ; CI 95 %, 0,05-0,33) sont moins fréquentes pour la voie transobturatrice. En revanche, les douleurs au niveau de la racine de la cuisse (OR 8,28 ; CI 95 %, 2,7-25,4) et les plaies vaginales ainsi que les expositions prothétiques (OR 1,96 ; CI 95 %, 0,87-4,39) sont plus fréquentes après pose par voie obturatrice.
- Le risque relatif d'impériosités de novo après un an de suivi, de la voie transobturatrice par rapport à la voie rétro-pubienne, est de 0,63 (CI 95 %, 0,12-3,33) lorsqu'il est établi à partir des études randomisées et de 0,48 (CI 95 %, 0,23-1) lorsqu'il est établi à partir des études de cohortes.
- La dysurie (OR 0,55 ; CI 95 %, 0,31-0,98) est moins fréquente dans la voie obturatrice. Le risque relatif de dysurie nécessitant une réintervention ne peut être évalué en raison d'un nombre d'études insuffisant.
- Concernant la voie transobturatrice, des études anatomiques ont montré que le passage de la bandelette était plus proche du pédicule vasculaire pudendal externe inférieur et de la branche postérieure du nerf obturateur dans la voie de dedans en dehors par rapport à la voie de dehors en dedans. Cette constatation anatomique, sous réserve du respect de la technique opératoire, n'a pas entraîné à ce jour, de cas de morbidité particulière.
- La voie transobturatrice de dehors en dedans nécessite une dissection vaginale plus importante que la voie de dedans en dehors. Cette dissection n'entraîne pas de conséquence particulière en termes de dénervation urétrale ou de risque de déplacement de la bandelette.

d. Les facteurs influençant les résultats

La négativité des manoeuvres de soutènement de l'urètre moyen est un élément pronostic de l'échec de la pose de la BSU.

Le surpoids modéré n'influe pas sur les résultats de la pose de BSU. En revanche, un BMI 35 réduit significativement les résultats des BSU à la fois par échec de correction de l'IUE et par urgenterie de novo. Il entraîne aussi plus de complications médicales graves. La perte de poids a une influence bénéfique sur l'incontinence urinaire, mais est rarement durable. Chez les patientes présentant une obésité sévère, il vaut mieux envisager une chirurgie bariatrique qu'une pose de BSU.

L'âge n'est pas une contre-indication à la pose d'une BSU. Sous réserve d'un faible nombre de publications, il apparaît néanmoins que le taux de guérison attendu dans la population âgée

de plus de 70 ans est inférieur de 10 à 15 % à ce qui est attendu chez les femmes plus jeunes. Le risque d'impériosités de novo et de rétention postopératoire apparaît également plus élevé.

Il y a un risque de récurrences de l'incontinence après bandelette sous-urétrale en cas de grossesse. Si la patiente est jeune et nullipare, on diffèrera l'intervention après sa dernière grossesse. En cas de grossesse, il est essentiel de limiter les facteurs de risque d'IU tels que le surpoids et le tabac.

Pour les patientes primipares porteuses d'une bandelette sous-urétrale, même si le premier accouchement paraît déterminant dans le traumatisme périnéal qu'il génère, ou pour les patientes multipares, il ne faut pas proposer d'emblée une césarienne.

e. Les complications des bandelettes sous-urétrales

Il existe différentes complications :

- complications fonctionnelles :

- rétention d'urines postopératoire

Elle peut être liée à une bandelette trop serrée ou à une vessie hypocontractile.

Si les complications sont dues à une bandelette trop serrée, une reprise chirurgicale précoce est recommandée. Il convient de reprendre l'incision vaginale et de détendre la bandelette.

Mais si l'on suspecte un trouble de la contractilité vésicale, il est conseillé de différer toute reprise chirurgicale et d'avoir recours temporairement aux autosondages.

- dysurie postopératoire

Elle nécessite un bilan clinique, endoscopique, urodynamique et éventuellement radiographique et échographique. Lorsqu'elle est extrême et qu'elle s'accompagne de signes irritatifs vésicaux gênants, de résidus post-mictionnels ou d'infections urinaires récidivantes, elle nécessite une réintervention pour sectionner la bandelette. La section simple n'est pas toujours suffisante pour libérer l'urètre. Il faut alors réséquer, de dehors en dedans, le segment vaginal de la bandelette jusqu'à ce que l'urètre soit libéré. Après résection de la bandelette, le risque de récurrence de l'incontinence est de 10 à 30 %.

- urgenturie avec ou sans fuites

Elle nécessite un bilan clinique, bactériologique, endoscopique, échographique, urodynamique et éventuellement radiographique, à la recherche d'une épine irritative locale (infection urinaire, érosion urétrale ou vésicale), d'une obstruction (bandelette serrée, prolapsus sous-estimé) ou d'une béance cervico-urétrale en amont. Si une obstruction est identifiée, il faut la traiter en priorité. S'il s'agit d'urgenturie sans obstacle, un traitement anticholinergique, éventuellement associé à certaines techniques de rééducation, sera proposé. En cas d'échec du traitement médicamenteux, il faudra envisager de sectionner les bandelettes sous urétrales ou de traiter par une neuromodulation sacrée. Des injections détrusoriennes de toxine botulique sont en cours d'évaluation dans cette indication.

- récurrence de l'incontinence d'effort

En cas de récurrence de l'incontinence d'effort, un bilan clinique et paraclinique complets se révèlent nécessaires pour prendre une décision thérapeutique. S'il persiste une hypermobilité urétrale clinique avec une bonne vidange vésicale, on proposera la mise en place d'une bandelette sous-urétrale itérative. Si les pressions sphinctériennes sont basses, on préférera

une voie d'abord rétro-pubienne. En l'absence d'hypermobilité urétrale, on discutera l'implantation d'un sphincter artificiel urinaire, dont l'efficacité est démontrée, mais au prix de certaines contraintes. La mise en place de ballons péri-urétraux est une alternative moins invasive, en cours d'évaluation.

- Douleurs postopératoires :

Les douleurs myofasciales sont une contre-indication à l'utilisation de la voie transobturatrice. Dans la voie rétro-pubienne, le passage très vertical de l'alginate en arrière du pubis prévient le risque de lésions du nerf obturateur. Le passage de l'aiguille au plus près de la branche ischio-pubienne lors de la voie transobturatrice de dedans en dehors, limite le risque de douleurs postopératoires. Les bandelettes sous urétrales sont parfois responsables de douleurs postopératoires nécessitant alors la résection partielle ou complète de la bandelette. Les douleurs vaginales et la dyspareunie sont souvent la conséquence de la rétraction d'un bras de prothèse qui pourra être réséqué.

- Erosion et exposition des bandelettes :

L'érosion vaginale est évoquée devant toute leucorrhée, douleur vaginale, dyspareunie, sensation vaginale anormale. Toute exposition ou érosion doit être traitée car elle peut évoluer vers une complication infectieuse grave : fasciite et gangrène. L'IRM est performante pour identifier l'infection prothétique. Le traitement conservateur ne se justifie que s'il s'agit d'une exposition limitée et que le bilan élimine une infection de la bandelette. Seules les bandelettes de polypropylène monofilament tricoté peuvent bénéficier d'un traitement conservateur. Toute bandelette infectée doit être retirée en totalité. L'intervention doit comprendre des prélèvements bactériologiques et l'envoi de la bandelette en bactériologie. L'antibiothérapie doit être prolongée et adaptée à l'antibiogramme.

7. Les bandelettes sous urétrales par voie transobturatrice pour le traitement de l'IUE

Dans notre étude, nous utiliserons plus spécifiquement des bandelettes sous urétrales par voie transobturatrice, dont nous allons définir les caractéristiques.

a. Caractéristiques des bandelettes (13)

La bandelette est un ruban de polypropylène projeté (non tissé, non tricoté). Elle est compartimentée en trois segments : une pièce centrale de 30 mm de long et de 10 mm de large, deux pièces latérales de part et d'autre de la pièce centrale. Ces pièces latérales mesurent 25 mm de large ; elles s'affinent progressivement vers leur extrémité externe. La pièce centrale est siliconée sur 15 mm de large en son milieu, uniquement sur la face destinée à répondre à l'urètre.

b. Intervention chirurgicale (14)

L'intervention chirurgicale comporte différentes étapes :

- l'incision :



L'incision rétro-urétrale intéresse toute l'épaisseur de la paroi vaginale ; elle doit être assez grande pour admettre le doigt. À partir de l'incision, on libère latéralement le vagin de part et d'autre de l'urètre. La dissection s'arrête contre la branche ischio-pubienne. La dissection doit se situer dans le plan profond anatomique entre le fascia de Halban et l'urètre et non pas dans le plan chirurgical trop superficiel entre le fascia de Halban et la peau vaginale. Ainsi la bandelette ne sera pas perçue par le doigt à travers la paroi vaginale, une fois la cicatrisation accomplie.

Ensuite une incision cutanée punctiforme est réalisée 15 mm en dehors de la branche ischio-pubienne au niveau d'une ligne horizontale passant par le capuchon clitoridien.

- le tunneliseur :



Le tunneliseur est introduit par l'incision cutanée et traverse la membrane obturatrice où il existe une résistance particulière, facile à reconnaître. Il est ensuite horizontalisé, pour que sa pointe soit conduite en dedans vers l'urètre en visant au-dessus du méat urétral sous l'auvent pubien osseux. Le plus sûr est de contourner la branche ischiopubienne en gardant le contact osseux. L'objectif de ce geste est de tracer avec l'instrument un trajet périnéal en restant en dessous du fascia supérieur de l'élévateur de l'anus. Un doigt dans l'incision contrôle que le tunneliseur ne transfixie pas le vagin et passe bien au-dessus de la gouttière vaginale latérale à distance de celle-ci. L'index introduit dans l'incision vaginale refoule vers le haut l'urètre et le protège de l'aiguille. Le doigt va ainsi trouver sous l'auvent pubien, latéralement, le contact avec l'extrémité du tunneliseur. Celui-ci est alors guidé par le doigt dans l'incision vaginale. Une fois ce geste réalisé, il est prudent de contrôler que le vagin et l'urètre n'ont pas été transfixiés par le tunneliseur.

- la mise en place des bandelettes :



L'extrémité de la bandelette est introduite dans le chat de l'aiguille, puis mise en place. Deux points sont importants lors du réglage de la position de la bandelette, pour réduire le risque de compression urétrale, source de dysurie : il faut laisser un espace visible entre bandelette et urètre (de quelques millimètres) et éviter de faire le réglage avec la patiente en position de Trendelenburg, car, dans cette position, la région cervico-urétrale se situe au plus haut. Il est donc préférable de mettre la patiente en position horizontale, voire en proclive, pour faire le réglage de l'urètre au plus bas, mimant la situation anatomique de l'urètre en orthostatisme.

- la fermeture des orifices cutanés :

Les orifices cutanés sont fermés après avoir sectionné l'excédent de bandelette. L'incision vaginale est occluse par quelques points séparés de fil résorbable.

Voici en image les rapports anatomiques des bandelettes transobturatrices :

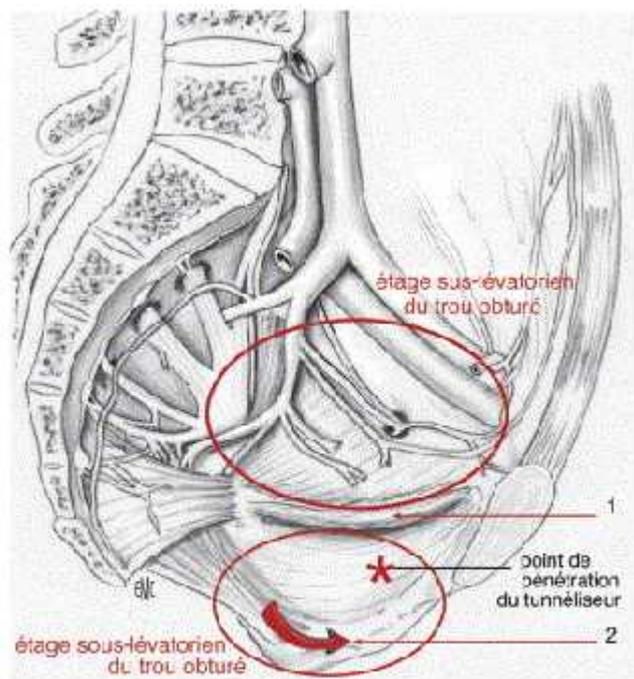


Fig. 2. Anatomie : les deux niveaux du trou obturé. 1. Muscle releveur ; 2. nerf pudendal.

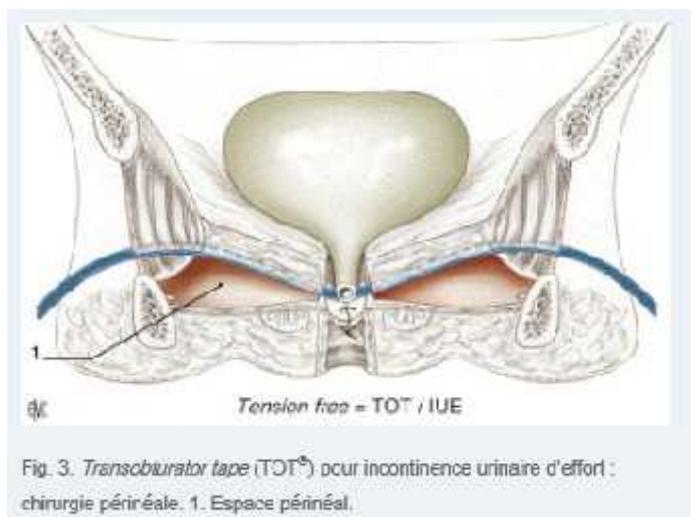


Fig. 3. Transobturator tape (TOT[®]) pour incontinence urinaire d'effort : chirurgie périnéale. 1. Espace périnéal.

On retrouve au niveau du point de pénétration du tunneliseur et donc du passage de la bandelette transobturatrice le muscle releveur de l'anus et le nerf pudendal.(97)

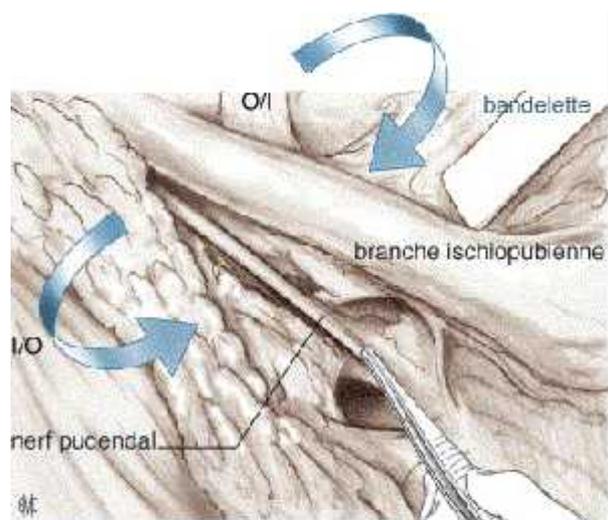


Fig. 4. Nerf pudendal et sens du tunneliseur.

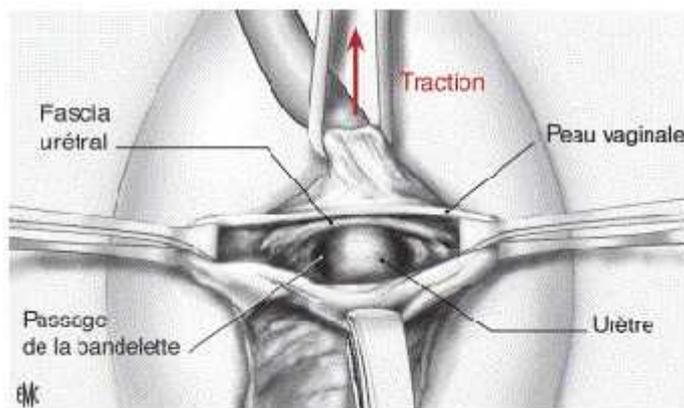


Fig. 6. L'incision vaginale doit comprendre la peau vaginale et le fascia sous-urétral = dissection au contact de l'urètre.

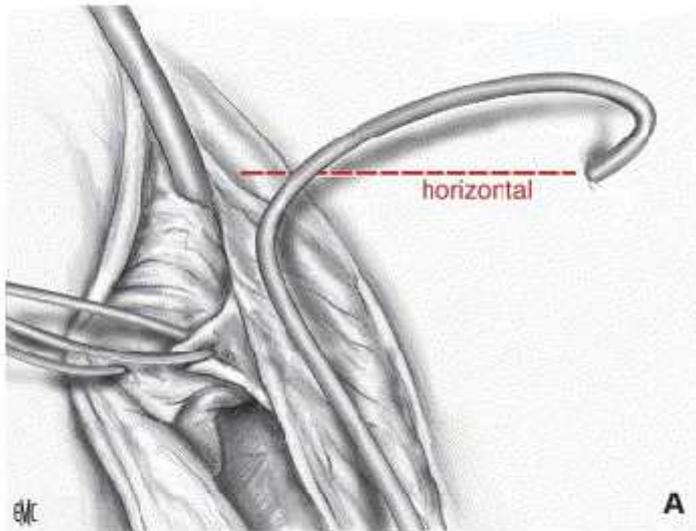


Fig. 7. Le tunneliseur doit rester dans le plan périnéal que son trajet soit horizontal (A) ou oblique (B).

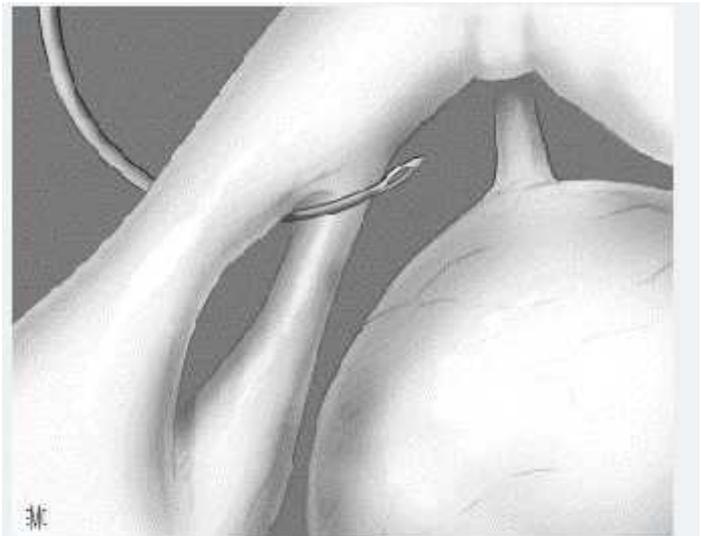


Fig. 8. Pour rester périnéal, le tunneliseur doit avoir un contact franc avec la branche caecale, puis la contourner en restant à son contact.

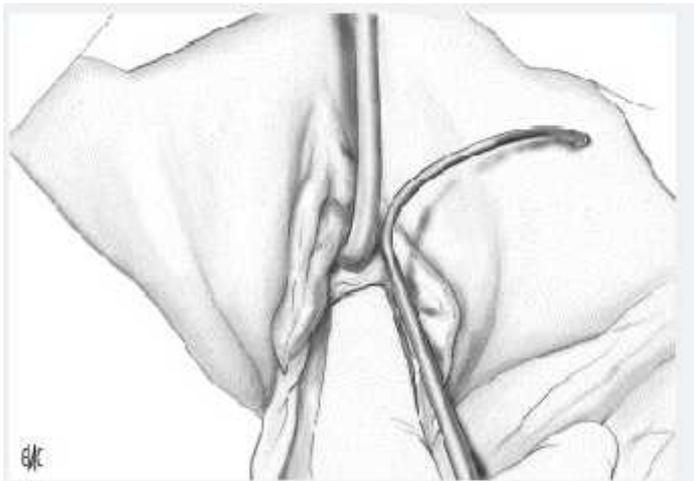


Fig. 9. Le coigt introduit dans l'incision protège l'urètre et guide le tunneliseur vers l'incision vaginale.

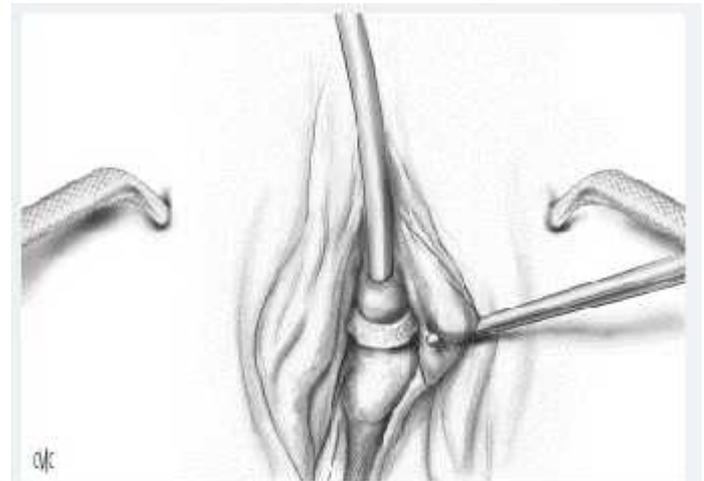


Fig. 10. Mise en place de la bandelette. Test à la toux (anesthésie locale) et réglage de la bandelette très lâche (à 5 mm de l'urètre).

II. Sexualité de la femme

En 1975, l'OMS évoque la sexualité en ces termes : « c'est à la fois un besoin essentiel et un aspect de la personnalité humaine qui ne peuvent être séparés des autres aspects de la vie. Elle influence nos pensées, nos sentiments, nos actions et nos interactions, et par conséquent, notre santé mentale et physique. Tout comme la santé est un droit fondamental de l'être humain, la santé sexuelle doit, au même titre, être un droit fondamental de l'être humain ».

1. La relation sexuelle (17)

Une relation sexuelle est une forme particulière de relation humaine, qui ne se limite pas au seul moment de la pénétration sexuelle. Elle évolue et se développe tout au long de la liaison entre les personnes concernées. Cette relation s'exprime dans les moments de « vivre ensemble » (qui dépassent de loin la simple notion de cohabitation) avec toutes les techniques diverses de séduction (comportement, parfums, démarche, etc.) et de réactivation de la séduction propres, à chaque culture. Elle se précise durant les préliminaires amoureux destinés à préparer l'acte lui-même (danses, massages, caresses, etc.) qui éveillent le désir de mettre fin à l'excitation dans le rapport sexuel proprement dit. Et elle se renforce durant le moment d'apaisement qui suit.

L'orgasme, qui est difficile à décrire, est le plus haut point du plaisir sexuel, résultant de la libération de la tension consécutive à l'excitation sexuelle et sensuelle. C'est la forme la plus manifeste de la sexualité.

Les mécanismes biologiques conduisant au désir et à la réponse sexuelle ne sont pas connus. Il existe des interactions entre des neurotransmetteurs, des neuropeptides et des hormones. La noradrénaline, la dopamine, la mélanocortine, l'ocytocine et la sérotonine stimulent la sexualité, la prolactine ainsi que le GABA l'inhibent.

Sur le plan physiologique, la première réaction à une excitation sexuelle est l'afflux de sang dans les organes génitaux, ce qui, chez l'homme, provoque l'érection, et chez la femme, la lubrification de la paroi vaginale, sans laquelle la pénétration est difficile et douloureuse.

L'excitation féminine se manifeste de façon moins visible que pour un homme. Le clitoris se dresse, durcit et gonfle. Tandis que le vagin émet un fluide clair qui le mouille et facilite la pénétration par le pénis, les lèvres et les parois deviennent plus sensibles au toucher. Les seins deviennent également plus sensibles, et les mamelons durcissent. Si les pensées et les caresses continuent, la tension sexuelle monte, la femme atteint alors le pic de son plaisir et a un orgasme.

Des caresses sur le clitoris facilitent la montée de l'orgasme. En même temps que l'orgasme survient, il se produit chez la femme des contractions musculaires rythmiques dans la zone située autour du vagin.

L'orgasme est suivi de la phase de résolution, pendant laquelle les phénomènes de la phase d'excitation diminuent rapidement. Mais la femme peut avoir plusieurs orgasmes successifs si la stimulation sexuelle ne s'interrompt pas ; la phase de résolution ne survient alors qu'après le dernier orgasme.

2. La sexualité au cours de la vie

La sexualité occupe une place naturellement importante dans la vie d'une femme. C'est un moyen d'exprimer l'amour ou le désir à un partenaire, de ressentir et de donner du plaisir, ou de tomber enceinte.

La sexualité d'une femme n'est pas limitée dans le temps, elle dure et évolue tout au long de sa vie, de l'enfance à la vieillesse, en passant par l'âge adulte. Elle s'exprime de façons diverses aux différentes périodes de sa vie. Elle ne se manifeste pas seulement au cours d'un rapport sexuel ; beaucoup d'autres situations et conditions peuvent éveiller les sens, la sensualité (des sons, des contacts, des rêves) et les mettre ainsi en œuvre. La sexualité n'existe pas en dehors du contexte social dans lequel vivent les hommes et les femmes. C'est ce qui explique certainement la variété et la complexité des normes et des barrières mises en place par les hommes et les femmes eux-mêmes, la famille, la société, la religion et souvent par la loi pour réglementer les multiples possibilités ouvertes par l'expression de la sexualité.

a. Enfance

Freud, en 1905, démontre le caractère sexué de l'enfant. Ce dernier a des zones érogènes qui le mènent à la découverte du plaisir. Ainsi, la sexualité ne commence pas avec les premiers rapports sexuels mais apparaît comme la continuité de la recherche de ce plaisir.

b. Adolescence

L'adolescence est une phase transitoire, caractérisée par de nombreux changements, à la fois :

- biologiques avec l'accélération de la croissance et l'apparition des caractères sexuels primaires et secondaires ;
- psychologiques avec une recherche d'identité, une acceptation de son nouveau corps et la nécessité de maîtriser des pulsions ;
- sexuels avec le choix d'objets sexuels, l'apprentissage de la sexualité et le choix de son orientation ;
- sociaux, puisque le début de l'autonomie marque la fin de l'adolescence.

Cette phase est également marquée par un désintérêt pour l'amour initial, celui des parents, un deuil de la bisexualité, la découverte de l'autoérotisme, une hypersexualité.

D'après l'INSERM en 2008, le premier rapport sexuel a lieu vers 17 ans, mais survient avant 15 ans pour 21% des garçons et 10% des filles. Les rapports sexuels, qui sont sporadiques et non planifiés pendant cette phase, sont de l'ordre de 5 -15 rapports sexuels/an et 63% d'entre eux ont lieu pendant les vacances.

L'affect joue un rôle essentiel dans l'excitation pendant l'adolescence, le ressenti et les émotions sont primordiaux. On observe également une pratique moins importante de la masturbation par rapport à la phase adulte.

Le premier rapport sexuel n'est que rarement motivé par le désir sexuel, il est d'autre part, source fréquente de traumatismes et de déceptions.

Face aux changements physiologiques et morphologiques, les adolescents perçoivent leur corps comme ne leur appartenant pas (F. Marty). Cela peut engendrer : pudeur, gêne et honte. L'adolescent peut changer ses pratiques alimentaires et sportives et avoir des comportements à risques. On retrouve parmi ceux-ci : les addictions et dépendances, les scarifications, les tatouages et piercing (liés au besoin de réappropriation de son corps) et enfin le manque de protections pendant l'activité sexuelle pouvant entraîner des grossesses et infections sexuelles.

c. Adultes jeunes

Les jeunes femmes découvrent le pouvoir de séduction. Elles doivent dépasser les craintes que le désir de l'homme peut éveiller. Elles jouent à plaire pour se rassurer. Elles recherchent ensuite à être aimées plutôt qu'à être désirées sexuellement. Elles peuvent ainsi libérer leur propre sensualité grâce aux désirs de l'homme pour enfin atteindre la maturité sexuelle. (16)

d. Femmes ménopausées (18-19)

Parce qu'elle entraîne des modifications physiques et hormonales, la ménopause peut affecter la sexualité. Toutefois, pour Koster en 1991 dans *Health Care on International Women*, il n'y aurait pas de modification de la sexualité pour 70 % des femmes lors de la ménopause.

Sur le plan physique, la ménopause a une influence au niveau vulvaire. En cas de rapport sexuel, il n'y a plus d'amincissement, ni de séparation, ni d'élévation des grandes lèvres ; les petites lèvres s'épaississent et grandissent seulement dans $\frac{3}{4}$ des cas, le clitoris ne se tuméfie que dans 20 à 30 % des cas.

On observe des modifications vaginales :

- la muqueuse devient plus lisse avec un aspect dépoli, une teinte rouge diffuse et tachetée, se révèle plus fragile ; sa longueur et sa largeur se réduisent.
- l'élasticité lors de la pénétration diminue.

Les muqueuses urétrales et vésicales, quant à elles, s'atrophient.

Quelques autres facteurs pouvant contribuer à influencer le désir et déterminer la satisfaction sexuelle des femmes à la ménopause :

- le contexte relationnel : épanouissement amoureux ou absence de vie amoureuse, solitude, relation de couple égalitaire, inégalitaire ou violente, historique sexuel,
- le degré de confiance en soi en lien avec la capacité à accepter un corps qui change : prise de poids, blanchissement des cheveux, relâchement de la peau,
- le contexte social : conditions économiques, discrimination, accès aux soins de santé, stress,
- la santé : le diabète, les problèmes ostéoarticulaires ou rénaux, les troubles de la glande thyroïde, les fibromes utérins qui provoquent saignements et douleurs peuvent avoir un impact négatif sur la sexualité ; la dépression, l'instabilité de l'humeur ou une tendance à l'anxiété sont souvent associées aux troubles sexuels.

Certains types de médicaments peuvent avoir une influence négative sur la sexualité (désir, orgasme, lubrification), ainsi les antihypertenseurs, les antidépresseurs, les anxiolytiques et

les sédatifs à haute dose ou pris de façon continue, les diurétiques, les antioestrogènes et les antihistaminiques.

Il faut donc adapter sa sexualité à son corps de 60 ans, qui n'a plus la même souplesse ou la même capacité d'endurance que celui de 20 ans.

Toutefois, l'expérience et le savoir-faire, la connaissance de soi et des autres peuvent largement compenser ce qui a pu être perdu en capacité physique.

D'autre part, la réponse sexuelle est plus lente avec les années. Une bonne communication entre les partenaires est fondamentale pour que chacune et chacun s'adaptent à la réalité de l'autre.

De plus, avec l'âge, la sensibilité génitale décroît et il peut être plus difficile d'avoir du plaisir ou un orgasme. Des caresses plus directes et plus intenses, le sexe oral ou la masturbation mutuelle permettent d'expérimenter des sensations plus fortes. Il est aussi possible d'utiliser des « jouets sexuels » qui facilitent la stimulation. Là encore, une bonne communication est importante pour rassurer le ou la partenaire, qui pourrait mal percevoir ces apports extérieurs et les interpréter comme une remise en cause de ses performances.

Une érection défaillante ou une difficulté à atteindre l'orgasme peuvent, à leur tour, être mal interprétées et considérées comme un manque de désir. Ce n'est pourtant pas forcément lié car, avec l'âge, le corps ne répond pas toujours comme on le souhaiterait. Le couple doit alors prendre conscience que la sexualité ne se limite pas à la pénétration et à la génitalité et qu'il existe de multiples façons d'explorer le plaisir, l'érotisme et la sensualité.

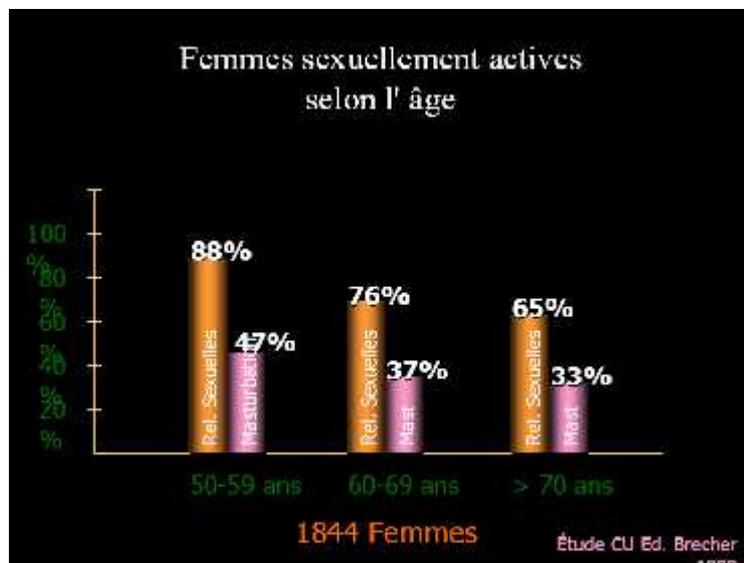
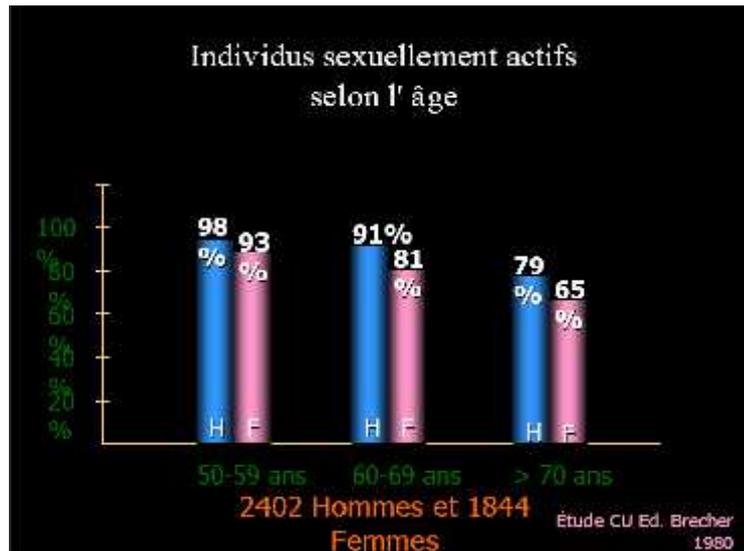
De fait, en cas de douleurs ou de manque de mobilité, l'exploration de positions plus confortables est nécessaire. Des supports servant à soutenir le corps pendant les relations sexuelles sont disponibles (mais dispendieux) dans les sex-shops de qualité.

Enfin, les institutions et le milieu médical ont souvent tendance à déssexualiser ceux et celles qui souffrent de maladies dégénératives ou d'une perte des fonctions cognitives. Pourtant, ces personnes ont aussi des désirs et des besoins en termes de sexualité et d'intimité.

e. Femmes âgées

L'absence d'activités sexuelles lorsqu'on est âgé conduit au rétrécissement des organes sexuels ; l'adulte âgé est alors confronté à un dilemme sexuel : « utiliser ou perdre » son sexe.

Cependant, on constate que même dans le très grand âge, la sexualité persiste.



	Hommes (n=100)	Femmes (n=102)
fantasmes	88%	71%
Caresses, sensualité	82%	64%
masturbation	72%	40%
RS	63%	30%
Plaisir (masturbation)	85%	64%
Plaisir (RS)	76%	39%

: Bretschneider Judy, Mac Coy Norma, « sexual interest and behavior in healthy 80-102 years old », Spring 1989

L'enquête de Starr et Weiner, menée en 1981 auprès de 800 personnes âgées de 60 à 91 ans démontre que la fréquence des activités sexuelles ne décline pas brutalement avec l'âge. Il semble, en effet, que la fréquence des activités sexuelles ne diminue pas de façon marquée lorsqu'on suit la même génération à travers les années.

Voici quelques-uns des résultats de l'étude de Starr et Weiner :

- l'intérêt pour la sexualité demeure fort avec l'avancement en âge;
- la majorité des répondants (75 %) rapportent que les relations sexuelles sont aussi satisfaisantes à un âge avancé que lorsqu'ils étaient plus jeunes;
- plus du tiers des répondants (36 %), à la fois hommes et femmes, notent que les relations sexuelles sont plus satisfaisantes à l'âge avancé;
- la très grande majorité des répondants, incluant des femmes et des hommes veufs, divorcés et célibataires, sont sexuellement actifs.

3. Les chiffres

La sexualité se lit à travers des chiffres.

En moyenne, une personne a deux rapports sexuels par semaine. (22-23-24).

Mais les rapports sexuels ont tendance à diminuer avec le temps dans le même couple, de 13 rapports par mois à 8 rapports, après 15 ans de vie commune. Il existe des facteurs de variation avec l'âge et le statut marital. Cependant, 18% des hommes et 33% des femmes n'ont pas de rapports sexuels. 13% des hommes et des femmes ont moins d'un rapport sexuel par mois.

4. Les dysfonctionnements sexuels féminins (DSF)

a. définitions

La définition des DSF dans la DSM IV (26) est basée sur le déroulement de l'action sexuelle :

- le désir sexuel hypo-actif (DSH): composante fantasmatique.
- les troubles de l'excitation sexuelle: lubrification, pénétration.
- les troubles de l'orgasme (qui constitue le stade final de l'excitation).
- les troubles avec composante douloureuse : vulvodynies et vestibulite vulvaire.
- les douleurs pelviennes.

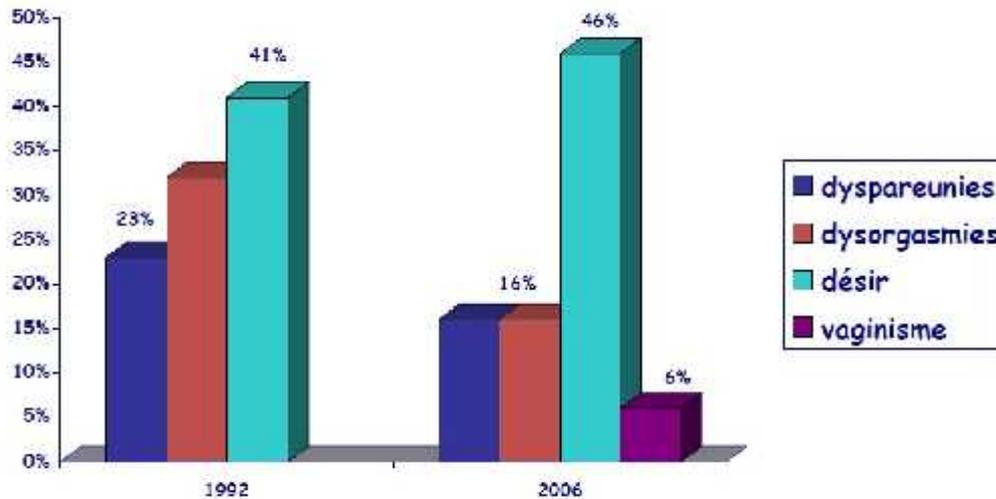
La définition renouvelée par l'ISSWSH (27), en Octobre 2004, de la dysfonction sexuelle serait « le manque ou l'absence persistant ou récidivant de fantasmes ou pensées sexuelles et/ou du désir ou de la réceptivité d'activité sexuelle qui cause une détresse personnelle forte et/ou des difficultés interpersonnelles ».

Deux critères supplémentaires doivent être pris en compte :

- le caractère primaire ou acquis de la dysfonction
- le degré de souffrance psychologique

b. Caractéristiques

D'après une enquête de West et Coll (2008), 11 à 33% des femmes non ménopausées et 33 à 53% des femmes ménopausées souffrent de troubles du désir.



1993, Spira, Hayes et al. « Enquête sur la sexualité des français », INSE-RM
2004, Colson, Lemaire et al. *Journal of Sexual medicine*, Nov.2005

M.F. Gélson, Montréal, 28 09 08 *

c. Etiologie

L'étiologie est multifactorielle.

Il existe un rapport étroit entre la dysfonction sexuelle et la santé mentale : les femmes avec un désir sexuel hypoactif, ont en général une perte de l'estime de soi ou présentent des variations de l'humeur.

Les maladies chroniques et leurs traitements, la perte de mobilité, les douleurs et l'incontinence urinaire sont des facteurs agissant négativement sur la sexualité.

d. Evaluation

Différents questionnaires pour évaluer les dysfonctions sexuelles existent. Ils décrivent soit la qualité de vie de la femme en général, soit la qualité de vie sexuelle spécifiquement. Un questionnaire de dépression peut compléter l'étude, si on l'estime nécessaire. Tous n'existent qu'en anglais et n'ont pas été validés en français. Les plus utilisés (jointés en annexes) sont :

- Le questionnaire de satisfaction par rapport à la vie (Life Satisfaction Checklist-LiSat9)
- Le questionnaire sur l'historique médical (Medical Historic Questionnaire ou MHQ) regroupant les antécédents médicaux de façon détaillée.
- Le questionnaire sur la sexualité féminine (Sexual Function Questionnaire, SFQ). 4 domaines de la sexualité féminine sont évalués : le désir, l'excitation, l'orgasme (30 questions avec 5 réponses possibles par question) et la douleur.
- Le questionnaire évaluant le score de détresse sexuelle chez la femme (Female Sexual Distress Scale, FSDS). Seules les femmes avec un score supérieur ou égal à 15 et 3 items supérieurs à 3 sont retenues pour les études cliniques.

- Le questionnaire de la qualité de vie sexuelle (Sexual Quality of Life Questionnaire-Female). (SQOL-F)

e. Traitements

Différents traitements hormonaux ont été décrits :

- La testostérone : elle pourrait améliorer le désir sexuel. Cependant les études sont contradictoires.
- La DHEA : sa sécrétion diminue avec l'âge. Une étude en 1999 par Alt avait démontré qu'elle permettait une amélioration de l'humeur et du désir sexuel. Cependant, Meston, en 2002 a démontré que l'administration aiguë de DHEA ne facilite de façon subjective ni l'excitation sexuelle, ni la réponse vasocongestive mesurée par photopléthysmographie vaginale.
- Les oestrogènes : une étude réalisée sur 300 femmes originaires d'Amérique du Nord, et examinées consécutivement au cours des 12 mois suivant l'arrêt du traitement oestrogénique, a montré chez 290/300 femmes, des signes d'atrophie vaginale accompagnés d'une augmentation du pH local (Freedman, 2006) mais sans effet sur la dyspareunie.
- Les neurostéroïdes ou les SERMS : leur effet positif sur la fonction sexuelle n'est pas démontré.
- Les inhibiteurs des phosphodiesterases (IPDE) auraient un rôle bénéfique sur l'orgasme.
- Les agonistes dopaminergiques, le bupropion et le bremelanotide : leur effet positif a été démontré pour la réduction des troubles de l'excitation.

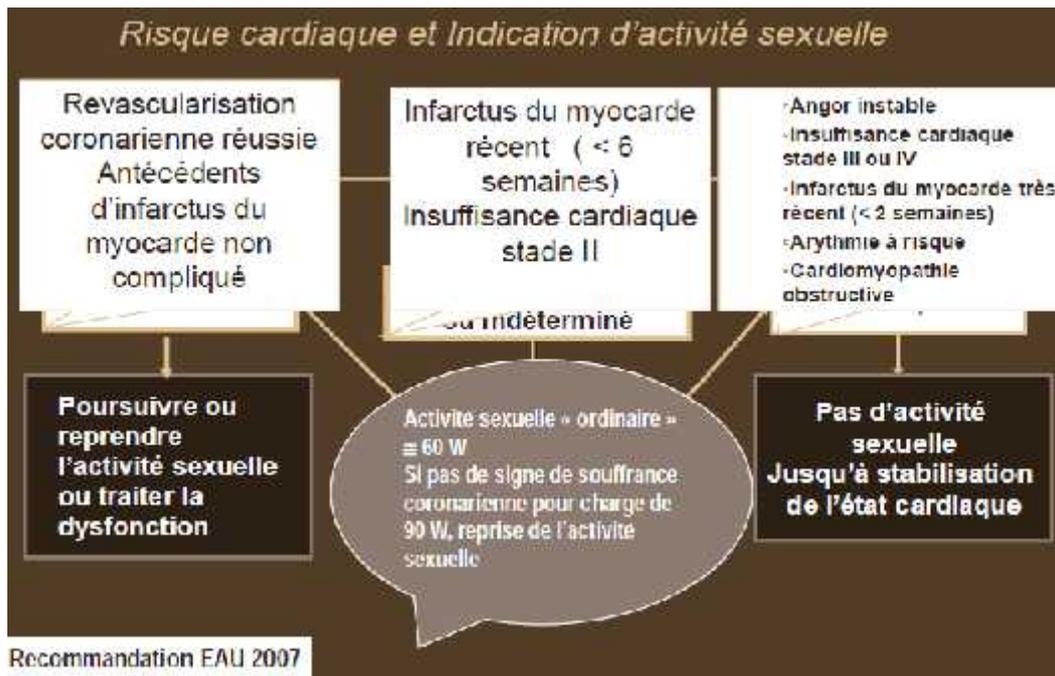
5. Sexualité et problèmes de santé (21)

Nous étudions spécifiquement, dans cette thèse, la sexualité et l'incontinence urinaire. Cependant, d'autres pathologies influent sur la qualité de vie sexuelle ; nous les exposons brièvement :

a. Problèmes cardiaques

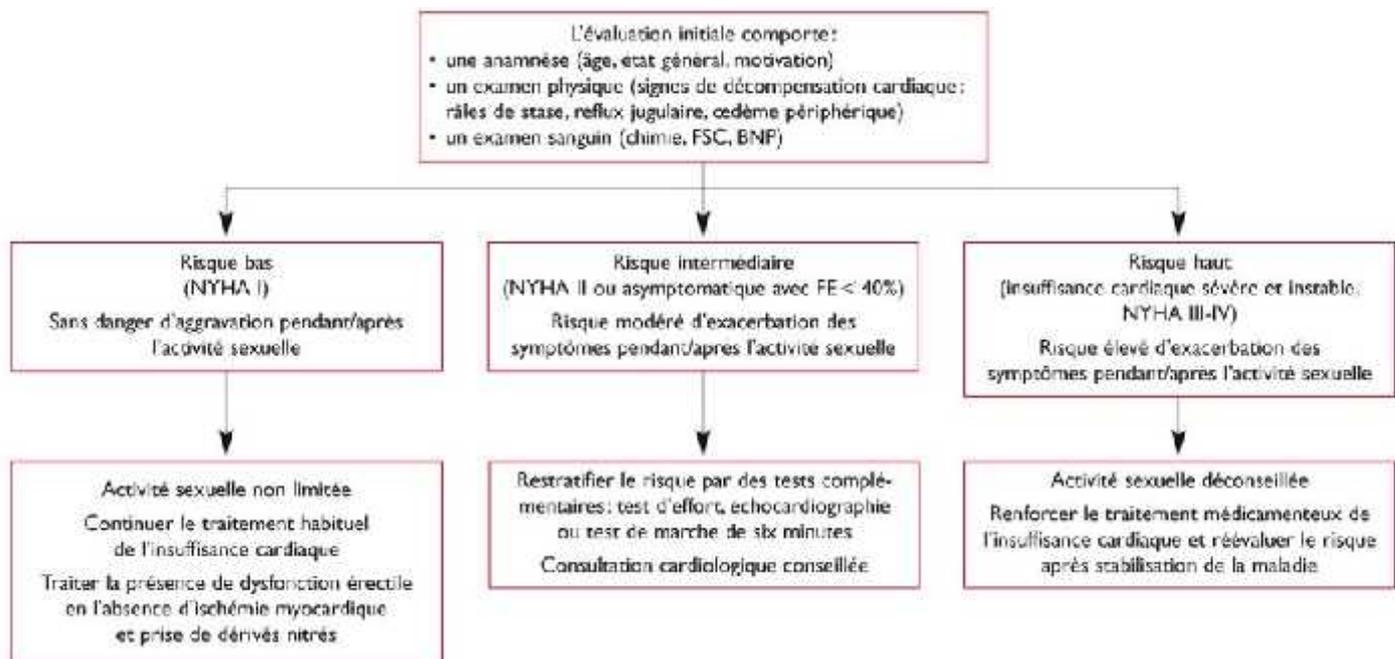
Pathologies coronariennes :

L'activité sexuelle est véritablement un facteur de risque cardiaque lorsqu'on souffre de pathologies coronariennes. Les recommandations sont les suivantes :



Insuffisance cardiaque :

Les recommandations sont les suivantes (90,91) :



b. Sexualité et pathologie respiratoire

En termes de consommation en oxygène, l'activité sexuelle représente une activité modérée, assimilable à la montée de deux escaliers.

Le syndrome d'apnée obstructive du sommeil est à l'origine de troubles marqués de la libido chez la femme comme chez l'homme. Les dysfonctions sexuelles peuvent alors atteindre 50% des femmes.

c. Problèmes neurologiques

Certaines maladies affectent les voies neurologiques qui transmettent l'influx nerveux des organes génitaux vers le cerveau et vice-versa. D'autres maladies vont s'attaquer aux centres neurologiques situés dans la moelle épinière.

d. Dépression

Chez les femmes, la dépression peut avoir comme conséquence une diminution de la libido, la diminution du plaisir lors des rapports sexuels et des difficultés à ressentir un orgasme. Il existe des troubles de la sexualité secondaires à la prise de certains traitements antidépresseurs comme nous le verrons dans le chapitre « traitement et impact sexuel ».

e. Diabète

La femme diabétique a des dysfonctions sexuelles. Cependant, elles sont davantage dues à des troubles psychologiques qu'à des problèmes organiques.

Comparaison des types de DS chez 240 diabétiques femmes et hommes en fonction de la présence de complications (Enzlin 2003, DID,%)

	F sans complic.	H sans complic.	F avec complic.	H avec complic.
Toutes les dysfonctions	22	8 *	33	40
↓ Désir sexuel	17	4	16	19
↓ Excitation (érection, lubrific.)	9	8	19	31
↓ Orgasme	9	2	19	21
Dyspareunie	10	-	13	-

J. Orval 2004

f. Alcool

À petites doses, l'alcool peut atténuer agréablement les inhibitions sexuelles. À raison de doses plus élevées 30 à 40 % des femmes alcooliques ont des problèmes d'excitation sexuelle, et 15% ont du mal à atteindre l'orgasme ; le désir sexuel est également faible. Enfin, il faut

souligner que même lorsqu'un alcoolique a complètement cessé de boire, il n'est pas garanti que ses difficultés sexuelles disparaissent.

g. Tabac

La fréquence et l'intensité des orgasmes pourraient être plus faibles chez les fumeuses. Cette différence serait liée à l'altération significative des index de pulsatilité observée au niveau des artères utérines, clitoridiennes, et des petites lèvres, proportionnelle au nombre de cigarettes fumées, et susceptible d'impacter la phase d'excitation sexuelle et particulièrement la lubrification.

h. Obésité

La sexualité est souvent vécue avec difficulté par l'obèse, son corps l'encombre, lui fait honte mais le protège. Certains obèses vivent une sexualité épanouie et c'est quand ils ont maigri que la situation devient problématique pour eux (et /ou pour le conjoint). L'hyperalimentation peut être un dérivatif des pulsions sexuelles de façon largement inconsciente.

i. Chirurgie

La chirurgie du petit bassin, comme nous le verrons par la suite, peut induire une neuropathie périnéale d'étirement et provoquer des troubles de la sexualité.

L'hystérectomie perturbe la sexualité dans 20 à 48% des cas. (33-34)

Après colpopexie, 22% des femmes présentent une dyspareunie et 44% une baisse de la libido. (35)

La section ou l'ablation du clitoris ou du tiers inférieur du vagin, organes du plaisir, est rare.

j. Pathologie gynécologique

L'incontinence urinaire est traitée dans un chapitre spécifique.

des femmes souffrant de prolapsus (52) sont également sujettes à des troubles sexuels. La qualité de la fonction sexuelle est corrélée à la perception par la femme de son image corporelle et ne coïncide pas avec les conséquences réelles des remaniements topographiques pelviens résultant du prolapsus.

Les infections sexuellement transmissibles peuvent être source de troubles sexuels secondaires.

k. Maladie de Parkinson (38)

Les parkinsoniennes souffrent d'une moindre excitabilité, de sécheresse vaginale et de difficultés à atteindre l'orgasme qui en découlent. Il n'est donc pas étonnant que le désir des patients diminue à mesure que leur maladie progresse. Les symptômes moteurs (raideur, tremblements, immobilité), l'altération de l'apparence, l'hyposialorrhée, la forte sudation ou

l'incontinence limitent considérablement l'attrait physique et entravent aussi l'activité sexuelle ; le manque de dynamisme et les fluctuations inhibent la spontanéité.

l. Cancer (40)

Il existe deux types de cancers :

- les cancers génitaux.
- les cancers qui n'intéressent pas la sphère génitale.

Dans les cancers qui n'affectent pas les organes sexuels primaires ou secondaires, les troubles de la sexualité sont dus à une dépression réactionnelle : perte de l'estime de soi, impression d'être moins désirable et fatigue engendrée par la maladie elle-même et par les traitements. Il existe aussi de fausses idées reçues, selon lesquelles la sexualité serait un facteur de risques de cancer.

Dans les cancers génitaux, outre le syndrome dépressif, il y a une atteinte directe d'un organe qui intervient dans la sexualité.

Chez la femme, les cancers, même s'ils n'empêchent pas le rapport sexuel (hormis celui du cancer du col de l'utérus au cours du traitement) remettent en cause la féminité :

- Le cancer du sein : le sein est l'image de la femme et de la mère.
- Le cancer de l'utérus : l'utérus est le berceau de la maternité.

m. Insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique peut elle aussi entraîner de manière plus ou moins directe des dysfonctions sexuelles ; sont ainsi responsables de fatigue liée à l'anémie de l'insuffisance rénale chronique terminale, de dépression liée à la maladie, de la modification de l'image corporelle liée aux fistules, au cathéter péritonéal ou à une prothèse interne qui peuvent renvoyer une image moins séduisante. Les traitements peuvent diminuer le désir ou interférer sur l'activité sexuelle.

n. Pathologies digestives

Les pathologies digestives et notamment coliques, par les douleurs qu'elles provoquent, peuvent diminuer la libido. La présence d'une stomie ou l'incontinence anale, peuvent provoquer des dysfonctions sexuelles.

o. Pathologies chroniques

Toute pathologie chronique peut entraîner un syndrome dépressif et/ou une fatigue qui provoquent une perturbation de la sexualité

6. Traitements et impact sexuel (41)

Les traitements de ces pathologies, tout comme ceux de l'incontinence urinaire, peuvent influencer la sexualité.

a. Médiateurs physiologiques

Les médiateurs du désir sexuel :

Il existe des médiateurs qui augmentent le désir sexuel comme la dopamine, la norépinéphrine, la testostérone, l'ocytocine, l'antagoniste alpha 2. A l'inverse, l'augmentation de certains médiateurs entraîne un effet indésirable sur le désir : la sérotonine, la prolactine, les opiacés, les anti-histamines 2, le GABA.

Les médiateurs de l'excitation sexuelle :

L'augmentation de l'activité de certains médiateurs est favorable à l'excitation sexuelle, ainsi l'oxyde nitrique, l'équilibre Acétylcholine/Noradrénaline, le VIP, la Dopamine, la testostérone, l'ocytocine.

En revanche, quand l'activité d'autres médiateurs augmente, l'excitation diminue : c'est le cas pour les anti-histamines de type 2, les bêtabloquants, les opiacés, le GABA.

Les médiateurs de l'orgasme :

L'augmentation de l'activité de certains médiateurs est favorable à l'orgasme, ainsi : la norépinéphrine, la dopamine, l'ocytocine ; au contraire, l'augmentation de certains autres est défavorable, c'est le cas de la sérotonine, des opiacés, du GABA

b. Répercussion des drogues sur la fonction sexuelle

Les drogues n'agissent pas sur les mêmes phases de la sexualité :

- La libido est diminuée par l'usage chronique de la marijuana, de l'héroïne, de la méthadone et de la cocaïne.
- Le délai de l'orgasme est augmenté avec l'ecstasy.
- Les performances sont augmentées dans une première phase par la cocaïne, puis diminuées en usage chronique.

c. Les médicaments psychotropes associés à des dysfonctions sexuelles

Les antidépresseurs avec les ISRS, les tricycliques, les IMAO et le lithium, les anxiolytiques avec les benzodiazépines et les neuroleptiques typiques et atypiques agissent sur la sexualité.

Les antidépresseurs :

- Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la norépinéphrine agissent au niveau central en diminuant la dopamine et en augmentant la prolactine, donc en diminuant le désir. Ils ont une action périphérique en augmentant la sérotonine (5HT2 et 5HT3) et donc en diminuant l'orgasme et la sensibilité génitale.

- Les tricycliques et les IMAO augmentent la prolactine et la sérotonine et baissent l'activité des béta adrénergiques et cholinergiques, ils agissent ainsi sur les trois phases de la réponse sexuelle en les diminuant : le désir, l'excitation et l'orgasme.

Il faut donc être vigilant, car en traitant la dépression, on engendre des troubles de la sexualité.

Les agents psychotropes :

Le lithium augmente la sérotonine, le cortisol et le GABA/benzodiazépine, diminue la testostérone et les hormones thyroïdiennes, provoquant essentiellement une baisse de la libido.

Les anxiolytiques:

Les benzodiazépines telles que le diazépam, le lorazépam, la chlordiazépoxyde inhibent le système limbique, augmentent le GABA et la progestérone, diminuent la testostérone et l'activité alpha-1-adrénergique. A fortes doses, il y a une diminution possible de la libido et l'apparition de troubles de l'orgasme.

Les antipsychotiques typiques et atypiques :

Les antipsychotiques typiques diminuent la dopamine, la testostérone et l'activité cholinergique et augmentent la prolactine. Leur effet est immédiat, ils sont responsables d'une diminution du désir sexuel et de l'inhibition de l'orgasme. Les antipsychotiques atypiques ont moins d'effets secondaires.

d. Les traitements cardiovasculaires associés à des troubles sexuels

Seuls les médicaments induisant des dysfonctions sexuelles seront décrits.

Les diurétiques : hydrochlorothiazide et spironolactone (antiandrogénique) et les antihypertenseurs centraux tels que l'alphaméthylidopa (antagoniste dopamine) diminuent le désir.

Les bêtabloquants, par activité antiadrénergique, agissent de manière différente selon les molécules; par exemple, le propranolol diminue le désir et augmente les troubles de l'orgasme

Les alpha2agonistes, par activité alpha2, diminuent le désir et augmentent les troubles de l'orgasme.

La digoxine diminue le désir si le traitement est prolongé en diminuant les œstrogènes, la testostérone et la LH.

Les hypolipémiants, clofibrate, gemfibrozil et simvastatine, diminuent le désir.

e. Les traitements en gastroentérologie associés à des troubles sexuels

Les antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine tels que la cimétidine ou la ranitidine ont une activité antiandrogénique et augmentent la prolactine et les œstrogènes.

f. Les traitements en neurologie associés à des troubles sexuels

Les anticonvulsivants agissent tous, hormis l'acide valproïque qui n'entraîne pas de déséquilibre hormonal, en diminuant le désir.

Les corticostéroïdes baissent le désir en diminuant la testostérone.

g. Les traitements endocriniens associés à des troubles sexuels

Les traitements endocriniens ont les effets suivants :

- Les antiandrogènes diminuent probablement la libido.
- Les inhibiteurs de la gonadotrophine pourraient agir sur la libido.
- Les analogues de la LH-RH diminuent la libido, augmentent les dysfonctions sexuelles chez la femme, et provoquent des troubles de l'orgasme.
- Les modulateurs sélectifs des récepteurs œstrogéniques pourraient augmenter les dyspareunies.
- Les contraceptifs oraux peuvent diminuer la libido.

h. Traitements cytotoxiques associés à des troubles sexuels

Ces traitements, chez les femmes, induisent très fréquemment une ménopause précoce et une insuffisance ovarienne. Les chimiothérapies pour le cancer du sein provoquent une sécheresse vaginale, une baisse du désir, une augmentation des dyspareunies et des troubles de l'orgasme. Le tamoxifène et le raloxifène par leur action anti-œstrogénique entraînent une ménopause et des dyspareunies.

III. Sexualité et incontinence urinaire

1. Epidémiologie (50)

Sutherst et Brown en 1979 signalaient déjà que l'incontinence urinaire affectait la vie sexuelle de 43% des patientes. Si on estime qu'il y a 26,7% de femmes souffrant d'incontinence urinaire en France, il y aurait donc 11,5% des françaises (soit plus d'une femme sur 20) qui souffriraient d'une diminution de leur qualité de vie sexuelle à cause de l'IU. En 2004, Salonia et al. ont signalé que 46% des 216 femmes présentant des symptômes du bas appareil urinaire souffraient de difficultés sexuelles avec une association forte entre incontinence urinaire d'effort et baisse de la libido, instabilité vésicale et anorgasmie, infection récidivante et dyspareunie. Enfin dans une étude datant de 2008, Espuna Pons et Pulg Clota ont montré une atteinte significative de la qualité de vie chez les femmes souffrant d'incontinence urinaire coïtale.

2. Evaluation

Les répercussions sur la sexualité d'une incontinence urinaire et/ ou d'un prolapsus génital peuvent être évaluées par le questionnaire validé en français PISQ12. (en annexe) C'est un questionnaire auto-administré, regroupant 12 questions couvrant les domaines suivants : comportements/émotions, aspects liés au partenaire et aspects physiques/corporels. Il permet d'évaluer l'impact des troubles de la statique pelvienne sur la sexualité et une meilleure compréhension du retentissement sexuel de leurs traitements.

3. Mécanismes physiopathologiques communs (31)

Les troubles génitosexuels ont souvent le même mécanisme physiopathologique que les troubles urinaires.

a. Les neuropathies périnéales d'étirement

Des neuropathies périnéales d'étirement peuvent apparaître après une lésion tronculaire distale des nerfs honteux internes par traction excessive des fibres nerveuses. Elles sont responsables de la dénervation de la musculature pelvienne, elle-même responsable :

- de troubles urinaires, avec modification des forces passives et actives de la continence aboutissant à une insuffisance sphinctérienne et/ou une fatigabilité urétrale à l'effort et/ou un défaut de réactivité urétrale.
- de troubles anorectaux aboutissant à une incontinence par hypotonie anale.
- des troubles génitosexuels aboutissant à une hypo ou anorgasmie, des hypo ou dysesthésies de la région vulvovaginale par lésion des branches terminales des nerfs sensitifs périnéaux et/ou dyspareunie secondaire, une amyotrophie/une hypotrophie périnéale par atteinte du contingent moteur (atteinte de la réponse sacrée avec diminution de la commande volontaire analytique dissociée des muscles périnéaux).

Ces neuropathies d'étirement ont principalement comme étiologie les prolapsus génitaux et vésicaux, la chirurgie pelvienne, les accouchements dystociques (expression manuelle, forceps, nouveau-né de poids élevé).

b. L'âge

L'âge augmente la prévalence de l'incontinence urinaire en raison de la multiplication des facteurs de risques : parité, carences hormonales, vieillissement de l'appareil urinaire. Il perturbe aussi la sexualité ; l'image de la femme change en raison du vieillissement : prise de poids, rides, perte de la pilosité, affaissement de la poitrine...

c. Le prolapsus (32)

Le prolapsus génital est une hernie d'un ou plusieurs organes du pelvis féminin, le plus fréquemment à travers le vagin. Il peut être responsable d'incontinence urinaire par perturbation de la statique pelvienne et d'une gêne pendant les rapports : le vagin est raccourci par la hernie et le partenaire peut sentir celle-ci. Il est démontré que le prolapsus altère la perception de l'image de la femme : elle se sent moins féminine, moins attirante, sa libido et son excitation diminuent, elle atteint l'orgasme moins fréquemment et souffre davantage de dyspareunie.

d. Les antécédents chirurgicaux (32-33)

Les chirurgies du petit bassin peuvent avoir un effet sur la continence et la sexualité par une neuropathie périphérique.

L'hystérectomie, notamment, peut induire :

- une dénervation du plancher péritonéal et ainsi, comme nous l'avons vu précédemment, une diminution des possibilités de continence urinaires, et des troubles de la sexualité.
- une décompensation d'un prolapsus plus ou moins associé à une incontinence urinaire d'effort et à une gêne pendant les rapports sexuels.
- une perturbation psychologique liée à la perte du symbole de la maternité et ainsi, pour certaines femmes et/ou leur partenaire, de la féminité, pouvant entraîner des troubles sexuels.

e. Le déficit en œstrogènes

L'hypoœstrogénie peut provoquer une insuffisance sphinctérienne qui entraîne des fuites urinaires, mais aussi provoquer une hypotrophie vaginale avec défaut de lubrification, responsable de dyspareunie.

f. Iatrogénie

Les médicaments qui induisent une incontinence urinaire entraînent presque tous une dysfonction sexuelle.

Ainsi, les traitements qui agissent sur les deux problèmes sont :

- les anticholinergiques,
- les diurétiques,
- les antipsychotiques,
- les sédatifs,
- les hypnotiques
- les morphiniques
- les alpha mimétiques.

4. Impact de l'incontinence urinaire sur la sexualité

a. Incontinence urinaire coïtale

L'incontinence urinaire coïtale se présente sous deux formes :

- les fuites survenant à la pénétration
- celles contemporaines de l'orgasme.

Hilton en 1988, dans une étude prospective sur 79 femmes, a trouvé une corrélation pertinente entre l'incontinence à la pénétration et l'incontinence d'effort (IE) et entre l'incontinence lors de l'orgasme et l'hyperactivité détrusorienne (HD) (par exemple 4% d' HD lors des fuites à la pénétration mais 34 % d' HD lors des fuites au cours de l'orgasme $p=0.02$).

Khan, la même année, a pu conduire des examens uro-dynamiques chez trois femmes présentant ces symptômes urinaires, au cours de la survenue d'un orgasme auto provoqué. Il a ainsi montré que chez des femmes souffrant d'hyperactivité détrusorienne, l'orgasme avait la capacité de déclencher des contractions vésicales, parfois associées avec un relâchement sphinctérien.

Serati, en 2008, a confirmé les données de Hilton et de Khan, à savoir que sur 132 patientes souffrant d'incontinence lors des rapports, un bon tiers avait une incontinence orgasmique et deux tiers lors de la pénétration. L'incontinence orgasmique était alors associée à une HD dans 69 % des cas contre 29 % seulement lorsqu'il s'agissait d'une incontinence à la pénétration ($p < 0.0001$).

b. L'incontinence urinaire facteur de troubles sexuels

L'existence d'une incontinence urinaire est en soi un facteur de dysfonction sexuelle du fait de l'image négative rattachée à la femme incontinente, les fuites étant interprétées comme un signe de vieillesse et/ou de manque d'hygiène, facteurs défavorables à une relation sexuelle satisfaisante.

La fréquence des troubles sexuels chez les femmes incontinentes est importante : 15 à 46%. On observe même un arrêt de la fonction sexuelle chez 6% des patientes selon les études.(42-43-45).

Il n'y a pas de mécanisme physiopathologique d'incontinence urinaire qui favorise plus ou moins l'apparition de troubles sexuels, bien que ceux-ci soient plus fréquents chez les femmes souffrant d'urgences mictionnelles ou d'hyperactivité du détrusor. L'incontinence urinaire survenant le plus fréquemment chez la femme vers le milieu de vie, d'autres motifs de

troubles sexuels apparaissent à cet âge, liés à la ménopause avec carences hormonales et aux maladies du sein.

Les facteurs psychologiques sont très importants : l'incontinence peut être un prétexte pour esquiver les rapports sexuels. (45)

Sur le plan psychanalytique, les rapports entre l'incontinence urinaire (et les fonctions urinaires) et l'activité sexuelle ne sont jamais neutres. Freud estimait que la curiosité naturelle de l'enfant à propos de la sexualité se rapproche des fonctions urinaires et anorectales : érotisation du périnée, de la région urétrale, induisant des rapports complexes entre l'incontinence urinaire et les troubles sexuels. Chez l'adulte, l'urination peut être considérée comme l'expression d'un désir inavoué d'une réexpérimentation du plaisir infantile d'urination. En réalité, le plus souvent, l'incontinence urinaire induit une perturbation de l'image corporelle, traduit un changement physiologique de la femme, provoque ainsi des répercussions sur la qualité de vie et peut donc être génératrice d'anxiété, voire de syndrome dépressif pérennisant le trouble sexuel.(31-46-47)

c. Troubles sexuels, facteurs d'incontinence

L'activité sexuelle elle-même peut induire des fuites urinaires. Le mécanisme est variable : on peut observer une hyperpression abdominale au cours du rapport sexuel avec un défaut de transmission des pressions vésicales à l'urètre, une insuffisance sphinctérienne, une hyperactivité vésicale induite par la stimulation clitoridienne, ou enfin une instabilité de l'urètre au cours de l'orgasme. (31-48-49)

5. Impact des traitements médicamenteux et rééducation de l'incontinence urinaire sur la sexualité

a. Action des muscariniques

Ils agissent sur l'incontinence urinaire par hyperactivité du détrusor et n'agissent pas sur l'incontinence urinaire d'effort. Si la patiente présente une hyperactivité du détrusor, un traitement par muscarinique peut être envisagé. Il agirait alors sur l'incontinence à la pénétration mais d'autres récepteurs seraient en cause dans l'IU orgasmique.(50)

b. Impact de la rééducation périnéale

Deux études montrent l'efficacité de la rééducation périnéale dans l'IU coïtale. En 2000, l'étude prospective de Bo sur l'impact de la rééducation sur un groupe de patientes présentant une IU coïtale par rapport à un groupe témoin (sans rééducation) a montré une diminution de 20 à 10,5% de la prévalence des fuites. L'étude de Zahanou sur l'impact de la rééducation périnéale évaluée à travers le questionnaire FSFI (Female Sexual Function Inventory) a montré une amélioration de tous les scores (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur) et une diminution de l'incidence des fuites coïtales.(50)

6. Impact de la chirurgie réparatrice de l'incontinence urinaire sur la sexualité.

a. Bandelettes sous urétrales et anatomie sexuelle

La mise en place des bandelettes sous urétrales et leur présence peuvent impacter négativement la sexualité féminine et masculine en altérant l'innervation périnéale, le vagin et le clitoris.

- L'innervation périnéale (105)

Deux systèmes nerveux sont impliqués : le Système Nerveux Somatique et le Système Nerveux Autonome.

Le Système Nerveux Somatique est composé :

- des nerfs ilioinguinal, iliohypogastrique, génito-fémoral innervant au niveau cutané le pubis, les grandes lèvres antérieures, les plis inguinaux et la partie supéro-interne des cuisses
- du nerf obturateur assurant l'innervation sensitive et motrice des muscles adducteurs de la cuisse
- du nerf pudendal, qui a une action sensitive sur la région vulvo-périnéale

Le Système Nerveux Autonome est constitué du système sympathique et parasympathique qui, outre le mécanisme de continence (compliance vésicale et contractilité dérusor), ont des branches efférentes au niveau du vagin : postéro-latéral, ligament vésico-utérin, rectum latéral.

- Le vagin

Les bandelettes peuvent impacter négativement la sexualité féminine et masculine :

- en altérant l'innervation sensitive du vagin antérieur et distal,
- en diminuant la lubrification au niveau de la cicatrice vaginale,
- en créant une fibrose, voire une érosion ou encore un effet « corde » provoqués par la BSU. (54)

- Le clitoris (102-103)

Il a une innervation somatique : le nerf dorsal du clitoris, une branche du nerf pudendal qui débute dans le canal d'Alcock et remonte sur le corps du clitoris. Dans les dissections de cadavre, la distance entre les TOT et le nerf dorsal du clitoris est d'environ 9mm.

Il a aussi une innervation autonome avec le nerf caverneux, originaire du plexus vaginal. Celui-ci suit l'urètre. Le TVT perfore l'innervation autonome, le TOT en est très proche.

b. Sexualité après pose de bandelettes

Les BSU, en améliorant la continence urinaire, voire la continence coïtale, peuvent directement ou indirectement améliorer l'image corporelle, l'intimité avec le partenaire et ainsi la qualité de la sexualité des patientes.

La cure d'IUE par BSU peut, en revanche, également s'accompagner d'une détérioration de la qualité de la sexualité, chez un nombre non négligeable de patientes (jusqu'à 15%), malgré l'absence de paramètres qui influent significativement et négativement sur la sexualité.

c. L'hispareunie

L'hispareunie (54) est l'apparition de douleurs chez l'homme, lors des rapports sexuels, suite à une érosion vaginale après pose de bandelettes sous urétrales.

L'érosion touche environ 5% des patientes ayant subi des procédures de soutènement sous urétrale quelle que soit la voie utilisée (trans-obturatrice ou rétro-pubienne).

Un homme qui présente une douleur aigue lors des rapports sexuels dans les semaines suivant une intervention gynécologique de sa partenaire doit amener celle-ci à consulter sans délai. L'érosion vaginale peut, dans certains cas, n'être détectée que de cette manière.

Après l'intervention de réparation de l'érosion vaginale, le score moyen des évaluations visuelles analogiques dans l'étude « hispareunia » (55) est passé de 8 à 1. De même, certains domaines du score BMSFI (Brief Male Sexual Function Inventory) ont été significativement améliorés ainsi : l'intérêt pour la sexualité, la libido, le volume de l'éjaculation, la facilité pour obtenir une érection. En revanche, d'autres scores du BMSI, comme la qualité de l'érection et la satisfaction globale de la sexualité, n'ont pas évolué après réparation vaginale.

IV. Etude

1. Etude préliminaire

J.-F. Hermieu, professeur en urologie de Paris dirige cette étude. Différents praticiens, J. Bron, W. Momper, P. Dessard, X. Roumiere, C.O. Devins, W. Wiecek, G. Sorba, permettent une analyse multicentrique sur le territoire français.

a. But de l'étude

Le but de cette étude est de déterminer les caractéristiques préopératoires des patientes traitées pour leur incontinence urinaire d'effort (IUE) par la BSU Surgimesh® Sling et d'observer l'évolution de leur qualité de vie (QdV) liée à leur confort mictionnel et à leur sexualité. Cette étude a consisté à réaliser un registre de suivi longitudinal prospectif, multicentrique, d'une durée de 12 mois.

b. Caractéristiques des patientes

Cent soixante-huit patientes ont participé à cette étude. Celles-ci souffraient, à l'inclusion, d'une IUE pure pour 138 d'entre elles (82 %), mixte à effort prédominant pour 30 d'entre elles (18 %). L'incontinence urinaire était principalement provoquée par un effort modéré pour 111 d'entre elles (66 %) et dans 20 % des cas, par un effort faible.

À l'examen clinique, la toux provoquait des fuites urinaires chez 163 patientes (97 %). La manœuvre de soutènement de l'urètre était toujours positive. 41 patientes, soit 24%, présentaient au moins un élément de prolapsus génital. 38 patientes (23 %) avaient une cystocèle, sept (4 %), une hystérocèle et 20 (12 %), une rectocèle. Les 17 patientes (10 %) ayant un prolapsus de stade 3 ou 4 ont suivi une cure de prolapsus dans le même temps opératoire. Quatre patientes présentaient une atrophie vulvovaginale. Un bilan urodynamique a été réalisé en préopératoire chez 109 patientes (65 %). Ce bilan urodynamique n'a révélé aucune hyperactivité détrusorienne.

c. Qualité de vie à l'inclusion

La qualité de vie a été évaluée par une échelle analogique allant de 0 (mauvaise) à 10 (excellente) (question 5 de l'International Consultation Continence Questionnaire [ICIQ]). À l'inclusion, les patientes avaient une qualité de vie nettement altérée : 84 % des patientes atteignaient un score inférieur à 5. Les patientes n'ayant pas de prolapsus de niveau 3 ou 4 avaient un score de qualité de vie moyen préopératoire de $2,72 \pm 1,64 / 10$ contre $3,41 \pm 2,48$ pour celles ayant un prolapsus extériorisé.

d. Qualité de la sexualité à l'inclusion

À l'inclusion, 113 patientes (77 % des patientes ayant accepté de répondre) ont déclaré avoir régulièrement des rapports sexuels (80 % dans le groupe des patientes n'ayant pas de prolapsus de niveau 3 ou 4, contre 46 % dans le groupe ayant un prolapsus extériorisé). La

qualité de la sexualité était évaluée par une échelle analogique allant de 0 (mauvaise) à 10 (excellente). Cent quarante-trois patientes (85 %) exprimaient une satisfaction supérieure ou égale à 5 sur l'échelle visuelle analogique, sans différence significative entre les groupes ayant ou n'ayant pas de prolapsus de niveau supérieur à 2.

Sur les 113 patientes ayant répondu avoir régulièrement des rapports sexuels, 17 (15 %) avaient des douleurs et 20 (17,7 %) des fuites urinaires lors des rapports sexuels.

e. Procédure opératoire

Surgimesh® Sling a été commercialisée en décembre 2005. Il s'agit d'une bandelette non résorbable, non fixée, en polypropylène tricoté monofilament, à larges mailles, atraumatique, sans relarguage, à élongation minimale, sans effet corde. Elle est implantée par voie d'abord rétropubienne ou plus souvent par voie transobturatrice, à l'aide d'ancillaires restérilisables ou à usage unique. Les 168 patientes ont été opérées entre le 29/09/2004 et le 03/08/2009 par voie transobturatrice. Les questionnaires ont été réalisés par le chirurgien en préopératoire et en postopératoire immédiat (entre 1 et 3 mois) et, par un opérateur indépendant lors d'un entretien téléphonique à 1 an.

f. Résultats immédiats

Les résultats sont détaillés selon les différentes variables étudiées : l'incontinence urinaire, la qualité de vie, la qualité de la sexualité.

Résultats sur l'incontinence urinaire

Trois mois après l'intervention, 129 patientes (77 %) observaient une disparition totale de l'IUE et 37 (22 %) une réduction de l'IUE.

Évolution de la qualité de vie des patientes

La QdV s'est nettement améliorée. De manière globale, le score moyen est passé de $2,79 \pm 1,75$ (sur 10) en préopératoire, à $8,57 \pm 1,76$ à trois mois. Pour les patientes opérées exclusivement pour leur incontinence, le score moyen est passé de $2,72 \pm 1,64$ en préopératoire, à $8,55 \pm 1,76$ à trois mois. Pour les patientes opérées à la fois pour leur incontinence et leur prolapsus génital, le score moyen est passé de $3,41 \pm 2,48$ en préopératoire, à $8,71 \pm 1,76$ à trois mois. L'écart n'est donc pas significatif entre ces deux groupes de patientes.

L'augmentation du score de QdV a été relevée aux visites de suivi à trois mois.

Il n'a, en revanche, pas été noté de différences significatives selon le type de l'incontinence en préopératoire à trois mois de suivi, selon la sévérité de l'incontinence relevée en préopératoire.

Évolution de la qualité de la sexualité des patientes

Le pourcentage de patientes ayant des rapports sexuels est resté quasiment le même tout au long du suivi des patientes, ce pourcentage étant de l'ordre de 80 % dans le groupe des femmes n'ayant pas de prolapsus de haut grade, contre 50 % pour les autres.

Les patientes ont déclaré une quasi-disparition des douleurs (baisse du taux significative aux visites de suivi, $p < 0,05$ aux tests exacts de Fisher) et une disparition des fuites urinaires lors des rapports sexuels.

À trois mois, 26 patientes (27,37 %) ont déclaré avoir une sexualité améliorée.

La qualité de la sexualité s'est améliorée dans le temps avec une augmentation notable du score de qualité.

g. Résultats à 12 mois

Les résultats sont divisés selon les mêmes catégories :

Résultats sur l'incontinence urinaire

À 12 mois, 127 (75,6 %) des patientes déclaraient une disparition totale de l'IUEF et 39 (23 %) une réduction des fuites à l'effort.

Évolution de la qualité de vie des patientes

De manière globale, le score moyen est passé de $2,79 \pm 1,75$ (sur 10) en préopératoire, à $8,48 \pm 7,7$ à 12 mois ($p < 0,05$). Pour les patientes opérées exclusivement de leur incontinence, le score moyen est passé de $2,72 \pm 1,64$ en préopératoire, à $8,47 \pm 1,68$ à 12 mois. Pour les patientes opérées de leur incontinence et de leur prolapsus génital, le score moyen est passé de $3,41 \pm 2,48$ en préopératoire, à $8,57 \pm 1,91$ à 12 mois. L'écart n'est, une nouvelle fois, pas significatif entre ces deux groupes de patientes.

L'augmentation du score de QdV a été importante. Cependant, par rapport au suivi à 3 mois, les patientes ayant une incontinence pure ont eu un score de QdV plus élevé que les patientes ayant une incontinence mixte ($8,60 \pm 1,68$ versus $7,83 \pm 1,69$; $p < 0,05$).

Il n'existait, par ailleurs, pas de différences significatives selon la sévérité de l'incontinence relevée en préopératoire et à 12 mois.

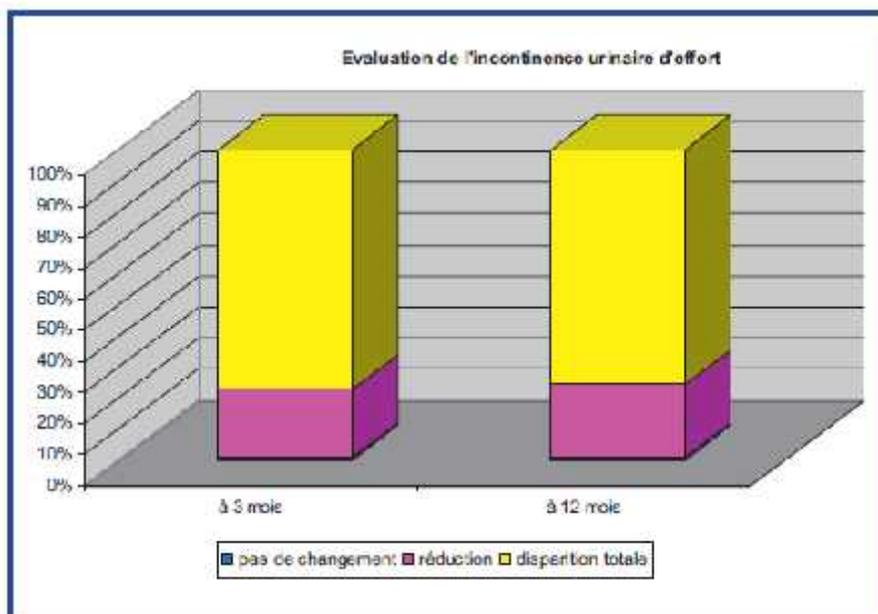
La qualité de la sexualité des patientes

23 patientes (25,84 %) ont déclaré avoir une sexualité améliorée à 12 mois. La qualité de celle-ci s'est améliorée dans le temps avec une augmentation significative du score de qualité.

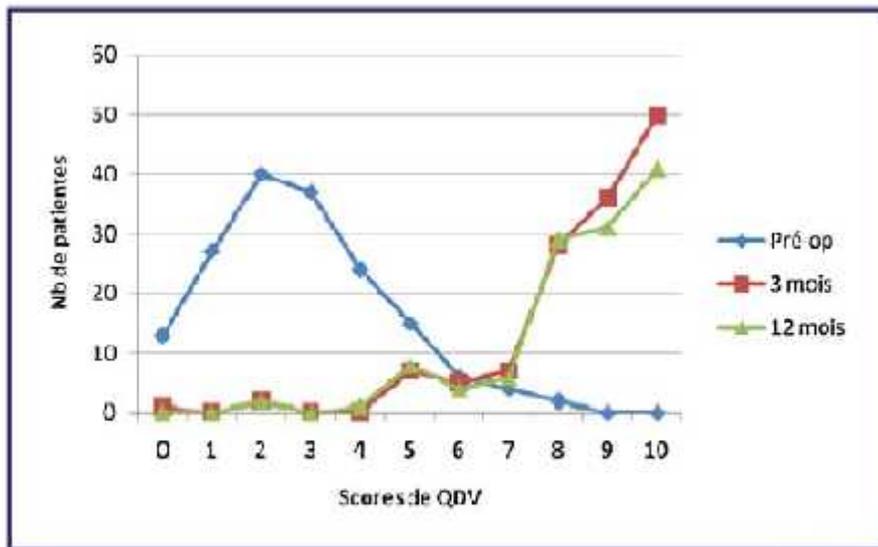
h. Tableaux récapitulatifs

Les tableaux suivants font état des résultats :

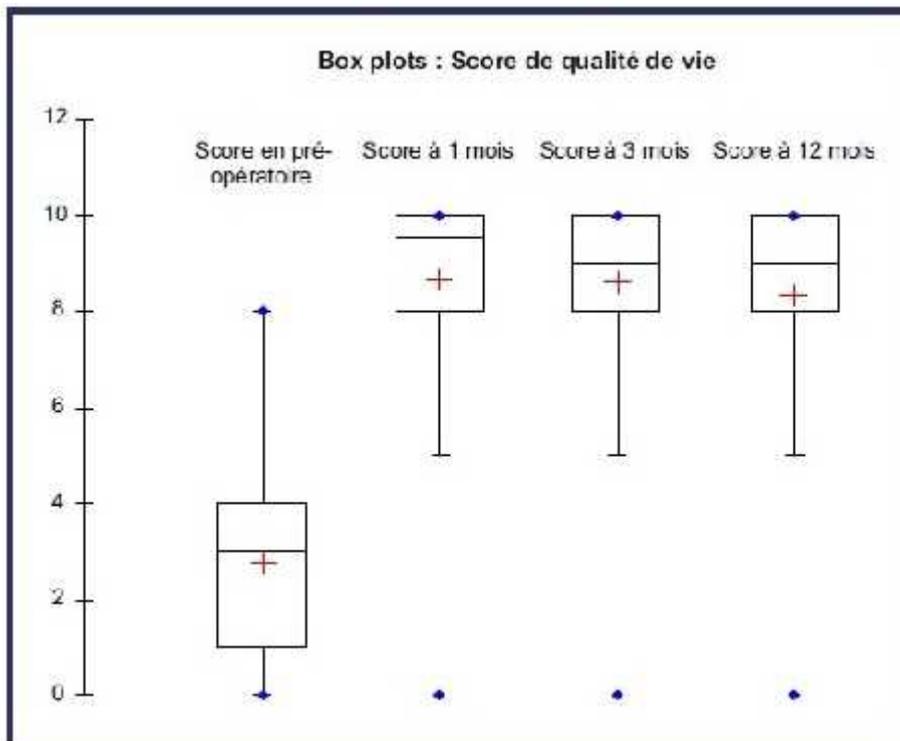
L'incontinence urinaire :



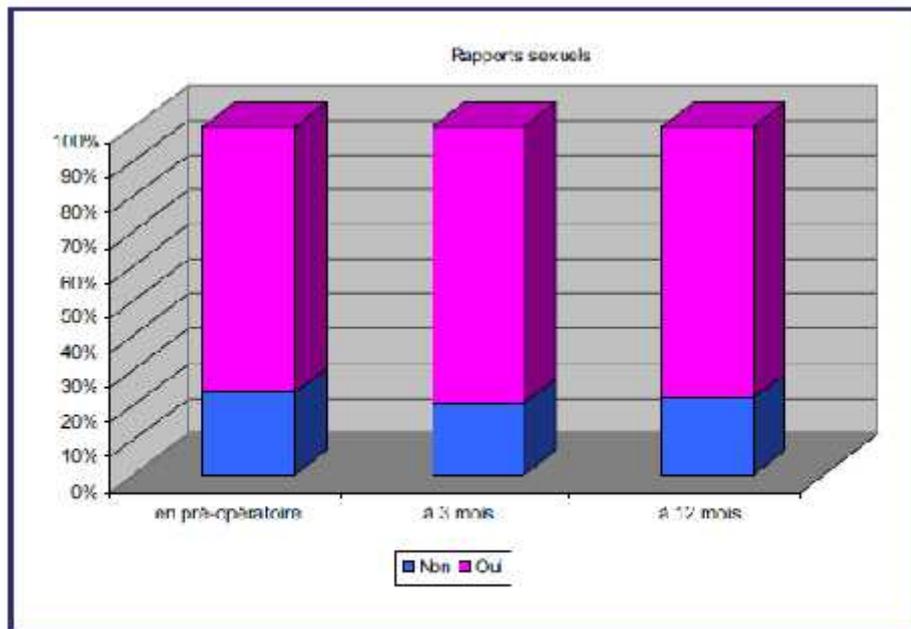
La qualité de vie



évolution du score de qualité de vie



La qualité sexuelle



Evolution des rapports sexuels

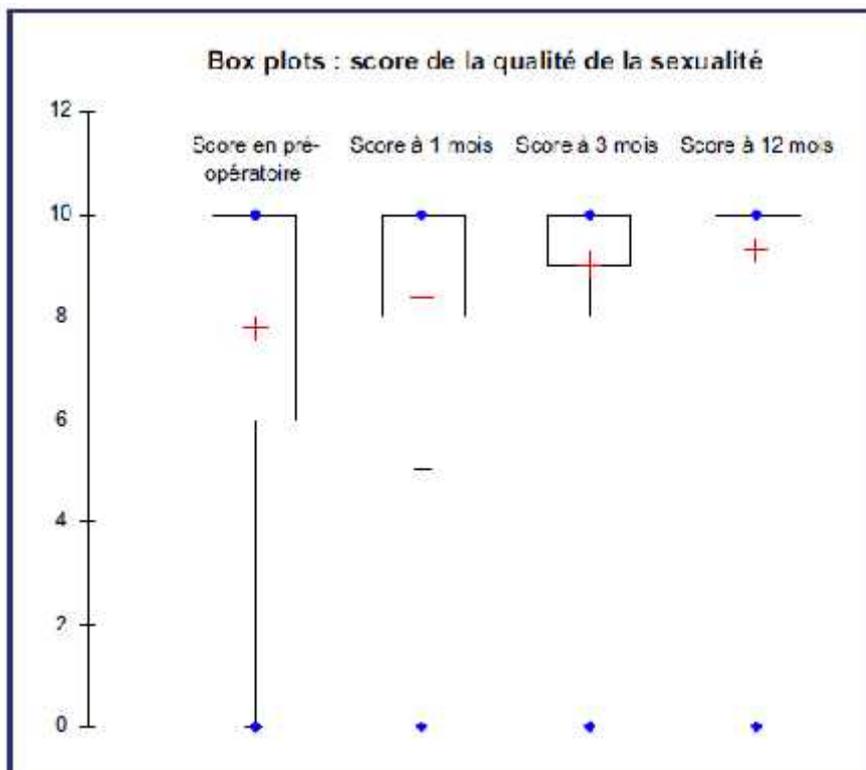


Tableau 1 Qualité de la sexualité des patientes opérées d'incontinence urinaire d'effort isolée.

(n = 151)	Statistique	Préopératoire	À trois mois	À 12 mois
Rapports sexuels	n (%)	107 (70,84)	93 (80,04)	88 (82,24)
	DM	17	39	44
Douleurs lors des rapports sexuels	n (%)	16 (14,95)	2 (2,15)	1 (1,14)
Comparaison versus Préopératoire	p	–	0,0016	0,0007
Fuites urinaires lors des rapports sexuels	n (%)	19 (17,76)	0	0
Échelle de qualité de la sexualité				
(de 0 – mauvaise à 10 – excellente)				
0	n (%)	7 (6,54)	3 (3,23)	1 (1,14)
1	n (%)	1 (0,93)	0	1 (1,14)
2	n (%)	1 (0,93)	1 (1,08)	1 (1,14)
3	n (%)	3 (2,80)	0	0
4	n (%)	4 (3,74)	0	0
5	n (%)	7 (6,54)	4 (4,30)	2 (2,27)
6	n (%)	10 (9,35)	2 (2,15)	1 (1,14)
7	n (%)	1 (0,93)	2 (2,15)	1 (1,14)
8	n (%)	9 (8,41)	7 (7,53)	5 (5,68)
9	n (%)	2 (1,87)	7 (7,53)	5 (5,68)
10	n (%)	62 (57,94)	67 (72,04)	71 (80,68)
	DM	0	0	0
	Moyenne	7,85	9,00	9,33
	e.f.	3,11	2,23	1,87
	Min	0	0	0
	Médiane	10	10	10
	Max	10	10	10
	DM	0	0	0
Comparaison versus Préopératoire	p	–	0,0008	0,0006
Évolution de la qualité de la sexualité				
Améliorée	n (%)	–	24 (26,67)	22 (25,88)
Inchangée	n (%)	–	60 (66,67)	58 (68,24)
Dégradée	n (%)	–	6 (6,67)	5 (5,88)
	DM	–	3	3

Tableau 2 Qualité de la sexualité des patientes opérées d'incontinence urinaire d'effort et de prolapsus.

(n= 17)	Statistique	Préopératoire	À trois mois	À 12 mois
Rapports sexuels	n (%) DM	6 (46,15) 4	7 (50,00) 3	6 (46,15) 4
Douleurs lors des rapports sexuels	n (%)	1 (16,7)	1 (14,3)	1 (16,7)
Comparaison versus Préopératoire	p		1,00	1,00
Fuites urinaires lors des rapports sexuels	n (%)	1 (16,7)	0	0
Échelle de qualité de la sexualité (de 0= mauvaise à 10=excellente)	n	6	7	6
0	n (%)	1 (16,67)	1 (14,29)	1 (16,67)
1	n (%)	0	0	0
2	n (%)	0	0	0
3	n (%)	0	0	0
4	n (%)	0	0	0
5	n (%)	0	1 (14,29)	1 (16,67)
6	n (%)	0	0	0
7	n (%)	0	0	0
8	n (%)	2 (33,33)	1 (14,29)	0
9	n (%)	0	1 (14,29)	1 (16,67)
10	n (%)	3 (50,00)	3 (42,86)	3 (50,00)
	DM	0	0	0
	Moyenne	7,67	7,43	7,33
	e.t.	3,88	3,74	4,08
	Min	0	0	0
	Médiane	9	9	9,50
	Max	10	10	10
	DM	0	0	0
Comparaison versus Préopératoire	p	—	1,00	1,00
Évolution de la qualité de la sexualité				
Améliorée	n (%)	—	7 (40,00)	1 (25,00)
Inchangée	n (%)	—	3 (60,00)	3 (75,00)
Dégradée	n (%)	—	0	0
	DM		2	2

2. Etude à 5 ans

a. Introduction

L'étude Surgimesh Sling a montré une amélioration de la qualité de vie et de la qualité de vie sexuelle, à 1 an, après la pose de bandelettes sous urétrale par TOT. Cependant il est intéressant d'évaluer si cette amélioration est maintenue à long terme. Il se pourrait que l'amélioration de la continence et de tous les aspects qui en découlent entraîne également une amélioration de la sexualité ou qu'au contraire, le vieillissement des bandelettes ait un impact négatif. Le but de cette étude est d'observer l'évolution de la qualité de vie des patientes en lien avec leur confort mictionnel et leur sexualité.

b. Matériel et Méthode

Cette étude reprend l'étude Surgimesh Sling.

Celle-ci avait consisté à réaliser un registre de suivi longitudinal prospectif, multicentrique, d'une durée de 12 mois. Ce registre était une étude non interventionnelle respectant la législation française sur l'anonymat des données et l'information des patientes. Aucune modification de traitement ni de suivi n'a été induite par l'étude. Le protocole de cette étude a été élaboré et validé dans le respect de la norme Afnor concernant les implants de renfort mis en place par voie vaginale pour cure d'IUE. Les centres ont été monitorés afin de vérifier la cohérence entre les données recueillies sur le cahier d'observation électronique et le dossier source. Les données préopératoires, opératoires, à 1 mois et 3 mois ont été recueillies par le chirurgien. Une évaluation des résultats fonctionnels à un an a été effectuée par un opérateur indépendant lors d'un entretien téléphonique. Cette évaluation portait sur la continence, la QdV et de la sexualité, par l'intermédiaire de questionnaires analogiques. Les données concernant les patientes, avec ou sans prolapsus de niveau 3 ou 4, ont été analysées séparément.

L'étude actuelle porte sur les 33 patientes du centre mosellan, 5 ans après l'opération. Le même questionnaire analogique qu'à 1 an est repris dans le cadre d'un entretien téléphonique évaluant donc la continence, la qualité de vie et la qualité de la sexualité.

L'étude statistique a été réalisée par une représentation par box plot et un test t de Wilcoxon signé.

c. Comparaison du centre Mosellan/ensemble des patientes de l'étude

Pour réaliser cette étude, nous avons interrogé les femmes du centre mosellan. Les différentes caractéristiques de celles-ci sont comparées à celles de l'ensemble des patientes de l'étude Surgimesh Sling.

Nous constatons que le poids, la taille, l'IMC, la parité, le poids moyen à la naissance des patientes du centre mosellan sont identiques à ceux de l'ensemble des femmes de l'étude Surgimesh Sling.

Le nombre de prolapsus, le pourcentage d'hystérocèle et d'elyrocèle sont également identiques. Le nombre de cystocèle, quant à lui, est plus important chez les patientes du centre mosellan. La différence la plus notable concerne le pourcentage de rectocèle atteignant les 37,5% pour les patientes mosellanes contre 13,6% pour l'ensemble.

	Ensemble de l'étude	Centre mosellan
Moyenne du poids	68 kg	70 kg
Moyenne taille	163 cm	163 cm
Moyenne IMC	26,3 kg/m ²	27 kg/m ²
Moyenne parité	2,27	2,22
Poids moyen à la naissance	3662,5g	3526g
Hystérectomie	10%	15%
Cystocèle	25%	31%
Hystérocèle	4,60%	6%
Rectocèle	13,60%	37,50%
Elytrocèle	0%	0%
Rapport sexuel	oui: 67%	oui : 82%
Moyenne qualité de vie	6,86	5,37
Moyenne qualité sexualité	5,8	6,46
Douleurs lors rapports sexuels	12%	34%
Fuites lors des rapports sexuels	13,60%	46%

Le nombre de rapports sexuels des femmes du centre mosellan est plus important, la qualité de vie sexuelle, meilleure, bien qu'elles souffrent davantage de douleurs et de fuites urinaires, lors des rapports sexuels, que l'ensemble des femmes de l'étude.

Les mosellanes ont ainsi une meilleure qualité de vie sur le plan urinaire puisque leur moyenne à l'échelle numérique est plus basse. L'incontinence provoque un moindre dérangement dans leur vie quotidienne que pour l'ensemble des femmes de l'étude .

d. Résultats

Le questionnaire évaluait à la fois l'évolution de l'incontinence urinaire et l'évolution de la qualité de vie sexuelle avec les douleurs et les fuites urinaires. Les résultats peuvent ainsi être analysés dans deux parties :

- L'incontinence urinaire :

A 5 ans, l'incontinence urinaire d'effort a disparu pour environ des femmes et s'est réduite pour un autre . Il n'y a eu aucune aggravation comme le décrit le tableau ci-dessous :

Evolution de l'incontinence urinaire	Nombre de patientes	Pourcentage
disparition totale	11	34,38%
Réduction	12	37,50%
Inchangé	8	25,00%
Aggravation	0	0,00%
ND	1	3,13%

Trois patientes présentent une incontinence urinaire par impériosité de novo.

75% des femmes interrogées sur leur qualité de vie depuis l'opération et sur le degré d'embarras généré par l'incontinence estiment ne plus être gênées du tout.

EVN	Nombre de patiente	Pourcentage
10	0	0,00%
9	0	0,00%
8	2	6,25%
7	2	6,25%
6	1	3,13%
5	1	3,13%
4	1	3,13%
3	0	0,00%
2	1	3,13%
1	0	0,00%
0	24	75,00%

Difficultés liés à l'incontinence :

De 0 : pas de dérangement ...à.....10 : dérangement très important

- La qualité de la sexualité :

28 sur 33 patientes incluses dans l'étude au départ ont pu être jointes par téléphone.

Sur les 5 restantes, 4 ont été perdues de vue et 1 est décédée.

Trois ont refusé de répondre aux questions portant sur la sexualité.

19 patientes ont été interrogées à 1 et 5 ans et 9, uniquement à 5 ans.

Sur les 25 patientes qui ont accepté d'évaluer leurs relations sexuelles depuis l'intervention, 5 n'en ont pas, mais 2 d'entre elles n'en avaient pas avant l'intervention, 2 sont devenues veuves et 1 a arrêté d'en avoir, sans que nous n'en connaissions la raison. L'évolution de la qualité des relations sexuelles des autres patientes est variable : 6 estiment qu'elles se sont détériorées, 12 n'observent pas de changement, 2 notent une amélioration. Chez les patientes n'observant pas de changements, 4 seulement ont un score inférieur ou égal à 5/10. 75 % ne se plaignent plus de douleurs et 85 % ne présentent plus de fuites urinaires pendant les rapports.

- Relations sexuelles :

Ce tableau récapitule le nombre de patiente ayant des relations sexuelles :

Rapports sexuels	5 ans	Préop	5 ans	Préop
OUI	20	26	71,4%	81%
NON	5	6	17,9%	18%
ND	3	0	10,7%	0
Total	28	32	100%	100

- Qualité des relations sexuelles à 5 ans depuis l'opération :

Pour plus de la moitié des femmes, la qualité de vie sexuelle reste inchangée :

Qualité des rapports sexuels	Inchangée	12	60,00%
	Améliorée	2	10,00%
	Dégradée	6	30,00%

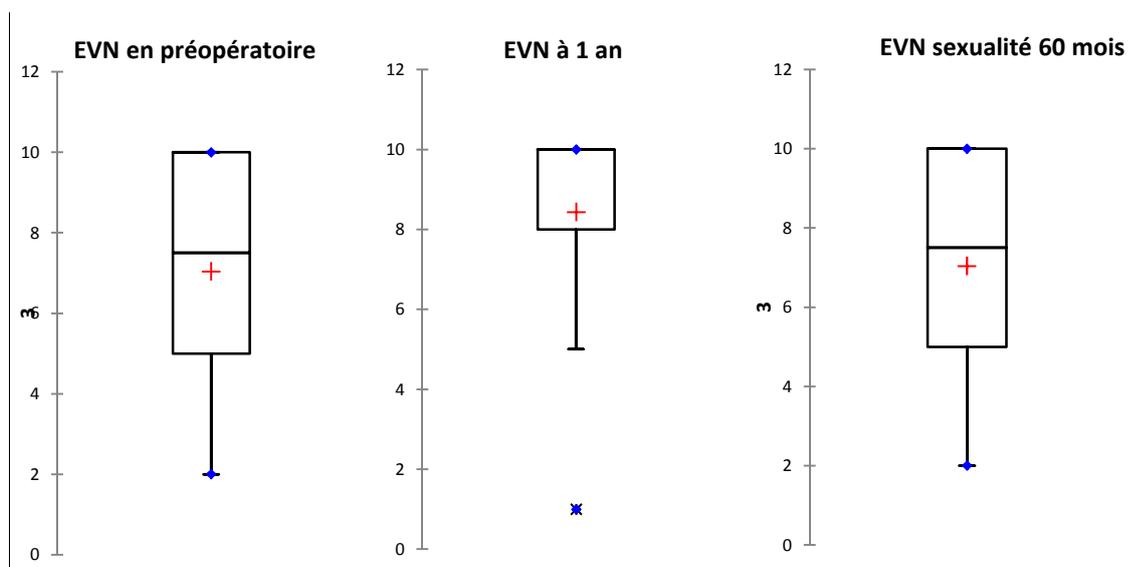
- Douleurs et fuites urinaires pendant les rapports :

Comme nous pouvons l'observer dans ce tableau, il y a une diminution franche des fuites urinaires, elles touchaient encore une femme sur deux en préopératoire mais plus qu'une femme sur dix à 5 ans. Les douleurs ont diminué mais restent présentes chez ¼ des patientes.

		5ans	Préop	5 ans	Préop
Douleurs pendant les rapports	OUI	5/20	9/26	25,00%	35%
	NON	15/20	17/26	75,00%	65,3%
Fuites urinaires pendant les rapports	OUI	2/20	12/26	10,00%	46%
	NON	18/20	14/26	90,00%	54%

- L'échelle de qualité de vie sexuelle :

La réalisation de box plot indique que la qualité de la sexualité s'est améliorée à 1 an mais est identique à 5 ans, à la situation en préopératoire.



L'étude statistique des résultats montrent que la qualité de vie sexuelle n'a pas changé à 5 ans par rapport à la situation préopératoire, test t de Wilcoxon, p : 0,932.

e. Discussion

Sur 33 patientes, 28 ont pu être jointes et interrogées ; on peut estimer ce taux appréciable. Il était tout à fait prévisible que 4 personnes en 5 ans changent de numéro de téléphone et soient perdues de vue. En effet, certaines patientes n'ont consulté le chirurgien que pour cette opération et ils ne se sont plus revus par la suite. Une personne est décédée, la patiente la plus âgée incluse dans ce centre. Parmi les 28 patientes interrogées, 3 n'ont pas souhaité répondre à la question portant sur la sexualité. Il est sans doute, compréhensible que certaines personnes refusent d'aborder ce sujet avec un interlocuteur inconnu.

Dans cet échantillon, 5, donc 20% n'ont pas de rapports sexuels. 2 d'entre ces patientes n'en avaient pas avant l'opération ; une patiente a une fermeture vaginale ce qui ne permet pas la reprise de l'activité sexuelle, la seconde ne nous a pas indiqué les raisons, mais présente aussi une aggravation de la qualité de vie avec une récurrence de son incontinence urinaire d'effort. Deux patientes sont devenues veuves, ce qui explique l'interruption de leur vie sexuelle. Une personne a arrêté toute activité sexuelle pour des raisons inconnues qui pourraient être en lien avec les bandelettes.

6, soit environ 1/4 des personnes, constatent une dégradation de leur qualité de vie sexuelle. Pour l'une d'entre elles, cette dégradation de qualité de vie sexuelle résulte d'un problème de santé de son mari, pour une autre, les raisons demeurent inconnues ; quant aux dernières, les causes peuvent ou sont dues à l'opération :

- dysurie
- peur sans raison fondée
- douleurs
- infections urinaires répétées

Seulement 2 personnes, soit 8% des patientes, reconnaissent une amélioration. Les raisons n'ont pas été précisées. On peut supposer que l'amélioration de la continence a entraîné une amélioration de la sexualité. Les 2 personnes présentaient des prolapsus du 3^{ème} degré : cystocèle et rectocèle avec, pour l'une d'elles, des douleurs et des fuites urinaires pendant les rapports et pour la seconde seulement des fuites urinaires pendant les rapports. La pose de bandelettes sous urétrales a amélioré la continence et atténué les troubles lors des rapports sexuels. Il est probable que ce soit le prolapsus qui gênait les rapports sexuels et que c'est sa prise en charge qui a amélioré la qualité de vie sexuelle et non la cure d'incontinence urinaire.

La majorité des femmes interrogées, 48%, n'observe pas de changement dans leur sexualité. On peut les répartir en 2 groupes :

- celles qui avaient déjà une sexualité « épanouie » ; la prise en charge de l'incontinence n'a rien changé. Elles sont 6, soit 24%.
- celles dont la sexualité atteint encore un score inférieur ou égal à 5. Elles sont 4, soit 12%. La sexualité de l'une d'entre elles aurait pu être améliorée mais est dépendante d'un problème de santé de son mari. Des douleurs persistent pour les 3 autres et des fuites urinaires pendant le rapport pour 2 des 3. Ces mêmes deux patientes ne

constatent pas non plus de changement dans leur qualité de vie, ni d'atténuation des troubles urinaires. Il n'est pas indiqué si ce sont les douleurs et les fuites urinaires qui perturbent la qualité de leur sexualité. Cependant, il est possible de conclure que pour au moins 2 patientes sur 4, la mise en place des bandelettes est un échec.

Le bilan laisse apparaître :

- une amélioration du fait des bandelettes pour seulement 3 patientes.
- une aggravation pour 6 patientes, due à la cure d'incontinence pour 5 d'entre elles.
- une absence de changement, avec une persistance d'une mauvaise qualité de leur sexualité, pour 3 patientes, dont la responsabilité peut être imputée à la pose de bandelettes.
- l'arrêt de toute relation sexuelle pour des raisons inconnues pour une patiente présentant une récurrence de son incontinence urinaire.

Ainsi, nous pouvons déduire que 9 personnes soit 36 % sont insatisfaites de l'opération.

L'analyse statistique par un test de Wilcoxon, ne montre pas de différences statistiques entre la qualité de vie sexuelle en préopératoire à 1 an et à 5 ans. Les Box Plot sont sensiblement identiques sur tous les paramètres. Il faudrait un échantillon beaucoup plus important pour pouvoir conclure à une différence statistique, ce qui sera le cas pour l'étude finale.

Nous n'avons pas pu exploiter les données obtenues entre 1 an et 5 ans car ce ne sont toutes les mêmes patientes qui ont répondu. Il est donc impossible de les apparier. Cependant d'après les box plots, il se pourrait qu'après une amélioration de la qualité de vie sexuelle à 1 an, celle-ci redevienne, à 5 ans, identique à celle de départ. Il y aurait donc une dégradation de la qualité de vie entre 1 et 5 ans. Toutefois, comme les patientes interrogées à 1 an et à 5 ans ne sont pas toutes les mêmes, on ne peut conclure réellement à une dégradation.

Seule une étude, à notre connaissance, suit les patientes sur une durée supérieure à 12 mois. Dans cette étude, la médiane de suivi est de 54 +/- 21,9 mois. La fonction sexuelle étudiée par FSFI n'a pas été modifiée par la pose de bandelettes sous urétrales. Celles-ci étaient des TVT. (104)

Un questionnaire de qualité de vie sexuelle tel que le PISQ 12 aurait dû être inclus dans l'étude. Celui-ci est validé en français seulement depuis 2008, donc après le début de l'étude Surgimesh Sling. Ce questionnaire ne s'intéresse pas uniquement aux douleurs et aux fuites urinaires pendant les rapports et on ne se contente pas d'évaluer, sur une échelle de 0 à 10, la qualité de vie sexuelle. Par un questionnaire fermé à choix multiples, les femmes évaluent leur sexualité dans son ensemble : excitations, envies, orgasmes, satisfactions, émotions ressenties, aspects liés au partenaire et aspects physiques et corporels (douleurs et fuites). Nous pouvons supposer que l'échelle de qualité de vie est moins pertinente et interprétable que le PISQ12.

Il aurait donc fallu au moins réaliser ce questionnaire et au mieux interroger ces femmes lors d'entretiens semi dirigés.

On ne peut généraliser les résultats du centre mosellan à l'ensemble des femmes de l'étude car même si la plupart des caractéristiques sont identiques (poids, taille IMC, parité,...), une différence importante demeure quant au nombre de femmes présentant une rectocèle et donc un prolapsus. Or la présence de celui-ci joue un rôle essentiel, altérant la sexualité des femmes qui en souffrent. De plus, les patientes mosellanes se plaignent davantage de douleurs et de fuites urinaires, sources, elles aussi, d'altération de la sexualité. Toutefois, la qualité de vie sexuelle est, paradoxalement, jugée meilleure par ces patientes. Ces particularités rendent nécessaire l'attente des résultats de l'ensemble de l'étude avec des variables appariées.

CONCLUSION

Cette thèse permet d'aborder et d'approfondir un questionnement en lien avec la sexualité. Celle-ci reste un sujet très peu traité au cours des études médicales. Elle est, ainsi, souvent négligée durant les consultations notamment celles de médecine générale.

Pourtant l'incontinence urinaire en elle-même et, plus particulièrement les fuites urinaires pendant les rapports ne favorisent pas l'épanouissement sexuel, elles sont, au contraire, une cause de détérioration voire d'arrêt des relations sexuelles. Or, comme le souligne l'OMS : « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » Le médecin doit pouvoir apporter une solution dans ce domaine-là aussi, à ses patientes.

Malheureusement, notre étude n'aboutit pas à un constat satisfaisant. Si le traitement par bandelettes sous urétrales soigne l'incontinence, il n'est pas sûr qu'il améliore la qualité de vie sexuelle.

Les résultats restent toutefois en suspens, puisqu'un seul centre a été contacté. Il faut, afin de rendre un jugement plus fiable, attendre les résultats de l'étude multicentrique réalisée sur un échantillon de patientes beaucoup plus important. Il sera alors possible de présenter un bilan plus satisfaisant de la qualité de vie sexuelle des patientes cinq ans après la pose de bandelettes sous urétrales par voie transobturatrice.

Cette étude constate également la nécessité de réaliser des questionnaires de qualité de vie plus approfondis ou des entretiens semi-dirigés afin de déterminer plus précisément les causes de la souffrance, les traiter avec pertinence et pouvoir aider efficacement toutes ces femmes.

- questionnaire MHU : mesure handicap urinaire

Score	0	1	2	3	4	Scores
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 min. ou caractère immédiatement pressant du besoin d'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes	Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes	Délai de sécurité < 2 minutes	Score impériosité fuite =
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour	
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel > 2 h	Intervalle mictionnel de 1h30 à 2 heures	Intervalle mictionnel de 1 heure	Intervalle mictionnel de _ heure	Intervalle mictionnel < _ heure	Score pollakiurie =
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-6 mictions/nuit	Plus de 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire à l'effort	Absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement, mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite effort =
Autre incontinence	0	En gouttes post mictionnelles énurésie (> 1/mois)	Paroxysme émotionnel énurésie (1/semaine)	Enurésie (plusieurs/semaine)	Fuites permanentes goutte à goutte énurésie (1/jour)	Score autre
Dysurie rétention	0	Dysurie d'attente, dysurie terminale	Poussées abdominales, jet haché	Poussées manuelles, miction prolongée, sensation résidu	Cathétérisme	Score dysurie =

- Questionnaire UPS : Urinary Symptom Profile

1. Durant les 4 dernières semaines, pouvez-vous préciser le nombre de fois par semaine où vous avez eu des fuites au cours d'efforts physiques :

Merci de cocher une case pour chacune des lignes 1a, 1b et 1c.

	Jamais de fuite d'urine	Moins d'une fuite d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par semaine	Plusieurs fuites d'urine par jour
1a. Lors des efforts physiques importants	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1b. Lors des efforts physiques modérés	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃
1c. Lors des efforts physiques légers	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃

Partie réservée au médecin : reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 1a + 1b + 1c

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

SCORE « INCONTINENCE URINAIRE A L'EFFORT »

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

2. Combien de fois par semaine avez-vous dû vous précipiter aux toilettes pour uriner en raison d'un besoin urgent ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

3. Quand vous êtes pris par un besoin urgent d'uriner, combien de minutes en moyenne pouvez-vous vous retenir ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Plus de 15 minutes | De 6 à 15 minutes | De 1 à 5 minutes | Moins de 1 minute |

4. Combien de fois par semaine avez-vous eu une fuite d'urine précédée d'un besoin urgent d'uriner que vous n'avez pas pu contrôler ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

4 bis. Dans ces circonstances, quel type de fuites avez-vous ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Pas de fuites dans cette circonstance | Quelques gouttes | Fuites en petites quantités | Fuites inondantes |

Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

1. Pendant la journée, quel est le temps habituel espaçant deux mictions (action d'uriner) ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Deux heures ou plus | Entre 1 heure et 2 heures | Entre 30 minutes et 1 heure | Moins de 30 minutes |

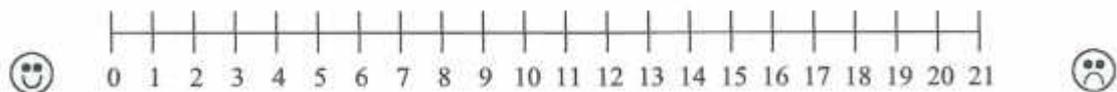
1. Combien de fois en moyenne avez-vous été réveillé (e) la nuit par un besoin d'uriner ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| 0 ou 1 fois | 2 fois | 3 ou 4 fois | Plus de 4 fois |

1. Combien de fois par semaine avez-vous eu une fuite d'urine en dormant ou vous êtes-vous réveillé(e) mouillé(e) ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Jamais | Moins d'une fois par semaine | Plusieurs fois par semaine | Plusieurs fois par jour |

Partie réservée au médecin : reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 2 + 3 + 4 + 4bis + 5 + 6 + 7 SCORE «HYPERACTIVITE VESICALE »



Durant ces 4 dernières semaines et dans les conditions habituelles de vos activités sociales, professionnelles ou familiales :

8. Comment décririez-vous votre miction (action d'uriner) habituelle durant ces 4 dernières semaines ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Normale | Nécessité de pousser avec les muscles abdominaux (du ventre) ou miction penchée en avant (ou nécessitant un changement de position) | Nécessité d'appuyer sur le bas ventre avec les mains | Vidange par sonde urinaire |

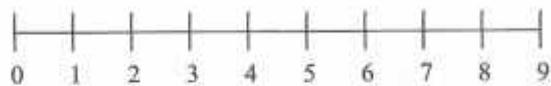
9. En général, comment décririez-vous votre jet d'urine ?

- | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Normal | Jet faible | Goutte à goutte | Vidange par sonde urinaire |

10. En général, comment s'effectue votre miction (action d'uriner) ?

- | | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ₀ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₁ | <input type="checkbox"/> ₂ | <input type="checkbox"/> ₃ |
| Miction normale et rapide | Miction difficile à débiter puis s'effectuant normalement | Miction débutant facilement mais longue à terminer | Miction très lente du début jusqu'à la fin | Vidange par sonde urinaire |

Partie réservée au médecin : reporter sur l'échelle ci-dessous la somme des items 8 + 9 + 10



SCORE «DYSURIE »



Vérifiez que vous avez bien répondu à toutes les questions.

Merci de votre participation

❖ Questionnaires qualité de vie sexuelle

- Score FSDS : female sexual distress scale

Name _____ Date _____

Below is a list of feelings and problems that men and women sometimes have concerning their sexuality. Please read each item carefully, and check the box that best describes how often that problem has bothered you or caused distress **over the last 4 weeks**. Please check only one box for each item, and take care not to skip ANY items. If you change your mind, erase your markings carefully.

Please check one box per question.

1. How often did you feel **distressed about your sex life?**

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

2. How often did you feel **unhappy about your sexual relationship?**

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

3. How often did you feel **guilty about your sexual difficulties?**

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently

4 Always

4. How often did you feel **frustrated by your sexual problems**?

0 Never

1 Rarely

2 Occasionally

3 Frequently

4 Always

5. How often did you feel **stressed about sex**?

0 Never

1 Rarely

2 Occasionally

3 Frequently

4 Always

6. How often did you feel **inferior because of sexual problems**?

0 Never

1 Rarely

2 Occasionally

3 Frequently

4 Always

7. How often did you feel **worried about sex**?

0 Never

1 Rarely

2 Occasionally

3 Frequently

4 Always

8. How often did you feel **sexually inadequate**?

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

9. How often did you feel **regrets about your sexuality**?

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

10. How often did you feel **embarrassed about sexual problems**?

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

11. How often did you feel **dissatisfied with your sex life**?

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

12. How often did you feel **angry about your sex**?

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

13. How often did you feel **bothered by low desire**?

- 0 Never
- 1 Rarely
- 2 Occasionally
- 3 Frequently
- 4 Always

• **The Life Satisfaction Questionnaire 9 (LiSAT-9)**

Instructions: How satisfactory are these different aspects of your life? Indicate the number that best describes your situation.

- 1 = Very dissatisfying
- 2 = Dissatisfying
- 3 = Rather dissatisfying

- 4 = Rather satisfying
- 5 = Satisfying
- 6 = Very satisfying

Life as a whole is	1	2	3	4	5	6
My vocational situation is	1	2	3	4	5	6
My financial situation is	1	2	3	4	5	6
My leisure situation is	1	2	3	4	5	6
My contact with friends and acquaintances are	1	2	3	4	5	6
My sexual life is	1	2	3	4	5	6
My ability to manage my self-care (dressing, hygiene, transfers, etcetera) is	1	2	3	4	5	6
My family life is	1	2	3	4	5	6
My partner relationship is	1	2	3	4	5	6

- **Sexual function Questionnaire**

Instructions: Following a list of questions about you and your partner's sex life. All Information is strictly confidential. Your confidants will be used only to help doctors understand what is important to patients about their sex lives. Please check the box that best answers the questions for you. While answering the questions, consider your sexuality over the past six months. Thank you for your help

	Always	Usually	Sometimes	Seldom	Never
1 How frequently do you feel sexual desire? This feeling may include wanting to have sex, planning to have sex, feeling frustrated due to lack of sex, etc.	0	1	2	3	4
2 Do you climax (have an orgasm) when having <u>sexual intercourse</u> with your partner?	0	1	2	3	4
3 Do you feel sexually excited (turned on) when having sexual activity with your partner?	0	1	2	3	4
4 How satisfied are you with the variety of sexual activities in your current sex life?	0	1	2	3	4
5 Do you feel pain during sexual intercourse?	0	1	2	3	4
6 Are you incontinent of urine (leak urine) with sexual activity?	0	1	2	3	4
7 Does fear of incontinence (either stool or urine) restrict your sexual activity?	0	1	2	3	4
8 Do you avoid sexual intercourse because of bulging in the vagina (either the bladder, rectum or vagina falling out)?	0	1	2	3	4
9 When you have sex with your partner, do you have negative emotional reactions such as fear, disgust, shame or guilt?	0	1	2	3	4
10 Does your partner have a problem with <u>erections</u> that affects your sexual activity?	0	1	2	3	4
11 Does your partner have a problem with premature ejaculation that affects your sexual activity?	0	1	2	3	4
	Much More	More	Same	Less	Much less
12 Compared to orgasms you have had in the past, how intense are the orgasms you have had in the past six months?	0	1	2	3	4

❖ **Questionnaire sexualité chez des patientes ayant une incontinence urinaire ou un prolapsus**

• **Le PISQ12:**

Instructions : Les questions suivantes portent sur votre sexualité avec votre partenaire. Vos réponses resteront strictement confidentielles et ne seront utilisées que pour permettre aux médecins de mieux comprendre ce qui est important pour les patientes dans leur sexualité. Cochez la case qui correspond le mieux à votre réponse, en tenant compte de votre sexualité au cours des six derniers mois. Merci pour votre aide !

1. À quelle fréquence ressentez-vous du désir sexuel ?
Cela peut comprendre le fait d'avoir envie ou de prévoir d'avoir des relations sexuelles, de se sentir frustrée par manque d'activité sexuelle, etc.
Tous les jours Au moins une fois par semaine Au moins une fois par mois Moins d'une fois par mois Jamais
2. Avez-vous un orgasme lors de vos rapports sexuels avec votre partenaire ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
3. Ressentez-vous de l'excitation lors des activités sexuelles avec votre partenaire ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
4. Êtes-vous satisfaite de la variété de vos activités sexuelles actuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
5. Avez-vous mal pendant les rapports sexuels ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
6. Avez-vous des fuites d'urine (incontinence urinaire) lors des activités sexuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
7. Limitez-vous les activités sexuelles par peur d'avoir une incontinence (d'urine ou de selles) ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
8. Évitez-vous les rapports sexuels à cause d'une « boule » dans le vagin (descente de l'utérus, de la vessie, du rectum ou du vagin) ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
9. Lorsque vous avez des relations sexuelles avec votre partenaire, ressentez-vous des émotions négatives, par exemple de la peur, de la honte ou de la culpabilité ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
10. Votre partenaire a-t-il des problèmes d'érection qui perturbent vos activités sexuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
11. Votre partenaire a-t-il des problèmes d'éjaculation précoce qui perturbent vos activités sexuelles ?
Toujours Souvent Quelquefois Rarement Jamais
12. Par rapport aux orgasmes que vous avez eus dans le passé, diriez-vous que les orgasmes que vous avez eus au cours des six derniers mois sont...
Beaucoup moins intenses Moins intenses Aussi intenses Plus intenses Beaucoup plus intenses

❖ Questionnaires de l'étude :

DONNEES DE SUIVI A 5 ANS

- QUESTIONNAIRE 1

date : 10/11/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée

Dégradée à cause des brûlures urinaires

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs brûlures avec mycose

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 5

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 2

Date : 13/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction oui

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 2

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 4

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée

Dégradée oui car problème aussi du conjoint problème testicule : opération

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs oui

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 4 à 5 : toujours problème à avoir un orgasme

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 3

Date : 13/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction oui

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : au moins 4 à 5

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 6

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui car problème cancer de chez le mari

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 5

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 4

Date : 19/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 8

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 5

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale oui

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : aucune

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée oui

Inchangée

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 5, car 55 ans et plus envie

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 6

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale oui

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : non

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 7-8 « normal »

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire7

Date : 22/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement oui

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 4

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)8

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs oui

Des fuites urinaires oui

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ?3

0 (mauvaise) ●—————●10 (excellente)

Questionnaire 8

Date : 10/11/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale oui

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 19

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 10

Date : 22/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

- Disparition totale
- Réduction disparition recommence un peu qd effort
- Pas de changement
- Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 1

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

- Améliorée oui
- Inchangée
- Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

- Des douleurs non
- Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 10

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 11

Date : 14/11/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale oui

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)0

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 9-10

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 12

Date : 22/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction disparition puis depuis 1 an évolution prescription kiné

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 4-5

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 6-7

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? non car veuve oui non

Questionnaire 13

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement oui

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : aucune

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) pas de perte doit aller rapidement : 2-3

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Questionnaire 15

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement oui

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : aucune

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0, habitué

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs oui

Des fuites urinaires de temps en temps

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 2-3

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 17

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction amélioration lors des efforts efforts

Pas de changement qd urgence

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : non mais ne boit pas qd voyage

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 10

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 18

Date : 22/10/2012 tout va bien et a raccroché

Questionnaire 19

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement oui infection sur infection cure de prolapsus et TOT

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0 mais se lève toute les 2h

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) : ça dépend des jours, 5-6

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Questionnaire 21

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction oui

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 1

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée

Dégradée oui par peur suite à intervention, sans raison fondé

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 2-3

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 22

Date : 14/11/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort : pollakiurie maintenant , n'avait pas d'incontinence urinaire à fait la totale

Disparition totale

Réduction

Pas de changement

Aggravation oui

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 4

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui non

Si oui

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée

Dégradée oui

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs oui

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 5

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 23

Date : 22/10/2012 :

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction sevrage médicament arrêt tranxene mogadon + antidépresseur

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 1 mais par anxiété

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? pas depuis 1 an car dépression mais avant oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 10

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 24

Date : 19/10/2012 streiff

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction

Pas de changement amélioration puis maintenant comme avant depuis amaigrissement + opération

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : ?

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 3-4

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? non dc de son mari il y a meme pas 6 mois oui non

Questionnaire 25

Date : 19/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale oui

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 10

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 26

Date : 22/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale oui : mais infection urinaire+++ dysurie+++

Réduction

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup)0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée

Dégradée oui car infection urinaire

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? 8

0 (mauvaise) ●—————●10 (excellente)

Questionnaire 27

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

- Disparition totale
- Réduction oui
- Pas de changement
- Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) urgenturie 2-3

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? ne souhaite pas répondre

Questionnaire 28

Date : 14/11/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

- Disparition totale
- Réduction oui
- Pas de changement
- Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 2

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? non veuve oui non

Questionnaire 29

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort :

Disparition totale

Réduction oui , presque plus rien cure de prolapsus +TOT

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ? oui oui non

Si **oui**

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ? inchangé 10

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

Questionnaire 30

Date : 17/10/2012

Evaluation du résultat

Incontinence d'effort : n'a jamais eu d'incontinence urinaire d'après elle, pas de fuite

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ?

refuse de répondre à cette question

Questionnaire 31

Date :17/10/2012

Evaluation du résultat

incontinence d'effort : urgenturie

Disparition totale

Réduction oui peut rester 8h sans aller aux toilettes

Pas de changement

Aggravation

Nombre de protections utilisées par 24h : 0

Echelle visuelle de qualité de vie

De manière générale, à quel point vos pertes d'urine vous dérangent-elles dans votre vie de tous les jours ? Entourez un chiffre entre 0 (pas du tout) et 10 (vraiment beaucoup) 0

0 (pas du tout) ●—————● 10 (vraiment beaucoup)

Sexualité

Avez-vous des rapports sexuels ?

oui oui non

Si oui

Depuis l'intervention la qualité de vos rapports sexuels est-elle ?

Améliorée

Inchangée oui

Dégradée

Avez-vous lors des rapports sexuels ?

Des douleurs non

Des fuites urinaires non

Sur une échelle de 0 (mauvaise) à 10 (excellente), où placeriez-vous la qualité actuelle de votre sexualité ?

0 (mauvaise) ●—————● 10 (excellente)

REFERENCES

1. DIOKNO AC, BROCK BM, BROWN MB, HERZOG AR (1986) Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the noninstitutionalized elderly. *J Urol* 136: 1022-1025
2. CNGO, RPC – WE, GLEN E, GRIFFITHS D, MELCHIORH, ROWAN D, Sterling A, Zinner N, Hald T (1979) The standardization of terminology of lower urinary tract function. *J Urol* 121:551-554
3. A. Bernard, I. Boucoiran, A. Bafghi, C. Checchi, C. Melot, A. Bongain, incontinence urinaire de la femme : épidémiologie, mécanismes, bilan préthérapeutique la lettre du Gynécologue n 310 mars 2006.
4. Philippe Ballanger, Epidémiologie de l'incontinence urinaire chez la femme, *Progrès en Urologie* (2005), 15, Supp. N°1, 1322-1333
5. Le Normand. L, recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire féminine non neurologique, *Progrès en urologie* (2007), 17 1252-1263
6. CNGO, recommandations pour la pratique clinique, diagnostic et prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme adulte, Dec 2009
7. A. Bafghi, C. Schumacker-Blay, J. Delotte, A. Bernard, C. Checchi, A. Bongain, incontinence urinaire d'effort, la lettre du gynécologue Mars 2006
8. Jean François Hermieu, Recommandations pour la pratique de l'examen urodynamique dans l'exploration d'une incontinence urinaire féminine non neurologique *Progrès en urologie* 2007, 1264-1284
9. J-F Hermieu, A. Cortesse, V. Cardot, L. Le Normand, J-F. Lapray, P. Ballanger, F. Monneins et le comité d'Urologie et de Pelvi-périnéologie de la Femme (Association Française d'Urologie), synthèse des recommandations pour l'exploration d'une incontinence féminine non neurologique, *Progrès en Urologie* 2007, 17 1239-1241
10. J.-F. Hermieu*, S. Conquy, B. Leriche, P. Debodinance, E. Delorme, L. Boccon Gibod, A. Cortesse, A. Vidart, F. Cour, F. Richard, V. Cardot, P. Berlizot, L. Lenormand, E. Ragni, L. Peyrat, R. Yiou, P. Ballanger et le Comité d'Urologie et de Pelvipérinéologie de la Femme (Association Française d'Urologie), Synthèse des recommandations pour le traitement de l'incontinence urinaire féminine non neurologique, *Progrès en urologie* (2010) 20 Suppl. 2, S94-S99
11. HAS 2007, Quels implants de renfort pour traiter l'incontinence urinaire d'effort féminine ?
12. Emmanuel Delorm, La bandelette trans-obturatrice : un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme, *Progrès en Urologie* (2001), 11, 1306-1313
13. Delorme E. La bandelette trans-obturatrice : un procédé mini-invasif pour traiter l'incontinence urinaire d'effort de la femme, *Progrès en Urologie* (2001), 11, 1306-1313
14. D. Marie Hélène Colson, de l'adolescence à l'âge adulte : devenir femme, *DIU de sexologie*, 2009
15. D. Frederic Hedon, visons féminines du désir masculin, *SFSC* 2005

16. Fatou Sow, Notre corps notre santé, la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne, édition l'Harmattan
17. Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), fiche LA SEXUALITE actualisé en 2009
18. P. Mares et S. Ripart, la ménopause.... Passer le cap ?, SFMS 2009
19. D. Marie Hélène Colson, Nouveaux comportements sexuels après 60ans, vivre vieux, vieillir jeune ? , symposium de la SFMS, du 2^{ième} congrès de la CCSAM, Montréal fev 2007
20. Cheveux gris, cœurs chauds, documents de réflexions sur la sexualité des aînés, conseils des aînés , Mai 2004
21. SpiraA., BajosN., Groupe ACSF, les comportements sexuels en France. Paris : la documentation française, 1993
22. A. Nicolosi, U. Hartmann, D.B. Glasser, C. Gingell; J. Buvat; E. Moreira, E. Laumann Sexualattitudes and beliefs in mature men and women: results of an international survey. European Journal of Public Health, Issue 4, (Suppl.) 2002
23. BajosN, BozonB, BeltzerN et l'équipe CSF, Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé. La Découverte, 2008
24. D. MH Colson, troubles du désir sexuel, Montréal 2009
25. DSMIV American Psychiatric Association (2000): "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (4th ed. textrev), Washington DC
26. *Consensus de la «2d International Consultation on Sexual Medicine»* / ISSWSH, Atlanta, Octobre 2004
27. Inserm, Évaluation de la prévalence de l'incontinence urinaire chez les femmes vues en consultation de médecine générale en France métropolitaine, 2007
28. Rosemary Basson, Pharmacotherapy for women 's sexual dysfunction. Expert Opin Pharmacother, 2009, 10, 1631-1648
29. Michèle Herbaut Buvat, Une revue systématique du traitement pharmacologique des Dysfonctions Sexuelles Féminines (DSF), société francophone de médecine sexuelle
30. G. Amarenco, P. Lacroix, M-A Delille, D. Verollet, M. Jousse, sexualité et incontinence urinaire de la femme , Pelvi-Périnéologie (2010)
31. Elena S. Ratner, Elisabeth A. Erekson, Mary Jane Minkin, Kelly A. Foran-Tuller, Sexual satisfaction in the elerly female population : a special docus on women with gynecologic pathology, Maturitas 70 (2011) 210-215
32. Graig GA, Jackson P (1975) Letter: sexual life after vaginal hysterectomy. Br Med J 3:97 Moran PA, Dwyer PL, Z CDRMG
33. one SP (1999) Urinary leakage during coitus in women. J Obstet Gynecol 19(3): 286-8
34. Vierhout ME, Gianotten WL (1993) Mechanism of urine lost during sexual activity. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 52(1): 45-7
35. Agency for Health Care Policy and Research. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management. Clinical practice guideline [update]. Rockville (MD): AHCPR; 1996.
36. ANAES, prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale, Argumentaire 2003
37. Rothweiler Jörg, Sexualité et maladie de Parkinson, Parkinson Suisse
38. Jacques Buvat, diabète et fonction sexuelle chez l' homme et la femme, CETPARP, lille 2008
39. C. Huberlant, cancer et sexualité : la place du médecin de famille, 2006 ; 125, 10 : S445-451

40. Hélène Dugré, l'impact de la médication sur la fonction sexuelle, CIFMS 19 Septembre 2008
41. Richards BC (1978) : hysterectomy from women to women AM J Obstet Gynecol 131 : 446-52
42. Berglund A (1991) Sexual problems in women with urinary incontinence. A retrospective study of medical records. Scan J Caring Sci 5(1) 13-6
43. Korda A, Cooper M, Hunter P (1989): coïtal urinary incontinence in an Australian population. Asia Oceania J Obstet Gynecol 15 (4): 313-5
44. Debus-Thiede G, Dimpfl T (1993), The psychological status of the female with urinary incontinence. Zentralbl Gynakol 115 (7): 332-5
45. Freud S (1959) three essays on the theory of sexuality. Standart Edition, Hogarth Press, London 9.
46. Virtanen H, Makinen J, Tenho T, et al (1993) Effects of abdominal hysterectomy on urinary and sexual symptoms Br J Urol 72 (6) 868-72
47. Khan Z, Bohla A, Starer P (1988) Urinary incontinence during orgasm. Urology 31 (3): 279-82
48. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Mitcchinson A (1995), Sexual function in women with uterovaginal prolapse and urinary incontinence. Obstet Gynecol 85: 483-7
49. Serati M et coll, incontinence urinaire feminine lors des rapports: revue sur un problème peu étudié de la sexualité feminine. J Sex Med 2009
50. Crenshaw,TL, Goldberg,JP: sexual pharmacology: drugs that affect sexual function. New York, Norton and Co., New York, 1996
51. Mares P, Buvat J: les problèmes sexuels des femmes souffrant de prolapses semblent plus corrélés à l'altération de leur perception de l'image corporelle qu'aux anomalies anatomiques elles-mêmes
52. Lowenstein L, Kenton K and al, Sexual function in women with pelvi organ prolapse J Sex Med 2009 : 6 : 2286-2291
53. L. Sentilhes, M. Poilblanc, P. Grise and al : sexualité après bandelette sous urétrale par voie rétropubienne et transobturatrice : étude comparatibe, Pelvi-Périnéologie (2010) 5 : 9-16
54. *Dr Marc Galiano* Une nouvelle variété de dyspareunie masculine : « l'hispareunie », douleur pénienne au cours du rapport vaginal après traitement de l'incontinence urinaire d'effort de la partenaire par bandelette de soutènement urétral., société française de médecine sexuelle vue le 04/11/2012
55. S.Mohr, Kuhn P, Mueller MD, Kuhn A. Painful Love – « Hipareunia » after Sling Erosion of the Female Partner. Journal of Sexual Medicine 2011;8:1740-46
56. Hallward A, Ellison J.M, Antidepressants and Sexual Function. Harcourt Health Communication , 2001
57. Kaplan, HS: the sexual desire disorders. Bbrunner/ Mazel, 1995
58. Seagraves RT, Balon R, Sexual Pharmacology Fast Facts W.W.Norton&Company, New YorkLondon 2003
59. Clayton A et al. J Clin Psychiatry 2004 ; 65 :62-67
60. Clayton A et al. J Clin Psychiatry 2006 ; 91 :27-32

61. De Rosa M et al *J Clin Endocrinol Metab* 2004 ; 89 : 621-625
62. Doumas M et al *the journal of Clinical Hypertension* 2006, vol 8 n5
63. Doumas M et al *J Antrol* 2006 ; 27 : 469-477
64. Numberg G et al *Journal of the American Medical Association* 2008; July 23/30
65. Worlthington J.J et al *Drugs of Today* 2003; 39 (11): 887-896
66. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 1996;7:81—5 [discussion 85—6].
67. Hermieu JF, Debodinance P. Guidelines for the surgical treatment of female urinary stress incontinence in women using the sub-urethral sling. *Prog Urol* 2000;20(Suppl. 2):S112—31.
68. Fritel X, Fauconnier A, Bader G, Cosson M, Debodinance P, Deffieux X, et al. Diagnosis and management of adult female stress urinary incontinence: guidelines for clinical practice from the French college of gynaecologists and obstetricians. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151:14—9.
69. Vassallo BJ, Kleeman SD, Segal JL, Walsh P, Karram MM. Tension-free vaginal tape: a quality of life assessment. *Obstet Gynecol* 2002;100:518—24.
70. Tomoe H, Kondo A, Takei M, Nakata M, Toma H. Quality of life assessments in women operated on by tension-free vaginal tape (TVT). *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005;16:114—[discussion 108].
71. Bakas P, Liapis A, Giner M, Creatsas G. Quality of life in relation to TVT procedure for the treatment of stress urinary incontinence. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:748—52.
72. Holmgren C, Hellberg D, Lanner L, Nilsson S. Quality of life after tension-free vaginal tape surgery for female stress incontinence. *Scand J Urol Nephrol* 2006;40:131—7.
73. Schraffordt Koops SE, Bisseling TM, Heintz AP, Vervest HA. Quality of life before and after TVT, a prospective multi-centre cohort study, results from the Netherlands TVT database. *BJO*2006;113:269.
74. Vervest HA, Bisseling TM, Heintz AP, Schraffordt Koops SE. The prevalence of voiding difficulty after TVT, its impact on quality of life and related risk factors. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007;18:173—82.
75. Murphy M, van Raalte H, Mercurio E, Haff R, Wiseman B, Lucente VR. Incontinence-related quality of life and sexual function following the tension-free vaginal tape versus the “inside-out” tension-free vaginal tape obturator. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:481—7.
76. Huang WC, Su TH, Lin TY, Hsieh CH, Chen SS, Lee MY. Functional and anatomic assessments for transobturator vaginal tape inside-out operation for urodynamic stress incontinence. *J Obstet Gynaecol Res* 2009;35:946—52.
77. Walsh K, Generao SE, White MJ, Katz D, Stone AR. The influence of age on quality of life outcome in women following a tension-free vaginal tape procedure. *J Urol* 2004;171: 1185—8.

78. Ducarme G, Ceccaldi PF, Staerman F. Quality of life assessment after TVT (tension-free vaginal tape) based on three different questionnaires. *Prog Urol* 2005;15:45—8.
79. Lim J, Cornish A, Carey MP. Clinical and quality of life outcomes in women treated by the TVT-O procedure. *BJOG* 2006;113:1315—20.
80. Bjelic-Radisic V, Dorfer M, Greimel E, Frudinger A, Tamussino K, Winter R. Quality of life and continence 1 year after the tension-free vaginal tape operation. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195(6):1784—8.
81. Campeau L, Tu LM, Lemieux MC, Naud A, Karsenty G, Schick E, et al. A multi-center, prospective, randomized clinical trial comparing tension-free vaginal tape surgery and no treatment for the management of stress urinary incontinence in elderly women. *Neurourol Urodyn* 2007;26:990—4.
82. Chene G, Tardieu AS, Cotte B, Chauleur C, Savary D, Krief M, et al. Health-related quality of life in women operated on by surgical anti-incontinence procedures: comparison of three techniques. *Gynecol Obstet Fertil* 2009;37:3—10.
83. 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.
84. Jha S, Radley S, Farkas A, Jones G. The impact of TVT on sexual function. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2009;20:165—9.
85. Elzevier HW, Venema PL, Lycklama a Nijeholt AA. Sexual function after tension-free vaginal tape (TVT) for stress incontinence: results of a mailed questionnaire. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2004;15:313—8.
86. Elzevier HW, Putter H, Delaere KP, Venema PL, Lycklama a Nijeholt AA, Pelger RC. Female sexual function after surgery for stress urinary incontinence: transobturator sub-urethral tape versus tension-free vaginal tape obturator. *J Sex Med* 2008;5:400-6.
87. Westlake C, Dracup K, Walden JA, Fonarow G. Sexuality of patients with advanced heart failure and their spouses or partners. *J Heart Lung Transplant* 1999;18:1133-8.
88. Jaarsma T, Dracup K, Walden J, Stevenson LW. Sexual function in patients with advanced heart failure. *Heart Lung* 1996;25:262-70. [Medline]
89. Jardin A, Wagner G, Khoury S, et al. Erectile dysfunction. First international consultation on erectile dysfunction, Paris, 1-3 July 1999. Plymouth : Health Publications Ltd, 2000.
90. Nemeč ED, Mansfield L, Kennedy JW. Heart rate and blood pressure responses during sexual activity in normal males. *Am Heart J* 1976;92:274-7
91. Lucka Sekoranja, François Mach, Francesco Bianchi-Demicheli, Jean-Michel Gaspoz Insuffisance cardiaque et dysfonctions sexuelles *Rev Med Suisse* 2008;4:763-767
92. Ossemann M, PATHOLOGIES NEUROLOGIQUES ET TROUBLES SEXUELS FÉMININ *louvain medical* 2008 127, 9 : S88-92
93. Organisation mondiale de la Santé (1975). Organisation des services de santé mentale dans les pays en voie de développement. Seizième rapport du Comité OMS d'experts de la Santé mentale (N°564). Genève : Organisation mondiale de la Santé.
94. A. APPART, D. TORDEURS C. REYNAERT, LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT OBÈSE : ASPECTS PSYCHOLOGIQUES *louvain médical* 2007 ; 126, 5 : 153-159

95. J. Hermieu Bandelettes sous-urétrales dans l'incontinence urinaire d'effort de la femme : revue des différents procédés Annales d'Urologie, Volume 39, Issues 3-4, June-September 2005, Pages 124-136
96. Traitement de l'incontinence urinaire effort : technique chirurgicale http://www.dematice.org/ressources/DCEM2/gynecologie%20obstetrique/D2_genobs_024/TC_web.publi/web/co/Module_TC_12.html, vue le 10/11/2012
97. E. Delorme Traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort de la femme par bandelette transobturatrice Annales d'Urologie Volume 39, Issue 1, February 2005, Pages 10-15
98. Subak L.L., Whitcomb E., Shen H., Saxton J., Vittinghoff E., Brown J.S. Weight loss: a novel and effective treatment for urinary incontinence. *J Urol* 2005;174:190-195.
99. Bump R.C., Sugerma H.J., Fantl J.A., McClish D.K. Obesity and lower urinary tract function in women: effect of surgically induced weight loss. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:392-397 [discussion 397-9].
100. C. Pison , E. Macllet, D. Veale, Essoufflement et sexualité, la lettre du Pneumologue n2 Mars/Avril 2004
101. Milou D. Bekker, Cornelis RC. Hogewoning, Chris Wallner, Henk W. Elzevier, Marco C. DeRuijter, The Somatic and Autonomic Innervation of the Clitoris: Preliminary Evidence of Sexual Dysfunction after Minimally Invasive Slings, *J. Sex Med* 2012, 9 : 1566-1578
102. Chahin Achtari, Bayden J. Mckenzie, Richard Hiscock, Anna Rosamilia, Lore Schierlitz, Chros A. Briggs, Peter L. Dwyer, Anatomical study of obturator foramen and dorsal nerve of clitoris and their relationship to minimally invasive slings, *Int Urogynecol J* (2006) 17: 330-334
103. DeRogatis L, Clayton A, Lewis-D'Agostino D, Wunderlich G, Fu Y. Validation of the female sexual distress scale-revised for assessing distress in women with hypoactive sexual desire disorder. *J Sex Med.* 2008 Feb;5(2):357-64.
104. Wadie BS, Mansour A, El-Hefnawy AS, Nabeeh A, Khair AA., Minimum 2-year follow-up of mid-urethral slings, effect on quality of life, incontinence impact and sexual function. *Int Urogynecol J.* 2010 Dec;21(12):1485-90
105. Rabischong, R. Botchorishvili, K. Jardon,, F. Bolandard, M. Canis, G. Mage, Innervation Pelvienne: existe-t-il des risques lors du traitement chirurgical du prolapsus? *Le Choix des Armes*, Marseille 2007

VU

NANCY, le **18 décembre 2012**

Le Président de Thèse

Professeur P. JUDLIN

NANCY, le **19 décembre 2012**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6039

NANCY, le 21/12/2012

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE THESE

INTRODUCTION : L'incontinence urinaire touche des millions de femmes à travers le monde. C'est une véritable maladie physiquement et socialement invalidante. Elle a, en effet, des répercussions sur la sexualité de la femme, provoquant, notamment, une diminution de l'estime de soi. Les bandelettes transobturatrices permettent de guérir l'incontinence urinaire mais leur influence sur la qualité de vie sexuelle est moins bien documentée, et sera, de ce fait, l'objet d'étude de cette thèse.

METHODE : L'étude Surgimesh® Sling, dirigée par le P. Hermieu, a évalué la qualité de vie et celle de la sexualité après cure d'incontinence urinaire d'effort par TOT à 1 an. Nous reprenons cette étude quantitative, longitudinale et prospective. Lors d'un entretien téléphonique, une évaluation à 5 ans est réalisée par l'intermédiaire de questionnaires analogiques portant sur la continence, la qualité de vie et de la sexualité auprès de 33 patientes du centre mosellan.

RESULTATS : 28 sur 33 patientes incluses dans l'étude ont répondu au téléphone. Sur les 5 restantes, 4 ont changé de numéro et 1 est décédée. 3 n'ont pas voulu répondre aux questions traitant la sexualité. Il y a 19 patientes qui ont été évaluées à 1 et 5 ans et 9 uniquement à 5 ans. Sur les 25 patientes qui ont accepté d'évaluer leurs relations sexuelles depuis l'intervention : 5 n'en ont pas, 6 relèvent une dégradation, 12 n'observent pas de changement, 2 constatent une amélioration. Chez les patientes ne relevant pas de changement, 4 seulement atteignent un score inférieur ou égal à 5/10. L'étude statistique des résultats montre que la qualité de vie sexuelle ne s'est statistiquement pas améliorée à 5 ans par rapport à la situation préopératoire test Wilcoxon : $p : 0,932$ Il n'y a, de plus, pas de changement statistiquement significatif entre 1 an et 5 ans postopératoires.

DISCUSSION : L'échantillon est réduit. Cependant, une amélioration grâce aux bandelettes n'est constatée que par 3 patientes, 6 notent une détérioration dont 5, parmi celles-ci, peuvent être liées à la cure d'incontinence. 4 femmes n'observent pas de changement, souffrant de la persistance d'une mauvaise qualité de leur sexualité. Chez 3 d'entre elles, la pose de bandelettes pourrait en être la cause. 1 personne ayant arrêté toute relation sexuelle pour des raisons inconnues s'ajoute à ce groupe de femmes, cette dernière connaissant une récurrence de son incontinence urinaire. Ainsi, nous pouvons estimer que 9 personnes soit 36 % sont insatisfaites de l'opération. Il sera, toutefois, intéressant de connaître les résultats de l'étude dans son ensemble pour déterminer l'effet des bandelettes à long terme sur la sexualité.

TITRE EN ANGLAIS

Sexuality after using sub-urethral Sling for female stress urinary incontinence

THESE DE MEDECINE GENERALE – ANNEE 2013

MOTS CLES: incontinence urinaire, incontinence urinaire d'effort, sexualité, bandelette sous-urétrale, bandelettes transobturatrices, qualité de vie

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITE DE LORRAINE

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex