



RÉUNION  
MÉDICALE  
RMO

# SexoPérinééo

**Dr Sophie RAMEL**  
**CRCM de Roscoff**

9 AVRIL 2024

RENNES



# LE CONTEXTE

- En 2017, adultes = 55,8% de la population CF (1)
- Accès à la sexualité et la parentalité
- Les études se sont surtout intéressées à la fertilité des patients atteints de mucoviscidose (pwCF)
- L'atteinte multi-systémique de la maladie peut interférer à toutes les étapes de la vie sexuelle du patient

## Question de la sexualité

- peu ou pas abordée dans la littérature
- éludée par les soignants car sans doute difficile ou trop intime à initier
- attente des patients





# DYSFONCTIONS SEXUELLES

- Troubles érectiles chez l'homme
- Insatisfaction sexuelle, troubles de l'intérêt/de l'excitation sexuelle chez la femme

# SEXO PÉRINÉO

Etude ancillaire proposée à titre optionnel aux patients participant à l'étude **PERINEOMUCO** (l'analyse de la prévalence des symptômes périnéaux - incontinence urinaire et anale - et de leur répercussion sur la qualité de vie et la réalisation des soins)

## ENTRE NOVEMBRE 2016 ET SEPTEMBRE 2017

Prospective  
Multicentrique (RMO)

Avis favorable du Comité  
d'Ethique du CHU de Brest

N° : 02894619 dans ClinicalTrials.

## OBJECTIFS

Déterminer au sein de cette  
population adulte

- la Prévalence de la  
dysfonction sexuelle
- Les facteurs associés à la  
dysfonction sexuelle
- L'impact de la dysfonction  
sexuelle sur la qualité de vie

# MATÉRIEL

## CRITÈRES D'INCLUSION

- CF prouvé ( test sueur / analyse génétique )
- >18 ans
- un état clinique stable depuis 4 semaines
- En capacité de comprendre et répondre aux questions posées.

## CRITÈRES D'EXCLUSION

- Transplantés ou inscrits sur liste d'attente de transplantation
- Dialysés
- Lithiase rénale / Infection urinaire
- Grossesse

# MÉTHODES

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

- Sexe, âge, indice de masse corporelle,
- Degré de sévérité de l'atteinte respiratoire,
- Diabète
- Antécédents
  - digestifs
  - urologiques
  - infections uro-génitales
  - gynéco-obstétricaux

## QUESTIONNAIRES VALIDÉS

### Auto-Questionnaires de sexualité (2)

**Chez l'homme (IIEF5)** : L'IIEF5, version simplifiée de l'Index International de la Fonction Erectile, auto-questionnaire en 5 questions dont la réponse est cotée de 0 à 5. Il permet d'évaluer de façon semi-quantifiée les troubles de l'érection par un score final compris entre 1 et 25.

**Chez la femme (FSFI)** : Le Female Sexual Function Index (FSFI)

Mesure le fonctionnement sexuel chez les femmes (l'excitation sexuelle, l'orgasme, la satisfaction et la douleur. 19 items permettent l'obtention de 6 scores compris entre 0 et 6 (désir, excitation, lubrification, orgasme, satisfaction et douleur) et d'un score total compris entre 1 et 36. Le cut off étant < 26,5

### Questionnaire qualité de vie CFQR (3)

# ANALYSES STATISTIQUES

- Réalisées sur l'ensemble des patients inclus
- Description des caractéristiques cliniques de patients :
  - **fréquence et pourcentage pour les variables qualitatives ; effectif, moyenne, écart-type,**
  - **médiane pour les variables quantitatives.**
- La prévalence des troubles sexuels est exprimée en pourcentage pour l'ensemble de la population et en fonction du sexe.
- **La sévérité des symptômes est définie par le score de l'auto-questionnaire**
- **L'association de la dysfonction sexuelle avec :**
  - **les variables démographiques et cliniques**
  - **les scores ou variables de retentissement sur les différents domaines**

Student ou Wilcoxon pour les variables quantitatives ;

Chi2 ou Fisher exact pour les variables qualitatives.

Ces analyses ont toutes été réalisées en fonctions du sexe.

*Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel SAS version 9.4.*

*Les tests ont été réalisés au risque de première espèce alpha 5%.*



**93 H/ 84 F**  
inclus dans Périnéo

**77H / 74 F**  
ont répondu à  
l'enquête sur la  
sexualité (83 et 87 %)

Variable	Males who completed the IIEF5 (n=77)	Females who completed the FSFI (n=74)
<b>Age Mean±SD</b> <b>Median (Q1-Q3)</b> <b>Min-Max</b>	32.12 ± 10 31 (23-38) [18-61]	25±8.5 25 (22-28) [19-58]
<b>Obstetric history</b>		Pregnancy n= 27 (37%) Vaginal delivery N=20 Hysterectomy N=3 Contraception N=27 (37%)
<b>BMI</b>  <b>Mean±SD</b> <b>Median (Q1-Q3)</b>	Underweight n=13 (16.9%) Normal n=56 (72.7%) Overweight n=8(10.4%)  21.25±2.79 21.3(19.3-23.2)	Underweight n=17 (12.6%) Normal n=52 (38.5%) Overweight n=5(3.7%)  20.76±3 20.56 (18.9-22.1)
<b>Severity of respiratory disease</b> <b>FEV1&lt;40%</b> <b>FEV1 [40-60%]</b> <b>FEV1 [60-80]</b> <b>FEV1&gt;80%</b>  <b>Oxygen therapy</b>	15 (23%) 18 (27%) 21 (32%) 12 (18%) (missing 11)	10 (17%) 15 (25%) 23 (38%) 13 (21%) (missing :13) N=2
<b>CF related Diabetes</b> <b>Duration median (Q1-Q3)</b>	20 (26%) 3.5 (3-6)	28 (34%) 5.59 (2-8)
<b>Urinary infection history</b>	5 (7%)	26 (35%)
<b>Genital mycosis history</b>	20 (26%)	45(61%)
<b>Constipation history</b>	50 (67%)	55 (74%)
<b>Urinary and anorectal disorders</b> <b>Stress urinary incontinence</b> <b>Overactive Bladder</b> <b>Pollakiuria</b> <b>Faecal incontinence</b>	7 (9%) 39 (58%) 28 (36.8%) 34 (45%)	45 (61%) 48 (67%) 26 (35%) 47 (63.5%)



# PREVALENCE DE LA DYSFONCTION ÉRECTILE CHEZ LES HOMMES

- Score moyen (ED) IIE F5: 22,36 +/-3,83 points (7 à 25 points)
- 20,8 % des participants de sexe masculin avaient un DE (léger à sévère).

Classification	IIEF-5 score [min-max]	n=77 (%)
Severe ED	[5-10]	3 (3.9%)
Moderate ED	[11-15]	3 (3.9%)
Mild ED	[16-20]	10 (13%)
No ED	[21-25]	61 (79.2%)

20,8 %

# PREVALENCE DE LA DYSFONCTION SEXUELLE CHEZ LES FEMMES

- 72 femmes ont complété l'ensemble du FSFI
- Le score composite moyen du FSFI était de 25,40 c.-à-d. inférieur au seuil pour la dysfonction sexuelle
- 21 des 74 femmes (≈30 %) avaient un score composite inférieur à ce seuil
- Les deux éléments les plus altérés étaient **le désir et la douleur**

Domain	Min-Max	Mean +/- SD	Median
<b>Desire (n=74)</b>	[1.2-6]	3.94±1.2	4.2
<b>Excitation (n=74)</b>	[0-6]	4.31±1.79	4.8
<b>Lubrification (n=74)</b>	[0-6]	4.41±1.85	4.8
<b>Orgasm (n=73)</b>	[0-6]	4.17±1.95	4.8
<b>Satisfaction (n=74)</b>	[0-6]	4.75±1.93	4.8
<b>Pain (n=73)</b>	[0-6]	4.00±1.99	3.6
<b>Composite score (n=72)</b>	[2-36]	25.40±9.29	28.2

# Results of Sexuality Questionnaire according to the presence or absence of faecal incontinence : prevalence of ED and IIEF-5 score for males and FSFI score (composite and domains) for females.

Males			
Faecal incontinence	No (n=41)	Yes (n=34)	
IIEF-5 score	23.17±3.24	21.56±4.1	P=0.035*
ED (mild to severe)	5 (12 %)	10 (29%)	P=0.064
Females			
Faecal incontinence	No (n=27)	Yes (n=47)	
Composite FSFI score	27.52±10.27	24.20±8.58	P=0.007*
Desire	4.11±1.28	3.84±1.16	p=0.359
Excitation	4.53±1.8	4.17±1.79	p=0.235
Lubrication	4.69±1.95	4.25±1.8	p=0.074
Orgasm	4.76±1.85	3.83±1.94	p=0.015*
Satisfaction	5.13±1.92	4.53±1.92	p=0.015*
Pain	4.43±2.05	3.76±1.93	p=0.079

# FACTEURS ASSOCIÉS À LA DYSFONCTION ERECTILE CHEZ LES HOMMES

- **Le score IIEF5 était lié à l'âge ( $p < 0,02$ )**
- Pas de corrélation à l'IMC, au diabète, aux antécédents d'infection urinaire, aux mycoses génitales, aux troubles intestinaux (constipation) ou VEMS
- La prévalence de la dysfonction érectile était plus élevée chez les hommes atteints de **pollakiurie** (32 % chez ceux atteints de pollakiurie vs 13 % sans ;  $p = 0,038$ )
- L'incontinence urinaire d'effort et l'hyperactivité vésicale n'étaient pas associées à la prévalence de la DE ni au score IIFE-5
- **L'incontinence fécale était associée à la sévérité de la DE ( $p = 0,035$ )**, mais pas à la prévalence de la DE

# FACTEURS ASSOCIÉS À LA DYSFONCTION SEXUELLE CHEZ LES FEMMES

- **Aucune association n'a été trouvée** entre la dysfonction sexuelle (DS) et :
  - l'âge, l'IMC, VEMS
  - les antécédents obstétricaux
  - le diabète
  - l'incontinence urinaire d'effort ou l'hyperactivité vésicale
- 64 % des femmes avaient une **incontinence anale** dans notre cohorte.

La **prévalence de la DS > chez les femmes atteintes d'incontinence anale** (35 %) que chez les femmes non atteintes (19 %) ( $p=0,003$ ).

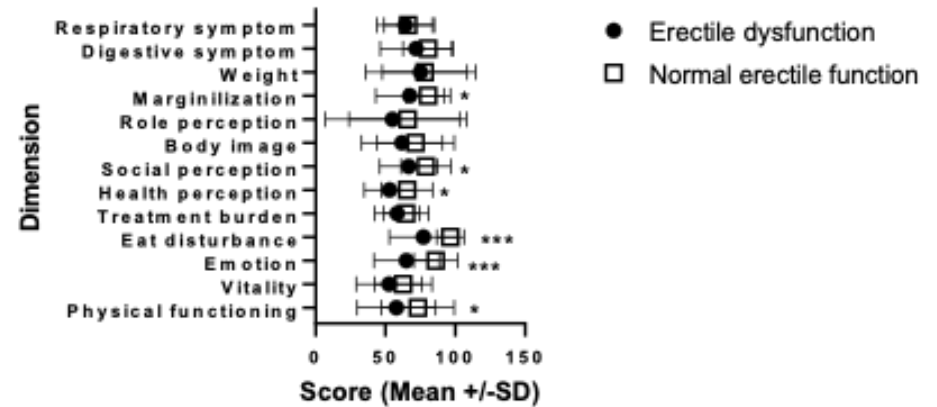
L'incontinence anale était associée à DS sévère (score global FSFI;  $p=0,007$ ) avec une **déficiences particulière des composantes "orgasme" et "satisfaction"** ( $p=0,015$ )

# IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE

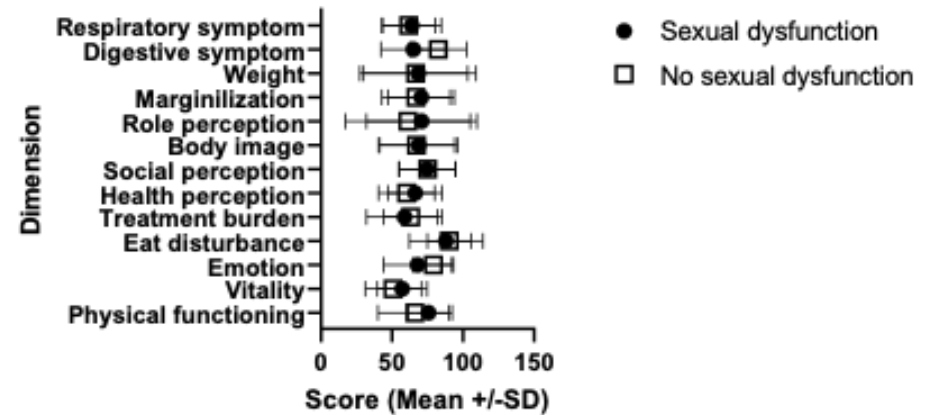


## CFQ-R14+ Questionnaire Results

A.



B.



# IMPACT SUR LA QUALITÉ DE VIE

## HOMMES

Le score CFQ-R14+ était **significativement plus faible** chez les personnes atteintes de dysfonction érectile que chez les personnes non atteintes ( $p < 0,001$ )

La dysfonction érectile est associée à :

- une augmentation des troubles alimentaires
- une altération de la santé physique et mentale
- une perception négative de leur état de santé et à des interactions sociales .

Sentiment plus marqué de **marginalisation**

## FEMMES

Aucune association retrouvée entre la dysfonction sexuelle et le score CFQ-R14+ !!!



# LES POINTS ÉMERGENTS

- Sujet non tabou / taux de réponses
- 20 % des hommes CF ont une dysfonction érectile qui altère leur qualité de vie
- 30 % des femmes CF ont un dysfonctionnement sexuel
- L'incontinence anale augmente la prévalence de la dysfonction sexuelle chez les femmes et la gravité de la dysfonction érectile chez les hommes.





# LES LIMITES : NOMBREUSES

- Questionnaires ne sont que des outils de dépistage
- Etude ancillaire

Pas de renseignements sur :

- l'orientation sexuelle
- pratique sexuelle

Pas fait le lien entre éventuelle dysfonction sexuelle et :

- prise de médicament (s)
- HTA
- bilan lipidique
- consommation de tabac /cannabis

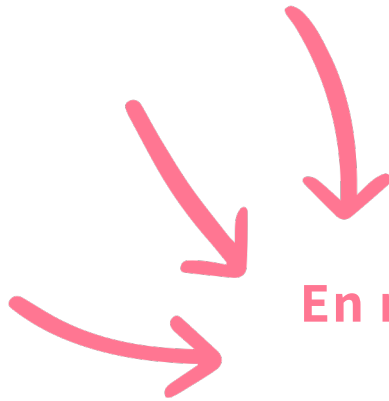
**Pas d'indication sur modulateurs de CFTR**

# Discussion des résultats chez l'homme

- Résultats cohérents et proches de ceux de la population générale
- Dans notre population d'âge médian 31 ans, 20% déclarent souffrir de dysfonction érectile, avec une prévalence augmentant également avec l'âge.
- La prévalence de la dysfonction érectile augmente nettement avec l'âge, passant de 15% chez les moins de 45 ans à 44% après 45 ans (4).
- Etudes récentes : une incidence croissante des troubles de l'érection même dans la population < 40 ans, avec une prévalence de DE aux alentours de 27% chez les 25-50 ans [5).
- Etude population CF 2011 : 28 à 30 % avec DE ( plus sévère ? ) ( 6, 7)
- Dysfonction érectile altère la qualité de vie ( 5, 8 )

# DANS LA POPULATION GÉNÉRALE

- Principales causes de dysfonction érectile :
  - **psychologiques ou psychosociales** (dépression, mauvaise image de soi)
  - **organiques**
  - **vasculaire** (cardiopathie, HTA, athérosclérose, diabète)
  - **neurologique**
  - **iatrogènes** b-bloquant, neuroleptique, antidépresseur, anxiolytique etc.
  - **consommation de tabac, d'alcool ou autres drogues.**

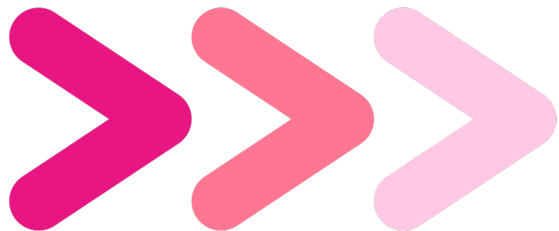


En réalité « la cause » est le plus souvent multifactorielle.

# HYPOTHÈSES: POPULATION CF MASCULINE ?

- **L'altération de l'image corporelle**
  - le déficit en testostérone,
  - un poids corporel relativement faible
- **Les contraintes journalières liées au traitement**
- **L'image que le partenaire, même à son insu, peut renvoyer du patient**

peuvent constituer des éléments psychologique ou psychosociaux altérant la fonction sexuelle.



Prévalence de la **dépression** et de l'**anxiété** chez les patients CF **2 à 3 fois plus élevée** que dans la population générale (9)

# Discussion résultats chez la femme

- Dans la population féminine générale, la **prévalence de la dysfonction sexuelle se situe entre 19 et 45 %**, selon l'âge, l'état hormonal, etc. (11, 12,13)
- La prévalence de 30 % dans notre échantillon est **semblable** à celle de la population générale.
- Résultat cohérent avec les études antérieures de Kazmerski et al (14, 15) une prévalence de 16 et 24 % chez les femmes atteintes de FK, comparable à un groupe témoin du même âge
- Nos résultats sont **discordants sur le lien avec la qualité de vie** car des études dans la population générale ont montré que les femmes souffrant de dysfonction sexuelle (indépendamment de l'infertilité) ont une qualité de vie réduite.

# DYSPAREUNIES: DOULEURS GÉNITALES OU PELVIENNES TEMPORELLEMENT LIÉES AUX RAPPORTS SEXUELS

- Dans notre étude, les 2 composantes les plus touchées étaient le **désir** et la **douleur**.
- Les dyspareunies sont **multifactorielles** :
  - lésions du plancher pelvien pendant l'accouchement par VB ,
  - les maladies inflammatoires pelviennes,
  - les infections, cystites interstitielles, adhérences,
  - violences sexuelles, ou abus sexuels,
- Sondage mené auprès de jeunes femmes CF, 16 % ont déclaré souffrir de dyspareunie au moins la moitié du temps pendant la pénétration dans le vagin.

# CAUSES LIEES A LA MUCOVISCIDOSE

- Utilisation répétée **d'antibiotiques**
  - déséquilibre microbiote
  - mycose / prurit / inconfort
- Défaut **lubrification** glaire cervicale
- **Dysfonctionnement plancher pelvien**

Les pressions élevées répétées entraînent des microlésions qui peuvent à leur tour entraîner des lésions neuromusculaires périnéales

- **Incontinence anale**

# TRAQUER L'INCONTINENCE ANALE

- L'incontinence fécale est le plus souvent associée à l'inconfort, à la honte et à l'isolement social.
- Chez les femmes, l'incontinence fécale peut réduire le désir sexuel, la satisfaction et l'orgasme.
- Nos résultats ont montré une association entre l'incontinence fécale et les composantes orgasme et satisfaction de la FSFI
- Il est donc crucial d'interroger et de diagnostiquer l'incontinence anale, qui est très fréquente chez les femmes (64%) et les hommes (45%), et de fournir un traitement approprié.



# CE N'EST PAS UNE FATALITE : QUELQUES PISTES



- Rééducation plancher pelvien
- Lubrifiant
- Traitement mycoses
- Ovules probiotiques
- Améliorer le transit

# CONCLUSION

- La prévalence des troubles sexuels est relativement élevée chez les hommes (20 %) et les femmes (30 %) ;
- L'incontinence anale est un facteur spécifique à rechercher et prendre en charge
- Sujet non tabou, attente des patients
- Besoin de formation des équipes soignantes

## AVEC L'AVÈNEMENT DES MODULATEURS

- Essentiel d'examiner le domaine complexe de la sexualité et de se concentrer sur les désirs et les besoins des individus.
- ETI a le plus souvent un impact positif sur la libido.
- Les comorbidités liées au vieillissement des Pw CF pourront impacter la sexualité .
- La ménopause et ses troubles climatiques devront être accompagnée.

# Bibliographie 1

1. Registre français de la mucoviscidose
2. Wiegel M, Meston C, Rosen R. The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cutoff scores. *J Sex Marital Ther* 2005;31:1–20.
3. Henry B, Aussage P, Grosskopf C, Goehrs J-M. Development of the Cystic Fibrosis Questionnaire (CFQ) for assessing quality of life in pediatric and adult patients. *Qual Life Res* 2003;12:63–76.
4. Costa P, Avances C, Wagner L. [Erectile dysfunction: knowledge, wishes and attitudes. Results of a French study of 5.099 men aged 17 to 70]. *Prog Urol* 2003;13:85–91.
5. Nguyen HMT, Gabrielson AT, Hellstrom WJG. Erectile Dysfunction in Young Men-A Review of the Prevalence and Risk Factors. *Sex Med Rev* 2017;5:508–20.
6. Elterman DS, Bhattacharyya SK, Mafilios M, Woodward E, Nitschelm K, Burnett AL. The Quality of Life and Economic Burden of Erectile Dysfunction. *Res Rep Urol* 2021;13:79–86.
7. Henman S, Barker H, Haworth C, Floto A, Adler A, Lyons A, et al. Prevalence of erectile dysfunction in cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis* 2010;9:S103.
8. Wat D, Henman S, Barker H, Floto A, Adler A, Lyons A, et al. 368\* Aetiology of erectile dysfunction in cystic fibrosis. *Journal of Cystic Fibrosis* 2011;10:S94.
9. Naeinian MR, Shaeiri MR, Hosseini FS. General health and quality of life in patients with sexual dysfunctions. *Urol J* 2011;
10. Quittner AL, Abbott J, Georgiopoulos AM, Goldbeck L, Smith B, Hempstead SE, et al. International Committee on Mental Health in Cystic Fibrosis: Cystic Fibrosis Foundation and European Cystic Fibrosis Society consensus statements for screening and treating depression and anxiety. *Thorax* 2016;71:26–34.

# Bibliographie 2

11. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–44.
12. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O’Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:762–74.
13. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Fairley CK. What is the “true” prevalence of female sexual dysfunctions and does the way we assess these conditions have an impact? *J Sex Med* 2008;5:777–87
14. Kazmerski TM, Stransky OM, Lavage DR, Taylor-Cousar JL, Sawicki GS, Ladores SL, et al. Sexual and reproductive health experiences and care of adult women with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2022:S1569-1993(22)00690-7 •
15. Kazmerski TM, Sawicki GS, Miller E, Jones KA, Abebe KZ, Tuchman LK, et al. Sexual and reproductive health behaviors and experiences reported by young women with cystic fibrosis. *J Cyst Fibros* 2018;17:57–63