

Les dysfonctions sexuelles chez les patients atteints de sclérose en plaques :

Étude d'une série de patients à Tlemcen.

Z. BARKA BEDRANE,
D. BOUCHENAK KHELLADI,
Service de Neurologie,
Centre Hospitalo Universitaire Tidjani Damerdji, Tlemcen,
Faculté de Médecine, Université Abou Bakr Belkaïd, Tlemcen.

Résumé

Introduction : Les dysfonctions sexuelles (DS) au cours de la sclérose en plaques (SEP) sont le plus souvent ignorées alors qu'elles ont un impact important sur la vie personnelle et la qualité de vie des patients. **Objectifs :** Identifier les DS les plus fréquentes dans les deux sexes, déterminer la corrélation des DS avec les paramètres cliniques et la qualité de vie. **Matériels et méthodes :** Il s'agit d'une étude descriptive, transversale. Pour évaluer les troubles sexuels (TS) Nous avons utilisé chez les femmes, le Female Sexual Function Index et chez les hommes, l'International Index of Erectile Function 15. Le handicap était apprécié par l'expanded disability status scale (EDSS). L'échelle de Beck était utilisée pour évaluer la dépression. L'échelle de qualité de vie SEP 59 était utilisée pour apprécier le retentissement des DS sur la qualité de vie des patients. **Résultats :** La prévalence des DS était de 57,1%. Toutes les phases de la sexualité étaient touchées chez les deux sexes. Le TS le plus fréquent chez les femmes était une baisse du désir (71,7%), chez les hommes la dysfonction érectile prédominait dans 72% des cas. Nous avons retrouvé une corrélation entre les TS le mariage ($p=0,003$), le handicap ($p=0,002$), la dépression ($p=0,000$) et la qualité de vie ($p=0,003$). **Discussion :** La prévalence des DS retrouvée dans notre étude se rapproche de celle des études Maghrébines. Dans notre étude, les femmes sont plus atteintes, alors que dans la littérature, les hommes sont les plus touchés. Certaines études n'ont pas précisé la corrélation entre les DS et le handicap. D'autres ont noté que la qualité de vie est corrélée de façon inversement proportionnelle à la présence et à l'importance d'une DS. **Conclusion :** Les DS au cours de la SEP sont sous-estimées. Notre culture caractéristique peut certainement expliquer plusieurs différences observées entre notre travail et la littérature.

>>> Mots-clés :

Dysfonctions sexuelles, sclérose en plaques, handicap, dépression, qualité de vie.

Abstract

Introduction : Sexual dysfunctions (SD) during multiple sclerosis (MS) are most often overlooked when they have a significant impact on the personal and quality of life of patients. **Objectives:** To identify the most frequent DS in both sexes, determine the correlation between SD and clinical parameters and quality of life. **Materials and methods :** Our cross-sectional descriptive study. To assess SD. Female Sexual Function Index was used for women and the international Index of Erectile Function 15 for men. Disability was assessed by the expanded disability status scale (EDSS). The Beck scale was used to assess depression. The MS quality of life 59 scale was used to assess the impact of SD on patient's quality of life. **Results :** DS prevalence was 57.1%. All phases of sexuality were affected in both sexes. The most frequent SD in women was a decrease in desire (71.7%), in men erectile dysfunction predominated in 72%. We found a correlation between DS marriage ($p=0.003$), disability ($p=0.002$), depression ($p=0.000$) and quality of life ($p = 0.003$). **Discussion :** DS prevalence found in our study is similar to that of Maghreb studies. In our study women are more affected, while in the literature, men are the most affected. Some studies have not clarified the correlation between SD and disability. Others have noted that quality of life is inversely correlated with the presence and extent of SD. **Conclusion :** SD during MS are underestimated. Our characteristic culture can certainly explain several differences observed between our work and literature.

>>> Key-words :

Sexual dysfunctions, multiple sclerosis, disability, depression, quality of life

Introduction

La sclérose en plaques (SEP) est une maladie inflammatoire et dégénérative hétérogène du système nerveux central qui touche principalement les adultes jeunes. Cette affection se caractérise par une démyélinisation et des lésions axonales qui affectent les aspects physiques, psychologiques et cognitifs de la vie des patients. La dysfonction sexuelle (DS) dans la SEP est l'un des symptômes les plus cachés, souvent ignoré lors de l'examen clinique, mais qui a un impact important sur le bien-être et la qualité de vie des patients.

Objectifs

Identifier les DS les plus fréquentes dans les deux sexes, déterminer la corrélation des DS avec les paramètres cliniques et la qualité de vie.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive transversale, menée de juillet 2018 au mois de décembre 2019 en consultation spécialisée SEP du service de neurologie du CHU Tlemcen. Pour étudier la sexualité, nous avons utilisé chez les femmes, le Female Sexual Function Index (FSFI) dans sa version traduite en français et en arabe^[1,2]. Il est composé de 19 questions qui apprécient la sexualité chez la femme à savoir : le désir (Q1-Q2), l'excitation (Q3-Q6), la lubrification (Q7-Q10), l'orgasme (Q11-Q13), la satisfaction (Q14-Q16), et la dyspareunie (Q17-Q19).

Le score total est compris entre 2 et 36 avec une DS définie pour des scores inférieurs à 23. Chez les hommes, nous avons utilisé le questionnaire International Index of Erectile Function 15 (IIEF 15) dans sa version traduite en français et en arabe^[2,3].

Il est composé de 15 questions qui recouvrent cinq domaines fonctionnels : l'érection (Q1-Q5, Q15), la satisfaction vis-à-vis du rapport sexuel (Q6-Q8), l'orgasme (Q9-10), le désir (Q11-12), et la satisfaction globale (Q13-14). Ces questions portent sur les effets que les problèmes d'érection ont eu sur la vie sexuelle des patients au cours des 4 dernières semaines.

Le score d'un domaine est obtenu en additionnant les scores de réponse à chaque question du domaine. Les troubles sont sévères pour un score entre 1 – 10, modérés entre 11 – 16, légers entre 17 – 25. Le score normal est normal entre 26 – 30.

Chez tous les patients nous avons recueilli l'âge, l'état civil, le niveau d'études et l'activité professionnelle. Nous avons aussi recueilli, la date de début de DS par rapport au début de la SEP. Le handicap était apprécié par l'expanded disability status scale (EDSS)^[5]. L'échelle de

Beck^[6] a été utilisée pour évaluer la dépression, nous avons inclus les patients qui présentaient une dépression légère (score de 4 à 7) et d'intensité moyenne à modérée (8 à 15).

L'échelle de qualité de vie SEP 59 (MSQOL -59)^[7], était utilisée pour apprécier le retentissement des DS sur la qualité de vie des patients. Nous avons commencé par une analyse descriptive pour calculer la prévalence des TS, puis une analyse étiologique par le test de corrélation de Pearson (taux de significativité fixé à $p < 0,005$). L'étude statistique était effectuée par le logiciel SPSS dans sa version 17.

Résultats

112 patients ont répondu aux questionnaires dont 57,1% (64) avaient des DS, les deux sexes confondus : 61% de femmes (39), et 39% d'hommes (25). L'âge moyen de nos patients était de $33,01 \pm 5,02$ ans. 36% des patients avaient un niveau intellectuel bas. 81,6% étaient mariés et 18,7% divorcés. Les troubles vésicosphinctériens étaient retrouvés dans 39% des cas. 29,6% avaient un EDSS supérieur à 6. Selon l'échelle de Beck 73,3% des patients présentaient une dépression légère à modérée. Selon l'échelle MS QOL-59, la qualité de vie était altérée dans 23,4%. La durée moyenne d'apparition des DS était de 5,6 ans.

Caractéristiques des DS selon les scores sexuels

Toutes les phases de la sexualité étaient touchées. Selon le score FSFI, chez les femmes, le trouble le plus fréquent était une baisse du désir (71,7%), suivi par les troubles de l'orgasme (66,6%). Les troubles de la libido et les troubles de l'excitation étaient retrouvés respectivement dans 41% et 33,3% et la dyspareunie dans 30,7% des cas. Toutes les patientes ayant un problème d'orgasme avaient une faiblesse des muscles périnéaux ($> 50\%$ ont une cotation musculaire < 2).

Pour le questionnaire, aucune des femmes non mariées ne l'a rempli puisqu'elles ne pratiquaient pas d'activité sexuelle en dehors du cadre du mariage. La moyenne la plus basse est celle de l'orgasme : 1,02/6. La moyenne de la satisfaction était de 2/6 (tableau I).

Selon le score IIEF 15, chez les hommes, le TS le plus fréquent est la dysfonction érectile (72%). 70% des patients qui avaient des troubles de l'érection présentaient des troubles de l'éjaculation dans 82%.

Les troubles de l'orgasme et du désir étaient retrouvés respectivement chez 41,7% ; 50%. (tableau II).

Tableau I : Différents Items du score FSFI

	Moyenne	Minimum	Maximum
Score FSFI			
Désir	2,68	1,2	4
Excitation	2,1	0	4,3
Lubrification	2,8	0	3,1
Orgasme	1,02	0	4
Satisfaction	1,8	0	3,2
Dyspareunie	3,09	0,8	4
Total	13,7	2	22,6

Tableau II : Différents Items du score IIEF 15

	Moyenne (min-max)	Médiane	Valeur maximale théorique
score IIEF 15			
Erection	10,1	5	30
Orgasme	6,2	5	10
Désir	5,1	6	10
Satisfaction des rapports	6,9	7	15
Satisfaction totale	3	2	10

Retentissement des DS

Sur le divorce : Le taux de divorce était de 18,7% chez nos patients avec troubles sexuels. L'inactivité sexuelle était observée dans 26,5% des cas chez les femmes, et 43,7% chez les hommes.

Corrélation entre les dysfonctions sexuelles et les caractéristiques cliniques

Nous avons trouvé une association entre la fréquence d'une DS et le sexe féminin : ces troubles étaient plus fréquents chez les femmes (61% vs 39%). Une corrélation avec le mariage était aussi notée. En fait, les TS franchement individualisés étaient plus fréquents chez les sujets mariés aussi bien les femmes que les hommes.

Toutes les femmes avec TS étaient mariées ou divorcées. Les femmes divorcées rapportaient des troubles avant le divorce. Pour les hommes, 70,3% décrivaient des TS dans le cadre du mariage (qu'ils soient actuellement mariés ou divorcés) (Tableau III).

Cependant, nous n'avons trouvé aucune corrélation entre les DS et l'âge, le faible niveau d'éducation, et la durée d'évolution de la SEP ainsi que les troubles vésico-sphinctériens. Par contre, Nous avons trouvé une corrélation entre la sévérité du handicap selon l'EDSS ($p=0,002$), de même qu'avec la dépression ($p=0,000$) et la qualité de vie ($p=0,003$) (Tableau III). Tous nos patients n'ont pas discuté avec l'équipe soignante médicale ou paramédicale de leurs problèmes sexuels.

Tableau II : Corrélation des DS

Variables	Fréquence (%)	Significativité
Age moyen de début	33,01±5,02	NS
Niveau d'étude	36	NS
Mariage	81,6	P=0,003
Durée d'évolution SEP	5,9± 4,08	NS
TVS	39	NS
EDSS	29,6	P=0,002
Depression	73,3	P=0,000
Qualité de vie	23,4	P=0,003

Discussion

La sexualité humaine est complexe et se compose de facteurs anatomiques, physiologiques, psychologiques, développementaux, culturels et relationnels [8]. Pour décrire le comportement sexuel humain, Masters & Johnson [9] ont développé le cycle de réponse sexuelle qui se compose de quatre phases (excitation, plateau, orgasme et résolution) ; et a ensuite été adapté au désir, à l'excitation, à l'orgasme et à la résolution [10].

Seuls les patients mariés étaient inclus dans l'étude car les rapports sexuels sont interdits en dehors du mariage dans notre religion et la majorité des patients ont déclaré la non pratique de rapports sexuels en dehors du mariage.

En Algérie, beaucoup d'études ont porté sur la SEP essentiellement sur l'épidémiologie, la génétique, la clinique et le profil évolutif [11,12,13].

La fréquence des TS retrouvée chez nos patients tous sexes confondus est de 57,1%. Une étude Tunisienne avait trouvé une prévalence de 46,9% [14], les auteurs ont signalé que cette prévalence reste l'une des plus faibles de la littérature [15,16,17]. Dans une série Marocaine [17], la prévalence était de 61,1%. Cette prévalence est plus élevée que celle de notre étude et celle de l'étude Tunisienne [14], alors que nos sociétés sont musulmanes et ont des habitudes socio-culturelles qui se ressemblent.

Dans notre série, 61% des femmes présentaient des TS, un taux plus élevé que dans l'étude Tunisienne, et Marocaines [14,18,19] qui ont révélé des taux respectivement de 53,8% et 34,4%. Les TS au cours la SEP représentent une souffrance importante mais souvent sous-estimée et négligée. La fréquence des TS chez la femme est similaire aux études effectuées dans les pays du Maghreb [14,18,19]. Ces résultats sont expliqués par l'éducation et la culture arabo-musulmane. Les femmes sont incapables de décrire leurs problèmes car la vie sexuelle reste intime et secrète. La femme arabe a une culture arabo-islamique qui n'est définie qu'au travers d'une sexualité « passive », « dominée par le masculin ».

Les hommes présentent des TS dans 39%, un taux plus bas que la plupart des données de la littérature où les hommes sont plus atteints que les femmes [14,15]. 72% ont une dysfonction érectile, 70% des patients qui avaient des troubles de l'érection présentaient des troubles de l'éjaculation dans 82%. Les troubles de l'orgasme et du désir étaient retrouvés respectivement chez 41,7% ,50%. Chez nos patients, l'inactivité sexuelle était observée chez 26,5% des femmes et 43,7% des hommes. En cas de SEP, elle est observée chez près d'un tiers des hommes et à peine un tiers chez les femmes [14, 20,21].

Une étude a montré que les femmes atteintes de SEP souffrent de DS plus fréquemment et à un niveau plus élevé que les hommes [20]. Cette étude a révélé des relations variables entre les DS et l'âge, la durée de la maladie, le handicap, l'évolution et d'autres symptômes de la maladie tels que la dépression, la dysfonction vésicale, la fatigue et les troubles cognitifs [20]. Dans l'étude marocaine [18], l'inactivité sexuelle était observée chez 27,8% des patients. L'inactivité sexuelle est le résultat de manifestations physiques et d'un déficit sensori-moteur.

Dans notre étude, l'âge, le sexe, le niveau d'étude bas, la durée d'évolution de la SEP, les troubles vésicosphinctériens n'étaient pas statistiquement liés à la présence d'une DS. Des résultats semblables sont retrouvés dans la plupart des études maghrébines [14, 18,22].

Chez nos patients, il y avait une corrélation entre les TS et le mariage ($p=0,003$), nos résultats se rapprochent de ceux de l'étude Tunisienne [14] et l'étude Marocaine [18]. Le taux de divorce retrouvé chez nos patients est inférieur à celui décrit dans la littérature [16]. Une étude ayant porté sur 302 patients, a retrouvé un taux de divorce qui avoisinait les 50% [23].

Le handicap était corrélé aux DS chez nos patients. En ce qui concerne l'impact de la gravité de la SEP sur la fonction sexuelle des patients, Demirkiran et al., [15] ont constaté que les patients présentant des niveaux de handicap plus élevés rencontraient de plus grands problèmes de fonctionnement. Cette constatation était en contraste avec d'autres études [24] qui ont montré qu'il n'y avait pas de corrélation entre le niveau de handicap et la dysfonction sexuelle. Ainsi, l'impact du niveau de handicap sur la dysfonction sexuelle reste donc peu clair. Dans une étude grecque, les auteurs ont constaté que la gravité de la maladie mesurée par EDSS avait également une corrélation négative avec la plupart des sous-échelles FSFI, à l'exception du désir et de la satisfaction, ce qui signifie que la gravité de la SEP peut avoir un impact positif sur la prévalence des DS.

Nous avons trouvé une corrélation positive pour les deux sexes entre la dépression légère à modérée ($p=0,000$) et les TS. Une étude faite en 2016 a retrouvé des résultats similaires [24]. Selon de grandes études [19,25], il ne semble pas y avoir de prédisposition génétique claire à la dépression majeure et aux DS chez les patients atteints de SEP. Les changements structurels confirmés à l'IRM cérébrale et médullaire sont en corrélation avec les mécanismes pathomorphologiques et fonctionnels précédemment décrits entre la dépression et les DS. Les facteurs psychosociaux sont d'une grande importance dans l'évaluation de la dépression et des DS chez les patients atteints

de SEP [24]. Un facteur limitant majeur est que les études qui s'intéressaient à la relation entre dépression et DS sont transversales et manquent de données de suivi. De plus, il est très important de prendre en considération les perturbations de l'axe hypothalamo-hypophyso-sur-rénalien, ainsi que l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique avec des troubles dépressifs et les DS comme conséquences [26].

Pour le retentissement sur la qualité de vie, la SEP en elle-même a retenti sur tous les items de la SF-59. Il y avait une corrélation entre les DS et la qualité de vie chez nos patients ($p=0,003$). Tepavcevic et al., [21] ont cependant noté que la qualité de vie est corrélée de façon inversement proportionnelle à la présence et à l'importance d'une DS. Dans l'étude marocaine [19], les TS étaient responsables d'une altération de la qualité de vie dans 25% des cas. La plupart de nos patients estiment que l'altération de leur qualité de vie est due à l'interférence de plusieurs facteurs liés directement ou indirectement à leur maladie.

Conclusion

Les signes cliniques de la SEP sont variables et multiples, les DS sont souvent sous estimées. Elles ne sont pas déclarées par les patients car ils les considèrent comme une conséquence de la maladie, ou un sujet tabou qui ne sera jamais abordé avec le personnel médical. Notre culture et notre religion étaient la cause de plusieurs différences entre notre étude et la littérature.

Date de soumission

09 Février 2020.

Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Rosen R, Brown C, Heiman J, Leiblum S, Meston C, Shabsigh R, et al. The Female Sexual function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther* 2000;26(2):191–208.
- Anis TH, Aboul Gheit S, Saied HS, SA. Arabic Translation of Female Sexual Function Index and Validation in an Egyptian Population. *Medicine*. Volume, December 2011, Pages 3370-3378
- Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology* 1997;49(6):822–30.
- Shamloul R, Ghanem H, Abou-zeid A. Validity of the Arabic version of the sexual health inventory for men among Egyptians. *International Journal of Impotence Research* (2004) 16, 452–455
- Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an

- expanded disability status scale. *Neurology* 1983; 33: 1444-1452
- Benedict RH, Fishman I, McClellan MM, Bakshi R, Weinstock-Guttman B. Validity of the Beck Depression Inventory-Fast Screen in multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2003 Aug;9(4):393-6.
- Vernay D, Gerbaud L, Biolay S et al. Qualité de vie et sclérose en plaques: validation de la version francophone d'un auto-questionnaire, le SEP-59. *Rev Neurol* 2000 ;156(3) :247-63
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences and Clinical Psychiatry. Ninth Edit. Wilkins LW&, editor. Philadelphia; 2003.
- Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. Boston: Little, Brown & Co.; 1966.
- Kaplan HS. The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfonctions. KAPLAN HS, editor. New York: Brunner and Maze; 1974.
- Barka. Z. Prévalence, formes cliniques, évolution et traitement de la sclérose en plaques dans la région de Tlemcen. [thèse]. Tlemcen: Université Abou Bekr Belkaid; 2013.p.1-259.
- Bourokba S, Retima A, Lakehal M, Merriche H, Sihem Guediri-Merriche S, Ouelaa H, Toubal N. Sclérose en plaques familiale et type HLA : à propos de 24 patients Algérie. *Revue. Neurol*. 2015.01.137
- Hecham N, S, Sifi Y, Toubal N, L, S, et al. Progression rate and severity in a multicenter cohort from Algeria. *Multiple Sclerosis Journal*, vol. 20, 2014: pp. 1923-1924.
- Ghroubi S, et al. Troubles sexuels chez les patients atteints de sclérose en plaques : à propos d'une population tunisienne. *Sexologies* 2015, Vol. 24 - N° 4 - p. 176-182
- Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K. Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Mult Scler* 2006;12(2):209–14.
- Scheiber-Nogueira MC. Les troubles vésicosphinctériens et génitosexuels de la sclérose en plaques : troubles sexuels de la femmeatteinte de sclérose en plaques. Paris: Elsevier; 1999. p. 127–34
- Sevène A, Akrouf B, Galimard-Maisonnette E, Kutneh M, RoyerP, Sevène M. Sclérose en plaques et sexualité : un modèle complexe. *J Sexol* 2009;18:128–33.
- Azanmasso H, Kyal N, Moigny Y, Alagnidé E, Obondzo K, et al. Sexual dysfunction in multiple sclerosis: A prospective monocentric Moroccan study. *J Nov Physiother Phys Rehabil* 2019,6(2): 020-024.
- Mellouki A. La prévalence des troubles vésicosphinctériens et sexuels chez les patients atteints de sclérose en plaques (à propos de 50cas) [thèse]. Fès : université Sidi Mohamed Benabdallah ; 2017.p.1-116.
- Lew-Starowicz M, Rola R. Correlates of sexual function in male and female patients with multiple sclerosis. *J Sex Med* 2014.11: 2172-2180.
- Tepavcevic DK, Kostic J, Basuroski ID, Stojsavljevic N, Pekmezovic T, et al. The impact of sexual dysfunction on the quality of life measured by MS-QoL-54 in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2008. 14: 1131-1136.
- Lilius HG, Valtonen EJ, Wikström J. Sexual problems in patients suffering from multiple sclerosis. *J Chronic Dis* 1976;29(10):643–7.
- McCabe M, McDonald E, Deeks A, et al. The impact of multiple sclerosis on sexuality and relationships. *J Sex Res* 1996; 33:241
- Zavoreo I, Gržinčić T, Preksavec M, Madžar T, Bašić Kes V. Sexual dysfunction and incidence of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Clin Croat* 2016; 55:402-406.
- Ashtari F, Rezvani R, Afshar H. Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: dimensions and contributory factors. *J Res Med Sci*. 2014 Mar;19(3):228-33.
- Pucak ML, Carroll KA, Kerr DA, Kaplin AI. Neuropsychiatric manifestations of depression in multiple sclerosis: neuro inflammatory, neuroendocrine, and neurotrophic mechanisms in the pathogenesis of immune-mediated depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2007;9(2):125-39.