

MICI fertilité et sexualité

- **Romain Leenhardt**, Hépatogastroentérologie, Hôpital St Antoine, APHP
- **Pauline Rivière**, CHU de Bordeaux, Service d'Hépto-gastroentérologie
- **Isabelle Nion-Larmurier**, Gastroentérologie, Hôpital St Antoine, APHP
- **Patrick Papazian**, Hôpital Bichat, Sce des maladies infectieuses et tropicales, APHP
- **Guillaume Girard**, service de gynécologie obstétrique, Hôpital Trousseau APHP
- **David Laharie**, CHU de Bordeaux, Service d'Hépto-gastroentérologie. **Honoraires d'orateur pour Abbvie, Ferring, Janssen, MSD, Roche, Takeda.**
- **Philippe Marteau**, Hépatogastroentérologie, Hôpital St Antoine, APHP. **Honoraires d'orateur pour Abbvie, Ferring, Janssen, MSD, Takeda.**

MICI, fertilité et sexualité : FAQ- quel est le problème ?

- Grossesse = situation exceptionnelle... 1/2 c'est la 1ère
- Sexualité, fertilité, risque de transmission de la MICI médicaments sont des sources de peurs « supplémentaires »
- Intimité, Image corporelle, non dit
- La consultation nécessite un peu de « connaissances actuelles » et une excellente communication
- Etes vous à l'aise?



Fertilité - Grossesse : réponses aux questions

Population générale MICI

Infertilité (1 an)

20 %

Idem sauf après anastomose iléoanale par laparotomie

Fausse couche spontanée du 1^{er} trimestre

15 %

Idem

Grossesse extra-utérine

2 %

Idem sauf pour patientes opérées ?

Mort *in utero*

0,1 %

Idem

Prématurité

7 %

10 %

Malformations

2,7 %

Idem

Risque de MICI ultérieure pour le nouveau-né

0,5 %

RCH 2 % - MC 5 %
2 parents MICI : 30 %

Grossesse sans aucun événement

75 %

idem

Certains de ces chiffres dépendent de ... l'âge, tabac, antécédents...

2018 © Vidéo-Digest Cours Intensif, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Infertilité

- Couple infertile = absence de grossesse après **un an** de rapports sexuels non protégés
- La fertilité dans la popul. générale est de 25 % par cycle
50 % grossesse en 4 mois, 80 % en 1 an
- **L'infertilité concerne donc environ 20 % des couples**
- mais 90 % : grossesse spontanément en 24 mois

« Le couple en situation d'infertilité doit être rassuré et adressé au gynécologue »

Infertilité : causes

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

Chez la femme

- Âge : la fertilité est maximale vers 25 ans, diminue ensuite progressivement puis plus rapidement après 35 ans et est presque nulle après 45 ans.
- Troubles de l'ovulation : obésité ou maigreur/hyperprolactinémie/syndrome des ovaires polykystiques/aménorrhées hypothalamiques, etc. * maladies avec inflammation chronique
- Tabac : effet dose dépendant
- Obstacles mécaniques :
 - Obstacle tubaire
(cause fréquente secondaire à une salpingite ou une endométriose)
- * Anastomose iléoanale par laparotomie, Maladie de Crohn avec inflammation pelvienne sévère éventuellement opérée
- Malformation utérine ou synéchie utérine (séquelle d'une endométriose le plus souvent)
 - Sténose cervicale

Chez l'homme

- Oligo-asthéo-térato-spermies (causes les plus fréquentes d'infécondité masculine)
- * Sulfasalazine
- Azoospermies (peut être sécrétoire par hypogonadisme ou excrétoire par obstruction épидidymaire ou déférentielle) * Sulfasalazine
- Facteurs de risques généraux : âge élevé, tabagisme, toxicomanie, intoxication au plomb



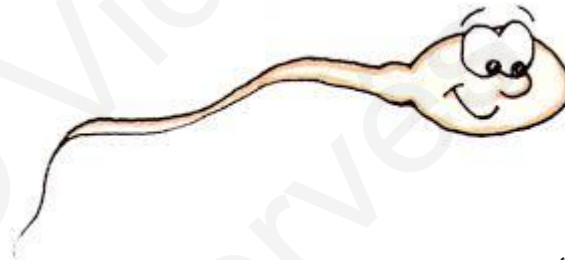
Infertilité : conseils pratiques

L'infertilité concerne donc environ 20 % des couples

La fertilité d'un couple dépend de la fécondité de chacun des deux partenaires.

L'infécondité est d'origine féminine dans 40 % des cas, masculine dans 20 % des cas mixte dans 30% des cas et inexplicquée dans 10 % des cas

Le spermogramme tient la 1ère place dans le bilan d'une infertilité masculine. Il doit être interprété par un spécialiste (grande variabilité et nécessité de contrôler)



« Le couple en situation d'infertilité doit être rassuré et adressé au gynécologue »



Assistance médicale à la procréation

En France, 3,1% des enfants sont nés en 2015 avec une aide médicale à la procréation (1/32)

The infographic is divided into several sections. At the top, it features the Inserm logo and navigation links: 'Connaître l'Inserm', 'La recherche à l'Inserm', and 'Information en santé'. The main title is 'Des techniques pour aider les couples infertiles'. Below this, a paragraph explains that AMP (or PMA) involves manipulating an egg and/or sperm to facilitate pregnancy. The bottom section is a grid of three boxes: 1) 'L'AMP EN FRANCE EN 2015' showing 145,000 attempts and 25,000 births; 2) 'Des chances de grossesse qui varient de 10 à 22%' with a note that this depends on the technique and patient profile; 3) 'TECHNIQUE LA PLUS UTILISÉE : insémination artificielle' and 'TECHNIQUE LA PLUS EFFICACE : FIV-ICSI'.

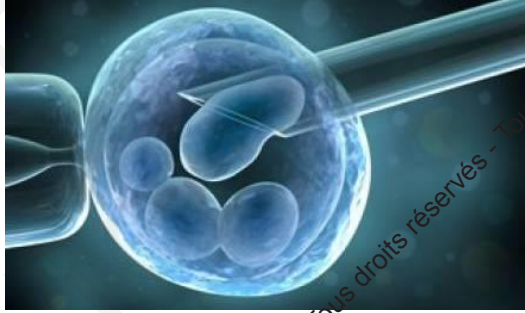
Inserm | Connaître l'Inserm | La recherche à l'Inserm | Information en santé

Des techniques pour aider les couples infertiles

L'assistance médicale à la procréation (AMP), ou procréation médicalement assistée (PMA), consiste à manipuler un ovule et/ou un spermatozoïde pour favoriser l'obtention d'une grossesse. Elle permet de palier certaines difficultés à concevoir, sans nécessairement traiter la cause de l'infertilité.

L'AMP EN FRANCE EN 2015 145 000 tentatives et 25 000 naissances	Des chances de grossesse qui varient de 10 à 22 % SELON LA TECHNIQUE ET LE PROFIL DE LA PATIENTE	TECHNIQUE LA PLUS UTILISÉE : insémination artificielle TECHNIQUE LA PLUS EFFICACE : FIV-ICSI
---	--	---

Assistance médicale à la procréation



- Les quelques travaux qui ont évalué l'AMP suggèrent un succès inférieur (par embryon transféré) chez les patientes avec MICI
- Certains spécialistes en déduisent que le recours à ces techniques pourrait être proposé plus tôt en cas de MICI que dans la population générale

« Le gynécologue décide »



Les patients qui choisissent de ne pas concevoir

Les femmes et hommes atteints de MICI ont généralement une fécondité identique à la popul. générale, mais ont moins d'enfants

Absence volontaire de conception 14% à 18% vs 6% popul. générale

- Association entre cette décision et un faible degré de connaissance sur les MICI
- Suggère qu'une **éducation pourrait rassurer** certaines personnes et leur permettre d'envisager une grossesse en corrigeant certaines idées reçues erronées (gastroentérologue +++)



« Ecouter et éduquer pour rassurer et corriger les idées reçues erronées »



Consultation de planning de grossesse

Conseils généraux sur la grossesse et son suivi, accouchement, allaitement :

1. Réduire les comportements à risque (tabac, alcool, drogues)
2. Acide folique et état nutritionnel
3. Médicaments autorisés et interdits, éviter l'automédication
4. Articulation avec le gynécologues obstétricien

« Utile, c'est prouvé »

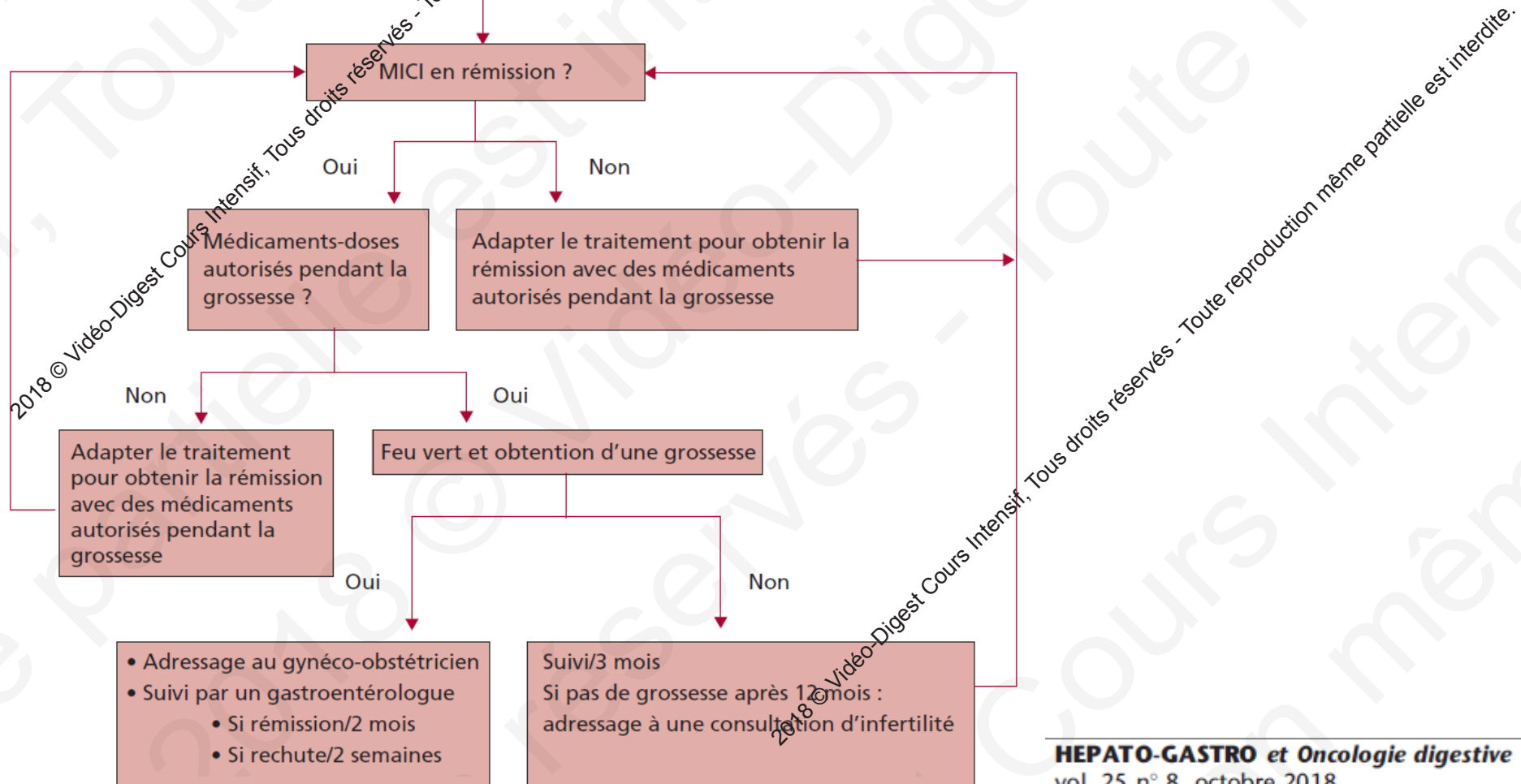


Tableau 2. Informations et conseils utiles avant et au début d'une grossesse (HAS).

Bien informer, c'est :

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

Dès le début de la grossesse :

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

HAS

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

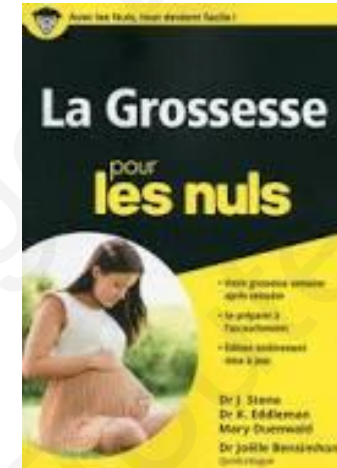


Tableau 4. Recommandations concernant l'utilisation de médicaments des MICI chez la femme enceinte selon le consensus de Toronto [28].

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

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

Qualité de Vie

Santé sexuelle

Image corporelle

**Aspects
psychosociaux**

2018 © Vidéo-Digest Cours Intensif, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © Vidéo-Digest Cours Intensif, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

MALADIES INFLAMMATOIRES & SEXUALITÉ

Dr Patrick PAPAZIAN
Médecin Sexologue SMIT
Hôpital Bichat-Claude Bernard,
APHP

Que retenir, que faire ?

Maladies
inflammatoires
&
Sexualité

Repères
sexologiques

Sexualité
Comment l'aborder
?

Santé sexuelle

MICI: Accumulation de facteurs pouvant perturber la sexualité

Pression sociale

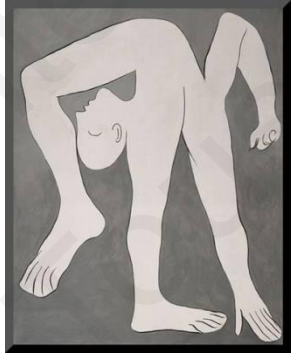
Effets secondaires indirects ou directs du traitement

Prise d'un traitement

Poussées/Manifestations aiguës

Maladie chronique

MICI et dysfonction sexuelle féminine



- Prévalence : 45-60 % MICI (vs 25-30 % pop. g.)
- 2/3 rapportent une distorsion de leur image corporelle
- Souvent baisse du désir sexuel, de la libido, diminution de la satisfaction pendant les rapports survenue d'épisode d'incontinence fécale, parfois trouble de la lubrification, dyspareunie

- Immer et al. : cohorte de patientes atteintes de MICI... le facteur déterminant prédictif de la dysf. Sexuelle était la présence de symptômes anxio-dépressifs
- Les patients atteints de MICI + TFI sont davantage à risque

« Les symptômes anxio-dépressifs occupent une place primordiale en lien avec l'altération de la sexualité »



MICI et dysfonction sexuelle masculine



- Prévalence : 15-25 % MICI (vs 5-10 % pop. g.)
- principalement intérêt sexuel réduit, dysfonction érectile et éjaculation rétrograde
- Rivière et al : dysfonction érectile chez 43 % des hommes MICI (autant Crohn que RCH)
- Registre médical danois : les hommes avec MICI ont + recours aux traitements de la dysfonction érectile : 11,9% (soit 3749 des 31498 malades avec MICI) que des sujets non MICI vs 9,7% (soit 30635 des 314980 sujets non MICI)



2018 © Vidéo-Digest Cours Intensif, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

2018 © Vidéo-Digest Cours Intensif, Tous droits réservés - Toute reproduction même partielle est interdite.

Altération de l'image corporelle



- La présence de lésions ano-périnéales, cicatrices, stomies peut considérablement affecter l'apparence physique
Les symptômes associés au MICI (douleurs, diarrhée, troubles de la continence) participent davantage à affecter l'image corporelle
- Etude de 200 patients MICI, 70 % ont signalé une altération de l'image corporelle (F. 75 % vs 51 % H.)

« Les patients souffrant de MICI ressentent souvent une altération de leur image corporelle »



Altération de l'image corporelle

Corticostéroïdes et
altération de l'image corporelle



Antidépresseurs peuvent induire une prise de poids et
une dysfonction sexuelle

« Les traitements des MICI n'ont pas d'impact direct sur la fonction sexuelle »



MICI opérées

La fonction sexuelle est assez souvent améliorée dans les deux sexes par la chirurgie des MICI quand elle supprime la maladie

- Et en même temps, une dysfonction sexuelle et éventuellement une stérilité peuvent résulter de gestes chirurgicaux pelviens
- Notamment l'anastomose iléo-anale chez l'homme (AIA)
 - Ejaculation retrograde chez 10% des hommes ayant eu une AIA
 - Troubles de l'érection améliorés dans 80% avec le sildenafil

Sexualité anale réceptive

Etudes MICI manquent ... 2 questions

- Conséquences symptomatiques ?
- **? risque accru de carcinome anal et ? prévention ou dépistage**
 - Patients atteints de lésions anopérinéales de Crohn ont un haut risque de développement de cancers de l'anus et du rectum
 - Association entre infection HPV et carcinome épidermoïde anal chez MICI
 - Association forte entre la dysplasie anale secondaire à une infection par HPV oncogènes et les (autres) infections sexuellement transmissibles chez les personnes ayant des rapports sexuels anaux réceptifs
 - Immunodépression = facteur de risque de développement de cancer associé à HPV (bien décrit chez des patients sous immunosuppresseurs après transplantation d'organe)

Sexualité anale réceptive

- Niveau de preuve bas
- Informer les patients ayant des rapports anaux réceptifs sur la prévention des IST mais également sur le dépistage de la dysplasie anale et la surveillance
- Vaccination contre les papillomavirus oncogènes, au minimum chez les patients jeunes doit être aussi discutée
- Les modalités de surveillance des patients atteints de MICI ne sont pas définies

« Rapports anaux réceptifs : prévention des infections sexuellement transmissibles et dépistage »



Frequency of and Factors Associated With Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease

P. Rivière,^a C. Zallot,^b P. Desobry,^c J. M. Sabaté,^d J. Vergniol,^a
 F. Zerbib,^a L. Peyrin-Biroulet,^b D. Laharie,^a F. Poullenot^a

Questionnaire anonyme sur éventuelles dysfonctions sexuelles chez 358 malades MICI, 110 sujets sains et 102 sujets avec syndrome de l'intestin irritable Bordeaux et Nancy

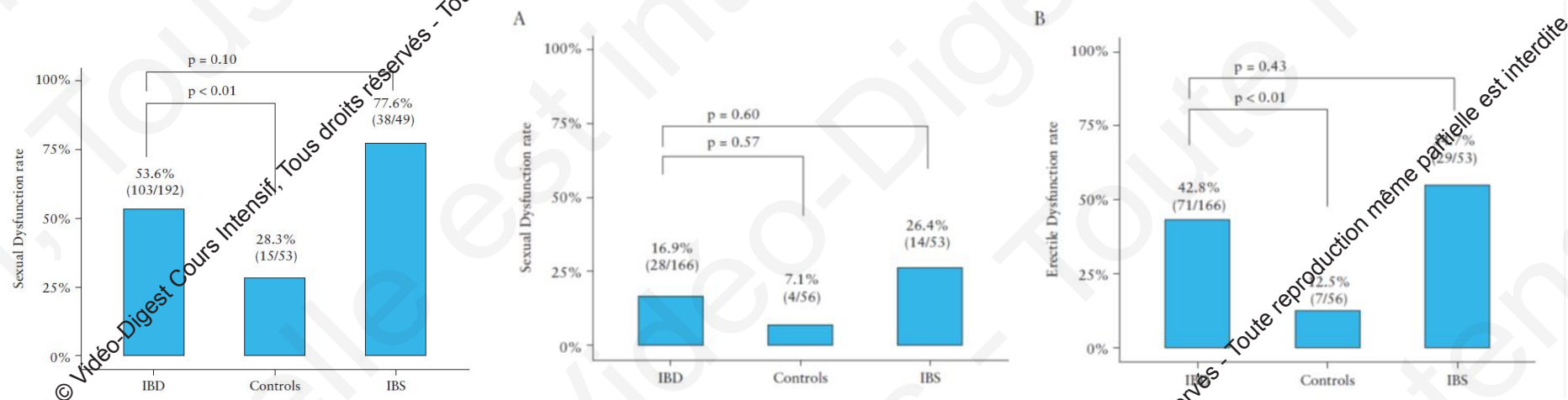


Figure 1. Sexual function of IBD female patients compared with healthy controls. Frequency of sexual dysfunction according to FSFI. IBD, inflammatory bowel disease; FSFI, Female Sexual Function Index.

Association des la dysfonction avec anxio-dépression

52% des femmes et 53% des hommes souhaiteraient pouvoir aborder le sujet en consultation

Frequency of and Factors Associated With Sexual Dysfunction in Patients With Inflammatory Bowel Disease

P. Rivière,^a C. Zallot,^b P. Desobry,^c J. M. Sabaté,^d J. Vergniol,^e F. Zerbib,^a L. Peyrin-Biroulet,^a D. Laharie,^a F. Poullenot^a

Comparaison sexualité féminine (age-matched)

Sexual function domains	IBD Mean [n]	Healthy controls Mean [n]	p-Value
Desire	3.5 [112]	4.3 [51]	< 0.01*
Arousal	3.8 [114]	4.5 [52]	0.01*
Lubrication	4.3 [99]	4.5 [49]	0.17
Orgasm	3.7 [112]	4.5 [52]	0.02*
Global satisfaction	4.3 [111]	4.7 [51]	0.12
Pain	4.0 [115]	4.4 [52]	0.3

Mean score, number of matched individuals, paired t-test p-value
 IBD, inflammatory bowel disease; FSFI, Female Sexual Function Index.
 * $p < 0.05$.

Comparaison sexualité masculine (age-matched)

Sexual function domains	IBD Mean [n]	Healthy controls Mean [n]	p-Value
Intercourse satisfaction	11.5 [112]	10.9 [55]	0.25
Orgasmic function	9.4 [112]	8.7 [55]	0.04*
Sexual desire	8.0 [112]	7.5 [55]	0.10
Overall satisfaction	8.8 [112]	8.4 [55]	0.21

Human Sexual Response Cycle

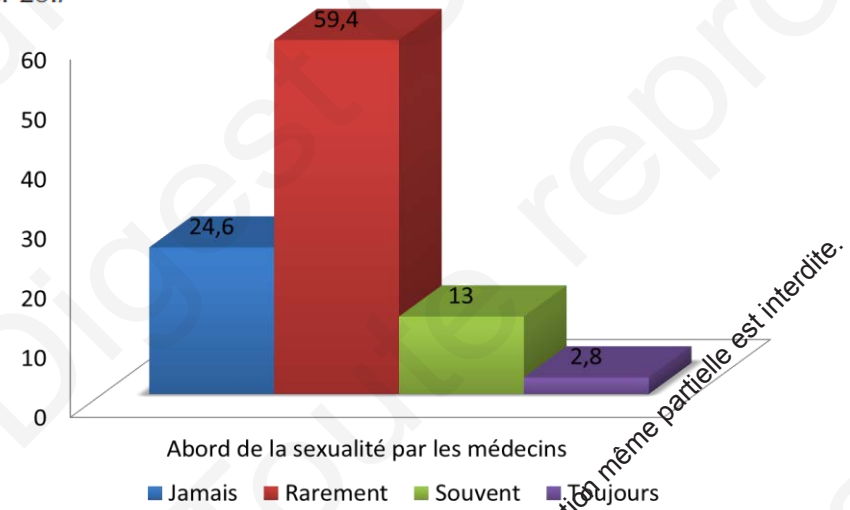
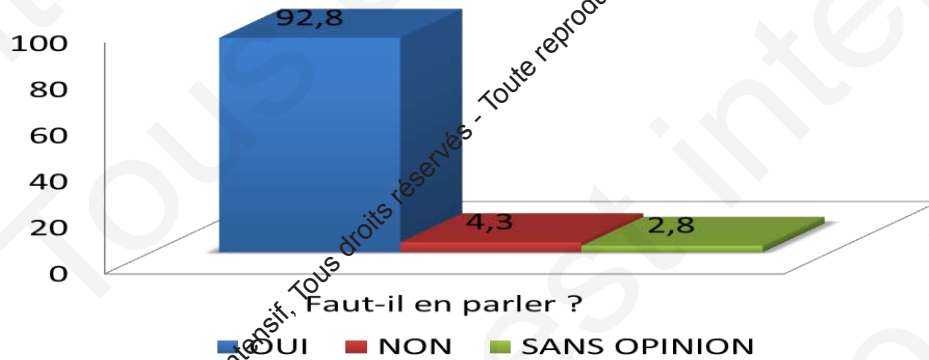


Masters et al. *Human Sexual Response*. (1966).

*Kaplan HS. *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques of Sex Therapy*. (1979).

Quality of Sex Life in Patients with Inflammatory Bowel Disease: The Gastroenterologists' Perspective

Inflamm Bowel Dis • Volume 13, Number 10, October 2007



- Je ne saurais pas quoi faire en cas de problème : 45%
- C'est au patient d'engager la discussion : 29%
- Je ne suis pas à l'aise avec ce sujet : 18,8 %
- Je n'ai pas le temps : 8,7 %
- Ce n'est pas mon boulot : 4,3 %

- Traitement médical : JAMAIS
- Écoute empathique : 39,1 %
- Adressé à un sexologue : 21,7 %

« Allez hop, just do it »



Comment approcher la sexualité ?

1/3 s'adaptent sans plainte

1/3 demandent des choses simples

1/3 souhaitent un accompagnement spécialisé

Primum non nocere



Rechercher et comprendre les croyances

Ouvrir des portes

En fermer d'autres... en précisant les limites

SEXUALITÉ ET VOS CROYANCES ?

« Mon patient n'a plus de sexualité ! »

« Mon patient a des préoccupations bien plus importantes que le plaisir sexuel ! »

« La sexualité c'est un luxe »

« Mon patient va croire que je le drague »

« Je vais gêner mon patient si je lui parle de sexualité »

« Je vais sortir du cadre de soins »

« Je ne vais pas savoir gérer »

« Mon/Ma patient(e) est hétérosexuel(le) »

etc...

COMMENT POSER LES BONNES QUESTIONS SUR LES PRATIQUES SEXUELLES ?

Ouvrir des portes :

- **Directement** : *« Depuis le diagnostic de votre maladie, avez-vous remarqué un changement dans votre sexualité...si oui de quelle façon ?... »*
- **Indirectement** : *« Très souvent, des patientes ayant la même maladie que vous m'expliquent qu'elles ont des difficultés dans leur vie intime »*
- **Parler de santé sexuelle (et pas de sexe)**
- **Rôle des associations...**



COMMENT POSER LES BONNES QUESTIONS SUR LES PRATIQUES SEXUELLES ? (1)



Écouter les **premiers mots** du patient

Reformuler/ Être certain de « **parler de la même chose** »

Percevoir:

Besoin d'**informations** (éducation à la santé)

Notion de « **souffrance** » associée

« **Perte ou limitation du sujet** à l'égard de ce qu'il fait, pense ou dit » ou contrainte exercée sur autrui

(1) Médecine sexuelle, fondements et pratiques. Frédérique Courtois, Mireille Bonierbale. Chapitre « Évaluation en médecine sexuelle », Marie-Hélène Colson. Edition Lavoisier, 2016.

COMMENT POSER LES BONNES QUESTIONS SUR LES PRATIQUES SEXUELLES ?

Préciser les limites

Avant la maladie ?...

(âge, stress/dépression, niveau d'information...)

Définir une demande réaliste

(instaurer une sexualité qui n'existait pas avant la maladie, restaurer une sexualité identique, redéfinir une nouvelle façon de vivre sa sexualité...)



COMMENT POSER LES BONNES QUESTIONS SUR LES PRATIQUES SEXUELLES ?

En pratique



- Secret de la consultation
- Écoute active : neutralité bienveillante, encouragement
- Un temps pour le plaisir
- Trucs et astuces : **RESTER PRATIQUE !!!**
- Donner le droit
- Donner des pistes : « **My friend Harry..** »
- Prescriptions +/-
- **ATTENTION À QUI VOUS ADRESSEZ**

Conclusions

Take home messages

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

